



ASL AL

**RELAZIONE SUL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI
ECONOMICI, DI SALUTE E DI FUNZIONAMENTO DEI
SERVIZI**

ANNO 2016

D.G.R. N. 30-3307 DEL 16 MAGGIO 2016

PREMESSA

Con DGR 30-3307 del 16 maggio 2016 sono stati definiti e assegnati gli obiettivi strategici ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali.

Le azioni programmate ed effettuate per il raggiungimento degli obiettivi, relazionate nel presente documento, sono state oggetto durante il corso del 2016 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 2016.

Gli obiettivi assegnati sono articolati nelle seguenti tipologie ed eventualmente suddivisi in ulteriori sub-obiettivi, come dettagliato nella relazione che segue:

<i>TIPO OBIETTIVO 1</i>	<i>RETE H-T</i>
<i>TIPO OBIETTIVO 2</i>	<i>TEMPI DI ATTESA</i>
<i>TIPO OBIETTIVO 3</i>	<i>FONDO DI RIEQUILIBRIO</i>
<i>TIPO OBIETTIVO 4</i>	<i>UMANIZZAZIONE</i>
<i>TIPO OBIETTIVO 5</i>	<i>RETE LABORATORI ANALISI</i>
<i>TIPO OBIETTIVO 6</i>	<i>PAT</i>
<i>TIPO OBIETTIVO 7</i>	<i>ESITI</i>
<i>TIPO OBIETTIVO 8</i>	<i>ASSISTENZA FARMACEUTICA</i>
<i>TIPO OBIETTIVO 9</i>	<i>RETE ONCOLOGICA</i>
<i>TIPO OBIETTIVO 10</i>	<i>RETE TRAPIANTI</i>
<i>TIPO OBIETTIVO 11</i>	<i>GDP ANTINCENDIO E ANTISISMICA</i>

TABELLA RIASSUNTIVA

TIPO	OB	OBIETTIVO	PESO
RETE H – T	1.1	Piano di riduzione SC ospedaliera e non ospedaliera	10
	1.2	Centralizzazione delle chiamate di C.A.	3
Tempi di attesa	2.1	Tempi di attesa prestazioni ambulatoriali – sub. 1	5
		Tempi di attesa prestazioni ambulatoriali – sub. 2	10
Equilibrio economico-finanziario	3	Attuazione piano di efficientamento da Fondo di Riequilibrio	12
Umanizzazione	4	Valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle strutture di ricovero delle ASR	5
Rete Laboratori Analisi	5.1	Rete Laboratori Analisi – Hub & Spoke	5
	5.1	Rete Laboratori Analisi – Gare Centralizzate	5
PAT	6	Piano di Assistenza Territoriali - PAT	10
Esiti	7.1	Tempestività interventi di frattura femore > 65	3
	7.2	Proporzione parti con taglio cesareo primario	2
	7.3	Tempestività nell'effettuazione di PTCA	3
Assistenza Farmaceutica	8	Assistenza Farmaceutica territoriale e ospedaliera: appropriatezza prescrittiva e riduzione della variabilità	10
Rete Oncologica	9.1	Dipartimento funzionale interregionale interaziendale di rete oncologica	4
	9.2	Screening oncologici – Prevenzione Serena	5
Rete trapianti	10	Incremento donazioni d'organo	5
GdP Antincendio e Antistimica	11	Rispetto della normativa antincendio e antisismica	3
TOTALE			100

1. RETE H – T

OBBIETTIVO 1.1

IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI RIDUZIONE DELLE SC OSPEDALIERE E NON OSPEDALIERE IN COERENZA CON GLI ATTI AZIENDALI

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

INDICATORE

N° SC disattivate / N° SC da disattivare

VALORE DELL’OBIETTIVO

Completa disattivazione del 100% SC (ospedaliere e non ospedaliere) in linea con la pianificazione consegnata al 31.12.2015

Tracking previsto	Azioni ASL AL
Completa disattivazione del 50% delle SC (ospedaliere e non ospedaliere) entro il 1.05.2016 in linea con la pianificazione consegnata al 31.12.2015	Deliberazione 253/20.04.2016 “Piano di riduzione delle strutture complesse dell’ASL AL e dei relativi posti letto, approvato con deliberazione n. 819 del 09.12.2015 - disattivazione strutture alla data del 30.04.2016”
31.12.2016	Deliberazione 401/22.06.2016 “Piano di riduzione delle strutture complesse dell’ASL AL e dei relativi posti letto, approvato con deliberazione n. 819 del 09.12.2015 - disattivazione strutture alla data del 01.07.2016” Deliberazione 721/26.10.2016 “Piano di riduzione delle strutture complesse dell’ASL AL e dei relativi posti letto, approvato con deliberazione n. 819 del 09.12.2015 - disattivazione S.C. Anatomia Patologica Casale alla data del 01.11.2016”

	<p>Deliberazione 894/23.12.2016 “Piano di riduzione delle strutture complesse dell’ASL AL e dei relativi posti letto, approvato con deliberazione n. 819 del 09.12.2015 - disattivazione S.C. Radiologia Acqui alla data del 31.12.2016 e attribuzione incarichi”</p> <p>Deliberazione 895/23.12.2016 “Piano di riduzione delle strutture complesse dell’ASL AL e dei relativi posti letto, approvato con deliberazione n. 819 del 09.12.2015 - disattivazione SS.CC. Direzione Medica P.O. Acqui e Direzione Medica P.O. Tortona alla data del 31.12.2016 e attribuzione incarichi”</p> <p>Deliberazione 897/23.12.2016 “Piano di riduzione delle strutture complesse dell’ASL AL e dei relativi posti letto, approvato con deliberazione n. 819 del 09.12.2015 - disattivazione strutture alla data del 31.12.2016”</p> <p>Deliberazione 898/23.12.2016 “Adempimenti conseguenti alla disattivazione di strutture complesse dell’ASL AL alla data del 31.12.2016”</p> <p>Deliberazione 899/23.12.2016 “Disattivazione delle strutture semplici e semplici dipartimentali dell’Area Medica, Veterinaria e Sanitaria, previste nel precedente assetto organizzativo dell’ASL AL, alla data del 31.12.2016, e adempimenti conseguenti”</p>
--	---

RISULTATO

N° SC disattivate/N° SC da disattivare: 100%

In linea con la pianificazione effettuata al 31.12.2015, l’obiettivo prevede di procedere al completo adeguamento delle strutture aziendali e dei posti letto secondo quanto riportato dall’allegato A DGR n.1-600/2014 e recepito nell’Atto aziendale approvato dalla Giunta Regionale (rif. Deliberazione ASL AL n.711 del 06.10.2015 “D.G.R. n.36-2167 del 28.09.2015: conclusione procedimento di verifica Atto Aziendale ASL AL - Recepimento prescrizioni regionali”).

L’ASL AL aveva successivamente approvato il piano di riduzione delle Strutture Complesse e dei relativi posti letto, in attuazione di quanto previsto dalle DD.GG.RR. n.1-600/2014 e n.1-924/2015 (rif. Deliberazione ASL AL n.819 del 09.12.2015). Con Deliberazione ASL AL 889 del 18.12.2015 è stata disposta la prima fase di disattivazione di n.13 Strutture Complesse a far data dal 28.12.2015.

Contestualmente all'adozione degli atti deliberativi, si è provveduto ad adeguare sull'applicativo regionale ARPO l'organizzazione aziendale così come prevista dal Piano di Organizzazione adottato contestualmente al nuovo Atto aziendale, coordinando le registrazioni, per i Dipartimenti interaziendali, con le altre Aziende sanitarie dell'Area Piemonte Sud-est (ASL AT e ASO AT), con la supervisione del competente settore dell'Assessorato regionale.

Analogamente si è proceduto ad apporre le necessarie modifiche nell'ambito dell'applicativo regionale ARPE, variando la tipologia delle strutture disattivate, inserendo la data di chiusura prevista dalla delibera 889/2015 e, nel caso in cui l'attività della SC venisse a cessare in toto, "chiudendo" i posti letto assegnati per le attività di ricovero. Le informazioni contenute nel database ARPE sono allineate e congruenti alla rappresentazione della struttura organizzativa aziendale nell'applicativo regionale ARPO.

Si evidenzia che con nota prot. n.113928 del 6.12.2016 l'ASL AL ha richiesto l'autorizzazione a sospendere la procedura di disattivazione della SC Immunoematologia e Trasfusionale, con riferimento alle prescrizioni regionali allegata alla DGR 36-2167/2015: "In merito alla SSD Trasfusionale la Regione rivaluterà la struttura nell'ambito della rete dei servizi trasfusionali e dei centri di produzione emocomponenti". Con successiva nota 26081/A1400 del 29.12.2016 la Regione Piemonte, nel prendere atto della proposta sopra indicata, specifica che ne verrà tenuto conto nella valutazione del raggiungimento degli obiettivi assegnati ai Direttori Generali.

Documentazione allegata:

- *Deliberazione ASL AL 819 del 09.12.2015*
- *Deliberazione ASL AL 253 del 20.04.2016*
- *Deliberazione ASL AL 421 del 22.06.2016*
- *Deliberazione ASL AL 721 del 26.10.2016*
- *Deliberazione ASL AL 894 del 23.12.2016*
- *Deliberazione ASL AL 895 del 23.12.2016*
- *Deliberazione ASL AL 897 del 23.12.2016*
- *Deliberazione ASL AL 898 del 23.12.2016*
- *Deliberazione ASL AL 899 del 23.12.2016*
- *Autocertificazione DG in data 02.05.2016*
- *Autocertificazione DG in data 09.01.2017*
- *Nota ASL AL prot. 113928 del 6.12.2016*
- *Nota Regione Piemonte prot. 26081/A1400 del 29.12.2016*

1. RETE H – T

OBBIETTIVO 1.2

CENTRALIZZAZIONE CHIAMATE DI C.A.

L'obiettivo prevede l'attivazione del Numero unico 116117 a sostituzione dei numeri di Continuità Assistenziale e al fine di implementare i servizi h24 di cui all'Accordo Stato Regioni del 7.02.2013 e al Patto per la salute 2014-2016.

Le azioni effettuate nel 2016 seguono quanto già predisposto nel corso del 2015 in merito al censimento delle sedi di C.A. attive sul territorio (dotazioni organiche e strumentali e sistema telefonico) e alle convenzioni stipulate con ASL AT e ASO AL per la centralizzazione e la gestione delle chiamate di guardia medica e di altri servizi di cure primarie sul numero 116117.

INDICATORI

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

VALORE DELL'OBBIETTIVO

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

L'obiettivo tende all'attivazione del Numero unico 116117 per tutte le chiamate di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica) implementando anche i Servizi all'Utenza sulle 24 ore.

Per l'Area sovrazonale Piemonte Sud Est, cui appartiene questa ASL, è prevista un'unica centrale operativa con ASO AL e ASL AT.

Si è pertanto avviato il percorso con la sottoscrizione di due specifiche convenzioni: con deliberazione ASL AL 904/2015 "Convenzione con l'A.O. SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria per la centralizzazione e la gestione delle chiamate di guardia medica e di altri servizi di cure primarie sul numero 116117" e con deliberazione ASL AL 905/2015 "Convenzione con l'ASL di Asti per la centralizzazione e la gestione delle chiamate di Guardia Medica e di altri servizi di cure primarie sul numero 116117".

Per quanto riguarda le infrastrutture necessarie per l'avvio delle attività in esame si è in attesa della conclusione dell'iter per l'acquisizione per tutto il territorio regionale di sistemi informatici e di telefonia da parte della Regione Piemonte.

Con Determina Dirigenziale Regione Piemonte 23.05.2016 nr. 282 la Regione Piemonte ha indetto avviso per il personale dipendente dalla CRI – Croce Rossa Italiana che volesse prestare la propria attività presso l'istituenda centrale operativa, alle dipendenze dell'ASL.

Successivamente l'ASL AL con deliberazione n.588 del 15.09.2016 ha espresso il proprio assenso al trasferimento a questa Amministrazione del personale avente diritto.

Hanno fatto utilmente domanda n.15 persone, per le quali è stato completato l'iter burocratico prodromico all'assunzione in argomento, sottoponendole altresì a visita medica per valutare l'idoneità alla funzione ed a corso formativo preliminare.

Per tale personale si è provveduto ad una formazione generale circa le attività dell'ASL e di una centrale operativa, indispensabile per la corretta gestione delle chiamate di competenza.

Con D.G.R. n.68-4541 del 29.12.2016 è stato approvato lo schema di convenzione tra la Regione Piemonte e l'Ente Strumentale alla CRI, per l'avvalimento del personale CRI già individuato per lo svolgimento delle funzioni NUE 116117 e NUE 112; le Aziende Sanitarie Locali dovevano provvedere a formalizzare il distacco del personale a suo tempo già individuato per lo svolgimento delle funzioni NUE 116117 e NUE 112, con decorrenza 23.01.2017.

