

# Relazione sulla gestione dell'esercizio 2016 (D.Lgs.vo 118 / 2011)

<b>1</b>	<b><i>1 Criteri generali di predisposizione della relazione sulla gestione</i></b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b><i>2 Generalità sul territorio servito, sulla popolazione assistita e sull'organizzazione dell'Azienda</i></b>	<b>2</b>
2.1	<b>Territorio e Popolazione di riferimento</b>	<b>2</b>
2.2	<b>Modello organizzativo</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b><i>3 Generalità sulla struttura e sull'organizzazione dei servizi</i></b>	<b>5</b>
3.1	<b>Assistenza Ospedaliera</b>	<b>5</b>
A)	STATO DELL'ARTE	5
B)	OBIETTIVI DELL'ESERCIZIO RELATIVI ALLA STRUTTURA E ALL'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI	7
3.2	<b>Assistenza Territoriale</b>	<b>8</b>
A)	STATO DELL'ARTE	8
B)	OBIETTIVI DELL'ESERCIZIO RELATIVI ALLA STRUTTURA E ALL'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI	12
3.3	<b>Prevenzione</b>	<b>12</b>
A)	STATO DELL'ARTE	12
B)	OBIETTIVI DELL'ESERCIZIO RELATIVI ALLA STRUTTURA E ALL'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI	12
<b>4</b>	<b><i>4 L'attività del periodo</i></b>	<b>13</b>
4.1	<b>Assistenza Ospedaliera</b>	<b>13</b>
A)	OBIETTIVI DI ATTIVITÀ DELL'ESERCIZIO 2016	14
4.2	<b>Assistenza Territoriale</b>	<b>16</b>
A)	DATI DI ATTIVITÀ	16
B)	OBIETTIVI DI ATTIVITÀ DELL'ESERCIZIO 2016	20
4.3	<b>Prevenzione</b>	<b>22</b>
A)	DATI DI ATTIVITÀ	22
B)	OBIETTIVI DI ATTIVITÀ	41
<b>5</b>	<b><i>5 La gestione economico-finanziaria dell'Azienda</i></b>	<b>43</b>
5.1	<b><i>Sintesi del bilancio sul grado di raggiungimento degli obiettivi economico-finanziari</i></b>	<b>43</b>
5.2	<b><i>Confronto ce preventivo/consuntivo e relazione sugli scostamenti</i></b>	<b>48</b>
	CONCLUSIONI	51
5.3	<b><i>Relazione sui costi per livelli essenziali di assistenza e relazione sugli scostamenti</i></b>	<b>53</b>
5.4	<b><i>Fatti di rilievo avvenuti dopo la chiusura dell'esercizio</i></b>	<b>53</b>
5.5	<b><i>Proposta di copertura perdita /destinazione dell'utile</i></b>	<b>53</b>

# 1 Criteri generali di predisposizione della relazione sulla gestione

La presente relazione sulla gestione correda il bilancio di esercizio per l'anno 2016 e viene redatta nel rispetto delle disposizioni contenute nel D.Lgs.vo n. 118 – 2011.

La presente relazione sulla gestione, in particolare, contiene tutte le informazioni minimali richieste dal D. Lgs. 118/2011. 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.

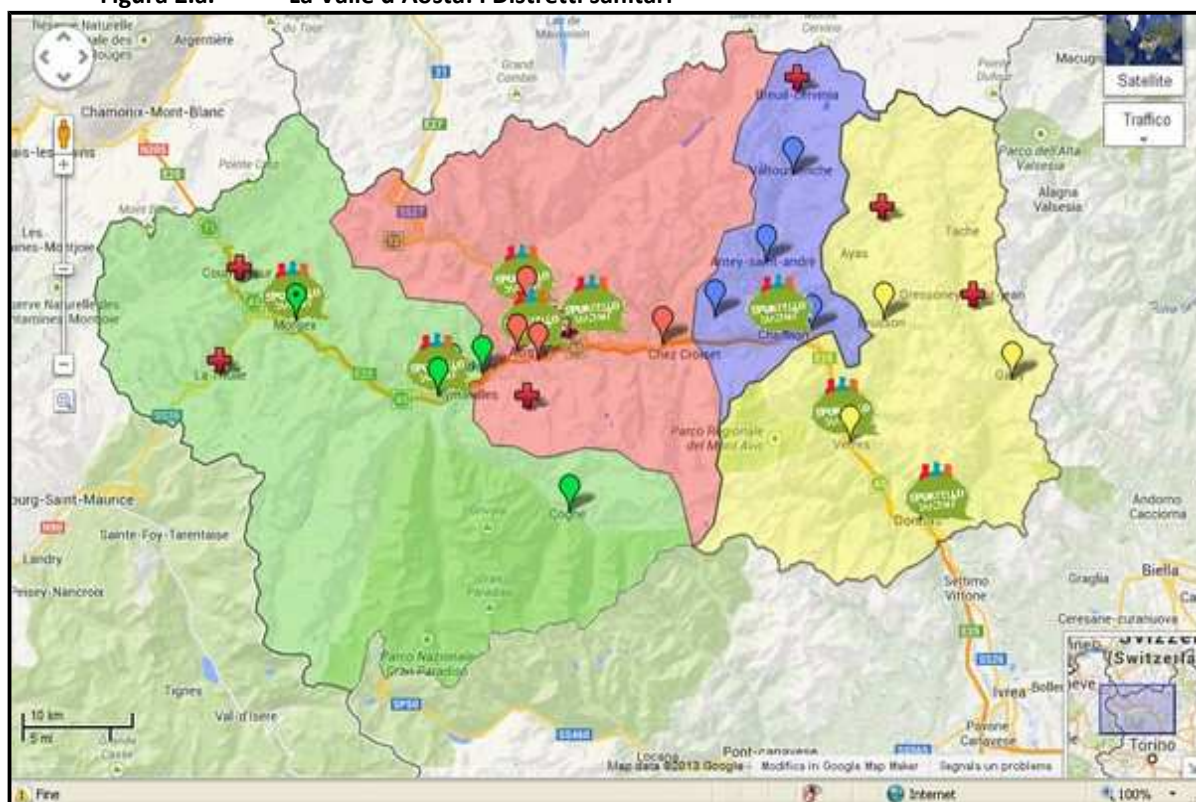
Qualora non rilevato, laddove rispetto ai flussi ministeriali il dato venga raccolto alla data del 1.1.2017 lo stesso viene riportato al posto del dato al 31.12.2016; per i posti letto si fa riferimento esclusivamente all'anno 2016.

# 2 Generalità sul territorio servito, sulla popolazione assistita e sull'organizzazione dell'Azienda

## 2.1 Territorio e Popolazione di riferimento

L'Azienda sanitaria regionale Usl della Valle d'Aosta opera su un territorio coincidente con quello della Regione, con una popolazione complessiva di 127.329 abitanti (al 1.1.2016; dati Istat). I 74 comuni complessivi coprono una superficie di 3.263,25 Km<sup>2</sup> con una densità abitativa di 38,99 abitanti al Km<sup>2</sup>. La Figura 2.a. illustra l'allocatione sul territorio dei servizi sanitari essenziali e la loro organizzazione nei 4 Distretti.

Figura 2.a. La Valle d'Aosta: I Distretti sanitari



Segue una tabella di dettaglio dei Residenti Istat per fasce d'età.

**Tabella 2.1.a: N. residenti per fasce d'età**

Az. Unità Sanitaria Locale Aosta	N. Residenti (gen. 2016)
0 - 13	16.255
14 - 64	81.998
65 - 74	14.280
75 e oltre	14.796
<b>N. residenti Totale</b>	<b>127.329</b>

Gli iscritti al servizio sanitario regionale sono invece 125.209 al 1.1.2017 (Fonte: FLS11 da dati Anagrafe Assistibili dell'Ausl) in flessione rispetto a gennaio 2016 dove risultavano pari a 125.489.

**Tabella 2.1.b: Assistibili per fasce d'età – Fonte dati a confronto**

Az. Unità Sanitaria Locale Aosta	N. Assistibili (gen. 2016)	N. Assistibili (gen. 2017)
0 - 13	16.057	15.849
14 - 64	80.450	80.052
65 - 74	14.212	14.247
oltre 75	14.770	15.061
<b>N. Assistibili Totale</b>	<b>125.489</b>	<b>125.209</b>

Gli assistibili esenti da ticket al 1.1.2017 sono pari a 47.883 in netto aumento rispetto all'anno precedente dove risultavano essere pari a 43.942. Nel dettaglio gli assistibili esenti per età/reddito sono 12.438, gli esenti per "altri motivi" sono 22.886, gli esenti per entrambe le categorie sono 12.559 (dati da anagrafe assistibili al 1.1.2017).

Si evidenzia inoltre che la popolazione assistibile non può coincidere con quella risultante dai dati ISTAT (riportata nella tab. 2.1.a, pari a **127.329**) perché quest'ultima si riferisce alle iscrizioni nelle Anagrafi comunali, si tratta dunque dei residenti effettivi; gli assistibili invece sono gli iscritti regolari all'Anagrafe sanitaria tenuta dall'Azienda Usl ovvero tutte le persone che sono seguite da un Medico di Base della Valle d'Aosta.

Per quanto concerne la definizione della quota capitaria utilizzato per la definizione del fabbisogno regionale standard, a partire dal 2016, a seguito delle osservazioni/istruttorie della sezione di controllo della Corte dei Conti non viene più preso come riferimento la popolazione. La Corte infatti sostiene che suddividere l'importo dei trasferimenti regionali all'Ausl per il numero degli abitanti o il numero degli assistiti non è in linea con quanto prevede la normativa nazionale e regionale in ordine al calcolo della quota capitaria; pertanto nella delibera di Giunta Regionale n. 136/2016 non si fa più riferimento questo dato.

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

<b>MODELLO FLS 11 Anno 2017 e 2016</b>	I dati sulla popolazione assistita, e sulla sua scomposizione per fasce d'età, sono coerenti con quelli esposti nel QUADRO G del Modello FLS 11.
<b>MODELLO FLS 11 Anno 2017 e 2016</b>	I dati sulla popolazione esente da ticket sono coerenti con quelli esposti nel QUADRO H del Modello FLS 11.

## 2.2 Modello organizzativo

L'Ausl della Valle d'Aosta si prefigge l'obiettivo di soddisfare i bisogni dell'utenza, mediante processi di programmazione, erogazione dei servizi e delle prestazioni prodotte in proprio o acquistate da terzi pubblici o privati accreditati, nel rispetto della libertà di scelta del cittadino.

L'atto aziendale definisce l'organizzazione dell'azienda, che si articola in una Direzione strategica ed in quattro aree organizzative (area ospedaliera, area territoriale, area della prevenzione, area tecnico-amministrativa), strutturate come segue: l'Area Ospedaliera è articolata in strutture complesse e semplici, a loro volta aggregate in dipartimenti; l'Area Territoriale è articolata in Distretti; l'Area di Prevenzione, che coincide con il Dipartimento di Prevenzione, è articolata in Strutture Complesse e in Strutture Semplici; l'Area tecnico-amministrativa è articolata in Strutture Complesse. Il nuovo atto aziendale è stato approvato in corso d'anno 2016 con DDG n. 835 del 19/08/2016. Il processo di riorganizzazione previsto dal nuovo atto aziendale è stata oggetto di apposita

delibera del DG (DDG n. 866 del 01/09/2016) che ha definito il cronoprogramma di attuazione graduale di tutte le modifiche organizzative. La fase di transizione è partita a settembre 2016 e si è conclusa a gennaio 2017.

### 3 Generalità sulla struttura e sull'organizzazione dei servizi

#### 3.1 Assistenza Ospedaliera

### 4 STATO DELL'ARTE

L'Azienda svolge attività di assistenza ospedaliera mediante un presidio a gestione diretta (Ospedale Parini) e una casa di cura convenzionata (Clinica ISAV SpA). L'ospedale direttamente gestito opera essenzialmente attraverso tre sedi, la più rilevante è sita in Viale Ginevra (il Parini), la seconda in Viale Vaccari (il Beauregard) e la terza in Via Saint Martin de Corléans (l'ex Maternità). Vi è stato poi l'utilizzo di una sede aggiuntiva in regione Borgnalle adibita alle attività di Libera Professione Intramoenia, Terapia Antalgica e Day Surgery. Tale sede è stata chiusa nel marzo 2015.

I posti letto direttamente gestiti comunicati con flusso HSP12 all'1/01/2016 per Acuti sono in totale 383 (349 Ordinari e 34 tra Day hospital e Day surgery). Risultano inoltre presenti ulteriori 21 PL Ordinari di tipo tecnico (disciplina 31: Nido –culle dei neonati-) e 30 posti letto post-acuti, di cui 14 riabilitativi ordinari (disciplina 56: Recupero e riabilitazione funzionale) e 16 di lungodegenza ordinari (disciplina 60: Lungodegenti). Si veda la tabella seguente per i dettagli.

