

OGGETTO: Relazione annuale sulla performance anno 2017

IL DIRETTORE GENERALE

Visto il D.Lgs. n. 502 del 30.12.1992 e successive modificazioni ed integrazioni;

Vista la D.C.R. n. 136-39452 del 22.10.2007 di individuazione delle Aziende Sanitarie Locali e dei relativi ambiti territoriali;

Visto il D.P.G.R. n. 85 del 17.12.2007 di costituzione dell'Azienda Sanitaria Locale AL;

Vista la D.G.R. n. 16-6935 del 29.05.2018 di nomina del Direttore Generale dell'ASL AL;

Richiamata la deliberazione del Direttore Generale n. 678 dell'11.10.2017 ad oggetto: "Individuazione degli atti di indirizzo e di governo e degli atti di gestione. Ripartizione delle competenze tra la Direzione Generale e le Strutture dell'A.S.L. AL";

Vista la D.G.R n. 53-2487 del 23.11.2015, ad oggetto: "AA.SS.RR. - Procedimento regionale di verifica degli atti aziendali - Art. 3 D.Lgs. n. 502/1992 s.m.i. - D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012 - D.G.R. n. 42-1921 del 27.07.2015 - Presa d'atto adeguamento alle prescrizioni regionali e recepimento definitivo ai sensi della D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012, all. A, par. 5.1.", con la quale è stato recepito in via definitiva l'Atto Aziendale dell'ASL AL, come riadottato, a seguito delle prescrizioni regionali, con la deliberazione n. 711 del 06.10.2015;

Vista la D.G.R. n. 29-5942 del 17.11.2017, ad oggetto "Atti aziendali delle AA.SS.RR. - ASL AL di Alessandria - Atto n. 656 del 28.09.2017 'Atto Aziendale ASL AL adottato con deliberazione n. 711 del 06.10.2015 - proposta di modifiche'. Recepimento regionale ai sensi della D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012, all. A, par. 5.1.";

Preso visione della proposta del Responsabile della Struttura S.C. Programmazione Controllo Sistema Informativo, qui di seguito riportata:

"Considerato che il D.Lgs. n. 150/2009 prevede, all'art. 10 c.1 lett b), che le Pubbliche Amministrazioni adottino un documento denominato Relazione sulla performance che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse;

viste le modifiche apportate all'art. 10 del D.lgs. n. 150/2009 dal Decreto Legislativo 25.5.2017, n.74 ad oggetto: "Modifiche al decreto legislativo 27 ottobre 2009 n.150, in attuazione dell'art.17, comma 1, lettera r), della legge 7 agosto 2015, n.124;

vista 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.m.i. in materia di misurazione, valutazione e trasparenza della performance, nonché gli indirizzi per il piano di gestione della performance;

considerato che la D.G.R. soprarichiamata, al punto B.3 dell'All. B "Documenti aziendali di programmazione e verifica della performance", prevede che "ogni azienda deve predisporre annualmente un 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. Il provvedimento in questione è denominato Piano Annuale della Performance (PAP)";

rilevato che al medesimo punto B.3 dell'All. B della D.G.R. 23 dicembre 2013, n. 25-6944 è previsto che "ogni azienda deve predisporre annualmente un provvedimento consuntivo con il quale attestare la misura della realizzazione degli obiettivi strategici e/o operativi contenuti nel PAP. Il provvedimento in questione è denominato Relazione Annuale sulla Performance (RAP). La RAP deve contenere l'indicazione della percentuale di realizzazione di tutti gli obiettivi assegnati nell'anno di riferimento e costituisce condizione per l'erogazione della retribuzione di risultato / produttività collettiva al personale dell'azienda, così come disciplinata secondo gli accordi decentrati vigenti. La RAP è validata dall'OIV sulla base dei dati forniti dai dirigenti e dalle strutture aziendali ed è formalmente approvata dalla Direzione aziendale di norma entro il 31 luglio dell'anno successivo";

considerato che con deliberazione n. 583 dell'11.08.2017 l'ASL AL ha adottato per l'anno 2017 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;

vista la delibera CIVIT n.4/2012 concernente le "Linee guida relative alla redazione della Relazione degli O.I.V. sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, comma 4, lettera a, del D. Lgs. n.150 del 2009);

vista la delibera CIVIT n. 5/2012 concernente le "Linee guida ai sensi dell'art. 13, comma 6, lettera b) del D. Lgs. n.150/2009 relative alla struttura e alla modalità di redazione della Relazione, di cui all'art. 10, comma 1, lettera b), dello stesso decreto;

vista la delibera CIVIT n. 6/2012 concernente le "Linee guida per la validazione da parte degli OIV della Relazione sulla performance (art. 14, comma 4, lettera c, del D.Lgs. n. 150/2009)";

considerato che il punto 2.1) della citata Delibera CIVIT n. 6/2012, relativo al processo di validazione della Relazione sulla Performance, stabilisce che "l'amministrazione, una volta elaborata e adottata la Relazione, la invia all'OIV entro il 30 giugno ai fini della predisposizione del documento di validazione; tale documento viene inviato dall'O.I.V. alla propria amministrazione (e per conoscenza alla Commissione), la quale provvede immediatamente, e comunque non oltre il 15 settembre, ad inviarlo, unitamente alla Relazione, a questa Commissione e al Ministero dell'Economia e delle Finanze";

considerato che il medesimo punto 2.1) prevede che La Relazione è pubblicata, unitamente al documento di validazione, sul sito istituzionale dell'amministrazione per assicurarne la visibilità;

vista la Legge n. 114 del 11.08.2014 di conversione del DL n. 90/2014, con la quale le competenze dell'ANAC relative alla misurazione e valutazione della performance, di cui agli artt. 7, 8, 9, 10, 12, 13 e 14 del D.lgs n. 150/2009 sono state trasferite al Dipartimento della Funzione Pubblica";

ritenuto di approvare, per i motivi indicati in premessa, la Relazione sulla Performance anno 2017, allegata al presente atto deliberativo quale parte integrante e sostanziale;

Considerato che la formulazione della proposta di un atto deliberativo impegna la responsabilità del soggetto proponente circa la regolarità amministrativa del contenuto della deliberazione nonché la legittimità della stessa;

Visto il parere obbligatorio espresso dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario ai sensi dell'art. 3/7 D.Lgs. n. 502 del 30.1./1992 e s.m.i.

DELIBERA

- 1) di approvare, per i motivi indicati in premessa, la Relazione annuale sulla Performance anno 2017, allegata al presente atto deliberativo quale parte integrante e sostanziale;
- 2) di trasmettere la presente deliberazione all'OIV ai fini della predisposizione del documento di validazione, di cui la punto 2.1) della deliberazione CIVIT n. 6/2012;
- 3) di trasmettere, acquisito il documento di validazione di cui al punto 2), la Relazione della Performance ed il documento di validazione al Dipartimento della Funzione Pubblica e al Ministero dell'Economia e delle Finanze, come previsto dal punto 2.1) della deliberazione CIVIT n. 6/2012;
- 4) di pubblicare la Relazione di cui al punto 1) sul sito web dell'ASL AL nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- 5) di dare atto che il provvedimento non comporta ex se alcun onere di spesa;
- 6) di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo ai sensi dell'art. 28 c. 2 LR n. 10/1995, considerata l'urgenza di provvedere in merito, dovendosi concludere la procedura entro il 30 giugno.



REGIONE PIEMONTE - ASL AL

RELAZIONE ANNUALE SULLA PERFORMANCE

ANNO 2017

[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](#)

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

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 2017 si prende atto:

- degli obiettivi che la Direzione Generale, nel 2016, ha declinato ai Responsabili delle Strutture Complesse Aziendali e ai Responsabili delle Strutture Semplici Dipartimentali
- degli obiettivi assegnati, per l'anno 2017, 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.

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.583 dell'11.08.2017, 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 438.560 abitanti (dato BDDE al 31.12.2016). 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	Totale popolazione (dati al 31-12-2016)	Superficie (kmq)	Dens. demografica (ab/kmq)	Comuni	Pianura	Collina	Montagna
Acqui Terme - Ovada	69.297	766,79	90,37	45	1	26	18
Alessandria - Valenza	153.608	827,54	185,62	31	19	12	---
Casale Monferrato	82.286	735,72	111,84	48	15	33	---
Novi Ligure - Tortona	133.369	1.349,23	98,85	71	16	23	32
TOT	438.560	3.679,28	119,20	195	51	94	50

TOTALE POPOLAZIONE (DATI AL 31-12-2016)

DISTRETTO		Classe di età			Totale	% Distretto su totale ASL
		0-14	15-64	>=65		
ACQUI TERME OVADA	Maschi	3.726	20.763	9.187	33.676	16%
	Femmine	3.565	20.443	11.613	35.621	
	Totale	7.291	41.206	20.800	69.297	
ALESSANDRIA VALENZA	Maschi	9.474	47.481	16.962	73.917	35%
	Femmine	8.791	47.488	23.412	79.691	
	Totale	18.265	94.969	40.374	153.608	
CASALE MONFERRATO	Maschi	4.584	25.417	9.634	39.635	19%
	Femmine	4.309	25.272	13.070	42.651	
	Totale	8.893	50.689	22.704	82.286	
NOVI LIGURE TORTONA	Maschi	7.910	41.375	15.697	64.982	30%
	Femmine	7.455	40.367	20.565	68.387	
	Totale	15.365	81.742	36.262	133.369	
TOTALE	Maschi	25.694	135.036	51.480	212.210	
	Femmine	24.120	133.570	68.660	226.350	
	Totale	49.814	268.606	120.140	438.560	
% fasce d'età su totale ASL		11,36%	61,25%	27,39%		

STRANIERI RESIDENTI (AL 31.12.2016)

DISTRETTO	Maschi	Femmine	Totale
ALESSANDRIA-VALENZA	8.408	9.100	17.508
CASALE M.	3.350	3.826	7.176
NOVI L.-TORTONA	7.206	8.011	15.217
ACQUI T.-OVADA	2.907	3.334	6.241
TOTALE ASL AL	21.871	24.271	46.142

CAUSE DI MORTE

CAUSE DI MORTE – ANNO 2014	TOTALE ASL AL		
	Maschi	Femmine	Totale
Malattie dell'apparato circolatorio	959	1.310	2.269
Tumori maligni	901	737	1.638
Malattie dell'apparato respiratorio	212	163	375
Malattie del sistema nervoso	113	133	246
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche	97	142	239
Disturbi psichici	78	154	232
Malattie dell'apparato digerente	101	98	199
Stati morbosi e mal definiti	56	148	204
Traumatismi e avvelenamenti	122	82	204
Malattie infettive	56	85	141
Malattie dell'apparato genito-urinario	51	35	86
Tumori benigni, in situ, incerti	56	32	88
Malattie osteomuscolari e del connettivo	16	35	51
Malformazioni congenite e cause perinatali	7	6	13
Malattie del sangue, degli organi emopoietiche e disordini immunitari	15	11	26
Malattie della pelle e del sottocutaneo	3	2	5
TOTALE	2.843	3.173	6.016

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 2014	ASL AL	REGIONE PIEMONTE
SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA: UOMINI	80,02	80,69
SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA: DONNE	84,88	85,16
SPERANZA DI VITA A 65 ANNI: UOMINI	18,51	19,03
SPERANZA DI VITA A 65 ANNI: DONNE	22,01	22,27

INDICE DI VECCHIAIA

ANNO DI RIFERIMENTO 2016	ASL AL	REGIONE PIEMONTE
INDICE DI VECCHIAIA	241,18	197,61

TASSO DI NATALITA'

ANNO DI RIFERIMENTO 2016	ASL AL	REGIONE PIEMONTE
TASSO DI NATALITA'	6,46	7,22

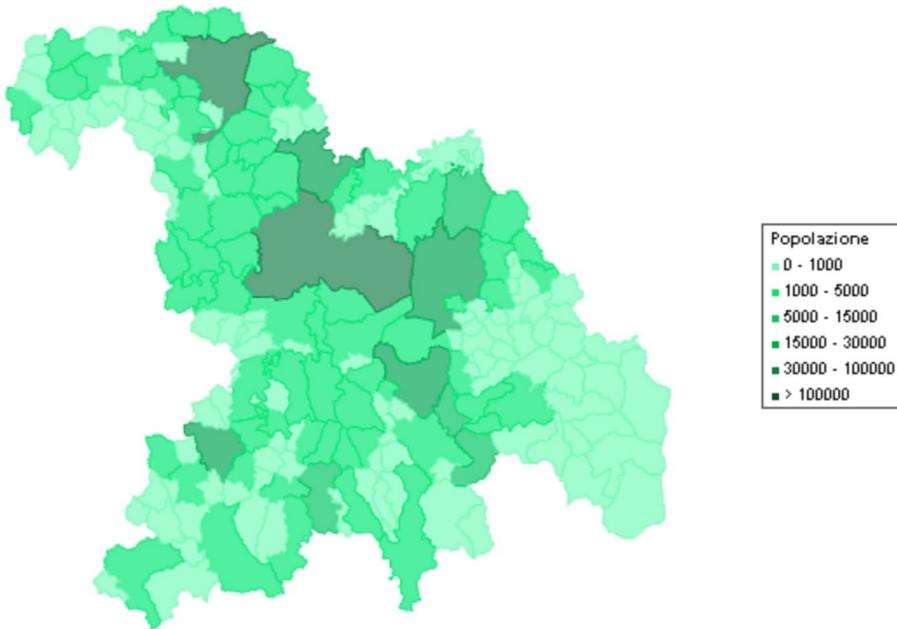
TESSUTO FAMILIARE

ANNO DI RIFERIMENTO 2016	REGIONE PIEMONTE			ASL AL		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Residenti in famiglia	2.111.715	2.241.757	4.353.472	210.615	224.060	434.675
Residenti in convivenza	17.688	21.366	39.054	1.595	2.290	3.885

STATO CIVILE ANNO 2016	REGIONE PIEMONTE			ASL AL		
	MASCHI	FEMMINE	TOTALE	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
POPOLAZIONE	2.129.403	2.263.123	4.392.526	212.210	226.350	438.560
NATI	16.241	15.491	31.732	1.441	1.399	2.840
MORTI	24.292	26.692	50.984	2.948	3.348	6.296
ISCRITTI DA ITALIA	61.892	62.649	124.541	5.717	6.056	11.773
ISCRITTI DA ESTERO	14.242	10.033	24.275	1.678	1.118	2.796
ALTRI ISCRITTI	4.861	2.857	7.718	476	285	761
CANCELLATI PER L'ITALIA	60.455	61.700	122.155	5.764	6.071	11.835
CANCELLATI PER L'ESTERO	6.262	5.917	12.179	581	540	1.121
ALTRI CANCELLATI	8.716	5.952	14.668	715	450	1.165
CELIBI/NUBILI	961.689	809.839	1.771.528	92.825	75.602	168.427
CONIUGATI/E	1.037.848	1.052.873	2.090.721	104.962	105.849	210.811
DIVORZIATI/E	67.357	96.774	164.131	7.323	9.902	17.225
VEDOVI/E	62.509	303.637	366.146	7.100	34.997	42.097

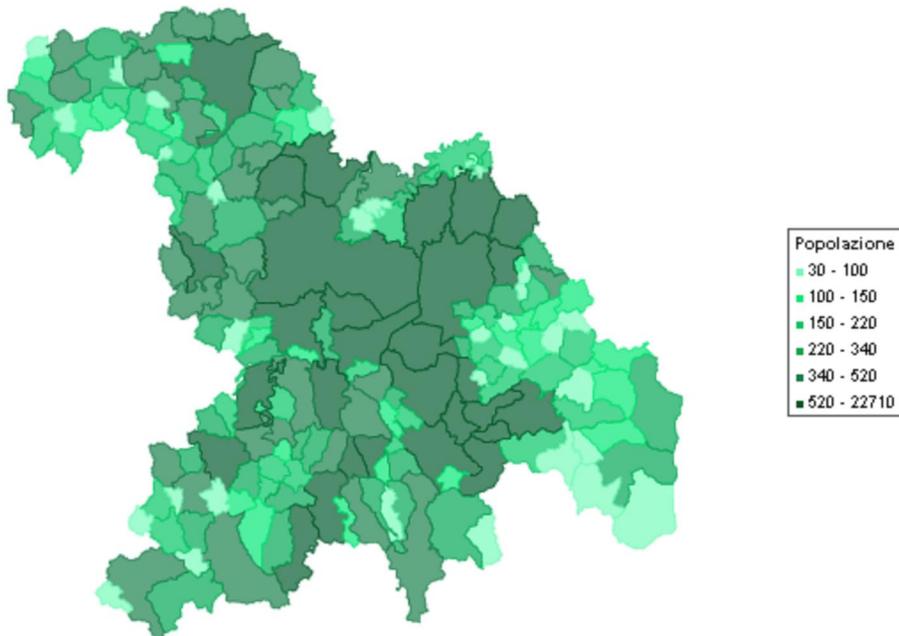
DISTRIBUZIONE DEMOGRAFICA DEL BACINO DI UTENZA

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
0 anni	89	3,1%	5	0,2%	1	0,0%
1 - 4 anni	388	3,2%	44	0,4%	47	0,4%
5 - 14 anni	1.291	3,7%	194	0,6%	398	1,1%
15 - 44 anni	11.651	8,6%	771	0,6%	2.463	1,8%
45 - 64 anni	42.771	31,9%	775	0,6%	7.081	5,3%
65 - 74 anni	35.114	63,8%	328	0,6%	5.158	9,4%
75 anni e oltre	44.703	68,7%	196	0,3%	13.860	21,3%
TOTALE	136.007	31,0%	2.313,00	0,5%	29.008	6,6%

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	32.938	22.343	67,83%
013 - DIABETE MELLITO	24.303	16.823	69,22%
048 - SOGGETTI AFFETTI DA NEO.M.	14.935	8.554	57,27%
0A02 - Malattie Cardiache e del Circolo Polmonare	9.208	6.161	66,91%
0031 - Ipertensione Arteriosa con Danno d'Organo	7.634	6.172	80,85%
027 - IPOTIROIDISMO CONGENITO E ACQUISITO	4.870	1.529	31,40%
024 - INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA	4.571	3.879	84,86%
056 - TIROIDITE DI HASHIMOTO	4.437	857	19,31%
025 - IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE IIA E	3.828	2.245	58,65%
007 - ASMA	3.711	423	11,40%
016 - EPATITE CRONICA (ATTIVA)	3.629	1.623	44,72%
019 - GLAUCOMA	3.488	2.673	76,63%
0C02 - Malattie delle Arterie, Arteriole, Capillari, Vene e Vasi Linfatici	1.912	1.222	63,91%
023 - INSUFFICIENZA RENALE CRONICA	1.618	1.050	64,89%
006 - ARTRITE REUMATOIDE	1.425	730	51,23%

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 parzialmente modificato 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	INDICATORE ATTIVITA' 2017
Igiene e sanità pubblica	Indagini epidemiologiche effettuate (in seguito a riscontro m.i.)	545
	Pareri richiesti per autorizzazioni nel campo dell'edilizia civile	241
	Pareri espressi per autorizzazioni nel campo dell'edilizia civile	223
	Studi epidemiologici su malattie cronico degenerative e studi di mortalità	1
Igiene e degli alimenti e della nutrizione	Controllo ufficiali	3042
	Campioni	1249
Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	Numero di lavoratori controllati o esaminati per accertamenti o certificazioni sanitarie	101
	Indagini effettuate per infortuni sul lavoro	162
	Indagini effettuate per malattie professionali	155
	Numero di aziende interessate da atti autorizzativi, esame progetti, piani di lavoro, notifiche	162
	Numero di aziende in cui sono stati effettuati interventi di vigilanza e di polizia giudiziaria	1055
Sanità Pubblica Veterinaria	Controllo ufficiali	4.096
	Campioni	516
Attività di prevenzione rivolte alle persone	Vaccinazioni obbligatorie raccomandate (0 – 24 mesi)	24.908
	Numero di campagne di screening effettuate per la prevenzione di patologie tumorali	3
	Screening – Numero assistiti:	
	- screening mammella	66.165
	- screening utero - citologico	27.856
	- screening utero – test HPV	29.097
- screening colon retto – Sigmoid/FOBT	7.138	
Servizio medico legale	Sedi Medicina Legale	7
	Prestazioni monocratiche	10.752
	Prestazioni collegiali	22.937
	Prestazioni reperibilità	8
	Totale numero di prestazioni	33.697

▪ Assistenza distrettuale

Livello di assistenza	TIPO INDICATORE	INDICATORE 2017
Medicina generale	Ore apertura Guardia Medica	107.962
	Sedi di Guardia Medica	15
	Continuità Assistenziale – n.ro visite	58.347
	Medici di Medicina Generale	320
	- di cui operanti in medicina di associazione	37
	- di cui operanti in medicina di rete	121
	- di cui operanti in medicina di gruppo	110
	Equipe di MMG	27
	ADI – ADP numero interventi	86.115
	Pediatri di Libera Scelta	37
	- di cui operanti in medicina di associazione	14
	- di cui operanti in medicina di gruppo	10
	Bilanci di Salute	23.615
Emergenza sanitaria territoriale	Attività gestita da ASO AL	
Ass. farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate	Farmacie convenzionate	193
	Dispensari farmaceutici	43
	Costo complessivo	63.928.955
Ass. farmaceutica erogata per file F e primo ciclo (incluso farmaci H)	Costo distribuzione diretta	45.721.104
63.92Ass. farmaceutica erogata per DPC	Costo farmaci in DPC	12.056.251
Assistenza Integrativa	Punti di erogazione territoriale	7
Assistenza Specialistica	Prestazioni complessive per ab	12,61
	<i>Prestazioni di laboratorio per abitante</i>	8,89
	<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	8.168
Assistenza Idrotermale	Istituti termali nel territorio ASL	1
	Costo per assistenza idrotermale	1.446.414
Assistenza cure domiciliari sanitarie	anziani >= 65 anni – n.ro casi di assistenza in cure domiciliari sanitarie	11.922
Assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori)	Sedi consultoriali	24
	Prestazioni di consultorio	32.368
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	6.377
	Centri diurni – n.ro giornate	4.466
	Assistenza residenziale – n.ro casi	237
	Assistenza residenziale – n.ro giornate	67.937
	Assistenza territoriale – n.ro prestazioni	32.259

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	44.060
	Giornate di residenzialità	135.602
Assistenza ai tossicodipendenti	SER.D	7
	Centri Diurni per tossicodipendenti e alcolisti a gestione diretta	1
	Utenti in carico	2.223
	Giornate di semiresidenzialità	960
	Giornate di residenzialità	8.958
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	30
	Giornate di semiresidenzialità	2.899
	Casi trattati in residenzialità	1.880
	Giornate di residenzialità	515.002
	Casi trattati in CAVS – residenziali	597
	Giornate CAVS – residenziali	11.648
Assistenza ai malati terminali	Posti letto Hospice a gestione diretta	24
	Giornate hospice per assistenza ai malati terminali	6.774
Assistenza a persone affette da HIV	Giornate di assistenza residenziale	2.503

▪ **Assistenza ospedaliera**

Livello di assistenza	TIPO INDICATORE	INDICATORE ATTIVITA' 2017
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)	7.085
	Casi in Ricovero Ordinario (produzione)	20.621
	T.O. per 1000 assistiti DH/DS	40,46
	T.O. per 1000 assistiti R.O.	103,65
Assistenza Ospedaliera per Lungodegenti	Posti letto Ricovero Ordinario (*)	20
	Casi in Ricovero Ordinario (produzione)	2
	T.O. per 1000 assistiti R.O.	0,22

Assistenza Ospedaliera per Riabilitazione	Posti letto Ricovero Ordinario (*)	40
	Casi in Ricovero Ordinario/DH (produz.)	610
	T.O. per 1000 assistiti R.O./DH	8,55

(*) a seguito riorganizzazione Rete Ospedaliera

PPOO ASLAL - PRODUZIONE RICOVERI+DH ANNO 2017

PO	REPARTO	12 MESI 2017		12 MESI 2016	
		Casi	Valore	Casi	Valore
OSPEDALE CASALE M.	TOT	9.524	26.371.518	9.656	26.461.497
	08 - CARDIOLOGIA	576	1.779.785	637	2.018.427
	09 - CHIRURGIA GENERALE	929	3.531.645	970	3.488.209
	24 - MALATTIE INFETTIVE			198	798.790
	26 - MEDICINA GENERALE	1.683	5.360.427	1.487	4.565.178
	29 - NEFROLOGIA	117	367.864	100	234.653
	31 - NIDO	399	470.149	424	459.664
	32 - NEUROLOGIA	505	1.794.487	482	1.675.481
	34 - OCULISTICA	504	700.941	395	562.139
	35 - ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	83	48.483	58	33.558
	36 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	833	3.560.351	818	3.115.227
	37 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1.140	1.758.588	1.140	1.771.019
	38 - OTORINOLARINGOIATRIA	268	505.881	325	657.512
	39 - PEDIATRIA	15	2.712	24	3.850
	40 - PSICHIATRIA	309	572.445	316	585.141
	43 - UROLOGIA	496	1.047.137	581	1.310.695
	49 - TERAPIA INTENSIVA	762	1.516.821	734	1.746.408
	50 - UNITA' CORONARICA	65	184.971	63	139.553
	56 - RRF	398	1.961.494	371	1.930.618
	58 - GASTROENTEROLOGIA	41	29.170	46	42.472
64 - ONCOLOGIA	320	1.068.513	357	1.170.396	
67 - PENSIONANTI	3	-	6	-	
68 - PNEUMOLOGIA	78	109.654	124	152.509	
OSPEDALE TORTONA	TOT	4.513	13.129.558	4.891	15.016.869
	08 - CARDIOLOGIA			211	558.359
	09 - CHIRURGIA GENERALE	1.513	3.919.255	1.489	4.115.586
	26 - MEDICINA GENERALE	1.435	4.705.105	1.409	4.603.898
	34 - OCULISTICA	40	38.766	38	36.052
	36 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	781	2.567.783	802	3.149.111
	38 - OTORINOLARINGOIATRIA	444	810.513	417	740.766
	39 - PEDIATRIA	12	2.720	31	6.897
	49 - TERAPIA INTENSIVA	267	1.082.373	394	1.552.695
	50 - UNITA' CORONARICA			55	164.506
	64 - ONCOLOGIA	17	3.043	42	88.999
	67 - PENSIONANTI	4	-	3	-

PO	REPARTO	12 MESI 2017		12 MESI 2016	
		Casi	Valore	Casi	Valore
OSPEDALE NOVI L.	TOT	9.138	22.240.484	9.064	21.191.236
	01 - ALLERGOLOGIA	32	26.028	32	25.463
	08 - CARDIOLOGIA	710	2.064.082	713	2.085.903
	09 - CHIRURGIA GENERALE	1.053	3.197.066	1.169	3.167.287
	26 - MEDICINA GENERALE	1.239	3.664.891	1.062	3.270.476
	29 - NEFROLOGIA	161	498.417	161	413.637
	31 - NIDO	574	454.712	647	549.734
	32 - NEUROLOGIA	584	2.055.311	566	2.146.860
	34 - OCULISTICA	33	43.363	32	50.798
	36 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	370	1.690.981	398	1.663.667
	37 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1.787	2.541.028	1.804	2.527.733
	39 - PEDIATRIA	655	1.181.474	640	1.105.345
	40 - PSICHIATRIA	431	627.693	320	542.407
	43 - UROLOGIA	1.212	2.536.143	1.216	2.604.670
	49 - TERAPIA INTENSIVA	89	1.299.469	66	629.565
	50 - UNITA' CORONARICA	127	323.736	107	252.871
	58 - GASTROENTEROLOGIA	23	4.209	24	4.595
	60 - LUNGODEGENTI			64	130.438
64 - ONCOLOGIA	56	31.881	30	19.786	
67 - PENSIONANTI	2	-	13	-	
OSPEDALE ACQUI T.	TOT	3.980	11.453.588	3.972	10.933.352
	08 - CARDIOLOGIA			253	606.306
	09 - CHIRURGIA GENERALE	913	2.216.580	992	2.497.325
	26 - MEDICINA GENERALE	1.812	5.173.449	1.601	4.297.939
	34 - OCULISTICA			1	1.931
	36 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	838	2.844.289	651	2.188.763
	37 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA			35	41.962
	38 - OTORINOLARINGOIATRIA	210	370.974	210	340.077
	43 - UROLOGIA	143	157.870	116	101.003
	49 - TERAPIA INTENSIVA	62	690.426	54	700.677
	50 - UNITA' CORONARICA			54	157.369
67 - PENSIONANTI	2	-	5	-	
OSPEDALE OVADA	TOT	1.172	4.655.396	1.201	4.605.693
	09 - CHIRURGIA GENERALE	28	38.884	3	3.710
	26 - MEDICINA GENERALE	844	2.697.006	873	2.728.261
	56 - RRF	298	1.910.728	266	1.730.502
	60 - LUNGODEGENTI	2	8.778	59	143.220

**PPOO ASLAL - PRODUZIONE RICOVERI+DH ANNO 2017
SINTESI PER PRESIDIO OSPEDALIERO**

SINTESI PER PP.OO.	12 MESI 2017		12 MESI 2016	
PP.OO.	Casi	Valore	Casi	Valore
H CASALE	9.524	26.371.518	9.656	26.461.497
H TORTONA	4.513	13.129.558	4.891	15.016.869
H NOVI	9.138	22.240.484	9.064	21.191.236
H ACQUI	3.980	11.453.588	3.972	10.933.352
H OVADA	1.172	4.655.396	1.201	4.605.693
TOTALE	28.327	77.850.544	28.784	78.208.646

SINTESI PER PP.OO. (*)	12 MESI 2017		12 MESI 2016	
PP.OO.	Casi	Valore	Casi	Valore
H CASALE (senza Mal Inf)	9.524	26.371.518	9.458	25.662.707
H TORTONA (senza Cardio)	4.513	13.129.558	4.625	14.294.004
H NOVI	9.138	22.240.484	9.064	21.191.236
H ACQUI (senza Cardio)	3.980	11.453.588	3.665	10.169.677
H OVADA	1.172	4.655.396	1.201	4.605.693
TOTALE	28.327	77.850.544	28.013	75.923.316
	1,1%	2,5%		

(*) al netto Malattie Infettive Casale, Cardiologie/UTIC Acqui e Tortona (cessate dal 2017)

ACCESSI DEA / PS

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

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

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

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

CASALE DEA ACCESSI			
COD URGENZA	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2017
BIANCO	2.253	1.632	1.349
VERDE	26.877	24.261	25.095
GIALLO	3.197	3.275	3.410
ROSSO	194	205	173
NERO			2
Totale complessivo	32.521	29.373	30.029
<i>% accessi seguiti da ricovero</i>	<i>12,3%</i>	<i>12,5%</i>	<i>12,7%</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
- 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 3.919 dipendenti, la cui suddivisione in macro qualifiche è rappresentata nella tabella sottostante, con riferimento al biennio 2016 – 2017.