Con deliberazione ASL AL n.17 del 20.1.2017 si è disposto pertanto di prendere atto della D.G.R. n.68-4541 del 29.12.2016 di approvazione dello schema di convenzione tra la Regione Piemonte e l'Ente Strumentale alla CRI per l'avvalimento del personale della CRI, con conseguente distacco temporaneo, dall'Ente di appartenenza alla ASL AL, del personale interessato con decorrenza dal 23.01.2017 e fino al 30.06.2017.

La definizione del passaggio sopra descritto (individuazione da parte della Regione Piemonte e conseguente acquisizione delle infrastrutture tecnologiche necessarie) consentirà la progressiva attuazione dei punti 3-4-5-6 dell'obiettivo assegnato.

Tutti gli adempimenti e le attività necessarie al percorso di attivazione del Numero unico 116117 sono state eseguite nei tempi previsti dalle strutture competenti di questa Azienda.

Documentazione allegata:

- *Deliberazione ASL AL 588 del 15.9.2016*
- *Deliberazione ASL AL 17 del 20.1.2017*

2. TEMPI DI ATTESA

OBIETTIVO 2.1

TEMPI DI ATTESA DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

L'obiettivo si prefigge di misurare, attraverso indicatori trasparenti ed efficaci, la capacità di risposta tempestiva del SSR nell'erogazione di prestazioni ambulatoriali al cittadino.

INDICATORE

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

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

VALORE DELL'OBIETTIVO

1. 100%
2. Cfr. Tabella

Sub obiettivo

Caricamento sul CUP aziendale di tutte le agende di prenotazione (pubblico/privato convenzionato).

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.).

Restano attualmente fuori dal campo di prenotazione informatica i cicli di fisioterapia stante la complessità dell'organizzazione di tali ambulatori; è in corso l'adeguamento dei sistemi informatici di prenotazione per la corretta gestione di tale tipologia di prestazioni.

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 divisione / Matricola 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.

Per quanto riguarda le strutture private è stato avviato nel corso del 2016 il percorso per l'inserimento a CUP aziendale dei calendari delle prestazioni erogate dalle strutture convenzionate presenti sul territorio.

Dopo un primo incontro tecnico avvenuto nel mese di ottobre con gli erogatori privati, sono state verificate le caratteristiche tecniche per la condivisione della piattaforma e della metodologia di integrazione dei sistemi, avviando per il rimanente periodo dell'anno una fase attuativa sperimentale.

Sono state successivamente inviate alle Strutture le indicazioni operative per il collegamento e l'accesso informatico al sistema CUP aziendale, provvedendo al sollecito quelle che non avevano ancora provveduto.

Si è quindi proceduto gradualmente al perfezionamento delle necessarie credenziali operative ed ai collegamenti informatici per l'inserimento a CUP le Agende per le quali è stata fornita la documentazione dalle strutture medesime.

Occorre segnalare, peraltro, che tale avvio avvenuto a fine esercizio 2016 ha comportato la difficoltà, segnalata dalle Strutture, circa la piena condivisione delle agende di prenotazione, stante la contestuale riduzione dell'offerta legata all'esaurirsi del budget annuale (per residenti Piemonte ed Extraregione).

Ad oggi sono state inserite a CUP le Agende per le quali è stata fornita la documentazione dalle Strutture medesime; si precisa che le agende, gli esami e i testi di preparazione sono già stati caricati sul CUP aziendale.

Si procede costantemente alle attività d'inserimento/collegamento non appena pervengono i dati mancanti delle restanti Strutture.

Le Strutture con agenda CUP sono 746 di cui 4 private (Zorini, Centocannoni, Newima, Istituto Bea).

Le agende CUP sono 2.215 di cui 22 private.

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.

Sub obiettivo

Adeguamento del tempo medio di attesa (indice di performance) allo standard regionale stabilito dalla Direzione Sanità per le singole prestazioni oggetto di monitoraggio (solo produzione componente pubblica) nel rispetto del vincolo di una produzione minima (15° percentile della produzione 2015)

Il sub-obiettivo n.2 è stato oggetto di specifici incontri per branca specialistica, volti ad applicare le indicazioni della suddetta DGR n.30-3307, 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. Le azioni ricondotte hanno conseguito i seguenti risultati:

Periodo di riferimento gennaio – dicembre 2016 (dati preconsuntivo)

Delle 42 prestazioni oggetto di monitoraggio ne sono state considerate 41 in quanto la visita chirurgia vascolare non risulta erogata presso ASL AL.

Sulla base del report di preconsuntivo 2016 del mese di dicembre (allegato) risultano 21 prestazioni entro standard e 8 con scostamento non superiore al 20%. Deve comunque essere precisato che riguardo alle prestazioni ancora fuori standard le azioni correttive intraprese a partire dal 2° semestre 2016, pur non avendo ad oggi consentito il rientro nei termini temporali prescritti, hanno evidenziato un trend positivo, tranne nei casi di mammografia, eco TSA, ecografia della mammella, audiometria e spirometria. Tale miglioramento viene evidenziato sia dal confronto luglio-dicembre relativo alla media mensile delle prestazioni erogate sia dalla lettura dell'indicatore legato al giorno indice del mese di dicembre 2016 confrontato con il mese di luglio (ultimo mese prima dell'attivazione delle azioni di miglioramento).

Prestazioni mantenute entro lo standard: 21 e, precisamente: visita endocrinologica, visita ortopedica, visita ginecologica, visita otorinolaringoiatrica, visita urologica, visita gastroenterologica, TAC senza e con contrasto del torace, TAC senza e con contrasto dell'addome superiore, TAC senza e con contrasto dell'addome inferiore, TAC senza e con contrasto dell'addome completo, TAC senza e con contrasto del capo, TAC senza e con contrasto del rachide e speco vertebrale, TAC 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 ostetrica ginecologica, elettrocardiogramma dinamico holter, elettrocardiogramma da sforzo, elettromiografia.

Prestazioni con scostamento non superiore al 20%: 8 e, precisamente: visita neurologica, visita pneumologica, ecocolordoppler cardiaca, ecocolordoppler tsa, esofagogastroduodenoscopia, elettrocardiogramma, audiometria, fondo oculare.

Prestazioni con scostamento superiore al 20%: 12 e, precisamente: visita cardiologica, visita oculistica, visita dermatologica, visita fisiatrica, mammografia, ecografia capo e collo, ecocolordoppler dei vasi periferici, ecografia addome, ecografia mammella, colonscopia, sigmoidoscopia con endoscopia flessibile, spirometria.

Miglioramento prestazioni nel 2° semestre rispetto al 1° semestre

Non sempre gli interventi sono stati puntuali e sufficienti ed a riprova si rileva una situazione a macchia di leopardo, non ottimale anche se tendente al miglioramento. Per illustrare

l'andamento come sopra riportato si è analizzato il tempo medio di attesa dei 12 mesi 2016. Tale analisi, affetta da una distorsione analitica in quanto le azioni previste hanno prodotto il loro effetto dal mese di settembre/ottobre, mentre in tale monitoraggio vengono diluite nei nove mesi precedenti, è stata integrata con l'aggiunta di tre colonne riguardanti il monitoraggio sia ex post (confronto luglio-dicembre della media mensile prestazioni erogate) sia ex ante (media giorno indice sull'anno e rilevazione al giorno indice dei mesi di luglio e dicembre), che registrando la situazione prima e dopo gli interventi assunti dimostrano su talune prestazioni un netto miglioramento.

In particolare, nel mese di dicembre, sono rientrate nello standard (oltre alle 21 prestazioni che già risultavano nello standard dalla rilevazione media annuale) *ulteriori 4 prestazioni*: visita cardiologica, visita neurologica, visita pneumologica, audiometria per un totale di 25. Inoltre a dimostrazione del miglioramento continuo durante tutto il periodo di osservazione del 2° semestre 2016, si è registrato a dicembre il miglioramento di 27 prestazioni rispetto a luglio, di 21 prestazioni rispetto a novembre, di 25 prestazioni rispetto alla media annuale 2016.

Tabella riepilogativa

anno 2016 prestazione	tempo attesa prestazioni erogate			tempo attesa giorno indice		Incremento posti		note
	media annuale	luglio	dicembre	luglio	dicembre	media mensile	settembre dicembre	
visita cardiologica	37,39	41,05	26,97 migliorato	58	22	226	902	tempo di attesa in costante diminuzione, grazie alle azioni correttive intraprese di incremento posti fino a rientrare nello standard dal mese di novembre 2016 (giorno indice dicembre: 22 gg.)
visita neurologica	32,95	33,85	28,43 migliorato	45	35	67	266	tempo di attesa in costante diminuzione con rientro nello standard dal mese di novembre 2016 , anche con apertura di agende spot
visita oculistica	71,11	75,46	61,71 migliorato	65	55	566	2.265	è in corso una ulteriore azione correttiva volta ad incrementare i posti disponibili in tutte le sedi ASL
visita dermatologica	37,58	37,50	36,22 migliorato	44	27	345	1.380	si è provveduto a dividere le agende fra prima visita e controlli
visita fisiatrice	45,89	45,60	41,54 migliorato	99	35	292	1.167	ASL AL sta gestendo tutte le prestazioni richieste a livello provinciale, vicariando anche ASO AL che da circa 12 mesi ha chiuso le agende di visita fisiatrice per esterni (giorno indice dicembre: 35 gg.)

anno 2016 prestazione	tempo attesa prestazioni erogate			tempo attesa giorno indice		Incremento posti		note
	media annuale	luglio	dicembre	luglio	dicembre	media mensile	settembre dicembre	
visita pneumologica	31,32	31,41	24,13 migliorato	48	22	43	170	tempo di attesa in costante diminuzione con rientro nello standard dal mese di novembre 2016 (giorno indice dicembre: 22 gg.)
mammografia	91,76	103,30	110,64 distorsione migliorato	32	15	83	332	il tempo medio di attesa comprende sia gli esami eseguiti come follow up (prenotati a 6-12 mesi) sia gli esami eseguiti a scopo diagnostico, per i quali in tutte le sedi ASL vengono rispettati i tempi indicati nella richiesta del MMG (giorno indice dicembre: 15 gg.)
ecografia capo e collo	83,32	90,41	86,77	157	67	51	205	tempo attesa in riduzione (giorno indice dicembre: 67 gg.)
ecodoppler cardiaca	45,37	49,02	46,22	58	31	130	519	tempo attesa in riduzione (giorno indice dicembre: 31 gg.)
ecodoppler TSA	47,14	47,80	50,25	39	38	22	87	tempo attesa in riduzione (giorno indice dicembre: 38 gg.)
ecodoppler vasi periferici	40,62	45,65	45,45	59	34	5	20	tempo attesa in riduzione (giorno indice dicembre: 34 gg.)
ecografia addome	47,00	50,19	43,33 migliorato	66	26	228	912	le azioni intraprese hanno permesso, se non di rientrare nei tempi previsti dallo standard, di ridurre progressivamente il tempo medio di attesa (giorno indice dicembre: 26 gg)
ecografia mammella	72,60	90,27	96,11 distorsione	101	41	149	595	come per mammografia, il tempo medio di attesa comprende sia gli esami eseguiti come follow up (prenotati a 6-12 mesi) sia gli esami diagnostici, per i quali in tutte le sedi ASL vengono rispettati i tempi indicati nella richiesta del MMG (giorno indice dicembre: 41 gg)
colonscopia	40,91	40,94	40,12	25	42	- 18	- 72	sulle sedi di Tortona e Novi si è verificato ad inizio di novembre il furto dello strumentario che ha portato ad una forzata riduzione delle prestazioni

anno 2016 prestazione	tempo attesa prestazioni erogate			tempo attesa giorno indice		Incremento posti		note
	media annuale	luglio	dicembre	luglio	dicembre	media mensile	settembre dicembre	
sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	47,11	60,87	30,55	30	45	- 2	- 8	sulle sedi di Tortona e Novi si è verificato ad inizio di novembre il furto dello strumentario che ha portato ad una forzata riduzione delle prestazioni
esofagogastroduo- denoscopia	35,34	35,44	34,53	59	50	11	43	sulle sedi di Tortona e Novi si è verificato ad inizio di novembre il furto dello strumentario che ha portato ad una forzata riduzione delle prestazioni
elettrocardiogramma	33,32	40,44	30,37 raggiunto	0	0	399	1594	prestazione ad accesso diretto , ma vengono prenotate in agenda le prestazioni ECG+visita: in questo caso sono ricomprese sia le prestazioni eseguite come follow up (prenotate a 6-12 mesi) sia le prestazioni eseguite a scopo diagnostico, per le quali in tutte le sedi ASL vengono rispettati i tempi indicati nella richiesta del MMG
audiometria	31,95	29,50	29,54 raggiunto	39	30	134	535	prestazione mantenuta nello standard a partire dal 2° semestre 2016 (giorno indice dicembre: 30 gg.)
spirometria	87,13	78,30	92,28 distorsione migliorato	36	17	127	509	comprende sia gli esami eseguiti come follow up (prenotati a 6-12 mesi) sia gli esami eseguiti a scopo diagnostico, i quali in alcune sedi ASL sono effettuati in accesso diretto (giorno indice dicembre: 17 gg.)
fondo oculare	70,72	83,75	71,15	64	23	105	420	è in corso una ulteriore azione correttiva volta ad incrementare i posti disponibili in tutte le sedi ASL (giorno indice dicembre: 23 gg.)