**Tabella 3.1.a: Posti letto direttamente gestiti dalla struttura ministeriale Ospedale Parini**

Cod.	Divisione	Denominazione	Degenza Ordinaria	Day Surgery	Day Hospital	Pagamento	Anno apertura
02	01	Day-Hospital multidisciplinare	-	-	8	-	2016
08	01	Cardiologia	19	-	-	-	1988
09	01	Chirurgia generale	20	-	-	-	1988
09	13	Chirurgia generale <b>CHIRURGIA URGENZA</b>	18	-	-	-	2015
13	01	Chirurgia toracica	9	-	-	-	1998
14	01	Chirurgia vascolare	18	-	-	-	1988
21	07	Geriatría	18	-	1	-	2006
24	01	Malattie infettive e tropicali	7	-	-	-	1988
26	01	Medicina generale	51	-	-	-	1988
29	01	Nefrologia	6	-	-	-	1988
31	01	Nido	21	-	-	-	1988
32	01	Neurologia (d)	18	-	-	-	1988
36	01	Ortopedia e traumatologia	28	-	-	-	1988
37	01	Ostetricia e ginecologia	30	4	-	-	1988
38	01	Otorinolaringoiatria	8	-	-	-	1988
39	01	Pediatria	8	-	1	-	1988
40	01	Psichiatria	14	-	1	-	1988
43	01	Urologia	21	-	-	-	1988
49	01	Terapia intensiva	10	-	-	-	1988
49	02	Terapia intensiva		2	-	-	2016
50	01	Unità coronarica	5	-	-	-	1988
51	01	Astanteria	5	-	-	-	1988
56	29	Recupero e riabilitazione funzionale GERIATRICA	14	-	-	-	2013
58	01	Gastroenterologia	10	-	-	-	1988
60	01	Lungodegenti	16	-	-	-	2013
62	01	Neonatologia	4	-	-	-	1988
64	01	Oncologia	12	-	12	-	1988
68	01	Pneumologia	8	-	-	-	2001
69	01	Radiologia	1	-	-	-	2016
97	02	Sanità Penitenziaria	1	-	-	-	2016
98	01	Day-Surgery	-	5	-	-	2016



36	Ortopedia e traumatologia	4	-	-	2013	1
56	Recupero e riabilitazione funzionale	3	-	-	2014	3

Dei posti letto accreditati dell'ISAV, 37 ordinari di tipo Recupero e riabilitazione funzionale (post-acuzie) e 10 ordinari per acuzie della disciplina di Ortopedia e traumatologia sono dedicati ai soli residenti.

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

<b>MODELLO HSP 11 Anno 2016</b>	I dati sul numero di strutture a gestione diretta e convenzionate sono coerenti con quelli complessivamente desumibili dai modelli HSP 11
<b>MODELLO HSP 12 Anno 2016</b>	I dati relativi ai posti letto dei presidi a gestione diretta sono coerenti con quelli riportati nel Modello HSP 12
<b>MODELLO HSP 13 Anno 2016</b>	I dati relativi ai posti letto dei presidi in convenzione sono coerenti con quelli riportati nel Modello HSP 13 quadro E ed F

## 5 OBIETTIVI DELL'ESERCIZIO RELATIVI ALLA STRUTTURA E ALL'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

Le variazioni nei posti letto medi ospedalieri nel 2016 nella maggior parte dei casi sono dovute a modifica di setting assistenziale (da ordinario a day hospital, o viceversa), prevalentemente dovute ad esigenze di razionalizzazione organizzativa e a parità di dotazione complessiva per reparto.

In qualche caso (MUA, Neonatologia), si è deciso per una chiusura effettiva di posti letto, in reparti a bassa occupazione e anche al fine di ottemperare ai criteri di cui al DM 70 del 2105.

Le variazioni nei posti letto medi tra il 2015 e il 2016 evidenziate in Tabella 3.1.b si spiegano come segue:

- 0901 Chirurgia generale: assorbe i 2 posti letto di 0912 chirurgia bariatrica;
- 1101 Chirurgia pediatrica restituisce 1 posto letto a 0901 chirurgia generale;
- 2107 Geriatria acuti: perde 1 posto letto ordinario a favore di 1 posto letto di day hospital;
- 1301 Chirurgia toracica: acquisisce 2 letti ordinari da ORL.;
- 1401 Chirurgia vascolare: i 3 posti letto di day surgery finiscono nel pool del DH multidisciplinare chirurgico;
- 3401 Oculistica: il posto letto di day surgery finisce nel pool del DH multidisciplinare chirurgico;
- 3601 Ortopedia e Traumatologia: acquista 2 letti precedentemente attribuiti a chirurgia piede e mano;
- 3701 Ostetricia e Ginecologia: perde 2 letti che cede alla day surgery (che passa da 2 a 4 posti letto);
- 3801 ORL: il posto letto di day surgery finisce nel pool del DH multidisciplinare chirurgico;
- 4012 Psichiatria: perde 7 posti letto di DH, riconvertiti a setting assistenziale più appropriato (ambulatorio);
- 4301 Urologia: acquista 4 letti dal day hospital e 1 di andrologia;
- 5101 Astanteria (leggasi Medicina d'Urgenza): sono stati chiusi 5 posti letto in reparto a basso tasso d'occupazione nelle serie storiche. I 5 letti fisici sono destinati ad Osservazione Breve Intensiva;
- 5629 recupero e riabilitazione funzionale (leggasi geriatria riabilitativa): acquista un letto che perde dal day hospital;
- 5801 Gastroenterologia: acquisisce 1 posto letto all'interno del dipartimento e conferisce il posto letto di DH al DH multidisciplinare medico (DHMD);
- 6201 Neonatologia, perde sette posti letto per esigenze organizzative interne
- 6901 Radiologia: il posto letto viene disattivato a fine 2016;
- Dal 2016 è stata avviata l'autonomia gestionale del DHMD, che assorbe 10 letti di DH di area medica più 1 di radiologia;
- infine, il Day Hospital Oncologico cresce da 7 a 12 posti letto a seguito di trasferimento al 3° piano ospedale Parini, corpo B.

## 5.1 Assistenza Territoriale

## 6 STATO DELL' ARTE

L'azienda all'1/1/2017 opera nei 4 Distretti sanitari mediante 28 strutture a gestione diretta e 20 strutture convenzionate.

Di seguito l'elenco delle **strutture direttamente gestite**.

**Tabella 3.2.a: Elenco strutture territoriali direttamente gestite**

Strutture direttamente gestite sui distretti		Distretti
1	AMBULATORIO DI COGNE	<b>Distretto1</b>
2	AMBULATORIO DI LA-THUILE	
3	CONSULTORIO DI SAINT-PIERRE	
4	CONSULTORIO DI SARRE	
5	POLIAMBULATORIO DI MORGEX	
6	PRESIDIO DI VILLENEUVE	
7	AMBULATORIO MEDICINA SPORTIVA	<b>Distretto2</b>
8	AOSTA POLIAMBULATORIO	
9	CONSULTORIO ADOLESCENTI	
10	CONSULTORIO DI AOSTA EST	
11	CONSULTORIO DI AOSTA OVEST	
12	CONSULTORIO DI CHARVENSOD	
13	CONSULTORIO DI NUS	
14	CONSULTORIO DI VARINEY	
15	CURE PALLIATIVE-HOSPICE	
16	OSPEDALE REGIONALE U. PARINI	
17	PRESIDIO DI QUART	
18	SERD	
19	CENTRO DIALISI SAINT-VINCENT	<b>Distretto3</b>
20	CONSULTORIO DI VALTOURNENCHE	
21	POLIAMBULATORIO DI CHÂTILLON	
22	PRESIDIO DI ANTEY	
23	SERD - CHÂTILLON	
24	CONSULTORIO DI BRUSSON	<b>Distretto4</b>
25	CONSULTORIO DI VERRES	
26	POLIAMBULATORIO DI DONNAS	
27	PRESIDIO DI GABY	
28	SERD - DONNAS	

La tipologia di strutture e il tipo di assistenza erogata è riassunta nelle tabelle seguenti. Si evidenzia che i numeri riportati fanno riferimento al tipo di assistenza erogata per cui la loro sommatoria non coincide con il numero di strutture erogatrici in quanto queste ultime possono erogare anche più di una tipologia di assistenza.



**Tabella 3.2.b: Strutture direttamente gestite**

<u>Tipo di rapporto con AUSL Valle D'Aosta</u>	<u>Tipo di Struttura</u>	<u>Tipo Assistenza erogata</u>	TOSSICODIPENDENTI/ALCOLDIPENDENTI/ASSISTENZA A	ASSISTENZA AI MALATI TERMINALI	ASSISTENZA PSICHIATRICA	ATTIVITA' CLINICA	ATTIVITA' DI CONSULTORIO FAMILIARE	ATTIVITA' DI LABORATORIO	DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI	<u>Totale complessivo</u>
<b>STRUTTURA DIRETTAMENTE GESTITA</b>	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		3		8	22	14		4	51
	AMBULATORIO E LABORATORIO					2		2	1	5
	STRUTTURA RESIDENZIALE			1						1
<b>STRUTTURA DIRETTAMENTE GESTITA Totale</b>			<b>3</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>24</b>	<b>14</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>57</b>

Tra le strutture direttamente gestite vi sono 11 consultori. Uno di questi, pur avendo mantenuto la denominazione di Consultorio, non svolge più attività consultoriale (Brusson nel distretto 4). Nella Tabella seguente viene riportato l'elenco dei consultori divisi per distretto.

**Tabella 3.2.c: Consultori**

CONSULTORIO	DISTRETTO
Saint Pierre	<b>Distretto 1</b>
Sarre	
Adolescenti	<b>Distretto 2</b>
Aosta Est	
Aosta Ovest	
Charvensod	
Nus	
Variney	<b>Distretto 3</b>
Valtournenche	
Brusson	<b>Distretto 4</b>
Verres	

Si precisa inoltre che per "Attività consultoriale" si è intesa l'attività svolta anche in sedi non ufficialmente definite come consultori. Nello specifico si è valorizzata questa tipologia di attività nei casi in cui, periodicamente o su chiamata, nella struttura prestino servizio figure professionali come Pediatra consultoriale, Assistente Sanitario, Ostetrica, Ginecologo. Tali strutture non definite come consultori ma con attività del tipo sopracitato risultano essere il Poliambulatorio di Châtillon, il Poliambulatorio di Donnas, il Poliambulatorio di Morgex, il Presidio di Antey.

Sempre in gestione diretta, tra le strutture residenziali troviamo l'Hospice che eroga attività di assistenza ai malati terminali nella sede del Beauregard e dispone di 7 posti letto – il dato sui posti letto residenziali e semiresidenziali è ricavabile dal flusso STS24 che fa riferimento all'attività svolta da tali strutture nel corso dell'intero anno 2016-.

La RSA di Antey ha svolto la sua attività, modificata nel 2015 in Nucleo Cure Intermedie, fino al 31/01/2016 giorno di chiusura della struttura, in seguito l'immobile è stato locato a cooperativa esterna.

Le strutture non direttamente gestite risultano complessivamente 20 e sono riportate nella tabella successiva.

In proposito si sottolinea che la DGR 328/2016 e la successiva DGR 523/2016 ha ridefinito tutte le strutture residenziali per la salute mentale, le dipendenze patologiche e i DCA. Con la DGR 1610/2016 sono state invece ridefinite le strutture semi-residenziali ed i servizi di educativa territoriale per la salute mentale, le dipendenze patologiche e i DCA.

**Tabella 3.2.d: Denominazione delle strutture non direttamente gestite**

	Strutture non direttamente gestite sui distretti	Distretti
1	SRP2.1 "MAISON MONT FALLERE"	Distretto 1
2	SRD1.B "LA SVOLTA"	
3	CENTRO DIURNO ARC EN CIEL	Distretto 2
4	IST. RADIOLOGICO VALDOSTANO	
5	KINESITHERAPIC CENTER	
6	TECHNOS MEDICA SRL	
7	AISM ONLUS	
8	SRP3.2 "IL PONTE"	
9	SRP3.1.A - SRP3.1.C ARC EN CIEL	
10	SRP3.1.A "DI PONT SUAZ"	
11	SRP3.1.C "ENSEMBLO"	
12	RSA AOSTA - JB FESTAZ	
13	NUCLEO ALZHEIMER JB FESTAZ RES	Distretto 3
14	CENTRO DIURNO LA RENETTA	
15	COMUNITA TER. ALL.- LA LUMIERE	
16	TERME DI SAINT-VINCENT	
17	SRP3.1.A "MAISON BANCHET"	Distretto 4
18	IST RADIOLOGICO VALDOSTANO PSM	
19	SRP1.1.B SRP1.2.A SRP1.2.B SRP2.1 SRP3.2 "RESIDENZA DAHU"	
20	NUCLEO ALZEHEIMER DOMUS PACIS	

La tipologia di strutture e il tipo di assistenza erogata è riassunta nelle tabelle seguenti. Si ribadisce che i numeri riportati fanno riferimento al tipo di assistenza erogata per cui la loro sommatoria non coincide con il numero di strutture erogatrici (che, ricordiamo, possono erogare più tipologie di assistenza).

