



**RELAZIONE
DIRETTORE GENERALE
ASL TO4
GESTIONE ESERCIZIO 2016**

aprile 2017

SOMMARIO

1	Criteria generali di predisposizione della relazione sulla gestione	Pag.	3
2	Generalità sul territorio servito, sulla popolazione assistita e sull'organizzazione dell'Azienda	Pag.	3
3.1	Assistenza ospedaliera: stato dell'arte ed obiettivi	Pag.	15
3.2	Assistenza territoriale: stato dell'arte ed obiettivi	Pag.	31
3.3	Prevenzione: stato dell'arte ed obiettivi	Pag.	48
4.1	Assistenza ospedaliera: attività nel periodo	Pag.	50
4.2	Assistenza territoriale: attività nel periodo	Pag.	55
4.3	Prevenzione: attività nel periodo	Pag.	57
5	Gestione economico finanziaria dell'Azienda	Pag.	62
6	Conclusioni	Pag.	76
7	Riferimenti	Pag.	78

1. CRITERI GENERALI DI PREDISPOSIZIONE DELLA RELAZIONE SULLA GESTIONE

La presente relazione sulla gestione, che correda il bilancio di esercizio 2016, è stata predisposta secondo le disposizioni del D.Lgs 118/11, quindi facendo riferimento al Codice Civile e ai Principi Contabili Nazionali (OIC), fatto salvo quanto difformemente previsto dallo stesso D.Lgs 118/11.

La presente relazione sulla gestione, in particolare, contiene le informazioni minimali richieste dal D.Lgs 118/11. Fornisce inoltre le informazioni supplementari, anche se non specificamente richieste da disposizioni di legge, ritenute necessarie a dare una rappresentazione esaustiva della gestione sanitaria ed economico-finanziaria dell'esercizio 2016.

2. GENERALITÀ SUL TERRITORIO SERVITO, SULLA POPOLAZIONE ASSISTITA, SULL'ORGANIZZAZIONE DELL'AZIENDA E OBIETTIVI

A) La ASL TO4 opera su un territorio coincidente con parte della provincia di Torino, con una popolazione complessiva al 01.01.2016 di 518.323 abitanti (Fonte: BDDE) distribuiti in 177 comuni, ai quali si aggiunge la frazione Rivodora del comune di Baldissero Torinese; sono presenti 5 distretti sanitari.

Nella tabella che segue viene presentato l'andamento negli anni della popolazione dell'ASL TO4 (al 01.01.2016) - Fonte BDDE.

Anno	Maschi	Femmine	TOTALE
2009	251.981	264.016	515.997
2010	253.055	265.310	518.365
2011	254.232	266.862	521.094
2012	249.911	264.212	514.123
2013	250.880	265.578	516.458
2014	253.561	257.538	521.099
2015	235.359	267.025	520.384
2016	252.510	265.813	518.323

Tabella. Andamento negli anni della popolazione dell'ASL TO4 (al 1° gennaio)

La popolazione esente da ticket per altri motivi non inerenti ad età e reddito, nell'esercizio 2016 è pari a unità 132.973.

Dichiarazione sulla coerenza dei dati esposti con i modelli ministeriali di rilevazione flussi:

MODELLO FLS 11	I dati sulla popolazione assistita nel QUADRO G del Modello FLS 11 per l'anno 2016 ammontano a 511.811
MODELLO FLS 11	I dati sulla popolazione esente da ticket sono coerenti con quelli esposti nel QUADRO H del Modello FLS 11

Modello organizzativo ed organigramma

L'ASL garantisce l'erogazione dei LEA articolata nei tre livelli assistenziali con uno specifico modello organizzativo, attraverso le seguenti macroarticolazioni organizzative:

- Direzione Generale
- Strutture di staff ed amministrative
- Dipartimento di prevenzione
- Distretti
- Presidi ospedalieri.

In tale ambito le Strutture organizzative in cui l'Azienda si articola sono:

- la Direzione Strategica e i Servizi in Staff (Strutture semplici o complesse o uffici)
- i Dipartimenti, le Strutture complesse, le Strutture semplici, le altre articolazioni organizzative.

I Dipartimenti sono Strutture organizzative qualificate dall'aggregazione di Strutture e funzioni finalizzate all'espletamento coordinato di attività affini o complementari.

I Dipartimenti Aziendali dell'area sanitaria sono distinti in Dipartimenti Strutturali e Dipartimenti Funzionali:

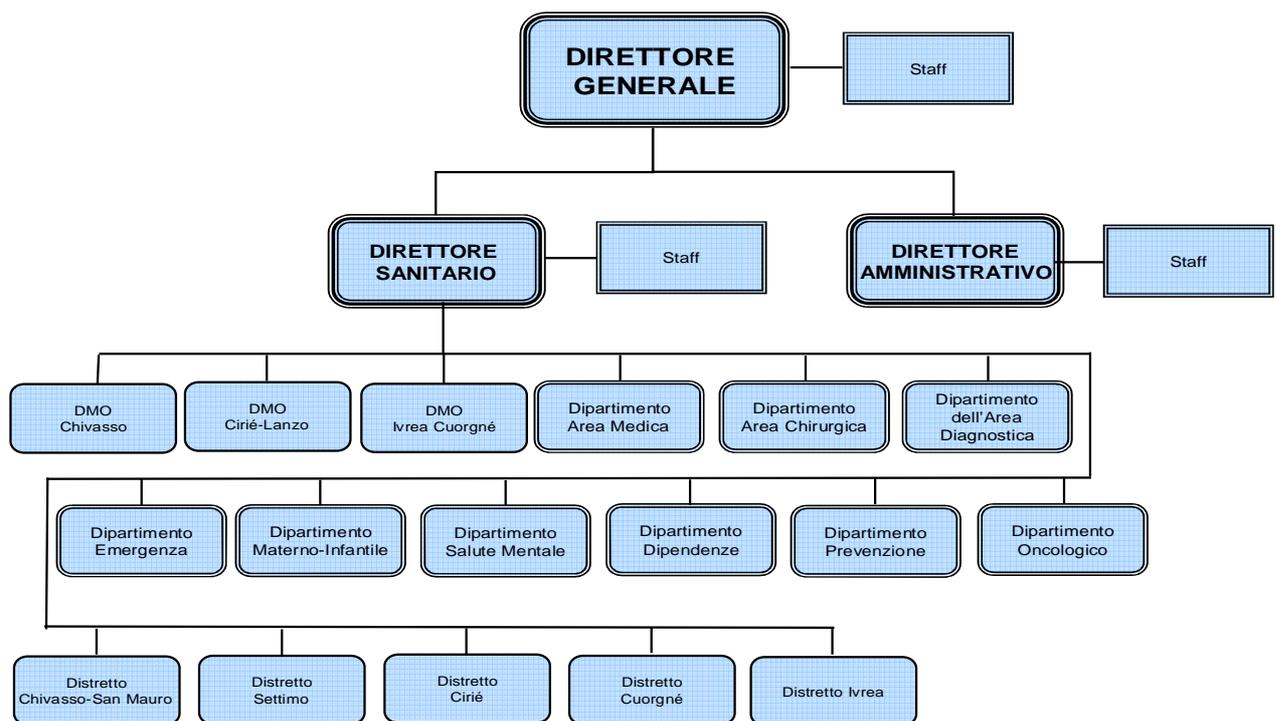
- Dipartimenti Strutturali: ai quali sono ricondotte tutte le Strutture complesse (eccetto quelle in staff)

- Dipartimenti Funzionali: ai quali sono ricondotte alcune Strutture aziendali in modo trasversale agli altri Dipartimenti sulla base di specifiche funzioni al di fuori dell'albero Strutturale.

Le Strutture Complesse sono dotate di autonomia gestionale organizzativa e tecnico professionale. La Struttura Complessa dispone di risorse umane tecniche e finanziarie specificatamente assegnate, fatte salve le risorse assegnate a livello dipartimentale.

Le Strutture Semplici sono articolazioni organizzative con assegnazione di risorse specifiche. Esse possono essere articolazioni delle Strutture complesse o articolazioni organizzative dei Dipartimenti, ovvero poste in staff alla Direzione Generale. In generale hanno una valenza dipartimentale quando devono svolgere funzioni o servizi la cui organizzazione nelle singole Strutture complesse risulterebbe inefficiente.

L'organigramma dell'ASL TO 4 è presentato nella figura seguente.



ASL TO 4 - Organigramma

Figura. Organigramma ASL TO 4

PERSONALE IMPIEGATO:

PERSONALE DIPENDENTE (Tempo Indeterminato + Tempo Determinato)

al 31/12/2013	4.345	
al 31/12/2014	4.325	- 20
al 31/12/2015	4.247	- 78
al 31/12/2016	4.261	+14

A. SPESA CONSUNTIVATA PERSONALE DIPENDENTE

anno 2013	€	231.051.229	
anno 2014	€	226.566.692	€ - 4.484.537
anno 2015	€	224.065.574	€ - 2.501.118
anno 2016	€	222.508.854	€ - 1.556.720

B. SPESA CONSUNTIVATA PERSONALE ATIPICO

anno 2013	€	9.042.943	
anno 2014	€	6.988.615	€ - 2.054.328
anno 2015	€	6.209.679	€ - 778.936
anno 2016	€	5.066.626	€ - 1.143.053

C. SPESA CONSUNTIVATA SUMAI

anno 2015	€	8.292.884	
anno 2016	€	8.115.313	€ - 177.571

Il tetto di spesa per il Personale Dipendente più Atipico assegnato, per il biennio 2015 – 2016, dalla Regione Piemonte con D.G.R. 36-1473 del 25/05/2015, è pari ad € 239.090.000= per l'anno 2015 e pari ad € 240.624.000= per l'anno 2016.

Anno 2015 (B + C + D) = € 238.568.137=

Anno 2016 (B + C + D) = € 235.690.793=

Si evidenzia, quindi, il rispetto dei tetti assegnati nel biennio.

E' stato anche rispettato il limite previsto del -1,4% rispetto alla spesa sostenuta nel 2004, al netto dei nuovi rinnovi contrattuali.

Si dà atto, altresì, che i fondi contrattuali, provvisori e/o definitivi, sono stati quantificati in armonia con la legislazione vigente.

B) Obiettivi dell'esercizio relativi alla Struttura e all'organizzazione dei Servizi

Con la D.G.R. n. 30-3307 del 16/05/2016 avente ad oggetto: "Art. 3 bis, commi 5 ss. D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.. Assegnazione obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai direttori generali delle aziende sanitarie regionali finalizzati al riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2016"

Gli obiettivi sono suddivisi come segue:

Obiettivo 1: "Rete H-T"

- Sub-obiettivo 1.1 Implementazione del piano di riduzione delle SC ospedaliere e non ospedaliere in coerenza con gli Atti Aziendali
- Sub-obiettivo 1.2 Centralizzazione delle chiamate di C.A.

Obiettivo 3: "Fondo di Riequilibrio"

- Sub-obiettivo 3 Attuazione piano di efficientamento da Fondo di riequilibrio

Obiettivo 11: "GdP Antincendio e Antisismica"

All'interno della logica di albero della performance, ogni obiettivo strategico stabilito nella fase precedente è articolato in obiettivi operativi per ciascuno dei quali sono definite le azioni, i tempi, le risorse e le responsabilità organizzative connesse al loro raggiungimento.

Essi individuano:

- l'obiettivo operativo, a cui si associano, rispettivamente, uno o più indicatori; ad ogni indicatore è attribuito un target (valore programmato o atteso);
- le azioni da porre in essere con la relativa tempistica;
- la quantificazione delle risorse economiche, umane e strumentali;
- le responsabilità organizzative, identificando un solo responsabile per ciascun obiettivo operativo.

In tale ambito sono sviluppate specifiche azioni allo scopo di raggiungere gli obiettivi definiti.

Obiettivo	Sub - obiettivo	Indicatore
Obiettivo 1 "Rete H-T"	1.1 Implementazione del piano di riduzione delle SC ospedaliere e non ospedaliere in coerenza con gli Atti Aziendali 1.2 Centralizzazione delle chiamate di C.A.	N°SC disattivate / N°SC da disattivare
Obiettivo 3 "Fondo di Riequilibrio"	3 Attuazione piano di efficientamento da Fondo di riequilibrio	Coerenza degli importi di disavanzo/avanzo economico concordato
Obiettivo 11 "GdP Antincendio e Antisismica"	11 Rispetto della normativa Antincendio e Antisismica	1. <u>Antisismica</u> 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 <ul style="list-style-type: none"> • 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
--	--	--

Obiettivo 1: “Rete H-T”

- Sub-obiettivo 1.1 Implementazione del piano di riduzione delle SC ospedaliere e non ospedaliere in coerenza con gli Atti Aziendali

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

Disattivazione / Attivazione delle Strutture Complesse sulla base dei contenuti del nuovo Atto Aziendale approvato con delibera n. 902, del 19/10/2015 e recepito dalla Regione Piemonte con D.G.R. 53-2487, del 23/11/2015.

La disattivazione delle Strutture Complesse è stata condotta con riferimento a quanto previsto dall'obiettivo 1.2 “Riduzione delle SC come previsto dalle DD.GG.RR. 1-600/2014 e 1-924/2015”, di cui alla D.G.R. n. 12-2021, del 05/08/2015 con la quale la Regione Piemonte ha assegnato ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie regionali gli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi da perseguire nel corso del 2015.

Al fine di dare piena attuazione a quanto contenuto negli atti di programmazione regionale di cui alle citate DD.GG.RR. n. 1-600/2014 e n. 1-924/2015 ed alla D.G.R. n. 26-1353/2015, tale obiettivo dispone che le Aziende procedano alla definizione del proprio assetto organizzativo attraverso il progressivo avvicinamento agli obiettivi di riduzione delle Strutture Complesse, articolato nelle seguenti fasi

- a) Elaborazione di un Piano di Riduzione delle Strutture Complesse, in linea con l'Atto Aziendale (definito dalle Aziende entro il 21/09/2015), che preveda la chiusura di almeno il 50% delle Strutture Complesse previste (ospedaliere e non ospedaliere, amministrative e territoriali) entro il 1° maggio 2016 - con precedenza, nell'ambito delle Strutture Ospedaliere a quelle di area chirurgica - nonché il completo adeguamento ai contenuti del nuovo Atto Aziendale entro il 31 dicembre 2016;
- b) Piena disattivazione di almeno 1/3 delle Strutture Complesse Ospedaliere previste, attive al 31/12/2014, come da tabella allegata all'obiettivo stesso, dando precedenza a quelle di area chirurgica. Per l'A.S.L. TO4, rispetto a quanto indicato nella D.G.R. n. 1-924/2015, era prevista una riduzione nel 2015 di n°4 Strutture Complesse Ospedaliere, pari ad 1/3 delle 13 Strutture Complesse Ospedaliere complessivamente da ridurre.

Con deliberazione n. 1155, del 30/12/2015, parzialmente modificata con delibera n. 248, del 23/03/2016, è stato approvato il “Piano di Riduzione delle Strutture Complesse” il quale, in ottemperanza a quanto disposto dalla citata D.G.R. 12-2021, del 05/08/2015 prevedeva quanto segue:

N°	Struttura Complessa	Data entro la quale la S.C. è disattivata
1	Direzione Sanitaria Ospedale di Settimo	31/12/2015
2	Oculistica Cirié	31/12/2015
3	Urologia Chivasso	31/12/2015
4	Urologia Ivrea	31/12/2015
5	O.R.L. Ivrea	31/12/2015
6	Laboratorio Analisi Cirié-Chivasso	31/12/2015
7	Programmazione e Controllo di Gestione	01/05/2016

N°	Struttura Complessa	Data entro la quale la S.C. è disattivata
	O.S.R.U.	
8	Qualità	01/05/2016
9	Direzione Integrata della Prevenzione	01/05/2016
10	Medico Competente	01/05/2016
11	Formazione	01/05/2016
12	Affari Generali	
/	S.A.T.	01/05/2016
13	Legale	
14	Patrimoniale	01/05/2016
	Servizio Tecnico	
15	Farmacia Ospedaliera Chivasso	01/05/2016
16	Fisica Sanitaria	01/05/2016
17	A.S.T.	01/05/2016
18	Ingegneria Clinica	01/05/2016
19	Post-acuzie ad indirizzo cardio-polmonare	01/05/2016
20	Neurologia Chivasso	01/05/2016
21	Nefrologia e Dialisi Chivasso	01/05/2016
22	Cardiologia Ivrea	01/05/2016
23	R.R.F. Ivrea	01/05/2016
24	Distretto San Mauro	01/05/2016
25	Medicina Lanzo	31/12/2016
26	Nefrologia e Dialisi Ivrea	31/12/2016
27	Servizio Veterinario Area A Ivrea	31/12/2016
28	Servizio Veterinario Area B Cirié	31/12/2016
29	Servizio Veterinario Area C Cirié	31/12/2016
30	Ser.T. Cirié	31/12/2016
31	Ser.T. Chivasso	31/12/2016
32	S.I.A.N. Ivrea	31/12/2016
33	Economato	31/12/2016
	Provveditorato	

Con la citata delibera n. 1155/2015 sono state, pertanto, disattivate le seguenti 6 Strutture Complesse ospedaliere, di cui 4 di area chirurgica, rispettando quanto previsto dall'obiettivo (4 Strutture Complesse ospedaliere da disattivare entro il 31/12/2015, con prevalenza di quelle chirurgiche):

1. S.C. Direzione Sanitaria Ospedale di Settimo;
2. S.C. Oculistica Cirié, trasformata in Struttura Semplice della Struttura Complessa Oculistica Ivrea;
3. S.C. Urologia Chivasso, unificata con la S.C. Urologia Cirié e con la S.C. Urologia Ivrea nella Struttura Complessa Urologia, unica su tutta l'Azienda, con all'interno la Struttura Semplice Urologia Ivrea-Chivasso;
4. S.C. Urologia Ivrea unificata con la S.C. Urologia Cirié e con la S.C. Urologia Chivasso nella Struttura Complessa Urologia, unica su tutta l'Azienda, con all'interno la Struttura Semplice Urologia Ivrea-Chivasso;

5. S.C. O.R.L. Ivrea, unificata con la S.C. O.R.L. Cirié nella Struttura Complessa O.R.L. Cirié-Ivrea
6. S.C. Laboratorio Analisi Cirié-Chivasso, unificata con la S.C. Laboratorio Analisi Ivrea nella Struttura Complessa Laboratorio Analisi, unica su tutta l'Azienda.

Con deliberazione n. 426, del 29/04/2016 sono state disattivate / trasformate le seguenti Strutture Complesse:

7. S.C. Programmazione e Controllo di Gestione e S.C. O.S.R.U. accorpate nella Struttura Complessa Programmazione Strategica e Sviluppo Risorse;
8. S.C. Qualità, trasformata in Struttura Semplice in staff al Direttore Generale;
9. S.C. Direzione Integrata della Prevenzione;
10. S.C. Medico Competente, trasformata in Struttura Semplice in staff al Direttore Generale;
11. S.C. Formazione, trasformata in Struttura Semplice in staff al Direttore Sanitario;
12. /13. S.C. Affari Generali, S.C. S.A.T. e S.C. Legale, trasformate nella Struttura Complessa Affari Istituzionali - Legali - C.N.U.;
14. S.C. Patrimoniale e S.C. Servizio Tecnico accorpate nella Struttura Complessa Servizio Tecnico Patrimoniale;
15. S.C. Farmacia Ospedaliera Chivasso, unificata con la S.C. Farmacia Ospedaliera Ivrea nella Struttura Complessa Farmacia Ospedaliera;
16. S.C. Fisica Sanitaria, trasformata in Struttura Semplice Dipartimentale del Dipartimento dell'Area Diagnostica;
17. S.C. A.S.T..

In merito alle seguenti Strutture Complesse il percorso di riorganizzazione era già iniziato nel 2012, con l'approvazione della Consistenza Organica, ed è stato formalmente definito con l'Atto Aziendale dell'Ottobre 2015:

18. S.C. Ingegneria Clinica trasformata in Ufficio in staff al Direttore Generale;
19. S.C. Post-acuzie ad indirizzo cardio-polmonare trasformata nella Struttura Semplice Post-acuzie Cardiologica, Struttura Semplice della S.C. Cardiologia Cirié-Ivrea;
20. S.C. Neurologia Chivasso trasformata nella Struttura Semplice Neurologia Chivasso, Struttura Semplice della Struttura Complessa Neurologia Ivrea-Chivasso;
21. S.C. Nefrologia e Dialisi Chivasso trasformata nella Struttura Semplice Nefrologia e Dialisi Chivasso, Struttura Semplice, prima, della S.C. Nefrologia e Dialisi Cirié-Chivasso e dal 01/07/2016 della Struttura Complessa Nefrologia e Dialisi;
22. S.C. Cardiologia Ivrea trasformata nella Struttura Semplice Cardiologia Ivrea, Struttura Semplice della Struttura Complessa Cardiologia Cirié-Ivrea;
23. S.C. R.R.F. Ivrea accorpata nella S.C. R.R.F., unica su tutta l'A.S.L. TO4;
24. S.C. Distretto San Mauro accorpato nella S.C. Distretto Chivasso - San Mauro.

Complessivamente al 01/05/2016 sono state disattivate n°24 Strutture Complesse (n°6 entro il 31/12/2015 + n°18 entro il 01/05/2016) pari al 72,72 % di quelle da disattivare, rispettando quanto previsto dalla D.G.R. del 05/08/2015 (chiusura di almeno il 50% delle Strutture Complesse previste).

Con la delibera n. 426, del 29/04/2016 è stata, altresì, attivata, con decorrenza 01/05/2016, la nuova Struttura Complessa Radiologia Ivrea, collocata all'interno del Dipartimento dell'Area Diagnostica e prevista nell'Atto Aziendale dell'Ottobre 2015, scorporandola dalla Struttura Complessa Radiologia Chivasso-Ivrea.

Con la medesima delibera n. 426/2016 sono state, inoltre, attivate le seguenti Strutture Complesse in line al Direttore Amministrativo, con le funzioni previste dal nuovo Atto Aziendale:

- S.C. Gestione Economico-Finanziaria,
- S.C. Amministrazione del Personale,
- S.C. Sistemi Informativi e Ufficio Flussi.

Con decorrenza 1° Luglio 2016 sono state attivate le Strutture Complesse di seguito indicate, previste dall'Atto Aziendale dell'Ottobre 2015:

- S.C. Medicina Generale Cuorné, attivata con deliberazione n. 634, del 17/06/2016;
- S.C. Geriatria Cuorné, attivata con deliberazione n. 635, del 17/06/2016;

Con deliberazione n. 699, del 29/06/2016 è stata, inoltre, attivata, sempre con decorrenza 01/07/2016, la Struttura Complessa Nefrologia e Dialisi, unica su tutta l'Azienda, con conseguente soppressione della seguente Struttura Complessa:

25. S.C. Nefrologia e Dialisi Ivrea, trasformata in Struttura Semplice della nuova Struttura Complessa Nefrologia e Dialisi.

Con deliberazione n. 916, del 08/09/2016 - a completamento del percorso già intrapreso con l'Atto Aziendale del Gennaio 2010 di unificazione delle Strutture del Dipartimento di Prevenzione - sono state definitivamente disattivate, con decorrenza 1° Settembre 2016, le seguenti Strutture Complesse:

26. S.C. Servizio Veterinario Area A Ivrea, unificato con la S.C. Servizio Veterinario Area A Cirié nella Struttura Complessa Servizio Veterinario Area A, unica su tutta l'Azienda;
27. S.C. Servizio Veterinario Area B Cirié, unificato con la S.C. Servizio Veterinario Area B Ivrea nella Struttura Complessa Servizio Veterinario Area B, unica su tutta l'Azienda;
28. S.C. Servizio Veterinario Area C Cirié, unificato con la S.C. Servizio Veterinario Area C Ivrea nella Struttura Complessa Servizio Veterinario Area C, unica su tutta l'Azienda.

Con la stessa delibera n. 916/2016, a parziale modifica di quanto previsto nella delibera n. 1155/2015, è stata anticipata al 01/09/2016 la disattivazione della seguente Struttura Complessa:

29. S.C. S.I.A.N. Ivrea, unificata con la S.C. S.I.A.N. Chivasso nella Struttura Complessa Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, unica su tutta l'Azienda.

Con deliberazione n. 1153, del 16/11/2016 è stata attivata, a decorrere dal 1° Dicembre 2016, la Struttura Complessa Medicina Generale Cirié-Lanzo, cui afferiscono le Strutture Semplici Medicina sede Lanzo, Lungodegenza sede Lanzo e Pneumologia, con soppressione, dalla medesima data, delle seguenti Strutture Complesse:

30. S.C. Medicina Generale Cirié e S.C. Medicina Generale Lanzo, unificate nella nuova S.C. Medicina Generale Cirié-Lanzo.

Con deliberazione n. 1299, del 22/12/2016, è stato conferito, con decorrenza 1° Gennaio 2017, l'incarico di Direttore della nuova Struttura Complessa Servizio per le Dipendenze Ivrea, cui afferiscono le tre Strutture Semplici Servizio per le Dipendenze Cirié, Servizio per le Dipendenze Chivasso e Integrazione Progettazione Territoriale, Ambulatoriale e Residenziale nell'ambito delle Dipendenze. Dalla medesima data sono state, pertanto, soppresse le seguenti Strutture Complesse:

31. S.C. Ser.T. Cirié,
32. S.C. Ser.T. Chivasso.

In ultimo, a completamento di quanto previsto dal Piano di Riduzione delle Strutture Complesse, con deliberazione n. 1300, del 22/12/2016 è stato conferito, sempre con decorrenza 1° Gennaio 2017, l'incarico di Direttore della Struttura Complessa Acquisizione e Gestione Logistica Beni e Servizi, con conseguente soppressione delle seguenti Strutture Complesse:

33. S.C. Economato e S.C. Provveditorato, le cui funzioni sono state ricomprese nella nuova S.C. Acquisizione e Gestione Logistica Beni e Servizi.