In particolare si è provveduto a:

- **perseguimento dell'obiettivo in oggetto condotto attraverso indicazioni e scelte organizzative con riunioni e circolari ai Responsabili delle SC-SS e branche specialistiche coinvolte, nonché riunioni periodiche di Coordinamento DSPO** (verbali agli atti DSPO) con analisi generale sui tempi di attesa oltre ad incontri successivi mirati con i Responsabili delle specialità ambulatoriali che presentavano tempi di attesa critici (verbali agli atti DSPO). Per ciascuna prestazione è stata predisposta e costantemente aggiornata una scheda contenente i grafici dell'andamento 2016 sia sulla base dei tempi di attesa che della loro media, con evidenziate le diverse situazioni tra erogazione Ospedale, Distretto e totale ASL. Inoltre sono state puntualmente registrate in report apposito, tutte le modifiche e integrazioni operate sulle agende di prenotazione;
- **coinvolgimento e trasmissione 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 assoluto impegno sulle azioni correttive necessarie, considerando anche che per talune strutture nel frattempo sono stati implementati gli organici e modificati gli aspetti organizzativi con conseguente necessario recupero di produttività nelle riorganizzazioni richieste;
- **definizione ed implementazione ulteriore reportistica di monitoraggio con indicatori analitici** per mese sia sulle prestazioni erogate che per il giorno indice;
- **relazioni periodiche, cadenzate, circa l'andamento delle prestazioni monitorate** alla Direzione Aziendale ed al Controllo di Gestione;
- **individuazione ed assegnazione dello specifico obiettivo di budget declinato ai Dirigenti Medici DSPO** come segue:

Obiettivi di efficienza: **B01 – Tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali di cui all'obiettivo 2.1. della DGR 30-3307 del 16.05.2016 (peso 50%)**

Per completezza di informazione si allega la documentazione analitica, aggiornata alla rilevazione di dicembre 2016, che comprende:

- tabella di rilevazione sintetica dei tempi d'attesa monitorati, predisposta e condivisa a livello di Area Sovrazonale Piemonte Sud-Est (ASL AL, ASO AL, ASL AT);
- tabella contenente l'indicazione delle prestazioni che rispettano il tempo d'attesa (casella verde). In questa tabella sono state aggiunte rispetto al report iniziale tre colonne contenenti il tempo d'attesa rilevato secondo il giorno indice (media 12 mesi e media luglio e dicembre 2016) e una colonna contenente il numero complessivo di posti aggiunti

nelle agende per ogni singola prestazione oggetto di monitoraggio nel periodo settembre-dicembre 2016;

- tabella contenente, per ogni prestazione monitorata, due grafici dei tempi di attesa mensili (12 mesi 2016) relativi a tempi di attesa per mese e media ASL AL/Ospedali/Distretti;
- tabella contenente per ogni ambulatorio dell'ASL AL che eroga ciascuna delle 42 prestazioni oggetto di monitoraggio, le relative azioni di miglioramento effettuate con la relativa data di decorrenza e i posti aggiunti;
- tabella sintesi incremento posti su agende specialità ambulatoriali monitorate, suddivisi per sedi ospedaliere e distrettuali.

Documentazione allegata:

- *tabella riassuntiva tempi attesa 2016*
- *tabella delle prestazioni che rispettano il tempo d'attesa*
- *tabella grafici dei tempi di attesa mensili*
- *tabella azioni di miglioramento*
- *tabella incremento posti su agende specialità ambulatoriali*
- *nota ASL AL prot 82545 del 7.9.2016*
- *verbale incontro Strutture private*
- *nota ASL AL prot 100537 del 27.10.2016*

3. FONDO DI RIEQUILIBRIO

OBIETTIVO 3

ATTUAZIONE PIANO DI EFFICIENTAMENTO DA FONDO DI RIEQUILIBRIO

L'obiettivo è stato assegnato al fine di rispettare l'equilibrio economico finanziario delle Aziende Sanitarie, nell'ambito dei vincoli aziendali di sostanziale pareggio di bilancio.

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

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

20% per l'esercizio 2016;

5% per l'esercizio 2015.

A riguardo, gli Enti del SSR dovranno aggiornare, previo confronto tecnico con le strutture regionali responsabili del procedimento, il bilancio preventivo economico 2016 sottoposto alla Regione in attuazione alla DGR n.12-2021 del 5 agosto 2015 sub-obiettivo n.3.2 "Rientro fondo riequilibrio" in coerenza con la programmazione sanitaria regionale e nel rispetto dei vincoli aziendali di sostanziale pareggio di bilancio richiamati dalla DGR 35-3152 del 11 aprile 2016.

INDICATORE

Coerenza degli importi di disavanzo/avanzo economico concordato

VALORE DELL'OBIETTIVO

Vedi tabella, colonna G1: € 11.818.914

Risultato conseguito

In assenza di un formale provvedimento di riparto definitivo del FSR 2016, non è ancora possibile determinare il conseguimento **dell'effettivo** pareggio di bilancio ma, considerato che il disavanzo esposto in sede di Conto economico 2016 IV trimestre è da attribuirsi essenzialmente al mancato riconoscimento di finanziamenti in conto capitale, all'iscrizione dei costi extra LEA per i quali non è stato iscritto il corrispondente ricavo e al delta della mobilità endoregionale, si ritiene, sulla base di quanto riconosciuto in sede di riparto definitivo negli esercizi precedenti, che il risultato conseguito nell'esercizio 2016 possa essere considerato in **sostanziale** pareggio, come previsto in premessa dall'obiettivo.

In ordine all'efficientamento della spesa ai fini dell'equilibrio economico finanziario dell'Ente, si è predisposto il confronto tra i dati di Conto economico 2016 IV trimestre, i dati del Bilancio Preventivo 2016 V1 ed i dati di Risultato economico 2014, classificando le voci sulla base del prospetto "Modello CE riclassificato (migliaia di euro)" della procedura Flussi Economici e Contabili (FEC) individuato quale strumento di analisi dei dati ai fini degli incontri regionali.

Le risultanze, dettagliatamente riportate nel prospetto allegato, si possono riassumere come segue:

- Obiettivo efficientamento assegnato (come da tabella obiettivo 3 DGR 30-3307/2016) pari a **11,819 milioni di euro**
- E' stato predisposto ed aggiornato il **Bilancio preventivo 2016 V1** in misura superiore ai limiti dell'obiettivo di efficientamento assegnato, prevedendo, rispetto al Risultato economico 2014:
 - a) Una riduzione dei costi interni di 15,278 milioni di euro;
 - b) Una riduzione dei costi esterni di 2,58 milioni di euro;
 - c) Una riduzione dei costi operativi di **17,858 milioni di euro**
- In sede di rilevazione dei dati di **Conto economico 2016 IV trimestre** si è evidenziato un effettivo andamento della spesa in misura ancora superiore ai limiti dell'obiettivo di efficientamento assegnato, esponendo, rispetto al Risultato economico 2014:
 - a) Una riduzione dei costi interni di 17,243 milioni di euro;
 - b) Una riduzione dei costi esterni di 4,53 milioni di euro;
 - c) Una riduzione dei costi operativi di **21,782 milioni di euro**.

In considerazione di quanto sopra esposto, si ritiene di poter considerare raggiunto l'obiettivo 3, relativo all'efficientamento SSR 2016 assegnato all'Azienda.

In riferimento al Piano Efficientamento 2016, trasmesso in Regione Piemonte con nota prot. 111912 del 31.12.2015, si evidenziano in particolare i risultati ottenuti in termini di recupero di efficienza dall'attuazione delle seguenti azioni programmate:

azione 1: Farmaci ad alto costo Oculistica

azione 5: Revisione logistica magazzini e riorganizzazione spazi archivi

azione 8: Sperimentazione della modalità di distribuzione per conto (DPC) dei presidi di assistenza integrativa per diabetici

azione 10: Utilizzo di farmaci a brevetto scaduto (progetto 2016 ASL AL)

azione 12: Effetti legati all'applicazione del nuovo piano di organizzazione sulla Rete ospedaliera aziendale

oltre agli effetti economici derivanti dalla definizione dei nuovi tetti di budget fissati dalla Regione Piemonte per gli Erogatori privati accreditati:

azione 11: Accordi contrattuali per il triennio 2014-2016 da stipulare ex art. 8 quinquies d.lgs 502/92 con le Strutture private

Documentazione allegata:

- *Piano Efficientamento 2016*
- *Efficientamento tabella confronto 2014-2016*

4. UMANIZZAZIONE

OBIETTIVO 4

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

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

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

INDICATORE

Per le ASR che hanno completato la valutazione nel corso dell'anno 2015,

predisposizione del Piano di miglioramento con individuazione delle azioni correttive sugli item critici (di valore inferiore a 6) sui quali vi sia comune accordo nell'ambito delle equipe miste.

VALORE DELL'OBIETTIVO

per le ASR che hanno predisposto il "Piano di miglioramento" nel corso dell'annualità 2015, produzione documentazione attestante l'implementazione delle azioni correttive a breve e medio termine individuate dal Piano di miglioramento e lo stato dell'arte con riguardo alle azioni migliorative a lungo termine di rilevanza aziendale, verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale; per le ASR che hanno completato la valutazione nel corso dell'anno 2015, produzione della delibera del Direttore Generale di adozione del Piano di miglioramento con evidenza dell'avvenuta discussione e condivisione di parte del Collegio di Direzione.

Nel corso del 2015 si è concluso il processo di valutazione partecipata dei Presidi Ospedalieri e si è proseguito con la definizione e realizzazione di un Piano di Miglioramento rispetto alle criticità rilevate così come previsto e richiesto dal Settore Rischio Clinico della Regione Piemonte.

Nella giornata seminariale del 4 luglio 2016 sono stati presentati i risultati della ricerca sulla base dell'elaborazione dei dati realizzata da Agenas. Il personale del servizio scrivente ha successivamente verificato il punteggio ottenuto in ognuno dei 144 item delle checklist nei PP.OO di Casale Monferrato, Novi Ligure, Tortona, oggetto dell'indagine, tenendo conto di

quelli che nel frattempo erano stati eliminati o modificati e ha predisposto un elenco degli item critici (di valore inferiore a 6).

Nel mese di agosto il Rischio Clinico della Regione ha trasmesso il “Format” definitivo per la predisposizione del Piano di miglioramento.

Il 15 settembre 2016, presso la sede di Novi Ligure, si è tenuto un primo incontro tra i referenti dei presidi per fare un’analisi degli item critici e individuare i responsabili da coinvolgere per definire le possibili azioni di miglioramento.

A tale scopo è stata convocata una riunione per il 28 settembre presso la sede della Direzione Sanitaria dell’Ospedale di Novi Ligure alla quale sono stati invitati i Direttori della SC DSPO ASL AL, della SC Tecnico e Tecnologie Biomediche e i responsabili dell’Area Amministrativa PP.OO. Nel corso dell’incontro si è effettuata una prima analisi degli item che hanno ottenuto un punteggio insufficiente e si è discusso sulle possibili azioni di miglioramento da implementare.

Sono state successivamente predisposte dal Servizio le tabelle sinottiche sulle azioni di miglioramento a rilevanza aziendale e regionale, seguendo le istruzioni regionali classificando le stesse in base ai criteri indicati:

Rilevanza del problema che l’azione di miglioramento vuole affrontare: azioni a rilevanza aziendale bassa / alta (elementi legati al contesto locale sulla base dei quali la criticità è più o meno rilevante ad esempio l’urgenza o meno dell’azione di miglioramento, la probabilità di un effetto negativo in caso di mancato superamento della criticità, dimensione quantitativa della criticità ecc.), azioni a rilevanza regionale bassa / alta (esempio adeguamenti straordinari del sistema informativo regionale);

Costo: azioni a costo 0 (non comportano l’impiego di ulteriori risorse rispetto a quelle già presenti),

azioni a costo basso (rientranti nel budget aziendale), azioni a costo alto (presuppongono investimenti a medio-lungo termine- in carico all’azienda);

Tempo: Breve termine ≤ 6 mesi, Medio termine > 6 mesi ≤ 12 mesi, Lungo termine > 12 mesi.