**Tabella 3.2.e: Attività delle Strutture convenzionate**

Tipo di rapporto con AUSL Valle D'Aosta	Tipo di Struttura	Tipo Assistenza erogata							Totale complessivo
		TOSSICODIPENDENTI/ALCOLDIPENDENTI/ASSISTENZA A	ASSISTENZA AI DISABILI FISICI	ASSISTENZA AI DISABILI PSICHICI	ASSISTENZA IDROTERMIALE	ASSISTENZA PSICHIATRICA	ATTIVITA' CLINICA	DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI	
STRUTTURA NON DIRETTAMENTE GESTITA	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE				1				1
	AMBULATORIO E LABORATORIO						4	3	7
	STRUTTURA RESIDENZIALE	4	1	2		7			14
	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE					2			2

<b>STRUTTURA NON DIRETTAMENTE GESTITA Totale</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>24</b>
--	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

Le strutture residenziali e semiresidenziali non direttamente gestite all'1/1/2016 sono quelle inserite in tabella.

**Tabella 3.2.f: Strutture convenzionate Residenziali e Semiresidenziali**

	<b>Strutture Residenziali o Semiresidenziali non direttamente gestite sui distretti</b>	<b>Distretti</b>
1	LA SVOLTA SOC. COOP. RES	<b>Distretto 1</b>
2	MAISON MONT FALLERE	
3	BOURGEON DE VIE SOC. COOP. RES	<b>Distretto 2</b>
4	BOURGEON DE VIE SOC. COOP. SEM	
5	CASA DI RIPOSO J.B. FESTAZ RES	
6	CENTRO DIURNO ARC EN CIEL	
7	COM ALLOG PSICH RES PONTSUAZ	
8	ENSEMBLO SOC. COOP. SOCIALE RE	
9	GRUPPO APP. ARC EN CIEL	
10	RSA AOSTA	<b>Distretto 3</b>
11	CENTRO DIURNO LA RENETTA	
12	COMUNITA TER. ALL.- LA LUMIERE	
13	GRUPPO APP MAISON BANCHET	<b>Distretto 4</b>
14	CASA DI RIPOSO "DOMUS PACIS"	
15	CASA PER LA SALUTE DELLA MENTE	

Il flusso ministeriale STS24 è il modello che riguarda l'attività svolta sul territorio dalle strutture residenziali e semiresidenziali.

Da tale flusso (che ad oggi riguarda l'anno 2016) si possono desumere i posti letto solo di alcune delle strutture sopra evidenziate. Non tutte le strutture infatti sono tenute a inviare i dati di attività, ma solo quelle che svolgono attività psichiatrica, attività per disabili fisici, per disabili psichici e per malati terminali.

Le strutture che svolgono attività di assistenza rivolta a tossicodipendenti/alcolodipendenti, non sono tenute all'invio di questi dati (per la parte riguardante l'attività in questione).

Nella tabella precedente, sono evidenziate in grigio le strutture che svolgono quest'attività. La CASA PER LA SALUTE DELLA MENTE svolgendo sia assistenza psichiatrica che per tossicodipendenti/alcolodipendenti, è tenuta a inviare i dati solo per la parte di attività legata all'assistenza psichiatrica.

Ciò premesso, i posti letto non direttamente gestiti comunicati nel flusso STS24 nel 2016 sono 150 di tipo residenziale e 31 di tipo semiresidenziale. Si sottolinea inoltre che l'ARC EN CIEL svolge sia attività residenziale che semiresidenziale e che il JB FESTAZ ha due convenzioni differenti (una per prestare assistenza a disabili fisici -RSA- e l'altra per disabili psichici -Nucleo Alzheimer qui denominato CASA DI RIPOSO JB FESTAZ-).

Vi sono infine presenti in Valle d'Aosta 6 Centri traumatologici: Ayas, Breuil-Cervinia, Courmayeur, Gressoney-St-Jean, La Thuile, Pila.

**Relativamente alla Medicina di Base**, l'Azienda ha convenzioni con 86 Medici di Medicina Generale (MMG), che assistono complessivamente una popolazione pari a 108.931 assistibili, e 16 Pediatri (PLS) che assistono una popolazione pari a 13.970 assistibili (si fa riferimento al modello FLS12 quadri E ed F relativo ai dati consuntivati nel 2016). Gli assistiti medi per ogni MMG risultano essere pari a 1.267 (in aumento rispetto all'anno precedente dovuto anche alla riduzione del numero dei MMG di quattro unità). Per i PLS gli assistiti medi risultano pari a 873 (in leggera diminuzione rispetto all'anno precedente).

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

MODELLO STS 11 Anno <b>2017</b>	I dati sul numero di strutture a gestione diretta e convenzionate, sulla tipologia e il tipo di assistenza erogata, sono coerenti con quelli complessivamente desumibili dai modelli STS 11
MODELLO STS24 Anno <b>2016</b>	Il numero dei posti letto è invece desumibile dall'STS24
MODELLO FLS 12 Anno <b>2017</b>	I dati esposti relativi a medici di base e pediatri sono coerenti con quelli complessivamente desumibili dai quadri E e F del modello FLS 12

## **7 OBIETTIVI DELL'ESERCIZIO RELATIVI ALLA STRUTTURA E ALL'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI**

Per quanto riguarda l'organizzazione dell'attività ambulatoriale gestita direttamente dall'Azienda si evidenzia l'aggiunta dell'attività di tipo clinico presso il Consultorio di Sarre; sono state inoltre formalizzate altre due strutture SERD rispettivamente nel Distretto 3 e 4 (Châtillon e Donnas). Infine l'assistenza riabilitativa dell'RSA Antey, già chiusa a fine anno 2014 a supporto dello spostamento della Microcomunità di Torgnon, si è sostanziata in assistenza di livello medio/medio alta complessità fino alla chiusura in data 31/01/2016 (come in precedenza evidenziato tra le strutture direttamente gestite).

### **7.1 Prevenzione**

## **8 STATO DELL'ARTE**

Il Dipartimento di Prevenzione è la struttura operativa della Azienda USL Valle d'Aosta atta alla promozione e tutela della salute della popolazione al fine di individuare strumenti e strategie rivolti al contenimento/eliminazione delle cause e dei rischi di malattia nonché al potenziamento dei fattori protettivi e favorenti la salute e il benessere psico-fisico della popolazione stessa.

Si caratterizza per l'azione integrata e sinergica tra tutti i servizi medici e veterinari dipartimentali in continua relazione con gli altri servizi aziendali ed extra aziendali che operano nel campo della prevenzione e della promozione della salute.

Il dipartimento di Prevenzione è organizzato nei seguenti Servizi:

1. Igiene e Sanità Pubblica (SISP)
2. Igiene degli alimenti e della nutrizione (SIAN)
3. Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro (SPRESAL)
4. Sanità Animale (SA)
5. Igiene degli Alimenti di Origine Animale (IAOA)
6. Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (IAPZ)
7. Medicina Legale

Tutti i servizi del Dipartimento di Prevenzione hanno sede amministrativa a Quart (AO) Loc. Amerique 7/L. La S.C. Igiene e Sanità Pubblica opera in 8 sedi distaccate sul territorio (Aosta Saint Martin de Corléans 250 + sedi all'interno di Poliambulatori e Consultori dell'Area Territoriale) ed in 11 punti vaccinali. L'ambulatorio della Nutrizione è collocato in sede consultoriale periferica (Charvensod).

Le attività medico-legali di II livello sono svolte presso la sede di Quart (AO) Loc. Amerique 7/L. L'ambulatorio di Medicina dello Sport (afferente alla S.C. Medicina Legale) si trova presso le strutture del Palaindoor (Corso Lancieri Aosta 41/A). Gli uffici utilizzati dal Servizio Veterinari sono numerosi, e disseminati su tutto il territorio regionale.

Le attività di Screening sono svolte presso sedi differenti da S.C. che operano all'interno dell'Area Ospedaliera.

## **9 OBIETTIVI DELL'ESERCIZIO RELATIVI ALLA STRUTTURA E ALL'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI**

■  
Nell'ottica della razionalizzazione delle risorse umane del Dipartimento di Prevenzione nel 2016 sono state messe in atto, fra l'altro, le seguenti azioni:

1. riorganizzazione dell'area amministrativa: formazione del personale, l'aggiornamento delle istruzioni operative e delle procedure aziendali, la condivisione dei processi, allo scopo di avere a disposizione un gruppo di lavoratori con competenze di base tali da poter rendere i dipendenti "interscambiabili" per alcune funzioni operative, così da garantire – per quanto possibile – una gestione autonoma delle risorse umane;
2. implementazione delle attività "isorisorse".

## 10 L'attività del periodo

### 10.1 Assistenza Ospedaliera

In questa sezione viene riportato un commento ai dati di attività dell'Area Ospedaliera contenuti nella relazione sulla gestione annuale trasmessa in Assessorato il 28/02/2017, che si allega al presente documento. Nell'allegato si fa riferimento anche per l'attività svolta in integrazione con il territorio.

Nel 2016 rispetto all'anno precedente si osserva un ulteriore calo dei principali parametri di attività ospedaliera, sia in ricovero ordinario che, ancor più, in regime di Day Hospital; il calo di attività descritto interessa area medica, area chirurgica e pediatria, non l'area critica.

L'ospedale moderno come noto va considerato come un sistema dinamico e complesso e come un'area di transito aperta da e verso il territorio e le sue strutture; per tale motivo i dati non possono che essere interpretati congiuntamente ad un'analisi critica delle attività territoriali, prevenzione compresa, si cita ad esempio la presa in carico della cronicità e alcuni tassi di copertura vaccinale; si rileva tra l'altro che il calo di attività è quasi equamente distribuito tra ricoveri programmati (-8,25%) e urgenti (-7,5%). I dati di attività devono inoltre essere letti alla luce della mobilità relativa al 2016, che potrebbero spiegare parte del calo di attività, ancorchè probabilmente riferiti a poche patologie e specialità.

Infine, il setting ambulatoriale ha sicuramente assorbito gran parte della minore produzione in regime di ricovero diurno, secondo la logica di deospedalizzazione ed appropriatezza promossa dal DM 70.

Ciò premesso, i dati presentati consentono alcune ipotesi, in un contesto comunque probabilmente contrassegnato da maggiore appropriatezza d'uso dell'Ospedale:

Innanzitutto spicca il calo di accessi in Pronto Soccorso, per il secondo anno consecutivo e dopo anni di crescita inesorabile, evento quasi certamente collegato all'introduzione dei ticket sui codici bianchi. Tenuto conto che nel 2016 per la prima volta dal 2012 cala il tasso di ricovero da PS e che una percentuale di codici bianchi sono comunque ricoverati si osserva calo di 732 accessi rispetto al 2015, pari al 75% del delta dei dimessi tra i due anni (ricoveri ordinari). Prosegue inoltre il calo delle giornate oltre soglia, osservato dal 2012, a significare maggiore efficienza complessiva del ricovero, comprese le dimissioni tempestive dei lungodegenti ad impronta sociale. L'ospedale inoltre effettua, come negli anni precedenti, un'ampia percentuale di ricoveri brevi e molto brevi, evento a doppia lettura, potendo significare in parte inappropriata in caso di ricovero da Pronto Soccorso (il paziente poteva essere assistito in Medicina d'Urgenza o in Osservazione breve Intensiva o in altri setting assistenziali), in parte efficienza organizzativa e gestionale in pazienti acuti e programmati.

Si conferma inoltre la vocazione geriatrica dell'ospedale regionale di Aosta, con i due terzi dei ricoveri a carico di pazienti ultra 65enni; le implicazioni organizzative e gestionali del dato sono ben note, mentre merita una considerazione il fatto che i principali DRG di fascia geriatrica riferiscono a patologie almeno in parte prevenibili, indirettamente mediante correzioni dei fattori di rischio per malattie cerebrovascolari e cardiovascolari e direttamente mediante la promozione della vaccinazione anti pneumococcica e anti influenzale nell'anziano. Quanto sopra a evidenziare ancora una volta come in un contesto demografico come quello valdostano le variazioni organizzative (offerta di prestazioni) ed epidemiologiche a carico di una delle tre articolazioni dell'azienda sanitaria (Ospedale, Territorio e Prevenzione) impattino costantemente sulle altre due, e che dunque la strategia sanitaria aziendale debba essere unica e fortemente integrata.