MACRO QUALIFICA	ANNO 2016		ANNO 2017		DIFF. % 2017 - 2016	
	Numero	Numero Equivalenti	Numero	Numero Equivalenti	Numero	Numero Equivalenti
RUOLO SANITARIO - MEDICI VETERINARI	624	618	618	611	-0,9%	-1,1%
RUOLO - SANITARIO ALTRA DIRIGENZA	69	67	64	62	-7,6%	-7,6%
RUOLO SANITARIO - DIRIGENTI INFERMIERISTICI	1	1	1	1	0,0%	0,0%
RUOLO SANITARIO - PERSONALE INFERM.	1.432	1.367	1.428	1.365	-0,3%	-0,2%
RUOLO SANITARIO - PERSONALE RIABILITATIVO	160	148	157	147	-1,6%	-1,2%
RUOLO SANITARIO - ALTRO PERSONALE	276	269	275	269	-0,3%	-0,3%
RUOLO PROFESSIONALE DIRIGENZA	4	4	5	5	13,2%	13,2%
RUOLO PROFESSIONALE COMPARTO	2	2	1	1	-45,8%	-45,8%
RUOLO TECNICO DIRIGENZA	2	2	2	2	0,0%	0,0%
RUOLO TECNICO COMPARTO	745	727	756	737	1,5%	1,4%
RUOLO AMMINISTRATIVO DIRIGENZA	23	23	20	20	-9,6%	-9,6%
RUOLO AMMINISTRATIVO COMPARTO	610	580	589	561	-3,3%	-3,3%
TOTALE COMPLESSIVO	3.949	3.810	3.919	3.782	-0,8%	-0,7%

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 (<i>comprese le assenze per malattia, maternità..</i>)	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 2017 di cui alla D.G.R. 23.12.2013, n.25-6944 – All. B punto B.3, adottato con deliberazione n.583 dell'11.08.2017 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 2017 con DGR n.101-5530 del 3 agosto 2017.

Le azioni programmate ed effettuate per il raggiungimento degli obiettivi state oggetto durante il corso del 2017 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 2017.

OBIETTIVI ECONOMICI GESTIONALI, DI SALUTE E DI FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI – ANNO 2017 - DGR n.101-5530 del 3 agosto 2017.

TIPO	OB	OBIETTIVO	PESO
Budget 2017	1.1	Attuazione della programmazione regionale	20
Case della Salute	2.1	Attivazione delle CS programmate	6
	2.2	Monitoraggio avvio attività	4
Accessibilità	3.1	Tempi di attesa Ricoveri	5
	3.2	Tempi attesa specialistica ambulatoriale	15
	3.3	Riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in PS	5
Gestione spesa beni	4.1	Appropriatezza prescrittiva in ambito farmaceutico	6
	4.2	DM : implementazione flussi	3
	4.3	DM : monitoraggio spesa (DPCM 24/12/2015)	6
Nuovi LEA	5.1	Attuazione PNPV 2017/2019	5
Qualità	6.1	Tempestività interventi a seguito frattura femore su pazienti > 65	4
	6.2	Tempestività nell'effettuazione di ptca nei casi di ima stemi	4
	6.3	Appropriatezza nell'assistenza al parto dei Punti Nascita	4
	6.4	Screening oncologici	3
	6.5	Donazioni organi	5
	6.6	Umanizzazione	5
TOTALE			100

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

Quadro di sintesi degli obiettivi di efficientamento 2017:

	OBIETTIVO anno 2017	OBIETTIVO su base semestrale
OBIETTIVO EFFICIENTAMENTO 1): razionalizzazione (sviluppo) fattori produttivi aziendali 2017 vs 2016	5.229.811	
OBIETTIVO EFFICIENTAMENTO 2): incremento / mantenimento produzione sanitaria 2017 Vs 2016	2.500.000	
OBIETTIVO EFFICIENTAMENTO TOTALE	7.729.811	3.864.906

RAZIONALIZZAZIONE (SVILUPPO) FATTORI PRODUTTIVI AZIENDALI 2017 VS 2016

A tale fine, pare corretto utilizzare i risultati contenuti nel prospetto "Modello CE riclassificato (migliaia di euro) – dettagliato" poiché già utilizzato, in precedenza, in letture relative all'andamento dei costi direttamente gestiti dalle Aziende Sanitarie in sede di confronto con l'Assessorato regionale.

Su base annua, il confronto di cui alla voce B) del citato prospetto (*Totale Costi interni*) presenta un saldo positivo, in ragione dei minori costi, pari ad euro -2.820.000.

voce costo	CE IVtrim2017	cons 2016	diff
Personale	195.480	198.473	- 2.993
Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	40.438	37.350	3.088
Altri Beni e Servizi	96.755	95.926	829
Ammortamenti e Costi Capitalizzati	1.474	2.477	- 1.003
Accantonamenti	3.116	3.596	- 480
Variazione Rimanenze	-	2.261	- 2.261
Totale Costi Interni	337.263	340.083	- 2.820

Il risultato andrebbe, in ogni caso, rideterminato nel suo ammontare, al fine di mantenere omogeneo il criterio di valutazione con il precedente esercizio, in quanto nell'anno 2016 la spesa relativa ai farmaci AIC non contemplava gli oneri derivanti dagli acquisti di farmaci antiepatite, in quanto l'Azienda non era stata ancora individuata quale Centro prescrittore.

Conseguentemente su tale voce, peraltro oggetto di specifico finanziamento regionale, non sarebbe stato possibile attuare un'azione di effettivo efficientamento.

Analogo discorso può essere fatto per i maggiori oneri 2017 derivanti dai farmaci innovativi in oncologia, anch'essi oggetto di nettizzazione in sede di valutazione del risultato di esercizio.

Come accennato, tali maggiori oneri per l'anno 2017 sono oggetto di specifico finanziamento, così come previsto dalla D.G.R. n.113-6305 del 22.12.2017 in relazione alla determinazione delle risorse economiche per gli anni 2017-2018.

Si riporta tabella riassuntiva dei maggiori oneri 2017 vs 2016 per le suddette tipologie di farmaci.

MAGGIORI ONERI 2017 vs 2016 (€/1000)

FARMACI ANTIEPATITE	626	al netto note di credito
FARMACI INNOVATIVI ONCOLOGIA	748	differenza 2017 su 2016
TOT	1.374	

Alla luce di ciò il valore di efficientamento per l'anno 2017 relativamente ai costi gestiti (B-Totale Costi Interni del *Modello CE riclassificato (migliaia di euro) – dettagliato*) si può stimare in complessivi 4.194mila/€.

Per quanto riguarda, invece, le altre componenti di costo del *Modello CE riclassificato (migliaia di euro) – dettagliato* facenti capo all'aggregato *C-Totale Costi Esterni*, si evidenzia che l'incremento di costi registrati nel 2017 è rappresentato per il 91% dai maggiori oneri derivanti dalle prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale del Privato accreditato, in massima parte legato all'incremento di produzione per residenti extraregione.

PRODUZIONE SANITARIA

	anno 2017	anno 2016	DIFF
RICOVERI DH	77.850.544	75.923.316	1.927.227
SPECIALISTITICA AMBULATORIALE (compreso Ticket)	44.752.410	44.589.909	162.501
DEA PS (non seguito da ricovero)	4.022.026	4.220.010	- 197.984
TOTALE	126.624.979	124.733.236	1.891.744
	2° sem 2017	2° sem 2016	DIFF
RICOVERI DH	39.004.531	36.851.707	2.152.824
SPECIALISTITICA AMBULATORIALE (compreso Ticket)	21.007.202	20.827.388	179.814
DEA PS (non seguito da ricovero)	1.969.189	2.143.069	- 173.880
TOTALE	61.980.922	59.822.164	2.158.758

ATTIVITA' DI RICOVERO

L'anno 2017 ha rappresentato il primo esercizio di completa attuazione delle modifiche organizzative introdotte nell'ambito della Rete ospedaliera aziendale dal nuovo Piano di Organizzazione, redatto secondo le indicazioni delle DD.GG.RR. n.1-600/2014 e n.1-924/2015.

Nel corso del 2017, rispetto al precedente anno, si registra un incremento della produzione per ricoveri, specialistica ambulatoriale e pronto soccorso pari a €1.891mila.

Focalizzando l'analisi sul secondo semestre del 2017 rispetto ad analogo periodo 2016 si è registrato un incremento della produzione ancora superiore, pari ad 2,158 milioni, riscontro del trend di crescita in atto.

Tale dato si ricava non considerando i reparti che a fine 2016 hanno cessato la produzione (valore della produzione complessivo dei 3 reparti anno 2016: €2.285mila) a seguito della riorganizzazione della Rete ospedaliera aziendale e precisamente:

- Malattie Infettive P.O. Casale M.
- Cardiologia P.O. Tortona
- Cardiologia P.O. Acqui T.

Tali specialità non possono essere considerate in un confronto sulla produzione sugli anni 2017-2016, in quanto, ad esempio, l'attività delle Malattie Infettive è stata assorbita dalla

maggior produzione dell'Azienda Ospedaliera di riferimento, che ha acquisito la domanda di ricovero rimasta priva di risposta dal Presidio di base, in precedenza deputato ad erogare tali prestazioni.

L'incremento registrato della produzione sanitaria 2017 si attesta pertanto al di sopra delle quote obiettivo di un semestre e, tenuto anche conto che si è originato soprattutto nel secondo semestre dell'anno, non lontano dall'obiettivo "annuale (pari a 2,5 milioni).

L'incremento di produzione registrato nel corso del 2017 costituisce riscontro delle azioni relative a

- avvio delle attività della Rete dei punti di erogazione riorganizzata a seguito DD.GG.RR. n.1-600/2014 e n.1-924/2015, con efficiente ed efficace reimpiego del personale delle strutture interessate dai processi di chiusura / integrazione / accorpamento;
- copertura di posti vacanti dei Direttori di Struttura Complessa in aree particolarmente critiche e strategiche (Ortopedia, Chirurgia, Anestesia Rianimazione, Neurologia, Ostetricia Ginecologia);
- 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'attività di specialistica ambulatoriale e di DEA/PS, i valori di produzione sono in sostanziale equilibrio rispetto al dato del precedente anno.

Per quanto concerne l'assorbimento di risorse, si evidenzia che l'incremento di produzione evidenziato nel 2017 non ha generato un incremento dei costi per farmaci, dispositivi medici ed altri beni sanitari; al contrario, si registra nel secondo semestre 2017 una riduzione pari a circa €120.000 (che salgono a €422.000 al netto dei farmaci innovativi per l'oncologia).

**CONSUMO FARMACI-DISPOSITIVI MEDICI-ALTRI BENI SANITARI
DIFFERENZA 2°SEM2017 SU 2°SEM2016**

PPOO	DIFF 2°sem 2017-2016		
	FARMACI	DISP. MEDICI	ALTRI BS
P.O. CASALE	148.698	-98.906	15.165
P.O. NOVI	344.299	-196.802	6.076
P.O. TORTONA	-73.549	-467.294	13.326
P.O. ACQUI	76.750	13.187	4.320
P.O. OVADA	91.896	1.648	1.585
TOTALE PP.OO. ASL AL	588.094	-748.168	40.472

Incremento ospedaliero farmaci innovativi per l'oncologia 2sem2017 su 2sem2016: €302.038

Sempre per quanto riguarda il consumo di beni sanitari, analizzando l'intero anno 2017 si registra una riduzione pari a circa €692.000 (che salgono a €1.450.000 al netto dei farmaci innovativi per l'oncologia).

**CONSUMO FARMACI-DISPOSITIVI MEDICI-ALTRI BENI SANITARI
DIFFERENZA 2017 SU 2016**

PPOO	DIFF 2017-2016		
	FARMACI	DISP. MEDICI	ALTRI BS
P.O. CASALE	332.585	-727.175	9.777
P.O. NOVI	228.138	12.046	2.318
P.O. TORTONA	119.073	-833.437	5.602
P.O. ACQUI	118.211	-243.884	-1.958
P.O. OVADA	292.517	-7.505	1.671
TOTALE PP.OO. ASL AL	1.090.525	-1.799.955	17.410

Incremento ospedaliero farmaci innovativi per l'oncologia anno 2017 su anno2016: €747.754

Si riportano, infine, alcuni dati sull'ospedalizzazione 2016-2017 dei residenti ASL AL.

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

EROGATORE	12 MESI 2017		12 MESI 2016	
	Casi	Valore	Casi	Valore
TOTALE PIEMONTE	57.466	189.752.283	58.056	187.124.582
ALTRE ASL PIEMONTE	1.410	4.090.767	1.484	4.111.421
PPOO ASL AL	24.675	68.127.293	25.023	67.830.155
ASO PIEMONTE	25.748	94.634.125	24.622	90.572.604
<i>di cui ASO AL</i>	<i>24.197</i>	<i>87.741.065</i>	<i>23.022</i>	<i>83.308.974</i>
ISTITUTI EX ART. 41 - 43	57	240.651	99	337.581
IRCCS	223	910.607	263	1.107.935
PRIVATI ASL AL	4.358	18.447.095	5.374	19.235.206
PRIVATI FUORI ASL AL	995	3.301.746	1.191	3.929.679

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

030 - LOMBARDIA		
1SEM2017	1SEM2016	var %
3.583	3.534	1,4%
070 - LIGURIA		
1SEM2017	1SEM2016	var %
1.429	1.753	-18,5%

QUADRO DI SINTESI OBIETTIVO EFFICIENTAMENTO DELLA SPESA AZIENDALE

€/1000	OBIETTIVO anno 2017	OBIETTIVO su base semestrale	PRE CONSUNTIVO 2017
OBIETTIVO EFFICIENTAMENTO 1): razionalizzazione (sviluppo) fattori produttivi aziendali 2017 vs 2016	5.230		4.194
OBIETTIVO EFFICIENTAMENTO 2): incremento / mantenimento produzione sanitaria 2017 Vs 2016	2.500		1.892
OBIETTIVO EFFICIENTAMENTO TOTALE	7.730	3.865	6.086

Nota: dati di preconsuntivo 2017

Sommando gli effetti ottenuti dalla razionalizzazione dei fattori produttivi aziendali (obiettivo di efficientamento 1) e dall'incremento della produzione sanitaria (obiettivo efficientamento 2) per l'anno 2017 si ottiene un risultato di efficientamento pari a complessivi €6.086mila, che rappresenta il 157% dell'obiettivo 2017 su base semestrale ed il 79% dell'obiettivo 2017 su base annuale.

Come già in precedenza segnalato, soprattutto per ciò che attiene l'incremento di produzione sanitaria, i risultati si sono manifestati con maggiore incidenza nel corso del secondo semestre dell'anno, quale esito della conclusione dei processi di riorganizzazione ed efficientamento avviati con le DD.GG.RR. n.1-600/2014 e n.1-924/2015.

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

Si evidenziano in questa sezione i risultati conseguiti sul consumo farmaci, dispositivi medici ed altri beni sanitari per le aree ospedaliere e territoriali in relazione ai tetti di consumo assegnati per l'anno 2017 in sede di obiettivi di budget.

BUDGET 2017 - Consumo beni sanitari al 31/12/2017 - DIPARTIMENTI OSPEDALIERI												
	Obiettivo 2017				Consumato 12M 2017				% del Budget utilizzato			
	Farmaci	Disp Medici	Altri BS	TOTALE BENI SANITARI	Farmaci	Disp Medici	Altri BS	TOTALE BENI SANITARI	Farmaci	Disp Medici	Altri BS	TOTALE BENI SANITARI
DIPARTIMENTO CHIRURGICO	6.422.901			6.422.901	831.470	5.612.329	47.430	6.491.229	100%			100%
DIPARTIMENTO MEDICO	11.598.539	3.320.294	47.882	14.966.715	13.094.683	3.378.676	56.060	16.529.419	113%	102%	117%	110%
DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA	775.815	1.310.294	42.863	2.128.972	743.017	1.382.470	50.782	2.176.270	96%	106%	98%	102%
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI	431.543	6.288.673	40.856	6.761.072	498.638	5.490.344	30.235	6.019.217	116%	87%	74%	89%
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	139.484	359.296	15.309	514.089	129.761	346.147	8.346	484.254	93%	96%	55%	94%
DIPARTIMENTO RIABILITAZIONE	38.412	54.929	2.575	95.916	48.158	55.869	3.392	107.419	125%	102%	66%	112%
TOTALE DIPARTIMENTI OSPEDALIERI	30.889.665				15.345.728	16.265.836	196.245	31.807.809	103%			

BUDGET 2017 - Consumo beni sanitari DISTRETTI ASL AL al 31/12/2017			
	Obiettivo 2017	Consumato gen-dic '17	% budget utilizzato
TOTALE DISTRETTO ALESSANDRIA - VALENZA	506.434	507.435	100%
TOTALE ex DISTRETTO ALESSANDRIA		414.959	
TOTALE ex DISTRETTO VALENZA		92.476	
TOTALE DISTRETTO CASALE	346.042	368.420	106%
TOTALE DISTRETTO NOVI L. - TORTONA	347.007	344.304	99%
TOTALE ex DISTRETTO NOVI LIGURE		138.429	
TOTALE ex DISTRETTO TORTONA		205.875	
TOTALE DISTRETTO ACQUI T. - OVADA	185.062	204.551	111%
TOTALE ex DISTRETTO ACQUI T.		107.441	
TOTALE ex DISTRETTO OVADA		97.111	
TOTALE DISTRETTI ASL AL (escluso Hospice e cure palliative)	1.384.545	1.424.710	103%

CONSUMO BENI SANITARI DIP. SALUTE MENTALE AL 31/12/2017

	Obiettivo 2017		CONSUMATO GEN-DIC 2017		% del budget utilizzato	
	Farmaci	Altri beni sanitari	FARMACI	ALTRI BENI SANITARI	Farmaci	Altri beni sanitari
TOTALE DIP SALUTE MENTALE - territorio	74.494		41.156	5.950	110%	
SPDC P.O. CASALE			10.461	5.078		
SPDC PO NOVI			9.689	9.370		

CONSUMO BENI SANITARI SER.D. AL 31/12/2017

	Obiettivo 2017		CONSUMATO GEN-DIC 2017		% del budget utilizzato	
	Farmaci	Altri beni sanitari	FARMACI	ALTRI BENI SANITARI	Farmaci	Altri beni sanitari
SER.T DISTRETTO ACQUI			1.241	1.825		
SER.T DISTRETTO AL			11.756	19.693		
SERT. DISTRETTO CASALE			984	5.974		
SERT. DISTRETTO NOVI			133	3.860		
SERT. DISTRETTO OVADA			208	234		
SERT. DISTRETTO TORTONA			3.158	2.631		
SERT. DISTRETTO VALENZA			917	1.080		
TOTALE CONSUMO BS DIPARTIMENTO DIPENDENZE	64.439		18.398	35.297	83%	

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 2016.

2. Presidi per l'autocontrollo della glicemia e servizi connessi per le aziende del SSR:
media percentuale del primo quarto della popolazione pesata.

VALORE DELL'OBIETTIVO

La spesa per Dispositivi Medici BA0220 e BA0230 2017, per ogni singola Azienda, ha quale riferimento i valori di CE Consuntivo 2016. Ogni singola Azienda deve mantenere o ridurre il proprio valore. Per i presidi per l'autocontrollo della glicemia il valore obiettivo è rappresentato dalla media percentuale dell'incidenza delle strisce distribuite in convenzione rispetto al totale delle strisce distribuite considerando il primo quarto della popolazione regionale pesata.

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

VALORE OBIETTIVO DM BA0220: €11.641.000

VALORE OBIETTIVO DM BA0230: €1.585.000

CONTO BILANCIO	CONSUNTIVO 2017	CONSUNTIVO 2016
BA0220	12.389	11.641
BA0230	1.238	1.585
TOT	13.627	13.226

Euro/1000

Si registra, pertanto, nel 2017 un incremento sulla voce BA0220 pari a ca. €748.000, una riduzione di oneri su BA0230 pari a ca. €347.000, con un saldo relativo all'aggregato "Dispositivi Medici" pari ad un incremento di costi di ca. €401.000.

Occorre però precisare che il sottoconto 31000164 dell'aggregato BA0220 nelle precedenti rilevazioni contabili è stato oggetto di erroneo giroconto, con storno di oneri imputati ai conti di distribuzione diretta, in quanto relativi a prodotti alternativi all'erogazione presso farmacie

convenzionate, mentre in sede di consuntivo 2017 si è proceduto alla corretta rendicontazione del dato di spesa relativo al sottoconto in esame.

In particolare nel corso del 2016 sono stati girocontati dal conto 31000164 ai conti di distribuzione diretta €1.589.624 per cui il risultato relativamente all'obiettivo di contenimento della spesa sui dispositivi medici deve essere così correttamente rappresentato:

CONTO BILANCIO	CONSUNTIVO 2017	CONSUNTIVO 2016
BA0220	12.389	13.231
BA0230	1.238	1.585
TOT	13.627	14.816

con conseguente rispetto dei tetti di spesa assegnati.

Si precisa che nell'anno 2017 si sono registrati tre costi emergenti sulla voce BA0220:

il primo, che ha determinato un aumento di circa 220.000 euro, è ascrivibile alla consegna di microinfusori per insulina e loro materiali dedicati di distribuzione esclusiva da parte delle ASR.

La voce dispositivi in distribuzione diretta registra una crescita imputabile all'aumento dei pazienti che necessitano microinfusori, si tratta soprattutto di bambini e adolescenti affetti da diabete ai quali il microinfusore consente il raggiungimento del miglior controllo glicemico attraverso l'infusione continua di insulina.

Nell'anno 2017 sono stati consegnati n.23 microinfusori a nuovi pazienti (ASLAL).

L'incremento dei pazienti, ovviamente, aumenta anche il consumo del materiale d'uso.

Il secondo incremento è quello dei nuovi sensori per il monitoraggio della glicemia concedibili dall'anno 2017 in distribuzione diretta; si tratta di sistemi innovativi di lettura della glicemia senza la necessità di pungere il dito.

Nell'anno 2017 sono stati consegnati 1021 confezioni di Freestyle per un importo di circa 51.000 euro ad un centinaio di pazienti.

il terzo fattore (pari a circa 140.000 euro) è determinato dalla necessità di acquisizione di SACCHE QUADRUPLE CON FILTRO in uso presso i Centri Trasfusionali per l'adeguamento a normative europee non ulteriormente procrastinabile. La pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del D.M. 02.11.2015, recante norme in materia di requisiti di qualità e

sicurezza del sangue e degli emocomponenti, ha previsto prescrizioni più vincolanti per la preparazione, etichettatura, conservazione e trasporto del sangue intero e degli emocomponenti tali da dover richiedere l'utilizzo di sacche dotate di filtro in linea e pertanto con caratteristiche migliorative rispetto a quelle in dotazione nella nostra ASL (prezzo sacca non a norma €5,10 + iva contro prezzo sacca a norma €11,80 + iva).

Per contro, il nuovo sistema di tariffazione degli emocomponenti prevede una riduzione da €158,00 a €131,00 del valore di rimborso delle emazie raccolte con le sacche non a norma, mentre prevede un incremento dello stesso valore da €158,00 a €181,00 per le emazie raccolte con le sacche corredate con filtro in linea conformi al richiamato D.M. 02.11.2015.

La scrivente Azienda ha recepito quanto sopra allineandosi all'acquisto di sacche quaduple a norma.

2.
 Presidi per l'autocontrollo della glicemia e servizi connessi per le aziende del SSR
 VALORE OBIETTIVO: 22,41%

ASL		Totale integrativa per ASL gennaio-novembre					
		Ricette genn novembre 2016	Ricette genn novembre 2017	Δ %	Importo genn novembre 2016	Importo genn novembre 2017	Δ %
301	CITTA DI TO	408.886	448.717	9,74	€ 21.103.282	€ 21.584.825	2,28
203	TO3	235.114	258.063	9,76	€ 13.424.583	€ 13.774.501	2,61
204	TO4	171.046	192.329	12,44	€ 9.186.989	€ 9.607.258	4,57
205	TO5	145.056	154.820	6,73	€ 6.544.857	€ 6.617.519	1,11
206	VC	36.070	42.982	19,16	€ 1.493.144	€ 1.345.999	-9,85
207	BI	32.201	38.455	19,42	€ 1.857.076	€ 1.591.705	-14,29
208	NO	90.138	90.152	0,02	€ 5.174.838	€ 4.897.221	-5,36
209	VCO	28.828	28.488	-1,18	€ 1.400.842	€ 1.255.065	-10,41
210	CN1	69.702	84.402	21,09	€ 3.072.291	€ 3.157.344	2,77
211	CN2	36.463	42.450	16,42	€ 2.108.473	€ 2.137.300	1,37
212	AT	98.656	100.626	2,00	€ 4.712.927	€ 4.513.836	-4,22
213	AL	100.813	113.936	13,02	€ 5.175.219	€ 5.071.067	-2,01
Tot. Reg.		1.452.973	1.595.420	9,80	€ 75.254.520	€ 75.553.640	0,40

**Assistenza Integrativa
tramite farmacie
convenzionate**

ASL		Presidi per diabetici per ASL gennaio novembre					
		Ricette genn novembre 2016	Ricette genn novembre 2017	Δ %	Importo genn novembre 2016	Importo genn novembre 2017	Δ %
301	CITTA DI TO	154.396	186.392	20,72	€ 5.611.150	€ 5.619.768	0,15
203	TO3	104.326	120.703	15,70	€ 4.065.390	€ 3.956.745	-2,67
204	TO4	76.592	92.614	20,92	€ 2.917.677	€ 2.977.097	2,04
205	TO5	55.604	62.527	12,45	€ 1.869.256	€ 1.701.503	-8,97
206	VC	29.878	37.285	24,79	€ 887.138	€ 767.873	-13,44
207	BI	26.146	33.796	29,26	€ 1.047.114	€ 1.008.968	-3,64
208	NO	62.872	61.514	-2,16	€ 2.427.746	€ 2.050.110	-15,56
209	VCO	20.449	21.578	5,52	€ 642.811	€ 550.092	-14,42
210	CN1	49.277	63.212	28,28	€ 1.603.282	€ 1.672.327	4,31
211	CN2	20.999	26.916	28,18	€ 695.731	€ 713.454	2,55
212	AT	43.642	46.451	6,44	€ 1.243.035	€ 1.055.107	-15,12
213	AL	76.506	88.829	16,11	€ 2.580.175	€ 2.422.714	-6,10
Tot. Reg.		720.687	841.817	16,81	€ 25.590.504	€ 24.495.759	-4,28

**Presidi per diabetici
tramite farmacie
convenzionate**

Dalle tabelle si rileva:

- una diminuzione per l'ASL AL della spesa totale dell'assistenza integrativa tramite farmacie convenzionate (-2.01%) in controtendenza con la media regionale (+0.40%)
- un decremento della spesa riferita ai presidi per diabetici tramite farmacie convenzionate (-6.10%) maggiore rispetto alla media regionale (-4.28%)

Ciononostante la percentuale rilevata a fine 2017 pari al 36.10% per l'ASL AL, risulta distante dal valore obiettivo del 22.41%.