Al termine di questa prima elaborazione, così come previsto dal crono programma regionale, si è proceduto con la presentazione e condivisione della proposta del Piano di Miglioramento con i rappresentanti di Cittadinanzattiva con i quali è stata esaminata ogni singola criticità e la relativa azione di miglioramento. Tenendo conto delle osservazioni e valutazioni emerse durante la discussione, il Piano è stata integrato e trasmesso alla Direzione Generale per opportuna valutazione.

La Direzione ha provveduto alla presentazione dello stesso al Collegio di Direzione e d’intesa ha successivamente approvato il documento con **atto deliberativo n. 948 del 23.12.2016 “Approvazione Piano di Miglioramento Aziendale - Progetto Empowerment - DGR n.12-2021 del 5 agosto 2015 e DGR n.30-3307 del 16 maggio 2016 - Obiettivo n. 4 Valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle strutture di ricovero delle ASR”**. Il provvedimento è stato trasmesso dalla Direzione

Generale, con nota prot. n.120759 del 28.12.2016, all'Assessorato Tutela della Salute e Sanità – Settore Rischio Clinico.

Documentazione allegata:

- *Deliberazione ASL AL 948 del 23.12.2016*
- *Nota ASL AL prot 120759 del 28.12.2016*

5. RETE LABORATORI ANALISI

OBIETTIVO 5.1

RETE LABORATORI ANALISI (HUB & SPOKE)

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

L'obiettivo si applica:

- ai Direttori Generali delle ASR sede di spoke in misura pari alla percentuale di esami specialistici inviati al laboratorio di riferimento;
- ai Direttori Generali sede di laboratorio di riferimento (HUB) in misura pari alla media delle percentuali di analisi specialistiche inviate da ciascuna ASL definita dalla DGR n. 50-2484 del 23.11.2015, tolta la percentuale dell'ASL che invia percentualmente meno analisi specialistiche.

INDICATORE

Esami specialistici concentrati nei laboratori di riferimento (HUB)

Esami specialistici da concentrare nei laboratori di riferimento

VALORE DELL'OBIETTIVO

100 % esami specialistici concentrati nel HUB di riferimento

Lo spostamento delle linee specialistiche in ASO AL è avvenuto nel rispetto dei tempi pianificati nel cronoprogramma condiviso, di cui si allega copia.

L'atteso 2016 è rappresentato dal seguente indicatore:

INDICATORE	<u>esami specialistici concentrati nei laboratori di riferimento H (N°127)</u> <u>esami specialistici da concentrare nei laboratori di riferimento (N°130)</u>
VALORE DELL'OBIETTIVO	97,63% degli esami specialistici sono stati concentrati nel HUB di riferimento (ASO AL)*
FONTE DATI	Tracciato C **

*Gli esami specialistici da concentrare nel Laboratorio Analisi di riferimento (ASO AL) risultano essere n.130; ne sono stati concentrati n.127, in quanto relativamente agli esami microscopici-colturali dei Micobatteri (codici: 91.02.4 - 91.02.2 - 91.02.3) - come da allegato B DD n°506 del 27 Giugno 2013 "Attuazione DGR n°11-5524 del 14.03.2013", a

seguito di comunicazione della Direzione Generale ASO AL del 25.11.u.s., di cui si allega copia, è stato richiesto di attenersi per il momento alla sola alla Biologia Molecolare dei Micobatteri.

**Nel report del Tracciato C datato 12.12.2016, emerge che alcuni codici di esami specialistici (90.07.7 Omocisteina, 90.29.1 Insulina, 90.32.2 Litio, 90.68.1 IgE Specifiche Allergologiche, 90.11.5 Calcitonina, 90.12.3 Carbamazepina, 90.17.2 Deidroepiandrosterone solfato, 90.18.A Etilglucuronato, 90.47.5 Anticorpi anti cardiolipina, 90.48.1 Anticorpi anti cellule parietali gastriche, 90.48.3 Anticorpi anti DNA nativo, 90.49.A Anticorpi antitransglutaminasi, 90.52.4 Anticorpi anti nucleo, 90.52.5 Anticorpi anti organo, 90.53.5 Anticorpi anti recettore del TSH, 90.81.5 Tipizzazione Sottopopolazioni di cellule di sangue, 90.95.2 Legionelle anticorpi EIA, 90.95.3 Legionelle anticorpi titolazione) sono ancora scaricati sul file C dell'ASL AL nonostante tutta l'attività specialistica ad eccezione dei codici 91.02.2, 91.02.3, 91.02.4 come sopra indicato sia stata spostata entro le date concordate (termine ultimo 30.11.2016). Il problema è stato sottoposto all'attenzione della Struttura ICT per la verifica ed l'eventuale reinvio del file corretto.

Documentazione allegata:

- *Cronoprogramma condiviso*
- *Nota ASO AL prot 21984 del 25.11.2016*

5. RETE LABORATORI ANALISI

OBBIETTIVO 5.2

RETE LABORATORI ANALISI – GARE CENTRALIZZATE

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

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

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

INDICATORE

Delibera di indizione gara da parte del Direttore Generale dell'ASR Gare da indire di area diagnostica di grande automazione (forniture in scadenza o in proroga)

VALORE DELL'OBBIETTIVO

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

L'atteso del 2016 è rappresentato dal seguente indicatore:

INDICATORE	Delibera di indizione gara da parte del Direttore Generale dell'ASR Gare da indire di area diagnostica di grande automazione (forniture in scadenza o in proroga)
VALORE DELL'OBBIETTIVO	Pubblicazione delibera di indizione gara da parte del Direttore Generale dell'ASR entro il 30.09.2016
FONTE DATI	Atto deliberativo

Relativamente alla gara di alta automazione, l'ASO AL in quanto capofila, ha provveduto alla pubblicazione della deliberazione di indizione gara (deliberazione ASO Alessandria n.1074 del 26.09.2016), di cui si allega copia.

Documentazione allegata:

- *deliberazione ASO AL n.1074 del 26 .09.2016*

6. PAT

OBIETTIVO 6

PAT

Obiettivi individuati:

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

INDICATORE

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

VALORE DELL'OBIETTIVO

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

1. Progetto rete regionale cure primarie secondo cronoprogramma definito dal coordinamento regionale dei Direttori Sanitari

A seguito della costituzione del Gruppo di lavoro regionale delle Direzioni Sanitarie, necessario a consentire il confronto tra realtà territoriali eterogenee, l'ASL AL ha documentato e inviato al gruppo di lavoro i progetti, ritenuti esempi di buone pratiche professionali, con tematiche riguardanti l'ambito delle cure primarie.

Con Deliberazione della Giunta Regionale 29 novembre 2016, n.3-4287 ad oggetto "D.G.R. n.26-1653 del 29.6.2015. Interventi regionali e linee d'indirizzo per lo sviluppo del nuovo modello organizzativo dell'Assistenza Primaria, attraverso la sperimentazione delle Case

della Salute” la Regione Piemonte, nel prendere atto della programmazione per livelli di assistenza definita nei Programmi delle Attività Territoriali (PAT), ha disposto

- di approvare le *“Linee d’indirizzo per l’avvio e sviluppo del modello sperimentale di Assistenza Primaria: le Case della Salute”*;
- di stabilire che le esperienze organizzative complesse dell’Assistenza Primaria oggi esistenti sul territorio e quelle in fase di avvio nell’ambito della progettazione aziendale/distrettuale, vengono ricondotte alla comune definizione di Case della Salute (CS);
- di approvare lo schema-tipo per la formulazione dei progetti aziendali, articolati su base Distrettuale, precisando che ciascuna A.S.L. dovrà trasmettere il rispettivo progetto al Settore Regionale Assistenza Sanitaria e Socio-Sanitaria Territoriale della Direzione Sanità entro trenta giorni dalla data di pubblicazione della deliberazione;
- di stabilire che a sostegno del presente percorso sperimentale la Regione Piemonte interviene con un contributo pari complessivamente a € 8.000.000,00 (otto milioni di euro) annui, che con successivi provvedimenti regionali sarà assegnato a ciascuna A.S.L. in sede di riparto delle risorse da Fondo Sanitario 2017.

In particolare, con la citata D.G.R., che prevede l’avvio del nuovo modello organizzativo dell’Assistenza Primaria tramite la sperimentazione delle Case della Salute, la Regione Piemonte ha inteso promuovere:

- lo sviluppo di una medicina di territorio sempre più accessibile, fruibile nell’arco dell’intera giornata e visibile, fondata sull’interazione multiprofessionale e pluridisciplinare fra medici ed operatori del SSR e/o convenzionati, al fine di rispondere, in forma coordinata e continuativa ai bisogni di assistenza primaria della popolazione;
- l’articolazione, capillarmente diffusa sul territorio, di una medicina d’iniziativa che, operando secondo percorsi di cura (PDTA) predefiniti e condivisi fra i professionisti coinvolti, consenta di dare riscontro in forma appropriata ai prevalenti bisogni connessi alle patologie croniche a maggior impatto sociale, spostandone la gestione al di fuori dei percorsi ospedalieri, valorizzando anche nella percezione dei cittadini/pazienti i percorsi territoriali e riservando invece all’ospedale la gestione degli interventi e delle prestazioni di elevata complessità.

Il percorso prevede l’avvio e lo sviluppo della sperimentazione regionale, tramite la predisposizione di appositi progetti da parte delle AA.SS.LL./Distretti.

L’ASL AL ha organizzato uno specifico gruppo di lavoro, composto dal Coordinatore e dai Referenti dei Distretti, oltre che dagli esponenti dei diversi servizi interessati, che ha predisposto i progetti riguardanti le Case della salute secondo le linee guida fissate con la citata D.G.R. 29 novembre 2016, n.3-4287.

La presentazione di tali progetti, la cui scadenza di invio è stata posticipata dalla Regione Piemonte al 31.01.2017, è avvenuta in data 24.1.2017 con nota di trasmissione prot. n.7431 (allegata); tali progetti sono attualmente al vaglio dei competenti settori regionali.

In particolare sono stati presentati n.5 progetti strutturali

- *Progetto Casa della Salute Valenza*
- *Progetto Casa della Salute Moncalvo*
- *Progetto Casa della Salute Castelnuovo Scrivia*
- *Progetto Casa della Salute Castellazzo Bormida*
- *Progetto Casa della Salute Arquata Scrivia*

ed il progetto funzionale multiprofessionale P.I.C.A.S.S.O. (Distretto Acqui T. - Ovada), già elaborato per la precedente analisi regionale delle esperienze di Cure Primarie.

2. Assistenza programmata a domicilio (ADI)

Dall'analisi dei dati dei primi 9 mesi 2016 si registra un dato pari al 3,53% (anziani ≥ 65 anni trattati in ADI programmata professionale/ popolazione ≥ 65 anni) ben al di sopra della media regionale (2,34%) che si attesta come il terzo miglior indice tra le diverse AA.SS.LL. piemontesi.

La proiezione di tale dato sull'intero anno 2016 (in attesa del risultato non ancora disponibile fornito dall'Assessorato regionale) dovrebbe portare al raggiungimento dello standard atteso (4%).

ASL	POP.	III TRIM 2014		III TRIM 2015		III TRIM 2016	
		MULTI 2014	% MULTI 2014	MULTI 2015	% MULTI 2015	MULTI 2016	% MULTI 2016
AL	119.671	4.396	3,67%	4.310	3,60%	4.226	3,53%

Fonte dati: Assessorato regione Piemonte

L'ASL AL ha sviluppato nel corso degli anni l'attività di cure domiciliari articolandola, in modo omogeneo, nelle varie sedi territoriali, promuovendo aspetti professionali (soprattutto infermieristici), organizzativi (coordinatori delle cure domiciliari in tutte le sedi), e implementando le prestazioni (mediche, fisioterapiche, infermieristiche, OSS, ecc).

Nell'ambito delle attività offerte dal territorio, il servizio di Cure Domiciliari è da sempre strategico, pertanto la Direzione Aziendale ha dato priorità nell'assegnazione di risorse umane (soprattutto infermieri) e automobili di servizio.

Il coinvolgimento dei coordinatori delle cure domiciliari nei Nuclei di Continuità delle cure (vedi obiettivo 6 - punto 1), servizio che si occupa delle dimissioni dei pazienti fragili dall'ospedale, ha permesso di indirizzare le dimissioni anche verso le cure domiciliari e non solo verso strutture residenziali come i CAVS.