Per quanto riguarda infine l'area chirurgica si osserva calo del 4,3% degli interventi in regime ordinario, (compensato in parte da aumento di attività del privato in convenzione) e calo del 20% di attività chirurgica in Day Hospital, probabilmente dovuta a passaggio a chirurgia ambulatoriale di alcuni importanti interventi (cataratta, tunnel carpale). L'attività chirurgica è molto disomogenea tra i diversi reparti e meriterebbe un'analisi organizzativa approfondita che tenga conto tra gli altri di efficienza e produttività del blocco operatorio, della mobilità attiva e passiva, della gestione dei tempi d'attesa per patologie non oncologiche e delle risorse umane disponibili nel periodo; le tabelle da 18 a 21 illustrano efficacemente la disomogeneità dell'area chirurgica, all'interno della quale non è agevole individuare delle tendenze univoche di attività (sembra fare eccezione la chirurgia generale e d'urgenza, che mostra miglioramento coerente in termini di tasso operatorio e di degenze pre e post operatorie).

In conclusioni l'Ospedale di Aosta da una parte sembra operare nel 2016 con un maggior grado di appropriatezza rispetto al 2015, dall'altra registra un calo di attività chirurgica, di non univoca interpretazione. Le informazioni disponibili vanno necessariamente integrate a livello aziendale e dalla lettura complessiva del contesto dovrebbero scaturire obiettivi e indicatori per l'anno in corso.

## 11 OBIETTIVI DI ATTIVITÀ DELL'ESERCIZIO 2016

Le attività relative agli obiettivi di budget e di PAL assegnati nel 2016 hanno riguardato, trasversalmente, tutte le aree dell'Azienda, toccando ambiti e contesti diversi. L'attività di rendicontazione all'Assessorato alla Sanità, Salute e Politiche Sociali degli obiettivi assegnati ed indicati all'interno dell'accordo di programma, all'atto di redazione della presente relazione è ancora fisiologicamente in corso di redazione.

Quanto agli obiettivi aziendali, data la complessità sia dal punto di vista quantitativo sia dal punto di vista qualitativo delle attività svolte dall'Area Ospedaliera, si evidenzia come alle strutture ad essa afferenti siano stati attribuiti obiettivi distribuiti tra la Dirigenza e il Comparto, che, a titolo esemplificativo, hanno riguardato, principalmente, i seguenti ambiti di intervento:

**Obiettivo A4: Ridurre la spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale in applicazione della DGR 68/2016 concernente "Nuove linee di indirizzo per la promozione dell'appropriatezza prescrittiva farmaceutica e il conseguimento degli obiettivi di risparmio. Revoca della DGR 1875/2014". Adozione delle opportune misure/interventi di orientamento e sensibilizzazione nonché di controllo attraverso un monitoraggio costante delle prescrizioni dei medici (sia ospedalieri sia convenzionati).** Nel 2016 è proseguita una articolata serie di attività e progetti focalizzati sulla promozione della appropriatezza prescrittiva di farmaci a livello aziendale, a traino congiunto da parte della Direzione Medica di presidio e della S.C. Farmacia. Oltre alle categorie di Farmaci citate in DGR (Sartani, Statine, Inibitori di pompa protonica -IPP-, ace inibitori, farmaci per le vie respiratorie, biosimilari) è proseguito il tentativo di governo d'uso degli antibiotici, necessario per le note implicazioni di sanità pubblica, il tutto inserito in una cornice di promozione dell'appropriatezza prescrittiva, che riguarda anche l'uso della diagnostica strumentale e di laboratorio e che ha visto ad esempio l'effettuazione di eventi formativi e la creazione di una pagina in Intranet dedicata al tema. I risultati sono positivi per i farmaci a traino ospedaliero, con calo di consumo che vanno dal -5,9% degli IPP al -20% dei farmaci per le vie respiratorie al -70% di alcuni antibiotici; per i farmaci prescritti prevalentemente sul territorio i trend di consumo sono invece stabili o in lieve aumento.

**Obiettivo B1: Avvio del processo triennale di progressivo adeguamento agli standard degli indicatori di performance, efficienza ed appropriatezza organizzativa riferiti ai posti letto, alla degenza media e al tasso di occupazione dei posti letto.** Come risulta nel testo nel 2016 la dotazione di Posti letto a disposizione dell'azienda è scesa a 413 (escludendo i letti tecnici, culle per neonati sani), sommando i 73 p-l del Privato accreditato si arriva a un totale di 486 posti letto sul territorio regionale, molto vicino al totale di 3,7 per 1000 stabilito dal DM 70 (che corrisponderebbe a 471 p.l.). La degenza media nel 2016 è ancora leggermente superiore all'obiettivo, ancorchè in calo dal 2012, mentre l'occupazione media è in linea con gli obiettivi prefissati.

**Obiettivo B2: Riduzione del tasso di ospedalizzazione e miglioramento dell'appropriatezza delle cure ospedaliere attraverso: riduzione dell'incidenza dei ricoveri ad alto rischio di inappropriata se erogati in regime di ricovero ordinario; b. trasformazione da regime di ricovero a regime ambulatoriale delle prestazioni ambulatoriali di cui alla deliberazione della Giunta regionale, n. 62 del 23/01/2015; c. riduzione del tasso di conversione degli accessi in pronto soccorso in ricovero anche attraverso un maggiore utilizzo dell'Osservazione breve intensiva (OBI).** Per quanto riguarda il primo punto è stato avviato un progetto specifico all'interno di un gruppo di lavoro appositamente costituito, i cui risultati saranno riportati nell'anno in corso. Punto B: nel 2016 è stato avviato la creazione di Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC) per la conversione in setting ambulatoriale di alcuni interventi appartenenti ad alcune specialità chirurgiche. Il risultato di sintesi è positivo, con una percentuale di prestazioni in PAC che arriva dell'80% dell'Oculistica; si osserva tuttora disomogeneità nel risultato, sulla quale lavorare nel prosieguo di progetto. Punto C: per la prima volta dal 2012 si osserva riduzione del tasso di ricovero da Pronto Soccorso (18,4% nel 2016), tuttavia ancora nettamente superiore alla media di molti ospedali nazionali (pur con ampie variazioni intra- e interregionali).

Gli obiettivi aziendali relativi all'anno 2016, codificati in obiettivi misurabili per mezzo di definizione dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori sono stati declinati, a livello di dipartimento/struttura, nell'ambito della deliberazione del direttore generale n. 602 del 31/05/2016 "adozione schede contenenti obiettivi della performance anno 2016 all'interno del piano triennale 2014-2016".

Anche nel 2016, oltre agli obiettivi aziendali di cui sopra sono stati assegnati obiettivi aggiuntivi quali-quantitativi finalizzati all'erogazione delle Risorse Aggiuntive Regionali destinate al trattamento accessorio del personale dipendente dell'Azienda USL. La quantificazione di tali risorse, per gli anni 2015-2017, è stata definita dalla Legge finanziaria regionale riferita al triennio in questione e confermata con DGR 136/2016; gli obiettivi sopra citati sono stati formalizzati con deliberazione del Direttore Generale n. 951 del 10/10/2016;

Gli obiettivi RAR, come previsto dalla linee guida regionali (DGR 182 del 13/02/2015), hanno riguardato, prioritariamente, obiettivi di attività (riduzione tempi attesa, riduzione mobilità passiva) e di riorganizzazione (dipartimentalizzazione risorse, screening mammografico, pronto soccorso).

Per quanto concerne lo stato dell'arte, tutti gli obiettivi sono stati rendicontati e l'OIVP (Organismo Indipendente di Valutazione della Performance), alla data odierna, sta procedendo alla valutazione del raggiungimento degli stessi



## 11.1 Assistenza Territoriale

## 12 DATI DI ATTIVITÀ

L'attività di assistenza territoriale viene erogata nei 4 Distretti sanitari mediante 28 strutture a gestione diretta e 20 strutture convenzionate. Nel presente paragrafo tale attività verrà descritta secondo la seguente struttura:

- 1) PRESTAZIONI SPECIALISTICHE PER ESTERNI
  - Dati di attività per LEA e per struttura con confronto biennale
  - Caratteristiche della prescrizione
- 2) ASSISTENZA PROGRAMMATA
- 3) ASSISTENZA IN RESIDENZE
- 4) ATTIVITA' DEI CENTRI TRAUMATOLOGICI

### PRESTAZIONI SPECIALISTICHE PER ESTERNI

#### *Dati di attività per LEA e per struttura*

Le prestazioni ambulatoriali per esterni erogate sul territorio valdostano sono riportate nella Tabella seguente. Il volume delle prestazioni erogate nel 2016 sono diminuite rispetto al 2015 del 6%, a livello di importo invece si ha un aumento di oltre due punti percentuali, pesa in particolare la crescita in termini di importo delle prestazioni di laboratorio.

Per quanto riguarda invece le sole prestazioni fornite in Pronto soccorso, queste sono in netto aumento dovuto principalmente ai prelievi che nell'anno precedente sono stati registrati solo a partire dal mese di dicembre.

Tabella 4.2.a: Prestazioni Specialistiche<sup>1</sup>

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	2015 Quantità [NR]	2016 Quantità [NR]	2015 Importo [EUR]	2016 Importo [EUR]
<b>TOTALE</b>	<b>2.304.928</b>	<b>2.167.367</b>	<b>32.393.657</b>	<b>33.186.650</b>
Assistenza specialistica: attività clinica e altre prestazioni strumentali	588.738	580.772	16.001.747	17.478.577
Assistenza specialistica: attività di laboratorio	1.590.978	1.467.812	9.197.823	8.617.284
Assistenza specialistica: attività di diagnostica per immagini	125.212	118.783	7.194.087	7.090.789
<b>DI CUI DA Pronto Soccorso</b>	<b>2015 Quantità [NR]</b>	<b>2016 Quantità [NR]</b>	<b>2015 Importo [EUR]</b>	<b>2016 Importo [EUR]</b>
<b>TOTALE</b>	<b>61.958</b>	<b>80.271</b>	<b>1.480.927</b>	<b>1.509.168</b>
Assistenza specialistica: attività clinica e altre prestazioni strumentali	59.264	58.350	1.346.933	1.389.946
Assistenza specialistica: attività di laboratorio	1.368	20.591	8.093	59.606
Assistenza specialistica: attività di diagnostica per immagini	1.326	1.330	125.901	59.616

Segue una breve analisi delle prestazioni per esterni fatta sulla base della struttura erogatrice. La tabella sotto evidenzia lo scostamento in valore assoluto del numero di prestazioni erogate per Struttura Ministeriale. Come si nota il numero di prestazioni erogate sono diminuite soprattutto in Ospedale. Altra diminuzione di rilievo si è avuta nella struttura non direttamente gestita dell'IRV.

<sup>1</sup> Considerate solo le prestazioni per esterni previste nel nomenclatore tariffario regionale (ivi comprese le PAC e quelle erogate dal Pronto Soccorso), escludendo quelle in OBI e per Libera professione intramoenia.