DPC vs CONVENZIONATA					
GEN – DIC 2017	PEZZI		Incidenza pz strisce convenzionata su tot	Incidenza pz lancette convenzionata su tot	Incidenza spesa conv su tot incluso onorario
	DPC	CONV			
ASL	STRISCE	STRISCE			
AZIENDA SANITARIA LOCALE AL	3.142.450	1.775.130	36,10%	33,38%	41,39%
AZIENDA SANITARIA LOCALE AT	1.679.250	366.284	17,91%	16,94%	21,47%
AZIENDA SANITARIA LOCALE BI	1.803.975	542.045	23,10%	21,62%	27,47%
AZIENDA SANITARIA LOCALE CN1	2.404.475	1.197.675	33,25%	30,71%	38,52%
AZIENDA SANITARIA LOCALE CN2	1.214.500	465.337	27,70%	23,98%	32,13%
AZIENDA SANITARIA LOCALE NO	2.760.500	1.058.902	27,72%	26,42%	32,47%
AZIENDA SANITARIA LOCALE EX TO1	3.421.750	2.191.806	39,04%	36,06%	44,43%
AZIENDA SANITARIA LOCALE EX TO2	3.876.625	2.144.071	35,61%	34,13%	41,13%
AZIENDA SANITARIA LOCALE TO3	4.130.275	3.806.456	47,96%	46,86%	54,16%
AZIENDA SANITARIA LOCALE TO4	3.446.125	2.610.382	43,10%	41,33%	48,99%
AZIENDA SANITARIA LOCALE TO5	2.539.950	1.125.360	30,70%	30,31%	36,08%
AZIENDA SANITARIA LOCALE VC	1.581.025	226.397	12,53%	11,47%	15,20%
AZIENDA SANITARIA LOCALE VCO	534.300	476.360	47,13%	41,82%	52,35%
TOTALE	32.535.200	17.986.205	35,60%	33,49%	41,02%

Le difficoltà registrate da ASL AL sembrerebbero averle incontrate quasi tutte le Aziende Regionali, dalla tabella che segue è possibile verificare che a livello regionale non si registrano miglioramenti sostanziali a livello di singola Azienda.

Se confrontiamo i risultati 2017 rispetto al dato del 1° semestre emerge una sostanziale stabilità e in qualche caso addirittura un peggioramento.

	GEN – DIC 2017	I SEMESTRE 2017 DA DGR
ASL	Incidenza pz strisce convenzionata su tot	Incidenza pz strisce convenzionata su tot
AZIENDA SANITARIA LOCALE AL	36,10%	36,19%
AZIENDA SANITARIA LOCALE AT	17,91%	18,06%
AZIENDA SANITARIA LOCALE BI	23,10%	22,76%
AZIENDA SANITARIA LOCALE CN1	33,25%	36,03%
AZIENDA SANITARIA LOCALE CN2	27,70%	29,76%
AZIENDA SANITARIA LOCALE NO	27,72%	25,85%
AZIENDA SANITARIA LOCALE EX TO1	39,04%	37,77%
AZIENDA SANITARIA LOCALE EX TO2	35,61%	
AZIENDA SANITARIA LOCALE TO3	47,96%	49,37%
AZIENDA SANITARIA LOCALE TO4	43,10%	43,28%
AZIENDA SANITARIA LOCALE TO5	30,70%	30,90%
AZIENDA SANITARIA LOCALE VC	12,53%	12,84%
AZIENDA SANITARIA LOCALE VCO	47,13%	49,35%
TOTALE	35,60%	36,21%

Il risultato dell'ASL AL è stato pari al 36,10%, a fronte di una media regionale del 35,60%.

Lo stesso obiettivo 4.3 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.

A questo proposito si evidenzia:

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, nell'ASL AL, 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.

Nel primo trimestre 2017 si è verificata una carenza di disponibilità di glucometri aggiudicatari di gara in tutta la Regione, come rimarcato anche in specifica nota regionale.

Tale situazione ha influenzato negativamente la distribuzione dei nuovi glucometri ai pazienti e inciso sulla performance delle aziende in quanto il paziente ha proseguito con l'uso del glucometro non aggiudicatario di gara e relativo materiale di consumo per tutta la durata del piano terapeutico, ovvero 1 anno.

Nello specifico nei primi 5 mesi del 2017 l'ASL AL ha ricevuto solo 728 glucometri a fronte di un fabbisogno di circa 2.000.

Da ultimo si evidenzia che solo 2 Aziende Sanitarie Regionali su 13 hanno raggiunto l'obiettivo regionale (ASL VC e ASL AT).

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 2017, attestati nella deliberazione di adozione del bilancio consuntivo, evidenziano il sostanziale rispetto nel corso del 2017 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 2017.

RISPETTO TETTI DI SPESA DELIBERA 2017/132		
CENTRO DI RESPONSABILITA'	VALORE ATTESO	VALORE CONSUNTIVO
SC ECONOMATO – LOGISTICA – APPROVVIGIONAMENTI - PATRIMONIALE	41.354.184,20	40.063.404,60
SC AFFARI GENERALI – RELAZIONI ISTITUZIONALI – TUTELE – ATTIVITA' ISPETTIVA	2.858.980,00	2.518.598,26
SC TECNICO – TECNOLOGIE BIOMEDICHE - ICT	30.931.290,00	31.858.628,90
SC FARMACIA OSPEDALIERA	37.006.660,00	40.173.651,00
SC FARMACIA TERRITORIALE	74.129.000,00	73.296.444,18
SS V.A. COMUNICAZIONE – URP - FORMAZIONE	232.441,61	170.804,34
SC DISTRETTO ACQUI T. - OVADA	3.865.740,00	3.662.125,99
SC DISTRETTO ALESSANDRIA VALENZA	5.313.821,00	5.059.910,60
SC DISTRETTO CASALE M.	1.741.520,00	1.728.554,13
SC DISTRETTO NOVI L. - TORTONA	3.180.420,00	3.261.408,22
SC SALUTE MENTALE	7.476.621,00	6.670.223,15
SC SER.D.	1.247.400,00	1.055.249,67
SC DIREZIONE SANITARIA PP.OO.	4.321.400,00	4.340.831,47
SC MEDICINA LEGALE	848.000,00	1.567.119,11
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	409.476,40	361.811,23
SC PERSONALE E SVILUPPO RISORSE UMANE	214.659.954,79	202.736.144,95

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 2016 – spesa di riferimento calcolata sul consumo pro capite del best performer.

VALORE DELL'OBIETTIVO

La spesa in regime convenzionale nel 2017 per i farmaci:

1. ATC=A02BC (Inibitori di Pompa Acida);
 2. ATC=J01 (Antibatterici per uso sistemico in ambito territoriale);
 3. ATC= C07, C08, C09 (Betabloccanti, Calcio-Antagonisti, Sostanze ad azione sul sistema Renina-Angiotensina);
 4. ATC=N06A (Antidepressivi);
 5. ATC=R03 (Farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie)
- ha quale riferimento la spesa pro-capite registrata dall'ASL best performer nell'anno 2016 per singola molecola. Ogni ASL deve ridurre di almeno il 50% lo scostamento tra la propria spesa 2016 e quella di riferimento ottenendo l'obiettivo di spesa, in valori assoluti, indicato in tabella.

RISULTATI ANNO 2017

Poiché gli obiettivi di cui sopra si inseriscono in un più ampio quadro di contenimento della spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera, riportiamo di seguito la situazione dell'ASL AL anno 2017 rispetto al 2016 e rispetto alle altre Aziende Sanitarie Regionali sui 4 principali capitoli di farmaceutica.

anno 2017 vs 2016									
		convenzionata	dpc	diretta	ospedaliera	totali			
	AZIENDA	2017	2017	2017	2017	2016	2017	diff. val ass.	diff. val %
203	TO3	81.246.816	16.800.068	30.188.751	6.739.957	132.116.269	134.975.592	2.859.323	2,16
204	TO4	70.113.253	11.792.539	27.845.346	11.480.298	122.657.440	121.231.437	- 1.426.003	-1,16
205	TO5	39.731.944	7.526.542	15.581.930	5.233.851	66.026.738	68.074.267	2.047.528	3,10
206	VC	25.092.281	4.272.944	11.129.093	6.457.535	48.012.021	46.951.853	- 1.060.168	-2,21
207	BI	24.406.697	3.910.055	15.029.395	7.643.463	51.821.916	50.989.610	- 832.306	-1,61
208	NO	46.125.600	8.864.166	14.531.789	4.565.201	74.507.772	74.086.756	- 421.016	-0,57
209	VCO	21.293.272	2.585.907	12.066.606	6.303.406	43.300.152	42.249.190	- 1.050.961	-2,43
210	CN1	46.414.825	8.800.635	21.680.867	6.812.337	83.425.816	83.708.664	282.848	0,34
211	CN2	21.270.468	3.705.369	9.454.614	7.538.765	41.914.940	41.969.216	54.275	0,13
212	AT	29.214.264	4.985.802	15.561.080	11.391.767	60.828.898	61.152.913	324.015	0,53
213	AL	63.928.984	12.056.263	23.887.199	12.515.379	111.921.457	112.387.825	466.367	0,42
301	TO1+TO2	123.065.836	22.925.756	79.652.824	23.115.224	247.070.191	248.759.640	1.689.450	0,68
904	S.LUIGI	-	-	14.304.099	18.667.355	29.577.681	32.971.454	3.393.773	11,47
905	MAG. NO	-	-	15.144.679	23.572.220	34.424.057	38.716.899	4.292.841	12,47
906	S.CROCE CN	-	-	8.712.897	19.932.566	25.485.953	28.645.463	3.159.510	12,40
907	S. BIAGIO AL	-	-	11.393.543	19.055.388	28.101.532	30.448.931	2.347.399	8,35
908	MAUR. TO	-	-	4.343.288	11.177.219	12.742.002	15.520.507	2.778.506	21,81
909	CITTA' SALUTE	-	-	28.884.649	77.435.249	98.729.945	106.319.898	7.589.952	7,69
Totale complessivo		591.904.239	108.226.047	359.392.648	279.637.180	1.312.664.780	1.339.160.114	26.495.334	2,02

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.

ASL	AL	diff. val ass.
convenzionata		- 591.719
distribuzione per conto		673.158
distribuzione diretta		- 1.215.923
ospedaliera		1.600.851
totali		466.367

Nell'importo della spesa ospedaliera è ricompresa anche la spesa per innovativi oncologici che per l'ASL AL è stata per il 2017 di €1.152.526 euro, mentre dalla distribuzione diretta sono esclusi i farmaci per l'epatite C.

Quindi l'incremento complessivo di ASL AL (+€466.367) è nettamente inferiore ai maggiori oneri degli innovativi oncologici (pari ad €747.754), oggetto di fondo dedicato.

L'aumento della DPC della ASL AL (+5,91%) è sostanzialmente in linea con quello regionale (+ 5,37%) .

RISULTATI ANNO 2017

Preliminarmente si evidenzia come in sede di valutazione degli obiettivi relativi all'assistenza farmaceutica assuma 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 gennaio 2017 – dicembre 2017, confrontati con pari periodo dell'anno precedente, tratti da elaborazioni IQVIA ex IMS - Farma 360.

Spesa lorda

Fonte dati: IQVIA

Fonte: Farma360
 Canale: CONVENZIONATA
 Geografie: ASL AL
 ATC: selezione classi obiettivi regionali
 Misura: Spesa Convenzionata Lorda
 Gen-Dic 2017

Classi DRG	Valore Spesa Lorda		Δ 2017 vs 2016	Δ % 2017 vs 2016	Obj 2017 *	% raggiungim. Obiettivi
	Gen-Dic 2016	Gen-Dic 2017				
1_A028C	5.373.007	5.267.924	- 105.083	-2,0%	698.282	15,0%
2_D07-D08-D09	14.904.095	13.741.644	- 1.162.451	-7,8%	988.571	117,6%
3_I01	4.376.067	4.286.191	- 89.876	-2,1%	565.595	15,9%
4_H06A	3.358.974	3.343.463	- 15.511	-0,5%	189.764	8,2%
5_R03	7.180.469	7.018.466	- 162.003	-2,3%	414.597	35,1%

* obiettivi comunicati da Regione Piemonte. Fonte TS

Si evidenzia come il risparmio complessivo sulle 5 classi oggetto di monitoraggio è stato per ASL AL di 1.534.924 euro rispetto al target che complessivamente era di 2.856.809 euro per l'anno 2017.

Considerando che la DGR di assegnazione degli obiettivi 2017 è del mese di agosto, di fatto i mesi a disposizione sono stati solo 4 in cui comunque è stato raggiunto il 53,7% del risparmio atteso.

Il dato SOGEI non è ancora consolidato e l'interrogazione del cruscotto non fornisce dati attendibili

Ad integrazione degli esiti dell'obiettivo come sopra prospettati, tenuto conto del dato 2017 ed in attesa dei dati definitivi SOGEI, 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 a pieno gli obiettivi assegnati, circostanza verificatasi anche per altre Aziende regionali.

ASL AL vs Piemonte:

risparmi sulle classi oggetto di obiettivi 2016 – 2017

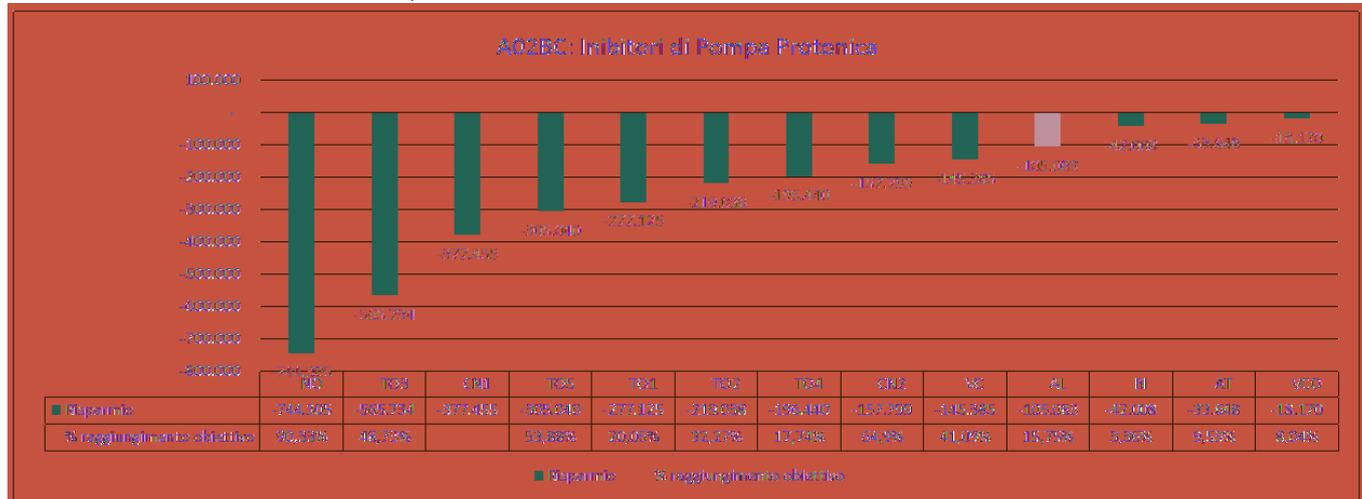
	2015	2016	DELTA		2016	2017	DELTA
AG23C INIBITORI DELLA POMEPA ACIDA				AG23C INIBITORI DELLA POMEPA ACIDA			
PIEMONTE	63.977.851	53.775.576	-15,9%	PIEMONTE	53.775.576	50.588.340	-5,9%
AL	6.511.763	5.373.067	-17,5%	AL	5.373.067	5.267.924	-2,0%
J01 ANTIBATTERICI PER USO SISTEMICO				J01 ANTIBATTERICI PER USO SISTEMICO			
PIEMONTE	40.387.356	36.877.269	-8,7%	PIEMONTE	36.877.269	35.880.560	-2,7%
AL	4.782.148	4.376.067	-8,5%	AL	4.376.067	4.286.191	-2,1%
C07 - C08 - C09 ANTIPERTENSIVI				C07 - C08 - C09 ANTIPERTENSIVI			
PIEMONTE	138.947.135	135.614.193	-2,4%	PIEMONTE	135.614.193	125.993.657	-7,1%
AL	15.140.857	14.904.095	-1,6%	AL	14.904.095	13.741.644	-7,8%
N06A ANTIDEPRESSIVI				N06A ANTIDEPRESSIVI			
PIEMONTE	35.162.433	30.096.477	-14,4%	PIEMONTE	30.096.477	30.422.577	1,1%
AL	3.933.372	3.358.974	-14,6%	AL	3.358.974	3.343.463	-0,5%
R03 FARMACI PER DISTURBI OSTRUTTIVI				R03 FARMACI PER DISTURBI OSTRUTTIVI			
PIEMONTE	68.200.565	65.119.648	-4,5%	PIEMONTE	65.119.648	63.605.584	-2,3%
AL	7.467.042	7.180.469	-3,1%	AL	7.180.469	7.018.466	-2,3%

La variazione di spesa gennaio-dicembre 2017 (fonte IQVIA EX IMS) rispetto all'anno precedente per le alcune classi oggetto di monitoraggio, confrontata a livello regionale per singola Azienda Sanitaria, è riportata nelle tabelle che seguono e mostrata graficamente nelle tabelle che evidenziano risparmi e % di raggiungimento dell'obiettivo dell'ASL AL e delle altre Aziende regionali.

INIBITORI DI POMPA PROTONICA – A02BC

	Cons. lorda 2016	Cons. lorda 2017	Variazione 2017 vs 2016	Totale risparmio	% risparmio sul regionale
1_A02BC					
PIEMONTE	50.775.070	50.599.840	-0,3%	175.230	0,0%
NO	4.509.097	3.764.761	-16,3%	744.336	23,4%
TO	7.297.670	6.731.936	-7,8%	565.734	7,7%
CN	3.457.227	3.109.772	-10,1%	347.455	10,1%
TS	3.690.400	3.385.860	-8,3%	304.540	8,3%
TR	7.000.262	6.726.107	-4,0%	274.155	3,9%
TV	4.837.992	4.616.954	-4,6%	221.038	4,6%
VC	6.597.800	6.400.669	-3,0%	197.131	3,0%
VB	1.906.640	1.750.641	-8,2%	155.999	8,2%
VE	2.267.173	2.121.786	-6,4%	145.387	6,4%
AL	5.373.007	5.267.924	-2,0%	105.083	3,3%
BI	2.377.001	2.264.633	-4,7%	112.368	4,7%
AT	2.509.196	2.476.301	-1,3%	32.895	1,3%
MO	1.967.680	1.947.411	-1,0%	20.269	1,0%

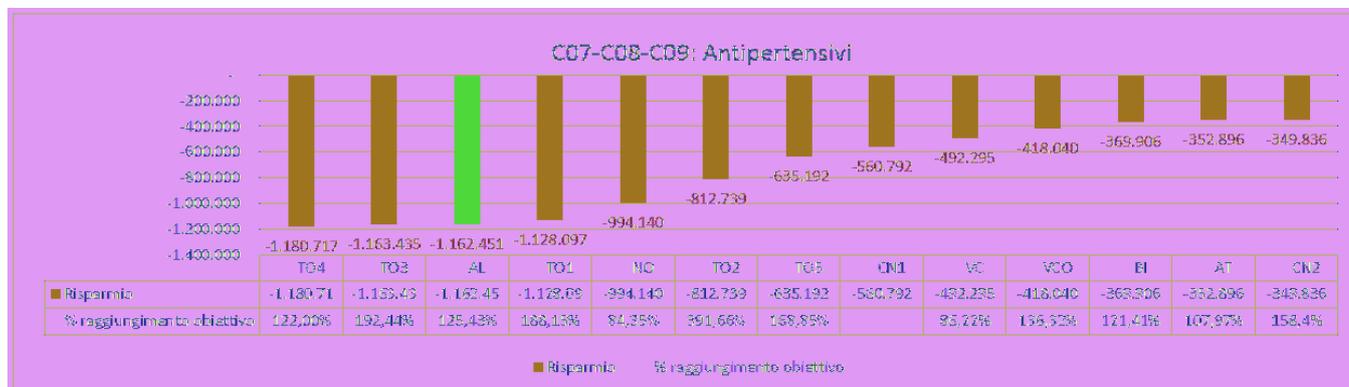
RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO AL 15,8%



ANTIPERTENSIVI – C07-C08-C09

	Conv. Lorda 2016	Conv. Lorda 2017	Variazione 2017 vs 2016	Totale risparmio	% risparmio su regione
2_C07-C08-C09					
PIEMONTE	135.614.193	125.993.657	-7,1%	9.620.536	100,0%
TO4	16.097.361	14.916.644	-7,3%	1.180.717	12,3%
TO3	17.292.395	16.128.960	-6,7%	1.163.435	12,1%
AL	14.904.095	13.741.644	-7,8%	1.162.451	12,1%
TO1	14.905.595	13.777.498	-7,6%	1.128.097	11,7%
NO	11.602.748	10.608.608	-8,6%	994.140	10,3%
TO2	11.660.988	10.848.249	-7,0%	812.739	8,4%
TO5	9.020.066	8.384.874	-7,0%	635.192	6,6%
CN1	11.267.401	10.706.609	-5,0%	560.792	5,8%
VC	6.181.114	5.688.819	-8,0%	492.295	5,1%
VCO	5.504.818	5.086.778	-7,6%	418.040	4,3%
BI	5.659.855	5.289.949	-6,5%	369.906	3,8%
AT	6.480.162	6.127.266	-5,4%	352.896	3,7%
CN2	5.037.594	4.687.759	-6,9%	349.836	3,6%

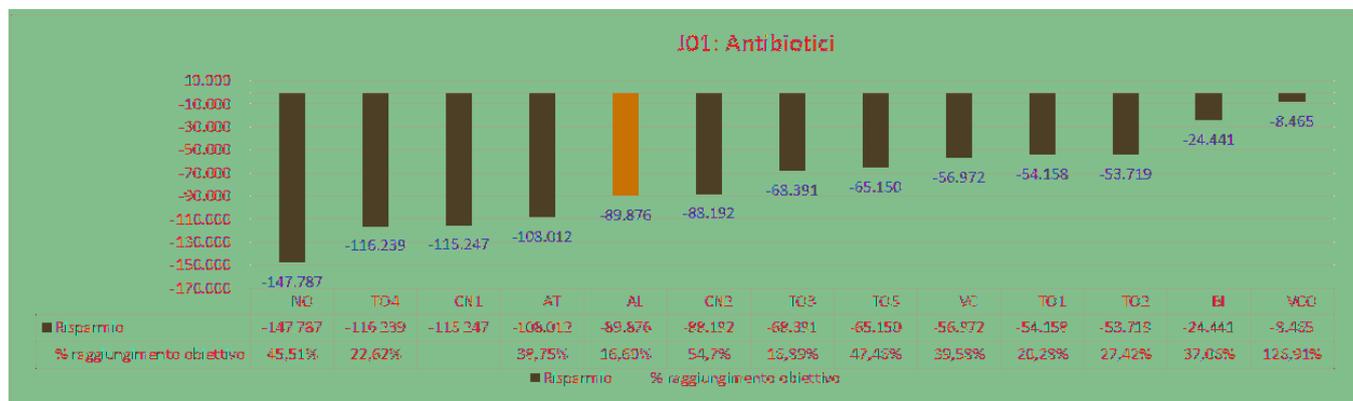
RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO AL 125,4%



ANTIBIOTICI – J01

3_J01	Conv. lorda 2016	Conv. lorda 2017	Variazione 2017 vs 2016	Totale risparmio	% risparmio su regione
PIEMONTE	36.877.209	35.880.560	-2,7%	996.649	100,0%
NO	2.971.403	2.823.256	-5,0%	147.787	14,8%
TO4	4.604.485	4.488.246	-2,5%	116.239	11,7%
CN1	2.829.347	2.714.100	-4,1%	115.247	11,6%
AT	2.021.581	1.913.570	-5,3%	108.012	10,8%
AL	4.376.067	4.286.191	-2,1%	89.876	9,0%
CN2	1.476.858	1.388.666	-6,0%	88.192	8,8%
TO3	4.868.714	4.800.323	-1,4%	68.391	6,9%
TO5	2.354.016	2.288.866	-2,8%	65.150	6,5%
VC	1.555.499	1.498.527	-3,7%	56.972	5,7%
TO1	3.979.085	3.924.927	-1,4%	54.158	5,4%
TO2	3.241.284	3.187.565	-1,7%	53.719	5,4%
BI	1.357.162	1.332.721	-1,8%	24.441	2,5%
VCO	1.242.068	1.233.604	-0,7%	8.465	0,8%

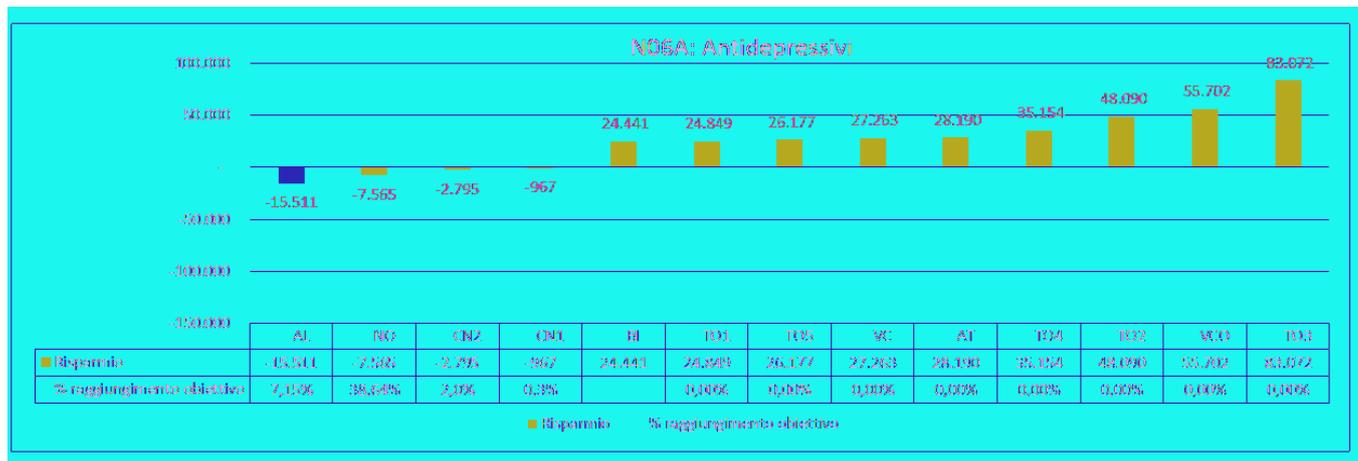
RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO AL 16,6%



ANTIDEPRESSIVI – N06A

	Conv. Lorda 2016	Conv. Lorda 2017	Variazione 2017 vs 2016	Totale risparmio	% risparmio su regione
4_N06A					
PIEMONTE	30.096.477	30.422.577	1,1%	326.100	100,0%
AL	3.358.974	3.343.463	-0,5%	15.511	-4,8%
NO	2.111.563	2.103.998	-0,4%	7.565	-2,3%
CN2	1.313.291	1.310.497	-0,2%	2.795	-0,9%
CN1	3.099.230	3.098.263	0,0%	967	-0,3%
BI	1.160.429	1.184.871	2,1%	24.441	7,5%
TO1	3.631.002	3.655.851	0,7%	24.849	7,6%
TO5	2.193.627	2.219.804	1,2%	26.177	8,0%
VC	1.216.681	1.243.944	2,2%	27.263	8,4%
AT	1.359.106	1.387.296	2,1%	28.190	8,6%
TO4	3.269.228	3.304.382	1,1%	35.154	10,8%
TO2	2.398.013	2.446.104	2,0%	48.090	14,7%
VCO	1.166.880	1.222.582	4,8%	55.702	17,1%
TO3	3.818.452	3.901.523	2,2%	83.072	25,5%

RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO AL 7,15% - Nonostante la percentuale molto bassa di raggiungimento obiettivo, l'ASL AL è la prima a livello regionale ad ottenere un risparmio



RESPIRATORIO – R03

5_R03	Conv. Lorda 2016	Conv. Lorda 2017	Variazione 2017 vs 2016	Totale risparmio	% risparmio su regione
PIEMONTE	65.119.648	63.605.584	-2,3% -	1.514.065	100,0%
TO4	7.779.746	7.432.103	-4,5% -	347.643	23,0%
TO2	6.367.226	6.183.231	-2,9% -	183.995	12,2%
AT	3.172.547	2.992.935	-5,7% -	179.612	11,9%
NO	4.659.645	4.497.333	-3,5% -	162.312	10,7%
AL	7.180.469	7.018.466	-2,3% -	162.003	10,7%
TO5	4.175.924	4.016.029	-3,8% -	159.895	10,6%
CN1	5.898.434	5.767.593	-2,2% -	130.841	8,6%
TO3	8.521.524	8.405.924	-1,4% -	115.600	7,6%
VC	2.498.826	2.444.752	-2,2% -	54.074	3,6%
TO1	7.580.284	7.543.566	-0,5% -	36.718	2,4%
CN2	2.325.339	2.310.724	-0,6% -	14.615	1,0%
VCO	2.333.966	2.346.377	0,5%	12.410	-0,8%
BI	2.625.718	2.646.552	0,8%	20.834	-1,4%

RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO AL 34%



Azioni svolte sugli obiettivi di spesa farmaceutica per l'anno 2017:

- 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 nel mese di agosto e settembre 2017;
- incontri tematici con i MMG su IPP e diabete nei mesi di settembre e novembre 2017;
- 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 (settembre 2017) e Psichiatri / Neurologi (novembre 2017);
- report inviati ai MMG/PLS con il monitoraggio per singolo prescrittore delle classi oggetto di obiettivo;
- attività dei CAP distrettuali, relativamente al periodo I e II trimestre 2017:
 - per il I trim 2017 esaminate come non conformi n.600 ricette e addebitate n.111 prescrizioni per un valore di euro 3.797,80
 - per il II trimestre esaminate come non conformi n.1.740 ricette e addebitate n.165 prescrizioni per un valore di euro 6.342,84

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 2017
2. Per tipo di intervento con codice di priorità B: N° interventi effettuati entro 60 gg/N° totale interventi effettuati nel 2017

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

Nella tabella sottoriportata sono evidenziati i dati relativi all'obiettivo in esame:

TEMPI ATTESA INTERVENTI

PERIODO 1.01.2017 - 31.12.2017

		Classe Priorità									
TIPO INT	Ospedale	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 anca	Ospedale - Acqui Terme	1	0	1	0%	100%	16	14	2	87,5%	12,5%
	Ospedale - Casale M.to	4	3	1	75%	25%	14	11	3	79%	21%
	Ospedale - Novi Ligure	1	1	0	100%	0%	2	1	1	50%	50%
	Ospedale - Tortona						1	1	0	100%	0%
	TOTALE	6	4	2	67%	33%	33	27	6	82%	18%
Tumore colon retto	Ospedale - Acqui Terme	7	7	0	100%	0%	2	2	0	100%	0%
	Ospedale - Casale M.to	56	48	8	86%	14%					
	Ospedale - Novi Ligure	26	25	1	96%	4%	1	0	1	0%	100%
	Ospedale - Tortona	31	29	2	94%	6%	3	3	0	100%	0%
	TOTALE	120	109	11	91%	9%	6	5	1	83%	17%
Tumore mammella	Ospedale - Acqui Terme						1	1	0	100%	0%
	Ospedale - Casale M.to	3	1	2							
	Ospedale - Tortona	23	18	5	78%	22%	1	1	0	100%	0%
	TOTALE	26	19	7	73%	27%	2	2	0	100%	0%
Tumore prostata	Ospedale - Casale M.to						1	1	0	100%	0%
	Ospedale - Novi Ligure						6	4	2	67%	33%
	TOTALE						7	5	2	71%	29%
Tumore utero	Ospedale - Casale M.to	1	1	0	33%	67%	2	1	1	50%	50%
	Ospedale - Novi Ligure	14	13	1	93%	7%	1	1	0	100%	0%
	TOTALE	15	14	1	93%	7%	3	2	1	67%	33%

Fonte: SDO consuntivate CSI PIEMONTE

Descrizione obiettivo e criteri

L'obiettivo è presente nella scheda di budget assegnata alle Strutture ospedaliere cui afferiscono gli interventi sopra richiamati.

Azioni attivate ed intraprese

- Incontri presso ciascun Presidio ospedaliero effettuati di concerto con la SSA Governo Clinico-Qualità-Accreditamento e SC Programmazione Controllo Sistema Informativo effettuati nei mesi di luglio, settembre, novembre e dicembre, al fine di illustrare l'obiettivo e fornire le opportune indicazioni per il suo perseguimento;
- monitoraggio dell'andamento dell'obiettivo mediante approfondimenti in sede di riunioni Coordinamento DSPO e incontri mirati con i Responsabili competenti;
- analisi e diffusione dati circa il raggiungimento del valore obiettivo richiesto;
- estrazione dei numero di casi totale, numero di casi entro soglia, numero di casi fuori soglia, con relativa percentuale e suddivisione per Presidio Ospedaliero, con controllo analitico delle SDO/cartelle inerenti i casi segnalati;
- inoltre ai Responsabili delle Strutture fuori soglia di specifica nota, trasmettendo l'elenco dei nosologici relativi ai pazienti operati oltre i termini dei 30/60 giorni, a seconda delle classi di priorità A/B, con richiesta di giustificare lo sforamento e adottare azioni correttive, nonché di procedere ad una verifica della corretta e chiara assegnazione delle classi di priorità dei pazienti inseriti in lista di attesa, previo contraddittorio con il Direttore SC interessato;
- effettuazione incontri specifici con i Responsabili delle SC con interventi ancora fuori soglia, a cura dei Referenti Medici DSPO competenti per Presidio, per la verifica delle azioni correttive intraprese, durante i quali è stata ribadita la necessità di effettuare la revisione delle liste di attesa ricoveri, nonché di attenersi con il maggior scrupolo ad attribuire classi di priorità appropriate agli interventi in lista, invitando alla completa compilazione della scheda informatizzata di ammissione al trattamento.

Conclusioni

Le azioni intraprese hanno condotto ad un generalizzato miglioramento dei tempi di attesa per tutti gli interventi e classi oggetto di monitoraggio, con permanenza di criticità per protesi d'anca e mammella, tenendo conto altresì dell'incidenza sui tempi di attesa di casi di posticipazione intervento correlata a motivi clinici/terapeutici (chemioterapia neoadiuvante) o a scelta del paziente.

Dai dati 2017 si evince quanto segue:

Interventi nello standard:

- interventi "tumore colon retto" classe A (rientrato nello standard nel corso del secondo semestre 2017: primo semestre 84,9%)
- interventi "tumore mammella" classe B
- interventi "tumore utero" classe A (rientrato nello standard nel corso del secondo semestre 2017: primo semestre 85,7%)

Interventi fuori standard:

- interventi "protesi anca" classe A su casistica limitata (6 casi complessivi di cui 2 fuori soglia)
- interventi "protesi anca" classe B (miglioramento nel corso del secondo semestre 2017: primo semestre 71,4%)
- interventi "tumore colon retto" classe B su casistica limitata (6 casi complessivi di cui uno fuori soglia)
- interventi "tumore mammella" classe A
- interventi "tumore prostata" classe B su casistica limitata (7 casi di cui 2 fuori soglia)
- interventi "tumore utero" classe B su casistica limitata (3 casi di cui uno fuori soglia)

RIDUZIONE DEL TEMPO DI PERMANENZA DEI PAZIENTI IN PS

<p>INDICATORE</p> <p style="text-align: center;">(data/ora di dimissione dal PS – data/ora di accesso al PS)</p> <hr style="width: 60%; margin: 10px auto;"/> <p style="text-align: center;">N° di accessi in PS</p> <p>VALORE DELL'OBIETTIVO</p> <p>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):</p> <p>DEA II ≤ 6 ore DEA I ≤ 6 ore PS di Base ≤ 4 ore PS di area disagiata ≤ 5 ore</p>
--

Nelle tabelle sottoriportate sono evidenziati i dati relativi all'obiettivo in esame:

DEA / PS (SINTESI)	CODICE	A2017	1S2017	2S2017	A2016	OB2017
DEA	TA MEDIO	307,9	310,0	305,7	300,0	360
PS	TA MEDIO	233,4	238,7	228,2	246,6	240
PS SEDE DISAGIATA	TA MEDIO	145,1	155,3	135,7	180,2	300

In minuti

DEA / PS	CODICE	TEMPO ATTESA MEDIO				
		A2017	1S2017	2S2017	A2016	OB2017
DEA CASALE	TOT	233,6	227,6	239,7	212,0	360
	1 - Codice Bianco	172,3	171,0	173,8	134,1	
	2 - Codice Verde	235,4	230,3	240,6	215,3	
	3 - Codice Giallo	247,0	228,5	265,1	232,0	
	4 - Codice Rosso	135,2	169,2	93,5	97,7	
	5 - Codice Nero	122,1	109,4	181,0	127,4	
DEA NOVI	TOT	383,2	394,3	372,0	390,5	360
	1 - Codice Bianco	265,1	306,1	235,6	245,3	
	2 - Codice Verde	390,1	395,6	384,4	394,4	
	3 - Codice Giallo	382,2	437,4	332,3	457,3	
	4 - Codice Rosso	244,2	309,2	185,5	233,8	
	5 - Codice Nero	681,2	806,9	550,9	910,7	
PS ACQUI	TOT	253,3	253,0	253,6	242,9	240
	1 - Codice Bianco	112,7	97,7	126,8	108,0	
	2 - Codice Verde	247,8	245,9	249,5	244,1	
	3 - Codice Giallo	388,1	409,4	367,7	312,8	
	4 - Codice Rosso	209,2	240,0	172,4	126,6	
	5 - Codice Nero	248,9	294,1	184,4	362,0	
PS TORTONA	TOT	216,4	227,1	205,2	249,9	240
	1 - Codice Bianco	101,5	106,5	97,0	88,1	
	2 - Codice Verde	212,0	221,8	201,8	247,7	
	3 - Codice Giallo	351,8	384,3	322,1	375,0	
	4 - Codice Rosso	133,6	169,4	106,5	175,9	
	5 - Codice Nero	360,0	482,5	215,1	346,2	
PS OVADA	TOT	145,1	155,3	135,7	180,2	300
	1 - Codice Bianco	66,6	55,5	79,2	75,5	
	2 - Codice Verde	146,9	157,7	137,1	181,6	
	3 - Codice Giallo	161,4	181,6	135,8	290,6	
	4 - Codice Rosso	78,9	83,3	68,7	117,5	
	5 - Codice Nero	145,3	207,0	114,5	34,5	

In minuti

Descrizione obiettivo e criteri

Obiettivo presente nella scheda di budget 2017 assegnata alla SC DEA.

Azioni attivata ed intraprese

- Incontri presso ciascun Presidio effettuati di concerto con la SSA Governo Clinico-Qualità-Accreditamento e SC Programmazione Controllo Sistema Informativo effettuati nei mesi di luglio, settembre, novembre e dicembre, al fine di illustrare l'obiettivo e fornire le opportune indicazioni per il suo perseguimento;
- incontri con il Direttore del Dipartimento Emergenza Urgenza, il Direttore SC DEA, i Dirigenti Medici DSPO, con richiesta di verifica dell'andamento dell'obiettivo;
- monitoraggio andamento dell'obiettivo mediante approfondimenti in sede di riunioni Coordinamento DSPO e incontri mirati con i Responsabili interessati;
- analisi e diffusione dati pervenuti circa il raggiungimento del valore obiettivo richiesto;

- azioni realizzate e/o in corso di realizzazione da parte del Direttore SC DEA relativamente all'obiettivo in oggetto:
 - o aggiornamento del Piano di Gestione del Sovraffollamento nei PS aziendali. Le situazioni legate all'overcrowding sono le principali cause del protrarsi del tempo di permanenza nei PS;
 - o diffusione a tutti i medici operanti in PS/DEA dei contenuti degli incontri del Coordinamento Aziendale Ricoveri Urgenti da PS/DEA, con le azioni intraprese o programmate in ambito ospedaliero ed i richiami all'utilizzo delle risorse territoriali esistenti;
 - o predisposizione del PDTA per la gestione dei pazienti con frattura di femore, con l'obiettivo di creare un percorso lineare e condiviso, uguale in tutti i Presidi ospedalieri e volto ad una tempestiva destinazione dei pazienti stessi, evitando ritardi che si riflettono sull'attesa del ricovero;
 - o definizione della procedura di "fast track ortopedico" presso il PO di Casale: tale attività ridurrà il tempo di permanenza in PS dei pazienti affetti da traumi minori che afferiscono al PS;
 - o definizione del "percorso del paziente con dolore toracico", da applicarsi in tutti i Presidi ospedalieri. Il dolore toracico rappresenta una delle principali cause di accesso in PS/DEA e di permanenza in OBI. Razionalizzarne il percorso, ottimizzarne i tempi dei controlli ematologici e fornirne un iter diagnostico ambulatoriale successivo all'osservazione, quando necessario, avrà sicuramente una ricaduta significativa sui tempi di permanenza in ospedale;
 - o attuazione a breve termine di "fast track ginecologico" presso il PO di Novi L.;
 - o programmazione, presso il PO di Casale M., di incontri tra il personale medico di DEA e quello delle Strutture complesse maggiormente interessate dai ricoveri in urgenza (Medicina e Chirurgia), allo scopo di ottimizzare le procedure di consulenza, di definizione delle indicazioni al ricovero ed alla sede dello stesso, anche attraverso momenti di audit clinico. Tali incontri saranno poi estesi anche agli altri Presidi ospedalieri aziendali.

In relazione alla previsione che *"... sarà inoltre considerata nel corso del monitoraggio la qualità nella compilazione dei seguenti campi, oggi presenti nel flusso, che si prevede di rendere obbligatori ai fini di un monitoraggio più puntuale: 121.0 data indicazione al ricovero/dimissione e 122.0 ora indicazione al ricovero/dimissione"*, si è provveduto a fine

2017 a rendere obbligatoria sul programma gestionale di PS/DEA la compilazione dei seguenti campi:

121.0 *data indicazione al ricovero/dimissione*

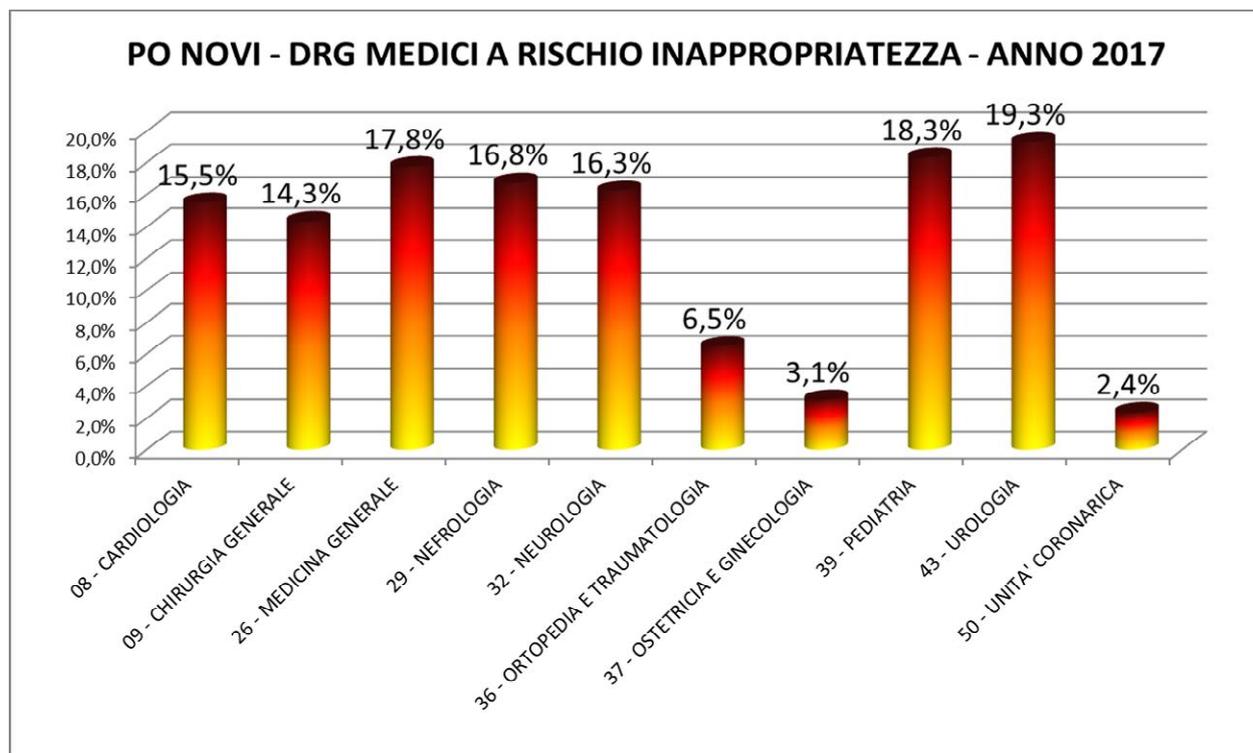
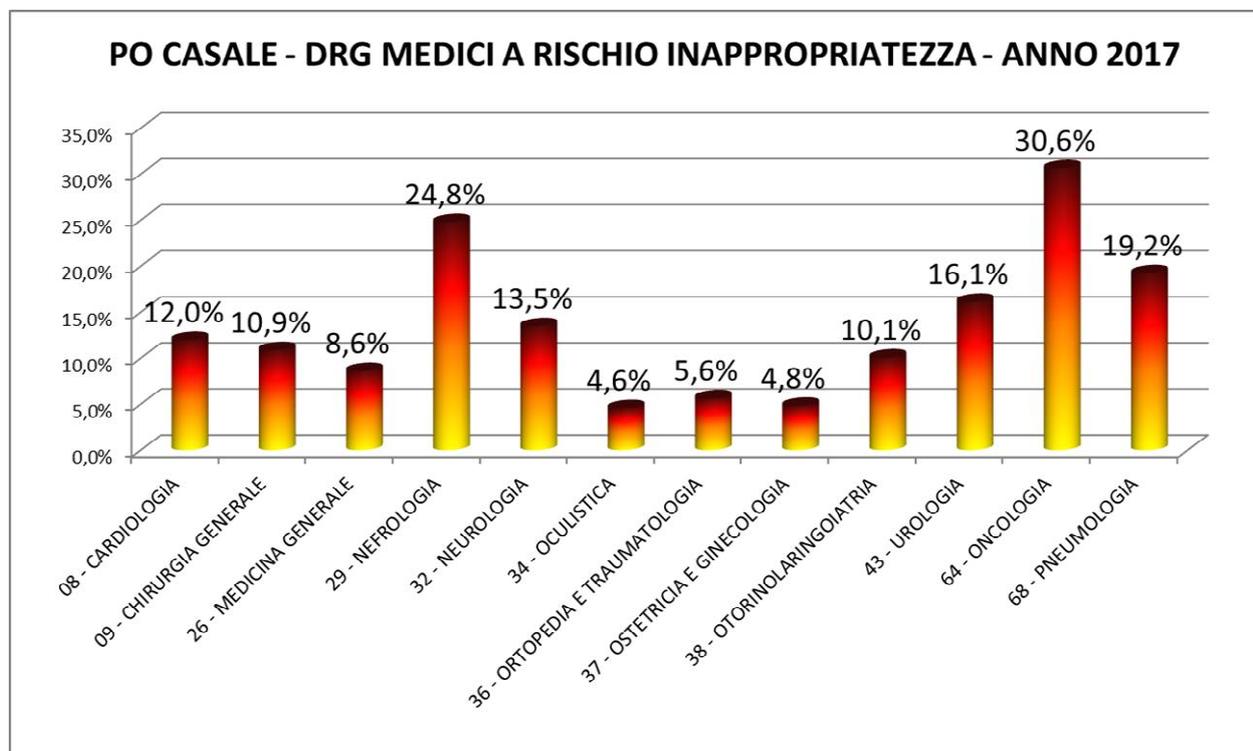
122.0 *ora indicazione al ricovero/dimissione*

Conclusioni

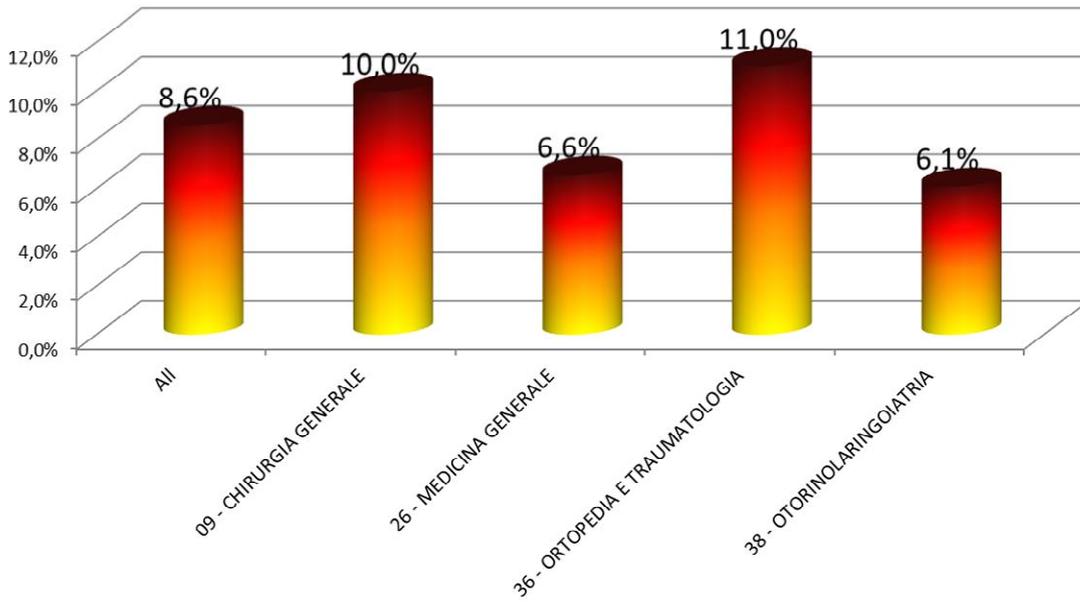
In base alla rilevazione effettuata, la media dei tempi di attesa dei DEA-PS risulta entro l'obiettivo assegnato; ancora fuori standard, a livello di singolo Presidio ospedaliero, il DEA di Novi L. (in miglioramento rispetto al 2016) ed il PS Acqui T.

DRG MEDICI AD ALTO RISCHIO INAPPROPRIATEZZA

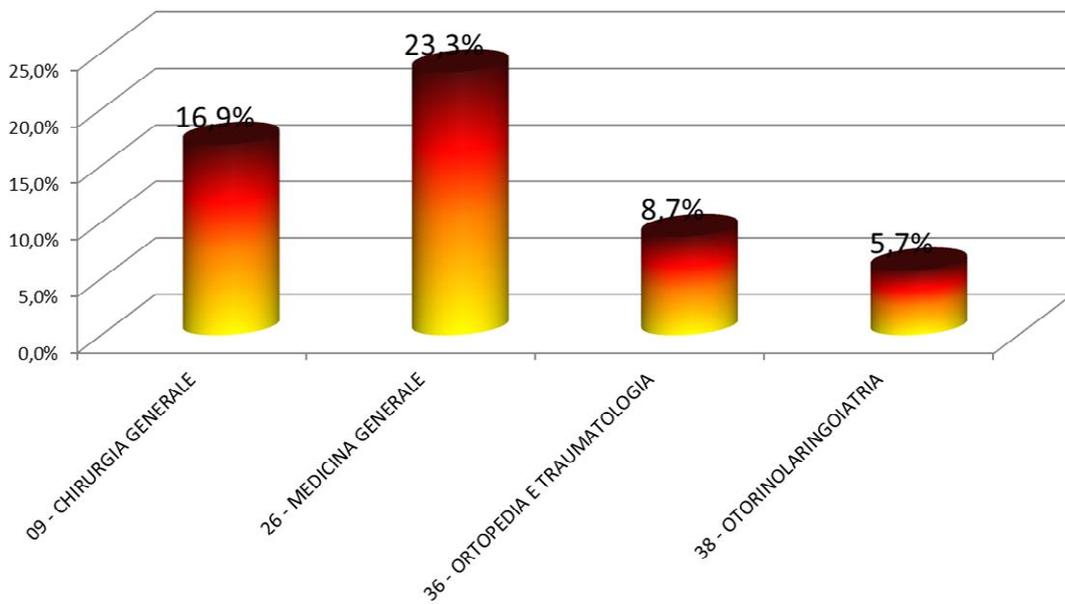
Nelle tabelle seguenti sono misurate le percentuali di DRG Medici a rischio inappropriata sul totale dei casi di ricoveri per i diversi reparti della Rete Ospedaliera dell'ASL AL.



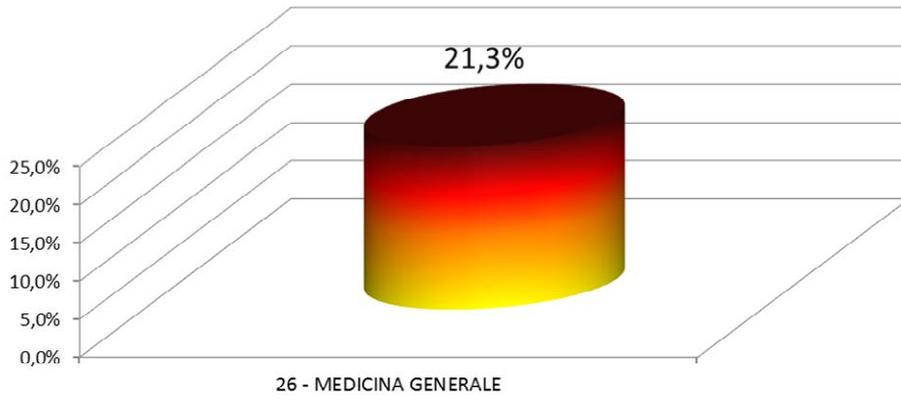
PO TORTONA - DRG MEDICI A RISCHIO INAPPROPRIATEZZA - ANNO 2017



PO ACQUI - DRG MEDICI A RISCHIO INAPPROPRIATEZZA - ANNO 2017



PO OVADA - DRG MEDICI A RISCHIO INAPPROPRIATEZZA - ANNO 2017



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.

ANNO 2017

CASALE	Dimessi entro ore 12	Dimessi Totali	%
Cardiologia	116	462	25%
UTIC	40	65	62%
Chirurgia	330	671	49%
Medicina	885	1.682	53%
Nefrologia	24	86	28%
Nido	211	399	53%
Neurologia	151	503	30%
Oculistica	102	155	66%
Ortopedia	399	632	63%
Ostetricia Ginecologia	185	718	26%
Orl	93	114	82%
Psichiatria	130	309	42%
Urologia	256	355	72%
Terapia Intensiva	25	72	35%
RRF	203	312	65%
Oncologia	74	222	33%

TORTONA	Dimessi entro ore 12	Dimessi Totali	%
Chirurgia	798	948	84%
Medicina	901	1.420	63%
Ortopedia	312	465	67%
Orl	144	169	85%
Terapia Intensiva	41	65	63%

NOVI	Dimessi entro ore 12	Dimessi Totali	%
Cardiologia	197	564	35%
UTIC	64	127	50%
Chirurgia	458	723	63%
Medicina	257	1.238	21%
Nefrologia	23	106	22%
Nido	166	574	29%
Neurologia	186	570	33%
Ortopedia	181	306	59%
Ostetricia Ginecologia	967	1.385	70%
Pediatria	120	644	19%
Psichiatria	211	431	49%
Urologia	379	718	53%
Terapia Intensiva	34	89	38%

ACQUI	Dimessi entro ore 12	Dimessi Totali	%
Chirurgia	442	513	86%
Medicina	587	1.786	33%
Ortopedia	350	480	73%
Orl	44	49	90%
Terapia Intensiva	35	62	56%

OVADA	Dimessi entro ore 12	Dimessi Totali	%
Medicina	142	744	19%
RRF	263	298	88%

**PERCENTUALE DI
COLECISTECTOMIE
LAPAROSCOPICHE CON
DEGENZA POST-OPERATORIA
INFERIORE A 3 GIORNI**

ANNO 2017	%
CASALE M.	73,5%
TORTONA	64,7%
NOVI L.	71,2%
ACQUI	58,8%
TOT ASL AL	67,4%

Tale indicatore previsto dal PNE individua la percentuale di interventi di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore ai 3 giorni (standard atteso maggiore / uguale al 70%).