In ordine alla piena implementazione dell'Atto Aziendale nel suo complesso, ovvero del Piano di Organizzazione, con riferimento alle nuove Strutture Semplici e Semplici Dipartimentali, si rappresenta quanto segue.

A seguito della disattivazione delle Strutture Complesse Tecnico-Amministrative di cui alla citata delibera n. 426/2016, sono stati attribuiti, con decorrenza 1° Maggio 2016, gli incarichi di Responsabile delle seguenti Strutture Semplici Amministrative previste dall'Atto Aziendale di Ottobre 2015:

- Struttura Semplice Gestione Amministrativa Rapporti con Strutture Accreditate e Convenzionate e con Organismi per trasporti sanitari, collocata all'interno della S.C. Affari Istituzionali, Legali, C.N.U., attribuito con deliberazione n. 494, del 18/05/2016;
- Struttura Semplice Legale e Assicurazioni, afferente alla S.C. Affari Istituzionali, Legali, C.N.U. e derivante dalla soppressione della S.C. Legale, attribuito con deliberazione n. 495, del 18/05/2016;
- Struttura Semplice Personale Atipico, collocata all'interno della S.C. Amministrazione del Personale, attribuito con deliberazione n. 496, del 18/05/2016.

Per quanto concerne le seguenti Strutture Semplici di pertinenza del ruolo sanitario, con deliberazione n. 1265, del 16/12/2016 si è proceduto alla loro attivazione, con attribuzione del relativo incarico di Responsabile, con decorrenza dal 01/01/2017, attraverso le procedure delle selezioni interne espletate sulla base di quanto previsto nel Documento in materia di conferimento degli incarichi di Direzione / Responsabilità di Struttura" della Dirigenza Medico-Veterinaria, concertato con le Organizzazioni Sindacali della medesima area Dirigenziale nell'incontro del 13/06/2016, e l'analogo Documento riferito alla Dirigenza del Ruolo Sanitario, concertato con le Organizzazioni Sindacali della stessa area Dirigenziale nell'incontro del 29/07/2016 - approvati, rispettivamente, con delibera n. 611, del 17/06/2016 e con delibera n. 819, del 02/08/2016:

N°	Struttura di riferimento	Struttura Semplice
----	--------------------------	--------------------

N°	Struttura di riferimento	Struttura Semplice
<u>Staff al Direttore Generale</u>		
1	Struttura in Staff al Direttore Generale	S.S. Medico Competente
2	Struttura in Staff al Direttore Generale	S.S. Qualità
<u>Staff al Direttore Sanitario</u>		
3	Struttura in Staff al Direttore Sanitario	S.S. Gestione Contenzioso Medico-Legale
4	Struttura in Staff al Direttore Sanitario	S.S. Prevenzione, Sorveglianza e Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza
5	Struttura in Staff al Direttore Sanitario	S.S. Psicologia della Salute in Età Evolutiva
6	Struttura in Staff al Direttore Sanitario	S.S. Psicologia della Salute degli Adulti
7	Struttura in Staff al Direttore Sanitario	S.S. Unità Operativa Cure Palliative (U.O.C.P.)
8	Struttura in Staff al Direttore Sanitario	S.S. Cure Domiciliari Cirié – Lanzo
9	Struttura in Staff al Direttore Sanitario	S.S. Cure Domiciliari Chivasso – Settimo – San Mauro
10	Struttura in Staff al Direttore Sanitario	S.S. Cure Domiciliari Ivrea – Cuorné
11	Struttura in Staff al Direttore Sanitario	S.S. Assistenza Primaria
12	Struttura in Staff al Direttore Sanitario	S.S. Assistenza Integrativa e Protesica
<u>Line al Direttore Sanitario – Ospedale</u>		
13	S.C. Direzione Medica di Presidio Ospedaliero Cirié-Lanzo	S.S. Specialistica Ambulatoriale Ospedaliera Cirié-Lanzo
14	S.C. Direzione Medica di Presidio Ospedaliero Chivasso	S.S. Specialistica Ambulatoriale Ospedaliera Chivasso
15	S.C. Direzione Medica di Presidio Ospedaliero Ivrea-Cuorné	S.S. Specialistica Ambulatoriale Ospedaliera Ivrea-Cuorné
16	S.C. Direzione Medica di Presidio Ospedaliero Ivrea-Cuorné	S.S. Dietetica e Nutrizione Clinica
17	S.C. Farmacia Ospedaliera	S.S. Continuità Farmaceutica Ospedale - Territorio
18	S.C. Farmacia Ospedaliera	S.S. Farmacia Oncologica e Galenica Clinica
<u>Dipartimento di Area Medica</u>		
19	Dipartimento di Area Medica	S.S.D. Ematologia
20	S.C. Cardiologia Cirié-Ivrea	S.S. Cardiologia Ivrea
21	S.C. Cardiologia Cirié-Ivrea	S.S. Post-acuzie Cardiologica
22	S.C. Cardiologia Cirié-Ivrea	S.S. Emodinamica A.S.L. TO4
23	S.C. Cardiologia Chivasso	S.S. U.T.I.C. ed Emergenza Cardiologica
24	S.C. Gastroenterologia	S.S. Gastroenterologia Cirié-Chivasso
25	S.C. Recupero e Riabilitazione Funzionale	S.S. Recupero e Riabilitazione Funzionale Chivasso
26	S.C. Recupero e Riabilitazione Funzionale	S.S. Day Service Riabilitativo di Castellamonte
27	S.C. Medicina Generale Ivrea	S.S. Dermatologia
28	S.C. Medicina Generale Chivasso	S.S. Diabetologia

N°	Struttura di riferimento	Struttura Semplice
29	S.C. Medicina Generale Cuorné	S.S. Lungodegenza Cuorné
30	S.C. Neurologia Ivrea-Chivasso	S.S. Neurologia Chivasso
31	S.C. Oncologia	S.S. Day Hospital Oncologico Ivrea-Cuorné
32	S.C. Oncologia	S.S. Day Hospital Oncologico Cirié-Lanzo
33	S.C. Oncologia	S.S. Day Hospital Oncologico Chivasso
<u>Dipartimento di Area Chirurgica</u>		
34	S.C. Chirurgia Generale Chivasso	S.S. Day Surgery Chivasso
35	S.C. Chirurgia Generale Ivrea	S.S. Day Surgery Ivrea – Cuorné
36	S.C. Oculistica	S.S. Oculistica Cirié
37	S.C. Urologia	S.S. Urologia Ivrea – Chivasso
<u>Dipartimento dell'Area Diagnostica</u>		
38	Dipartimento dell'Area Diagnostica	S.S.D. Senologia
39	Dipartimento dell'Area Diagnostica	S.S.D. Fisica Sanitaria
40	S.C. Laboratorio Analisi	S.S. Laboratorio Analisi Ivrea-Cuorné
41	S.C. Laboratorio Analisi	S.S. Laboratorio Analisi Cirié-Lanzo
42	S.C. Laboratorio Analisi	S.S. Laboratorio Analisi Chivasso
43	S.C. Radiologia Ivrea	S.S. Radiologia Cuorné
44	S.C. Radiologia Ivrea	S.S. Medicina Nucleare
<u>Dipartimento di Emergenza</u>		
45	S.C. Anestesia e Rianimazione Cirié	S.S. Sale Operatorie Cirié-Lanzo
46	S.C. Anestesia e Rianimazione Chivasso	S.S. Sale Operatorie Chivasso
47	S.C. Anestesia e Rianimazione Ivrea	S.S. Sale Operatorie Ivrea-Cuorné
<u>Line al Direttore Sanitario – Territorio</u>		
48	S.C. Distretto Ivrea	S.S. Sanità Penitenziaria
49	S.C. Farmacia Territoriale	S.S. Gestione Farmaceutica Convenzionata
50	S.C. Farmacia Territoriale	S.S. Gestione Farmaceutica Integrativa
<u>Dipartimento Materno-Infantile</u>		
51	Dipartimento Materno-Infantile	S.S.D. Consultori
52	S.C. Pediatria Cirié	S.S. Neonatologia Cirié
53	S.C. Pediatria Chivasso	S.S. Neonatologia Chivasso
54	S.C. Pediatria Ivrea	S.S. Neonatologia Ivrea
55	S.C. Ostetricia e Ginecologia Ivrea	S.S. Percorso Nascita
56	S.C. N.P.I.	S.S. N.P.I. Ivrea-Chivasso
<u>Dipartimento di Salute Mentale</u>		

N°	Struttura di riferimento	Struttura Semplice
57	Dipartimento di Salute Mentale	S.S.D. Integrazione progettazione territoriale, ambulatoriale e residenziale nell'ambito della Salute Mentale
58	S.C. Salute Mentale Cirié - Ivrea	S.S. C.S.M. Cirié
59	S.C. Salute Mentale Cirié - Ivrea	S.S. C.S.M. Ivrea - Cuorné
60	S.C. Salute Mentale Cirié - Ivrea	S.S. S.P.D.C. Cirié
61	S.C. Salute Mentale Cirié - Ivrea	S.S. S.P.D.C. Ivrea
62	S.C. Salute Mentale Cirié - Ivrea	S.S. Disturbi del Comportamento Alimentare
63	S.C. Salute Mentale Chivasso	S.S. C.S.M. Chivasso - Settimo - San Mauro
64	S.C. Salute Mentale Chivasso	S.S. S.P.D.C. Chivasso
<u>Dipartimento di Prevenzione</u>		
65	Dipartimento di Prevenzione	S.S.D. Promozione della Salute
66	Dipartimento di Prevenzione	S.S.D. Nucleo Ispettivo di Vigilanza
67	S.C. Igiene e Sanità Pubblica	S.S. Sorveglianza Malattie Infettive e Vaccinazioni
68	S.C. Igiene e Sanità Pubblica	S.S. S.I.S.P. Cirié-Chivasso
69	S.C. Igiene e Sanità Pubblica	S.S. Unità Valutazione e Organizzazione Screening (U.V.O.S.)
70	S.C. Igiene e Sanità Pubblica	S.S. Medicina Sportiva
71	S.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	S.S. Sicurezza Alimentare
72	S.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	S.S. Sorveglianza e Prevenzione Nutrizionale
73	S.C. Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro	S.S. Monitoraggio e Valutazione Malattie Professionali Lavoro
74	S.C. Servizio Veterinario Area A	S.S. Sanità Animale
75	S.C. Servizio Veterinario Area B	S.S. Vigilanza e Controllo Sicurezza Alimenti di Origine Animale
76	S.C. Servizio Veterinario Area C	S.S. Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche

Contestualmente all'attribuzione dei suddetti incarichi sono state disattivate le Strutture Semplici e Semplici Dipartimentali previste dal precedente Atto Aziendale.

Indicatore: obiettivo raggiunto

=====

- Sub-obiettivo 1.2 Centralizzazione delle chiamate di C.A.

Indicatori obiettivo: 5. Esistenza dati di attività prodotta (ad es. risposte telefoniche, visite domiciliari, visite ambulatoriali, trasferite verso 118 e ricevute da 118)

• Revisione postazioni di CA

Dopo le azione già intraprese dalla nostra ASL nell'anno 2015 (censimento delle risorse e dei dati di attività della Continuità Assistenziale, convenzione firmata con l'ASL TO1 per la centralizzazione delle chiamate sul n.116117), l'obiettivo 1.2 di cui alla DGR n.30-3307 del 16.5.2016, coinvolge l'ASL TO4 in riferimento ai punti 5 e 6.

- Punto 5 – Poiché il punto 5 della sezione "Valore dell'obiettivo" fa espressamente riferimento alle banche dati relative ai servizi effettuati "all'interno delle c.o. 116117", si presume che i dati richiesti si riferiscano all'attività di CA successiva alla centralizzazione delle chiamate.

In ogni caso siamo già oggi in grado di fornire i dati relativi alle visite domiciliari, ambulatoriali e consigli telefonici di ogni nostra sede.

Punto 6 – In attesa delle indicazioni per la revisione delle prestazioni di CA, l'ASL TO4 dispone di tutti i dati necessari per la realizzazione della revisione delle postazioni.

Indicatore 5 - 6.: obiettivo raggiunto per quanto di competenza dell'A.S.L. TO4.

=====

Obiettivo 3 “Fondo di Riequilibrio”

- Sub-obiettivo 3 Attuazione piano di efficientamento da Fondo di riequilibrio

Indicatori obiettivo: Coerenza degli importi di disavanzo/avanzo economico concordato

Nel confermare quanto trasmesso in data 12/12/2016 circa l'andamento del bilancio aziendale, alla luce delle risultanze maturate al 30/09/2016, con la presente nota si comunica l'aggiornamento della situazione contabile.

Si allega:

- a) Tabella riportante la cronistoria, per macrogruppi, che confronta il consuntivo 2014, il consuntivo 2015, e l'evoluzione dell'esercizio 2016 tenuto conto della circolare regionale prot. n.4680/A1407a_04 del 20/02/2017;
- b) Bilancio di Previsione, Conto Economico, stima al 31/12/2016 alla data odierna;
- c) Modello CE riclassificato (procedura FEC) raffronto 4° trimestre 2015 /2016 post circolare regionale prot. n.4680/A1407a_04 del 20/02/2017.

Dal prospetto di cui al punto b) si evince, al momento, un risultato di esercizio in leggera perdita (€ 202.000= circa). Tale risultanza troverà copertura in sede di assegnazione definitiva del finanziamento regionale 2016. Infatti deve essere ancora assegnato, rispetto ai costi già contabilizzati, il finanziamento relativo a:

- Spesa non Sanitaria 2016 per € 6.835.000= circa
- Finanziamento per rinnovo contrattuale PD per € 893.000= circa
- Finanziamento rinnovo contrattuale CUN per € 255.000= circa

L'assegnazione di questi finanziamenti porterà ad una chiusura di bilancio positiva di oltre € 7 milioni, salvo verifica a consuntivo delle risultanze della mobilità sanitaria.

Indicatore: obiettivo raggiunto

=====

Obiettivo 11 “GdP Antincendio e Antisismica”

- Sub-obiettivo 11 Rispetto della normativa Antincendio e Antisismica

Indicatore obiettivo:

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

Rispetto della normativa antisismica

Il 16 novembre 2016, è stata attivata la convenzione con il Politecnico di Torino per la redazione della relazione storico strutturale, pedepedeutica all'analisi di vulnerabilità sismica.

Il Direttore del coordinamento antisismico regionale, Dott. Ing. Carlo Sala, ha concordato con l'Assessorato alla Sanità che con lo scarico dei dati elaborati dal Politecnico di Torino (relazione storico strutturale, fotografie e progetti dei PP.OO. sede di DEA), necessari per la successiva analisi di vulnerabilità sismica, s'intende raggiunto l'obiettivo dei Direttori Generali per l'anno 2016, sull'argomento "sismica".

Rispetto della normativa antincendio

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 124 del 17/02/2016 sono stati affidati gli incarichi di "Responsabile tecnico della Sicurezza Antincendio (RTSA) suddividendo gli stessi tra edifici ambulatoriali con superficie superiore a mq. 1000 e Presidi Ospedalieri.

I Responsabili Tecnici della Sicurezza Antincendio stanno predisponendo il documento "Sistema di Gestione della Sicurezza" (SGS) finalizzato all'adeguamento antincendio così come indicato nell'allegato III al D.M. 19/03/2015. Nello stesso documento verranno definiti i divieti, le limitazioni e le condizioni di esercizio, ordinarie ed in emergenza, per ciascuna delle fasi del programma di adeguamento.

In questa fase, per la completa definizione del documento "Sistema di Gestione della Sicurezza (SGS)" sono stati affidati, a seguito di specifica gara, gli incarichi per la certificazione degli impianti elettrici e di condizionamento (con rilascio di Di.Ri e Di.Co) necessari per definire le misure compensative ed il numero degli addetti antincendio laddove mancanti.

Indicatore 1: obiettivo raggiunto

Indicatore 2: obiettivo raggiunto

3.1 ASSISTENZA OSPEDALIERA: STATO DELL'ARTE ED OBIETTIVI

A) Stato dell'arte

L'attività di produzione ospedaliera per acuti viene effettuata negli Ospedali aggregati in tre Presidi riuniti, a cui dal 2010 si è aggiunto l'Ospedale di Settimo Torinese. Nel corso dell'anno 2013 l'Ospedale di Castellamonte è stato riconvertito secondo gli indirizzi della programmazione regionale.

OSPEDALE RIUNITO CIRIE' – LANZO

– Ospedale di Cirié (242 posti letto in ricovero ordinario e 23 posti letto in ricovero DH), l'ospedale capo fila del Presidio riunito. Dotato di specialità di base e di quelle specialistiche. E' sede di D.E.A. I livello.

– Ospedale di Lanzo (83 posti letto in ricovero ordinario e 19 posti letto in ricovero DH): Ospedale con alcune specialità di base e particolare caratterizzazione verso la day surgery e i day hospital (anche con valenza sovra ospedaliera). E' sede di un punto di primo intervento (P.P.I.)

OSPEDALE DI CHIVASSO

– Ospedale di Chivasso (183 posti letto in ricovero ordinario e 28 posti letto in ricovero DH). Dotato di specialità di base e di quelle specialistiche. E' sede di D.E.A. I livello.

OSPEDALE RIUNITO IVREA – CUORGNE'

– Ospedale di Ivrea (236 posti letto in ricovero ordinario e 30 posti letto in ricovero DH), è l'ospedale capo fila del Presidio riunito. Dotato di specialità di base e di quelle specialistiche. E' sede di D.E.A. I livello.

– Ospedale di Cuorné (98 posti letto in ricovero ordinario e 23 posti letto in ricovero DH), Ospedale con le specialità di base e particolare caratterizzazione verso la day surgery e i day hospital (anche con valenza sovra ospedaliera). E' sede di Pronto Soccorso.

Ospedale di SETTIMO TORINESE

- Gestito in sperimentazione gestionale in forma mista pubblico e privato con SAAPA s.p.a., il Presidio ha indirizzo riabilitativo di 2° livello (59 p.l.) e I ungodegenziale (82 p.l.), per un totale di 141 posti letto, a cui vanno aggiunti 94 posti letto CAVS (DGR n12-3730 del 27/07/2016).

Denominazione Struttura	Day Hospital	Ricoveri Ordinari									
Denominazione Struttura	PL Pubblici	PL Pubblici	PL Autorizzati	PL Accreditati	PL Prov. Accreditati	PL Contrattati	TOTALE	NIDO	ACUZIE	POST ACUZIE	ACUZIE SENZA NIDO
OSPEDALE CIVICO CHIVASSO	28	183	0	0	0	0	211	9	211	0	202
PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI CIRIE'	23	242	0	0	0	0	265	10	245	20	235
PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI LANZO	19	83	0	0	0	0	102	0	77	25	77
OSPEDALE CIVILE DI IVREA	30	235	0	0	0	0	265	10	265	0	255
OSPEDALE CIVILE DI CUORGNE'	23	98	0	0	0	0	121	0	94	27	94
Totale ASLTO4	123	841	0	0	0	0	964	29	892	72	863
SAAPA S.P.A.	0	141	0	0	0	0					
Totale Settimo	0	141	0	0	0	0					
POLICLINICO DI MONZA SPA	0	0	80	80	0	66					
CASA DI CURA VILLE TURINA AMIONE	0	0	147	147	0	147					
SANTA CROCE SRL	0	0	120	120	0	107					
VILLA GRAZIA SRL	0	0	220	210	0	193					
Totale Privati	0	0	567	557	0	513					
Totale Azienda	123	982	567	557		513					

Tabella . Posti letto dell'ASL TO 4 per Presidio pubblico e privato accreditato (31.12.2016)

B) Obiettivi dell'esercizio relativi alla Struttura e all'organizzazione dei Servizi

Con la D.G.R. n. 30-3307 del 16/05/2016 avente ad oggetto: "Art. 3 bis, commi 5 ss. D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. Assegnazione obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai direttori generali delle aziende sanitarie regionali finalizzati al riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2016"

Gli obiettivi sono suddivisi come segue:

Obiettivo Obiettivo 4 "Umanizzazione"

- Sub-obiettivo 4 Valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle strutture di ricovero delle Aziende Sanitarie Regionali

Obiettivo 5 "Rete Laboratorio Analisi"

- Sub-obiettivo 5.1 Rete Laboratorio Analisi – Hub & Spoke
- Sub-obiettivo 5.2 Rete Laboratorio Analisi – Gare Centralizzate

Obiettivo 7 "Esiti"

- Sub-obiettivo 7.1 Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti >65
- Sub-obiettivo 7.2 Proporzione di parti con taglio cesareo primario
- Sub-obiettivo 7.3 Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI

Obiettivo 8 "Assistenza Farmaceutica"

- Sub-obiettivo 8 Assistenza Farmaceutica Territoriale ed Ospedaliera. Appropriately prescrittiva e riduzione della variabilità

Obiettivo 9 "Rete Oncologica"

- Sub-obiettivo 9.1 Dipartimento funzionale interregionale ed interaziendale di rete oncologica
- Sub-obiettivo 9.2 Screening Oncologici – Prevenzione Serena

Obiettivo 10 “Rete Trapianti”

- Sub-obiettivo 10 Incremento donazioni d'organo

All'interno della logica di albero della performance, ogni obiettivo strategico stabilito nella fase precedente è articolato in obiettivi operativi per ciascuno dei quali sono definite le azioni, i tempi, le risorse e le responsabilità organizzative connesse al loro raggiungimento.

Essi individuano:

- l'obiettivo operativo, a cui si associano, rispettivamente, uno o più indicatori; ad ogni indicatore è attribuito un target (valore programmato o atteso);
- le azioni da porre in essere con la relativa tempistica;
- la quantificazione delle risorse economiche, umane e strumentali;
- le responsabilità organizzative, identificando un solo responsabile per ciascun obiettivo operativo.

In tale ambito sono sviluppate specifiche azioni allo scopo di raggiungere gli obiettivi definiti.

Obiettivo	Sub - obiettivo	Indicatore
Obiettivo 4 “Umanizzazione”	Valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle strutture di ricovero delle Aziende Sanitarie Regionali	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.
Obiettivo 5 “Rete Laboratorio Analisi”	<ul style="list-style-type: none"> - Sub-obiettivo 5.1 Rete Laboratorio Analisi – Hub & Spoke - Sub-obiettivo 5.2 Rete Laboratorio Analisi – Gare Centralizzate 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Esami specialistici concentrati nei laboratori di riferimento (HUB) / Esami specialistici da concentrare nei laboratori di riferimento 2. 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)
Obiettivo 7 “Esiti”	<ul style="list-style-type: none"> - Sub-obiettivo 7.1 Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti >65 - Sub-obiettivo 7.2 Proporzioni di parti con taglio cesareo primario - Sub-obiettivo 7.3 Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 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 2. (N°parti con cesareo primario / N°parti con ne ssun pregresso cesareo) x 100 3. Numero di episodi di STEMI, in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro 2 giorni / Numero di episodi di STEMI
Obiettivo 8 “Assistenza Farmaceutica”	<ul style="list-style-type: none"> - Assistenza Farmaceutica Territoriale ed Ospedaliera. Appropriata prescrittiva e riduzione della variabilità 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inibitori di Pompa Acida (ATC A02BC) 2. Antibatterici per uso sistemico (ATC=J01) 3. Renina-angiotensina II associati e non (ATC=C09C e ATC=C09D) 4. Inibitori della HMG CoA redattasi (ATC=C10AA) 5. Antidepressivi (ATC=N06A) 6. Farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie 7. Insuline ed analoghi per iniezione, ad azione lenta (ATC=A10AE04) 8. Fattori di stimolazione delle colonie (ATC=L03AA) 9. Altri preparati antianemici (Eritropoietina ATC=B03XA) 10. Inibitori del fattore di necrosi tumorale Alfa – TNF Alfa – (ATC=L04AB) 11. Somatropina e agonisti della Somatropina (ATC=H01AC01)
Obiettivo 9 “Rete Oncologica”	<ul style="list-style-type: none"> - Sub-obiettivo 9.1 Dipartimento funzionale interregionale ed interaziendale di rete oncologica - Sub-obiettivo 9.2 Screening 	<ol style="list-style-type: none"> 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

	Oncologici – Prevenzione Serena	N° di PDTA deliberati dall'ASR, firmati da tutti i componenti del GIC, per patologia tumorale / N° totale di PDTA da deliberare dall'ASR
		1. COPERTURE INVITI: N° persone invitate + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale. 2. COPERTURE ESAMI: N° persone sottoposte al test di screening, incluse le adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale.
Obiettivo 10 "Rete Trapianti"	- Incremento donazioni d'organo	1. n° morti encefaliche segnalate nei reparti di ri animazione / n° decessi di soggetti ricoverati nei reparti di ri animazione con una patologia compatibile con l'evoluzione verso la morte encefalica 2. n° esecuzioni prelievo di cornea effettuate nel 2016 / totale decessi ospedalieri del 2015

Obiettivo 4 "Umanizzazione"

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

Indicatori obiettivo: 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.

Nel 2015 l'ASL TO4 ha realizzato, attraverso l'Équipe locale costituita da operatori dell'Azienda e da rappresentanti dei cittadini appositamente formati sul progetto, le attività di valutazione del grado di umanizzazione nei Presidi ospedalieri aziendali con un numero di posti letto superiore a 120 (Presidi ospedalieri di Chivasso, di Ciriè, di Ivrea e di Cuorgnè).