**Tabella 4.2.b: Numero prestazioni di ciascuna struttura ministeriale 2015-2016**

STRUTTURE MINISTERIALI		2015 Quantità [NR]	2016 Quantità [NR]	2016-2015 Quantità [NR]	
<b>Totale</b>		<b>2.304.928</b>	<b>2.167.367</b>	<b>-137.561</b>	
<b>STRUTTURE DIRETTAMENTE GESTITE</b>		<b>2.203.116</b>	<b>2.070.706</b>	<b>-132.410</b>	
A)	AOSTA OVEST	000801	6.243	12.314	6.071
B)	1AOSTA POLIAMBULATORIO	000901	29.547	21.572	-7.975
C)	AOSTA CINTURA	001401	7.697	9.065	1.368
D)	AOSTA EST	001501	494	822	328
E)	CONSULTORIO DI SARRE	001701	1.135	452	-683
F)	CONSULTORIO DI LA-THUILE	001901	522	491	-31
G)	POLIAMBULATORIO DI MORGEX	002001	19.589	18.845	-744
H)	CONSULTORIO DI VILLENEUVE	002101	3.671	4.095	424
I)	CONSULTORIO DI SAINT-PIERRE	002201	11.665	12.388	723
J)	CONSULTORIO DI COGNE	002301	885	870	-15
K)	CONSULTORIO DI VARINEY	002401	6.061	6.611	550
L)	CONSULTORIO DI NUS	002501	7.717	7.898	181
M)	CONSULTORIO DI QUART	002602	481	433	-48
N)	AMBULATORIO MEDICINA SPORTIVA	002616	3.371	4.169	798
O)	CONSULTORIO DI ANTEY	002701	2.959	2.868	-91
P)	CONSULTORIO DI VALTOURNENCHE	002901	482	433	-49
Q)	POLIAMBULATORIO DI CHATILLON	003301	31.681	30.041	-1.640
R)	CONSULTORIO DI BRUSSON	003401	1.318	2.172	854
S)	CONSULTORIO DI VERRÉS	003501	12.672	13.840	1.168
T)	POLIAMBULATORIO DI DONNAS	003601	48.839	48.684	-155
U)	CONSULTORIO DI GABY	003701	637	1.506	869
V)	SERD	004201	4.581	4.308	-273
W)	CENTRO DIALISI SAINT-VINCENT	005402	15.495	16.265	770
X)	CONSULTORIO ADOLESCENTI	005901	363	447	84
Y)	OSPEDALE GENERALE REGIONALE	020001	1.985.011	1.850.117	-134.894
<b>STRUTTURE NON DIRETTAMENTE GESTITE</b>		<b>101.812</b>	<b>96.661</b>	<b>-5.151</b>	
Z)	IST. RADIOLOGICO VALDOSTANO	003901	59.245	54.046	-5.199
AA)	IST RADIOLOGICO VALDOSTANO PSM	003902	14.116	15.277	1.161
BB)	TECHNOS MEDICA SRL	004001	498	618	120
CC)	KINESITHERAPIC CENTER	005501	24.970	23.810	-1.160
DD)	AISM ASSOC.IT.SCLEROSI MULTIP	006801	2.516	2.242	-274
EE)	ALTRO (Domicilio, Micro Zona Aosta etc)		467	668	201

### Caratteristiche della prescrizione

Viene rappresentata attraverso la tabella seguente quelle che sono le caratteristiche delle prescrizioni (suddiviso per prestazioni riconducibili a Prima visita<sup>2</sup> o Altro tipo di prestazioni).

I codici di priorità definiti a livello nazionale sono:

- **U** - Urgente: le prestazioni devono essere erogate nel più breve tempo possibile e comunque entro 72 ore dalla data di prenotazione;
- **B** - Le prestazioni devono essere erogate entro 10 giorni (Codice che è stato abolito dalla nostra Regione ma sporadicamente utilizzato)
- **D** -Differibile: le prestazioni devono essere erogate entro 30 giorni per le prime visite e entro 60 giorni per i primi accertamenti diagnostici strumentali;
- **P** - Programmato: non è definito il tempo massimo di attesa.

Come si può vedere dalla tabella, le “prime visite” non programmate (diverse da codice P) sono più frequenti nel Presidio di Villeneuve con il 50% delle prime visite di tipo differibile (D). Mentre per le altre prestazioni le non programmate sono più frequenti presso la Technos Medica con il 23% di prestazioni qualificate come differibili (D).

<sup>2</sup> Considerate come Prime visite le prestazioni con codici: 89.7, 89.13, 89.26, 95.02, 89.03, 89.05.

**Tabella 4.2.c: Prestazioni Specialistiche per % di priorità (fonte: flusso ASA)**

Struttura	Tipo di prestazione					Prima visita					Altre prestazioni				
	B	D	P	U	vuoto	B	D	P	U	vuoto	B	D	P	U	vuoto
CONSULTORIO DI AOSTA OVEST	-	18	82	-	-	-	13	86	1	0	-	13	86	1	0
AOSTA POLIAMBULATORIO	0	37	63	0	-	0	11	89	0	0	0	11	89	0	0
CONSULTORIO DI CHARVENSOD	-	11	89	0	-	-	12	86	2	0	-	12	86	2	0
CONSULTORIO DI AOSTA EST	-	2	97	-	2	-	1	99	-	-	-	1	99	-	-
CONSULTORIO DI SARRE	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-	-	-	100	-	-
POLIAMBULATORIO DI MORGEX	-	33	65	1	-	-	15	84	1	0	-	15	84	1	0
PRESIDIO DI VILLENEUVE	-	50	50	-	-	-	22	77	1	0	-	22	77	1	0
CONSULTORIO DI SAINT-PIERRE	-	14	86	-	-	-	1	99	0	-	-	1	99	0	-
CONSULTORIO DI VARINEY	-	14	86	-	-	-	8	91	1	0	-	8	91	1	0
CONSULTORIO DI NUS	-	13	87	-	-	-	7	92	1	-	-	7	92	1	-
AMBULATORIO MEDICINA SPORTIVA	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-	-	-	100	-	-
PRESIDIO DI ANTEY	-	-	100	-	-	-	18	77	5	-	-	18	77	5	-
POLIAMBULATORIO DI CHÂTILLON	0	29	71	0	0	0	16	83	1	0	0	16	83	1	0
CONSULTORIO DI BRUSSON	-	-	-	-	-	-	3	94	2	1	-	3	94	2	1
CONSULTORIO DI VERRES	-	5	95	-	-	-	5	94	1	0	-	5	94	1	0
POLIAMBULATORIO DI DONNAS	1	16	83	0	-	0	6	93	0	0	-	6	93	0	0
PRESIDIO DI GABY	-	-	-	-	-	-	4	96	0	-	-	4	96	0	-
IST. RADIOLOGICO VALDOSTANO	-	-	100	-	-	0	7	92	0	-	-	7	92	0	-
TECHNOS MEDICA SRL	-	-	-	-	-	0	23	23	0	53	-	23	23	0	53
IST RADIOLOGICO VALDOSTANO PSM	-	-	-	-	-	0	2	98	0	-	-	2	98	0	-
CENTRO DIALISI SAINT-VINCENT	-	32	67	1	-	-	1	98	1	0	-	1	98	1	0
KINESITHERAPIC CENTER	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-	-	-	100	-	-
CONSULTORIO ADOLESCENTI	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-	-	-	100	-	-
AISM ASSOC.IT.SCLEROSI MULTIP	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-	-	-	100
OSPEDALE REGIONALE U. PARINI	0	25	71	4	0	0	10	90	0	0	0	10	90	0	0
CONSULTORIO DI AOSTA OVEST	-	18	82	-	-	-	13	86	1	0	-	13	86	1	0
AOSTA POLIAMBULATORIO	0	37	63	0	-	0	11	89	0	0	-	11	89	0	0
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>27</b>	<b>70</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>90</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>90</b>	<b>0</b>	<b>1</b>

## ASSISTENZA PROGRAMMATTA

L'Assistenza Programmata a pazienti non ambulabili comprende tre istituti: assistenza programmata al domicilio del paziente, assistenza programmata presso residenze (disciplinata con accordi rimessi a trattativa regionale) e assistenza domiciliare integrata (ADI).

I dati rilevati a riguardo fanno riferimento al flusso FLS21 quadro H e sono successivamente elencati. Come si può vedere in tabella il numero di casi trattati nel 2016 sono aumentati rispetto al 2015, l'incremento riguarda sia gli anziani che i malati terminali con maggiore preponderanza dei primi.

**Tabella 4.2.d: Assistenza Programmata**

<b>Assistenza programmata</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>ADI:</b>		
<b>Casi trattati<sup>3</sup></b>	<b>296</b>	<b>348</b>
di cui anziani	130	179
di cui malati terminali	111	116
<b>Altri tipi di assistenza programmata:</b>		
<b>Numero di autorizzazioni</b>	<b>1.124</b>	<b>1.162</b>

<sup>3</sup> Seguiti i criteri di calcolo definiti da flusso ministeriale FLS21, che viene validato dalla direzione dei distretti.

## ASSISTENZA IN RESIDENZE

Nella tabella seguente viene riportata tutta l'attività erogata in gestione diretta o in convenzione sul territorio, divisa per tipo di assistenza, specificando se residenziale (in questo caso è inclusa l'attività delle **RSA**, per quella di Antey solo del mese di gennaio 2016, e dell'**Hospice**), o semiresidenziale (informazioni inviate con flusso STS24). Si rileva che l'attività residenziale per anziani è decisamente diminuita sia in termini di utenti che di giornate complessive dovuto, come già evidenziato in precedenza, alla chiusura della RSA di Antey che svolgeva principalmente attività rivolta agli anziani; per lo stesso motivo si ha una riduzione dei dati di attività legati all'assistenza ai disabili fisici. Cresce in maniera consistente l'assistenza dedicata ai disabili psichiatrici con particolare riferimento a quella di tipo residenziale.

**Tabella 4.2.e:** Attività delle strutture residenziali e semiresidenziali

TIPO ASSISTENZA		2015	2016
<b>Assistenza Residenziale</b>			
<b>ASSISTENZA PSICHIATRICA</b>	Num. Utenti inseriti	15	44
	Giorni Assistenza	21.904	23.067
<b>ASSISTENZA AGLI ANZIANI</b>	Num. Utenti inseriti	61	10
	Giorni Assistenza	1.910	215
<b>ASSISTENZA AI DISABILI PSICHICI</b>	Num. Utenti inseriti	38	36
	Giorni Assistenza	9.490	9.457
<b>ASSISTENZA AI DISABILI FISICI</b>	Num. Utenti inseriti	374	235
	Giorni Assistenza	10.760	6.583
<b>ASSISTENZA MALATI TERMINALI<sup>4</sup></b>	Num. Utenti inseriti	155	144
	Giorni Assistenza	2.358	2.280
<b>Assistenza Semiresidenziale</b>			
<b>ASSISTENZA PSICHIATRICA</b>	Num. Utenti	49	59
	Num. Accessi	4.357	4.720

## ATTIVITÀ DEI CENTRI TRAUMATOLOGICI

Ricordiamo infine che in Valle d'Aosta si garantisce assistenza sanitaria anche tramite i Centri Traumatologici. Gli accessi a tali centri negli ultimi tre anni (periodi gennaio-dicembre) sono riportati nella tabella che segue. Nel complesso il 2016 segna un aumento degli accessi rispetto all'anno precedente, in crescita anche rispetto al 2014.

**Tabella 4.2.f:** Accessi ai Centri Traumatologici degli ultimi tre anni<sup>5</sup>

Numero accessi	2014	2015	2016
Ayas	574	563	643
Breuil-Cervinia	1.000	981	1.029
Courmayeur	662	538	617
Gressoney-St Jean	367	362	399
La Thuile	491	511	564
Pila	682	722	691
<b>Totale complessivo</b>	<b>3.776</b>	<b>3.677</b>	<b>3.943</b>

**Tabella 4.2.g:** Dettaglio per esito degli Accessi ai Centri Traumatologici degli ultimi tre anni

Esito accessi	2014	2015	2016
Non Specificato	4	9	13
A domicilio	3.059	2.845	3.016
Invio in PS con Elisoccorso	41	56	46
Invio in PS con mezzi propri	78	84	106
Invio in PS con mezzo 118	203	205	207
Invio ospedale di residenza	378	463	539
Rifiuta ricovero in PS	13	15	16
<b>Totale complessivo</b>	<b>3.776</b>	<b>3.677</b>	<b>3.943</b>

<sup>4</sup> L'Hospice segue il flusso territoriale già a partire dall'1/1/2013

<sup>5</sup> Fonte dati: Archivio informatizzato in uso presso i Centri Traumatologici – DATO RELATIVO ALL'ANNO SOLARE – Sono stati esclusi tutti i casi con dicitura esito "inserito per errore".

## **LISTE DI ATTESA**

I tempi d'attesa costituiscono un fattore importante dell'assistenza percepita dagli utenti contribuendo in modo rilevante al rapporto di fiducia dell'assistito verso il Sistema Sanitario.

Pertanto garantire ai cittadini tempi di accesso adeguati ai problemi clinici rappresenta un obiettivo di primaria importanza per l'Azienda USL in quanto strumento atto a garantire la tutela della salute e l'eguaglianza nell'accesso alle prestazioni sanitarie. Per contro la lunghezza, in alcuni casi eccessiva, delle liste d'attesa è per l'Azienda un evento fortemente critico perché limita la garanzia di accesso e riduce il livello di qualità percepita.

Nel considerare il tema delle liste d'attesa si deve innanzitutto ricordare che l'informazione e la comunicazione agli assistiti sono momenti fondamentali e irrinunciabili.

Al riguardo si evidenzia che l'azienda USL pubblica sul sito web la rilevazione dei tempi attesa che è eseguita il primo martedì lavorativo di ogni mese; le prestazioni monitorate afferiscono a due grandi macro-aree:

Prestazioni specialistiche ambulatoriali (prime visite effettuate nelle branche specialistiche più frequentate quali l'Oculistica, la Cardiologia, la Dermatologia, ecc.);

Prestazioni strumentali pertinenti alla Radiologia (ecografie, rx segmenti ossei, rm, ecc.), alla Chirurgia Vascolare (ecocolordoppler), alla Cardiologia (ecg, ecocardiogramma, ecc.).