Nel corso del 2016, in parallelo al servizio di cure domiciliari, è stata promossa e sviluppata la rete vulnologica.

L'azione più rilevante dell'ultimo anno è stata l'avvio dell'informatizzazione della cartella di cure domiciliari, promuovendo percorsi formativi rivolti ai MMG e agli operatori afferenti alle centrali delle cure domiciliari.

L'informatizzazione, pur non permettendo il passaggio in automatico dei dati inseriti sul programma Web anziani (il software che quantifica le prestazioni e il carico assistenziale di ciascun caso di cure domiciliari), rende tracciabile la richiesta, snellisce la presentazione della domanda, rende sicuro il pagamento delle prestazioni aggiuntive dei MMG e riduce eventuali contenziosi.

L'analisi delle casi in carico ha "spinto" l'ASL AL a favorire la ricerca di pazienti che necessitino di un trattamento multiprofessionale, aumentando i casi di ADI ad alta intensità rispetto ai trattamenti monoprofessionali.

3. Copertura vaccinale nei bambini – ciclo base
4. Copertura vaccinale nei bambini – MPR
5. Azioni specifiche da Piano Regionale della Prevenzione, che saranno individuate con successivo provvedimento della Direzione Sanità.

Risultati al 31/12/2016

nati 2014: 2.915
 vaccinati per esavalente (tre dosi): 2.794
 copertura: **95,8%**
 vaccinati per MPR: 2.673
 copertura: **91,7%**

Indicatore di tutela	Valore indicatore		
	Atteso	al 30.3.2016	al 31.12.2016
Copertura vaccinale nei bambini (ciclo base)	>=95%	94,2%	95,8%
Copertura vaccinale nei bambini (MPR)	>=95%	87,2%	91,7%

I risultati per l'anno 2016 segnano un netto miglioramento per entrambi le classi, con il raggiungimento e superamento dello standard per la Copertura vaccinale – Ciclo base.

Azioni specifiche da Piano Regionale della Prevenzione (nota RP prot.19176 del 20.9.2016)

	Attività/Azione richiesta	Responsabile	Frequenza	Attività svolta o in corso
1	<p>Invio elenco nominativo dei soggetti non vaccinati con esavalente (anche solo parzialmente) e con MPR ai relativi PLS e MMG (qualora questi ultimi abbiano assistiti in età pediatrica) entro i 24 mesi di età</p> <p>N.B. Nell'ASLAL i MMG non hanno iscritti bambini entro i 24 mesi di età</p>	RAV	31 dicembre	<p>In data 31.8.2016 come da accordi con le rappresentanze di categoria, a ciascun pediatra è stato inviato l'elenco dei bambini assistiti nati nel 2014 e residenti nell'ASL AL che non hanno completato le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate previste nei primi 15 mesi di vita (vaccini esavalente e morbillo-rosolia e parotite)</p> <p>Entro il mese di febbraio 2017 il RAV provvederà all'invio degli elenchi. L'invio si è protratto a causa del sovraccarico di attività degli ambulatori vaccinali per evadere le richieste di vaccinazioni contro il meningococco in seguito a nota emergenza mediatica</p>
2	Invio a ciascun PLS della rispettiva CV e/o della CV della ASL a 24 mesi per esavalente e MPR	RAV	31 dicembre	<p>Il programma informatico aziendale non permette di ricavare la cv di ciascun PLS</p> <p>E' in corso di invio la cv dell'ASL a 24 mesi per esavalente e MPR a ciascun pediatra e al SEREMI da parte del RAV.</p> <p>L'invio si è protratto a causa del sovraccarico di attività degli ambulatori vaccinali per evadere le richieste di vaccinazioni contro il meningococco in seguito a nota emergenza mediatica</p>
3	Invio dei dati di CV e di rifiuto dettagliati per singolo PLS/MMG al coordinatore / referente dell'equipe	RAV	31 dicembre	Vedi sopra
4	Invio lettera sui rischi conseguenti alla mancata vaccinazione a firma congiunta del RAV e del PLS ai genitori dei bambini inadempienti per tutte le vaccinazioni	RAV e PLS	Al momento dell'acquisizione del rifiuto da parte dei genitori	<p>Predisposta la lettera a firma congiunta del RAV e del PLS (36) di ciascun bambino secondo le indicazioni regionali, da inviare da parte dei centri vaccinali al momento dell'acquisizione del rifiuto</p> <p>Per i nuovi nati che non si sono presentati ad invito si è provveduto a contattare direttamente i genitori, qualora disponibile n. telefonico. Maggiori criticità si sono evidenziate nel centro vaccinale di Novi L., come emerso nell'incontro con i referenti vaccinali distrettuali</p>
5	Riunioni di equipe con i PLS (novità in ambito vaccinale, discussione	RAV		A luglio 2016 il RAV ha avuto un incontro con i PLS di Ovada - Novi L. - Acqui. Il 22 agosto il RAV ha avuto un incontro all'ospedale infantile

	CV, sorveglianza malattie infettive)			dell'ASO con pediatri ospedalieri e PLS delle altre equipe, per cui al momento non ritiene di effettuare altri incontri in quanto risulterebbe un intervento ripetitivo con scarsa partecipazione
6	Laddove possibile telefonate periodiche ai PLS per sollecitare la segnalazione di malattie infettive e eventi avversi al vaccino	RAV	1 volta /mese	Le scheda di notifica M.I. e segnalazione eventi avversi sono state inviate mensilmente tramite mail a tutti i PLS, come da accordo con il coordinatore delle equipes
7	Organizzazione corsi di formazione dedicati ai vari aspetti delle vaccinazioni rivolti a operatori dei servizi vaccinali, PLS, MMG, Pediatri ospedalieri, ostetriche	RAV	Almeno 1 all'anno	Un corso di aggiornamento ECM si è tenuto il 3 novembre in collaborazione tra SISP e RAV, a cui ha partecipato tutto il personale vaccinatore del SISP e dei servizi vaccinali (medici, IP, AS, ostetriche) E' stato programmato un corso di aggiornamento da svolgersi nel 1° semestre 2017
8	Partecipazione del RAV a corsi pre/post parto	RAV		In ogni Distretto nei corsi parto viene dato spazio ad un intervento del medico vaccinatore. Per il 6 febbraio è stato programmato un incontro tra SISP, RAV, coordinatore dei Consultori per valutare criticità e rendere omogenei gli interventi con il coinvolgimento delle ostetriche. Si sono presi accordi con il Direttore dell'Ostetricia dell'ASO di Alessandria per un intervento sulle vaccinazioni nei corsi parto tenuti dall'Azienda.
9	Inserimento di obiettivi di CV negli accordi integrativi locali dei PLS	ASL		Obiettivi inseriti negli accordi integrativi dei PLS con Deliberazione del Direttore Generale n.690/2015
10	Collaborazione con i PLS e le neonatologie per promuovere la vaccinazione dei bambini pretermine o con altri fattori di rischio	RAV / PLS / neonatologie	Redazione e implementazione di un accordo di collaborazione	In corso consultazioni con neonatologie dei Presidi ospedalieri aziendali e dell'ASO AL. E' stato rinviato il documento regionale prot.n.22389/A1401A del 26 novembre 2015 "Cicli vaccinali nei nati pretermine" e si è in attesa del prossimo protocollo

La messa in atto delle azioni indicate dalla Regione influiranno solo parzialmente sull'incremento della CV dell'anno. Solo negli anni successivi potranno essere raccolti i risultati. Per tale motivo si è cercato di intervenire sui dati anagrafici per eliminare chi è inserito ma non è residente ed di agire sui soggetti che risultano in anagrafe ma sono non rintracciabili.

Documentazione allegata:

- *Progetto Casa della Salute Valenza*
- *Progetto Casa della Salute Moncalvo*
- *Progetto Casa della Salute Castelnuovo Scrivia*
- *Progetto Casa della Salute Castellazzo Bormida*
- *Progetto Casa della Salute Arquata Scrivia*
- *Progetto P.I.C.A.S.S.O. Distretto Acqui T. – Ovada*
- *Allegati tecnici Progetti Case della Salute*
- *Nota ASL AL prot 7431 del 24.1.2017*

7. ESITI

OBIETTIVO 7.1

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

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

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

INDICATORE

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

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

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

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

VALOREDELL'OBIETTIVO

Tasso aggiustato \geq 70%

	TUTELA			
	ATTESO REGIONE	A2015	1SEM2016	9MESI2016
TEMPESTIVITA' INTERVENTI A SEGUITO DI FRATTURA FEMORE SU PAZIENTI > 65	70%	42,0%	44,1%	45,1%

Fonte dati Assessorato Regione Piemonte – Tavolo monitoraggio periodico

Risultato al di sotto dello standard regionale, ma in miglioramento rispetto all'anno precedente (+3,1 punti percentuali).

In attesa del dato di consuntivo 2016 elaborato e fornito dal competente Settore dell'Assessorato regionale si evidenzia quanto segue:

pur permanendo il risultato 2016 al di sotto dello standard previsto, si registra un progressivo miglioramento degli indicatori sia in termini di tutela (valore complessivo calcolato su tutti i Presidi Ospedalieri per assistiti residenti presso l'ASL AL) che di produzione.

L'obiettivo in esame è stato oggetto di analisi e condivisione con i responsabili delle strutture di Ortopedia dei Presidi Ospedalieri dell'ASL AL, con attribuzione di specifico obiettivo di risultato assegnato nell'ambito delle schede di budget e periodicamente monitorato; si segnala, peraltro, che nel corso del 2016 le risorse mediche delle strutture aziendali di Ortopedia risultavano al di sotto della dotazione organica prevista, oltre alla mancata copertura del ruolo di Direttore per n.1 struttura complessa.

7. ESITI

OBIETTIVO 7.2

PROPORZIONE DI PARTI CON TAGLIO CESAREO PRIMARIO

L'indicatore in oggetto è presente nella Griglia LEA, oggetto di valutazione da parte del Ministero della Salute.

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

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

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

INDICATORE

$$\frac{N^{\circ} \text{ parti con cesareo primario}}{N^{\circ} \text{ parti con nessun pregresso cesareo}} \times 100$$

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

VALORE DELL'OBIETTIVO

Tasso aggiustato \leq 20%

	TUTELA			
	ATTESO REGIONE	A2015	1SEM2016	9MESI2016 (*)
PROPORZIONE DI PARTI CON TAGLIO CESAREO PRIMARIO	20%	29,2%	27,2%	19,9%

Fonte dati Assessorato Regione Piemonte – Tavolo monitoraggio periodico

(*) Intervenuta modifica nelle modalità di calcolo dell'indicatore – protocollo 37 del PNE2015

Risultato entro lo standard regionale ed in deciso miglioramento rispetto all'anno precedente.

In attesa del dato di consuntivo 2016 elaborato e fornito dal competente Settore dell'Assessorato regionale si evidenzia quanto segue:

si registra un sensibile miglioramento degli indicatori sia in termini di tutela (valore complessivo calcolato su tutti i Presidi Ospedalieri per assistite residenti presso l'ASL AL) che di produzione; a questo proposito si evidenzia il risultato del Punto nascita del Presidio Ospedaliero di Novi L. che registra nei primi nove mesi del 2016 un risultato pari al 14%.

L'obiettivo in esame è stato oggetto di analisi e condivisione con i responsabili dei Punti nascita Presidi Ospedalieri dell'ASL AL, con attribuzione di specifico obiettivo di risultato assegnato nell'ambito delle schede di budget e periodicamente monitorato.

7. ESITI

OBIETTIVO 7.3

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

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

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

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

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

INDICATORE

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

Numero di episodi di STEMI

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

VALORE DELL'OBIETTIVO

Tasso grezzo > 85%

	TUTELA			
	ATTESO REGIONE	A2015	1SEM2016	9MESI2016
TEMPESTIVITA' NELL'EFFETTUAZIONE DI PTCA NEI CASI DI IMA STEMI	85%	52,0%	58,6%	60,2%

Fonte dati Assessorato Regione Piemonte – Tavolo monitoraggio periodico

Obiettivo di “tutela” stante l'assenza di servizi di emodinamica nell'ambito della Rete ospedaliera ASL AL.

Risultato al di sotto dello standard regionale, ma in miglioramento rispetto all'anno precedente (+8,2 punti percentuali).

In attesa del dato di consuntivo 2016 elaborato e fornito dal competente Settore dell'Assessorato regionale si evidenzia quanto segue:

pur permanendo il risultato 2016 al di sotto dello standard previsto, si registra un progressivo miglioramento degli indicatori in termini di tutela (valore complessivo calcolato su tutti i Presidi Ospedalieri per assistiti residenti presso l'ASL AL).

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.