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 31.12.2017 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 2017, entro il 31.3.2018, secondo lo schema-tipo regionale; primo monitoraggio degli indicatori di processo e di esito, come previsti dalla determinazione regionale di validazione dei progetti CS.
3. Numero delle iniziative svolte entro il 31.12.2017 / N° delle iniziative previste.

VALORE DELL'OBIETTIVO

1. Attivazione, entro il 31 dicembre 2017, del 67% 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 (31.3.2018) delle Relazioni di attività e spesa, unitamente agli indicatori di processo e di esito.
3. Svolgimento degli interventi di formazione rivolti agli operatori e di informazione rivolti ai cittadini e alla comunità locale riguardo all'avvio/sviluppo e alle funzioni delle CS, come previsti nei progetti. Almeno 2 iniziative di formazione rivolta agli operatori e 2 di informazione/comunicazione rivolta ai cittadini riguardo all'avvio/sviluppo e alle funzioni/servizi erogati dalle CS per rispondere ai bisogni di cure primarie sul territorio distrettuale.

Con deliberazione ASL AL n.804 del 5.12.2017 (allegata) si è 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.

2.

La relazione di attività e spesa, unitamente agli indicatori di processo e di esito, è stata inviata entro la scadenza prevista (10 aprile 2018).

3.

Per quanto concerne le iniziative di informazione, sono stati svolti i seguenti eventi rivolti alla popolazione, agli amministratori locali, alle categorie professionali ed alle Associazioni di Volontariato del bacino d'utenza; tale eventi sono stati organizzati congiuntamente ai Comuni sede delle singole Case della Salute con una notevole partecipazione e condivisione dei percorsi e delle attività proposte:

- 2 dicembre 2017 presso la sala consiliare del Comune di Castellazzo Bormida;
- 6 dicembre 2017 presso la sala Pessini di Castelnuovo Scrivia;
- 19 dicembre 2017 presso la Sala Consiliare del Comune di Moncalvo;

- Arquata Scrivia: la presentazione dell'11 dicembre 2017 è stata rinviata per le avverse condizioni meteorologiche alla successiva data del 18 gennaio 2018

In data 29 giugno e 14 dicembre 2017 ad Alessandria sono state, inoltre, tenute due conferenze stampa da parte della Direzione Aziendale per aggiornare sullo stato di avanzamento del progetto Case della Salute.

Per quanto riguarda la formazione rivolta agli operatori si segnala quanto segue:

1. corso LA GESTIONE DEI PROCESSI EROGATIVI SANITARI ATTRAVERSO L'APPROCCIO PDTA (due edizioni: 22 giugno 2017 e 4 ottobre 2017): 36 partecipanti (elenco dei partecipanti in allegato);
2. corso INTRODUZIONE ALL'UTILIZZO DELLA RETE ECG (due edizioni: 2 e 3 ottobre 2017, 6 crediti ECM): 28 partecipanti (elenco dei partecipanti in allegato);
3. corso SULL'UTILIZZO DEGLI APPARECCHI PER SPIROMETRIA (27 novembre, 6 crediti ECM): 24 partecipanti (elenco dei partecipanti in allegato).

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

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

Flusso Consumi DMRP2017(esclusa la CNDW- Dispositivi medico-diagnostici in vitro)

$$\frac{\quad}{\text{CE 2017 (Voci B.1.A.3.1 + B.1.A.3.2)}}$$

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

VALORE DELL'OBIETTIVO

Coerenza, con un margine di tolleranza del +/- 10%, 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)

In merito all'obiettivo in esame, nel corso del secondo semestre 2017 l'Azienda ha provveduto ad un periodico e sistematico monitoraggio di allineamento del dato di contabilità generale, contabilità analitica e di flusso consumo Dispositivi Medici, operando una verifica circa la corretta imputazione dei prodotti ai fattori produttivi associati.

Gli scostamenti rilevati tra i dati delle tre rilevazioni si sono attestate nel 2017 entro le soglie di tolleranza dell'obiettivo regionale, fornendo un riscontro sostanzialmente positivo stante le inevitabili differenze causate da vari possibili fattori tra cui, in primis, la variazione delle giacenze.

Nella tabella sottoriportata sono evidenziati i dati relativi all'obiettivo in esame:

	12 mesi 2017
Flusso DM (escluso CND W) da PADDI	14.853
conti 03100158 - 03100164 dato contabile	13.627

RAPPORTO FLUSSO DM 2017 / CE 2017: 109%

Alla luce di quanto sopra evidenziato, tenuto anche conto quanto riportato in relazione al successivo obiettivo 4.3 - Contenimento della spesa aziendale per l'acquisto di dispositivi medici, l'obiettivo è da ritenersi raggiunto.

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

OBIETTIVO

- a) Predisposizione per ogni azione del Piano Attuativo di Certificabilità di una descrizione generale delle procedure amministrative con matrice delle responsabilità (entro il 30.6.2017)
- b) Individuazione delle istruzioni operative della procedura con relativa flowchart ed eventuale modulistica e predisposizione di una istruzione (entro il 31.12.2017)

RISULTATO

- a) Predisposizione della descrizione generale entro i termini previsti da parte delle Strutture amministrative e sanitarie interessate, con predisposizione della matrice delle responsabilità
- b) Predisposizione n.1 istruzione operativa entro i termini previsti previa individuazione delle istruzioni da parte delle Strutture amministrative e sanitarie interessate

MAPPATURA DEI PROCESSI – PARAGRAFO 1.7 DEL PIANO TRIENNALE PREVENZIONE CORRUZIONE:

OBIETTIVO

Effettuazione della mappatura dei processi e individuazione di misure specifiche di prevenzione

a) Verifica della mappatura dei processi ed eventuale individuazione di misure specifiche di prevenzione

b) Predisposizione delle misure specifiche di prevenzione

RISULTATO

a) Verifica della definizione delle tabelle con pesatura del rischio e proposta delle misure di prevenzione specifiche da parte delle strutture amministrative e sanitarie interessate

b) Proposta delle misure di prevenzione specifiche da parte delle strutture amministrative e sanitarie interessate

RIDISEGNO DELLE STRUTTURE AMMINISTRATIVE E DI STAFF IN LINEA CON IL NUOVO ATTO AZIENDALE CON INDIVIDUAZIONE DI MASSIMO DUE SEDI DI SERVIZIO

OBIETTIVO

Allocazione del personale nelle sedi individuate nel processo di riorganizzazione

RISULTATO

Allocazione da parte delle strutture amministrative e di staff interessate del personale secondo il programma definito e concordato con la Direzione aziendale

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 2017 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: collaborazione nella stesura dei Protocolli Diagnostici Terapeutici individuati (BPCO - Asma Bronchiale-Diabete): garantire il coinvolgimento della Medicina Generale nella riprogettazione dei PDTA

Gli incontri per la definizione dei PDTA individuati hanno portato alla loro stesura definitiva (diabete, BPCO ed asma) con il coinvolgimento sia dei MMG e/o PLS di ogni singolo Distretto sia degli specialisti della patologia, sia dei professionisti delle Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero che dei professionisti dei Distretti.

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

Durante tutto il 2017 è sempre stata sollecitata la corretta chiusura delle SDO nei tempi prefissati. Ovviamente l'invio in regione delle SDO non sempre corrisponde alla totale valorizzazione delle stesse. Per una più reale panoramica, dal mese di settembre, si è provveduto a redigere un 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 di settembre ed ottobre, praticamente tutte le SDO sono state inviate e valorizzate nei termini, mentre nel mese di novembre si nota una criticità sul presidio di Casale che non ha completato 14 schede su 847 (0,6%). Il mese di dicembre è stato valorizzato al 100%.

Conclusioni

Si riporta scheda aggiornata al mese di dicembre 2017 dalla quale si evince il raggiungimento dell'obiettivo.

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
SETTEMBRE	100%	100%	99,70%	100%	99,70%	0	1	0	1	0
OTTOBRE	100%	99,40%	99,70%	100%	99,20%	0	1	0	0	0
NOVEMBRE	100%	99,30%	99,70%	100%	99,50%	0	14*	0	0	0
DICEMBRE	100%	100%	100%	100%	100%	0	0	0	0	0

* 12 Oft. + 2 Card. al 12.01.18 tutto chiuso

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

A seguito definizione e diffusione Regolamento BOA, nonché riunioni periodiche sull'applicazione delle disposizioni ivi contenute, si formulano alcune considerazioni relative ai parametri di riferimento specifici relativi al buon utilizzo degli spazi operatori.

Rispetto alla tempistica operatoria prevista dal Regolamento, si può senza dubbio affermare che dopo un iniziale scostamento dovuto principalmente a ritardi di inizio attività, ed anche a tempi troppo dilatati intercorsi tra i vari interventi, attualmente e secondo gli ultimi dati raccolti si evidenzia un netto miglioramento, con un conseguente utilizzo razionale ed ottimale degli spazi operatori.

Riguardo alla programmazione settimanale delle sale operatorie, ogni specialità invia ogni giovedì la lista operatoria degli interventi programmati per la settimana successiva, tutta la documentazione viene raccolta in ogni blocco operatorio dai C.C. e dai C.I. a disposizione per eventuali modifiche da discutere ed approvare nelle riunioni settimanali.

Per quanto riguarda il tasso di occupazione S.O. abbiamo a disposizione i dati riguardanti buona parte del secondo semestre 2017, non confrontabili con il primo semestre, in quanto la compilazione delle schede di attività è successiva all'entrata in vigore del Regolamento BOA in specifico dal mese di giugno.

In ogni caso per fare una valutazione temporale si è potuto prendere come riferimento il mese di ottobre 2016, periodo durante il quale era stata attuata una sperimentazione della scheda attualmente in uso, dove della risultanza dei dati raccolti, confrontati con lo stesso mese dell'anno 2017, si evince un sostanziale aumento del tasso di occupazione che complessivamente rispetto a tutti i blocchi operatori, passa mediamente all'incirca dal 68,4% dell'ottobre 2016 all' 82,3% di ottobre 2017.

BED MANAGEMENT

In relazione all'obiettivo si evidenzia quanto segue:

Indicatore a) ultimazione protocollo

Regolamento Aziendale Bed Management definito, approvato e diffuso.

Indicatore b) messa a regime (dopo sperimentazione di 3 mesi)

Sintesi dell'attività da giugno 2017:

- Analisi del processo di rilevazione della disponibilità dei posti letto nei PP.OO. dell'ASLAL
- Sopralluogo presso i PP.OO al fine di una valutazione dei posti letto effettivi da confrontare ai dati della Delibera 819/2015
- Valutata e avviata l'informatizzazione e la visione dei posti letto liberi dalle postazioni pc dei DEA/PS e DSPO
- Adeguamento dei posti letto del P.O. di Novi Ligure in accordo a quanto previsto da Delibera 819/2015
- Analisi dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di ricoveri ordinari in Medicina Casale nei mesi di marzo, aprile, maggio 2017. Riunione con SC Medicina e DSPO e provvedimenti conseguenti
- Coordinamento dell'attività operatoria ortopedica protesica fra gli ospedali di Novi Ligure e Tortona
- Predisposta ed avviata: modulistica per il monitoraggio quotidiano dei posti letto liberi PP.OO, nonché per il monitoraggio quotidiano dell'occupazione dei posti letto nelle SC/SS, dei diversi regimi di ricovero e degli appoggi di pazienti in Reparti diversi da quelli di assegnazione
- Audit clinico e provvedimenti conseguenti in caso specifico di prolungata degenza

in Terapia Intensiva di due casi affetti da grave cerebrolesione acquisita (P.O. Tortona)

- Riunioni periodiche con il Responsabile della SC DEA/PS e Direttore del Dipartimento di Emergenza e Urgenza , al fine di discutere le criticità ed illustrare le procedure in uso. Nello specifico il “Piano di gestione del sovraffollamento e Linee guida per delineare l’istituto della consulenza e le modalità di ricovero dal Pronto Soccorso e il trasferimento dei pazienti tra diverse strutture operative dell’ASLAL”

Tali attività hanno consentito di perseguire un migliore utilizzo dei posti letto ed una più appropriata ed efficiente organizzazione con il coordinamento del Bed Manager, dei percorsi di ricovero, trasferimento e dimissione dei pazienti , anche attraverso un efficientamento degli aspetti amministrativi e l’informatizzazione delle procedure.

***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 necessita di presidi nutrizionali prima di afferire al centro prescrittore per la NAD di competenza territoriale. L’adozione del Protocollo ha già permesso di ravvisare un miglioramento dell’attività con efficientamento dei percorsi e delle prestazioni nonché diminuzione della spesa per la nutrizione enterale e parenterale nell’anno 2017 in rapporto all’anno 2016.

h) OBIETTIVI DI QUALITÀ DELL'OFFERTA SANITARIA

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

INDICATORE Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 2 giorni (differenza tra data della procedura e data di ricovero ≤ 2 giorni) <hr/> <p style="text-align: center;">Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore</p>
VALORE DELL'OBIETTIVO Tasso aggiustato > 70%

Nella tabella sottoriportata sono evidenziati i dati relativi all'obiettivo in esame:

	9M2016 (*)	A2016(*)	6M2017 (*)	9M2017 (*)	A2017 (*)
PO CASALE M.	32,4%	30,60%	25,0%	35,1%	39,1%
PO NOVI L.	31,0%	29,17%	35,1%	31,1%	29,9%
PO ACQUI T.	52,3%	49,53%	52,0%	52,2%	54,4%
PO TORTONA	54,3%	56,25%	36,5%	28,4%	35,3%
ASL AL TUTELA	45,1%	43,40%	36,0%	39,3%	42,3%
(*) FONTE DATI: TAVOLO REGIONALE DI MONITORAGGIO					

Descrizione obiettivo e criteri

Obiettivo presente nella scheda di budget 2017 assegnata alle SS.CC. Ortopedia.

Azioni attivate ed intraprese

- Incontri presso ciascun Presidio effettuati di concerto con la SSA Governo Clinico-Qualità-Accreditamento e SC Programmazione Controllo Sistema Informativo, effettuate nei mesi di luglio, settembre, novembre e dicembre al fine di illustrare l'obiettivo e di fornire le indicazioni utili al suo perseguimento;
- monitoraggio andamento dell'obiettivo mediante approfondimenti in sede di riunioni Coordinamento DSPO e incontri mirati con Responsabili interessati;
- analisi e diffusione dati circa il raggiungimento del valore obiettivo richiesto;
- incontri specifici effettuati con i Responsabili Medici coinvolti nell'attività oggetto dell'obiettivo a settembre 2017 per analizzare le criticità riscontrate nel raggiungimento (percentuale riscontrata ancora lontana dal valore atteso del 70%, anche se in miglioramento negli ultimi mesi 2017);
- PDTA percorso femore (allegato) a cura Gruppo di Lavoro appositamente istituito,

comprensivo di indicazioni anestesiológicas del Direttore del Dipartimento Emergenza Urgenza.

Conclusioni

Tre PP.OO. su quattro (Casale M., Novi L. e Acqui T.) migliorano il dato rispetto all'anno precedente.

Dai dati 2017 si evidenzia un recupero negli ultimi mesi dell'anno in particolare sul P.O. di Casale M. e sul P.O. di Tortona

Si rileva il permanere di criticità legate principalmente al notevole numero di pazienti che non viene operato nelle 48 ore per problemi di carattere anestesiológico / internistico (assunzione di anticoagulanti che richiedono sospensione della terapia prima dell'intervento) e non ortopedico.

Si segnalano, inoltre, gravi criticità di personale medico sui PP.OO. Novi L. e Tortona che lavorano in integrazione.

	6M2017 (*)	9M2017 (*)	OTT17	NOV17	DIC17
PO CASALE M.	25,0%	35,1%	40,0%	70,00%	80,0%
PO NOVI L.	35,1%	31,1%	25,0%	40,00%	16,7%
PO ACQUI T.	52,0%	52,2%	54,5%	75,00%	33,3%
PO TORTONA	36,5%	28,4%	46,2%	37,50%	75,0%
(*) FONTE DATI: TAVOLO REGIONALE DI MONITORAGGIO					
(**) FONTE DATI: DATO INTERNO STIMATO DI PRECONSUNTIVO					

PO Casale M.

La percentuale di pazienti trattati in 48h sta aumentando significativamente; i dati dimostrano che nel mese di Novembre il 70% e nel mese di dicembre l'80% dei pazienti è stato trattato entro le 48h raggiungendo quindi il valore atteso. Nel corso del 2017 si è assistito a un progressivo miglioramento del dato: alla fine dei primi 6 mesi la percentuale era pari a 25%, salendo a 35,1 % alla fine dei primi 9 mesi.

PO Novi L.

Relativamente al PO di Novi L., nel mese di Novembre si è assistito a un leggero miglioramento del dato: la percentuale dei pazienti trattati in 48h ha raggiunto il 40% rispetto al 31,1% (valore medio dei primi 6 mesi).

PO Tortona

Il PO di Tortona presenta attualmente problematiche strutturali, ovvero l'inagibilità della sala operatoria per gli interventi di sintesi delle ossa lunghe (fratture per trocanteriche del

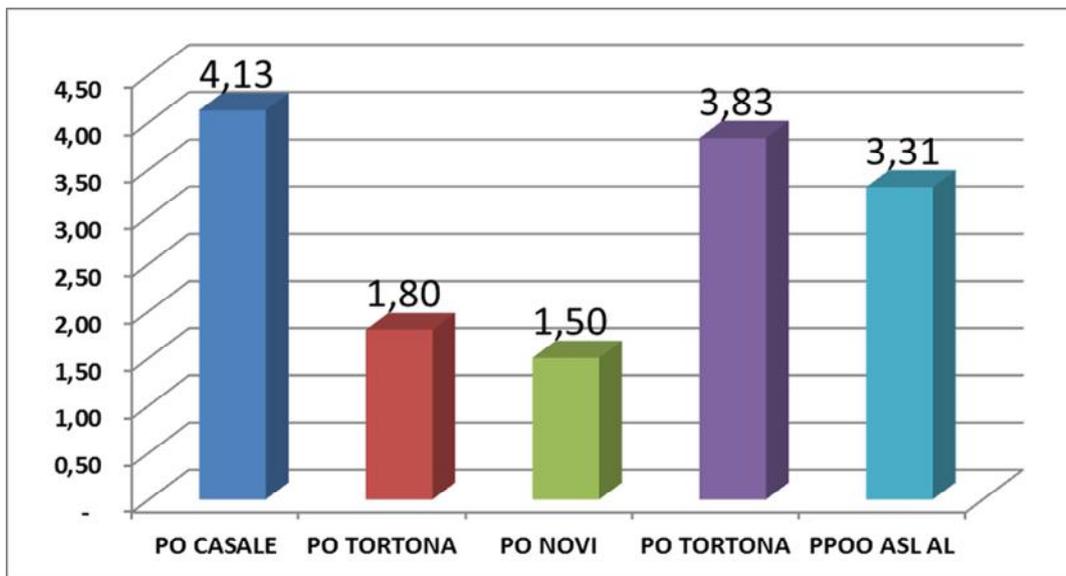
femore); in tali casi il paziente viene trasferito in altri Presidi dell'Azienda, mentre altri tipi di procedure sono convogliate verso il PO di Tortona (fratture mediali). Questi trasferimenti non sono immediati e spesso causano sforamenti delle 48h; questo rende più difficile il raggiungimento dell'obiettivo. Nonostante ciò, grazie all'integrazione e alla collaborazione tra i Presidi di Novi L. e Tortona, nei mesi di Ottobre e Novembre il dato è sensibilmente migliorato rispetto al valore medio dei primi 6 mesi (46,2% ad ottobre, 37,5% a novembre e 75% a dicembre).

PO Acqui T.

La percentuale di pazienti trattati in 48h nei primi 6 mesi dell'anno è stata del 52,2%; particolarmente positivo è il risultato del mese di Novembre in cui la percentuale raggiunge il 75%, superando lo standard atteso.

TEMPO INTERCORRENTE TRA RICOVERO ED INTERVENTO PER FRATTURA TIBIA - PERONE

Si riporta il dato 2017 dell'indicatore previsto dal PNE Piano Nazionale Esiti (standard non superiore agli 8 gg).



giorni

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

INDICATORE Numero di episodi di STEMI, in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro 2 giorni <hr/> Numero di episodi di STEMI
VALORE DELL'OBIETTIVO Tasso aggiustato > 85%

Nella tabella sottoriportata sono evidenziati i dati relativi all'obiettivo in esame:

	12M2016 (*)	6M2017 (*)	9M2017 (*)	A2017 (*)
ASL AL TUTELA	60,5%	65,1%	59,1%	64,15%
(*) FONTE DATI: TAVOLO REGIONALE DI MONITORAGGIO				

Descrizione obiettivo e criteri

Obiettivo presente nella scheda di budget 2017 assegnata alle SS.CC. Cardiologia.

Azioni attivate ed intraprese

- Incontri presso ciascun Presidio ospedaliero effettuati di concerto con la SSA Governo Clinico-Qualità-Accreditamento e SC Programmazione Controllo Sistema Informativo, effettuate nei mesi di luglio, settembre, novembre e dicembre. al fine di illustrare l'obiettivo e di fornire le indicazioni utili al suo perseguimento;
- monitoraggio andamento dell'obiettivo mediante approfondimenti in sede di riunioni Coordinamento DSPO e incontri mirati con Responsabili interessati;
- analisi e diffusione dati pervenuti circa il raggiungimento del valore obiettivo richiesto;
- incontri con Direttori SC per analisi specifica

Conclusioni

Il calcolo dell'indicatore per l'ASL è effettuato su tutti i residenti dell'ASL AL ricoverati e sottoposti a PTCA in qualsiasi Presidio Ospedaliero del Piemonte (include quindi la mobilità intraregionale).

Nei primi sei mesi del 2017 su 172 pazienti con STEMI, 112 sono stati trattati con PTCA entro 48 ore (tasso grezzo: 65,1%); con un miglioramento importante rispetto al 2016 (tasso grezzo: 60,5%).

Il dato fornito dal competente Settore regionale relativamente ai primi nove mesi 2017 risulta pari, sempre in ottica di “tutela”, a 59,1%.

Per quanto riguarda il dato di produzione, nei Presidi di Casale M. e Novi L. il tasso grezzo nei primi sei mesi del 2017 risultava rispettivamente uguale a 11,1% e 37,5%.

In esito a verifica sul tema, si è riscontrato che i risultati non erano congrui rispetto l'effettiva presa in carico dell'evento, a causa di un errore nella codifica delle SDO: in particolare erano stati inclusi nella casistica anche i casi di *completamento degenza dopo PTCA* perché scorrettamente codificati con diagnosi principale *infarto miocardico acuto primo episodio di cura (41011 invece che v665)*.

Si è provveduto, pertanto, alla rettifica della codifica della diagnosi principale ed al reinoltro delle SDO interessate; ciò porterà ad un sensibile miglioramento del dato relativo alla produzione, peraltro limitato a casistiche molto ridotte.

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 deriveranno dalle avvenute azioni di riorganizzazione della rete delle strutture cardiologiche presenti sul territorio provinciale.

APPROPRIATEZZA NELL'ASSISTENZA AL PARTO DEI PUNTI NASCITA

INDICATORE
$\frac{\text{N}^\circ \text{ parti con cesareo primario}}{\text{N}^\circ \text{ parti con nessun pregresso cesareo}} \times 100$
VALORE DELL'OBIETTIVO
Tasso aggiustato <= 20%

Nella tabella sottoriportata sono evidenziati i dati relativi all'obiettivo in esame:

	9M2016 (*)	12M2016(*)	6M2017 (*)	9M2017 (*)	A2017 (*)
PO NOVI L.	13,98%	14,86%	18,69%	16,73%	16,78%
PO CASALE M.	25,78%	25,28%	30,91%	25,98%	25,64%
ASL AL TUTELA	19,91%	19,7%	21,49%	20,97%	20,67%
(*) FONTE DATI: TAVOLO REGIONALE DI MONITORAGGIO					

Descrizione obiettivo e criteri

Obiettivo presente nella scheda di budget 2017 assegnata alle SS.CC. Ostetricia e Ginecologia.

Azioni attivate ed intraprese

- Incontri presso ciascun Presidio effettuati di concerto con la SSA Governo Clinico-Qualità-Accreditamento e SC Programmazione Controllo Sistema Informativo, effettuate nei mesi di luglio, settembre, novembre e dicembre. al fine di illustrare l'obiettivo e di fornire le indicazioni utili al suo perseguimento;
- monitoraggio andamento dell'obiettivo mediante approfondimenti in sede di riunioni Coordinamento DSPO e incontri mirati con Responsabili interessati;
- analisi e diffusione dati circa il raggiungimento del valore obiettivo richiesto;
- incontri specifici con i Responsabili di SS.CC. Ostetricia e Ginecologia per approfondimenti.

Conclusioni

Sulla base dei dati disponibili per i due Punti Nascita presenti nel P.O. di Novi Ligure e nel P.O. di Casale, si evince che la percentuale di parti cesarei primari a Novi L. nei primi 9 mesi dell' anno è del 16,7%, raggiungendo ampiamente l'obiettivo, anche se si riscontra

un lieve peggioramento rispetto allo stesso periodo del 2016, mentre per quanto riguarda il P.O. di Casale l'obiettivo non risulta ancora raggiunto in quanto la percentuale di cesarei è del 26% nei primi 9 mesi, valore comunque in miglioramento rispetto a quello relativo ai primi 6 mesi 2017 pari al 30,9%.

Come si evince dai dati soprariportati, mentre il risultato relativo al P.O. di Novi L. risulta ampiamente al di sotto dello standard del 20%, per l'Ospedale di Casale M. si stima un preconsuntivo al di sopra dell'obiettivo 2017.

Occorre però evidenziare un sensibile miglioramento del dato "grezzo" della percentuale di cesarei sul totale dei parti a partire dal secondo semestre 2017, come evidenziato nella tabella seguente:

% PARTI CESAREI SU TOTALE PARTI

PO NOVI L.	A2016	Anno	26,4%
	A2017	Anno	25,2%
		1 sem	27,1%
		2 sem	23,5%
PO CASALE M.	A2016	Anno	32,1%
	A2017	Anno	35,9%
		1 sem	39,5%
		2 sem	32,5%

I soprarichiamati miglioramenti riscontrati nel secondo semestre per i PP.OO. di Casale M. e Novi L. permettono di ipotizzare che il valore atteso per l'anno 2017 sia raggiunto per il punto nascita del P.O. di Novi L., mentre per quanto riguarda il P.O. di Casale M. il dato di consuntivo 2017, seppur superiore alla soglia-obiettivo, dovrebbe risultare in miglioramento sia rispetto all'andamento del 1° semestre 2017 sia rispetto al dato di consuntivo 2016 (25,28%).

Si riporta il report regionale della percentuale dei Bilanci di Salute per le donne con età gestazionale 36 settimane, che evidenzia il buon risultato dell'ASL AL, ben al di sopra dello standard e con percentuale tra le più elevate della Regione.