Per l'elenco completo si rimanda al sito sopra menzionato ([www.ausl.vda.it](http://www.ausl.vda.it) – servizi in rete- tempi attesa).

Occorre evidenziare che esistono tre livelli organizzativi di erogazione delle prestazioni:

Prestazioni urgenti intese come prestazioni ambulatoriali specialistiche da erogare entro un tempo ragionevole e comunque entro le 72 ore in quanto il ritardo di erogazione potrebbe condurre al rischio di compromissione dello stato di salute del paziente.

A tale proposito si precisa che la DMP predispone una idonea tabella relativa alle urgenze differite.

Prestazioni differibili intese come primi accessi. Come noto, nel modello consolidato e già in uso da qualche tempo, esse devono essere erogate in tempi massimi non superiori ai 30 giorni per le prime visite e di 60 giorni per i primi accertamenti diagnostico-strumentali che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto.

Prestazioni programmabili: sono tutte le rimanenti prestazioni per le quali non è definito il tempo massimo di attesa quali visite successive, prestazioni programmate dallo specialista che ha già preso in carico il paziente, prestazioni inserite in programmi di screening ,ecc.

L'azienda a partire da Gennaio 2015 si è trovata in difficoltà ad erogare alcuni prestazioni specialistiche a causa della diminuzione del personale medico operante nelle strutture di competenza. In particolare si segnala una vera e propria emergenza strutturale nelle seguenti specialità: Cardiologia, Dermatologia, Oculistica, Ortopedia e Pneumologia.

Infine si rammenta che nel corso dell'anno vengono espletati di sistema dodici monitoraggi aziendali (1° martedì lavorativo del mese) 2 monitoraggi nazionali (prima settimana del mese di Aprile e Ottobre) e alcuni monitoraggi supplementari regionali (1 nel 2015 e 4 nel 2016).

Tutti questi monitoraggi hanno evidenziato un progressivo trend negativo (aumento del tempo attesa) soprattutto per le specializzazioni sopra elencate.

## **13 OBIETTIVI DI ATTIVITÀ DELL'ESERCIZIO 2016**

Le attività relative agli obiettivi di budget e di PAL assegnati nel 2016 sono state svolte.

La rendicontazione degli obiettivi di PAL assegnati è stata trasmessa all'Assessorato alla Sanità, Salute e Politiche Sociali con atti diversi, coerenti con le differenti tempistiche previste dagli obiettivi regionali.

Gli obiettivi aziendali assegnati sono i seguenti:

- miglioramento appropriatezza prescrittiva di farmaci (a parità di contratto con MAP): sono proseguiti i contatti/colloqui individuali e di gruppo con i Medici di Assistenza Primaria (MAP) sulle classi farmacologiche negoziate con la Direzione Generale: dati consolidati indicano un evidente trend di miglioramento prescrittivo per tutte le classi di farmaci sopracitate e una stima di risparmio sulla spesa farmaceutica 2016 correlata al solo mutamento delle consuetudini prescrittive dei medici (indipendentemente dalla riduzione del prezzo dei farmaci) stimata dalla S.C. Farmacia in oltre 400.000 euro.
- Miglioramento appropriatezza prescrittiva (a parità di contratto con MAP): sono proseguiti i contatti/colloqui individuali con MAP su appropriatezza prescrittiva in radiologia (TAC, RMN, Eco Addome), prestazioni fisioterapiche erogate nei centri convenzionati, visite specialistiche (Ginecologia, Endocrinologia, Pneumologia e diabetologia); In particolare l'appropriatezza è stata valutata come appropriatezza formale (presenza di quesito clinico e codice di priorità), appropriatezza sostanziale (presenza di quesito esauriente e coerente con l'indagine e appropriatezza del codice di priorità), valutazione complessiva da parte dell'erogatore.
- Riduzione consumi prestazioni ambulatoriali.
- Attivazione Ambulatori di Medicina Primaria ad accesso diretto H6 nelle sedi di Morgex, Aosta, Chatillon e Donnas.
- Riorganizzazione delle cure domiciliari (ADI-CP, ADI, ADP e ADR) con riferimento all'integrazione dei servizi (segnatamente rete cure palliative aziendale e LILT) e a standard quantitativi prestazionali
- Regolamentazione attività di prenotazione ed effettuazione prestazioni ambulatoriali gestite da CUP
- Revisione del percorso della Gravidanza Fisiologica con attenzione alla semplificazione degli aspetti burocratici (es. modalità di prescrizione degli esami).
- Promozione di stili di vita in collaborazione col Dipartimento di Prevenzione e del Dipartimento Materno-Infantile (progetto "Passi", Progetto "Nati per Leggere", progetto "Okkio alla Salute").
- Promozione attivazione FSE con apertura sportelli distrettuali aggiuntivi a Morgex, Donnas.
- Semplificazione delle modalità di scelta/revoca da parte del Cittadino (scelta-revoca on-line via FSE).
- Informatizzazione cartella UVMD.
- Semplificazione per il cittadino delle attività recupero crediti.

Gli obiettivi aziendali relativi all'anno 2016, codificati in obiettivi misurabili per mezzo di definizione dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori sono stati declinati, a livello di dipartimento/struttura, nell'ambito della deliberazione del direttore generale n. 602 del 31/05/2016 "adozione schede contenenti obiettivi della performance anno 2016 all'interno del piano triennale 2014-2016".

Anche nel 2016, oltre agli obiettivi aziendali di cui sopra sono stati assegnati obiettivi aggiuntivi quali-quantitativi finalizzati all'erogazione delle Risorse Aggiuntive Regionali destinate al trattamento accessorio del personale dipendente dell'Azienda USL. La quantificazione di tali risorse, per gli anni 2015-2017, è stata definita dalla Legge finanziaria regionale riferita al triennio in questione e confermata con DGR 136/2016; gli obiettivi sopra citati sono stati formalizzati con deliberazione del Direttore Generale n. 951 del 10/10/2016;

Gli obiettivi RAR, come previsto dalla linee guida regionali (DGR 182 del 13/02/2015), hanno riguardato, prioritariamente, obiettivi di attività (riduzione tempi attesa, riduzione mobilità passiva) e di riorganizzazione (dipartimentalizzazione risorse, screening mammografico, pronto soccorso).

Per quanto concerne lo stato dell'arte, tutti gli obiettivi sono stati rendicontati e l'OIVP (Organismo Indipendente di Valutazione della Performance), alla data odierna, sta procedendo alla valutazione del raggiungimento degli stessi

## 13.1 Prevenzione

### 14 DATI DI ATTIVITÀ

L'attività di prevenzione viene erogata sul territorio valdostano mediante le strutture del dipartimento di prevenzione, mentre gli screening oncologici sono gestiti da strutture afferenti all'Area Ospedaliera.

Nel presente paragrafo tale attività verrà descritta secondo la seguente struttura:

- ATTIVITA' CERTIFICATIVE E DI VIGILANZA
- VACCINAZIONI
- SCREENING
- STUDI DI SORVEGLIANZA E PROMOZIONE DELLA SALUTE
- ATTIVITA' PER LA SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO
- IL MONDO ANIMALE E LA SICUREZZA ALIMENTARE – IL PRIC (Piano regionale integrato dei controlli)

Sono elencati i dati di esercizio del 2016 (quando disponibili), in quantità assoluta o rapportati agli anni precedenti. Laddove possibile i dati sono anche confrontati con il livello programmato.

#### ATTIVITA' CERTIFICATIVE E DI VIGILANZA

Per quanto riguarda l'attività certificativa si è registrato, nel corso degli anni, un decremento prestazionale (con la sola eccezione dell'ambulatorio di medicina dello sport) legato all'entrata in vigore di una legge regionale (la n° 13/2013) in materia di semplificazione amministrativa con la quale sono stati aboliti certificati obsoleti di natura igienistica, medico-legale e veterinaria.

Di seguito l'attività viene rappresentata per le Strutture Medicina Legale ed Igiene e Sanità Pubblica, rimandando la parte Veterinaria ad apposito paragrafo.

#### S.C. Medicina Legale

DESCRIZIONE	2016	2015	2014	2013	2012
VISITE FISCALI	3316	3401	3571	4161	5019
ATTIVITA' AMBULATORIALE	518	677	1032	959	912
MEDICINA NECROSCOPICA	1430	1269	1204	992	1071
PATENTI DI GUIDA	2270	2555	2077	2528	2649
MEDICINA DELLO SPORT	4208	3574	3633	3184	2210

#### S.C. Igiene e Sanità Pubblica

DESCRIZIONE	Anno 2016	Anno 2015	Anno 2014	Anno 2013
partecipazione a riunioni - gruppi di lavoro, ecc.	1411	1953	1448	1343
pareri sanitari - nulla osta per rilascio di autorizzazione : estetisti, piercing e tatuaggi	41	26	16	11
pareri sanitari / nulla-osta per rilascio autorizzazione settore ricettivo :alberghi, campings, rifugi, ecc. .	59	46	36	59
sopralluoghi ai fini licenza pubblico esercizio (settore v. 010.2 escluso primo sopralluogo che rientra in autorizzazioni sanitarie rilasciate).	92	80	71	88
pareri sanitari - nulla osta rilasciati per apertura attività parrucchieri e barbieri.	20	8	5	4
Certificazioni carri funebri	1	0	0	0
visite necroscopiche e certificazione di decesso	410	446	491	484
certificaz. Cremazione (eventuale integrazione a certificazione di decesso)	192	185	181	176
Richiesta seppellimento feto o prodotto abortivo	0	1	1	1
notifiche malattie infettive	288	134	85	117
certificati di vaccinazione	1554	656	759	878
vaccinazioni effettuate (per numero di accessi < 16 a.)	6327	6646	8109	8485
vaccinazioni effettuate tetano-epatiteB, richiami, > 16 a. + vacc. Internazionali, ecc.	4198	3893	3968	3833
vaccinazioni influenza effettuate	457	546	447	601
test di Mantoux	5			

DESCRIZIONE	Anno 2016	Anno 2015	Anno 2014	Anno 2013
indagini epidemiologiche effettuate	69	82	151	122
indagini epidemiologiche effettuate- scheda sorveglianza legionella	1	0	0	0
indagini epidemiologiche effettuate - malaria	1	0	0	0
sorveglianza sanitaria migranti(numero di prime visite)	501	0	0	0
sorveglianza sanitaria migranti (per numero accertamenti/esami)	213	0	0	0
accertamenti sanitari (esami richiesti o effettuati per indagini epidemiologiche o valutazione immunità vaccinale).	114	208	238	278
vaccinazioni registrate (per numero di accessi)	13992	30670	34791	48059
Inadempienze vaccinali	18	14	40	24
esami progetti	600	683	1008	1331
verifiche preventive su esposizione al radon negli ambienti di lavoro		6	9	0
pareri preventivi strutture igiene edilizia	338	346	493	513
pareri su acquedotti	9	4	7	6
pareri su altre opere pubbliche di competenza del Direttore	3	7	11	33
certificazione alloggi (salubrità, insalubrità, adeguatezza, etc)	4	10	18	35
pareri edilizia cimiteriale più area di rispetto	1	3	4	6
sopralluogo per verifica agibilità (preventivo)	10	14	8	24
sopralluoghi igiene abitato su richiesta (per infestazioni insetti, igiene pubblica, ecc.)	45	49	67	78
sopralluoghi igiene abitato senza richiesta (ispettivo)	9	4	11	15
emissioni ed odori insalubri e/o infestazioni moleste	2	3	3	2
rilascio pareri per insediamenti industriali - nuovi insediamenti	2	2	2	2
rilascio pareri per insediamenti industriali - piani bonifica	2	44	15	0
rilascio pareri per industrie insalubri	1	28	4	5
rilascio pareri per industrie a rischio rilevante	1	0	5	14
pareri su progetti realizzazione impianti di depurazione acque e collettori fognari	1	0	0	0
pareri su progetti per realizzazione di impianti di smaltimento e recupero rifiuti	0	1	5	1
pareri per rilascio autorizzazione allo scarico di acque reflue civili (domestiche assimilate)	23	36	138	305
pareri per rilascio autorizzazione allo scarico di acque reflue produttive (industriali)	31	17	33	86
indagini effettuate sulla salute delle persone a seguito di inquinamento delle falde acquifere	0	0	3	0
inquinamento atmosferico (emissioni ambientali) radon, elettrosmog, rumore, odori molesti	3	1	4	5
Vigilanza suolo- sopralluogo concimaie	1			
pareri per balneazione	132	134	83	129
Pareri acque minerali e termali	3	0	1	0
Ispezioni presso struttura Carceraria	0	0	1	3
cert. sana e robusta costituz.(idoneità generica in P.A.) - legge 68/1999 - tempi di reazione	1	2	15	321
	844	934	1016	1063
altre certificazioni Medico Legali (ammissione in Comunità Asili nido, esonero educazione fisica, pisteurs securistes, maestri sci, fochini, badanti, conduttori caldaie vapore, VV.FF. volontari ecc.).	468	1309	542	1047
patenti	7037	7382	7894	8734
patenti –inviato commissione patenti	1			
certificazione di impossibilità fisica ad esprimere il voto (accompagnamento al seggio)	6	8	1	32
certificazioni per identità porto d'armi,detenzione acquisto armi e/o esplosivi	160	0	0	0
accertamenti sanitari - a - (visite/certificaz.minori ed apprendisti)	1	8	0	175
accertamenti sanitari - prelievi emato-chimici (Medicina del Lavoro)	1655	1701	1841	923
accertamenti sanitari - spirometrie (Medicina del Lavoro)	2097	2051	2135	1948
accertamenti sanitari - visite invalidi civili	647	639	585	290
accertamenti sanitari - visitotest	202	185	160	182
accertamenti sanitari - visite anticipo/posticipo maternità	7	9	17	18
accertamenti sanitari - (revisione cartelle mesoteliomi Med. Lav.)	3	6	2	2
accertamenti sanitari - (idoneità lavorative)	1458	1553	1524	1584
accertamenti sanitari - (esami richiesti per certificati relativi alle attività medico legali A1SC150)	2	74	86	86