8. ASSISTENZA FARMACEUTICA

OBIETTIVO 8

ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE ED OSPEDALIERA: APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA E RIDUZIONE DELLA VARIABILITA'

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

Gli scostamenti presi in esame riguardano le seguenti categorie:

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

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

RISULTATI ANNO 2016

1. ATC=A02BC (Inibitori della pompa acida)

Partenza € 7.055.590,38 (VALORE DI SPESA)

Obiettivo atteso € 6.053.583

Rilevato 2016 € 5.270.550

Δ -12,94% proporzionale al raggiungimento con funzione lineare

Fonte dati : SOGEI gennaio-dicembre 2016.

2. ATC J01 (Antibatterici per uso sistemico)

Partenza € 1.086,10 (SPESA PER 100 ASSISTIBILI)

Obiettivo atteso € 909,34

Rilevato 2016 €900,28

Δ -1,00 % proporzionale al raggiungimento con funzione lineare

Fonte dati : SOGEI gennaio-dicembre 2016

3. ATC=C09C e ATC=C09D (Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina II)

Partenza € 12,37 (COSTO MEDIO PER CONFEZIONE)

Obiettivo atteso € 11,40

Rilevato 2016 € 12,07 (obiettivo raggiunto da quattro ASL)

Δ +5,88 % proporzionale al raggiungimento con funzione lineare

Fonte dati : SOGEI gennaio-dicembre 2016.

4. ATC=C10AA (Inibitori della HMG CoA reduttasi)

Partenza 12,27(COSTO MEDIO PER CONFEZIONE)

Obiettivo atteso € 10,86

Rilevato 2016 € 11,53(obiettivo raggiunto da tre ASL)

Δ + 6,17% proporzionale al raggiungimento con funzione lineare

SOGEI gennaio-dicembre 2016

5. ATC=N06A (Antidepressivi)

Partenza 887,02 (COSTO PER 100 ASSISTITI)

Obiettivo atteso € 795,99

Rilevato 2016 € 690,97

Δ -13,19% proporzionale al raggiungimento con funzione lineare

Fonte dati : SOGEI gennaio-dicembre2016

6. ATC=R03 (Farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie)

Partenza 9,08 (R03A) (SPESA PER ASSISTIBILE)

Obiettivo atteso € 8,23

Rilevato 2016 € 8.89 (obiettivo raggiunto da quattro ASL)

Δ +8.02% proporzionale al raggiungimento con funzione lineare

Fonte dati : SOGEI gennaio-dicembre 2016

Indipendentemente dagli indicatori dei singoli sotto-obiettivi la variazione di spesa gennaio-ottobre 2016 (fonte IMS) rispetto all'anno precedente per le singole classi oggetto di monitoraggio è quella sotto indicata:

	GENNAIO-OTTOBRE 2015	GENNAIO-OTTOBRE 2016	DELTA
INIBITORI DI POMPA ACIDA			
PIEMONTE	53.986.499,66	44.920.810,54	-16,8%
AL	5.539.824,65	4.475.551,36	-19,2%
ANTIBIOTICI			
PIEMONTE	33.866.879,07	30.020.445,37	-11,4%
AL	4.032.662,93	3.586.397,64	-11,1%
SARTANI			
PIEMONTE	43.513.985,19	41.816.726,97	-3,9%
AL	4.686.708,10	4.547.511,18	-3,0%
STATINE			
PIEMONTE	38.147.419,68	36.358.651,91	-4,7%
AL	3.944.202,53	3.768.365,74	-4,5%
ANTIDEPRESSIVI			
PIEMONTE	30.082.763,21	24.989.904,94	-16,9%
AL	3.375.873,87	2.797.036,70	-17,1%
RESPIRATORIO			
PIEMONTE	59.039.093,37	56.866.108,10	-3,7%
AL	6.391.196,13	6.197.050,81	-3,0%

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

Un consumo dei farmaci aggiudicati con gara 66/2015, rispetto al consumo totale della molecola, uguale o superiore alla media regionale per l'anno 2016.

Si intende conseguito l'obiettivo anche nel caso di uno scostamento negativo rispetto alla media entro e non oltre il 10%.

Dato di partenza: 16,74% ASL AL 18,62% Regione Piemonte

PERIODO 18/04-31/12/2016			
ASL	%ABASAGLAR	%LANTUS	
010210	CN1	69,38%	30,62%
010202	TO2	59,32%	40,68%
010211	CN2	58,71%	41,29%
010208	NO	56,29%	43,71%
010207	BI	56,24%	43,76%
010212	AT	54,38%	45,62%
010205	TO5	48,12%	51,88%
010206	VC	43,81%	56,19%
010213	AL	39,68%	60,32%
010203	TO3	39,49%	60,51%
010201	TO1	35,15%	64,85%
010204	TO4	34,35%	65,65%
010209	VCO	31,84%	68,16%
Totale Regione	47,28%	52,72%	
Le % sono state calcolate sulle UI, tenendo conto di tutti i confezionamenti (cartucce e flacone)			

Rilevato 2016 : **ASLAL: 39,68 % - Regione 47,28%**

(SI/NO). 7.6 <10% in meno rispetto a Regione.

Fonte dati DPC in unità internazionali dicembre

8. ATC=L03AA (Fattori di stimolazione delle colonie) gruppo L03AA02 sul totale del gruppo L03AA a livello regionale e in ogni ASR deve essere superiore al 95% in confezioni.

	Totale FILGRASTIM	Totale L03AA	% FILGRASTIM
TO1	5.007	5.233	95,68%
CN2	760	796	95,48%
CN1	2.926	3.073	95,22%
TO5	2.363	2.483	95,17%
VC	1.145	1.204	95,10%
TO4	3.225	3.398	94,91%
TO2	3.316	3.497	94,82%
NO	4.847	5.151	94,10%
BI	533	572	93,18%
AT	673	730	92,19%
VCO	433	472	91,74%
AL	2.971	3.240	91,70%
TO3	4.121	4.762	86,54%
REGIONE	32.320	34.611	93,38%

L03AA02/ L03AA Rilevato 2016 ASL AL **91.70%** REGIONE PIEMONTE **93,38%**

Fonte dati DPC dicembre: (SI/NO) OBIETTIVO NON RAGGIUNTO DA ASL AL E NON RAGGIUNTO DA RP

L'ASL AL governa solo parte della domanda di Centri Prescrittori esterni anche extra regionali che non hanno il carico distributivo.

In particolare analizzando i Piani Terapeutici è emerso che nell'64.5% di quelli in cui non è stato prescritto il biosimilare sono relativi a pazienti non seguiti da specialisti ASL AL. In particolare i piani sono stati redatti per 25 pazienti dall'ASO di Alessandria e per altri 4 pazienti dalle seguenti strutture: P.O. Orbassano - Istituto Europeo di oncologia - Ospedale di Circolo (Melegnano) - ASST Pavia P.O. Broni-Stradella.

I CONSUMI DI PRODUZIONE E DI DIRETTA ANNO 2016 SONO SENSIBILMENTE MIGLIORI 93%% IN QUANTITA'.

	ASLAL - TOTALE ASL AL		di cui DISTRIBUZIONE DIRETTA	
	Quantita	Importo	Quantita	Importo
L03AA02 - FILGRASTIM	2.403,00	13.364,50	2.123,00	11.779,25
L03AA - FATTORI DI STIMOLAZIONE	2.585,00	42.347,51	2.272,00	30.976,58
%	93%	32%	93%	38%

9. ATC=B03XA01 (Altri preparati antianemici – Eritropoietina)

B03XA01 sul totale del gruppo B03XA a livello regionale e in ogni ASR deve essere superiore al 90% l'incidenza dei consumi in DDD erogate. (SI/NO)

Rilevato 2016 **ASL AL 51.93 %** REGIONE PIEMONTE 75.34%

Fonte dati DPC dicembre . (SI/NO)

OBIETTIVO NON RAGGIUNTO DA ASL AL E DA RP

Prodotto	% DDD		
	EPOETINA	DARBEPOETINA	METOSIPEG-EPO
AT	87,79%	12,11%	0,10%
VCO	87,06%	7,83%	5,12%
BI	84,13%	15,87%	0,00%
NO	84,11%	14,26%	1,63%
TO5	83,00%	16,78%	0,22%
TO2	81,64%	16,92%	1,45%
VC	79,82%	20,18%	0,00%
TO4	77,81%	22,07%	0,12%
TO1	75,66%	22,11%	2,22%
CN1	72,30%	27,70%	0,00%
CN2	72,28%	26,80%	0,93%
TO3	71,16%	28,69%	0,15%
AL	51,93%	37,99%	10,08%
REGIONE	75,34%	22,72%	1,94%

L'ASL AL governa solo parte della domanda di Centri Prescrittori esterni anche extra regionali che non hanno il carico distributivo.

In particolare analizzando i Piani Terapeutici è emerso che nell'82.6% di quelli in cui non è stata prescritta eritropoietina sono relativi a pazienti non seguiti da specialisti ASL AL.

Alle Direzioni Sanitarie dell'ASO di Alessandria, Policlinico San Matteo di Pavia, Ospedale Civile di Voghera, Clinica Città di Alessandria, è stata inviata una nota specificando il nominativo del paziente e quello dello specialista prescrittore per invitare le Direzioni a sensibilizzare i propri specialisti alla prescrizione del biosimilare.

I CONSUMI DI PRODUZIONE E DI DIRETTA ANNO 2016 SONO SENSIBILMENTE MIGLIORI 93% E 86% IN QUANTITA'

	ASLAL - TOTALE ASL AL		di cui DISTRIBUZIONE DIRETTA	
	Quantita	Importo	Quantita	Importo
B03XA01 - ERITROPOIETINA	25.824,00	265.253,62	6.436,00	167.203,18
B03XA - ALTRI PREPARATI ANTIANEMICI	27.764,00	356.139,56	7.441,00	211.963,72
%	93%	74%	86%	79%

10. ATC=L04AB02 (Inibitori del fattore di necrosi tumorale Alfa – TNF Alfa

Nell'anno 2016 l'incidenza delle giornate di terapia erogate del gruppo L04AB02 sul totale del gruppo L04AB a livello regionale e in ogni ASR deve essere superiore al 65 %. (SI/NO)
Biosimilare vs originator - ma non terapia ev vs sc REMSIMA VS REMICADE

Fonte dati NFS:
ordini - acquistato 100%
(SI/NO).

11. ATC=H01AC (Somatropina e agonisti della Somatropina)

Un consumo dei farmaci aggiudicati con gara 66/2015, rispetto al consumo totale della molecola, uguale o superiore alla media regionale per l'anno 2016. Si intende conseguito l'obiettivo anche nel caso di uno scostamento negativo rispetto alla media entro e non oltre il 10%. (SI/NO)

	Quantita	Importo
All - All	5.302,00	419.253,02
026844098 - GENOTROPIN KABIP.*1TBF5,3MG	44,00	6.089,70
026844163 - GENOTROPIN PEN*12MG 1TBF - D.D.	20,00	6.267,35
026844187 - GENOTROPIN MINIQ.*7TBF 0,2MG - D.D.	196,00	986,54
026844199 - GENOTROPIN MINIQ.*7TBF 0,4MG -D.D.	350,00	3.825,80
026844201 - GENOTROPIN MINIQ.*7TBF 0,6MG -D.D.	322,00	4.652,70
026844213 - GENOTROPIN MINIQ.*7TBF 0,8MG -D.D.	721,00	14.744,84
026844225 - GENOTROPIN MINIQ.*7TBF 1,0MG (P)	203,00	5.402,59
026844237 - GENOTROPIN MINIQ.*4TBF 1,2MG - D.D.	684,00	20.546,13
026844249 - GENOTROPIN MINIQ.*4TBF 1,4MG -D.D.	424,00	15.661,73
026844252 - GENOTROPIN MINIQ.*4TBF 1,6MG -D.D.	424,00	18.219,96
026844264 - GENOTROPIN MINIQ.*4TBF 1,8MG -D.D.	304,00	14.946,82
026844276 - GENOTROPIN MINIQ.*4TBF 2,0MG -D.D.	28,00	1.550,62
026844340 - GENOTROPIN GOQUICK*1PEN5,3MG	33,00	4.567,31
026863100 - SAIZEN 8 CLICK*1FL 8MG+1CART -D.D.	122,00	26.440,18
026863148 - SAIZEN*5,83MG/ML 1CAR.6MG	10,00	1.566,96
026863163 - SAIZEN 12MG/1,50ML SOL INIETT CART	165,00	51.711,11
026962047 - HUMATROPE*1 CART.. 6MG+ 1SIR -D.D.	85,00	10.844,14
026962050 - HUMATROPE*1 CART. 12MG+ 1SIR -D.D.	90,00	22.019,60
026962062 - HUMATROPE 1CART 24MG+SIR D.D.7GE	2,00	978,66
027686068 - NORDITROPIN SIMP.1CART.5MG(PT) D.D.	116,00	15.060,39
027686082 - NORDITROPIN SIMP.*1CART.15MGDD	167,00	64.718,93
027743032 - ZOMACTON 4*1FL 4MG+1F3,5ML - D.D.	459,00	52.403,61
036583033 - NUTROPIN AQ*10MG/2ML 1CART - D.D.	129,00	28.118,99
037106046 - /OMNITROPE*5MG/1,5ML SC 1CAR DD	44,00	3.675,98
037106073 - /OMNITROPE*10MG/1,5ML SC 1CAR - D.D.	57,00	9.138,58
037106109 - OMNITROPE SUREPAL15MG/1,5ML SC 1CAR	28,00	6.712,88
037106135 - OMNITROPE SUREPAL CART 5MG/1,5 DD	45,00	3.596,20
037106162 - OMNITROPE SUREPAL10MG/1,5ML SC 1CAR	30,00	4.804,72

Manca il dato regionale (SI/NO).