Nel 2016 l'ASL TO4, sempre attraverso l'Équipe locale, ha predisposto, per ciascuno dei Presidi ospedalieri interessati, il Piano di miglioramento in conformità a quanto previsto dalla procedura regionale, come di seguito indicato:

- individuazione di tutti gli item critici (di valore inferiore a 6) per ogni Presidio ospedaliero aziendale interessato;
- predisposizione di un elenco, per ogni Presidio ospedaliero aziendale interessato, in cui fossero riportati solo gli item per i quali vi fosse comune accordo rispetto alla necessità/possibilità di realizzare azioni di miglioramento;
- definizione delle azioni di miglioramento da realizzare per ciascuno degli item presenti negli elenchi di cui sopra, classificate sulla base dei seguenti criteri: costo; rilevanza del problema che l'azione di miglioramento vuole affrontare; tempo. Per ogni item, inoltre, sono state individuate la/e struttura/e operativa/e responsabile/i della realizzazione delle azioni di miglioramento;
- presentazione dei Piani di miglioramento alla Direzione Generale;
- discussione e condivisione dei Piani di miglioramento, come approvati dalla Direzione Generale, con il Collegio di Direzione (incontro avvenuto in data 28 dicembre 2016);
- deliberazione del Direttore Generale di adozione dei Piani di miglioramento (deliberazione n. 1348 del 30 dicembre 2016), con evidenza dell'avvenuta discussione e condivisione da parte del Collegio di Direzione.

Indicatore: obiettivo raggiunto

=====

Obiettivo 5 “Rete Laboratorio Analisi”

- Sub-obiettivo 5.1 Rete Laboratorio Analisi – Hub & Spoke

Indicatore obiettivo: Esami specialistici concentrati nei laboratori di riferimento (HUB)

Esami specialistici da concentrare nei laboratori di riferimento

Riorganizzazione e razionalizzazione della rete dei Laboratori Analisi.

(Attuazione della D.D. n°178 del 23/03/15 e DGR n°50-2484 del 23/11/2015)

D.D. N. 178 del 23/03/2015 (indicazioni sulla centralizzazione specialistica di laboratorio)

L’A.S.L. TO4 ha come centri di Riferimento specialistici l’Ospedale Amedeo di Savoia per la diagnostica infettivologica e la Città della Salute di Torino per la restante specialistica.

Per riguarda il passaggio delle attività di secondo livello verso l’Ospedale Amedeo di Savoia, si conferma che il trasferimento si è concluso nell’aprile del 2015.

Al momento il flusso dei dati viene gestito dall’applicativo Pegaso (vecchia versione) di Noemalife solo per le sedi di Chivasso e Ciriè, per le sedi di Ivrea e Cuorgnè si utilizzano ancora moduli cartacei, il C.I.C. aveva garantito il collegamento con Pegaso anche per queste sedi entro l’autunno (tutto è stato rimandato a data da stabilire)

Città della Salute: la situazione è più articolata:

In accordo con il Direttore del Baldi Riberi si è operato per step successivi.

Come prima azione si sono affrontate le problematiche informatiche: si è, inizialmente, installato il sistema Pegaso (vecchia versione) su tutte e tre le sedi in modo da eliminare da subito, come richiesto dall’Ospedale Molinette, le richieste cartacee almeno per l’utenza esterna; le tempistiche sono state le seguenti:

Chivasso dal 13/01/16

Ciriè dal 25/01/16

Ivrea Cuorgnè dal 28/03/16

Anche in questo caso come per il collegamento con l’Amedeo di Savoia abbiamo si è lavorato, fino ad oggi, con la versione vecchia di Pegaso del tutto obsoleta e non in grado di gestire, soprattutto per le gravi carenze riguardanti il ritorno del referto, la sempre crescente quantità di analisi che si stanno trasferendo a Torino.

Nel mese di maggio 2016 le ASL TO2, TO4 e TO5 avevano congiuntamente concordato con Noemalife l’acquisizione di una nuova versione di Pegaso.

Noemalife da parte sua aveva assicurato l’installazione della nuova release di Pegaso entro fine settembre 2016.

Nel mese di **luglio 2016** si è quindi cominciato trasferendo **l’allergologia**.

Ad inizio settembre Noemalife ha segnalato un ritardo di un mese (previsione per fine ottobre) nel rilascio del nuovo Pegaso. Chiaramente anche la programmazione dell’Azienda, di trasferimento delle altre linee diagnostiche, ha subito uno slittamento.

Il nuovo software è stato installato presso la Città della Salute solo ad inizio novembre e solo il giorno 14 novembre 2016 è stato comunicato che si poteva iniziare le prove di funzionalità del sistema.

A seguito di questi step il passaggio delle rimanenti attività specialistiche è stato attivato con il seguente cronoprogramma:

- **Immunosoppressori:** inviati a Torino **dal 29/11/16**.

- **Coagulazione specialistica:** il trasferimento è iniziato il **21/12/16**

- **Autoimmunità:** effettuato il **30/11/16**. Per questa linea diagnostica è stata concessa, dall’ASL TO4, l’autorizzazione al trasferimento di un tecnico. In accordo con il Direttore del Baldi Riberi il Direttore del Laboratorio Analisi ha proposto il trasferimento di un operatore ad inizio gennaio 2017.

Per quanto riguarda la **diagnostica molecolare legata alla patologia trombofilica** si era in attesa di un via al trasferimento da parte della Prof.ssa Barbara Pasini, Direttrice della Genetica Universitaria. Ad inizio estate la Professoressa (mail del 23/06) ha proposto, come data, ottobre 2016. Con mail del 25/11/16 la Prof.ssa Pasini ha richiesto un ulteriore rinvio a **gennaio 2017** causa difficoltà nell’implementazione di una nuova strumentazione. Con un’ulteriore mail 21/02/17 la Professoressa ha dato finalmente la disponibilità al trasferimento della diagnostica che è attualmente in corso.

La validazione degli emocomponenti è trasferita da tempo.

Indicatore: l’obiettivo può considerarsi raggiunto

=====

- **Sub-obiettivo 5.2 Rete Laboratorio Analisi – Gare Centralizzate**

Indicatore obiettivo: 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)

DGR 50-2484/2015: riorganizzazione e razionalizzazione della rete dei laboratori relativa al consolidamento delle analisi ad elevata automazione.

Si conferma che nel mese di **settembre**, con delibera n. 720 del 28/09/2016, è stata deliberata l'indizione della gara comune (Hub e Spoke) per l'area diagnostica ad alta automazione di **Ematologia**.

Indicatore: obiettivo raggiunto

=====

Obiettivo 7 “Esiti”

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

Indicatore obiettivo: 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

Presidio Ospedaliero	Percentuale interventi
Chivasso	59,4%
Ciriè	41,8%
Ivrea	72,0%
Totale	58,5%

Indicatore: obiettivo parzialmente raggiunto

=====

- **Sub-obiettivo 7.2 Proporzione di parti con taglio cesareo primario**

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

Presidio Ospedaliero	Percentuale interventi
Chivasso	31,6%
Ciriè	19,8%
Ivrea	26,7%
Totale	25,7%

Indicatore: obiettivo parzialmente raggiunto

=====

- **Sub-obiettivo 7.3 Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI**

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

Numero di episodi di STEMI

Presidio Ospedaliero	Percentuale interventi
Ciriè	91,4%
Ivrea	86,9%
Totale	90,0%

Indicatore: obiettivo raggiunto

=====

Obiettivo 8 “Assistenza Farmaceutica”

- **Sub-obiettivo 8 Assistenza Farmaceutica Territoriale ed Ospedaliera. Appropriately prescrittiva e riduzione della variabilità**

Indicatore obiettivo:

1. Inibitori di Pompa Acida (ATC A02BC)
2. Antibatterici per uso sistemico (ATC=J01)
3. Renina-angiotensina llassociati e non (ATC=C09C e ATC=C09D)
4. Inibitori della HMG CoA redattasi (ATC=C10AA)
5. Antidepressivi (ATC=N06A)
6. Farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie
7. Insuline ed analoghi per iniezione, ad azione lenta (ATC=A10AE04)
8. Fattori di stimolazione delle colonie (ATC=L03AA)
9. Altri preparati antianemici (Eritropoietina ATC=B03XA)
10. Inibitori del fattore di necrosi tumorale Alfa – TNF Alfa – (ATC=L04AB)
11. Somatropina e agonisti della Somatropina (ATC=H01AC01)

Si è proseguito il monitoraggio dei dati di prescrizione per le classi di farmaci individuate dall'obiettivo numero 8 e direttamente prescritte dai medici di medicina generale, quali : inibitori di pompa acida, antibatterici per uso sistemico, sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensinall (sartani), inibitori della HMG CoA reduttasi (statine), antidepressivi, farmaci per i disturbi delle vie respiratorie.

Il report per singolo medico concordato con i direttori di distretto è stato inviato, con i dati aggiornati al III trimestre 2016, si è in attesa dei dati per singolo medico del IV trimestre.

Nella tabella allegata sono riportati i dati aggregati relativi a tutta la ASL TO4 aggiornati al IV trimestre 2016 (dati estratti da PROGETTO SFERA), e una tabella riassuntiva con il dato annuale.

Per le singole classi di farmaci si segnala:

Inibitori di pompa acida (ATC=A02BC): l'obiettivo è stato ampiamente raggiunto con un valore di **12.93** euro pro-capite (**obiettivo regionale euro 14,6**). L'attività di monitoraggio è iniziata già nel 2014/2015 e ha portato nel 2015 alla redazione di linee guida comuni aziendali redatte da un gruppo multidisciplinare costituito da medici di medicina generale, specialisti ospedalieri e farmacisti. Parallelamente si è proceduto alla segnalazione di casi di iperprescrizione, con conseguente revisione delle terapie inappropriate da parte dei medici prescrittori. Tale attività è proseguita nel 2016 con un richiamo alla adesione alle linee guida aziendali. E' stato inoltre dato come obiettivo ai medici di medicina generale.

- Antibatterici per uso sistemico (ATC=J01):Il valore annuo raggiunto è stato del **902,95** euro per 100 assistibili a fronte di un obiettivo fissato di **855.82** euro per 100 assistibili. Si è comunque registrata una riduzione rispetto al 2015 dove la spesa era stata di 979,07 euro procapite. Per tale classe di farmaci si ribadisce la necessità di programmare azioni mirate di informazione e sensibilizzazione sulla prescrizione appropriata di antibiotici e insorgenza di resistenze batteriche, non solo a livello aziendale ma anche a livello regionale per uniformare i comportamenti prescrittivi a fronte dell'insorgenza sempre più maggiore di resistenze batteriche.
- **Inibitori della HMG CoA reduttasi (ATC=C10AA):** I dati relativi 2016 mostrano una riduzione nel tempo dell'indicatore (obiettivo da raggiungere **10,86**)individuato dalla DGR 30-3370, passando da 11.69 euro a confezione nel I trimestre 2016 a 10.98 euro a confezione nel IV trimestre 2016. Il valore medio annuale si è attestato a **11.27** euro a confezione, non raggiungendo in pieno l'obiettivo. Le azioni messe in atto sono state: assegnazione di obiettivo specifico ai MMG, individuazione dei primi 10 medici per ciascun distretto con elevate prescrizioni di questa categoria di farmaci, segnalazione ai distretti e convocazione degli stessi per presentare relazione in merito. Su tale classe di farmaci il monitoraggio e le azioni di contenimento sono iniziate già nel 2013/2014, con l'istituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare e la redazione di linee guida aziendali comuni.
- Sostanze ad azione sul sistema renina angiotensina (ATC= C09C e C09D). Il valore medio annuo si è attestato a **11.65** euro a confezione, non raggiungendo in pieno il valore fissato come obiettivo (**11.37**). Le azioni messe in atto sono state: assegnazione di obiettivo specifico ai MMG, individuazione dei primi 10 medico per ciascun distretto con elevate prescrizioni di questa categoria di farmaci, segnalazione ai distretti e convocazione degli stessi per presentare relazione in merito. Su tale classe di farmaci il monitoraggio e le azioni di contenimento sono iniziate già nel 2013/2014, con l'istituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare e la redazione di linee guida aziendali comuni.
- Antidepressivi (ATC= N06A): l'obiettivo è ampiamente raggiunto con un valore di 640.74 euro per 100 assistibili.
- farmaci per i disturbi ostruttivi delle vie respiratorie (ATC=R03A), la spesa per assistibile nel 2016 è stata di 9,36 euro per assistibile a fronte di un obiettivo fissato di 8,58. Si è comunque registrata una riduzione da 10,27 euro procapite nel 2015. Le azioni messe in atto hanno riguardato: approvazione con delibera del Direttore Generale num 571 del 01/06/2016 il documento "Raccomandazioni per la gestione delle patologie cronico ostruttive dell'apparato respiratorio (ASMA e BPCO)", risultato del gruppo di lavoro multidisciplinare appositamente istituito nel 2016, ed è stato diffuso nelle UCAD. Parallelamente si è proceduto alla segnalazione dei casi di iperprescrizione alle commissioni distrettuali per l'appropriatezza prescrittiva.

Per le classi di farmaci seguenti, la tipologia di dispensazione e di prescrizione prevede un monitoraggio e messa in atto di azioni in comune con la Farmacia Ospedaliera.

Si segnala pertanto:

- Insuline (ATC= A10AE04): Con lettera prot num 21926 del 26 ottobre 2016, il Settore Farmaceutico ha evidenziato come la ASL TO4 si discostasse dalla media regionale per quanto riguarda la % di prescrizione del biosimilare dell'insulina glargine, rispetto ad altre ASL del Piemonte. I dati erano riferiti al mese di agosto. Il fenomeno è stato discusso all'interno della CFI (Commissione Farmaceutica Interna), e si è avviato un monitoraggio specifico in collaborazione con la Diabetologia per la verifica degli switch terapeutici all'insulina glargine biosimilare. A dicembre 2016 la percentuale di abasaglar prescritta è stata del 51.72%.
- Si è inoltre proceduto alla segnalazione ai medici di medicina generale dei pazienti ancora in terapia con Lantus al fine di favorire un switch mirato nei casi appropriati, in aderenza alle "Linee di indirizzo sull'utilizzo del biosimilare dell'insulina glargine". Di seguito si riporta l'andamento in crescita della percentuale di abasaglar prescritta.

	Ago 2016	Sett 2016	Ott 2016	Nov 2016	Dic 2016
% abasaglar	35,10%	41,56%	45,8%	49,2%	51,72%

Si programma per il 2017 il proseguo delle azioni di monitoraggio e incontri specifici nelle ucad con gli specialisti diabetologi.

- Fattori di stimolazione delle colonie (ATC=L03AA):

I consumi totali (CO+DD+DPC) del 2016 sono riportati in tabella:

	NUM CONF	%
FILGRASTIM L03AA02	6.750	96,41
ALTRI L03AA	251	3,59
TOTALE	7.001	100,00

L'obiettivo è ritenuto raggiunto con una percentuale di filgrastim superiore al 95%.

Nel 2016, la percentuale di filgrastim erogata in DD+CO è stata pari al 96,67%, mentre quella in DPC si è attestata al 96,14%. L'incidenza complessiva è stata pari al 96,41%: il peso relativo dei valori della DPC è sovrapponibile rispetto a quello di DD+CO, che costituisce il 52% circa dei consumi totali.

Per quanto riguarda le azioni attuate a livello ospedaliero, è stato introdotto l'utilizzo della relazione clinica motivata per la richiesta dei fattori di crescita pegilati da parte dei reparti ospedalieri.

E' necessario evidenziare che la prescrizione dei fattori di stimolazione delle colonie è soggetta a piano terapeutico di specialisti individuati dalla regione Piemonte anche extra ASL TO4 (ematologia, immunologia, malattie infettive, oncologia, radioterapia oncologica), pertanto è necessaria la collaborazione di tali centri per il costante miglioramento di questo indicatore.

- Eritropoietine (atc=B03XA):

I consumi totali (CO+DD+DPC) del 2016 sono riportati in tabella:

ATC	DDD TOT	% ddd
ERITROPOIETINA - B03XA01	442.135	95,51
DARBEPOIETINA – B03XA02	20.687	4,47
METOSSIPOLIETILENGLICOLE – B03XA03	100	0,02
TOTALE B03XA	462.922	100,00

L'obiettivo è raggiunto con una percentuale di eritropoietina superiore al 90%.

Nel 2016, la %DDD di eritropoietina erogata in DD+CO è stata pari al 98,69% mentre quella in DPC si è attestata al 77,57%. L'incidenza complessiva è stata pari al 95,51%: il peso relativo dei valori della DPC è basso rispetto a quello di DD+CO, che costituisce l'85% dei consumi totali. Questo valore dimostra l'ampio ricorso alla Distribuzione diretta da parte dell'ASL TO4.

E' necessario evidenziare che la prescrizione di eritropoietina è soggetta a piano terapeutico di specialisti individuati dalla regione Piemonte extra ASL TO4 (anestesia, chirurgia ematologia, medicina trasfusionale, medicina interna, nefrologia, oncologia, radioterapia oncologica, pediatria), pertanto è necessaria la collaborazione di tali centri per il costante miglioramento di questo indicatore.

L'incidenza nettamente minore di eritropoietina nel canale DPC, rispetto al canale DD+CO (coperto con utilizzo pressoché esclusivo di eritropoietina), è testimonianza sia del più modesto ricorso al farmaco biosimilare da parte dei centri prescrittori esterni l'ASL TO4 per pazienti nostri residenti, sia di una anomala prescrizione da parte di alcuni specialisti aziendali di cui attualmente stiamo monitorando le prescrizioni.

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

La DGR 30-3370 del 16/05/2016 prevede un'incidenza delle giornate di terapia erogate del gruppo L04AB02 (infliximab endovena) sul totale del gruppo L04AB pari ad almeno il 65%.

Come già segnalato a giugno e dicembre, questo obiettivo risulta non perseguibile in quanto vengono messe a confronto terapie endovena (infliximab), che necessitano di somministrazione in regime di Day Hospital, con terapie sottocute, gestite a domicilio dal paziente.

Inoltre, da novembre sono state comunicate dalla Regione le condizioni (provvisorie) di fornitura di etanercept biosimilare, per cui non risulterebbe a maggior ragione conveniente, oltre che non praticabile, la modifica della terapia dei pazienti in etanercept verso infliximab.

Si ritiene utile fornire il dato di incidenza presso l'ASL TO4 del biosimilare di infliximab rispetto al suo originator. Nel I quadrimestre 2016 la percentuale di incidenza era stata pari al 30,61%; l'andamento annuale mostra un utilizzo del biosimilare pari al 69,17% a dimostrazione dell'efficacia delle azioni intraprese a livello ospedaliero, quali gli

incontri con gli specialisti e l'introduzione dell'utilizzo della relazione clinica motivata per la richiesta dell'infliximab originator.

- Somatropina e agonisti della somatropina (ATC=H01AC01):

La DGR 30-3370 del 16/05/2016 prevede un consumo dei farmaci aggiudicati con gara 66/2015 (Omnitrope®), rispetto al totale della molecola, uguale o superiore alla media regionale per l'anno 2016.

Non avendo a disposizione dati relativamente alla media regionale del 2016, non è possibile collocare l'incidenza dei consumi dell'ASL TO4 (calcolata in milligrammi, dal momento che il documento regionale non indica l'unità di misura) che in ogni caso è pari al 43,15%.

Una criticità è legata al fatto che l'Azienda ha difficoltà a intervenire con il medico prescrittore, sempre esterno all'ASL TO4, ma, come programmato, abbiamo richiesto ai prescrittori, e ricevuto nel 96% di casi, una relazione che motivasse il mancato shift al farmaco aggiudicato in gara.

Indicatore 1: obiettivo raggiunto

Indicatore 2: obiettivo raggiunto

Indicatore 3: obiettivo raggiunto

Indicatore 4: obiettivo parzialmente raggiunto

Indicatore 5: obiettivo raggiunto

Indicatore 6: obiettivo parzialmente raggiunto

Indicatore 7: obiettivo parzialmente raggiunto

Indicatore 8: obiettivo raggiunto

Indicatore 9: obiettivo raggiunto

Indicatore 10: obiettivo raggiunto per quanto di competenza

Indicatore 11: obiettivo non valutabile

=====

Obiettivo 9 “Rete Oncologica”

- **Sub-obiettivo 9.1 Dipartimento funzionale interregionale ed interaziendale di rete oncologica**

Indicatore obiettivo: 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

1. Organizzazione e funzionamento del CAS

N°pazienti presi in carico dal CAS	1.749
N°pazienti con accesso all'ASL TO4 con patologia oncologica	2.793
Totale	62,6%

2. PDTA per le singole patologie tumorali

Con deliberazione n. 1271 del 22/12/2016, sono stati deliberati i PDTA di competenza dell'ASL TO4 che sono stati trasmessi alla Regione Piemonte con nota prot. n. 109053 del 23/12/2016

Indicatore 1: obiettivo raggiunto al 50%

Indicatore 2: obiettivo raggiunto

- =====
- **Sub-obiettivo 9.2 Screening Oncologici – Prevenzione Serena**

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

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

Screening mammografico età 50-69 anni

Indicatore “copertura inviti”: numero di donne invitate ad effettuare il test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale

Standard: 85%

Risultato:

n. persone invitate: 25232

adesioni spontanee: 537

popolazione bersaglio annuale: 37431

Valore dell'indicatore: 68,8%

Nonostante un incremento del valore di questo indicatore osservato rispetto al 2015 (60,3%) si è mantenuto al di sotto dello standard in quanto adeguato alla “copertura esami” prevista con standard 51% (come da indicatore seguente) e correlato alle risorse disponibili

Screening mammografico età 50-69 anni

Indicatore “Copertura esami”: numero di donne sottoposte al test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale

Standard: 51%

Risultato:

n. persone esaminate: 19415

popolazione bersaglio annuale: 37431

Valore dell'indicatore: 51,9%

Screening cervico-vaginale Età 25-64 anni

Indicatore “copertura inviti”: numero di donne invitate ad effettuare il test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale (donne di età 25-64 anni, 30-64 per HPV, ogni tre anni per lo screening citologico e ogni 5 anni per HPV)

Standard: 80%

Risultato:

n. persone invitate: 42453

popolazione bersaglio annuale: 47031

Valore dell'indicatore: 90,3%

Screening cervico-vaginale Età 25-64 anni

Indicatore “copertura esami”: numero di donne sottoposte al test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale

Standard: 47%

Risultato:

n. persone sottoposte al test di screening: 26606

popolazione bersaglio annuali: 47031

Valore dell'indicatore: 56,2%

Screening oncologico del colon retto Età 58 anni

Indicatore “copertura inviti”: numero di persone invitate a sigmoidoscopia + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale

Standard: 85%

Risultato:

n. persone invitate: 7698

popolazione bersaglio: 7308

Valore dell'indicatore: 105,3%**Screening oncologico del colon retto Età 58-69 anni****Indicatore "copertura esami): numero di persone sottoposte a sigmoidoscopia o FIT + adesioni spontanee/popolazione bersaglio annuale****Standard: 40%**

Risultato:

n. persone sottoposte al test di screening (sigmoidoscopia + FIT): 11267

popolazione bersaglio (sigmoidoscopia + FIT): 22350

Valore dell'indicatore: 50,4%**Indicatore Coperture inviti:** obiettivo raggiunto nel complesso**Indicatore Coperture esami:** obiettivo raggiunto**Obiettivo 10 "Rete Trapianti"****- Sub-obiettivo 10 Incremento donazioni d'organo****Indicatore obiettivo: 1. n° morti encefaliche segnalate nei reparti di rianimazione / n° decessi di soggetti ricoverati nei reparti di rianimazione con una patologia compatibile con l'evoluzione verso la morte encefalica****2. n° esecuzioni i prelievo di cornea effettate nel 2016 / totale decessi ospedalieri del 2015**

ASL - OBIETTIVO INCREMENTO DONAZIONE ORGANI			
		1. Segnalazioni di soggetti in Morte Encefalica (BDI%)	
ASL	Denominazione presidio	atteso al 31 dicembre	ottenuto al 31 dicembre
TO4	Presidio Ospedaliero Riunito Sede di Ciriè	20 - 40 %	40%
	Ospedale Civico di Chivasso	20 - 40 %	57%
	Ospedale Civile di Ivrea	20 - 40 %	25%
ASL - OBIETTIVO INCREMENTO DONAZIONE CORNEE			
		2. Donatori di Cornee	
ASL	Denominazione presidio	atteso al 31 dicembre	ottenuto al 31 dicembre
TO4	Presidio Ospedaliero Riunito Sede di Ciriè	n. 12 donatori	n. 11
	Ospedale Civico di Chivasso	n. 9 donatori	n. 15

	Ospedale Civile di Ivrea	n. 7 donatori	n. 8
--	--------------------------	---------------	------

Indicatore 1: obiettivo raggiunto

Indicatore 2: obiettivo complessivamente raggiunto nei 3 presidi ospedalieri
(obiettivo raggiunto sui P.O. di Chivasso ed Ivrea, con numeri superiori al richiesto di n. 6 unità sul P.O. di Chivasso e di n. 1 unità sul P.O. di Ivrea e non raggiunto per il P.O. di Ciriè per una donazione in meno rispetto a quelle richieste)

=====

Investimenti effettuati e fonte di finanziamento

Nella tabella che segue sono elencati per sottoconto gli acquisti effettuati per l'assistenza ospedaliera e i relativi finanziamenti.