DESCRIZIONE	Anno 2016	Anno 2015	Anno 2014	Anno 2013
accertamenti sanitari - (esami richiesti per attività A1SC170)	2	19	18	37
accertamenti sanitari - c -(denunce malattie prof. Med. Lav.)	3(mesoteliomi)	0	16	0
accertamenti sanitari - audiometrie (Medicina del Lavoro)	723	616	594	695
accertamenti sanitari - elettrocardiogrammi (Medicina del Lavoro)	1812	1815	1819	1746
autorizzazioni e nulla osta su arti e professioni (studi, ambulatori, ecc.)	34	15	6	10
autorizzazioni e accreditamento strutture sanitarie - socio-sanitarie - socio assistenziali (direttore UB)	40	31	29	36
ispezioni e sorveglianza sanitaria ambulatori e strutture complesse (Direttore UB)	7	55	1	3
Ispezioni e sorveglianza sanitaria ambulatori strutture complesse (Direttore SC) Farmacie	20			
sopralluoghi finalizzati al rilascio di autorizzazioni di cui al punto .2	3	14	34	29
Controlli attività barbiere, parrucchiere, estetista, tatuaggi, piercing, massaggi, etc.	4	1	7	7
Controlli strutture ricettive quali case per ferie, campeggi, hotels, rifugi, B.&B., agriturismo, etc.	5	3	3	11
commissione di vigilanza (pubblico spettacolo, etc.)	40	24	40	52
commissione di vigilanza Farmacie	1			
educazione sanitaria e medicina scolastica	136	20	135	210
promozione sanitaria	287	283	282	293
info	3383	2966	3269	2936
certificato medico Voto a domicilio –	1			
Certificazione di impossibilità fisica ad esprimere voto (accompagnamento al seggio)	6	0	0	0
partecipazione a riunioni istituzionali definizione delle strategie regionali	928	412	235	147
inquinamento indoor (radon, elettrosmog, rumore, microclima - in luoghi chiusi)	1	0	0	2
collaudi pompe di benzina	29	4	0	6
sopralluoghi ispettivi sui siti inquinati - DM 471/99 - (caratterizzazioni)	0	0	0	1
pareri su progetti di impianti di depurazione acque e collettori fognari	1	1	0	2
Igiene ambientale ispezioni	1	0	0	2
vigilanza suolo - sopralluogo concimaie	2	0	0	5
accertamenti sanitari - d - rilascio/rinnovo patentini per gas tossici	0	5	0	8
accertamenti sanitari - (idoneità VFV)	0	0	0	4
accertamenti sanitari (esami richiesti per attività A1SC010)		0	0	0
epidemie varie in stati esteri	0	0	0	0
schede di idoneità ammissione in collettività (colonie)	0	0	0	0
Controlli strutture ricettive quali case per ferie, campeggi, hotels, rifugi, B.&B., agriturismo, etc.	5	2	0	0
Vigilanza suolo ispezioni	0	0	0	0
Attività sistemi sorveglianza( PASSI; PASSI d'ARGENTO ecc.)	9	0	0	0
Attività registro malattie rare	87	0	0	0
Attività registro tumori	3074	0	0	0
<b>Totali</b>	<b>56418</b>	<b>69134</b>	<b>75086</b>	<b>89837</b>

## VACCINAZIONI

L'obiettivo generale del PNPV 2012 – 2014 si propone di armonizzare le strategie vaccinali in atto nel nostro paese, al fine di garantire equità nella prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione, superando ritardi e insufficienze e assicurando parità di accesso alle prestazioni vaccinali da parte di tutti i cittadini.

Sono stati ridefiniti gli obiettivi per pneumococco, meningococco C ed HPV infatti il Piano prevede:

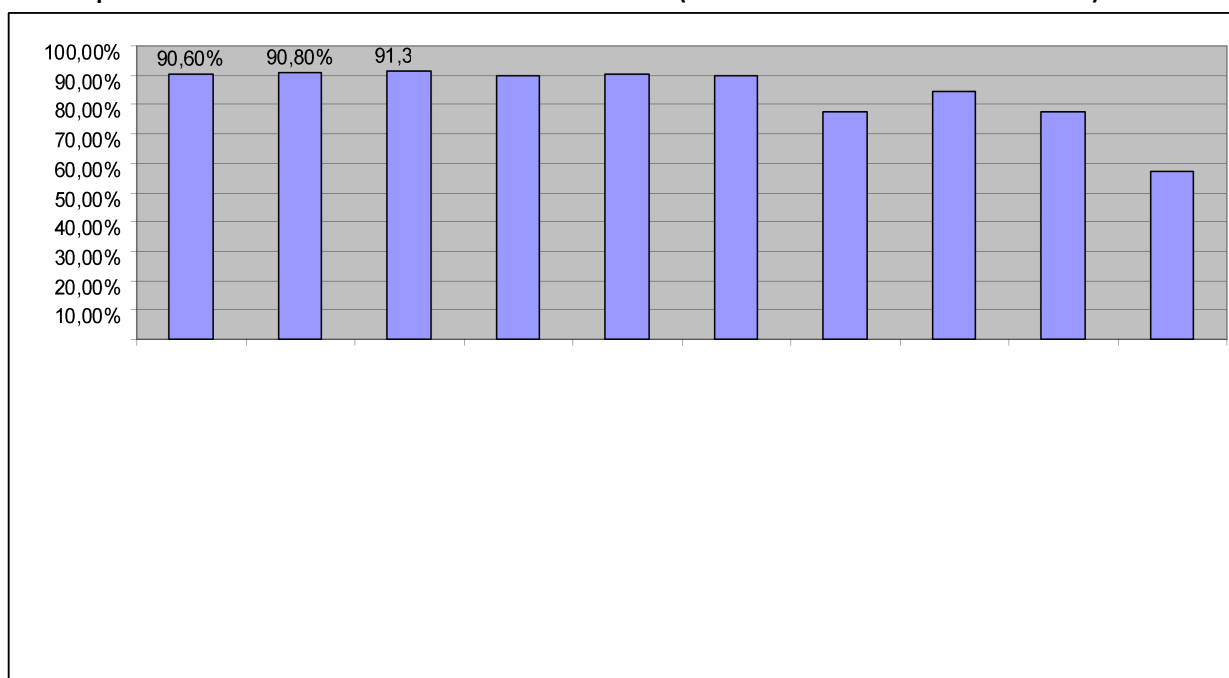
VACCINAZIONE	TARGET
anti HPV (papilloma virus)	copertura di almeno il 70% per le dodicenni a partire dalla coorte del 2001, 80% coorte 2002, 95% coorte 2003
antimeningococco di tipo C nei nuovi nati e negli adolescenti	raggiungimento e mantenimento di coperture $\geq$ 95%
antipneumococcica nei nuovi nati	raggiungimento e mantenimento di coperture $\geq$ 95%, nonché nei soggetti a rischio.

In Valle d'Aosta, al 31/12/2015, come si può evincere dal Grafico sottostante, le coperture vaccinali per le vaccinazioni contro difterite, tetano, pertosse, poliomielite ed epatite B risultano più che soddisfacenti, con valori che si mantengono stabilmente al di sopra del 90% entro i due anni di età. Anche la copertura vaccinale per Haemophilus influenzae tipo b (Hib) si sta lentamente allineando alle altre vaccinazioni comprese nel vaccino esavalente (difterite, tetano, pertosse, poliomielite, epatite B, Hib). Si evidenziano negli ultimi anni lievi flessioni nella copertura per alcune malattie come Morbillo, Parotite e Rosolia. La vaccinazione antipneumococcica e antimeningococcica sono state introdotte, gratuitamente e con chiamata attiva già alla fine dell'anno 2006, si è raggiunto un livello di copertura vaccinale elevato, anche se inferiore al 95%, soglia necessaria per raggiungere l'obiettivo previsto dal PNPV 2012-2014.

La vaccinazione anti-HPV, considerata una novità dal PNPV 2012-2014, in Valle d'Aosta è stata introdotta già alla fine del 2007 con la chiamata attiva delle ragazze appartenenti alla coorte di nascita 1997; negli ultimi anni si è evidenziata come per la vaccinazione anti MPR una lieve flessione nella copertura. Le vaccinazioni offerte attivamente coprono già l'ambito delle priorità di prevenzione vaccinale per la popolazione della nostra Regione.

E' presente, così come in passato, il fenomeno della mancata o incompleta vaccinazione dei bambini (soprattutto legato al rifiuto da parte dei genitori). Anche nel 2016 sono stati organizzati incontri con i genitori per tentare un recupero dei bambini non vaccinati.

**Tassi di copertura vaccinale principali vaccinazioni. Valle d'Aosta 2015 - Ultima rilevazione disponibile poiché i dati 2016 sono ancora in fase di elaborazione (Ufficio vaccinazioni SC Sanità Pubblica)**



Nel 2016 sono state effettuate le seguenti prestazioni:

PRESTAZIONI	N°
vaccinazioni effettuate (per numero di accessi < 16 a.)	6327
vaccinazioni effettuate tetano-epatiteB, richiami, > 16 a. + vacc. Internazionali, ecc.	4198
vaccinazioni influenza effettuate	457
indagini epidemiologiche effettuate	69
accertamenti sanitari (esami richiesti o effettuati per indagini epidemiologiche o valutazione immunità vaccinale).	114
vaccinazioni registrate (per numero di somministrazioni)	13992
Inadempienze vaccinali	18

## SCREENING

Gli screening oncologici sono gestiti da strutture afferenti all'Area Ospedaliera ma vengono qui trattati in quanto inseriti nei LEA dell'Area della Prevenzione (ed i loro costi inseriti nella quota di ripartizione dell'Area stessa).

Sul piano generale l'obiettivo principale dello screening è quello di ridurre la mortalità causata dalla malattia nella popolazione che si sottopone al test e secondariamente di consentire l'applicazione di tecniche chirurgiche e mediche il più possibile conservative ed accettabili.

Attualmente i test di screening oncologico attivi sono:

1. lo screening per individuare le lesioni del collo dell'utero;
2. lo screening per individuare i tumori del seno;
3. lo screening per individuare i tumori del colon retto.

I dati preliminari degli screening 2016 saranno disponibili entro giugno 2017, mentre quelli definitivi sono attesi per dicembre 2017.

I dati 2015 sono completi (a questi si fa riferimento di seguito) e disponibili sul sito aziendale.

Nel 2016 è stato assegnato un obiettivo di PAL che modifica sostanzialmente l'organizzazione delle attività attraverso la redazione di linee guida, l'istituzione di centri di costo, una diversa programmazione. Gli effetti di tali innovazioni, sperimentate a partire dal secondo semestre 2016 (per gli screening femminili addirittura a partire dal 1 dicembre 2016) saranno valutabili solo a partire dall'esercizio 2017.

### **Screening del cancro della cervice uterina: pap test**

Lo screening del cancro della cervice uterina, tramite Pap test, è quello attivo da più tempo per le donne nella fascia d'età 25-64 anni.