Punto Nascita	BILANCI DI SALUTE		Donne con età gestazionale > 36		Donne con BdS presso il PN		OB %
	Totale Donne	N°	N°	%	N°	%	
203 Ospedale Civile "E.Agnelli"	814	775	95,2%	456	58,8%	>=52%	
203 Ospedale Degli Infermi	1136	1054	92,8%	525	49,8%	>=52%	
204 Ospedale Civico Chivasso	888	849	95,6%	659	77,6%	>=52%	
204 Ospedale Civile Di Ivrea	609	547	89,8%	307	56,1%	>=52%	
204 Presidio Osped. Riunito Sede Di Cirie'	911	878	96,4%	470	53,5%	>=52%	
205 Ospedale Maggiore	610	585	95,9%	333	56,9%	>=52%	
205 Ospedale Santa Croce	945	866	91,6%	471	54,4%	>=52%	
206 Ospedale Sant'Andrea	537	510	95,0%	222	43,5%	>=52%	
206 Ospedale Ss.Pietro E Paolo	339	327	96,5%	168	51,4%	>=52%	
207 Osp.Degli Infermi Di Biella	817	752	92,0%	417	55,5%	>=52%	
208 Istituto S.S. Trinita - Borgomanero	962	907	94,3%	507	55,9%	>=52%	
209 Ospedale San Biagio	128	125	97,7%	66	52,8%	>=52%	
209 Stabilimento Ospedaliero Castelli	427	374	87,6%	224	59,9%	>=52%	
210 Nuovo Ospedale Di Ceva	1	1	100,0%	1	100,0%	>=52%	
210 Ospedale Di Mondovi'	571	528	92,5%	345	65,3%	>=52%	
210 Osp. Maggiore Ss. Annunziata Savigliano	1175	1074	91,4%	554	51,6%	>=52%	
211 Ospedale San Lazzaro - Alba	960	887	92,4%	456	51,4%	>=52%	
212 Presidio Osp. Cardinal G. Massaia	1445	1306	90,4%	605	46,3%	>=52%	
213 Ospedale San Giacomo Novi	722	677	93,8%	485	71,6%	>=52%	
213 Ospedale Santo Spirito Casale	399	378	94,7%	215	56,9%	>=52%	
301 Ospedale Maria Vittoria	1271	1170	92,1%	641	54,8%	>=52%	
301 Ospedale Martini	720	688	95,6%	332	48,3%	>=52%	
301 Sedes Sapientiae Srl	129	126	97,7%	6	4,8%	>=52%	
905 Osp. Maggiore Della Carita'	1860	1684	90,5%	1001	59,4%	>=52%	
906 Az. Ospedal. S. Croce E Carle	1801	1668	92,6%	866	51,9%	>=52%	
907 Osp.Civile Ss.Antonio E Biagio	1263	1137	90,0%	561	49,3%	>=52%	
908 Ospedale Mauriziano Umberto I - Torino	1298	1228	94,6%	484	39,4%	>=52%	
909 Ospedale Ostetrico Ginecologico Sant'Anna	7013	6203	88,5%	1751	28,2%	>=52%	
Fuori Struttura	143	130	90,9%	77	59,2%	>=52%	
Totale	29894	27434	91,8%	13205	48,1%	>=52%	

DONAZIONI ORGANI

INDICATORE

1. n° morti encefaliche segnalate nei reparti di rianimazione/ n° decessi di soggetti ricoverati nei Reparti di rianimazione con una patologia compatibile con l'evoluzione verso la morte encefalica
2. n° donatori di cornea nel 2017 / totale decessi ospedalieri del 2016 fra i 5 e i 75 anni compresi

VALORE DELL'OBIETTIVO

Cfr. Tabelle

Descrizione obiettivo e criteri

Obiettivo presente nella scheda di budget 2017 assegnata alla SC DSPO.

Azioni attivate ed intraprese

- Incontri presso ciascun Presidio ospedaliero effettuati di concerto con la SSA Governo Clinico-Qualità-Accreditamento e SC Programmazione Controllo Sistema Informativo, effettuate nei mesi di luglio, settembre, novembre e dicembre, al fine di illustrare l'obiettivo e di fornire le indicazioni utili al suo perseguimento;
- monitoraggio andamento dell'obiettivo mediante approfondimenti in sede di riunioni Coordinamento DSPO e incontri mirati con Responsabili interessati;
- analisi e diffusione dati circa il raggiungimento del valore obiettivo richiesto;
- incontri specifici con i Responsabili di SC per approfondimenti.

Conclusioni

Gli obiettivi nazionali e regionali di incremento delle attività di prelievo/trapianto d'organo, assegnati come obiettivi strategici a tutte le ASL/ASO Piemontesi, sono stati ampiamente diffusi in Azienda.

I Coordinatori locali di Presidio Ospedaliero hanno implementato l'azione di "procurement" di cornee proseguendo sia la formazione dei prelevatori cornee che la campagna di sensibilizzazione del personale afferente alle SS.CC. di Medicina Generale, Neurologia e Oncologia, al fine di ottemperare correttamente e puntualmente a quanto previsto dalla normativa vigente.

I Coordinatori di Presidio Ospedaliero e i Direttori delle SS.CC. di Medicina, Neurologia, Oncologia, Anestesia e Rianimazione e del Dipartimento di Emergenza Urgenza hanno attivamente e proficuamente partecipato all'obiettivo regionale legato all'incremento delle

donazioni di cornee, realizzando tutti i prelievi richiesti e, in alcuni casi (Acqui T. e Novi L.), superando significativamente le indicazioni regionali.

Si segnala inoltre che le opere intraprese hanno interessato tutti i Presidi e negli ultimi mesi soprattutto il P.O. di Tortona caratterizzato da un minor numero di cornee prelevate; le azioni hanno previsto riunioni di sensibilizzazione con il Coordinatore locale, il Direttore SC e Coordinatore infermieristico dei Reparti ospedalieri con possibili donatori e contatti con l'Hospice di Alessandria per formare, diffondere e concordare la procedura di prelievo, al fine di iniziare la collaborazione con il Coordinatore locale del Presidio ospedaliero stesso.

DONAZIONI CORNEE

INDICATORE: N° DONATORI CORNEA NEL 2017 / TOTALE DECESSI OSPEDALIERI DEL 2016 FRA I 5 E I 75 ANNI COMPRESI

DONAZIONI CORNEE ANNO 2017		
Presidio Ospedaliero	Donatori cornee anno 2017	Obiettivo 2017
CASALE M.	12	12
TORTONA	5	6
NOVI L.	10	7
ACQUI T.	12	6

L'unico Presidio ospedaliero che non ha raggiunto l'obiettivo risulta essere quello di Tortona. Sono state verificate le tipologie di pazienti afferenti presso il P.O. di Tortona e i potenziali donatori, con il risultato di riscontrare una adesione alle indicazioni regionali. In riferimento al numero totale aziendale l'obiettivo risulta raggiunto.

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

BDI % ANNO 2017		
Presidi Ospedalieri	Dato anno 2017	Obiettivo 2017
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.

In coerenza con la normativa vigente e con gli atti sopracitati, nonché in continuità con le iniziative in tema di umanizzazione avviate a livello regionale nel corso degli ultimi anni, si ritiene di prevedere nell'ambito degli obiettivi da assegnare per l'annualità 2017 ai Direttori generali delle ASR una serie sub-obiettivi specifici di seguito indicati finalizzati alla verifica della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie con riferimento all'umanizzazione dell'assistenza:

1. Programma nazionale valutazione partecipata della qualità delle Strutture di ricovero secondo i principi dell'empowerment
2. Comunicazione fra medici curanti e familiari dei pazienti
3. Commissioni miste conciliative
4. Progetti sostegno pazienti/famiglie

Programma nazionale valutazione partecipata della qualità delle Strutture di ricovero secondo i principi dell'empowerment

INDICATORE

Implementazione/completamento azioni correttive a “breve” e “medio” termine individuate nei Piani di miglioramento aziendali.

Con atto deliberativo n.948 del 23.12.2016 è stato approvato il Piano di Miglioramento Aziendale nel quale sono state dettagliate le azioni correttive da mettere in atto, a fronte delle criticità rilevate durante le verifiche dell'equipe regionale, con l'individuazione della tempistica di adozione a breve (entro 6 mesi), a medio (tra 6 e 12 mesi) e lungo termine (oltre 12 mesi).

Per l'annualità 2017 l'Azienda ha partecipato alla terza fase del progetto nazionale che prevedeva:

- ulteriore fase di valutazione con riguardo ai nuovi item definiti da Agenas e relativo aggiornamento dei dati delle check list;
- attuazione delle azioni di miglioramento, a breve e medio termine, definite nel Piano di Miglioramento aziendale.

A fronte delle sopracitate attività, nel mese di giugno 2017, si è tenuto un incontro con il Coordinatore di Cittadinanzattiva della Provincia di Alessandria, al quale hanno partecipato i referenti aziendali del progetto, quelli civici e i Direttori delle Strutture interessate, per visionare e condividere i documenti riguardanti le azioni correttive a breve termine (6 mesi) e gli item del nuovo modulo integrativo per la sicurezza dei pazienti, predisposti dal Rischio Clinico e Controllo Infezioni Ospedaliere.

Il lavoro è proseguito nel mese di settembre nel quale si sono svolti gli incontri di equipe con verifica in loco, presso i Presidi Ospedalieri di Casale M., Novi L. e Tortona, interessati al progetto (in quanto dotati di più di 120 posti letto), di tutti gli item per i quali erano previste azioni di miglioramento a breve termine e quelli nuovi sulla sicurezza. Si sono concordate con i Rappresentanti di Cittadinanzattiva la compilazione della nuova check list e le annotazioni sul diario di bordo.

Come da indicazioni della Regione Piemonte, entro la fine di settembre si è provveduto all'inserimento della Check list aggiornata, del nuovo Modulo per la sicurezza del paziente

e del diario di bordo su piattaforma Agenas on-line con le credenziali attribuite a ciascuna équipe.

Terminata questa fase, al fine di rispettare la tempistica prevista dal Piano di miglioramento Aziendale per le azioni a medio termine, è stato trasmesso il riepilogo delle azioni correttive da implementare al Direttore e ai Referenti della SC Direzione Sanitaria Presidi Ospedalieri e ai Direttori delle Strutture direttamente coinvolte, al fine di acquisire le evidenze attestanti il superamento delle singole criticità.

Il 16.01.2018 si è, infine, svolto ad Alessandria l'incontro con il Rappresentante di CittadinanAttiva e i Responsabili delle Strutture interessate per la disamina, valutazione, condivisione e approvazione delle azioni correttive a medio termine previste ed implementate.

A sostegno di quanto descritto si allega, quale documentazione attestante l'effettuazione e l'implementazione delle azioni correttive a breve e medio termine individuate nel Piano di Miglioramento:

- verbali riunioni con Equipe regionale per verifica ed applicazioni azioni a breve termine;
- copia frontespizio check list per la valutazione del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero inserite su piattaforma Agenas;
- verbali riunioni con Equipe regionale per verifica ed applicazioni azioni a medio termine.

Comunicazione fra medici curanti e familiari dei pazienti

INDICATORE

Per ogni unità operativa ospedaliera dell'Azienda: N° giornate in cui viene garantito colloquio/250 (gg lavorativi annuali).

VALORE DELL'OBIETTIVO

almeno 1 ora per ogni giorno feriale

Descrizione obiettivo e criteri

L'obiettivo è presente nella scheda di budget 2017 assegnata alla SC DSPO.

Azioni attivate ed intraprese

- Incontri presso ciascun Presidio effettuati di concerto con la SSA Governo Clinico-Qualità-Accreditamento e SC Programmazione Controllo Sistema Informativo, effettuate nei mesi di luglio, settembre, novembre e dicembre, al fine di illustrare l'obiettivo e di fornire le indicazioni utili al suo perseguimento;
- monitoraggio andamento dell'obiettivo mediante approfondimenti in sede di riunioni Coordinamento DSPO e incontri mirati con Responsabili interessati;
- analisi e diffusione dati circa il raggiungimento del valore obiettivo richiesto;
- incontri specifici con i Responsabili di SC per approfondimenti;
- procedura specifica "Accoglienza del paziente in reparto".

Conclusioni

In ogni Struttura dei Presidi Ospedalieri dell'ASL AL viene garantita almeno 1 ora di colloquio clinico, per ogni giorno feriale, tra medici curanti e parenti dei ricoverati.

In particolare, nell'ambito del *Progetto Empowerment – Umanizzazione nelle strutture di ricovero delle Aziende Sanitarie Regionali - azioni di miglioramento a rilevanza aziendale*, l'oggetto del presente obiettivo è descritto nella brochure informativa da consegnare ai pazienti/famigliari al momento del ricovero.

Si allega Procedura specifica "Accoglienza del paziente in reparto", con allegata Brochure informativa che risponde all'obiettivo richiesto nei paragrafi: Colloqui con i Medici / Dimissione.

Commissioni miste conciliative

INDICATORE

n. riunioni svolte nell'anno.

VALORE DELL'OBIETTIVO

almeno 3 anno

Con atto deliberativo n.838 del 14.12.2017 (allegato) si è provveduto all'aggiornamento del Regolamento di Pubblica Tutela dell'Azienda Sanitaria Locale ASL AL e all'istituzione della Commissione Mista Conciliativa.

Il documento è visionabile e scaricabile nella sezione URP del sito internet aziendale.

Si segnala che ad oggi, ai sensi del DPCM 19.5.1995, non sono pervenute all'ASL segnalazioni di disservizio tramite le Associazioni di Volontariato e gli Organismi di Tutela, né dichiarazioni di insoddisfazione sugli esiti dell'istruttoria di prima istanza che rendessero necessaria la convocazione della Commissione Mista Conciliativa; pertanto non risulta agli atti documentazione attestante l'attività della Commissione.

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. 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 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 e privato)
3. Azioni da Piani di area. A seguito dell'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.

INDICATORE

1.
$$\frac{\text{N}^\circ \text{ di agende di prenotazione (pubbliche) caricate su CUP aziendale}}{\text{N}^\circ \text{ di agende di prenotazione presenti in Azienda}} \times 100$$

2.
$$\Sigma \frac{(\text{data prenotazione} - \text{data erogazione})}{\text{N}^\circ \text{ prestazioni}}$$

3.
$$\Sigma \frac{(\text{data prenotazione} - \text{data erogazione})}{\text{N}^\circ \text{ prestazioni}}$$

VALORE DELL'OBIETTIVO

1. 100%
2. Cfr. Tabella
3. il valore obiettivo sarà definito dalla Regione in funzione alle specifiche prestazioni individuate.

1.

Per la parte pubblica tutte le strutture hanno un'agenda a CUP, poiché questo passaggio è necessario e funzionale per la registrazione dell'attività erogata e dei flussi informativi regionali (Flusso C).

La presenza dell'agenda nel sistema CUP non significa che tutta la programmazione degli appuntamenti avvenga tramite gli operatori dedicati al CUP.

Vi sono infatti alcune agende, pur presenti sul sistema informatico CUP, la cui prenotazione è riservata al personale addetto all'ambulatorio interessato per motivazioni clinico / tecniche (valutazione esami per mezzo di contrasto per TAC, indicazioni cliniche per il rispetto di protocolli AIFA per OCT, prestazioni oncologiche, ecc.).

Per "Strutture" si intende l'unità minima, all'interno del sistema informatico del CUP, in riferimento alla quale vengono generate le varie agende; la Struttura non corrisponde alla Disciplina, ma può avere un maggiore dettaglio.

Non sono ovviamente censite nel sistema CUP le eventuali agende informatizzate utilizzate da NPI o SERT perché gestite direttamente sugli applicativi regionali.

Si evidenzia inoltre che dal mese di novembre 2016 è stata implementata nella procedura CUP la corretta gestione del campo del flusso C relativo all'opzione "primo accesso / accesso successivo", che consente una più corretta e puntuale rilevazione dei tempi d'attesa delle prestazioni erogate.

Il sub-obiettivo 1 risulta raggiunto (100%), in quanto si è provveduto nell'anno 2017 al caricamento a CUP di tutte le agende di prenotazione (pubblico).

2.

TABELLA RIASSUNTIVA

TEMPI ATTESA - (data erogazione / n. prestazioni)		TUTTI GLI EROGATORI PER RESIDENTI ASL AL
	Standard	2017 anno
Prestazione	T.A. Medio	T.A. Medio
01 Visita cardiologica	30	23,4
02 Visita chirurgia vascolare	30	16,5
03 Visita endocrinologica	30	24,8
04 Visita neurologica	30	24,1
05 Visita oculistica	30	50,1
06 Visita ortopedica	30	21,3
07 Visita ginecologica	30	10,0
08 Visita otorinolaringoiatrica	30	25,7
09 Visita urologica	30	15,0
10 Visita dermatologica	30	32,5
11 Visita fisiatrica	30	34,6
12 Visita gastroenterologica	30	23,1
13 Visita pneumologica	30	19,9
14 Mammografia	40	48,7
15 TC senza e con contrasto del torace	30	16,4
16 TC senza e con contrasto dell'addome	30	16,6
19 TC senza e con contrasto del capo	30	10,3
20 TC senza e con contrasto del rachide e speco vertebr.	30	7,4
21 TC senza e con contrasto del bacino	30	9,0
22 RMN del cervello e del tronco encefalico	30	7,7
23 RMN pelvi, prostata e vescica	30	8,9
24 RMN muscoloscheletrica	30	3,4
25 RMN della colonna vertebrale	30	4,3
26 Ecografia capo e collo	40	27,2
27 Ecocolordoppler cardiaca	40	27,6
28 Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici	40	24,2
29 Ecocolordoppler dei vasi periferici	30	17,4
30 Ecografia addome	30	16,4
31 Ecografia della mammella	30	40,0
32 Ecografia ostetrica-ginecologica	11	6,1
33 Colonscopia	30	44,6
34 Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	30	30,8
35 Esofagogastroduodenoscopia	30	30,8
36 Elettrocardiogramma	30	23,7
37 Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	40	24,4
38 Elettrocardiogramma da sforzo	40	27,4
39 Audiometria	30	31,5
40 Spirometria	40	65,5
41 Fondo oculare	60	63,1
42 Elettromiografia	30	20,0

Incremento 30% produzione

TUTTI GLI EROGATORI – ANDAMENTO NEL TEMPO

TEMPI ATTESA - (data erogazione / n. prestazioni)		TUTTI GLI EROGATORI PER RESIDENTI ASL AL								
	Standard	2016 anno	2017 anno	2017 1° sem	2017 2° sem	2017 sett	2017 ott	2017 nov	2017 dic	
Prestazione	T.A. Medio	T.A. Medio	T.A. Medio	T.A. Medio	T.A. Medio	T.A. Medio	T.A. Medio	T.A. Medio	T.A. Medio	
01 Visita cardiologica	30	33,2	23,4	24,8	21,5	22,2	18,2	20,2	19,9	
02 Visita chirurgia vascolare	30	16,1	16,5	16,9	16,0	16,1	18,1	14,2	16,8	
03 Visita endocrinologica	30	29,4	24,8	25,3	24,2	29,8	20,0	34,0	22,5	
04 Visita neurologica	30	27,0	24,1	22,3	26,3	26,3	25,5	31,2	28,3	
05 Visita oculistica	30	64,9	50,1	52,2	47,5	52,7	53,7	50,4	39,1	
06 Visita ortopedica	30	28,9	21,3	20,6	22,2	24,2	21,8	24,4	21,8	
07 Visita ginecologica	30	8,7	10,0	8,8	11,4	13,5	12,1	9,1	11,8	
08 Visita otorinolaringoiatrica	30	25,6	25,7	22,8	29,0	34,7	28,3	29,0	26,1	
09 Visita urologica	30	20,4	15,0	15,6	14,3	17,4	14,1	13,5	15,7	
10 Visita dermatologica	30	33,5	32,5	27,3	38,6	39,9	38,1	43,5	43,1	
11 Visita fisiatrica	30	40,9	34,6	39,8	29,2	37,2	26,9	25,0	23,9	
12 Visita gastroenterologica	30	24,6	23,1	23,7	22,3	27,4	22,6	22,7	21,2	
13 Visita pneumologica	30	31,2	19,9	19,9	19,8	22,9	18,5	18,3	18,4	
14 Mammografia	40	46,9	48,7	60,5	34,7	63,8	31,7	25,5	20,3	
15 TC senza e con contrasto del torace	30	18,2	16,4	16,4	16,4	17,5	16,2	16,7	14,2	
16 TC senza e con contrasto dell'addome	30	18,6	16,6	16,7	16,4	18,0	15,8	16,6	14,0	
19 TC senza e con contrasto del capo	30	9,7	10,3	10,4	10,3	9,6	10,0	10,7	9,6	
20 TC senza e con contrasto del rachide e speco vertebr.	30	6,1	7,4	7,1	7,7	8,4	6,2	6,4	8,7	
21 TC senza e con contrasto del bacino	30	6,7	9,0	11,7	5,6	5,3	7,5	3,9	6,8	
22 RMN del cervello e del tronco encefalico	30	5,5	7,7	6,6	8,8	9,4	7,9	9,3	10,3	
23 RMN pelvi, prostata e vescica	30	8,8	8,9	9,5	8,3	9,9	5,1	9,9	6,4	
24 RMN muscoloscheletrica	30	2,7	3,4	3,1	3,7	3,2	3,4	4,6	5,2	
25 RMN della colonna vertebrale	30	3,0	4,3	3,9	4,8	4,5	4,5	5,3	6,2	
26 Ecografia capo e collo	40	23,7	27,2	25,5	29,0	33,1	28,4	31,7	25,4	
27 Ecocolordoppler cardiaca	40	30,2	27,6	26,2	29,3	31,0	30,5	28,2	27,4	
28 Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici	40	24,9	24,2	24,5	23,9	24,7	21,7	21,7	21,2	
29 Ecocolordoppler dei vasi periferici	30	17,2	17,4	17,1	17,8	20,7	18,8	17,9	15,0	
30 Ecografia addome	30	17,2	16,4	16,3	16,6	18,5	16,2	16,1	14,8	
31 Ecografia della mammella	30	34,5	40,0	48,7	30,1	55,1	27,0	23,8	16,2	
32 Ecografia ostetrica-ginecologica	11	5,0	6,1	5,6	6,7	8,0	7,5	6,5	5,5	
33 Colonscopia	30	50,0	44,6	45,2	44,0	51,7	44,9	41,5	47,8	
34 Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	30	45,9	30,8	30,2	31,5	56,6	13,5	12,3	33,7	
35 Esofagogastroduodenoscopia	30	30,3	30,8	34,7	26,1	31,8	23,5	19,4	21,3	
36 Elettrocardiogramma	30	25,6	23,7	23,2	24,3	23,3	24,5	27,6	27,2	
37 Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	40	28,5	24,4	25,1	23,4	28,8	19,7	20,1	24,5	
38 Elettrocardiogramma da sforzo	40	29,6	27,4	28,7	25,8	30,2	26,9	24,0	22,2	
39 Audiometria	30	31,0	31,5	31,7	31,4	32,1	31,3	31,2	29,0	
40 Spirometria	40	65,4	65,5	68,2	62,3	82,8	64,3	62,2	44,7	
41 Fondo oculare	60	74,1	63,1	59,2	67,9	82,2	67,5	69,6	79,8	
42 Elettromiografia	30	16,5	20,0	15,1	25,8	26,1	26,2	30,1	30,3	

SOLO EROGATORI ASLAL – ANDAMENTO NEL TEMPO

TEMPI ATTESA - (data erogazione / n. prestazioni)		SOLO EROGATORI ASL AL PER RESIDENTI ASL AL							
	Standard	2016 anno	2017 anno	2017 1° sem	2017 2° sem	2017 sett	2017 ott	2017 nov	2017 dic
Prestazione	T.A. Medio	T.A. Medio	T.A. Medio	T.A. Medio	T.A. Medio	T.A. Medio	T.A. Medio	T.A. Medio	T.A. Medio
01 Visita cardiologica	30	36,9	22,0	23,6	20,0	20,0	17,1	19,7	18,4
02 Visita chirurgia vascolare	30								
03 Visita endocrinologica	30	25,7	20,3	21,3	19,4	32,4	18,3	16,0	12,2
04 Visita neurologica	30	31,9	27,5	25,1	30,2	32,2	30,5	33,0	29,4
05 Visita oculistica	30	71,5	48,6	51,5	45,2	48,3	47,1	48,6	44,3
06 Visita ortopedica	30	28,4	23,4	20,7	26,4	27,2	27,9	28,9	23,7
07 Visita ginecologica	30	6,9	7,0	6,3	7,9	9,0	8,3	6,0	7,7
08 Visita otorinolaringoiatrica	30	25,0	26,2	23,1	29,6	36,8	29,4	28,8	24,6
09 Visita urologica	30	20,5	14,1	15,1	13,0	16,8	13,6	11,6	14,9
10 Visita dermatologica	30	37,9	36,2	30,2	43,1	44,1	43,1	46,2	45,7
11 Visita fisiatrica	30	45,6	33,8	40,0	27,7	35,1	25,5	22,3	22,3
12 Visita gastroenterologica	30	27,2	21,3	22,1	20,4	23,5	20,3	21,0	25,1
13 Visita pneumologica	30	30,9	16,7	16,9	16,5	19,8	13,8	13,6	15,6
14 Mammografia	40	94,1	79,6	99,7	55,0	103,4	50,0	34,2	47,7
15 TC senza e con contrasto del torace	30	28,5	27,1	27,1	27,1	31,0	27,9	26,7	26,1
16 TC senza e con contrasto dell'addome	30	27,1	26,1	26,3	25,9	30,2	26,2	25,2	23,7
19 TC senza e con contrasto del capo	30	17,2	15,5	16,3	14,8	15,7	14,5	14,6	15,7
20 TC senza e con contrasto del rachide e speco vertebr.	30	14,0	13,8	13,1	14,5	14,8	14,2	11,6	18,5
21 TC senza e con contrasto del bacino	30	14,9	16,7	19,8	10,9	13,8	12,4	6,0	14,0
22 RMN del cervello e del tronco encefalico	30	6,0	7,6	6,9	8,4	8,1	7,4	10,0	12,2
23 RMN pelvi, prostata e vescica	30	6,3	5,7	6,1	5,3	5,7	5,0	5,2	8,8
24 RMN muscoloscheletrica	30	4,1	5,1	4,3	6,0	5,3	5,1	7,8	9,0
25 RMN della colonna vertebrale	30	3,8	5,3	4,6	5,9	5,4	5,4	7,4	8,1
26 Ecografia capo e collo	40	83,6	75,6	75,2	75,9	91,6	80,7	80,4	64,4
27 Ecocolordoppler cardiaca	40	45,5	39,1	39,3	38,9	38,3	43,0	36,4	36,3
28 Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici	40	47,4	46,3	43,6	48,9	49,7	46,2	47,6	48,7
29 Ecocolordoppler dei vasi periferici	30	40,8	40,1	34,5	45,9	49,1	46,7	43,6	45,1
30 Ecografia addome	30	47,0	42,0	42,3	41,7	47,5	40,9	40,8	40,8
31 Ecografia della mammella	30	73,3	69,8	87,2	49,9	97,7	42,8	35,2	27,2
32 Ecografia ostetrica-ginecologica	11	9,2	9,8	9,0	10,6	11,7	10,8	10,0	8,9
33 Colonscopia	30	46,6	46,0	44,8	47,4	56,9	50,3	46,6	47,1
34 Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	30	48,2	34,6	36,0	33,0	39,2	24,5	22,8	42,0
35 Esofagogastroduodenoscopia	30	35,7	35,6	38,2	32,6	40,6	30,3	23,2	27,0
36 Elettrocardiogramma	30	33,1	26,6	26,0	27,4	25,8	28,0	32,7	31,6
37 Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	40	39,8	32,1	33,2	30,4	37,8	28,2	32,0	32,9
38 Elettrocardiogramma da sforzo	40	31,5	29,8	31,7	27,3	32,6	29,5	24,9	28,9
39 Audiometria	30	32,1	30,7	29,9	31,7	31,4	32,1	31,3	30,3
40 Spirometria	40	85,3	78,3	83,7	71,3	105,5	80,4	74,2	36,5
41 Fondo oculare	60	70,3	57,4	52,1	63,9	74,6	63,7	70,0	79,4
42 Elettromiografia	30	23,5	24,1	17,9	31,4	34,8	32,2	33,3	34,8

SINTESI

- prestazioni fuori standard 2016: n.13
- prestazioni fuori standard 2017: n.10
- delle 10 prestazioni fuori standard 2017, n.6 hanno scostamento inferiore ai 5gg (n.3 inferiore a 2gg)
- delle 10 prestazioni fuori standard 2017, n.6 sono migliorate rispetto al dato 2016
- delle 10 prestazioni fuori standard 2017, n.5 a dicembre 2017 hanno tempo attesa entro lo standard
- delle 10 prestazioni fuori standard 2017, tutte sono migliorate rispetto al 2016 per quanto riguarda gli erogatori ASL AL

Precisato che l'Azienda garantisce il rispetto degli standard per le prestazioni di classe U e B, si evidenzia che nel monitoraggio regionale dei tempi d'attesa "al giorno indice" risulta quanto segue

- Spirometria: tempo medio 2017 entro lo standard in 9 sedi di erogazione su 10
- Audiometria: tempo medio 2017 entro lo standard in 8 sedi di erogazione su 9
- Fundus oculi: tempo medio 2017 entro lo standard in 14 sedi di erogazione su 14
- Mammografia: tempo medio 2017 entro lo standard in 3 sedi di erogazione su 5
- Visita fisiatrica: tempo medio 2017 entro lo standard in 6 sedi di erogazione su 6
- Visita dermatologica: tempo medio 2017 entro lo standard in 7 sedi di erogazione su 12

Da quanto sopra riportato si rileva l'incidenza delle prestazioni "di controllo" e di "follow up" sul tempo medio rilevato secondo l'indicatore regionale; ciò risulta particolarmente rilevante per le prestazioni di spirometria, fondo oculare, mammografie.