CONTO	SETTORE	TOTALE ACQUISTI	CONTRIB. REGIONALI	STORNO QUOTA C/ES.	DEST. VINC.	DONAZIONI	CONTRIB. PRIVATI
1110302	SOFTWARE	37.820,00					37.820,00
1120311	IMPIANTI	164.318,49		164.318,49			
1120411	ATTREZZATURE	1.339.135,64		99.530,34		6.093,00	1.233.512,30
1120511	MOBILIE ARREDI	58.200,20		12.229,12		6.310,00	39.661,08
1120611	AUTOMEZZI	0					
1120711	ALTRI BENI	91.670,27		39.312,09			52.358,18
1120811	GRANDI ATTR	0					
TOTALE	OSPEDALE	1.691.144,60	0	315.390,04	0	12.403,00	1.363.351,56

Tabella. Acquisti effettuati e relativi finanziamenti

Nella tabella che segue sono elencati i lavori in corso presso i presidi ospedalieri dell'asl to4 e i relativi finanziamenti

Opera	Importo progetto	Importo finanziato	Estremi finanziamento	Spesa anno 2016 CONTO 1120214
Ristrutturazione e adeguamento normativo dell'Unità Terapia Intensiva Coronarica (UTIC) e Dipartimento di Emergenza Urgenza (DEU) P.O. Ivrea	€ 2.200.000,00	€ 1.100.000,00	DGR n. 34 -775 del 05.09.05 + DCR n. 34 -33049 del 25.10.05 (ex art. 20 parte Orio) - Art. 20 L. 67/88 1°fase	€ 21.886,83
		€ 1.100.000,00	mutuo	
P.O. di Chivasso. Nuova costruzione per riorganizzazione servizi esistenti, parcheggio, viabilità interna con collegamento e raccordo alla viabilità esterna comunale a seguito di rilocalizzazione degenza realizzazione nuovo padiglione servizi	€ 22.064.580,83	€ 17.094.206,90	DCR n. 131 del 19/06/2007 (accordo 2008 art. 20 L. 67/88)	€ 5.788.408,00
		€ 4.107.699,83	DCR n. 258-20424 del 05/05/2009	
		€ 862.674,10	utile conseguito nell'anno 1996 dalla ex ASL n. 7 come da deliberazione n. 370 del 05/03/1998	
P.O. di Ivrea - Eliminazione pericolosità degli architravi deteriorati, sostituzione degli stessi e sostituzione degli infissi	€ 600.000,00	€ 600.000,00	DGR n. 40-11758 del 13/7/2009	€ 36.178,28
Completamento lavori di adeguamento alle norme di prevenzione incendi del P.O. di Cuorgnè - 2°lotto	€ 2.000.000,00	€ 2.000.000,00	DGR n. 17-6419 del 30/09/2013	€ 618.520,17
Manutenzione straordinaria in corso	€ 186.608,92	€ 0,00		€ 0,00
TOTALE				€ 6.464.993,28

Tabella. Lavori e relativi finanziamenti

3.2 ASSISTENZA TERRITORIALE: STATO DELL'ARTE ED OBIETTIVI

A) Stato dell'arte

Territorio

Nell'ASL TO 4 sono operativi complessivamente cinque:

- DISTRETTO DI CIRIÉ
- DISTRETTO DI CHIVASSO/ SAN MAURO
- DISTRETTO DI SETTIMO
- DISTRETTO DI IVREA
- DISTRETTO DI CUORGNÉ

Per quanto riguarda l'assistenza territoriale, i comuni dei Distretti dell'ASL TO 4 sono di seguito riportati.

DISTRETTO – CIRIÉ'

comprende i Comuni di Ala di Stura, Balangero, Balme, Barbania, Borgaro Torinese, Cafasse, Cantoira, Caselle Torinese, Ceres, Chialamberto, Cirié, Coassolo Torinese, Corio, Fiano, Front, Germagnano, Groscavallo, Grosso, Lanzo Torinese, Lemie, Levone, Mathi, Mezenile, Monastero di Lanzo, Nole, Pessinetto, Robassomero, Rocca Canavese, San Carlo Canavese, San Francesco al Campo, San Maurizio Canavese, Traves, Usseglio, Vallo Torinese, Varisella, Vauda Canavese, Villanova Canavese, Viù.

DISTRETTO – CHIVASSO/ SAN MAURO

comprende i Comuni di Brandizzo, Brozolo, Brusasco, Casalborgone, Castagneto Po, Cavagnolo, Chivasso, Crescentino, Foglizzo, Fontanetto Po, Lamporo, Lauriano, Montanaro, Monteu da Po, Rondissone, Saluggia, San Sebastiano Po, Torrazza P.te, Verolengo, Verrua Savoia, Castiglione T.se, Cinzano, Gassino, Rivalba, San Mauro Torinese, San Raffaele Cimena, Sciolze, nonché Baldissero Torinese esclusivamente per il territorio e per gli assistiti della frazione Rivodora.

DISTRETTO – SETTIMO TORINESE

comprende i Comuni di Leinì, Volpiano, San Benigno, Settimo Torinese.

DISTRETTO – IVREA

comprende i Comuni di Albiano, Alice Superiore, Andrate, Azeglio, Banchette, Barone, Bollengo, Borgofranco d'Ivrea, Borgomasino, Brosso, Burolo, Caluso, Candia, Caravino, Carema, Cascinette, Chiaverano, Colletterto Giacosa, Cossano, Cuceglio, Fiorano, Issiglio, Ivrea, Lessolo, Lorzé, Lugnacco, Maglione, Mazzé, Mercenasco, Meugliano, Montalenghe, Montalto Dora, Nomaglio, Orio, Palazzo, Parella, Pavone, Pecco, Perosa, Piverone, Quagliuzzo, Quassolo, Quincinetto, Romano, Rueglio, Salerano, Samone, San Giorgio, San Giusto, San Martino, Scarmagno, Settimo Rottaro, Settimo Vittone, Strambinello, Strambino, Tavagnasco, Trausella, Traversella, Vestigné, Vialfré, Vico, Vidracco, Villareggia, Vische, Vistrorio.

DISTRETTO - CUORGNÉ'

comprende i Comuni di Aglié, Alpette, Bairo, Baldissero, Borgiallo, Bosconero, Busano, Canischio, Castellamonte, Castelnuovo Nigra, Ceresole Reale, Chiesanuova, Ciconio, Cintano, Colletterto Castelnuovo, Cuorigné, Favria, Feletto, Forno Canavese, Frassinetto, Ingria, Locana, Lombardore, Lusiglié, Noasca, Oglianico, Ozegna, Pertusio, Pont Canavese, Prascorsano, Pratiglione, Ribordone, Rivara, Rivarolo, Rivarossa, Ronco, Salassa, San Colombano, San Ponso, Sparone, Torre, Valperga, Valprato Soana.

Nella tabella che segue viene inoltre presentata la popolazione totale e pesata in base all'età, suddivisa per Distretti dell'ASL TO 4 (dati al 01.01.2016, Fonte BDDE).

Distretti	Totale popolazione	
		Maschi
DISTRETTO CIRIE	Femmine	62.458
	Totale	122.340
	Maschi	59.092
DISTRETTO CHIVASSO - SAN MAURO	Femmine	62.168
	Totale	121.260
	Maschi	41.713
DISTRETTO SETTIMO TORINESE	Femmine	43.720
	Totale	85.433
	Maschi	52.972
DISTRETTO IVREA	Femmine	56.840
	Totale	109.812
	Maschi	38.851
DISTRETTO CUORGNE'	Femmine	40.627
	Totale	79.478
	Totale	Maschi
Femmine		265.813
Totale		518.323

Tabella: popolazione dell'ASL TO4 (al 01/01/2016). Fonte BDDE

Presidi

L'Azienda opera mediante presidi a gestione diretta e strutture convenzionate. La tipologia di strutture e il tipo di assistenza erogata sono riassunte nelle seguenti tabelle.

Tipo struttura	Tipo											
	Attività clinica	Diagnostica strumentale e per immagini	Attività di laboratorio	Attività di consultorio familiare	Assistenza psichiatrica	Assistenza per tossicodipendenti	Assistenza AIDS	Assistenza idrotermale	Assistenza agli anziani	Assistenza ai disabili fisici	Assistenza ai disabili psichici	Assistenza ai malati terminali
Ambulatorio Laboratorio	90	3	3									
Struttura residenziale					30	1			10			3
Struttura semi residenziale					5				1			
Altro tipo di struttura												

Per le strutture convenzionate:

Tipo struttura	Tipo											
	Attività clinica	Diagnostica strumentale e per immagini	Attività di laboratorio	Attività di consultorio familiare	Assistenza psichiatrica	Assistenza per tossicodipendenti	Assistenza AIDS	Assistenza idrotermale	Assistenza agli anziani	Assistenza ai disabili fisici	Assistenza ai disabili psichici	Assistenza ai malati terminali
Ambulatorio Laboratorio	5	4	3									
Struttura residenziale					85	5	1		71	109		
Struttura semi residenziale						1			1	36		
Altro tipo di struttura												
Medico Singolo	430											

Lo stato di accreditamento delle Strutture è coerente con gli attuali meccanismi programmatori della Regione Piemonte e con lo stato di avanzamento delle specifiche procedure di riferimento.

In particolare i posti letto delle RSA a gestione diretta dell'ASL TO 4 sono di seguito presentati.

Struttura	Distretto	P.L.	P.L.
RSA BARUCCO Valperga	6- Cuornè	40	40
RSA CALUSO	5 - Ivrea	40 A.I.	40
RSA CIRIE'	1 - Ciriè	57A.I.	57
RSA FOGLIZZO	2 Chivasso	36 A.I.	36
RSA PONT	6- Cuornè	40 A.I.	40
RSA SAN MAURIZIO	1 - Ciriè	60 A.I.	60
RSA SAN MAURO	4 - San Mauro	60 A.I.	60
RSA SAUDINO	5 - Ivrea	60 A.I.	60
RSA SETTIMO TORINESE	3 - Settimo Torinese	60 A.I.	60
RSA VARISELLA	1 - Ciriè	60 A.I.	60
TOTALE			513

Tabella. RSA a gestione diretta Asl TO 4 e posti letto

Nell'ASL sono presenti tre Hospice, a Lanzo (8 posti letto), Salerano (8 posti letto) e Foglizzo (10 posti letto dal 01/07/2015).

Il Centro Crisi Parapiglia a Leini per tossicodipendenti comprende 12 posti letto.

Medicina generale e pediatria di libera scelta

La funzione di medicina primaria è assicurata, tra l'altro, dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta. Il numero dei professionisti per Distretto/Area al 31.12.2016 è evidenziato nella tabella che segue.

Distretti	MMG	PLS
DISTRETTO 1 CIRIE	84	14
DISTRETTO 2 – 4 CHIVASSO - SAN MAURO	82	14
DISTRETTO 3 SETTIMO TORINESE	59	11
DISTRETTO 5 IVREA	78	9
DISTRETTO 6 COURGNE'	51	8
Totale	354	56

Tabella. Numero di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta dell'ASL TO 4 (anno 2016)

B) Obiettivi dell'esercizio relativi alla Struttura e all'organizzazione dei Servizi

Con la D.G.R. n. 30-3307 del 16/05/2016 avente ad oggetto: "Art. 3 bis, commi 5 ss. D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.. Assegnazione obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai direttori generali delle aziende sanitarie regionali finalizzati al riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2016"

Gli obiettivi sono suddivisi come segue:

Obiettivo 2 "Tempi di Attesa"

- Sub-obiettivo 2.1 Tempi di Attesa delle prestazioni ambulatoriali
- Sub-Obiettivo 2.2 "Adeguamento del tempo medio di attesa (Indice di Performance) allo standard regionale stabilito dalla Direzione Sanità per le singole prestazioni oggetto di monitoraggio (solo

produzione componente pubblica) nel rispetto del vincolo di una produzione minima (15° percentile della produzione 2015)”

Obiettivo 6 “Piano di Assistenza Territoriale (PAT)”

- Sub-obiettivo 6 Assistenza Sanitaria e socio-sanitaria territoriale

All'interno della logica di albero della performance, ogni obiettivo strategico stabilito nella fase precedente è articolato in obiettivi operativi per ciascuno dei quali sono definite le azioni, i tempi, le risorse e le responsabilità organizzative connesse al loro raggiungimento.

Essi individuano:

- l'obiettivo operativo, a cui si associano, rispettivamente, uno o più indicatori; ad ogni indicatore è attribuito un target (valore programmato o atteso);
- le azioni da porre in essere con la relativa tempistica;
- la quantificazione delle risorse economiche, umane e strumentali;
- le responsabilità organizzative, identificando un solo responsabile per ciascun obiettivo operativo.

In tale ambito sono sviluppate specifiche azioni allo scopo di raggiungere gli obiettivi definiti.

Obiettivo	Sub - obiettivo	Indicatore
<p>Obiettivo 2 <u>“Tempi di Attesa”</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sub-obiettivo 2.1 Tempi di Attesa delle prestazioni ambulatoriali - Sub-Obiettivo 2.2 “Adeguamento del tempo medio di attesa (Indice di Performance) allo standard regionale stabilito dalla Direzione Sanità per le singole prestazioni oggetto di monitoraggio (solo produzione componente pubblica) nel rispetto del vincolo di una produzione minima (15° percentile della produzione 2015)” 	<ol style="list-style-type: none"> 1. (N° di agende di prenotazione (pubbliche/private) caricate su CUP / N° di agende di prenotazione (pubbliche/private) presenti in Azienda) x100 2. (data prenotazione – data erogazione) / N° prestazioni
<p>Obiettivo 6 <u>“Piano di Assistenza Territoriale (PAT)”</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sub-obiettivo 6 Assistenza Sanitaria e socio-sanitaria territoriale 	<ol style="list-style-type: none"> 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 primo monitorati per 2 anni 5. Azioni implementate/azioni da implementare

Obiettivo 2 “Tempi di Attesa”

- Sub-obiettivo 2.1 Tempi di Attesa delle prestazioni ambulatoriali

Indicatore obiettivo: 1. N° di agende di prenotazione (pubbliche/private) caricate su CUP

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

2. (data prenotazione – data erogazione)

$$\frac{\sum (\text{data prenotazione} - \text{data erogazione})}{\text{N° prestazioni}}$$

Indicatore 1 “Caricamento sul CUP aziendale di tutte le agende di prenotazione (privato convenzionato/pubblico)”

A Agende di prenotazione delle strutture private convenzionate

La produzione 2015 in regime di convenzione di tali Strutture è stata analizzata in termini di tipologia di prestazioni erogate, di numerosità di prestazioni e di importi.

Al fine di poter rendere disponibili le prestazioni erogate dalle strutture private convenzionate presso il Cup aziendale sono stati completati gli accessi per accedere alla Rete ASL TO4, quindi a Trakcare , presso i seguenti centri:

- Malpighi
- Nuova Lamp
- Villa Grazia
- Clinica Eporediese

Il supporto tecnico informatico viene garantito dal S.I.S., il supporto tecnico sulle agende dai Governi Cup di competenza territoriale.

La disponibilità oraria per le prestazioni erogate in regime di convenzione resa da parte delle strutture private convenzionate ha consentito il completamento del caricamento a Cup del **100%** delle agende di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate in regime di convenzione.

B Agende di prenotazione aziendali

E' stata effettuata una ricognizione dell'offerta aziendale di prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Il **100%** delle agende relative all'attività specialistica ambulatoriale per esterni è a CUP.

Non ne fanno parte i piani di lavoro autogestiti che possono essere costituiti da:

- Controlli
- Secondi livelli
- Approfondimenti diagnostici
- Percorsi diagnostico-terapeutici
- Selezioni in termini di appropriatezza
- Pre-Ricoveri
- Percorsi di Medicina d'Iniziativa

Nell'ambito della ristrutturazione delle agende di prenotazione per classi di priorità, le agende revisionate sono state ulteriormente valutate per attuare ove opportuno, una differenziazione tra agende (a CUP) e piani di lavoro autogestiti.

Sub-Obiettivo 2.2 “Adeguamento del tempo medio di attesa (Indice di Performance) allo standard regionale stabilito dalla Direzione Sanità per le singole prestazioni oggetto di monitoraggio (solo produzione componente pubblica) nel rispetto del vincolo di una produzione minima (15° percentile della produzione 2015)”

L'obiettivo 2.1 si prefigge di misurare, attraverso indicatori trasparenti ed efficaci, la capacità di risposta tempestiva del Servizio Sanitario Regionale nell'erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali al cittadino, individuando in via prioritaria 42 prestazioni.

Creazione del REPORT per l'analisi dei fabbisogni, con evidenza delle prestazioni che necessitano di effettiva riduzione dei tempi di attesa rispetto agli standard regionali

E' stato creato un REPORT strutturato in forma tabellare per analizzare e monitorare nel corso del 2016 le 42 prestazioni individuate dall'Obiettivo 2.1. Per tutte le prestazioni i dati evidenziano il rispetto del vincolo della produzione minima stabilita dalla Regione.

A giugno 2016 le 42 prestazioni sono state ordinate per Indice di Performance Aziendale relativo al I trimestre 2016, calcolato sulla base della reportistica Trakcare impiegata come “proxy” del Tracciato C.

Le 42 prestazioni analizzate sono state suddivise in 4 categorie così suddivise:

- Prestazioni con Indice di Performance \leq Standard Regionale (dalla prestazione n. 1 alla 11)
- Prestazioni con indice di performance tra 31 e 55 gg (dalla prestazione n. 12 alla 30)
- Prestazioni con indice di performance tra 56 e 100 gg (dalla prestazione n. 31 alla 35)
- Prestazioni con indice di performance $>$ 101 gg (dalla prestazione n. 36 alla 42)

Sono state evidenziate le prestazioni erogate anche dalle strutture private convenzionate (n. 1, 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 22, 26, 27, 29, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 41).

E' stato confrontato, per ogni prestazione, il dato di produzione (Tracciato C) relativo al 2015 con la proiezione sul 2016 calcolata applicando al primo trimestre lo stesso rapporto individuato tra primo trimestre 2015 e anno 2015 complessivo. Da tale confronto emerge una previsione percentuale di riduzione o di incremento di attività (colonna N).

Il testo della D.G.R. n. 30-3307 esplicita che: "Per ciascuna prestazione oggetto di monitoraggio si accede alla relativa valutazione unicamente se viene rispettato il vincolo di produzione minima. La valutazione positiva presuppone, per ogni singola prestazione, che l'indice di performance aziendale rispetti lo Standard Regionale. In caso contrario viene altresì valutato positivamente un aumento di volumi, rispetto al 2015, del 30%".

Pare difficilmente sostenibile confrontare il Tempo Medio di Attesa calcolato senza alcuna distinzione per classe di priorità con lo Standard regionale assimilabile al tempo entro il quale la normativa vigente prevede che debbano essere erogate le prestazioni di visita in classe di priorità D. Inoltre l'incremento di produzione richiesto ai fini del raggiungimento dell'obiettivo per le prestazioni il cui Indice di Performance non rispetti lo Standard non sembra in linea con la necessità di miglioramento dell'appropriatezza di erogazione delle stesse prestazioni. Alla luce della D.G.R. n. 44-3399 del 30.05-2016 "Prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate da soggetti accreditati esclusivamente per prestazioni ambulatoriali e/o di Day Surgery: individuazione dei criteri per la definizione dei tetti di spesa per l'anno 2016 e disposizioni in merito alle prestazioni di specialistica ambulatoriale Ossigeno Terapia Iperbarica.", il documento ivi allegato denominato "Metodi e criteri generali per la definizione del fabbisogno regionale di prestazioni ambulatoriali sulla base di criteri di appropriatezza", elaborato dalla Direzione Sanità in collaborazione con l'Ires, può costituire una chiave di lettura anche per l'Obiettivo 2.1 "Tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali".

E' stata pertanto applicata la stessa metodologia illustrata nella succitata D.G.R per il calcolo del consumo di prestazioni ambulatoriali pro capite più appropriato, assimilato, per valore, a quello massimo del terzo della popolazione più virtuosa. Per la maggior parte delle prestazioni, sulla base di tale criterio, risulterebbe opportuna una riduzione di attività, piuttosto che un incremento (colonna O).

La tabella è integrata con i dati relativi ai tempi di attesa del primo trimestre 2015 e del primo trimestre 2016, nel proposito di confrontare l'andamento della domanda per individuare una probabile staticità o piuttosto eventuali fluttuazioni (v. foglio di lavoro Excel "ECG_Holter_TA"). Vale il principio per il quale, non disponendo di dati ad hoc relativamente alla domanda di prestazioni dell'utenza, vengono interpretati come indicatori significativi quelli dei tempi di attesa e della numerosità delle liste d'attesa.

Sono state fatte analisi anche per giungere alla stima della produttività potenziale aziendale. Per ciascuna delle 42 prestazioni (v. foglio di lavoro Excel "ECG_Holter") si sono raccolti i dati relativi alle sedi di erogazione, al tempo totale dedicato all'erogazione e ai minutaggi di erogazione minimi e massimi. La rilevazione si è integrata con il numero di professionisti disponibili e con le risorse tecnologiche realmente a disposizione ove necessarie.

Per mettere in relazione le stime sulla domanda e quelle sulla capacità produttiva è stato ideato un algoritmo. Ne risulta il numero di prestazioni al mese da erogare in aggiunta a quelle già erogate per giungere ad un adeguamento del tempo medio di attesa (Indice di Performance) allo standard regionale stabilito dalla Direzione Sanità, con una logica di Programmazione della Produzione (colonna R).

A settembre 2016, il REPORT in forma tabellare dell'analisi dei fabbisogni è stato elaborato sulla base del Tracciato C corretto dall'anomalia individuata nel corso dell'analisi. I dati corretti sono stati inviati dal S.I.S. in extracompetenza, ed il loro recepimento da parte della Regione motiva le variazioni tra il Primo Monitoraggio Regionale e il Secondo.

Mentre il dato ASL TO4 discostava significativamente dai dati regionali nel Primo Monitoraggio, nel Secondo vi è una sostanziale sovrapposibilità dei dati dell'ASL e della Regione.

Infine, il REPORT è stato aggiornato a tutto il 2016, ed integrato con i dati di mobilità attiva e passiva. E' stato confrontato l'Indice di Performance calcolato sulla produzione aziendale (colonna X) con quello calcolato sulla produzione che include anche l'erogazione del privato convenzionato (colonna Y), escluse tomografie e risonanze ritenute accettabili in termini di tempi di attesa confrontati allo standard.

Azioni per il perseguimento dell'Obiettivo 2.1 D.G.R. N. 30-3307 del 16.05.2016 "Tempi di attesa delle Prestazioni Ambulatoriali" Sub-obiettivo 1 e 2

Dall'evidenza delle prestazioni che necessitano di effettiva riduzione dei tempi di attesa rispetto agli standard regionali, stante l'inappropriatezza di un incremento di produzione secondo la metodologia della Direzione Sanità illustrata nella D.G.R. n. 44-3399 del 30.05-2016, consegue la necessità di migliorare la capacità dell'organizzazione di rispondere alla richiesta di prestazioni sanitarie ambulatoriali attraverso la diminuzione del tempo medio di erogazione delle prestazioni, l'ottimizzazione della capacità produttiva aziendale, la

sinergia con le strutture private convenzionate e l'imprescindibile miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva.

A Azioni integrate pubblico/privato convenzionato

RIEPILOGO delle azioni di recupero delle lista d'attesa strutturate in sinergia tra pubblico e privato convenzionato

1 - La D.G.R. n. 13-3731 del 27 luglio 2016 recante ad oggetto "Definizione dei tetti di spesa 2016 per la specialistica ambulatoriale erogata da privati accreditati esclusivamente per prestazioni ambulatoriali" specifica gli importi derivanti dalla revisione di appropriatezza prevista dalla D.G.R. n. 44-3399 del 30 maggio 2016. Inoltre elenca per ogni ASL, sulla base dei dati estratti dalla Regione per il Primo Monitoraggio dell'Obiettivo 2.1, le prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa da acquistare in via prioritaria dagli erogatori privati. Le prestazioni individuate per l'ASL TO4 nell'allegato alla suddetta D.G.R. si discostano dal reale fabbisogno aziendale perché frutto dell'analisi condotta sul Tracciato C ancora non corretto con l'invio dati in extracompetenza. Le prestazioni prioritariamente da acquistare dagli erogatori privati nella contrattazione del budget da ricalcolo dell'inappropriatezza sono state individuate mutuando la metodologia regionale e proposte in Regione.

I criteri di selezione sono stati:

- prestazioni indice di performance > Standard
- prestazioni erogate dalle strutture private convenzionate che hanno generato l'inappropriatezza
- prestazioni con inappropriatezza di erogazione < 20%

Le 10 prestazioni, tra le 42, che hanno soddisfatto tutti e tre i criteri sono di seguito riportate:

SELEZIONE DI PRESTAZIONI CRITICHE

N.	NOME PRESTAZIONE	CODICE
1	Elettrocardiogramma	89.52
2	Visita ortopedica	89.7
3	Visita urologica	89.7
4	Audiometria	95.41.1
5	Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77.2
6	Visita cardiologica	89.7
7	Ecografia Addome	88.74.1; 88.75.1; 88.76.1
8	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50
9	Elettrocardiogramma da sforzo	89.41; 89.43
10	Ecografia Capo e collo	88.71.4

Tali prestazioni sono state concertate con gli erogatori privati convenzionati ed esplicitate nei contratti in termini di volumi ed importi massimi erogabili entro il 31.12.2016 derivanti dal ricalcolo dell'inappropriatezza. La progettualità sui tempi di attesa prevede che le disponibilità rese dal privato per il riassorbimento del budget derivante dall'inappropriatezza possano essere utilizzate per il recupero dei pazienti in lista d'attesa fino all'esaurimento della lista, e a seguire per l'erogazione delle suddette prestazioni in regime di convenzione fino ai massimali definiti.

L'obiettivo è l'erogazione complessiva (lista+convenzione) di un numero di prestazioni sovrapponibile al risultato dell'algoritmo ideato per definire il numero di prestazioni da erogare in aggiunta a quelle già erogate per giungere ad un adeguamento del tempo medio di attesa (Indice di Performance) allo standard regionale stabilito dalla Direzione Sanità, con una logica di Programmazione della Produzione. Tale algoritmo mette così in relazione le stime sulla domanda e quelle sulla capacità produttiva.

2 - Il recupero dei pazienti in lista d'attesa può avvenire anche sulle agende di prenotazione delle Strutture Private Convenzionate caricate sul Cup Aziendale, come previsto dal Sub-Obiettivo 1 dell'Obiettivo 2.1.