L'ASL AL governa solo parte della domanda di Centri Prescrittori esterni anche extra regionali che non hanno il carico distributivo.

In particolare analizzando i Piani Terapeutici è emerso che nell'87,9% di quelli in cui non è stato prescritto OMNITROPE sono relativi a pazienti non seguiti da specialisti ASL AL.

Alle Direzioni Sanitarie è stata inviata una nota specificando il nominativo del paziente e quello dello specialista prescrittore per invitare le Direzioni a sensibilizzare i propri specialisti alla prescrizione del biosimilare.

Le strutture destinatarie della nota sono state: ASO di Alessandria, AO Mauriziano di Torino, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, Fondazione Maugeri di Pavia, Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, Ospedale San Gerardo di Monza, Istituto Auxologico di Milano, Istituto Clinico Humanitas di Milano, Istituto di Cura Città di Pavia, Istituto Gaslini di Genova, Istituto Nazionale dei Tumori di Milano e Ospedale San Raffaele di Milano.

Indipendentemente dagli obiettivi i dati di spesa farmaceutica erogata dalle farmacie convenzionate sono quelli sotto indicati.

Ci riferisce ai primi 11 mesi 2016 in quanto il raffronto con il dato regionale è disponibile solo per tale periodo.

11 MESI	213 - ASL AL Alessandria			Regione Piemonte		
	2016	2015	2016 vs 2015	2016	2015	2016 vs 2015
Ricette	4.121.598	4.198.085	-1,8%	39.317.688	40.074.486	-1,9%
Spesa Lorda escl. Integr.	69.969.577	72.518.564	-3,5%	657.453.319	680.246.061	-3,4%
Spesa Netta	59.026.573	61.186.742	-3,5%	549.465.984	569.703.824	-3,6%
Spesa Integrativa	5.175.217	6.031.733	-14,2%	75.254.520	83.594.125	-10,0%
DPC costo acquisto	10.435.651	10.371.821	0,6%	94.031.053	95.267.491	-1,3%
Oneri DPC ivati	2.194.812	2.133.835	2,9%	17.580.417	16.929.031	3,8%

9. RETE ONCOLOGICA

OBIETTIVO 9.1

DIPARTIMENTO FUNZIONALE INTERREGIONALE ED INTERAZIENDALE DI RETE ONCOLOGICA

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

L'obiettivo si compone di due aree d'intervento:

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

INDICATORE

1. Organizzazione e funzionamento del CAS

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

2. PDTA per le singole patologie tumorali

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

VALORE DELL'OBIETTIVO

1. Organizzazione e funzionamento del CAS

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

2. PDTA deliberati e inviati al Dipartimento

(Nei PDTA devono essere evidenziati sia gli HUB di riferimento per la patologia tumorale del caso, sia il percorso di invio allo stesso.)

100% (riferito a tutte le patologie tumorali per le quali l'ASR risulta essere di riferimento)

Il Dipartimento Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta nel corso dell'anno 2016 ha promosso iniziative rivolte a tutte le Aziende Sanitarie regionali per la completa e puntuale realizzazione di quanto disposto dalla normativa regionale vigente in ambito oncologico.

Tale attività ha richiesto collaborazione e coinvolgimento multidisciplinare e multiprofessionale delle Aziende Sanitarie sia nella fase di progettazione e pianificazione che nella fase di elaborazione e sviluppo dell'intero processo.

Conseguentemente, a livello aziendale, si sono costituiti specifici gruppi di lavoro a sostegno delle attività già in atto; ottemperando alle disposizioni è stata approvata la Deliberazione ASL AL n.282 in data 29.04.2016 contenente i Regolamenti aziendali del Centro Accoglienza e Servizi (CAS) e dei Gruppi Interdisciplinari Cure (GIC).

L'obiettivo 9.1 si compone di due aree d'intervento, una inerente l'organizzazione e il funzionamento del Centro Accoglienza e Servizi (CAS), disciplinati dalla D.G.R. n.26-10193 del 01.08.2003, l'altro l'elaborazione ed approvazione dei PDTA GIC aziendali ed interaziendali per le singole patologie tumorali.

In merito all'obiettivo assegnato si evidenzia che con Deliberazione ASL AL n.84 del 15.02.2016, al fine di ottemperare a quanto previsto dalle indicazioni del Dipartimento della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta a seguito delle nuove disposizioni regionali in materia, si è disposto di costituire un gruppo di Coordinamento della Rete Oncologica Aziendale, coordinato e in rapporto diretto con il Direttore Sanitario aziendale.

In merito al **punto 1** "Organizzazione e funzionamento del Centro Accoglienza e Servizi (CAS)" il Dipartimento della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta", anche in considerazione della difficoltà nella definizione dell'algoritmo utile alla misurazione dell'indicatore, come risulta dai verbali delle riunioni dei Tavoli regionali con le Direzioni Generali, ha disposto un monitoraggio sui dati relativi all'attività svolta dai CAS nel periodo tra il 15 ottobre e il 15 dicembre; si evidenzia comunque il significativo incremento numerico delle visite CAS nei vari Presidi ospedalieri dell'ASL AL (+4,9%), a conferma del miglioramento nella presa in carico dei pazienti oncologici, fin dal sospetto diagnostico. Tale documentazione è stata trasmessa alla Rete Oncologica nei termini previsti.

Contemporaneamente, a riguardo del **punto 2**, si è proceduto all'istituzione sia dei gruppi di lavoro che hanno sviluppato sia i PDTA GIC aziendali che interaziendali come previsto nella DGR n.51- 2485 del 23.11.2015.

I PDTA di pertinenza dell'ASL AL sono stati elaborati ed in data 23.12.2016 approvati con deliberazione ASL AL n.929 "Approvazione PDTA CAS/GIC". Tale deliberazione è stata inviata alla Rete Oncologica entro il 31 dicembre 2016 (nota prot. n.0120750 del 28.12.2016).

Si rammenta che la voce FONTE DATI recita: "Per la valutazione dell'obiettivo il settore si avvarrà del supporto del Dipartimento della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta". Pertanto si rimanda allo stesso Dipartimento la conferma della presente.

Documentazione allegata:

- *deliberazione ASL AL 929 del 23.12.2016*
- *nota ASL AL prot. 0120750 del 28.12.2016*
- *deliberazione ASL AL 84 del 15.2.2016*

9. RETE ONCOLOGICA

OBIETTIVO 9.2

SCREENING ONCOLOGICI – PREVENZIONE SERENA

Per ogni tipologia di screening oncologico (tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto) il primo obiettivo riguarda la copertura da inviti mentre il secondo è relativo alla copertura da esami.

Per copertura da inviti si intende la capacità di invitare tutte le persone facenti parte della popolazione target con la cadenza stabilita: se, per esempio, la cadenza degli inviti è biennale, la popolazione target annuale è data dalla popolazione target diviso due. L'indicatore viene pertanto calcolato come numero di inviti diviso la popolazione target annuale. Analogamente, la copertura da esami viene calcolata come numero di esami di screening eseguiti diviso la popolazione target annuale.

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

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

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

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, valori attesi.

La fonte dati è la Banca dati CSI-Piemonte; ad oggi la fornitura dei report è ancora parziale, per cui i dati di seguito riportati sono ufficiosi e potranno essere ulteriormente implementati in sede di consuntivazione.

SCREENING MAMMOGRAFICO Età 50-69 anni

COPERTURA INVITI

Numero di donne invitate ad effettuare il test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale

Il numero di assistiti dai 50 ai 69 anni di età che nel 2016 dovevano essere invitati ad effettuare una mammografia era pari a 31.806.

La copertura da inviti calcolata sulla base dello standard regionale richiesto (85%) doveva essere di 27.035, oltre alle adesioni spontanee.

Nel 2016 hanno ricevuto un invito ad eseguire una mammografia 28.301 donne e 143 sono state le adesioni spontanee, per un totale di 28.444.

Pertanto, la copertura da inviti è stata pari all'**89,4%**; quindi l'obiettivo è stato raggiunto e rispetto allo standard regionale richiesto (85%) l'ASL AL ha superato lo stesso del 4,4%.

COPERTURA ESAMI

Numero delle donne sottoposte al test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale

Lo standard regionale richiesto per la copertura da esami mammografici nel 2016 era del 51%, pari a 16.221 esami da eseguire per le donne dai 50 ai 69 anni, oltre alle adesioni spontanee che sono state 143, per un totale di 16.364.

Nel 2016 le donne dai 50 ai 69 anni che hanno eseguito una mammografia aderendo all'invito e spontaneamente sono state 17.790, per cui il grado di adesione della popolazione al protocollo di screening (copertura da esami) è stato del **55,9%**.

L'obiettivo è stato raggiunto e superato del 4,9%.

SCREENING CERVICO-VAGINALE – ETA' 25-64 ANNI

COPERTURA INVITI

Numero di donne invitate ad effettuare il test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale

Il numero di assistiti dai 25 ai 64 anni di età che nel 2016 dovevano essere invitati ad effettuare un PAP Test o un test per HPV era pari a 38.595.

La copertura da inviti calcolata sulla base dello standard regionale richiesto (80%) doveva essere di 30.876.

Nel 2016 hanno ricevuto un invito ad eseguire un PAP Test o un test per HPV 33.511 donne.

Pertanto, la copertura da inviti è stata pari all'**86,8%**; quindi l'obiettivo è stato raggiunto e rispetto allo standard regionale richiesto (80%) l'ASL AL ha superato lo stesso del 6,8%.

COPERTURA ESAMI

Numero delle donne sottoposte al test di screening + adesioni spontanee /popolazione bersaglio annuale

Lo standard regionale richiesto per la copertura da PAP Test o un test per HPV nel 2016 era del 47%, pari a 18.139 esami da eseguire per le donne dai 25 ai 64 anni.

Nel 2016 le donne dai 25 ai 64 anni che hanno eseguito PAP Test o un test per HPV aderendo all'invito e spontaneamente sono state 17.687, per cui il grado di adesione della popolazione al protocollo di screening (copertura da esami) è stato del **45,8%**.

L'obiettivo non è stato raggiunto in quanto la percentuale di copertura da inviti è inferiore dell'1,2%.

SCREENING COLO-RETTALE – ETA' 58 ANNI

COPERTURA INVITI

Numero di persone invitate a sigmoidoscopia + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale

Il numero di assistiti 58enni (nati nel 1958) che nel 2016 dovevano essere invitati ad effettuare una sigmoidoscopia era pari a 6.222.

La copertura da inviti calcolata sulla base dello standard regionale richiesto (85%) doveva essere di 5.289.

La mancanza di disponibilità di posti per esami di sigmoidoscopia non ha consentito di raggiungere l'obiettivo; gli esami di sigmoidoscopia effettuati agli assistiti 58enni nel 2016 sono stati 1.335, pari al **21,5%** della popolazione bersaglio.

L'UVOS ha cercato di inviare gli assistiti del territorio alessandrino e di quello casalese nelle strutture aventi disponibilità di offerta, ma con risultati non del tutto sufficienti e, di conseguenza, si è registrata una notevole riduzione dell'adesione, oltre ad una congestione dell'attività delle Endoscopie dell'ASL che devono provvedere anche all'esecuzione delle colonscopie indotte (da ricerca sangue occulto nelle feci positiva e/o sigmoidoscopie positive) degli assistiti risultati positivi provenienti dal territorio di Alessandria.

COPERTURA ESAMI

Numero persone sottoposte a sigmoidoscopia o FOBT + adesioni spontanee /popolazione bersaglio annuale

Gli assistiti con età compresa tra 58 e 69 anni che nel 2016 dovevano essere invitati ad effettuare una sigmoidoscopia o ricerca sangue occulto nelle feci erano 22.902.