Il sub-obiettivo 2, focalizzato sui tempi di attesa, è stato oggetto di specifici incontri per branca specialistica, volti ad applicare le indicazioni della DGR n.101-5530, mediante azioni di incremento di produttività e maggiore appropriatezza, riorganizzazione agende di prenotazione, ottimizzazione degli orari di erogazione delle prestazioni e aumento, ove possibile, dei posti disponibili, monitoraggio mensile con disaggregazione dei dati per erogatore.

L'obiettivo è presente nella scheda di budget 2017 assegnata alle SS.CC. DSPO e Distretti, oltre che alle singole Strutture ospedaliere cui afferiscono le prestazioni monitorate, ciascuna per la parte di competenza.

Azioni attivate ed intraprese

- Incontri presso ciascun Presidio effettuati di concerto con la SSA Governo Clinico-Qualità-Accreditamento e SC Programmazione Controllo Sistema Informativo effettuati nei mesi di luglio, settembre, novembre, dicembre, al fine di illustrare l'obiettivo e fornire le opportune indicazioni per il suo perseguimento;
- perseguimento dell'obiettivo in oggetto condotto attraverso indicazioni e scelte organizzative con riunioni e circolari ai Responsabili delle Strutture coinvolte, nonché riunioni periodiche di Coordinamento DSPO con analisi generale sui tempi di attesa oltre ad incontri successivi mirati con i Responsabili delle Strutture aventi specialità ambulatoriali con tempi di attesa critici;
- coinvolgimento e trasmissione delle risultanze di detti incontri e riunioni, unitamente alla documentazione sopracitata, ai Responsabili SC – SS ASL AL, raccomandando loro una attenta valutazione delle proprie agende, nonché uno scrupoloso monitoraggio della propria situazione ambulatoriale, al fine di proseguire con massima attenzione sulle azioni correttive necessarie, considerando che per talune Strutture si era proceduto all'adeguamento degli organici ed alla modificazione degli aspetti organizzativi con conseguente necessario recupero di produttività;
- monitoraggio con invio mensile di report ai Responsabili con specialità ambulatoriali fuori standard con invito ad adottare specifiche azioni correttive utili al rientro nei valori prescritti o, quantomeno, ad una riduzione dei tempi di attesa;
- definizione ed implementazione di ulteriore reportistica di monitoraggio con indicatori analitici per mese sia sulle prestazioni erogate che per il giorno indice, per singolo erogatore e sede.

Conclusioni

Periodo di riferimento gennaio – dicembre 2017 (considerando tutti gli erogatori per residenti ASL AL).

Sulla base del report 2017 risultano **n.29 prestazioni entro lo standard, n.6 con scostamento non superiore al 20% e n.4 con scostamento superiore al 20%.**

Le 10 prestazioni fuori standard sono migliorate in 6 casi rispetto all'anno 2016 (in tutti i casi limitando l'analisi ai soli erogatori ASL AL) e 8 risultano entro standard nel giorno

indice del mese di dicembre. L'obiettivo raggiunto riguarda però **30 prestazioni**, in quanto 1 (**eco mammaria**) registra un volume di attività > 30% rispetto al 2015 (criterio di raggiungimento previsto dalla scheda obiettivo ex DGR 101-5530 del 03.08.2017).

Prestazioni **entro lo standard**: 29 e, precisamente: visita cardiologica, visita chirurgia vascolare, visita endocrinologica, visita neurologica, visita ortopedica, visita ginecologica, visita otorinolaringoiatrica, visita urologica, visita gastroenterologica, visita pneumologica, TC senza e con contrasto del torace, TC senza e con contrasto dell'addome, TC senza e con contrasto del capo, TC senza e con contrasto del rachide e speco vertebrale, TC senza e con contrasto del bacino, RMN del cervello e del tronco encefalico, RMN pelvi, prostata e vescica, RMN muscolo-scheletrica, RMN della colonna vertebrale, ecografia capo e collo, ecocolordoppler cardiaca, ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, ecocolordoppler dei vasi periferici, ecografia addome, ecografia ostetrica-ginecologica, elettrocardiogramma, elettrocardiogramma dinamico holter, elettrocardiogramma da sforzo, elettromiografia.

Prestazioni con **scostamento non superiore al 20%**: 6 e, precisamente:

- **visita dermatologica**: tempo attesa migliorato rispetto al 2016 (giorno indice: tempo medio 2017 entro lo standard in 7 sedi di erogazione su 12);
- **visita fisiatrica**: tempo attesa migliorato rispetto al 2016, entro lo standard a dicembre 2017 (giorno indice: tempo medio 2017 entro lo standard in 6 sedi di erogazione su 6);
- **sigmoidoscopia con endoscopio flessibile**: tempo attesa migliorato rispetto al 2016;
- **esofagogastroduodenoscopia**: l'obiettivo risulta raggiunto nel mese di dicembre 2017;
- **audiometria**: l'obiettivo risulta raggiunto nel mese di dicembre 2017 (giorno indice: tempo medio 2017 entro lo standard in 8 sedi di erogazione su 9);
- **fondo oculare**: tempo di attesa migliorato rispetto al 2016; obiettivo raggiunto considerando solo erogatori ASL AL (giorno indice: tempo medio 2017 entro lo standard in 14 sedi di erogazione su 14).

Prestazioni con **scostamento superiore al 20%**: 4 e, precisamente:

- **visita oculistica:** tempo attesa migliorato rispetto al 2016;
- **mammografia:** tempo attesa migliorato rispetto al 2016, l'obiettivo risulta raggiunto nel mese di dicembre (giorno indice: tempo medio 2017 entro lo standard in 3 sedi di erogazione su 5);
- **colonscopia:** tempo attesa migliorato rispetto al 2016;
- **spirometria:** tempo attesa migliorato rispetto al 2016; miglioramento nel confronto gennaio-dicembre; miglioramento tempo attesa giorno indice (tempo medio 2017 entro lo standard in 9 sedi di erogazione su 10).

VOLUMI DI ATTIVITA' PRODOTTA

Come previsto dalle disposizioni regionali relative ai criteri di valutazione sul raggiungimento dell'obiettivo in questione, "la valutazione positiva presuppone, per ogni singola prestazione, che l'indice di performance aziendale rispetti lo standard regionale. In caso contrario viene altresì valutato positivamente un aumento di volumi, rispetto al 2015, del 30%".

Alla luce di quanto riportato nella tabella sotto riportata, l'obiettivo relativo alla prestazione **ecografia della mammella** deve ritenersi raggiunto avendo superato la soglia del 30% in termini di incremento delle prestazioni erogate dalle strutture ASL AL rispetto all'anno 2015.

Si segnalano significativi incrementi di prestazioni erogate (seppur al di sotto del 30%) anche per visita oculistica, visita fisiatrica e fundus oculi.

	% VARIAZIONE N. PREST 2017 RISPETTO 2015	
	TOTALE	PER RESIDENTI
ECO MAMMELLA	36,57%	37,95%

AZIONI SVOLTE NELL'AREA DISTRETTUALE

L'obiettivo è stato perseguito agendo sia sulla domanda che sull'offerta di prestazioni.

AZIONI SULLA DOMANDA

L'ASL AL ha sviluppato progetti tesi al miglioramento dell'appropriatezza nelle prescrizioni ambulatoriali con una significativa riduzione delle prestazioni/paziente/anno.

L'obiettivo è stato inserito negli Accordi aziendali della Medicina Generale degli ultimi anni. Con la costituzione di un gruppo di lavoro comprendente Medici specialisti e MMG è stato predisposto un elenco di accertamenti di laboratorio a forte rischio di inappropriatazza, approvato con deliberazione aziendale; al riguardo i MMG ricevono trimestralmente un report, frutto di elaborazione condivisa, che rileva i loro consumi nei settori delle visite specialistiche, della diagnostica radiologica e di laboratorio.

I controlli esercitati sulle prescrizioni radiologiche (RM, TC, Ecografie) hanno indotto il Medico prescrittore ad una maggior attenzione nell'individuazione del quesito diagnostico e del codice corrispondente; i controlli sono stati estesi anche alle strutture del privato accreditato, in modo da ridurre i casi di inappropriatazza.

La dematerializzazione a cui sono state soggette le impegnative ambulatoriali, con l'istituzione del catalogo delle prestazioni, ha permesso di individuare con chiarezza le singole voci presenti nelle impegnative, rendendo più omogeneo il "linguaggio" tra MMG e Medico specialista.

E' stato creato un recapito mail "ricetta dematerializzata" a cui il MMG invia quesiti e dubbi inerenti il modo corretto di codificare le impegnative seguendo le indicazioni del catalogo regionale e la risposta è affidata ad un gruppo di referenti/esperti dell'ASL AL e dell'ASO AL.

Questi progetti hanno migliorato l'appropriatezza in campo radiologico e di laboratorio, con tempi di attesa più contenuti, ma non hanno inciso significativamente sul versante delle visite specialistiche. Vi sono prestazioni specialistiche a cui il Medico curante non può rinunciare per lo specifico contributo che forniscono, come la visita oculistica e cardiologica; a questo proposito l'invecchiamento della popolazione incrementa alcune patologie specifiche di tali specialità come la cataratta o la maculopatia in ambito oculistico oppure la fibrillazione atriale in ambito oncologico.

AZIONI SULL'OFFERTA

La Rete Distrettuale ha sviluppato una procedura di richiesta di rimborso delle visite prenotate non effettuate e non disdettate, in modo da disincentivare gli utenti che prenotano una prestazione e poi non si presentano; tale sistema si integra con il metodo RECALL attraverso l'invio di SMS per ricordare all'utente la prestazione già prenotata.

Attraverso un Addendum all'Accordo Aziendale con gli Specialisti Ambulatoriali sono stati stabiliti tempi omogenei per le prime visite ed i controlli in ciascuna specialità, in modo da ampliare le possibilità di prenotazione da parte degli utenti riducendo al contempo le liste d'attesa.

Grazie al Progetto sulla riduzione delle liste d'attesa (presente nell'Accordo Aziendale 2017) sono state assegnate ore aggiuntive a Medici specialisti appartenenti alle branche di otorinolaringoiatria, dermatologia, oculistica. La difficoltà a reperire sul "mercato" i Medici oculisti ha parzialmente vanificato la richiesta di ore aggiuntive per la riduzione delle liste d'attesa.

Nel corso del 2017 è stata opportunamente formata una ortottista sull'utilizzo dello strumento fundus camera, limitando l'apporto del Medico oculista alla sola refertazione del fundus oculi, con possibilità ridurre la lista d'attesa per tale prestazione.

Analogamente si sta procedendo per gli elettrocardiogrammi e gli spirometri, rendendo autonomo il personale infermieristico nella esecuzione dell'esame e sottoponendo al medico (in questo caso cardiologo o pneumologo) solo il risultato del test da refertare.

3.

Azioni da Piani di Area.

A seguito dell'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.

In relazione ai Programmi di Area Sud Est, inviato alla Regione Piemonte dalle Aziende Sanitarie ASL AL, ASL AT ed ASO AL, nel corso dell'anno 2017 sono state avviate le azioni di seguito descritte.

Il percorso tracciato nel regolamento del Gruppo di Coordinamento di Area ha posto alcuni obiettivi circa il processo di rilevazione dei tempi di attesa e dei volumi di attività, l'analisi dei dati estrapolati, l'intercettazione delle prestazioni che si discostano negativamente dallo standard, la messa in atto delle azioni correttive attraverso:

- esatta valutazione, con l'ausilio degli strumenti informatizzati, dei livelli di saturazione delle agende, al fine del pieno recupero dei tempi di attesa ed al miglioramento della configurazione delle agende stesse, al fine di rendere ancora più efficiente il sistema di erogazione delle prestazioni;

- rimodulazione dell'orario di attività di alcuni ambulatori a risorse invariate ove questa azione sia sufficiente o fattibile; diversamente incremento dell'offerta, prolungando le fasce orarie di erogazione o attivando sedute ambulatoriali anche il sabato mattina con modalità di accesso "ambulatorio aperto", con ore aggiuntive rese in libera professione a favore dell'Azienda;
- avvio del percorso sperimentale per la creazione di un sistema comune di prenotazione a livello provinciale.

A seguito del monitoraggio, sono state messe in atto azioni di miglioramento per fronteggiare le eventuali criticità riscontrate: rimodulazione dell'orario di attività di alcuni ambulatori a risorse invariate e promozione di incremento dell'offerta con ricorso alle ore aggiuntive rese in libera professione a favore dell'Azienda, per l'abbattimento delle liste di attesa. Per ciascuna prestazione individuata è stato predisposto e costantemente aggiornato un report contenente i grafici dell'andamento 2017 sia sulla base dei tempi di attesa che della loro media, con evidenziate le diverse situazioni tra erogazione PP.OO., Distretti e totale ASL. Sono stati avviati gli interventi mirati all'aumento della produttività con migliore gestione delle risorse e sono state puntualmente registrate in report apposito tutte le modifiche e integrazioni operate sulle agende di prenotazione.

Al riguardo i Responsabili SC, di concerto con la SC Direzione Sanitaria Presidi Ospedalieri e la SC Programmazione Controllo Sistemi Informativi hanno avviato uno scrupoloso monitoraggio della propria situazione ambulatoriale al fine di proseguire con assoluto impegno sulle azioni correttive necessarie. Per talune Strutture, nel frattempo, sono stati adeguati gli organici e modificati gli assetti organizzativi con conseguente recupero di efficienza nelle riorganizzazioni richieste.

E' stato previsto il percorso per la definizione di regole, strumenti e modalità per la gestione dell'attività specialistica ambulatoriale e per il governo delle liste di attesa.

Le politiche che l'Azienda ASL AL ha avviato sono elencate di seguito:

- Programmazione dell'offerta attraverso la misurazione del fabbisogno di prestazioni specialistiche per la propria popolazione e la gestione efficiente delle risorse disponibili.
- Riorganizzazione delle agende con posti prenotabili in numero proporzionato alla richiesta effettiva.

- Riorganizzazione con recupero di efficienza e produttività delle Strutture della Rete Ospedaliera.
- Definizione degli accordi con i soggetti erogatori privati accreditati, al fine di contrattare la tipologia e il volume di prestazioni da acquisire per i propri residenti, nell'ambito dei livelli massimi di finanziamento assegnati.
- Gestione trasparente delle agende di prenotazione, includendo tutta l'attività: istituzionale, libera professione intramoenia (ALPI) sia interna che esterna; comparazione del volume di prestazioni erogate in regime istituzionale con il volume delle stesse erogate in regime di libera professione intramoenia.
- Percorso di integrazione nel sistema di prenotazione unico aziendale delle agende per le prestazioni specialistiche erogate dalle Strutture private accreditate.
- Separazione delle agende "prime visite" e delle agende "controlli" con istituzione di un doppio binario, l'uno riservato unicamente alle prestazioni di "prima visita" o primi accessi, l'altro destinato ai successivi accessi, con differenziazione netta dei percorsi. Per le prestazioni diagnostiche, allo scopo di diversificare i primi accessi dai controlli, è stato reso obbligatorio il campo FLAG 0/1 (112.0 del verdino): il flag 1 indica le prestazioni "primi accessi", il flag 0 indica i "controlli".
- Strutturazione delle agende di prenotazione per classe di priorità. Le prescrizioni per visite ed esami vengono fatte dal medico curante sulla base dello stato di salute del paziente, assegnando una classe di priorità. La classe di priorità e il quesito diagnostico sono informazioni di importanza strategica per il governo dell'accesso alle prestazioni e al monitoraggio delle liste di attesa.
- Realizzazione della "presa in carico" del paziente cronico secondo precisi protocolli di gestione dei percorsi e dei follow-up che si completa con la responsabilità, per la Struttura che ha in carico il paziente cronico, di provvedere alla prenotazione delle prestazioni "di controllo" che rientrano negli interventi di assistenza programmati previsti dai PDTA (in particolare è stato avviato il PDTA sulla Bronco-Pneumopatia Cronica Ostruttiva e Asma Bronchiale).
- Pianificazione programma di incontri/corsi rivolti ai MMG, PLS con gli Specialisti delle diverse branche per discutere, condividere protocolli, linee guida, PDTA, per migliorare l'appropriatezza clinica e organizzativa.

- Assegnazione, per l'anno 2017, degli obiettivi ai Direttori di Struttura. Tra i diversi obiettivi sono stati previsti la revisione dei PDTA e la messa in atto delle azioni necessarie per il contenimento dei tempi d'attesa.
- Informazione puntuale ai cittadini e coinvolgimento delle Associazioni di volontariato accreditate. Gli sforzi organizzativi devono accompagnarsi ad una corretta informazione-formazione rivolta ai cittadini su temi come la prevenzione di patologie croniche, responsabilizzazione nei processi di cura (self management, patient empowerment), elementi fondamentali di autogestione della propria salute, modalità di accesso ai servizi, il corretto ricorso ai servizi sanitari.
- Costituzione del Gruppo di Lavoro Operativo Aziendale (deliberazione 335/2017), organismo strutturato con funzioni di governo dei tempi di attesa descritte nel "Regolamento", modello organizzativo per l'analisi dell'attività ambulatoriale prodotta dall'Azienda e dalle Strutture private accreditate, col fine di evidenziare le prestazioni che si discostano negativamente dallo standard fissato, per le quali mettere in atto sollecitamente le azioni correttive.

AZIONI SUL PRIVATO ACCREDITATO

Nello spirito della DGR 17 – 4817 del 27.03.2017 e nell'ambito dei conseguenti indirizzi operativi adottati dalla Regione Piemonte, viene evidenziato il ruolo degli erogatori di prestazioni specialistiche (pubblici e privati) e il loro contributo al governo delle liste d'attesa.

A tal proposito, nell'ambito dei contratti per l'anno 2017 con gli Erogatori privati accreditati, per la parte di rispettiva competenza e nei limiti dei budget provvisori assegnati, sono state previste, nei termini previsti dalla DGR 3 agosto 2017, n. 73-5504, prestazioni "protette" finalizzate al potenziamento dell'offerta di prestazioni definite critiche, in quanto i tempi di attesa rilevati nell'ambito del territorio ASL AL superavano il limite standard regionale.

Tali accordi sono stati attivati relativamente alle prestazioni di tipo diagnostico, quali ecografie in ambito radiologico, prestazioni che presentano tempi d'attesa critici all'interno dell'ASL AL e comunque nel sistema di offerta delle Strutture Pubbliche.

j) OBIETTIVI LEGATI ALL'ATTIVITÀ DI PREVENZIONE

ATTUAZIONE DPCM 12 GENNAIO 2017 DEFINIZIONE E AGGIORNAMENTO DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA , DI CUI ALL'ARTICOLO 1 – COMMA 7 - DEL D. LGS. 30 DICEMBRE 1992 N.502 – PNPV 207-

INDICATORE

Dichiarazione delle Aziende relativi agli inviti effettuati come da indicazione nel valore obiettivo validate dal Servizio di riferimento Regionale di Epidemiologia per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle Malattie Infettive (SEREMI).

VALORE DELL'OBIETTIVO

1. Invio, entro il 31 agosto 2017, degli inviti alla vaccinazione dei soggetti che risultano, in base alle anagrafi vaccinali delle aziende, non in regola con gli obblighi vaccinali.
2. Effettuazione entro il 31 dicembre 2017 del primo accesso vaccinale di tutti i soggetti non in regola in età 6-10 anni che hanno dichiarato l'intenzione di vaccinarsi.

Tracking previsto

31.12.2017 Invio delle dichiarazioni come da indicatore presso il settore referente regionale ed il SEREMI.

Il Direttore della SC SISP Servizio Igiene e Sanità Pubblica ha provveduto ad attestare:

1. *Invio, entro il 31 agosto 2017, degli inviti alla vaccinazione dei soggetti che risultano, in base alle anagrafi vaccinali delle aziende, non in regola con gli obblighi vaccinali.*
2. *Effettuazione entro il 31 dicembre 2017 del primo accesso vaccinale di tutti i soggetti non in regola in età 6-10 anni che hanno dichiarato l'intenzione di vaccinarsi.*

In particolare si segnala:

Attività svolte

Nel luglio 2017, a seguito della emanazione del Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale è stata interrogata l'anagrafe vaccinale per le coorti di nascita 2001-2016 (49.257 nominativi) per individuare i soggetti non vaccinati o incompletamente vaccinati.

Gli elenchi dei nominativi estratti sono stati controllati per individuare eventuali errori (nomi doppi, non più residenti, errori di registrazione, ecc) ed escludere pertanto convocazioni inopportune.

Per tutti i 4.587 soggetti candidati sono stati preparati e spediti inviti alla vaccinazione entro il 31.08.2017.

A partire dal 02.10.2017 sono stati avviati in tutti gli ambiti territoriali dei Distretti ambulatori straordinari per la vaccinazione dei bambini / ragazzi non in regola e per le altre attività correlate (telefonate, controlli, colloqui) attraverso uno straordinario impegno del personale sanitario dipendente e di personale sanitario convenzionato. Le attività si sono svolte attraverso una specifica programmazione che ha coinvolto (tramite periodiche riunioni di lavoro) anche il locale SEREMI.

A tutti i soggetti convocati è stata data l'opportunità di spostare l'appuntamento telefonicamente e a tutti i genitori che si sono presentati per ottenere informazioni o che hanno telefonato è stata data la possibilità di un colloquio informale.

A seguito di una ulteriore e complessa revisione sugli accessi dei soggetti invitati presso gli ambulatori territoriali, si è proceduto ad individuare tutti i soggetti inadempienti di età 6-10 anni (nati 2007-2011) e a convocarli con appuntamento entro la data del 31.12.2017. Sempre entro tale data risultavano recuperati alla vaccinazione n.993 soggetti.

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

Punteggio
ASL 3/100

Il primo indicatore per ciascuno dei tre screening oncologici (tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto) riguarda la copertura da inviti, mentre 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 rispetto 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 colorettaie (due anni per il FIT e solo una volta a 58 anni per la sigmoidoscopia).

I report di seguito esposti sono stati forniti dal CRPT Piemonte.

SCREENING MAMMOGRAFICO - ETÀ 50-69 ANNI

COPERTURA INVITI	NUMERO	OBIETTIVO ASL AO	OBIETTIVO REGIONE
NUMERATORE: n. donne 50/69 anni invitate ad effettuare una mammografia (36.704) + adesioni spontanee (125)	36.829	119,4 %	97 %
DENOMINATORE: n. donne 50/69 anni da invitare ad effettuare una mammografia	30.856		

COPERTURA ESAMI	NUMERO	OBIETTIVO ASL AO	OBIETTIVO REGIONE
NUMERATORE: N. donne 50/69 anni sottoposte a mammografia	17.108	55,4 %	45,9 %
DENOMINATORE: N. donne 50/69 anni da invitare ad effettuare una mammografia	30.856		

SCREENING CERVICO-VAGINALE - ETÀ 25-64 ANNI

COPERTURA INVITI	NUMERO	OBIETTIVO ASL AO	OBIETTIVO REGIONE
NUMERATORE: n. donne 25/64 anni invitate ad effettuare PAP-TEST o HPV-TEST	40.024	105,0 %	97 %
DENOMINATORE: n. donne 25/64 anni da invitare ad effettuare PAP-TEST o HPV-TEST	38.131		

COPERTURA ESAMI	NUMERO	OBIETTIVO ASL AO	OBIETTIVO REGIONE
NUMERATORE: n. donne 25/64 anni sottoposte a PAP-TEST o HPV-TEST	16.666	43,7 %	42,3 %
DENOMINATORE: n. donne 25/64 anni da invitare ad effettuare PAP-TEST o HPV-TEST	38.131		

SCREENING COLO-RETTALE - ETÀ 58 ANNI

COPERTURA INVITI	NUMERO	OBIETTIVO ASL AO	OBIETTIVO REGIONE
NUMERATORE: n. persone 58 anni (e precedenti) invitate ad effettuare una sigmoidoscopia + adesioni spontanee	1.161	18,1 %	97 %
DENOMINATORE: n. persone 58 anni (e precedenti) da invitare ad effettuare una sigmoidoscopia	6.403		

COPERTURA ESAMI	NUMERO	OBIETTIVO ASL AO	OBIETTIVO REGIONE
NUMERATORE: n. persone sottoposte a sigmoidoscopia o FIT	6.813	21,4 %	36 %
DENOMINATORE: n. persone da invitare ad effettuare una sigmoidoscopia o FIT	31.781		

I motivi del mancato raggiungimento di entrambi gli obiettivi sullo screening coloretale dipendono dalla ridotta offerta di prestazioni di screening da parte delle strutture di Endoscopia dell'ASL AL, con una offerta non sufficiente di posti per FS di 1° livello, cui si aggiunge la ridotta offerta anche da parte del struttura di Endoscopia Digestiva dell'ASO AL; tale condizione ha comportato negli anni l'accumularsi di un arretrato a cui si potrà porre rimedio dando attuazione al Piano d'Attività 2017, di cui alla deliberazione n.738 del 9.11.2017.