Tutte le azioni di recupero di pazienti in lista d'attesa hanno preso in considerazione i pazienti prenotati per prestazioni in classe di priorità "B" oltre il tempo di erogazione da normativa. A seguire, il recupero è stato effettuato sulle liste di pazienti in prenotazione al 31.12.2016, ordinati per tempo di attesa, da quello più lungo a quello più breve. L'obiettivo è infatti valutato sulla produzione 2016, ed i pazienti che hanno accettato l'anticipazione di prestazione sul Privato Convenzionato hanno anche liberato disponibilità a Cup con tempi di attesa nettamente ridotti.

Si stima che le azioni di recupero dalla lista d'attesa per prestazioni di specialistica ambulatoriale possano incidere maggiormente sul Tempo Medio di Attesa, secondo l'indicatore individuato per l'obiettivo del 2016, piuttosto che sulla prima disponibilità a Cup, indicatore per l'obiettivo del 2015.

TOTALI

Numerosità totale della lista estratta e trasmessa: 2602 utenti.

TOTALE	N.	%
UTENTI CONTATTATI da Distretti e Strutture (su 2602)	1260	48
Sugli utenti contattati (1260):		
ACCETTANO	215	17
RIFIUTANO *	676	54
CANCELLATI	38	3
N. INESISTENTE/NON RISPOSTA	331	26
Totali	1260	100

Nel complesso sono stati contattati da Distretti e Strutture 1260 utenti su una numerosità totale di 2602 (il **48%** della lista).

L'adesione alla proposta di anticipazione della prestazione è stata pari al **17%**. Sono stati rilevati un 54% di rifiuti, un 3% di disdette e un 26% di numeri telefonici inesistenti/errati o di mancata risposta.

Tra i motivi di rifiuto si segnala che nel 53% dei casi la prestazione prenotata è una prestazione programmata o di controllo, pertanto non da anticipare.

B Azioni aziendali**Individuazione dell'Area Funzionale di Coordinamento del Governo CUP aziendale**

Al fine della standardizzazione nella gestione e nell'organizzazione dell'offerta specialistica ambulatoriale è stato ritenuto opportuno individuare un'Area Funzionale trasversale di coordinamento del Governo C.u.p. Aziendale all'interno del Management Gestione unificata offerta Specialistica ambulatoriale.

Standardizzazione della gestione e dell'organizzazione dell'offerta specialistica ambulatoriale sull'intero territorio aziendale

Alcune azioni sono state di prioritaria realizzazione, quali:

- l'eliminazione dell'"hospital restriction", delle "restrizioni di ubicazione" sulle prestazioni di classe B e delle "restrizioni di ubicazione" su alcuni specifici ambulatori, ovvero l'eliminazione di tutte le restrizioni, sulle agende informatizzate, che non consentivano un'uniforme individuazione e prenotabilità della prima disponibilità sull'intero territorio aziendale.
- la standardizzazione, da parte di tutti gli operatori Cup dell'azienda, delle modalità di ricerca che garantiscono di visualizzare le disponibilità di una prestazione specialistica ambulatoriale su tutto il territorio aziendale.
- l'obbligatorietà dell'indicazione nella prenotazione della classe di priorità indicata dal medico prescrittore a supporto della progettualità di realizzare un modello sperimentale di modulazione dell'offerta specialistica in relazione al fabbisogno
- la disattivazione a Cup dei posti dedicati alle prestazioni "U" nelle aree che rappresentavano in tal senso una difformità critica rispetto al restante territorio aziendale.

Azioni di miglioramento della qualità del dato relativo ai Tempi di Attesa

A tale scopo sono state realizzate:

- l'implementazione della funzionalità "Prima disponibilità per pacchetto", e la condivisione di modalità univoche per la compilazione del prospetto di rilevazione ex ante, coerentemente con la produzione che periodicamente l'A.S.L. TO4 inoltra in Regione, al fine di standardizzare la rilevazione mensile regionale e quella semestrale a rilevanza nazionale.
- la memorizzazione automatica della prima disponibilità aziendale contestualmente all'effettiva prenotazione. Tale rilevazione può consentire di individuare un eventuale scostamento tra la data di prima disponibilità aziendale e la data effettivamente prenotata dall'utente.

Procedure

Sono state adottate indicazioni uniformi su tutto il territorio aziendale con le Procedure "Governo Agende" e "Rilevazione Tempi di Attesa per il monitoraggio dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali".

Elaborazione di un nuovo modello di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali che consenta una corretta valutazione dei tempi di attesa delle prestazioni erogate, in relazione alla loro tipologia

La Direzione Aziendale ha disposto la revisione delle agende di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e contestualmente ha istituito un nuovo Gruppo di Lavoro con il mandato di coordinare le azioni definite dalla Direzione e il compito di attuare operativamente le stesse. Il Gruppo di Lavoro viene costituito ampliando il gruppo tecnico già attivo con referenti dell'Area Ospedale-Territorio, fondandosi così sulla condivisione di un percorso per il raggiungimento degli obiettivi comuni.

Si definisce la necessità di apportare modifiche strutturali, predisponendo tutte le agende di prenotazione secondo classi di priorità. Nel mandato viene definito che tale riordino avvenga prioritariamente sulle agende relative alle prestazioni oggetto di monitoraggio regionale. Per valutare l'efficacia della modifica, viene specificato che si ritiene opportuno che in fase iniziale si operi sperimentalmente su alcune agende, anche al fine di costruire un modello di modulazione sul reale fabbisogno del numero di prestazioni specialistiche per singola classe di priorità.

Viene disposto che le modifiche sulle agende debbano essere effettuate in prima battuta sulle specialità individuate per la fase sperimentale, e che a seguire, gradualmente, debbano essere modificate anche le agende delle altre specialità.

Il nuovo modello di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali così come predisposto introduce posti per prestazioni in classe "D", e fa confluire nella classe "P-Controlli" tutte le prestazioni programmabili. Ciò potrà consentire una rilevazione dei tempi di attesa in linea con quanto richiesto dal monitoraggio regionale (rilevazione delle "D"), ed un'assegnazione di prenotazioni congrue alle esigenze cliniche dei pazienti, una volta rimodulate le numerosità. Le liste d'attesa, diversificabili per classe di priorità della prestazione prenotata, potranno inoltre essere maggiormente significative rispetto al numero dei pazienti realmente in attesa per una prima visita o prestazione diagnostica, e non più gravate da "controlli" o "tempi tecnici" di riesecuzione di una visita o di un esame.

La riorganizzazione per classi di priorità è stata completata su 48 prestazioni di specialistica ambulatoriale tra quelle monitorate mensilmente per i tempi di attesa

Formulazione di un modello di elaborazione che interrelaziona e mette a sistema i dati sui Tempi di Attesa: il "cruscotto"

Contestualmente allo sviluppo di un nuovo modello di prenotazione che consenta una corretta valutazione dei Tempi di Attesa per le prestazioni erogate, in relazione alla loro tipologia, sono state rese disponibili nuove chiavi di lettura dei dati sui Tempi di Attesa, formulando un'elaborazione che mette a sistema e interrelaziona i seguenti dati: disponibilità settimanali suddivise per punto di erogazione e classi di priorità, rilevazione dei giorni di attesa, numero di pazienti in lista d'attesa, data di prima disponibilità. Il tutto per consentire di avere a disposizione uno strumento per stimare la domanda di prestazioni specialistiche ambulatoriali all'interno dell'azienda e per modularne l'offerta, in un'ottica di flessibilità nella gestione delle risorse di ogni struttura aziendale. Per ricognizioni specifiche tale modello può essere integrato anche con dati relativi alla Libera Professione, alla mobilità e a costi/ricavi.

Trattasi di un modello che vuole intendersi come uno strumento di gestione standard ma duttile e migliorabile sulla base delle necessità evidenziate anche dai fruitori stessi.

Stima della produttività aziendale

Contestualmente alla creazione del Report delle 42 prestazioni indicate dall'Obiettivo 2.1, sono state fatte analisi anche per giungere alla stima della produttività potenziale aziendale. Per ciascuna prestazione si sono raccolti i dati relativi alle sedi di erogazione, al tempo totale dedicato all'erogazione e ai minutaggi di erogazione minimi e massimi. La rilevazione si è integrata con il numero di professionisti disponibili e con le risorse tecnologiche realmente a disposizione ove necessarie.

Per mettere in relazione le stime sulla domanda e quelle sulla capacità produttiva è stato ideato un algoritmo. Ne risulta il numero di prestazioni al mese da erogare in aggiunta a quelle già erogate per giungere ad un adeguamento del tempo medio di attesa (Indice di Performance) allo standard regionale stabilito dalla Direzione Sanità, con una logica di Programmazione della Produzione.

Assegnazione alle Strutture Aziendali di Obiettivi di Governo delle liste d'attesa

Per il 2016 l'Obiettivo **CU-PA 3** assegnato alle Strutture Complesse "Governo delle liste d'attesa per prestazioni ambulatoriali: Mantenimento/Riduzione dei Tempi di Attesa" prevede che vengano messi in atto tutti gli interventi congiunturali necessari alla riduzione/mantenimento dei tempi di attesa per le prestazioni individuate a conclusione dell'analisi dei fabbisogni.

Le Strutture Complesse Aziendali coinvolte sono tutte quelle che erogano prestazioni specialistiche ambulatoriali, in una logica di appropriatezza e di integrazione ospedale/territorio.

L'indicatore è costituito dal Tempo di Attesa rilevato a dicembre 2016 per le visite ed esami specialistici di classe "B" e "D" individuate.

CONCLUSIONI

Sub-Obiettivo 1

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

Indicatore: N°tot di agende di prenotazione caricate su CUP/N °tot di agende presenti

Standard: 100%

Valore dell'indicatore al 31.12.2016: 100%

Scala: SI/NO

Fonte dati: Documentazione aziendale

Sub-Obiettivo 2

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

Indicatore: Indice di Performance (Tempo medio di attesa)

Standard: Tempo medio di attesa stabilito dalla Direzione Sanità per le singole prestazioni

Scala:

- Vincolo di produzione minima
- Confronto dell'Indice di Performance aziendale con lo standard regionale
- Incremento di volumi del 30% rispetto al 2015 (per singole prestazioni)

Fonte dati: Flusso C 2016

Valore dell'indicatore al 31.12.2016

In sintesi:

Tutte le 42 prestazioni individuate rispettano il vincolo di produzione minima.

Alla rilevazione di giugno 2016 sul I trimestre di produzione, le prestazioni con Indice di Performance entro lo Standard regionale risultavano 11 sulle 42 individuate.

A settembre 2016 sul I semestre di produzione, le prestazioni sono salite a 13 su 42.

Al termine del 2016 sulla produzione totale dell'anno, risultano entro lo Standard 16 prestazioni su 42.

Considerando il criterio dell'incremento di volume di produzione $\geq 30\%$ rispetto al 2015, si ritiene valutabile positivamente anche il 27% di incremento per la spirometria.

Da evidenziare il 18% di incremento di volume di produzione del Fundus.

Infine l'Indice di Performance calcolato sulla produzione che include anche l'erogazione del privato convenzionato risulterebbe entro lo Standard anche per elettrocardiogramma, visita ortopedica ed ecocolordoppler dei vasi periferici.

Si ritengono pertanto valutabili positivamente le sottoelencate 20 prestazioni sul totale delle 42 oggetto di monitoraggio:

N.	Nome prestazione
1	RMN Pelvi, prostata e vescica
2	RMN Colonna vertebrale
3	RMN Muscoloscheletrica
4	TC senza e con contrasto Bacino
5	RMN Cervello e tronco encefalico
6	Ecografia Ostetrica-Ginecologica
7	TC senza e con contrasto Addome inf
8	TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale
9	TC senza e con contrasto Capo
10	Ecografia Mammella

11	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile
12	visita otorinolaringoiatria
13	Visita ginecologica
14	TC senza e con contrasto Addome completo
15	visita chirurgica vascolare
16	TC senza e con contrasto Torace

17	Spirometria
----	-------------

18	Elettrocardiogramma
19	visita ortopedica
20	Ecocolordoppler dei vasi periferici

Indicatore 1.: obiettivo raggiunto

Indicatore 2.: obiettivo raggiunto per n. 20 su 42 prestazioni

=====

Obiettivo 6 “Piano di Assistenza Territoriale (PAT)”

- Sub-obiettivo 6 Assistenza Sanitaria e socio-sanitaria territoriale

Indicatore obiettivo: 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 primo monitorati per 2 anni**
- 5. Azioni implementate/azioni da implementare**

Realizzazione e implementazione del Programma delle attività distrettuali (PAT)

La DGR 26-1653 del 29 giugno 2015, in applicazione di quanto previsto dal D.Lgs 502/92 e s.m.i.) prevede che ogni Distretto definisca il Programma delle attività territoriali-distrettuali (PAT) coerentemente con gli indirizzi della programmazione strategica aziendale e regionale e con le risorse assegnate.

Lo schema tipo inviato dalla Regione alle ASL il 16 settembre 2015 ha definito gli indicatori riferiti ai tre livelli assistenziali della prevenzione, dell’assistenza territoriale e dell’assistenza ospedaliera, indicando il percorso per la definizione di obiettivi e di progetti di miglioramento.

I PAT dei distretti della ASL TO4 sono stati costruiti utilizzando una metodologia comune aziendale, e in sinergia con tutte le strutture aziendali coinvolte nel processo

Il documento è stato approvato dai Sindaci in data 18/12/2015, deliberato dal Direttore Generale della ASL TO 4 (delibera n. 1151 del 23 dicembre 2015) e trasmesso in Regione.

Successivamente la Regione ha avviato il Tavolo di lavoro con le Direzioni Sanitarie Aziendali che ha prodotto uno schema omogeneo di sintesi sulle attività di maggior impatto per il 2016 e ha identificato gli indicatori prioritari rispetto agli indirizzi programmatici Regionali nonché in riferimento alle maggiori criticità rilevate in sede di monitoraggio LEA.

Le azioni realizzate per la predisposizione e la applicazione del PAT negli anni 2015 e 2016 sono di seguito elencate:

Anno 2015 (settembre - dicembre)

- 1) Identificazione di un coordinatore per tutti i distretti dell’ASL TO 4 con il compito di raccordare il lavoro e garantire l’omogeneità dei PAT distrettuali

- 2) Raccolta dei dati per gli indicatori richiesti dalla griglia regionale da parte del Controllo di Gestione
- 3) Confronto degli indicatori rilevati nei distretti e analisi delle informazioni da parte dei direttori di distretto
- 4) Presentazione degli indicatori al comitato dei sindaci, all'UCAD, all'Ente gestore dei servizi sociali e condivisione delle priorità e delle azioni
- 5) Costituzione di gruppi di lavoro distrettuali per la predisposizione dei progetti di miglioramento
- 6) Definizione degli obiettivi 2016 per ciascun distretto con la Direzione Generale
- 7) Stesura del PAT di ogni distretto e assemblaggio dei PAT distrettuali nel PAT aziendale
- 8) Approvazione da parte del comitato dei sindaci e adozione da parte della ASL

Nel percorso di costruzione del PAT sono stati identificati e condivisi con gli attori coinvolti ai tavoli di lavoro (rappresentanti dei sindaci, enti gestori dei servizi socio assistenziali, tecnici) alcuni progetti di miglioramento che riguardano ambiti per i quali emergevano criticità dagli indicatori raccolti o dall'analisi di situazioni locali ritenute meritevoli di intervento.

I progetti identificati in modo trasversale in tutti i distretti erano:

1. Miglioramento dell'adesione agli screening
2. Miglioramento dell'adesione alle vaccinazioni
3. Contenimento della spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale nel rispetto dei parametri previsti dalla DGR 17-7428/2014 attraverso il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva
4. Contenimento del consumo di visite ed esami specialistici entro gli standard regionali
5. Contenimento della spesa dell'Assistenza Integrativa e Protesica entro i valori del 2015
6. Ridefinizione della rete dell'assistenza psichiatrica sul territorio
7. Presa in carico dei soggetti adulti affetti da disturbi dello spettro autistico : definizione delle linee di indirizzo aziendali
8. Ridefinizione della rete di assistenza ai soggetti con problemi di dipendenza

Il progetto 1 rientra negli obiettivi del Piano della Prevenzione

Il progetto 2 coincide con l'obiettivo 6-PAT

I progetti 3-4-5 rientrano nella programmazione aziendale e nel rispetto del budget

Per i progetti 6-7-8 sono stati istituiti tavoli multiprofessionali. I tavoli per la ridefinizione della rete di assistenza ai soggetti con problemi di dipendenza e per la presa in carico dei soggetti adulti affetti da disturbi dello spettro autistico hanno concluso il lavoro, quello per la ridefinizione della rete dell'assistenza psichiatrica sul territorio è in corso.

Anno 2016

- 1) Partecipazione del Direttore Sanitario di Azienda al Tavolo di lavoro Regionale
- 2) Revisione degli indicatori PAT selezionati nella nuova griglia regionale rivista dal tavolo tecnico dei direttori sanitari delle ASL e trasmissione alla Regione degli indicatori 2014 e degli obiettivi 2016
- 3) Avvio delle azioni per il raggiungimento degli obiettivi 6- PAT previsti dalla DGR 30-3307 del 16 maggio 16 :
 - 1) progetto rete regionale cure primarie
 - 2) assistenza domiciliare
 - 3) copertura vaccinale nei bambini- ciclo di base
 - 4) copertura vaccinale nei bambini – MPR
 - 5) azioni da Piano Regionale della Prevenzione (da individuare con provvedimento della Direzione Sanità)

OBIETTIVO 1

Progetto rete regionale cure primarie

1) Razionale

L'Azienda aveva identificato per ciascun distretto una sede per l'implementazione di forme organizzative della medicina di famiglia e inviato la relativa comunicazione alla Regione in data 16 settembre 2016 prot. 78201

Con la DGR 3-4287 del 29.11.16 - Sperimentazione delle Case della Salute è stato richiesto alle ASL di presentare entro il mese di gennaio un progetto per ogni distretto articolato secondo i criteri contenuti nella DGR utilizzando le schede previste all'All. B della stessa DGR.

L'ASL TO4 ha inviato entro i termini le schede di progetto.

2)Azioni effettuate

I progetti delle case della Salute inviati riguardano le seguenti sedi:

Distretto di Ciriè: Casa della salute c/o Ospedale di Lanzo

Distretto di Chivasso San Mauro: Casa della Salute Brandizzo

Distretto di Settimo Torinese: Casa della Salute di Settimo – Casa della Salute di Leinì

Distretto di Ivrea: Casa della salute di Caluso

Distretto di Cuorgnè: Casa della Salute di Castellamonte

I progetti distrettuali sono stati elaborati tenendo conto delle esigenze di ciascun territorio, ma hanno caratteristiche di base comuni che sono:

- integrazione strutturale-funzionale
- forte indirizzo alla medicina di iniziativa e ai percorsi per la cronicità
- multiprofessionalità
- valorizzazione del ruolo infermieristico (infermiere di comunità)
- uso di tecnologie innovative (telemedicina)

3)Risultati raggiunti

Progetti inviato secondo le modalità richieste

4)Documentazione ed evidenza

Documentazione inviata alla Regione

OBIETTIVO 2

Assistenza programmata a domicilio (ADI)

1) Razionale

Le Cure domiciliari erogano assistenza nelle forme previste dalla Regione Piemonte

ADI

ADI UOCP

SID

ADP

L'attività è rendicontata sul portale FARSIAD-RP che trasmette direttamente i dati alla Regione e al Ministero della Salute per l'alimentazione del flusso SIAD.

Il flusso distingue le prestazioni monoprofessionali da quelle multiprofessionali che sono le uniche valorizzate.

L'indicatore della griglia LEA misura solo l'assistenza erogata alle persone ultrasessantacinquenni escludendo dal calcolo le assistenze rivolte a persone più giovani affette da gravi patologie (es. neurologici, oncologici o gravi disabili)

2)Azioni effettuate

Coinvolgimento dei medici responsabili delle Cure domiciliari e dei Coordinatori nella revisione dei processi di presa in carico delle cure domiciliari con l'obiettivo di potenziare le prese in carico multidisciplinari:

incontro per la condivisione dei dati elaborati dalla Regione e presentati ai Direttori Sanitari in data 19 ottobre 2016

Sensibilizzazione dei Medici di famiglia:

presentazione dei dati negli UCAD di ciascun distretto

Miglioramento dell'accuratezza e della tempestività delle registrazioni delle prestazioni:

predisposizione di indicazioni operative da parte del referente aziendale per il sistema informativo delle cure domiciliari rivolte a medici e infermieri delle cure domiciliari

3) Risultati raggiunti

Anno 2014 n. casi 2463 % 2,01 (fonte report Regione Piemonte)

Anno 2015 n. casi 2461 % 2,01 (fonte report Regione Piemonte)

Anno 2016 n. casi 3727 % 3,04 (elaborazione da FARSIAD)

4) Documentazione ed evidenza

Dati SIAD

OBIETTIVO 3-4

Copertura vaccinale nei bambini

1) Razionale

L'adesione alle vaccinazioni dei bambini nei primi due anni di vita registra in generale un calo sia nella ASL TO4, sia nel Piemonte nel suo complesso, sia in Italia.

Ciò è dovuto a diverse motivazioni (ideologiche, culturali, pseudoscientifiche, emotive) che negli ultimi anni determinano le scelte di un numero sempre maggiore di genitori.

In considerazione di questi elementi, gli obiettivi assegnati alle ASL, oltre che indicare l'ottimale di copertura vaccinale, che è lo standard a cui tendere, prevedono l'avvio di attività e azioni specifiche per aumentare l'adesione dei genitori alle vaccinazioni.

2) Azioni effettuate

le azioni messe in atto sono quelle previste dalle indicazioni regionali contenute nelle comunicazioni del 20 settembre 2016 prot 19176 e 15 novembre 2016 prot 23204.

	Attività/Azione	Frequenza	Indicatore	Azioni 2016
1	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.	30 giugno 31 dicembre	Il 100% dei PLS e dei MMG e il SEREMI devono ricevere il dato	Sono stati inviati a ciascun pediatra gli elenchi dei soggetti non vaccinati con la richiesta di verificare i motivi della non adesione e di comunicarli al RAV. Data di invio: 10 novembre 2016
2	Invio a ciascun PLS della rispettiva CV e/o della CV dell'ASL a 24 mesi per esavalente e MPR	30 giugno 31 dicembre	Il 100% dei PLS e dei MMG e il SEREMI devono ricevere il dato	Sono stati inviati a ciascun pediatra i dati di copertura vaccinale dei propri assistiti confrontati con il dato ASL Data di invio 24 ottobre 2016
3	Invio dei Dati di CV e di rifiuto dettagliati per singolo PLS/MMG al coordinatore/referente dell'équipe	30 giugno 31 dicembre	Il 100% dei PLS e dei MMG e il SEREMI devono ricevere il dato	Sono stati inviati a ciascun referente di équipe territoriale i dati dei pediatri afferenti all'équipe Data di invio 24 ottobre 2016
4	Invio lettera sui rischi conseguenti alla mancata vaccinazione a firma congiunta del RAV e del PLS ai	Al momento dell'acquisizione del	Il 100% dei non vaccinati deve ricevere la	E' stata modificata la procedura per le inadempienze con

	genitori dei bambini inadempienti per tutte le vaccinazioni	rifiuto da parte dei genitori	lettera	l'adozione del modello di lettera indicato nella comunicazione regionale da novembre 2016
5	Riunione di équipe con i PLS (novità in ambito vaccinale, discussione coperture, sorveglianza malattie infettive)	1 o 2 volte l'anno	Partecipazione del RAV alle riunioni	Un incontro con tutte le equipe pediatriche con argomento vaccinazioni è organizzato per il mese di marzo 2017
6	Laddove possibile telefonate periodiche ai PLS per sollecitare la segnalazione di malattie infettive e eventi avversi da vaccino	1 volta la settimana	Contatto settimanale con il 100% dei PLS	Attivazione di una procedura che prevede l'invio di mail o SMS in alternativa alla telefonata da implementare entro il 2017
7	Organizzazione corsi di formazione dedicati ai vari aspetti delle vaccinazioni rivolti a operatori dei servizi vaccinali, PLS, MMG, Pediatri ospedalieri, ostetriche	Almeno 1 l'anno	Svolgimento del corso	E' stato organizzato un corso aziendale sulla vaccinazione HPV il giorno 17 dicembre 2016
8	Partecipazione dei RAV ai corsi pre e post-parto	Dipendente dalla programmazione di corsi	Partecipazione al 100% dei corsi pre/post parto	Entro il 2017 personale (ostetriche, assistenti sanitarie, pediatri) opportunamente formato, garantirà la presenza ai corsi
9	Inserimento di obiettivi di CV negli accordi integrativi locali dei PLS		Raggiungimento o CV 95% per ciclo primario e MPR	Obiettivo per anno 2016 (assegnato) Recuperare i bambini non vaccinati Obiettivo 2017 (da assegnare) Aumento della copertura vaccinale per ciclo di base e MPR
10	Collaborazione con i PLS e le neonatologie per promuovere la vaccinazione dei bambini pretermine o con altri fattori di rischio		Redazione e implementazione di un accordo di collaborazione	In attesa del protocollo di collaborazione che sarà predisposto dalla regione.

3) Risultati raggiunti

La copertura vaccinale per il ciclo di base e l'MPR negli anni 2015 e 2016

Ciclo di base esavalente

Anno 2015	92,63%
Anno 2016	93,13%

MPR

Anno 2015	85,15%
Anno 2016	87,65%

(fonte sistema informativo vaccinazioni ASL TO 4)

4) Documentazione ed evidenza

Agli atti di SISP e Distretti

Indicatore 1: obiettivo raggiunto

Indicatore 2: obiettivo raggiunto

Indicatore 3: } obiettivi parzialmente raggiunti

Indicatore 4: }

Indicatore 5: obiettivo

Investimenti effettuati e fonte di finanziamento

Nella tabella che segue sono elencati per sottoconto gli acquisti effettuati per l'assistenza territoriale e i relativi finanziamenti.