La copertura da esami calcolata sulla base dello standard regionale richiesto del 40% doveva essere di 9.161.

Gli esami effettuati nel 2016 sono stati 10.757, pari al **47%** della popolazione bersaglio.

L'obiettivo è stato raggiunto.

INDICATORI SCREENING ONCOLOGICI ANNO 2016

(dato provvisorio di preconsuntivo 2016 suscettibile di successiva implementazione in sede di consuntivazione)

SCREENING	TARGET REGIONALE		ANNO 2016 (DATO PROVVISORIO)	
	COPERTURA INVITI	ADESIONE	COPERTURA INVITI	ADESIONE
MAMMOGRAFICO	85%	51%	89,4%	55,9%
CERVICO-VAGINALE	80%	47%	86,8%	45,8%
COLO RETTALE	85%	40%	21,5%	47,0%

10. RETE TRAPIANTI

OBIETTIVO 10

INCREMENTO DONAZIONI D'ORGANO

Piena attuazione, attraverso il Coordinamento Ospedaliero, dei parametri fissati dal Coordinamento Regionale delle donazioni e dei Prelievi di organi e tessuti finalizzati ad incrementare nel 2016 il numero di donatori di organi e cornee rispetto al 2015.

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

- Segnalazioni di soggetti in Morte Encefalica (BDI%)
- Donatori di Cornee

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

Valutazione della incidenza della morte encefalica nei reparti di rianimazione dei Coordinamenti Ospedalieri rispetto al numero dei decessi dei soggetti ricoverati con una patologia compatibile con l'evoluzione verso la stessa (BDI =Brain Death Index).

- a. Almeno il 40 % per gli ospedali con neurochirurgia;
- b. Tra il 20 e il 40 % per gli ospedali senza neurochirurgia;

2. n° esecuzioni prelievo di cornea effettuate nel 2016/ totale decessi ospedalieri del 2015

Il numero atteso per il 2016 è il risultato delle seguenti elaborazioni sull'attività svolta nel 2015: numero decessi ospedalieri fra i 5 e i 75 anni valore percentuale ottenuto dal rapporto donatori cornee/ decessi fra i 5 e i 75 anni mediana della percentuale del *procurement* regionale di cornee (pari all'8%)

- a. Per gli ospedali con una percentuale di donatori cornee 2015 sopra la mediana: numero di donatori di cornee pari a quello ottenuto nel 2015
- b. Per gli ospedali con una percentuale di donatori cornee 2015 sotto la mediana: incremento dell'1% della percentuale ottenuta nel 2015

VALORE DELL'OBIETTIVO

Vedi tabelle

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. Poiché la nostra Azienda risultava carente nelle azioni di "*procurement*" di cornee si è ritenuto necessario formare tutto il personale afferente alle SC di Medicina

Generale, Neurologia e Oncologia al fine di ottemperare correttamente e puntualmente a quanto previsto dalla normativa vigente.

Detta formazione capillare all'interno dei reparti è stata rinnovata anche per l'anno 2016; inoltre si è concordato con i Coordinatori di Presidio per la Donazione d'Organi di individuare per ogni SC/SS, ivi comprese le strutture di emergenza urgenza (PS e DEA), un referente che potesse svolgere azioni di coordinamento/supporto alle attività di "procurement" all'interno della Struttura e da collegamento con i Coordinatori di Presidio.

Le azioni intraprese nel corso dell'anno con i Coordinatori di Presidio e con i direttori delle SC di Medicina Generale, 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 (Casale M.), superando significativamente le indicazioni regionali.

Da segnalare inoltre che le opere intraprese hanno portato ad azioni di "procurement" anche presso il Presidio ospedaliero di Ovada, dove non è presente la rianimazione, e presso gli Hospice di Casale Monferrato e di Alessandria.

DONAZIONI CORNEE

PP.OO.	cornee attese anno 2016	Donatori Cornee al 31/12/2016
CASALE M.TO	15	23 (+3 da Hospice Casale M.)
NOVI L.RE	6	9 (+1 da PO Ovada)
TORTONA	7	7 (+1 da Hospice Alessandria)
ACQUI T.ME	6	8

BDI: 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. INDICA LA CAPACITÀ DI UNA RIANIMAZIONE DI DIAGNOSTICARE LE MORTI ENCEFALICHE

PP.OO.	BDI atteso	BDI al 31/12/16
CASALE M.TO	20-40%	45.5%
NOVI L.RE	20-40%	66.7%
TORTONA	20-40%	0/2 BDI sui 3 anni: 45%
ACQUI T.ME	20-40%	0/2 BDI sui 3 anni: 21,4%

PER LE SEDI DI NOVI L. E CASALE M.TO l'obiettivo è da considerarsi raggiunto.

Da segnalare inoltre che:

- presso la sede di Novi L. sono stati attivati 2 collegi per morte encefalica, sono stati eseguiti 2 prelievi
- presso la sede di Casale M. sono stati attivati 5 accertamenti di morte encefalica, sono stati eseguiti 2 prelievi

PER LA SEDE DI ACQUI T. si precisa che il BDI è stato calcolato da CRP Piemonte su 3 anni poiché nel corso del 2016 si sono verificati meno di 3 decessi con diagnosi all'ingresso compatibile con l'evoluzione verso la morte encefalica: pertanto stando alle indicazioni Regionali l'obiettivo è da ritenersi raggiunto (**BDI sui 3 anni 21,4%**).

Per completezza si precisa che i casi occorsi nel 2016 hanno avuto la seguente storia clinica:

1. **FM** nato il 17.09.1965 in Marocco, paziente disabile. Giunto alla nostra osservazione per politraumatismo con emorragia subaracnoidea massiva, inoperabile. Deceduto, dato l'entità del politrauma, dopo 6 gg per arresto cardiocircolatorio.
2. **VG** nato il 17.09.1928, ricoverato in rianimazione per politrauma da caduta da scala della propria abitazione, paziente parkinsoniano. Paziente con focolai emorragici cerebrali multipli e frattura ossa lunghe. Morte per arresto cardiaco dopo 13 gg di degenza.

PER LA SEDE DI TORTONA si precisa che il BDI è stato calcolato da CRP Piemonte su 3 anni poiché nel corso del 2016 si sono verificati meno di 3 decessi con diagnosi all'ingresso compatibile con l'evoluzione verso la morte encefalica: pertanto stando alle indicazioni Regionali l'obiettivo è da ritenersi raggiunto (**BDI sui 3 anni 45%**).

Per completezza si precisa che i casi occorsi nel 2016 hanno avuto la seguente storia clinica:

DB, età 85 aa, deceduto il 30.03.2016 in seguito ad arresto cardiaco non rispondente a terapia in emorragia dei nuclei della base con inondamento ventricolare senza indicazione NCH; da rilevare estrema criticità del Paziente sin dall'ingresso con ripetuti episodi di bradiaritmie con necessità di RCP.

RF, età 78 aa, deceduta in data 27.12.2016 per arresto cardiaco in bradiaritmia sopraventricolare in paziente settico, proveniente da Casablanca in seguito ad emorragia cerebrale spontanea trattata con derivazione liquorale.

Risulta altrettanto utile segnalare che, già nel corso del 2015 ma soprattutto nell'arco del 2016, si è proceduto con la riorganizzazione della rete ospedaliera che ha portato a Tortona alla chiusura delle SC di Neurologia e Cardiologia, con relativa variazione della tipologia di pazienti afferenti alla Struttura.

PROPOSTE OPERATIVE PER L'ANNO 2017:

- Ottimizzazione del percorso di formazione/sensibilizzazione di tutto il personale per le azioni di “*procurement*” di organi e di cornee;
- Implementazione dei percorsi di gestione dei prelievi di rene codificando le modalità di attivazione degli stessi;
- Definizione dei percorsi di valutazione di potenziali donatori di cuore

11. GDP ANTINCENDIO E ANTISISMICA

OBIETTIVO 11

RISPETTO DELLA NORMATIVA ANTINCENDIO E ANTISISMICA

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

INDICATORI

1. Antisismica

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

2. Antincendio

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

VALORE DELL'OBIETTIVO

1. Antisismica

100%

2. Antincendio

100%

1. Antisismica

Come richiesto dalla Circ. della Presidenza del Consiglio dei Ministri DPC/SISM/0031471 del 21.04.2010 viene effettuata per la Regione Piemonte una rilevazione di livello 0 sulle strutture delle AA.SS.RR.

Con mail del 02.10.2015 il coordinatore regionale Ing. Carlo Sala comunica la disponibilità del Politecnico di Torino a redigere le schede di tipo 0 al fine di inquadrare la tipologia architettonica e altre informazioni tecniche al fine della valutazione del rischio sismico dei presidi ospedalieri, avvalendosi delle planimetrie fornite da IRES Piemonte.

Con mail del 10.06.2016 il coordinatore regionale comunica l'avvenuta rilevazione da parte del Politecnico di Torino delle tipologie architettoniche dei PP.OO piemontesi sede di DEA di primo e secondo livello, considerati strategici, conseguentemente sarà possibile

effettuare l'analisi dimensionale delle strutture per comporre il data base propedeutico all'analisi della vulnerabilità sismica, prevista per il 2017.

In data 16.11.16 è stata attivata la Convenzione tra Regione Piemonte e Politecnico di Torino per la redazione della relazione storico strutturale propedeutica all'analisi della vulnerabilità sismica.

2. Antincendio

- Viene nominato il Responsabile tecnico della sicurezza antincendio (RTSA): Dott. Andrea Cane – Deliberazione ASL AL n.750 del 28.10.2015;
- Viene adottato il Sistema di Gestione della Sicurezza Antincendio (SGSA): deliberazione ASL AL n.906 del 29.12.2015;
- Il DM 19.03.2015 prevede l'adeguamento alle regole tecniche di prevenzione incendi e introduce il sistema di gestione della sicurezza finalizzata all'adeguamento antincendio per tutte le strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero e/o in regime residenziale a ciclo continuativo e/o diurno con oltre 25 PL e per le strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale aventi una superficie maggiore di 1000 m2.

1° scadenza 24.04.2016 (domenica, scadenza rimandata a martedì 26.4).

In data 26.04.2016 vengono presentati al Comando VV.F. di Alessandria n°11 valutazioni progetto e n°11 Segnalazioni di Inizio Attività (SCIA) per 5 Presidi ospedalieri (Acqui Terme, Casale, Novi Ligure, Ovada, Tortona) e per 6 ex Distretti (Acqui Terme, Alessandria, Arquata Scrivia, Casale Monf., Novi Ligure, Tortona).

I progetti e le SCIA sono in corso di verifica da parte del settore competente del Comando VV.F. e alla data odierna sono state richieste alcune integrazioni.

Con deliberazione DG n.909 del 31.12.2015 viene approvato il Bilancio Preventivo Economico Annuale 2016 all'interno della quale viene previsto un piano investimenti triennio 2016/2018, suddiviso per settori:

- DGR 1-600/2014 – Interventi a seguito di riorganizzazione aziendale;
- Interventi urgenti in materia di sicurezza strutture ed impianti;
- Interventi urgenti in materia di sicurezza antincendio per i presidi ospedalieri e territoriali di Acqui Terme, Alessandria, Casale Monf., Novi Ligure, Ovada, Tortona e Valenza per un importo di €2.250.038,00, dei quali inseriti nella programmazione aziendale € 510.000,00 per l'anno 2016, €520.000,00 per l'anno 2017 ed €1.015.738,80 per l'anno 2018 – Restano da programmare lavori per €204.299,20.

In data 21.09.2016 con prot. n.83750 a seguito di proposta di assegnazione di finanziamento pari a €536.510,36, viene inoltrata mail alla Regione Piemonte con un primo elenco di interventi urgenti di adeguamento antincendio per alcune strutture ospedaliere dell'ASL AL:

- Ospedale di Acqui Terme – Realizzazione di impianto EVAC al piano 1° €60.000,00;

-
- Ospedale S. Spirito di Casale M.to – Installazione e adeguamento illuminazione di emergenza ove mancante e primi interventi impianto EVAC €210.000,00;
 - Ospedale S. Giacomo di Novi Ligure – Impianto rilevazione incendi ai piani terra, 1° e 2° e predisposizione impianto EVAC €206.510,39;
 - Ospedale SS. Antonio e Margherita di Tortona – Ristrutturazione area ingresso carraio per accesso mezzi d'emergenza VV.F. e completamento impianto EVAC €60.000,00.

Si è in attesa dell'ufficializzazione del finanziamento da parte della Regione Piemonte.

Documentazione allegata:

- *deliberazione ASL AL 750 del 28.10. 2015*
- *deliberazione ASL AL 906 del 29.12. 2015*