DATI ATTIVITA' DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN)	Anno 2016	Anno 2017
Informazioni generali sulle funzioni : cfr. atto aziendale vigente		
Controlli, vigilanza e ispezioni in materia di sicurezza alimentare :	2221(a cui vanno sommati 222 campioni di alimenti)	1669 (cui vanno sommati 217 campioni di alimenti)
Attività di controllo su acque per uso umano:	1274	1577
Provvedimenti e sanzioni :	506 (ovvero 409 prescrizioni, 87 illeciti amministrativi e 10 denunce)	473 (ovvero 382 prescrizioni, 86 illeciti amministrativi, 5 denunce)
Attività di 'counselling' nutrizionale (ore):	236	225
Sorveglianza nutrizionale soggetti in età pediatrica (progetto 'Okkio'):	604	Non previsto
Sorveglianza nutrizionale		
– pareri su menù e tabelle dietetiche ristorazione scolastica:	408	348
– pareri su menù e tabelle dietetiche strutture socio-assistenziali:	214	180
Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP)	Anno 2016	Anno 2017
Vaccinazioni obbligatorie e raccomandate		61831
Vaccinazioni antinfluenzali		56122
Vaccinazioni medicina dei viaggi	1506	5741
Controlli, vigilanza ed ispezioni	1125	1205
Sorveglianza malattie infettive – notifiche pervenute	1152	1381
Pareri edilizi	202	233
Provvedimenti e sanzioni	504	385
Conferenze dei servizi	311	246
Interventi di educazione sanitaria e promozione alla salute	262	115
Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro (SPRESAL)	Anno 2016	Anno 2017
Ditte vigilate	1089	1055
Interventi di vigilanza	1089	1055
Cantieri Edili sottoposti a vigilanza	369	328
Infortuni sul lavoro indagati	161	162
Malattie Professionali indagate	72	155
Punti di prescrizione impartiti (art. 21 D.Lgs. 758/94)	401	491
Numero verbali	304	282
Piani di lavoro e notifiche amianto valutati	1121	1297
Numero sopralluoghi effettuati	1213	1127

<i>Servizio Veterinario</i>		
Sanità Animale – Area A	Anno 2016	Anno 2017
Allevamenti zootecnici e consistenza capi:	Allevamenti/Capi	Allevamenti/Capi
Bovini	772/40.839	702/42.236
Ovini e caprini	926/16.089	867/16.764
Suini	280/31.983	250/29.356
Equidi	1.724/4.600	1751/4.487
Conigli	6/15.117	6/4.800
Avicoli	55/215.000	45/250.000
Api	Apiari 1.807 Alveari 32.641	Apiari 2.215 Alveari 33.000
Stalle di sosta/commercio autorizzate	6	7
Automezzi trasporto bestiame autorizzati	478	317
Partite di animali da allevamento importate da estero	1.137	1140
(di cui 819 partite di bovini per un totale di 23.077 capi)		
Strutture sanitarie abilitate alla cura degli animali d'affezione	75	Vedi S. Vet. Area C
Strutture adibite al ricovero di animali d'affezione: canili	57	62
Attività S.O.C. Sanità Animale – Area A:		
Accessi dei veterinari di Area A in allevamenti per profilassi varie:	2.130	2000
Prove di stalla effettuate per profilassi varie	3.660	3332
Capi in allevamenti zootecnici provati	150.000	55.324
Animali d'affezione – profilassi rabbia e lotta al randagismo		
Cani censiti in anagrafe	74.404	76.995
Sedute di identificazione cani (veterinari ASL)	222	213
Cani identificati con microchip dal S. veterinario	3.950	3849
Interventi di vigilanza per anagrafe canina	1.359	1305
Passaporti per animali d'affezione rilasciati	643	807
Morsicature segnalate	253	257
Igiene degli alimenti di origine animale – Area B	Anno 2016	Anno 2017
Impianti di macellazione	47	46
Altri impianti riconosciuti C.E.	66	52
Certificati export	132	88
Verifiche negli stabilimenti di produzione	443	295
Riscontro non conformità	71	10
Verifiche negli esercizi al dettaglio	603	618
Diffformità alla normativa vigente	64	23
Visita ante e post mortem negli impianti di macellazione (bovini suini ed ovi-caprini)	12.749	11.377
Visita ante e post mortem negli impianti di macellazione:avicoli	2.250.245	2.141.579
Prelievo campioni alimenti	101	159
Sequestro merce	9 T	22 T

Igiene degli allevamenti e produzioni zootecniche – Area C	Anno 2016	Anno 2017	
Strutture sanitarie abilitate alla cura degli animali d'affezione	83	86	
Altri impianti riconosciuti C.E.	81	139	
Monitoraggio resi alimentari c/o stabilimenti prodotti a base di latte industriali	1	0	
Produzione primaria settore latte	77	72	
Attività di vendita settore lattiero caseario	61	61	
Ispezioni sottoprodotti Reg. CE 1069/2009	84	73	
Audit sottoprodotti Reg. CE 1069/2009	10	25	
Campionamenti eseguiti su latte e prodotti a base di latte	27	35	
Sopralluoghi in allevamento come attività integrata A e C	185	23	
Audit in allevamento come attività integrata A e C	10	9	
PNAA PRINCIPI ATTIVI E ADDITIVI campioni effettuati	89	17	
PNAA PRINCIPI BSE campioni effettuati		22	
PNAA PRINCIPI MULTIRESIDUO COCCIDIOSATICI campioni effettuati		11	
PNAA PRINCIPI DIOSSINE E PCB campioni effettuati		8	
PNAA PRINCIPI MICOTOSSINE campioni effettuati		9	
PNAA METALLI PESANTI E CONTAMINANTI AMBIENTALI campioni effettuati		12	
PNAA SALMONELLE campioni effettuati		4	
PNAA OGM campioni effettuati		0	
Ispezioni effettuate presso OSM (operatori settore mangimi)		358	316
Audit effettuati presso OSM (operatori settore mangimi)		3	3
PNR sostanze anabolizzanti e non autorizzate campioni effettuati	238 +61 con met.ca multi residuo	212-61 m.m.r.	
PNR EXTRA PIANO – METODICA MULTIRESIDUO sostanze anabolizzanti e non autorizzate campioni effettuati		81	
PNR sostanze autorizzate (farmaci veterinari) campioni effettuati		27	
PNR contaminanti di origine chimica (DIOSSINE e PCB) campioni effettuati		139	
PNR contaminanti di origine chimica (metalli pesanti) campioni effettuati		12	
PNR contaminanti di origine chimica (programma pluriennale ANTIPARASSITARI) campioni effettuati		6	
PNR contaminanti di origine biologica (micotossine) campioni effettuati		6	
PIANO NAZIONALE BENESSERE ANIMALE allevamenti controllati	33	36	
PIANO REGIONALE BENESSERE ANIMALE allevamenti controllati	14	15	
LATTE ALLA STALLA PIANO LATTE INIBENTI TETRACICLINE campioni effettuati	3	0	
LATTE ALLA STALLA PIANO LATTE INIBENTI CHINOLONICI campioni effettuati	3	0	
LATTE ALLA STALLA controlli su sospetto o segnalazione per escludere la presenza di antibiotici nel latte	3	2	
LATTE CRUDO - PIANO REGIONALE LATTE CRUDO DISTRIBUTORI prelievi	16	10	
FARMACOSORVEGLIANZA VETERINARIA ispezioni effettuate	358	251	

FARMACOSORVEGLIANZA VETERINARIA farmaco veterinario ricette pervenute	5266	5185
FARMACOSORVEGLIANZA VETERINARIA mangimi medicati ricette pervenute	156	169
CERTIFICAZIONI PER EXPORT PRODOTTI ALIMENTARI	118	117
CERTIFICAZIONI PER EXPORT PRODOTTI INTERMEDI Reg. CE 1069/2009	230	161
CERTIFICAZIONI PER EXPORT MANGIMI (alimenti per animali da compagnia)	175	219
TRASPORTO ANIMALE Autorizzazioni trasportatori ai sensi dell'art. 10 (viaggi < 8 ore) del Reg. (CE) 1/2005 – Validità 5 anni	8	22
TRASPORTO ANIMALE Autorizzazioni trasportatori ai sensi dell'art. 11 (viaggi > 8 ore) del Reg. (CE) 1/2005 – Validità 5 anni	0	1
TRASPORTO ANIMALE Certificati di omologazione ai sensi dell'art. 18 del Reg. (CE) 1/2005 - Validità 5 anni	1	0
TRASPORTO ANIMALE Certificati di idoneità ai sensi dell'art. 6 del Reg. (CE) 1/2005 – Validità 10 anni	0	0
TRASPORTO ANIMALE Autodichiarazioni della registrazione come produttore primario ai sensi del Reg (CE) 852/2004 - Allegato G vidimazioni – Validità 5 anni	5	4
TRASPORTO ANIMALE Autodichiarazioni della registrazione come trasportatore "conto proprio" di equidi - Allegato H vidimazioni – Validità 5 anni	22	28
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	6	7
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	8	22
Presidio Multizonale di Profilassi e Polizia Veterinaria	Anno 2016	Anno 2017
Animali selvatici inviati alla Facoltà di Medicina Veterinaria	456	493
Esecuzione piani di profilassi-Test Brucellosi latte bovino di massa =		
Allevamenti	33	56
Distributori automatici	19	36
Prelievo campioni di latte =		
Bovino	202	163
Ovicaprino	64	52
Interventi di vigilanza =		
Alpeggi	10	8
Allevamenti	12	22
Canili	18	71
Ritiro e distribuzione marche auricolari	22	16
Interventi per controllo popolazioni colonie feline	211	145
Medicina Legale	Anno 2016	Anno 2017
Prestazioni monocratiche	13.323	10.752
Prestazioni collegiali	22.202	22.937

4 RISORSE

4.1 EFFICIENZA ED ECONOMICITÀ

Si rinvia a questo proposito 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

LA GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA DELL'AZIENDA

L'esercizio appena concluso ha confermato l'andamento della gestione economico – finanziaria già riscontrato nei due precedenti esercizi, che ha consentito la chiusura del bilancio in avanzo per il terzo anno consecutivo e, nel caso dell'esercizio 2017, con la rilevazione di un utile di esercizio di euro 648.370.

Il positivo risultato, raggiunto a seguito della ripartizione definitiva della quota indistinta del Fondo Sanitario Regionale, conferma l'efficacia delle azioni di razionalizzazione della spesa corrente poste in essere dall'Azienda a partire dall'esercizio 2015.

La determinazione di tale risultato si rileva pur in presenza di un accantonamento a fondo interessi moratori per euro ulteriore adeguamento del Fondo rischi rispetto a quanto già accantonato al 31.12.2015, recependo le osservazioni avanzate in sede di analisi del Bilancio di esercizio 2015 dal Collegio Sindacale, in continuità con quanto osservato in sede di controllo da parte della Corte dei Conti sul bilancio 2014.

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 2017 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 le azioni poste in essere durante l'anno hanno consentito perfezionare i sistemi di rilevazione ed alimentazione della procedura stessa, rendendo coerente il dato di pagamenti rilevato da MEF con quello risultante dalla contabilità aziendale. Resta da verificare nel corso del 2018 la situazione delle partite aperte sulla Piattaforma di Certificazione dei Crediti, allineando anche tale situazione. In tal senso si è programmata l'attuazione di una specifica procedura informatica;
- 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..

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

La situazione a confronto tra i bilanci degli esercizi 2017 e 2016 fa riferimento all'aggregato per macrovoci, previsto per la relazione del Collegio sindacale:

Stato Patrimoniale	Bilancio d'esercizio (2016)	Bilancio d'esercizio 2017	Differenza
Immobilizzazioni	159.643.660	155.362.794	-4.280.866
Attivo circolante	223.375.893	214.692.248	-8.683.645
Ratei e risconti	18.035	0	-18.035
Totale attivo	383.037.588	370.055.042	-12.982.546
Patrimonio netto	159.261.476	157.107.303	-2.154.173
Fondi	22.162.674	28.785.550	6.622.876
T.F.R.	2.170.550	2.375.805	205.255
Debiti	199.440.197	181.783.696	-17.656.501
Ratei e risconti	2.691	2.691	0
Totale passivo	383.037.588	370.055.045	-12.982.543
Conti d'ordine	173.612.216	121.316.082	-52.296.134

Conto economico

Valore della produzione	831.885.767	839.023.728	7.137.961
Costo della produzione	814.747.946	825.136.673	10.388.727
Differenza	17.137.821	13.887.055	-3.250.766
Proventi ed oneri finanziari +/-	-1.214.959	-970.711	244.248
Rettifiche di valore di attività finanziarie +/-	0	0	0
Proventi ed oneri straordinari +/-	-832.156	1.402.950	2.235.106
Risultato prima delle imposte +/-	15.090.706	14.319.294	-771.412
Imposte dell'esercizio	13.961.635	13.670.924	-290.711
Utile (Perdita) di esercizio	1.129.071	648.370	-480.701

CONFRONTO CE PREVENTIVO / CONSUNTIVO E RELAZIONE SUGLI SCOSTAMENTI

Il criterio utilizzato per analizzare i risultati della gestione a confronto è stato quello dalla riclassificazione prevista dai modelli regionali CeNa dei periodi considerati (valori in migliaia di euro).

Si precisa che il confronto tra i dati di previsione e consuntivo dell'esercizio 2017 risentono dei differenti criteri di formazione dei due documenti.

In particolare:

la colonna relativa al bilancio 2016 è riferita ai dati contenuti nel bilancio di esercizio 2016 approvato, di cui alla relazione del Direttore Generale riferita al suddetto esercizio;

la colonna relativa alla previsione 2017 contiene i dati relativi al bilancio di previsione 2017, che fanno riferimento alla deliberazione n. 582 del 12/08/2017 con la quale l'Azienda ha riadottato il bilancio di previsione 2018 sulla base delle indicazioni dell'assessorato Regionale alla Sanità, che con propria nota prot. n. 15246/A1412A del 12.07.2017 ha trasmesso alle ASR la D.G.R. n. 35-5329 del 10.07.2017, di riparto del fondo 2017 che, in allegato F, riporta le indicazioni tecniche per la riadozione dei bilanci preventivi 2017;

la colonna relativa al bilancio 2017 è relativa al bilancio di esercizio 2017 di cui alla presente relazione.

	anno 2016	prev. 2017	anno 2017	delta 2017/2016		delta prev/cons 2017	
				val.ass	% su 2016	val.ass	% su prev
RIEPILOGO							
<i>Quota FSN lorda</i>	740.931	738.491	735.165	- 5.766	-0,78%	- 3.326	-0,45%
<i>di cui storno di quota di contributo da FSR in conto esercizio a contributo in c/capitale utilizzata per immobilizzazioni</i>	4.654	4.890	3.549	- 1.105	-23,74%	- 1.341	-27,42%
<i>Quota FSN netto storno di quota di contributo da FSR in conto esercizio a contributo in c/capitale utilizzata per immobilizzazioni</i>	736.277	733.601	731.616	- 4.661	-0,63%	- 1.985	-0,27%
<i>STP</i>	316	316	340	24	7,54%	24	7,54%
<i>Altri Contributi da Regione</i>	11.047	11.013	20.505	9.458	85,62%	9.492	86,19%
<i>Totale contributi regionali</i>	747.640	744.930	752.461	4.821	0,64%	7.531	1,01%
<i>Altri Contributi da altri enti pubblici</i>	4.470	1.297	4.171	- 299	-6,69%	2.874	
<i>Contributi da privati</i>	44	52	226	182	414,21%	174	335,10%
<i>Totale contributi in c/esercizio</i>	752.154	746.279	756.858	4.704	0,63%	10.579	1,42%
Ricavi per prestazioni	1.906	1.900	2.426	520	27,28%	526	27,68%
Recuperi e rimborsi	1.624	1.419	5.032	3.408	209,85%	3.613	254,61%
Ticket	8.304	8.936	8.566	262	3,15%	- 370	-4,14%
Ricavi vari	2.206	2.406	1.877	- 329	-14,89%	- 529	-21,97%
	14.040	14.661	17.901	3.861	27,50%	3.240	22,10%
Ricavi intramoenia	4.497	4.497	4.044	- 453	-10,07%	- 453	-10,07%
Totale ricavi gestione ordinaria	770.691	765.437	778.804	8.113	1,05%	13.367	1,75%
Acquisti e manutenzioni	88.302	91.408	92.261	3.959	4,48%	853	0,93%
Assistenza sanitaria di base	45.512	45.491	45.564	52	0,11%	73	0,16%
Farmaceutica	67.106	68.354	66.651	- 455	-0,68%	- 1.703	-2,49%
Specialistica	15.611	16.251	16.736	1.125	7,21%	485	2,98%
Riabilitativa	14.077	14.738	14.749	672	4,78%	11	0,08%
Integrativa	9.557	9.659	8.389	- 1.168	-12,22%	- 1.270	-13,14%
Ospedaliera da privato (case di cura)	45.333	48.081	49.620	4.287	9,46%	1.539	3,20%
Ospedaliera da privato (presidi)	-	-	-	-	-	-	-
Altra assistenza	40.202	40.448	39.952	- 250	-0,62%	- 496	-1,23%
Altri servizi	8.888	9.778	9.777	889	10,00%	1	-0,02%
Godimento di beni e servizi	9.319	10.062	10.487	1.168	12,53%	425	4,22%
Personale dipendente	198.473	197.000	195.095	- 3.378	-1,70%	- 1.905	-0,97%
Spese amministrative e generali	13.833	14.514	14.472	639	4,62%	42	-0,29%
Servizi appaltati	24.309	24.088	23.762	- 547	-2,25%	- 326	-1,35%
Accantonamenti	4.039	3.116	6.509	2.470	61,16%	3.393	108,90%
Imposte e tasse	14.427	14.587	14.191	- 236	-1,64%	- 396	-2,71%
Oneri finanziari	1.217	876	971	246	20,23%	95	10,82%
Variatione delle rimanenze	2.261	-	2.943	5.204	230,17%	2.943	
Compartecipazioni personale intramoenia	3.620	3.620	3.512	- 108	-2,97%	- 108	-2,97%
Totale costi gestione ordinaria	606.086	612.071	609.754	3.668	0,61%	2.317	-0,38%
Risultato gestione ordinaria	164.605	153.366	169.050	4.445	2,70%	15.684	10,23%
Ricavi straordinari	1.297	2.572	2.680	1.383	106,62%	108	4,19%
Costi straordinari	- 1.246	- 199	- 795	451	-36,17%	- 596	299,65%
Mobilità attiva extra	32.587	32.587	36.152	3.565	10,94%	3.565	10,94%
Mobilità passiva extra	- 60.124	- 62.700	- 65.388	- 5.264	-8,75%	- 2.688	-4,29%
Mobilità attiva INTRA	16.287	16.287	16.355	68	0,42%	68	0,42%
Mobilità passiva intra	- 149.797	- 149.798	- 153.746	- 3.949	-2,64%	- 3.948	-2,64%
Costi capitalizzati E Rivalutazioni	11.397	11.633	7.094	- 4.303	-37,75%	- 4.539	-39,02%
Ammortamenti	- 13.877	- 13.158	- 10.153	3.724	-26,84%	3.005	-22,84%
Svalutazioni	-	-	600	-	-	-	-
Risultato di gestione	1.129	- 9.410	648	- 481	100,00%	10.058	-106,89%
saldo ferie e straordinari maturati ma non goduti	-	-	-	-	-	-	-
Risultato differenziale	1.129	- 9.410	648	- 481	100,00%	10.058	-106,89%

In relazione alle azioni poste in essere sul governo della spesa corrente si osserva, dal confronto tra i due esercizi, una sostanziale stabilità dei costi di gestione ordinaria che, se incrementano dello 0,61%, rilevano tuttavia un incremento di 2.470.000 euro di accantonamenti, a prudenziale copertura di oneri relativi a fondo rischi, interessi moratori e rinnovi contrattuali.

- **Acquisti e manutenzioni:** Il dettaglio analitico dell'aggregato presenta un andamento diversificato secondo le voci di costo. L'incremento è essenzialmente da attribuirsi alla voce farmaci, che registra un incremento di 2.928 migliaia di euro in ragione degli incrementi derivanti dall'acquisto di farmaci innovativi e dall'avvio dell'attività, seppure in corso di esercizio, di centro prescrittore per farmaci epatite C, nel precedente esercizio 2016 acquisiti in mobilità.
- **Farmaceutica convenzionata:** si conferma il trend in diminuzione, già registrato nel 2016, che nell'esercizio rileva un valore percentuale pari a -0,68% per 455 migliaia di euro. Dal 2015 si rileva un trend in diminuzione di tale voce di spesa.
- **Personale:** si rileva anche nell'esercizio in esame un andamento in diminuzione, in percentuale pari a -1,7% ed in valori assoluti pari a -3,378 migliaia di euro. La suddetta riduzione trova una parziale giustificazione in ragione delle azioni di razionalizzazione introdotte dalla DGR 1/600 di revisione della rete ospedaliera. Si sta, per contro, procedendo con l'espletamento delle procedure per la copertura dei posti a seguito delle assunzioni autorizzate, nel rispetto dei tetti di spesa prefissati;
- **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;

- **Ospedaliera da privato:** l'incremento è da attribuirsi alla variazione della produzione delle strutture accreditate. Occorre inoltre considerare che nell'esercizio 2016 si era registrato il mancato raggiungimento del budget da parte di una struttura convenzionata, a seguito del periodo di chiusura per porre in essere le azioni di conversione previste in sede di definizione degli accordi a livello regionale;

- **Accantonamenti:** l'incremento tra i valori iscritti a bilancio nei due esercizi deriva dagli ulteriori accantonamenti effettuati in corso di esercizio, in particolare relativi a:

- accantonamento per oneri assistenza ospedaliera da strutture private: derivanti dalla produzione extra budget relativa alle medesime strutture, in attesa di riconoscimento da parte della Regione, per 2.030.564 euro;
- accantonamento per interessi moratori per 470.315 euro;
- accantonamento per rinnovi contrattuali per complessivi 2.368.000 euro.

Non sono stati effettuati ulteriori accantonamenti a fondo rischi.

Si riporta quindi il quadro di confronto desunto dalla procedura FEC:

	anno 2016	prev. 2017	anno 2017	delta 2017/2016	
<i>Dettaglio di alcune macro voci di costo-ricavo:</i>					
Acquisti e manutenzioni +/- rimanenze	90.563	91.473	89.318	- 1.245	-1,37%
Acquisti e manutenzioni +/- rimanenze al netto beni integrativa e protesica	86.260	87.076	85.005	- 1.255	-1,45%
Acquisti e manutenzioni - farmaci	39.547	45.756	42.475	2.928	7,40%
Farmaci	48.755	45.717	49.786	1.031	2,11%
<i>Di cui farmaci per distribuzione diretta</i>	28.419	25.459	29.547	1.128	3,97%
<i>Farmaceutica convenzionata + farmaci distribuiti</i>	95.525	94.909	96.198	673	0,70%
Convenz.ni uniche medicina generale. Escluso me	45.512	45.348	45.564	52	0,11%
costo medici convenzionati 118 -emergenza-	-	-	-	-	-
Specialistica - escluso costo medici spec.int "Sum	11.709	13.628	12.866	1.157	9,88%
costo medici spec.int "Sumai"	3.902	3.932	3.870	32	-0,81%
Acquisto beni servizi noleggio integrativa protesic	14.982	15.596	14.902	- 80	-0,53%
Personale ruolo sanitario (compreso interinale ed	152.197	154.412	149.261	- 2.936	-1,93%
Personale ruolo professionale (compreso interin	502	478	524	22	4,43%
Personale ruolo tecnico (compreso interinale)	23.715	23.538	24.126	411	1,73%
Personale ruolo amministrativo (compreso interin	22.059	22.872	21.184	- 875	-3,97%
Saldo mobilità interregionale (mobilità attiva-pas	- 27.537	- 23.891	- 29.236	- 1.699	6,17%
Saldo mobilità intraregionale (mobilità attiva-pas	- 133.510	- 120.927	- 137.392	- 3.882	2,91%
Altra assistenza meno rimborsi..trasferim.	32.808	33.156	32.610	- 198	-0,60%
rimborsi..trasferimenti	7.394	5.108	7.342	- 52	-0,70%

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;
- “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

Per quanto riguarda le tempistiche di attuazione del ciclo della performance presso l'ASL AL, nell'anno 2017 si è provveduto alla definizione degli obiettivi annuali nonché alla valutazione dei risultati riferiti all'anno 2016, in modo coerente con le scadenze degli strumenti di programmazione, monitoraggio e rendicontazione delle attività istituzionali dell'Azienda.

Per l'anno 2018, entro il mese di febbraio sono stati, inoltre, definiti e assegnati gli obiettivi di budget 2018: l'attribuzione è avvenuta in tempi più rapidi in linea con l'assegnazione degli obiettivi regionali ai Direttori Generali AASS di cui alla DGR 26-6421 del 26.01.2018.

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.

A fine anno 2015 è stata formalizzata, da parte della Direzione Generale, la costituzione del Comitato Budget con il compito di produrre indicazioni per la contrattazione e la formalizzazione degli obiettivi annuali dei Centri di Responsabilità dell'Azienda.

Si registra nel 2017 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 2017 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 agli incontri con i Centri di Responsabilità Aziendali, finalizzati alla contrattazione del budget.

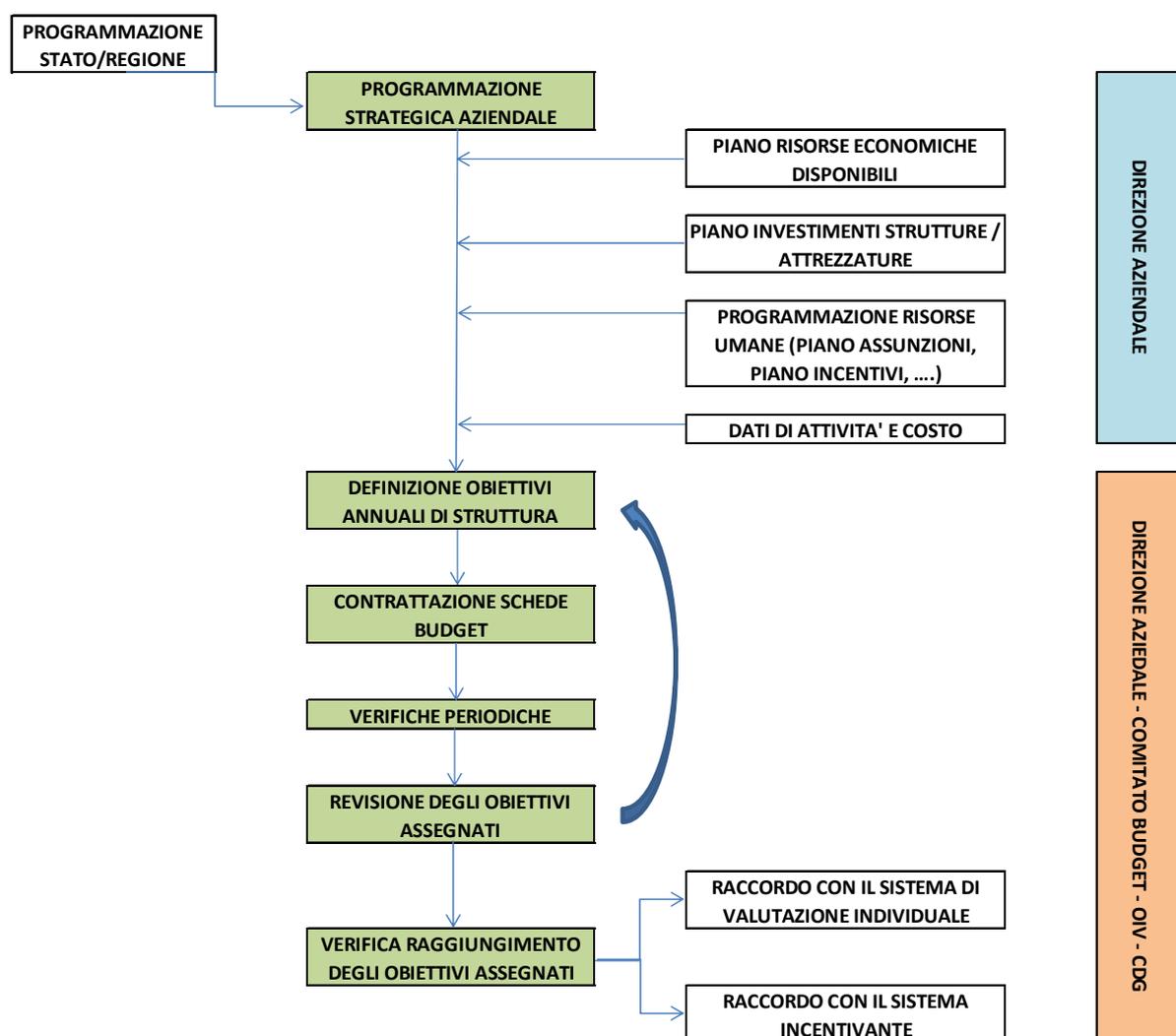
Tutto il processo, in termini di istruzione, aggregazione e consolidamento delle proposte di budget, è supportato dal Comitato budget aziendale, composto dai responsabili delle Aree Ospedaliere e Territoriali, del settore Farmaceutico, del Dipartimento delle Professioni Sanitarie, del Controllo di Gestione e del Governo Clinico.

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 negoziato gli obiettivi 2017 con i Centri di Responsabilità ed 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 2017 sono stati approvati con Deliberazione DG 583 dell'11.08.2017, al fine di coinvolgere i CdR aziendali al raggiungimento degli obiettivi regionali definiti con DGR 101-5530 del 3.08.2017 nell'ambito delle singole schede di budget.

Con la citata deliberazione n.583 dell'11.08.2017 l'ASL AL ha adottato per l'anno 2017 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).

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.23 del 26.1.2017 è stato approvato il Piano triennale di prevenzione della Corruzione 2017-2019, 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 2017, una relazione (pubblicata sul sito nella sezione "*Amministrazione Trasparente*") sullo stato di attuazione del Piano nell'anno 2017 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.1310/2016 e n.236/2017 ha previsto che l'OIV attesti l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31.3.2017, avvalendosi della collaborazione del responsabile della trasparenza, con riguardo ad un numero circoscritto di obblighi di pubblicazione risultanti dalla griglia contenuta nella delibera n.236/2016.

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.

Si rileva che nel corso del 2017 è stata effettuata una revisione, in base al nuovo atto aziendale, delle Strutture e degli Uffici responsabili degli obblighi di pubblicazione dei documenti e dei dati, e sono state assegnate le credenziali di accesso a tutti i soggetti che devono garantire il tempestivo e regolare flusso d'informazioni da pubblicare.

Deliberazione del Direttore Generale

n. _____

Letto, approvato e sottoscritto.

Parere favorevole del DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Parere favorevole del DIRETTORE SANITARIO

IL DIRETTORE GENERALE