CONTO	SETTORE	TOTALE ACQUISTI	CONTRIB. REGIONALI	STORNO QUOTA C/ES.	DEST. VINC.	DONAZIONI	CONTRIB. PRIVATI
1110302	SOFTWARE	0					
1120311	IMPIANTI	0					
1120411	ATTREZZATURE	86.267,38		488,00		978,44	84.800,74
1120511	MOBILI E ARREDI	8.520,06				532,70	7.987,36
1120611	AUTOMEZZI	0					
1120711	ALTRI BENI	3.726,83		787,08		49,90	2.889,85
TOTALE	TERRITORIO	98.514,07	0	1.275,08	0	1.561,04	95.677,95

Tabella. Acquisti effettuati e relativi finanziamenti

Opera	Importo progetto	Importo finanziato	Estremi finanziamento	Spesa anno 2016 CONTO 1120214
Costruzione nuovo Poliambulatorio in parte utilizzato per attività intramoenia in regime ambulatoriale (fatture SCR)	€ 14.664.594,03	€ 1.100.000,00	mutuo	318.389,48
		€ 10.463.551,04	D.Lgs. 254/2000 Intramoenia + Art. 20 L. 67/88 1° fase, + Art. 20 L. 67/88 2° fase + DCR n. 258-20424 del 05/05/2009	
		€ 4.201.042,99	Autofinanziamento da alienazioni	

Tabella. Lavori e relativi finanziamenti

3.3 PREVENZIONE: STATO DELL'ARTE ED OBIETTIVI

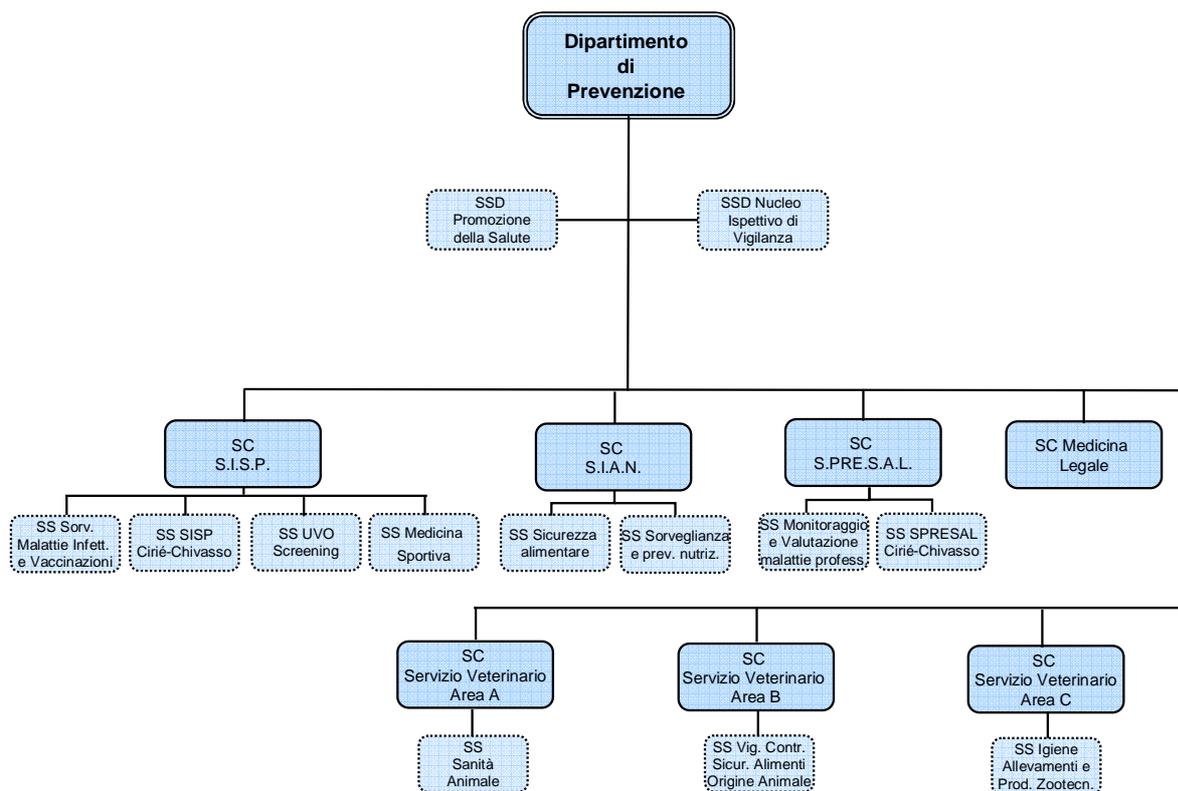
A) Stato dell'arte

Il livello della Prevenzione presso l'ASL TO 4 viene attuato attraverso le Strutture di seguito indicate:

- Dipartimento di Prevenzione
- Strutture Complesse (SISP, SIAN, SPRESAL, Servizi Veterinari)
- Strutture Semplici.

Tali Strutture sono distribuite sul territorio in forma integrata, con rappresentatività nelle aree di Ciriè, Chivasso ed Ivrea.

L'organizzazione è di seguito illustrata:



ASL TO 4 - Organigramma

B) Obiettivi dell'esercizio relativi alla Struttura e all'organizzazione dei Servizi

Con la D.G.R. n. 30-3307 del 16/05/2016 avente ad oggetto: "Art. 3 bis, commi 5 ss. D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.. Assegnazione obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai direttori generali delle aziende sanitarie regionali finalizzati al riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2016"

Gli obiettivi sono suddivisi come segue:

Obiettivo 6 "Piano di Assistenza Territoriale (PAT)"

Sub-obiettivo 6 Assistenza Sanitaria e socio-sanitaria territoriale

Indicatore obiettivo: 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 primo monitorati per 2 anni

5. Azioni implementate/azioni da implementare

Investimenti effettuati e fonte di finanziamento

Nella tabella che segue sono elencati per sottoconto gli acquisti effettuati per il dipartimento di prevenzione e i relativi finanziamenti.

CONTO	SETTORE	TOTALE ACQUISTI	FONDI PROPRI	STORNO QUOTA C/ES.	DEST. VINC.	DONAZIONI	CONTRIB. PRIVATI
1110302	SOFTWARE	0					
1120311	IMPIANTI	0					
1120411	ATTREZZATURE	0					
1120511	MOBILI E ARREDI	262,30					262,30
1120611	AUTOMEZZI	0					
1120711	ALTRI BENI	1.515,24		353,28			1.515,24
TOTALE	DIP. PREV.	2.710,62	0	353,28	0	0	1.777,54

Tabella. Acquisti effettuati e relativi finanziamenti

4. L'ATTIVITÀ DEL PERIODO

4.1. ASSISTENZA OSPEDALIERA: ATTIVITÀ NEL PERIODO

A) Confronto Dati di Attività degli Esercizi 2015 e 2016

Nelle tabelle che seguono sono presentati i dati dell'anno 2015-2016 al fine di definire rispetto agli obiettivi dell'anno gli specifici scostamenti.

In particolare nelle tabelle che seguono viene presentata la produzione da flussi informativi per gli anni 2015 -2016.

PRODUZIONE 2015														
PRODUZIONE ASL TO4 Tipologia	Residenti		Piemonte		Italia		Stranieri		STP		TOTALI NETTI		TOTALI LORDI	
	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Ticket	Imp. Lordo
SDO (ricoveri e d.h.)	33.747	101.053.922	3.800	13.767.165	666	2.045.143	94	261.867	8	16.670	38.315	117.144.767	0	117.144.766,76
B (medicina di base)	0	0	13.653	150.183	8.416	92.576	8.488	93.368	0	0	30.557	336.127	0	336.127,00
C (specialistica ambulat.)	5.554,405	47.351.759	175.439	2.252.602	48.711	569.390	802	37.308	287	2.294	5.779,644	50.213.353	11.440.436	61.653.788,95
C2 (DEA e PS)	1.304,633	11.209.346	109.007	966.177	31.650	282.584	6.218	53.749	0	0	1.451,508	12.511.855	73.600	12.585.455,40
D (assist. farmaceutica)	0	0,00	237.558,00	1.885.621,13	31.887,00	251.081,71	0,00	0,00	0,00	0,00	269.445	2.136.703	150.309,18	2.287.012,02
F (diretta + DPC) n. ricette:	242.262	41.349.471	7.930	851.904	1.583	290.384	136	30.761	7	2.892	251.918	42.525.413	28.142	42.553.554,21
Totale SDO	33.747	101.053.922,09	3.800	13.767.165,31	666	2.045.142,76	94	261.866,60	8	16.670,00	38.315	117.144.766,76	0,00	117.144.766,76
Totale Prestazioni	7.101,300	99.910.576,03	543.587	6.106.486,62	122.247	1.486.015,81	15,644	215.185,76	294	5.186,32	7.783,072	107.723.450,54	11.692.487,04	119.415.937,58
Totale generale	7.135,047	200.964.498,12	547.387	19.873.651,93	122.913	3.531.158,57	15,738	477.052,36	302	21.856,32	7.821,387	224.868.217,30	11.692.487,04	236.560.704,34
C (specialistica ambulat.)	Quota aggiuntiva (compresa nel Ticket)													2.848.373,11
F (DPC)	Costo del servizio (compreso nel Netto e nel Lordo)													1.522.693,30

Tabella. Produzione ASL TO 4 da flussi informativi (anno 2015)

ANNO 2016														
PRODUZIONE ASL TO4 Tipologia	Residenti		Piemonte		Italia		Stranieri		STP		TOTALI NETTI		TOTALI LORDI	
	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Ticket	Imp. Lordo
SDO (ricoveri e d.h.)	33.319	101.322.936,53	3.530	12.573.208,69	695	2.074.365,81	81	248.276,90	1	1.280,00	37.626	116.220.067,35	0,00	116.220.067,35
B (medicina di base)	0	0,00	13.525	148.775,00	8.742	96.162,00	15.133	166.463,00	0	0,00	37.400	411.400,00	0,00	411.400,00
C (specialistica ambulat.)	4.991.455	46.641.826,46	150.700	2.232.079,72	42.108	490.595,62	1.091	38.586,10	211	1.496,45	5.185.565	49.404.584,35	9.966.624,35	59.371.208,70
C2 (DEA e PS)	1.336.881	11.453.386,14	106.791	938.405,80	31.663	278.478,70	5.401	45.426,40	24	279,30	1.480.760	12.715.976,30	68.900,00	10.373.367,90
D (assist. farmaceutica)	0	0,00	331.901	2.620.510,77	27.673	222.233,56	0	0,00	0	0,00	359.574	2.842.744,33	262.868,31	3.105.612,64
F (diretta + DPC) n. ricette:	263.294	41.890.372,47	11.230	1.070.812,07	1.447	298.424,16	52	3.960,48	5	17,03	276.028	43.263.586,21	31.534,45	43.295.120,66
Totale SDO	33.319	101.322.936,53	3.530	12.573.208,69	695	2.074.365,81	81	248.276,90	1	1.280,00	37.626	116.220.067,35	0,00	116.220.067,35
Totale Prestazioni	6.591.630	99.985.585,03	621.623	7.028.248,08	114.441	1.407.802,25	21.677	254.435,98	240	1.792,78	7.363.136	108.826.639,19	10.343.999,68	119.170.638,80
Totale generale	6.624.949	201.308.521,56	638.678	19.750.231,77	115.136	3.482.167,48	21.758	502.712,88	241	3.072,78	7.400.762	225.046.706,47	10.343.999,68	235.390.706,15
C (specialistica ambulat.)	Quota aggiuntiva (compresa nel Ticket)													2.498.779,51
F (DPC)	Costo del servizio (compreso nel Netto e nel Lordo)													1.555.056,27

Tabella. Produzione ASL TO 4 da flussi informativi (anno 2016)

La produzione di ricoveri per singoli Ospedali, con la differenziazione tra ricoveri ordinari e day hospital, viene presentata nella tabella che segue, con riferimento agli anni 2015-2016

2015	HSP11	BIS	DESCRIZIONE	T	Ric.	Importo
204	010017	00	OSPEDALE CIVICO CHIVASSO	1	7.709	25.347.178,00
204	010017	00	OSPEDALE CIVICO CHIVASSO	2	2.676	3.363.195,40
204	010019	01	PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI CIRIE'	1	8.435	29.881.216,40
204	010019	01	PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI CIRIE'	2	2.123	2.349.613,00
204	010019	03	PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI LANZO	1	1.482	6.074.193,00
204	010019	03	PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI LANZO	2	1.049	1.073.391,70
204	010023	01	OSPEDALE CIVILE DI IVREA	1	7.880	27.829.142,38
204	010023	01	OSPEDALE CIVILE DI IVREA	2	3.010	3.793.520,58
204	010023	02	OSPEDALE CIVILE DI CUORGNE'	1	1.405	5.450.403,80
204	010023	02	OSPEDALE CIVILE DI CUORGNE'	2	1.198	1.472.687,80
204	010023	04	OSPEDALE DI SETTIMO	1	1.348	10.510.224,70
					38.315	117.144.766,76
2015	HSP11	BIS	DESCRIZIONE	T	Ric.	Importo
204	010017	00	OSPEDALE CIVICO CHIVASSO	1	7.234	24.831.218,20
204	010017	00	OSPEDALE CIVICO CHIVASSO	2	2.884	3.441.306,30
204	010019	01	PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI CIRIE'	1	8.646	29.893.418,50
204	010019	01	PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI CIRIE'	2	1.922	2.040.755,40
204	010019	03	PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI LANZO	1	1.451	5.715.747,80
204	010019	03	PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI LANZO	2	972	1.030.877,90
204	010023	01	OSPEDALE CIVILE DI IVREA	1	7.897	28.866.562,29
204	010023	01	OSPEDALE CIVILE DI IVREA	2	3.060	4.042.501,54
204	010023	02	OSPEDALE CIVILE DI CUORGNE'	1	1.192	5.060.112,20
204	010023	02	OSPEDALE CIVILE DI CUORGNE'	2	1.020	1.296.888,00
204	010023	04	OSPEDALE DI SETTIMO	1	1.419	10.377.935,05
					37.697	116.597.323,80

Tabella . Attività di ricovero dei Presidi Ospedalieri dell'ASL TO 4 per gli anni 2015-2016

L'attività ambulatoriale

L'ASL TO 4 dispone di un'ampia offerta di prestazioni ambulatoriali delle diverse branche specialistiche, sia per quanto riguarda le visite sia per quanto concerne le prestazioni di diagnostica strumentale.

Le visite e gli esami specialistici possono essere prenotati:

- tramite il Sovracup, il Call center unificato che permette di prenotare prime visite ed esami specialistici in tutte le Aziende sanitarie pubbliche di Torino e provincia
- attraverso i Centri unificati prenotazione (Cup) dell'ASL TO4, nelle sedi e orari definiti. In tutte le sedi Cup è anche attivo il Sovracup regionale.

Nella tabella che segue viene presentata in forma analitica l'attività ambulatoriale dell'ASL TO4 per gli anni 2015-2016, suddivisa per produzione ospedaliera e territoriale.

Anno	LUOGO	Num.	Importo
2015	OSP	5.195.164	49.553.798
2015	TERR	604.480	12.099.991
	totale	5.799.644	61.653.789
2016	OSP	4.564.677	46.942.238
2016	TERR	620.888	12.428.971
	totale	5.185.565	59.371.209

Tabella . Attività ambulatoriale suddivisa per produzione ospedaliera e territoriale per gli anni 2015-2016

Emergenza

Nell'ambito della organizzazione della rete ospedaliera dell'ASL TO 4, la separazione dei percorsi tra l'emergenza-urgenza e l'elezione si pone l'obiettivo di contribuire alla razionalizzazione e al corretto utilizzo della "risorsa ospedale", al perseguimento dell'equità nell'accesso e dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi e quindi al conseguente contenimento dei costi di gestione.

Il DEA (Dipartimento di Emergenza e Accettazione - Pronto Soccorso) è la Struttura di accettazione e trattamento iniziale di tutti i casi di emergenza-urgenza. Attivo 24 ore su 24, presta cure immediate alle persone in condizioni critiche, eroga prestazioni urgenti che non possono essere fornite da altri operatori (medici di famiglia, pediatri di libera scelta, ambulatori specialistici) e comunque non rinviabili, stabilisce l'eventuale ricovero della persona.

Nell'ASL TO 4 sono operativi tre Dipartimenti Emergenza Accettazione, presso i Presidi di Ciriè, Chivasso ed Ivrea.

Il numero di accessi da PS nelle diverse sedi per gli anni 2015 - 2016 è presentato nella tabella che segue.

Accessi DEA/PS	DEA Chivasso	DEA Ciriè	PS Lanzo	DEA Ivrea	PS Cuorgnè	TOTALE
2015	52.176	46.199	6.940	41.391	16.867	163.573
2016	53.449	47.130	6.734	41.991	16.553	165.857

Tabella . Accessi DEA/PS Presidi ospedalieri dell'ASL TO 4 (anni 2015-2016)

Appropriatezza

Il piano di azioni sviluppato dall'ASL TO 4 sui livelli di produzione è riferibile in particolare alla razionalizzazione della rete ospedaliera e al miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e comprende, tra l'altro, quanto di seguito riportato.

Al fine di migliorare l'appropriatezza delle attività di ricovero, in recepimento a specifiche DGR regionali ASL TO 4 ha previsto:

- la riduzione dei DRG considerati a rischio di inappropriatazza se effettuati in regime di ricovero ordinario
- la trasformazione del regime assistenziale da ricovero ospedaliero ad ambulatoriale per determinati interventi chirurgici; per tali interventi, seppur considerati ambulatoriali, è comunque stabilito che devono essere effettuati in sala operatoria ed in ambiente ospedaliero.
- la riconduzione a prestazioni ambulatoriali anche delle prestazioni di day hospital nei quali viene eseguita chemioterapia afferenti al DRG 410; tali trattamenti chemioterapici o con altri farmaci antineoplastici, vengono sempre effettuati nelle strutture in cui viene svolta attività di ricovero di acuzie, in modo da garantire la presenza di competenze specialistiche e la possibilità di intervento in emergenza.

Nelle tabelle che seguono inoltre viene invece presentato l'andamento dell'attività riferibile alla trasformazione dei ricoveri in pacchetti ambulatoriali per gli anni 2015 e 2016, con l'evidenza dello specifico incremento in tale ambito.

	AZ	DENOMINAZI	CODSTS	CODHS P	CODB IS	Num.	Importo	Tipo
2015	204	amb. c/o OSPEDALE CIVICO CHIVASSO	000112	010017	00	247	169.668	c
2015	204	amb. c/o OSPEDALE CIVICO CHIVASSO	000112	010017	00	2.281	272.381	m
2015	204	amb. c/o PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI CIRIE'	000085	010019	01	494	330.635	c
2015	204	amb. c/o PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI CIRIE'	000085	010019	01	-	-	m
2015	204	amb. c/o PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI LANZO	000085	010019	03	689	472.011	c
2015	204	amb. c/o PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI LANZO	000085	010019	03	2.348	294.882	m
2015	204	amb. c/o OSPEDALE CIVILE DI IVREA	000165	010023	01	492	241.715	c
2015	204	amb. c/o OSPEDALE CIVILE DI IVREA	000165	010023	01	4.209	530.631	m
2015	204	amb. c/o OSPEDALE CIVILE DI CUORGNE'	000182	010023	02	438	197.973	c
2015	204	amb. c/o OSPEDALE CIVILE DI CUORGNE'	000182	010023	02	2.104	1.301.680	m

							13.302	3.811.575	
--	--	--	--	--	--	--	--------	-----------	--

Anno	AZ	DENOMINAZI	CODSTS	CODHS P	CODB IS	Num.	Importo	Tipo
2016	204	amb. c/o OSPEDALE CIVICO CHIVASSO	000112	010017	00	308	188.656,84	c
2016	204	amb. c/o OSPEDALE CIVICO CHIVASSO	000112	010017	00	3.022	340.864,00	m
2016	204	amb. c/o PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI CIRIE'	000085	010019	01	577	417.270,00	c
2016	204	amb. c/o PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI CIRIE'	000085	010019	01	174	20.764,00	m
2016	204	amb. c/o PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI LANZO	000085	010019	03	896	659.137,66	c
2016	204	amb. c/o PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI LANZO	000085	010019	03	3.636	424.972,00	m
2016	204	amb. c/o OSPEDALE CIVILE DI IVREA	000165	010023	01	931	583.800,00	c
2016	204	amb. c/o OSPEDALE CIVILE DI IVREA	000165	010023	01	3.914	482.860,00	m
2016	204	amb. c/o OSPEDALE CIVILE DI CUORGNE'	000182	010023	02	1.515	1.148.665,20	c
2016	204	amb. c/o OSPEDALE CIVILE DI CUORGNE'	000182	010023	02	966	119.738	m
						15.939	4.386.727,70	

Tabella. Trasformazione dei ricoveri in pacchetti ambulatoriali (anni 2015-2016)

Nella tabella che segue viene presentato l'andamento nel corso degli anni 2015 e 2016, suddiviso per Distretto di residenza.

Distretto	Tipo	2015 Num.	2015 Importo	2016 Num.	2016 Importo
Distretto 1 Ciriè	Prestazioni	1.821.740	24.964.888,49	1.652.447	24.431.374,46
Distretto 2 Chivasso San Mauro	Prestazioni	1.739.151	23.955.296,54	1.586.011	23.655.987,33
Distretto 3 Settimo Torinese	Prestazioni	1.254.922	17.614.930,33	1.160.106	17.329.198,77
Distretto 5 Ivrea	Prestazioni	1.694.466	22.270.399,44	1.538.488	21.233.019,32
Distretto 6 Cuorgnè	Prestazioni	1.215.763	15.136.924,11	1.118.181	14.786.845,30
	Prestazioni TOTALE	7.726.042	103.942.438,91	7.055.233	101.436.425,18

Tabella. Andamento del consumo di prestazioni ambulatoriali per Distretto di residenza nel corso degli anni 2014 e 2015

Altro tema particolarmente collegato all'appropriatezza è rappresentato dalla percentuali di parti cesarei. Nella tabella che segue viene presentata la situazione per punto nascita negli anni in studio.

Anno	Parti Ciriè	Cesarei Ciriè	Perc. Cesarei Ciriè	Parti Chivasso	Cesarei Chivasso	Perc. Cesarei Chivasso	Parti Ivrea	Cesarei Ivrea	Perc. Cesarei Ivrea	Parti TOT.	Cesarei TOT.	Perc. Cesarei TOT.
2015	963	189	19,6%	964	237	24,5%	702	138	19,6%	2.629	564	21,4%
2016	963	177	18,3%	909	232	25,5%	700	160	22,8%	2.572	569	22,1%

Tabella. Percentuali di tagli cesarei per punto nascita degli anni 2015 - 2016

B) Obiettivi di attività dell'esercizio 2015

Rispetto agli obiettivi dell'anno che prevedono una sostanziale stabilità ed un consolidamento delle attività relative all'assistenza ospedaliera, dalle analisi dell'anno 2016 si configura una conferma tendenziale delle attività, con una stabilità dell'attività di ricovero a conferma del recupero intrapreso sull'appropriatezza organizzativa.

Si evidenzia peraltro quanto di seguito riportato.

Importi tariffari relativi alla produzione

Nel corso dell'anno 2016 si evidenzia un sostanziale assestamento tariffario complessivo per quanto riguarda gli importi rispetto all'anno 2015.

Ricoveri

Nel corso dell'anno 2016 si evidenzia una sostanziale stabilità complessiva di ricoveri rispetto all'anno 2015, anche in relazione al progressivo spostamento dell'attività verso l'ambulatoriale.

B medicina di base mobilità

Si evidenzia un leggero aumento rispetto all'anno 2014, spiegabile con le formulazione e l'applicazione di regole per la domiciliazione dei pazienti coerenti con la normativa.

Prestazioni ambulatoriali

Nel corso dell'anno 2016 si evidenzia un valore in diminuzione rispetto all'anno 2015 correlato alla riduzione del numero di prestazioni, riferibile alle operazioni di appropriatezza.

DEA/PS

Nel corso dell'anno 2016 si evidenzia un valore sostanzialmente stabile rispetto all'anno 2015.

D Assistenza farmaceutica mobilità

Nel corso dell'anno 2016 si evidenzia un valore sostanzialmente stabile rispetto all'anno 2015 con un leggero incremento.

Distribuzione diretta farmaci

Nel corso dell'anno 2016 si evidenzia un valore sostanzialmente stabile rispetto all'anno 2015.

4.2 ASSISTENZA TERRITORIALE: ATTIVITA' NEL PERIODO

A) Confronto Dati di Attività degli Esercizi 2015 e 2016

Nelle tabelle che seguono sono presentati i dati degli anni 2015 e 2016 al fine di definire rispetto agli obiettivi dell'anno gli specifici scostamenti.

Nelle tabelle che seguono viene presentata la situazione dell'ASL TO4 per quanto riguarda gli acquisti relativi agli anni 2015 e 2016.

ACQUISTI ASL TO4 Tipologia	da altre ASL		da ASO		da altri PRESIDI		da altri Ist. Privati		da Extra Regione		TOTALI NETTI	
	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto
SDO (ricoveri e d.h.)	7.240	25.764.140,53	14.288	50.761.803,32	4.019	12.622.818,91	6.051	25.964.305,60			31.598	115.113.068,36
Day Surgery tipo C							187	183.343,30			187	183.343,30
B (medicina di base)	19.993	219.923,00									19.993	219.923,00
C (specialistica ambulat.)	328.919	6.014.801,89	734.167	12.204.748,27	191.112	4.790.474,95	498.147	9.446.506,99			1.752.345	32.456.532,10
C2 (DEA e PS) non seguiti	179.620	1.765.859,05	89.325	983.084,75	35.051	320.231,60					303.996	3.069.175,40
D (assist. farmaceutica)	270.150	2.160.675,23									270.150	2.160.675,23
E (assist. termale)							7.649	96.509,51			7.649	96.509,51
F (diretta + DPC) n. ricette:	25.420	10.451.705,59	18.744	17.305.138,51	5.431	2.314.790,76	0	0,00			49.595	30.071.634,86
G (ambulanza/elisoccorso)											0	0,00
Totale SDO + Day Surg. C	7.240	25.764.140,53	14.288	50.761.803,32	4.019	12.622.818,91	6.238	26.147.648,90	0	0,00	31.785	115.296.411,66
Totale Prestazioni	824.102	20.612.964,76	842.236	30.492.971,53	231.594	7.425.497,31	505.796	9.543.016,50	0	0,00	2.403.728	68.074.450,10
Totale SDO + Prest. da altri	831.342	46.377.105,29	856.524	81.254.774,85	235.613	20.048.316,22	512.034	35.690.665,40	0	0,00	2.435.513	183.370.861,76

TOTALE ACQUISTI ASL TO4 Tipologia					da ns. PRESIDI		da ns. Ist. Privati				TOTALI NETTI	
	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto
SDO per ns. residenti					718	5.863.360,49	2.721	13.660.755,65			3.439	19.524.116,14
Prestazioni per ns. residenti					5.338	162.765,95	413.964	4.921.463,43			419.302	5.084.229,38
Totale SDO (da altri + nostri)	7.240	25.764.140,53	14.288	50.761.803,32	4.737	18.486.179,40	8.959	39.808.404,55	0	0,00	35.224	134.820.527,80
Totale Prestaz. (da altri + nostri)	824.102	20.612.964,76	842.236	30.492.971,53	236.932	7.588.263,26	919.760	14.464.479,93	0	0,00	2.823.030	73.158.679,48
Totale generale (da altri + nostri)	831.342	46.377.105,29	856.524	81.254.774,85	241.669	26.074.442,66	928.719	54.272.884,48	0	0,00	2.858.254	207.979.207,28

Tabella. Acquisiti ASL TO 4 da flussi informativi (anno 2015)

ACQUISTI ASL TO4 Tipologia	da altre ASL		da ASO		da altri PRESIDI		da altri Ist. Privati		da Extra Regione		TOTALI NETTI	
	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto
SDO (ricoveri ord, dh, one ds)	7.118	24.861.235,18	13.812	48.841.545,99	3.848	12.512.822,50	5.307	25.436.413,33			30.085	111.652.017,00
Day Surgery tipo C							133	108.917,20			133	108.917,20
B (medicina di base)	20.935	230.285,00									20.935	230.285,00
C (specialistica ambulat.)	310.007	5.853.730,48	695.674	12.031.252,08	195.310	5.136.321,30	481.215	8.951.969,55			1.682.206	31.973.273,41
C2 (DEA e PS) non seguiti	176.269	1.767.635,95	89.507	930.913,60	33.691	327.915,50					299.467	3.026.465,05
D (assist. farmaceutica)	245.804	1.937.407,26									245.804	1.937.407,26
E (assist. termale)							7.054	88.610,27			7.054	88.610,27
F (diretta + DPC) n. ricette:	29.134	14.312.037,24	18.981	20.710.811,70	7.342	2.529.590,76					55.457	37.552.439,70
G (ambulanza/elisoccorso)											0	0,00
Totale SDO + Day Surg. C	7.118	24.861.235,18	13.812	48.841.545,99	3.848	12.512.822,50	5.440	25.545.330,53	0	0,00	30.218	111.760.934,20
Totale Prestazioni	782.149	24.101.095,93	804.162	33.672.977,38	236.343	7.993.827,56	488.269	9.040.579,82	0	0,00	2.310.923	74.808.480,69
Totale SDO + Prest. da altri	789.267	48.962.331,11	817.974	82.514.523,37	240.191	20.506.650,06	493.709	34.585.910,35	0	0,00	2.341.141	186.569.414,89

TOTALE ACQUISTI ASL TO4 Tipologia					da ns. PRESIDI		da ns. Ist. Privati				TOTALI NETTI	
	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto
SDO per ns. residenti					757	5.122.590,30	2.884	14.120.534,32			3.641	19.243.124,62
Prestazioni per ns. residenti					8.009	251.757,25	372.042	4.893.006,65			380.051	5.144.763,90
Totale SDO (da altri + nostri)	7.118	24.861.235,18	13.812	48.841.545,99	4.605	17.635.412,80	8.324	39.665.864,85	0	0,00	33.859	131.004.058,82
Totale Prestaz. (da altri + nostri)	782.149	24.101.095,93	804.162	33.672.977,38	244.352	8.245.584,81	860.311	13.933.586,47	0	0,00	2.690.974	79.953.244,59

Totale generale (da altri + nostri)	789.26 7	48.962.331,1 1	817.97 4	82.514.523,3 7	248.95 7	25.880.997,6 1	868.63 5	53.599.451,3 2	0	0,00	2.724.83 3	210.957.303,4 1
-------------------------------------	-------------	-------------------	-------------	-------------------	-------------	-------------------	-------------	-------------------	---	------	---------------	--------------------

Tabella. Acquisti ASL TO 4 da flussi informativi (anno 2016)

Nella tabella che segue è presentata l'attività relativa alle cure domiciliari per gli anni 2014 - 2016.

ANNO 2014	DISTRETTO					TOTALI
	CIRIE'	CHIVASSO - SAN MAURO	SETTIMO	IVREA	CUORGNE'	
ADI	260	367	487	376	315	1.805
ADP	1.383	1.676	1.688	266	2.172	7.185
SID	690	1.218	480	2.457	1.377	6.222
ADI-UOCP	186	134	101	113	97	631

ANNO 2015	DISTRETTO					TOTALI
	CIRIE'	CHIVASSO - SAN MAURO	SETTIMO	IVREA	CUORGNE'	
ADI	209	329	501	346	325	1.710
ADP	1.997	1.747	1.608	1.800	1.936	9.088
SID	716	1.198	536	2.201	1.383	6.034
ADI-UOCP	183	117	127	164	90	681

ANNO 2016	DISTRETTO					TOTALI
	CIRIE'	CHIVASSO - SAN MAURO	SETTIMO	IVREA	CUORGNE'	
ADI	179	329	455	335	295	1.593
ADP	841	821	768	665	898	3.993
SID	861	1.280	576	2.244	1.407	6.368
ADI-UOCP	167	163	119	188	110	747

Tabella Attività relativa alle cure domiciliari per gli anni 2014 – 2015 - 2016

Altresì nella tabella che segue sono presentate le giornate prodotte dalle RSA a gestione diretta ASL TO4 per gli anni 2014 – 2015 - 2016.

Struttura	Distretto	GIORNATE DI DEGENZA		
		Anno 2014	Anno 2015	Anno 2015
RSA BARUCCO Valperga	6- Cuorgnè	10.683	10.953	10.339
RSA CALUSO	5 - Ivrea	13.327	10.478	9.713
RSA CIRIE'	1 - Ciriè	18.967	17.801	15.218
RSA FOGLIZZO	2 Chivasso	11.673	12.805	11.493
RSA PONT	6- Cuorgnè	12.133	13.432	10.358
RSA SAN MAURIZIO	1 - Ciriè	19.291	19.488	18.312
RSA SAN MAURO	4 - San Mauro	20.424	21.124	19.657
RSA SAUDINO	5 - Ivrea	19.790	17.825	18.461
RSA SETTIMO TORINESE	3 - Settimo Torinese	19.689	21.287	19.511
RSA VARISELLA	1 - Ciriè	20.483	20.428	21.060
	TOTALE	166.460	165.621	154.122

B) Obiettivi di Attività dell'esercizio 2016 e confronto con il livello programmato

Rispetto agli obiettivi generali dell'anno 2016 che prevedono una sostanziale stabilità ed un consolidamento delle attività relative all'assistenza territoriale, dalle analisi del 2016 si configura una conferma tendenziale del servizi erogati.

4.3 PREVENZIONE: ATTIVITA' NEL PERIODO**A) Confronto Dati di Attività degli Esercizi 2015 e 2016**

Aspetti qualificanti delle attività di prevenzione sono rappresentati dagli screening oncologici e dalle vaccinazioni.

Per quanto riguarda gli screening oncologici gli indicatori previsti per la valutazione del programma sono illustrati nella tabella 1 (anni 2015-2016)

Tabella 1. screening oncologici (anni 2015-2016).

Nome indicatore	Standard 2015	Valore al 31.12.2015	Standard 2016	Valore al 31/12/2016
SCREENING MAMMOGRAFICO Copertura da inviti: età 50-69 anni – proporzione di inviti+adesioni spontanee/popolazione bersaglio	75%	60,3%	85%	68,8%
SCREENING MAMMOGRAFICO Copertura da esami: numero donne sottoposte a test di primo livello/popolazione bersaglio 50-69 anni	47%	43,8%	51%	51,9%
SCREENING CERVICO-VAGINALE Copertura da inviti: Numero di donne invitate ad effettuare il test di screening + adesioni spontanee/popolazione bersaglio 25 – 64 anni	75%	83,2%	80%	90,3%
SCREENING CERVICO-VAGINALE Copertura da esami: età 25-64, esecuzione di un numero di esami di screening di primo livello/popolazione bersaglio annuale	51%	53,5%	47%	56,2%
SCREENING COLO-RETTALE: Copertura da inviti: Numero di persone invitate a sigmoidoscopia+adesioni spontanee/popolazione bersaglio 58 anni	82%	98,3%	85%	105,3%

SCREENING COLO-RETTALE				
Copertura da esami FIT e sigmoidoscopia: età 58-69 anni, numero persone sottoposte a sigmoidoscopia o FIT/ popolazione bersaglio	32%	22,2%	32%	50,4%

Per ciò che riguarda l'attività di prevenzione relativa alle vaccinazioni raccomandate la tabella 2 mostra il numero di soggetti vaccinati entro il secondo anno di vita (fascia d'età 0-24 mesi)

	Num.
Anno 2015	29.629
Anno 2016	20161

Tabella 2. Vaccinazioni raccomandate (anni 2015-2016).

Il progetto “**Passi Sorveglianza nazionale**” prevede ogni anno 275 interviste telefoniche svolte nell’arco dell’anno intero su un campione di popolazione dell’ASL tra i 18 e i 69 anni, per avere informazioni sulla loro percezione dello stato di salute, stili di vita, rapporti coi servizi sanitari.

PASSI 2011	Fondi vincolati Regione	Delibera ASL TO4 n 344 del 10 GIUGNO 2011
PASSI 2012	Fondi Saluggia non vincolati	Delibera ASL TO4 n. 221 del 28 MARZO 2012
PASSI 2013	Fondi Saluggia non vincolati	Delibera ASL TO4 n 200 del 14.3.2013
PASSI 2014	Fondi Saluggia non vincolati	Delibera ASL TO 4 n° 33 del 22/1/2014
PASSI 2015	Fondi 10% dei diritti sanitari come da delibera n° 348 del 27/4/2012	Delibera ASL TO 4 n° 240 del 10/3/2015
PASSI 2016	Fondi 10% dei diritti sanitari come da delibera n° 348 del 27/4/2012	Delibera ASL TO 4 n° 98 del 10/2/2016

Ricerca corrente anno 2010 “Sorveglianza sulla detenzione degli animali esotici nei giardini zoologici: messa a punto di un protocollo per la valutazione del benessere degli animali in cattività nei giardini zoologici.” - Delibera ASL TO4 n. 307 del 10.4.2014

Il progetto si propone di intraprendere un’azione mirata di sorveglianza per verificare le condizioni di mantenimento degli animali esotici negli zoo con l’obiettivo di identificare e risolvere eventuali situazioni critiche, di elaborare un protocollo di valutazione standardizzato dei parametri di benessere da mettere a disposizione dei veterinari ufficiali.

Anno	Attività	Documento
2014	Finanziamento pervenuto dall’Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Piemonte, Liguria e Valle d’Aosta che è capofila del progetto	Delibera ASL TO4. N° 307 del 10/04/2014
2015	Sperimentazione check list ispettiva (4 sopralluoghi)	Copia check list compilata - agli atti presso la S.S. Area C Settimo T.se
2015	Invio relazione conclusiva delle attività svolte	Copia relazione - agli atti presso la S.S. Area C Settimo T.se

Ricerca conclusasi nel 2015

Ricerca corrente anno 2013 “ I mille aspetti dell’arsenico e il suo impatto sugli ecosistemi marini e terrestri” - Delibera ASL TO4 n. 325 del 9.4.2015.

Il progetto si propone lo sviluppo di metodologie alternative per l’individuazione e/o la ricerca di residui, contaminanti ambientali, sostanze impiegate a scopo fraudolento , additivi negli alimenti di origine vegetale compresi gli alimenti ad uso zootecnico.

Anno	Attività	Documento
2015	Finanziamento pervenuto dall'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta che è capofila del progetto	Delibera ASL TO4 n. 325 del 9.4.2015.
2015	Effettuazione incontro informativo con produttori di riso	Elenchi partecipanti - agli atti presso la S.S. Area C Settimo T.se
2015 - 2016	Esecuzione campioni di riso per verifica presenza arsenico (20 campioni)	Lettera di trasmissione dei campioni all'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta - agli atti presso la S.S. Area C Settimo T.se
2015 - 2016	Mappatura delle aziende risicole oggetto di campionamento	Utilizzo GPSMAP 64S GARMIN + TREKMAP ITALIA V4 PRO mappe-sd card acquistato con fodi del progetto

Ricerca conclusasi nel 2016

Ricerca corrente anno 2012 "Conciliare sicurezza alimentare e semplicità: monitoraggio di un intervento semplificato destinato alle microimprese alimentari" - Delibera ASL TO4 n. 92 del 3.2.2014

Il progetto si propone di migliorare la capacità di gestione della sicurezza alimentare nelle piccole imprese alimentari. Obiettivi specifici del progetto sono: a) acquisire informazioni sui principali determinanti e fattori di resistenza che influenzano negativamente la gestione dei rischi sanitari nelle piccole imprese alimentari; b) definire criteri e linee di indirizzo per la semplificazione coerenti per l'attività di controllo ufficiale; c) strutturare materiale documentale e percorsi formativi/informativi per l'attivazione di cascate formative diffuse a livello territoriale capaci di raggiungere i destinatari finali dell'intervento (operatori microimprese); d) valutare nel tempo l'efficacia dei modelli di intervento; e) sperimentare modalità partecipative per la crescita di una cultura diffusa della sicurezza alimentare; f) fornire agli OSA gli strumenti culturali in grado di conferir loro una capacità decisionale più consapevole e critica nella loro attività di autocontrollo.

Anno	Attività	Documento
2014	Organizzazione del Corso ECM [corso PRISA 2016] "Flessibilità e autocontrollo: modelli applicativi per le microimprese della Regione Piemonte" (7 maggio e 28 maggio 2014) con la partecipazione della DG SANTE dell'UE	Atti del Corso a disposizione presso la S.S. Area C Settimo T.se
2015	Predisposizione da parte del gruppo di progetto ASL TO 4, in collaborazione con personale dell'ASL CN 1, del materiale base per l'organizzazione di interventi di formazione e informazione indirizzati ai referenti delle associazioni di categoria, ai consulenti delle imprese alimentari e agli operatori microimprese. Il materiale è costituito da 5 moduli formativi di cui 2 generali e 3 specifici (uno per ognuna delle filiere inserite nel progetto) in maniera tale che ogni percorso formativo sia costituito da 3 moduli per una durata totale di 3,5 ore. Ogni modulo formativo	Lettera costituzione gruppo di progetto, verbali del /2015 - agli atti presso la S.S. Area C Settimo T.se Slides e campi note con testo di accompagnamento NOTA: il materiale è stato distribuito ai Dipartimenti di Prevenzione di tutte le ASL piemontesi in data 28/01/2016

	e costituito da slides e campi note con testo di accompagnamento.	
2015	Predisposizione da parte del gruppo di progetto ASL TO 4, in collaborazione con personale dell'ASL CN 1, di una pubblicazione dal titolo Note esplicative delle linee di indirizzo per il controllo ufficiale nella microimpresa (DD 692/2012) - Domande frequenti (FAQ) - Linee guida per gli operatori del settore alimentare	Lettera costituzione gruppo di progetto, verbali del /2015 - agli atti presso la S.S. Area C Settimo T.se Bozza del documento Linee guida per gli operatori del settore alimentare NOTA il documento è stato trasmesso all'ASL CN 1 per la stampa in data 10/03/2016
2015	Partecipazione di personale ASL TO 4 nell'ambito del PSR 2007 – 2013 Misura 111.1.A (Formazione degli imprenditori ed addetti del settore agricolo) al Corso di aggiornamento per il settore agricolo caseario con due interventi su a) importanza delle GBPI nella corretta applicazione della predisposizione dei piani di autocontrollo b) criteri di valutazione dei piani di autocontrollo che utilizzano guide di buona prassi (27/05/2016)	Richiesta di autorizzazione alla docenza - agli atti presso la S.S. Area C Settimo T.se
2015	Organizzazione "Corso di secondo livello per titolari di caseifici aziendali" sull'applicazione della D.D. 692/2012 della Regione Piemonte sulla "Definizione di linee di indirizzo per il controllo ufficiale nella microimpresa" (25/11/2015 e 02/12/2015)	Elenchi partecipanti, firme partecipanti , slide utilizzate - agli atti presso la S.S. Area C Settimo T.se
2015	Predisposizione di una procedura che riguarda l'organizzazione e l'esecuzione dei controlli ufficiali finalizzati alla verifica della conformità delle microimprese della filiera lattiero casearia, così come definite dalla D.D. 15 ottobre 2012, n. 692	Procedura agli atti della S.C. Area C
2015	Partecipazione personale ASL TO 4 al European Farmhouse Cheese Meeting 2015 (13-16/10/2015)	Richiesta di partecipazione all'evento/autorizzazione alla partecipazione e attestazione di partecipazione - agli atti presso la S.S. Area C Settimo T.se
2016	Organizzazione del Corso ECM [corso PRISA 2016] "HACCP e flessibilità: stato dell'arte e prospettive future (11 marzo 2016) con la partecipazione della DG SANTE dell'UE	Atti del Corso a disposizione presso la S.S. Area C Settimo T.se
2016	Aggiornamento e revisione della procedura che riguarda l'organizzazione e l'esecuzione dei controlli ufficiali finalizzati alla verifica della conformità delle microimprese della filiera lattiero casearia, così come definite dalla D.D. 15 ottobre 2012, n. 692	Procedura agli atti della S.C. Area C

2016	Stampa [N°Ordine P7/872 del 01/04/2016] e distribuzione a tutte le ASL del Piemonte della ""Guida di buona prassi igienica per i caseifici di azienda agricola" in collaborazione con AgenForm-Consorzio, Associazione delle Casare e dei Casari di Azienda Agricola e Coldiretti Piemonte	Elenco distribuzione e copia della Guida agli atti presso la S.S. Area C Settimo T.se
2016	Organizzazione "Corso di secondo livello per titolari di caseifici aziendali" sull'applicazione della D.D. 692/2012 della Regione Piemonte sulla "Le condizioni di stagionatura dei formaggi nelle microimprese" (23/11/2016 e 30/11/2016)	Elenchi partecipanti, firme partecipanti , slide utilizzate - agli atti presso la S.S. Area C Settimo T.se
2016	Organizzazione del "1° Evento di Aggiornamento sulle nuove Normative per Operatori del Settore Alimentare (O.S.A.) degli alimenti di origine animale" a Ciriè, Chivasso e Agliè nelle date 19 e 26/4/ 2016 e 10/5/2016	Elenchi partecipanti, firme partecipanti , slide utilizzate - agli atti presso la S.S. Area B Ciriè

Il progetto continua ancora nel 2017 con l'organizzazione della seconda edizione del "1° Evento di Aggiornamento sulle nuove Normative per Operatori del Settore Alimentare (O.S.A.) degli alimenti di origine animale" a Ciriè, Chivasso e Agliè

Corso di formazione sulla sicurezza rivolto agli agricoltori e realizzati da SPreSAL nel 2016.

All'attività di vigilanza in agricoltura, nel 2016 si è scelto di affiancare una massiccia attività di sensibilizzazione e formazione dei lavoratori di questo comparto, con il coinvolgimento delle associazioni di categoria.

Si sono, infatti, progettati e realizzati corsi di formazione gratuiti, rivolti alle aziende agricole, finalizzati alla diffusione di conoscenze tecniche sui requisiti essenziali di sicurezza delle principali macchine agricole, in modo da consentire un'autovalutazione del loro grado di conformità da parte degli utilizzatori.

La partecipazione è stata veramente massiccia e ha consentito di coinvolgere 730 lavoratori agricoli, in cinque differenti aree territoriali dell'Asl, scelte tra quelle a maggior vocazione agricola.

Si sono svolte cinque edizioni, articolate ognuna in due serate della durata di tre ore, ove si è fatto ampio ricorso a filmati, diapositive e si è distribuito gratuitamente materiale informativo sui temi della sicurezza delle macchine agricole.

I materiali sono stati poi pubblicati sul sito web aziendale così da essere fruibili anche a coloro che non hanno partecipato ai corsi.

Contestualmente si sono cominciate a stipulare alleanze e sinergie con le Associazioni di Categoria per il potenziamento di tali azioni di assistenza-informazione-formazione, al fine di favorire la più ampia e capillare diffusione di buone prassi nel campo della sicurezza all'interno di un comparto lavorativo caratterizzato dalla forte presenza di imprese familiari e di coltivatori diretti.

Nell'ambito dei corsi si sono anche analizzate, con il contributo di esperti esterni al Servizio, le corrette procedure di ricondizionamento delle macchine usate e gli aspetti relativi alla certificazione della loro messa a norma da parte delle officine di riparazione.

Tutto ciò perseguendo la finalità di favorire la realizzazione di un numero significativo di interventi di regolarizzazione e messa a norma delle macchine di più frequente impiego in agricoltura.

Alle cinque edizioni dei corsi di formazione è stato gratificante osservare la massiccia partecipazione di operatori agricoli, i quali hanno espresso, in larga prevalenza, un forte gradimento dell'iniziativa, auspicandone riedizioni periodiche.

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

5.2 CONFRONTO CE PREVENTIVO/CONSUNTIVO E RELAZIONE SUGLI SCOSTAMENTI

La tabella sotto riportata (tabella n.1) mette a confronto i consuntivi relativi agli esercizi 2013-2015, nonché il percorso relativo all'esercizio 2016 (bilancio di previsione, rilevazione quarto trimestre e consuntivo).

L'esercizio 2016 si è chiuso con la rilevazione dell'avanzo di esercizio di euro 11.921.947.

Le macrovoci riportate sono quelle rilevate nel Conto economico - Nuova Aggregazione Sintetica - come da procedura FEC.

Si rinvia alle relazioni trasmesse nel corso del 2016 che dettagliano, periodo per periodo, l'analisi sulle singole voci.

La tabella n. 2 mette a confronto il consuntivo 2016 con quello 2015 con i relativi scostamenti in valore assoluto e in percentuale.

Tabella n. 1

	Cons 2013	Cons. 2014	Cons. 2015 post D.G.R. 44- 3352 del 23/05/2016	2016 B di P V.0 Piano di Efficientamento	BIVE 4 Trim 2016 post Circolare RP 4680 del 20/02/2017 chiuso il 21/02/2017	Cons. 2016
RIEPILOGO						
Quota FSN	813.309	808.281	803.927	798.743	802.985	802.139
di cui storno di quota di contributo da FSR in conto esercizio a contributo in c/capitale utilizzata per immobilizzazioni	- 59	- 878	- 1.828	- 2.000	- 711	- 711
Quota FSN netto storno di quota di contributo da FSR in conto esercizio a contributo in c/capitale utilizzata per immobilizzazioni	813.250	807.403	802.099	796.743	802.274	801.428
STP	422	296	473	296	296	289
Altri Contributi da Regione	28.651	17.295	10.204	12.871	11.055	11.703
Totale contributi regionali	842.323	824.994	812.776	809.910	813.625	813.420
Altri Contributi da altri enti pubblici		8.436	7.461	2.014	2.392	9.323
Contributi da privati	13	15	-	-		
Totale contributi in c/esercizio	842.336	833.445	820.237	811.924	816.017	822.743
Ricavi per prestazioni	3.752	5.053	4.247	3.973	4.066	4.077
Recuperi e rimborsi	24.910	20.643	21.874	20.349	20.560	20.628
Ticket	12.319	10.984	11.105	11.000	10.116	10.116
Ricavi vari	2.928	3.104	3.244	2.709	3.394	3.129
	43.909	39.784	40.470	38.031	38.136	37.950
Ricavi intramoenia	3.823	3.106	4.121	4.280	4.335	4.484
Totale ricavi gestione ordinaria	890.068	876.335	864.828	854.235	858.488	865.177

Acquisti e manutenzioni	134.650	132.961	129.350	133.611	131.451	129.729
Assistenza sanitaria di base	55.771	56.699	55.812	56.700	55.980	55.071
Farmaceutica	82.022	79.743	76.478	76.970	73.939	73.931
Specialistica	14.802	14.297	13.344	14.176	14.160	13.320
Riabilitativa	24.274	25.002	26.332	25.550	26.177	25.385
Integrativa	17.454	17.819	17.523	16.925	17.432	16.988
Ospedaliera da privato (case di cura)	35.744	35.409	35.209	36.880	36.340	34.822
Ospedaliera da privato (presidi)	13.135	13.147	11.938	12.620	12.835	11.374
Altra assistenza	69.548	65.475	65.786	58.474	64.292	63.031
Altri servizi	23.685	20.982	21.954	20.380	21.381	20.890
Godimento di beni e servizi	9.388	8.163	8.776	8.900	8.980	8.749
Personale dipendente + Interinale	218.237	213.447	211.905	214.695	211.491	210.847
Spese amministrative e generali	13.010	12.622	12.034	12.218	11.785	11.645
Servizi appaltati	22.785	22.156	20.586	20.910	19.101	19.245
Accantonamenti	3.383	7.897	5.982	2.631	2.941	5.000
Imposte e tasse	16.577	16.388	16.559	16.597	16.537	16.460
Oneri finanziari	2.657	753	509	600	357	417
Variazione delle rimanenze	1.039	1.385	- 19		-	278
Compartecipazioni personale intramoenia	2.926	2.471	3.576	3.675	3.560	3.522
Totale costi gestione ordinaria	761.087	746.816	733.634	732.512	728.739	720.704
Risultato gestione ordinaria	128.981	129.519	131.194	121.723	129.749	144.473
Ricavi straordinari	11.607	9.441	9.022	4.500	7.020	7.291
Costi straordinari	- 681	- 339	- 30	- 487	- 162	- 128
Mobilità attiva extra	6.425	5.992	6.396	7.737	5.848	5.671
Mobilità passiva extra	- 15.597	- 16.002	- 17.230	- 16.002	- 17.230	- 17.230
Mobilità attiva INTRA	47.455	45.674	45.384	45.249	44.688	44.688
Mobilità passiva intra	- 175.583	- 170.535	- 174.555	- 170.535	- 171.462	- 171.427
Costi capitalizzati E Rivalutazioni	8.146	7.109	6.661	6.495	6.495	6.594
Ammortamenti	- 10.725	- 9.723	- 8.405	- 8.065	- 8.065	- 7.797
Svalutazioni	- 41	- 783	- 200	- 150	- 130	- 214
Risultato di gestione	- 13	353	- 1.763	- 9.535	- 3.249	11.921

Tabella n. 2

RIEPILOGO	Cons. 2015		Cons. 2016		SCOST. V.A.		SCOST. V.%	
	post D.G.R. 44-3352 del 23/05/2016							
Quota FSN	803.927	802.139	-	1.788	-	0,22		
di cui storno di quota di contributo da FSR in conto esercizio a contributo in c/capitale utilizzata per immobilizzazioni	- 1.828	- 711	-	1.117	-	61,11		
Quota FSN netto storno di quota di contributo da FSR in conto esercizio a contributo in c/capitale utilizzata per immobilizzazioni	802.099	801.428	-	671	-	0,08		
STP	473	289	-	184	-	38,90		
Altri Contributi da Regione	10.204	11.703		1.499		14,69		
Totale contributi regionali	812.776	813.420		644		0,08		
Altri Contributi da altri enti pubblici	7.461	9.323		1.862		24,96		
Contributi da privati	-	-		-				
Totale contributi in c/esercizio	820.237	822.743		2.506		0,31		
Ricavi per prestazioni	4.247	4.077	-	170	-	4,00		
Recuperi e rimborsi	21.874	20.628	-	1.246	-	5,70		
Ticket	11.105	10.116	-	989	-	8,91		
Ricavi vari	3.244	3.129	-	115	-	3,55		
	40.470	37.950	-	2.520	-	6,23		
Ricavi intramoenia	4.121	4.484		363		8,81		
Totale ricavi gestione ordinaria	864.828	865.177		349		0,04		
Acquisti e manutenzioni	129.350	129.729		379		0,29		
Assistenza sanitaria di base	55.812	55.071	-	741	-	1,33		
Farmaceutica	76.478	73.931	-	2.547	-	3,33		
Specialistica	13.344	13.320	-	24	-	0,18		
Riabilitativa	26.332	25.385	-	947	-	3,60		
Integrativa	17.523	16.988	-	535	-	3,05		
Ospedaliera da privato (case di cura)	35.209	34.822	-	387	-	1,10		
Ospedaliera da privato (presidi)	11.938	11.374	-	564	-	4,72		
Altra assistenza	65.786	63.031	-	2.755	-	4,19		
Altri servizi	21.954	20.890	-	1.064	-	4,85		
Godimento di beni e servizi	8.776	8.749	-	27	-	0,31		
Personale dipendente + Interinale	211.905	210.847	-	1.058	-	0,50		
Spese amministrative e generali	12.034	11.645	-	389	-	3,23		
Servizi appaltati	20.586	19.245	-	1.341	-	6,51		
Accantonamenti	5.982	5.000	-	982	-	16,42		
Imposte e tasse	16.559	16.460	-	99	-	0,60		
Oneri finanziari	509	417	-	92	-	18,07		
Variazione delle rimanenze	- 19	278		297	-	1.563,16		
Compartecipazioni personale intramoenia	3.576	3.522	-	54	-	1,51		
Totale costi gestione ordinaria	733.634	720.704	-	12.930	-	1,76		
Risultato gestione ordinaria	131.194	144.473		13.279		10,12		
Ricavi straordinari	9.022	7.291	-	1.731	-	19,19		
Costi straordinari	- 30	- 128		98		326,67		
Mobilità attiva extra	6.396	5.671	-	725	-	11,34		
Mobilità passiva extra	- 17.230	- 17.230		-		-		
Mobilità attiva INTRA	45.384	44.688	-	696	-	1,53		
Mobilità passiva intra	- 174.555	- 171.427	-	3.128	-	1,79		
Costi capitalizzati E Rivalutazioni	6.661	6.594	-	67	-	1,01		
Ammortamenti	- 8.405	- 7.797	-	608	-	7,23		
Svalutazioni	- 200	- 214	-	14	-	7,00		
Risultato di gestione	- 1.763	11.921		13.684	-	776,18		

5.3 RELAZIONE SUI COSTI PER LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA E RELAZIONE SUGLI SCOSTAMENTI

Per quanto riguarda i livelli assistenziali, dalle analisi dell'anno 2014, 2015 e 2016 si configura una riduzione tendenziale dei costi, con particolare riferimento all'area ospedaliera e territoriale, come evidenziato nelle tabelle che seguono

LA 2014		Totale
Cod. Livello	Descrizione Livello	0,00
10100	Igiene e sanità pubblica	-4.165,18
10200	Igiene degli alimenti e della nutrizione	-2.647,18
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	-3.277,49
10400	Sanità pubblica veterinaria	-11.559,60
10500	Attività di prevenzione rivolte alla persona	-3.603,80
10600	Servizio medico legale	-4.825,46
20100	Guardia medica	-5.691,09
20201	Medicina generica	-41.945,22
20202	Pediatria di libera scelta	-9.290,94
20300	Emergenza sanitaria territoriale	-1.697,66
20401	Assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie convenzionate	-79.925,45
20402	Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica	-58.437,39
20500	Assistenza integrativa	-12.222,11
20601	Attività clinica	-94.374,06
20602	Attività di laboratorio	-42.853,80
20603	Attività di diagnostica strumentale e per immagini	-32.943,40
20700	Assistenza protesica	-14.818,90
20801	Assistenza programmata a domicilio (ADI)	-12.612,51
20802	Assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori)	-3.096,07
20803	Ass. ambulatoriale e domiciliare psichiatrica	-12.428,46
20804	Ass. ambulatoriale e domiciliare riabilitativa ai disabili	-7.144,41
20805	Ass. ambulatoriale e domiciliare ai tossicodipendenti	-9.446,65
20806	Ass. ambulatoriale e domiciliare agli anziani	-3.215,39
20807	Ass. ambulatoriale e domiciliare ai malati terminali	-763,42
20808	Ass. ambulatoriale e domiciliare a persone affette da HIV	-36,06
20901	Ass. semiresidenziale psichiatrica	-2.129,14
20902	Ass. semiresidenziale riabilitativa ai disabili	-7.253,72
20903	Ass. semiresidenziale ai tossicodipendenti	-816,00
20904	Ass. semiresidenziale agli anziani	-2.063,20
20905	Ass. semiresidenziale a persone affette da HIV	-18,00
20906	Ass. semiresidenziale ai malati terminali	-23,14
21001	Ass. residenziale psichiatrica	-15.799,24
21002	Ass. residenziale riabilitativa ai disabili	-17.878,63
21003	Ass. residenziale ai tossicodipendenti	-3.678,21
21004	Ass. residenziale agli anziani	-32.307,00
21005	Ass. residenziale a persone affette da HIV	-36,03
21006	Ass. residenziale ai malati terminali	-3.077,05
21100	Assistenza idrotermale	-721,22
30100	Attività di pronto soccorso	-25.167,97
30201	in Day Hospitale e Day Surgery	-72.121,13
30202	in degenza ordinaria	-246.806,85
30300	Interventi ospedalieri a domicilio	0,00
30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti	-12.849,16
30500	Ass. ospedaliera per riabilitazione	-32.392,79
30600	Emocomponenti e servizi trasfusionali	0,00
30700	Trapianto organi e tessuti	0,00
49999	TOTALE	-941.730,18

Tabella. Composizione dei costi per l'anno 2014 dell'ASL TO 4 da modello LA

LA 2015		Totale
Cod. Livello	Descrizione Livello	
10100	Igiene e sanità pubblica	-3.788,61
10200	Igiene degli alimenti e della nutrizione	-2.385,76
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	-3.037,72
10400	Sanità pubblica veterinaria	-10.672,58
10500	Attività di prevenzione rivolte alla persona	-4.648,00
10600	Servizio medico legale	-3.501,75
20100	Guardia medica	-5.775,75
20201	Medicina generica	-41.637,73
20202	Pediatria di libera scelta	-9.032,15
20300	Emergenza sanitaria territoriale	-1.199,46
20401	Assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie convenzionate	-77.079,41
20402	Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica	-63.071,84
20500	Assistenza integrativa	-16.206,56
20601	Attività clinica	-88.666,63
20602	Attività di laboratorio	-36.877,49
20603	Attività di diagnostica strumentale e per immagini	-32.676,56
20700	Assistenza protesica	-13.889,86
20801	Assistenza programmata a domicilio (ADI)	-11.860,52
20802	Assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori)	-3.965,54
20803	Ass. ambulatoriale e domiciliare psichiatrica	-9.948,18
20804	Ass. ambulatoriale e domiciliare riabilitativa ai disabili	-1.972,00
20805	Ass. ambulatoriale e domiciliare ai tossicodipendenti	-7.824,50
20806	Ass. ambulatoriale e domiciliare agli anziani	-2.507,26
20807	Ass. ambulatoriale e domiciliare ai malati terminali	-766,47
20808	Ass. ambulatoriale e domiciliare a persone affette da HIV	-36,86
20901	Ass. semiresidenziale psichiatrica	-2.469,49
20902	Ass. semiresidenziale riabilitativa ai disabili	-6.247,53
20903	Ass. semiresidenziale ai tossicodipendenti	-767,19
20904	Ass. semiresidenziale agli anziani	-1.545,09
20905	Ass. semiresidenziale a persone affette da HIV	-18,42
20906	Ass. semiresidenziale ai malati terminali	0,00
21001	Ass. residenziale psichiatrica	-16.201,93
21002	Ass. residenziale riabilitativa ai disabili	-17.742,83
21003	Ass. residenziale ai tossicodipendenti	-3.285,70
21004	Ass. residenziale agli anziani	-31.534,96
21005	Ass. residenziale a persone affette da HIV	-36,82
21006	Ass. residenziale ai malati terminali	-3.902,61
21100	Assistenza idrotermale	-671,97
30100	Attività di pronto soccorso	-23.779,14
30201	in Day Hospitale e Day Surgery	-73.885,08
30202	in degenza ordinaria	-250.251,31
30300	Interventi ospedalieri a domicilio	0,00
30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti	-12.926,91
30500	Ass. ospedaliera per riabilitazione	-32.179,83
30600	Emocomponenti e servizi trasfusionali	0,00
30700	Trapianto organi e tessuti	0,00
49999	TOTALE	-930.476,00

Tabella. Composizione dei costi per l'anno 2015 dell'ASL TO 4 da modello LA consuntivo

LA 2016		Totale
Cod. Livello	Descrizione Livello	0,00
10100	Igiene e sanità pubblica	-3.933,49
10200	Igiene degli alimenti e della nutrizione	-2.466,17
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	-3.186,33
10400	Sanità pubblica veterinaria	-10.802,00
10500	Attività di prevenzione rivolte alla persona	-3.186,61
10600	Servizio medico legale	-5.080,13
20100	Guardia medica	-5.746,04
20201	Medicina generica	-42.080,16
20202	Pediatria di libera scelta	-8.754,49
20300	Emergenza sanitaria territoriale	-307,13
20401	Assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie convenzionate	-74.677,30
20402	Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica	-63.773,82
20500	Assistenza integrativa	-15.413,35
20601	Attività clinica	-91.276,66
20602	Attività di laboratorio	-37.595,16
20603	Attività di diagnostica strumentale e per immagini	-32.594,31
20700	Assistenza protesica	-15.248,90
20801	Assistenza programmata a domicilio (ADI)	-10.280,03
20802	Assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori)	-4.590,66
20803	Ass. ambulatoriale e domiciliare psichiatrica	-9.436,44
20804	Ass. ambulatoriale e domiciliare riabilitativa ai disabili	-2.004,91
20805	Ass. ambulatoriale e domiciliare ai tossicodipendenti	-6.721,36
20806	Ass. ambulatoriale e domiciliare agli anziani	-2.647,60
20807	Ass. ambulatoriale e domiciliare ai malati terminali	-639,95
20808	Ass. ambulatoriale e domiciliare a persone affette da HIV	-32,85
20901	Ass. semiresidenziale psichiatrica	-2.837,34
20902	Ass. semiresidenziale riabilitativa ai disabili	-6.419,48
20903	Ass. semiresidenziale ai tossicodipendenti	-700,03
20904	Ass. semiresidenziale agli anziani	-1.765,59
20905	Ass. semiresidenziale a persone affette da HIV	-16,41
20906	Ass. semiresidenziale ai malati terminali	0,00
21001	Ass. residenziale psichiatrica	-15.102,01
21002	Ass. residenziale riabilitativa ai disabili	-16.863,20
21003	Ass. residenziale ai tossicodipendenti	-3.006,74
21004	Ass. residenziale agli anziani	-30.971,66
21005	Ass. residenziale a persone affette da HIV	-32,83
21006	Ass. residenziale ai malati terminali	-3.032,84
21100	Assistenza idrotermale	-664,07
30100	Attività di pronto soccorso	-23.813,98
30201	in Day Hospitale e Day Surgery	-71.334,78
30202	in degenza ordinaria	-241.552,00
30300	Interventi ospedalieri a domicilio	0,00
30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti	-12.505,22
30500	Ass. ospedaliera per riabilitazione	-30.883,50
30600	Emocomponenti e servizi trasfusionali	0,00
30700	Trapianto organi e tessuti	0,00
49999	TOTALE	-913.977,53

Tabella. Composizione dei costi per l'anno 2016 dell'ASL TO 4 da modello LA consuntivo

5.4 FATTI DI RILIEVO AVVENUTI DOPO LA CHIUSURA DELL'ESERCIZIO

Con deliberazioni nn. 455, 456, 457 e 458 del 27/04/2017, l'Asl TO4 ha rideterminato, in via definitiva, l'ammontare dei fondi aziendali alla luce della normativa vigente.

Il risultato di detta rideterminazione sarà recepito nell'esercizio 2017 mediante eliminazione del debito eccedente verso personale dipendente al 31/12/2016 e rilevazione di sopravvenienza attiva.

La rilevazione dei fondi nell'esercizio 2016, così come rideterminati, avrebbe comportato il mancato rispetto dei tempi di adozione del Bilancio e della stesura degli atti conseguenti.

La rideterminazione dei fondi comporta la riduzione complessiva pari ad € 481.000= oltre oneri, come da tabella sottoesposta:

	Bilancio 2016	Deliberazioni 455 – 456 – 457 – 458
Totale fondi aziendali	€ 46.955.000	€ 46.474.000
Riduzione fondi		€ - 481.000

5.5 PROPOSTA DI COPERTURA PERDITA /DESTINAZIONE DELL'UTILE

Si richiama integralmente quanto esposto nell'atto deliberativo n. 565 del 26/05/2017 in ordine all'utilizzo dell'avanzo di amministrazione :

- Atteso che tutti i disavanzi cumulatisi al 31/12/2015 sono stati ripianati con appositi atti regionali e, rispetto alle erogazioni di cassa restano da incassare € 5.000.000;
- Atteso che nell'esercizio 2014 è stato accertato un avanzo di amministrazione pari ad € 350.260,75, ad oggi ancora non destinato nell'utilizzo;
- Atteso che nell'esercizio 2016, con il presente atto, si determina un avanzo di amministrazione di € 11.921.947 e che in applicazione all'art. 30 del D.Lgs 118/2011 e s.m.i. è possibile accantonare le eccedenze di utile a riserva per finalità di finanziamento degli investimenti nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e della normativa contabile vigente così come specificato dalla Regione Piemonte nella D.G.R. n. 42-4921 del 20/04/2017, ottavo alinea;
- Sentito il parere del Collegio Sindacale espresso in data 19/05/2017;
- Si richiede alla Regione Piemonte di utilizzare l'importo di € 12.272.208,33 come segue:

a) sostituzione acceleratore lineare	€ 3.000.000,00
b) intervento messa a norma Ospedale di Lanzo	€ 5.800.000,00
c) completamento lavori relativi all'ottenimento del C.P.I. Ospedale Ivrea	€ 2.500.000,00
d) altri interventi da definire	<u>€ 972.208,33</u>
TOTALE	<u>€12.272.208,33=</u>

Le poste che maggiormente hanno concorso nella determinazione dell'avanzo di amministrazione sono:

- Personale Dipendente: € - 4.311 rispettato il tetto assegnato;
- Case di Cura Private e Presidi Pubblici (SDO + Spec.): € - 3.304 rispettato il budget assegnato;
- Acquisto di Beni e Servizi: € - 2.069 rispetto alla stesura del BIVE 4°trimestre 2016;
- Assistenza sanitaria di base e SUMAI: € - 1.302 rispetto alla stesura del BIVE 4°trimestre 2016.

6. CONCLUSIONE

La Direzione Generale della ASL TO4, insediatasi in maggio 2015, sulla base delle risultanze del Conto Consuntivo 2014, nonché dei fabbisogni evidenziati dalle Strutture Dipartimentali (Ospedaliere, Territoriali e di Supporto), ha avviato un percorso teso a ridurre il costo complessivo di funzionamento dell'Azienda e a raggiungere, a consuntivo, il pareggio di bilancio, senza precludere l'erogazione dei servizi al cittadino e con un evidente incremento di appropriatezza.

In tale ambito si sottolinea, inoltre, come l'Azienda abbia dato attuazione a tutte le forme di contenimento della spesa previste dalle varie norme di riferimento emanate a livello nazionale e/o regionale.

In modo particolare sono state sviluppate, le seguenti azioni generali:

- omogenizzazione progressiva del livello e della qualità dei servizi secondo un principio di "benchmarking";
- implementazione delle azioni di integrazione sia strutturale sia procedurale delle diverse realtà aziendali;
- ricerca della maggiore efficienza aziendale con effetti sulla riduzione dei costi di medio/lungo periodo, sfruttando le opportunità derivanti dalle economie di scala conseguenti al nuovo dimensionamento aziendale;
- assegnazione di obiettivi di risultato di controllo dei costi alle Strutture complesse sanitarie ed amministrative
- sviluppo dei processi di budget per grandi ordinatori (Farmacia, Economato, Provveditorato, Distretti, Direzioni mediche ospedaliere, SERT, DSM) e per Centri di responsabilità (Strutture sanitarie ed amministrative)
- monitoraggio sistematico della spesa ed effettuazione degli specifici interventi correttivi sui costi critici, anche attraverso l'adozione di specifiche delibere di programmazione
- formulazione di indicazioni specifiche in ordine alla gestione degli acquisti in conto capitale e/o conto esercizio, attrezzature sanitarie e non, lavori edili.
- monitoraggio della spesa farmaceutica e coinvolgimento dei soggetti prescrittori
- sviluppo delle azioni tese al miglioramento dell'appropriatezza clinica ed organizzativa (ricoveri, prestazioni, farmaci e dispositivi medici).

Tale impostazione si è sviluppata su tutti gli ambiti aziendali (staff, prevenzione, territorio, ospedali) ed attraverso specifiche azioni trasversali.

Gli obiettivi raggiunti dalla direzione aziendale nell'anno di riferimento sono sintetizzati nel seguente quadro sinottico:

Obiettivo	Sub - obiettivo	Indicatore
<p>Obiettivo 1 "Rete H-T"</p>	<p>1.1 Implementazione del piano di riduzione delle SC ospedaliere e non ospedaliere in coerenza con gli Atti Aziendali</p> <p>1.2 Centralizzazione delle chiamate di C.A.</p>	<p>N° SC disattivate / N° SC da disattivare</p>
<p>Obiettivo 2 "Tempi di Attesa"</p>	<p>- Sub-obiettivo 2.1 Tempi di Attesa delle prestazioni ambulatoriali</p> <p>- Sub-Obiettivo 2.2 "Adeguamento del tempo medio di attesa (Indice di Performance) allo standard regionale stabilito dalla Direzione Sanità per le singole prestazioni oggetto di monitoraggio (solo produzione componente pubblica) nel rispetto del vincolo di una produzione minima (15° percentile della produzione 2015)"</p>	<p>1. (N° di agende di prenotazione (pubbliche/private) caricate su CUP / N° di agende di prenotazione (pubbliche/private) presenti in Azienda) x100</p> <p>2. (data prenotazione – data erogazione) / N° prestazioni</p>

<p>Obiettivo 3 "Fondo di Riequilibrio"</p>	<p>Attuazione piano di efficientamento da Fondo di riequilibrio</p>	<p>Coerenza degli importi di disavanzo/avanzo economico concordato</p>
<p>Obiettivo 4 "Umanizzazione"</p>	<p>Valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle strutture di ricovero delle Aziende Sanitarie Regionali</p>	<p>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.</p>
<p>Obiettivo 5 "Rete Laboratorio Analisi"</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sub-obiettivo 5.1 Rete Laboratorio Analisi – Hub & Spoke - Sub-obiettivo 5.2 Rete Laboratorio Analisi – Gare Centralizzate 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Esami specialistici concentrati nei laboratori di riferimento (HUB) / Esami specialistici da concentrare nei laboratori di riferimento 2. 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)
<p>Obiettivo 6 "Piano di Assistenza Territoriale (PAT)"</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sub-obiettivo 6 Assistenza Sanitaria e socio-sanitaria territoriale 	<ol style="list-style-type: none"> 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 primo monitorati per 2 anni 5. Azioni implementate/azioni da implementare
<p>Obiettivo 7 "Esiti"</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sub-obiettivo 7.1 Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti >65 - Sub-obiettivo 7.2 Proporzione di parti con taglio cesareo primario - Sub-obiettivo 7.3 Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI 	<ol style="list-style-type: none"> 1 Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 2 giorni (differenza tra data della procedura e data di ricovero < 2 giorni) / Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore 2. (N° parti con cesareo primario / N° parti con ne ssun pregresso cesareo) x 100 3. Numero di episodi di STEMI, in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro 2 giorni / Numero di episodi di STEMI
<p>Obiettivo 8 "Assistenza Farmaceutica"</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Assistenza Farmaceutica Territoriale ed Ospedaliera. Appropriata prescrittiva e riduzione della variabilità 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inibitori di Pompa Acida (ATC A02BC) 2. Antibatterici per uso sistemico (ATC=J01) 3. Renina-angiotensina II associati e non (ATC=C09C e ATC=C09D) 4. Inibitori della HMG CoA redattasi (ATC=C10AA) 5. Antidepressivi (ATC=N06A) 6. Farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie 7. Insuline ed analoghi per iniezione, ad azione lenta (ATC=A10AE04) 8. Fattori di stimolazione delle colonie (ATC=L03AA) 9. Altri preparati antianemici (Eritropoietina ATC=B03XA) 10. Inibitori del fattore di necrosi tumorale Alfa – TNF Alfa – (ATC=L04AB) 11. Somatropina e agonisti della Somatropina (ATC=H01AC01)
	<ul style="list-style-type: none"> - Sub-obiettivo 9.1 Dipartimento funzionale interregionale ed interaziendale di rete oncologica - Sub-obiettivo 9.2 Screening Oncologici – Prevenzione Serena 	<ol style="list-style-type: none"> 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

<p>Obiettivo 9 "Rete Oncologica"</p>		<p>1. COPERTURE INVITI: N° persone invitate + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale.</p> <p>2. COPERTURE ESAMI: N° persone sottoposte al test di screening, incluse le adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale.</p>
<p>Obiettivo 10 "Rete Trapianti"</p>	<p>- Incremento donazioni d'organo</p>	<p>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</p> <p>2. n° esecuzioni prelievo di cornea effettate nel 2016 / totale decessi ospedalieri del 2015</p>
<p>Obiettivo 11 "GdP Antincendio e Antisismica"</p>	<p>- Rispetto della normativa Antincendio e Antisismica</p>	<p>3. <u>Antisismica</u> 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)</p> <hr/> <p>2. <u>Antincendio</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 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

In ordine al puro riferimento del risultato di esercizio raggiunto a Consuntivo 2016, si evidenzia il risultato positivo pari ad € 11.921.947=. L'avanzo di amministrazione sarà utilizzato come indicato al precedente punto 5.5.

Al fine di una più attenta programmazione dell'attività aziendale appare essenziale e prioritario conoscere tempestivamente le risorse finanziarie disponibili nell'anno ed anche nel triennio.

Ciò consentirebbe una più attenta programmazione rivolta ancor più al soddisfacimento dei bisogni sanitari del nostro territorio.

7. RIFERIMENTI

- D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118. Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli *articoli* 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42.

- D.G.R. n. 30-3307 del 16/05/2016 avente ad oggetto: "Art. 3 bis, commi 5 ss. D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.. Assegnazione obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai direttori generali delle aziende sanitarie regionali finalizzati al riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2016"

Chivasso, 26/05/2017

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. . Lorenzo ARDISSONE
Firmato in originale