Nel corso del 2015 sono state invitate complessivamente 11.154 donne di cui 10.815 in età 25-64. La popolazione Istat al 1.1.2015 è composta di 35.133 donne in età 25-64 da invitare nel triennio. Considerato l'intervallo triennale del test di screening la popolazione di riferimento annuale è pari a 11.709 persone.

La proporzione di donne invitate è quindi del 94.1 % e considerando tutte le invitate al programma indipendentemente dall'età sale al 97.1%.

Tra le 11.154 invitate 897 (8.0%) erano al primo round di screening, buona parte di queste appartenenti alle fasce d'età più giovani (587 sotto i 30 anni).

Il 21% delle donne invitate si trovava al 5° round di screening ed il 36% al 6° round.

L'attività di invito si colloca mediamente su 940 invitate/mese ed è compresa tra il minimo di agosto (652 invitate) e il massimo di marzo e ottobre (1212 e 1211 invitate rispettivamente).

Tra le donne invitate nel corso del 2015, le aderenti all'invito, considerate tali se avevano effettuato il test entro aprile 2016, sono state 7.022.

La proporzione di partecipazione è pari complessivamente al 62.9 %. Se considerano solo le donne rigorosamente in fascia 25-64 anni si è al 63.3%

La partecipazione è lievemente più elevata nel primo semestre (68.2%) rispetto al secondo. (57.0%).

La proporzione di partecipazione ha registrato il suo massimo a febbraio 2015 (76.5%) ed il minimo ad agosto (42.9%).

### **Screening del cancro della mammella**

La popolazione bersaglio della Regione Valle d'Aosta, in fascia d'età 50-69, è costituita (dati ISTAT aggiornati al 1° gennaio 2012) da 16.185 donne alle quali sono da aggiungere 5274 donne di età compresa tra 45 e 49 anni. La popolazione bersaglio è stata interamente invitata.

La copertura degli inviti anche nel 2015 è stata ottima. L'adesione è leggermente calata al 66%, e si mantiene superiore nel Centro fisso rispetto all'Unità mobile. Questo aspetto merita un approfondimento.

Gli standard per i tempi di refertazione raccomandati non vengono raggiunti dal secondo semestre 2011, e si sono ulteriormente allungati progressivamente allungati.

La proporzione di richiami per gli esami successivi è nel 2015 leggermente superiore agli standard fissati dal GISMa.

Il ritmo elevato di inviti permane nel 2015 consentendo di raggiungere una copertura del 28.8% nel primo semestre (target  $\geq$  25%), quindi si normalizza nel secondo semestre in modo che la copertura complessiva del 2015 (51.2%) raggiunge perfettamente il target (50% su base annuale, che corrisponde al 100% in considerazione dell'intervallo biennale degli inviti). Nel complesso il numero di inviti è aumentato notevolmente nel 2014 (9342) rispetto al 2013 (8681) e si è mantenuto stabile nel 2015 (8965).

L'adesione grezza nel 2015 è leggermente calata rispetto all'anno precedente (dal 70.7% al 66.1%), L'adesione al Centro fisso (67.3%), come in passato, è superiore a quella dell'Unità mobile (63.1%) per quanto riguarda gli esami successivi al primo.

## Screening dei tumori del colon retto

Il carcinoma del colon retto in Italia rappresenta la seconda neoplasia per incidenza e mortalità dopo il tumore del polmone tra gli uomini e dopo quello della mammella tra le donne. In Vale d'Aosta il programma di screening del cancro del colon retto consiste nel sottoporre la popolazione generale (uomini e donne), compresa nelle fasce di età 50-74 anni, ad un test (ricerca del sangue occulto nelle feci), seguito dalla colonscopia nei soggetti positivi (circa il 5%).

La popolazione bersaglio è stata interamente coperta dal programma nell'arco dei due anni previsti dal protocollo di screening nei 5 round di screening finora completati (2006-2008, 2008-2010, 2010-2012, 2012-2014 e 2014-2016). Le verifiche effettuate sull'anagrafica regionale screening e le modifiche introdotte sull'applicativo gestionale hanno permesso di chiarire le discrepanze tra l'anagrafica regionale degli assistiti e l'anagrafica dei residenti.

L'adesione al primo invito e agli inviti successivi si colloca su livelli elevati, con indicazione di una buona fidelizzazione al programma, considerando che la proporzione di aderenti tra le persone con precedenti esami sfiora il 90%.

L'adesione alla colonscopia di approfondimento è elevata (89%-93%) con una quota di esami completi superiore al 90%

Il tempo di refertazione dei campioni si mantiene entro lo standard indicato come desiderabile dal Gruppo Italiano Screening tumori Colo-Rettali (GISCoR) e lo stesso trend si rileva sull'ultimo periodo analizzato (anno 2015). I tempi di attesa per l'effettuazione della colonscopia di approfondimenti nei soggetti positivi, che si erano ridotti nel terzo round regionale, quando quasi l'80% delle persone con FIT positivo aveva effettuato la colonscopia di approfondimento entro un mese dall'esito del test di screening, mostrano negli ultimi due anni e mezzo una netta tendenza all'aumento, oltre i livelli indicati come accettabili dal GISCoR: solo il 77% dei soggetti positivi ha effettuato l'esame entro 60 giorni dalla comunicazione dell'esito nel IV round regionale e la percentuale scende al 24% e al 14% negli ultimi due semestri.

Per quanto riguarda gli indicatori di processo, tutti rientrano nei limiti del livello accettabile degli specifici standard suggeriti dal GISCOR.

### Popolazione bersaglio V round

All'avvio del quinto round (2014-2016) la popolazione bersaglio, in fascia d'età 50-74 anni, era costituita da 41.168 persone, 20.325 donne e 20.843 uomini. Alla fine di Aprile 2016 erano state invitate 36.114 persone su 38.288 persone eleggibili.

Età	Popolazione bersaglio: Uomini	Popolazione bersaglio: Donne	Popolazione bersaglio totale	N° persone escluse per precedente positivo	N° persone escluse prima dell'invito
<b>50-54</b>	5134	5053	<b>10187</b>	358	244
<b>55-59</b>	4260	4416	<b>8676</b>	342	171
<b>60-64</b>	3984	4020	<b>8004</b>	388	189
<b>65-69</b>	3698	3897	<b>7595</b>	392	199
<b>70+</b>	3249	3457	<b>6706</b>	391	206
<b>Totale</b>	20325	20843	<b>41168</b>	1871	1009

## STUDI DI SORVEGLIANZA E PROMOZIONE DELLA SALUTE

La S.C. Igiene e Sanità Pubblica partecipa ai Sistemi di Sorveglianza **PASSI** (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia: 18-69 anni), dal 2007 ad oggi, e **PASSI d'Argento** (ultra 65enni), dal 2009.

Attività PASSI (annuale)	2016
Interviste effettuate	302
Report prodotti	0
Incontri – <i>Advocacy stakeholder</i>	0
Eventi pubblici	0
Partecipazione incontri nazionali	1

Attività PASSI d'Argento (triennale)	2016
Interviste effettuate	0
Report	0
Nr. Incontri – <i>Advocacy stakeholder</i>	20
Eventi pubblici	1
Partecipazione incontri nazionali	4

I dati di PASSI 2016 non sono ancora disponibili perché si attende il rilascio delle matrici per l'elaborazione dati da parte dell'Istituto Superiore di Sanità.

Per quanto riguarda PASSI d'ARGENTO nel 2016 non erano previste interviste o report ma si è partecipato a incontri nazionali e ad eventi pubblici (la referente regionale) e sono stati fatti incontri con portatori di interesse (es. Medici di medicina generale, specialisti).

Nel corso dell'anno 2016 il Dipartimento, soprattutto la S.C. SISP, ha partecipato ai seguenti progetti, nel duplice ruolo di partner e promotore:

Attività Promozione Salute	2016
Progetti rivolti alle scuole	1
Progetti rivolti ad altri <i>target</i>	4
Nr. Incontri – <i>Advocacy stakeholder</i>	50
Corsi di formazione organizzati	5
Partecipazione a incontri (nr.) nazionali	30
Allestimento materiale didattico/informativo/valutativo (nr. ore)	1000

Relativamente ai **Programmi di intervento per una sana alimentazione** di seguito vengono rappresentati i più significativi realizzati da parte del SIAN.

Attività	Descrizione
<b>Interventi nutrizionali per la ristorazione collettiva</b>	Al 31/12/2016, in riscontro a richieste di valutazione di dietetici ai fini del visto di approvazione, consulenza sui capitolati, formulazione di diete speciali, etc., sono stati emessi dalla SC Igiene della Nutrizione <b>n. 23 documenti</b> . E' stata assicurata la consulenza e supporto alla Commissione Mensa del Comune di Aosta su tematiche nutrizionali e di sicurezza alimentare.
<b>Controlli nelle mense collettive</b>	Nel 2016 sono state sottoposte a controllo chimico – bromatologico i pasti completi di <b>n.43 mense scolastiche</b>
<b>Allergie ed intolleranze alimentari: Celiachia</b>	Nel corso del 2016 sono stati effettuati <b>n.3 moduli formativi</b> rivolti a ristoratori ed albergatori che hanno interessato circa 90 operatori. Inoltre nell'ambito del "Progetto Regionale di miglioramento dell'alimentazione dei celiaci" tramite l'utilizzo di fondi statali finalizzati per la tutela dei soggetti celiaci – art. 4 e 5 della legge n° 123 del 4 luglio 2005., sono state monitorate <b>18 mense scolastiche</b> e ben <b>54 operatori della ristorazione collettiva</b> sono stati formati. Sono stati effettuati anche <b>3 incontri formativi sulla celiachia</b> rivolti agli studenti frequentanti l'Istituto Alberghiero
<b>Ambulatorio di prevenzione nutrizionale</b>	E' proseguita nel corso del 2016 l'attività dell' Ambulatorio di Prevenzione e Consulenza Nutrizionale per Adulti, a supporto del MMG o altri specialisti (diabetologo, ginecologo, nefrologo, fisiatra, ortopedico...) per la consulenza nutrizionale per utenti della fascia d'età adulta, con un volume di attività pari a <b>251 accessi</b> , comprensivi di prime visite e controlli.
<b>Incontri formativi su tematiche nutrizionali</b>	Nell'ambito della sorveglianza e prevenzione nutrizionale i LEA prevedono attività di formazione/informazione destinate a gruppi di popolazione definiti. Nel 2016 sono stati realizzati <b>n° 8 incontri con finalità formativa /informativa</b> destinati a operatori degli asili nido riguardanti diverse tematiche tra cui la comunicazione dei dati di sorveglianza Okkio alla salute, la promozione della dieta mediterranea, di corretti stili di vita e sane abitudini alimentare.

### **PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2016-2020**

La Delibera di Giunta regionale n° 1981 del 30 dicembre 2015 ha recepito l'accordo Stato-Regioni del settembre del 2014 e formalizzato la struttura del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2016-2018.

La delibera precisava che il recepimento del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 (PNP) impegnava le Regioni, e a cascata tutte le Aziende Sanitarie, a rispettare gli interventi e i criteri dei macro-obiettivi e delle azioni centrali che lo stesso elenca.

Le priorità di intervento dei macro-obiettivi stabilivano 1) di ridurre il carico di malattia, 2) di investire sul benessere dei giovani, 3) di rafforzare e confermare il patrimonio comune di pratiche preventive, 4) di rafforzare e mettere a sistema l'attenzione verso gruppi fragili, 5) di considerare l'individuo e le popolazioni in rapporto al proprio ambiente, seguendo criteri di valore strategico quali rilevanza, coerenza, governance, stewardship.

Le novità di questo approccio strategico riguardano una sistematica attenzione alla intersettorialità, al miglioramento della qualità dei servizi e della governance, alla promozione ed allo sviluppo dell'utilizzo di valutazioni quantitative.

Operativamente è stato deciso, partendo da un'analisi di contesto socioeconomico e demografico, di individuare sei linee strategiche di programma caratterizzanti il PRP sono:

- a) rete di scuole che promuovono salute;
- b) comunità che promuove salute;
- c) azienda sanitaria che promuove salute;
- d) sicurezza alimentare sanità pubblica veterinaria;
- e) salute, benessere e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- f) ambiente e salute, rivolto agli ambienti di vita.

Ogni programma prevedeva un rationale (analisi di contesto); la declinazione di obiettivi strategici; una o più banche dati di riferimento; l'elenco dei portatori di interessi; una cronologia operativa per il triennio 2016-2018 – più dettagliata per il 2016, da rivalutare per gli anni a venire sulla base della cronologia dei singoli progetti.

Tali cronoprogrammi sono stati suddivisi -per il 2016- in trimestri (con l'eccezione del setting scuola, visto che le attività scolastiche sono articolate in quadrimestri) e prevedevano per il primo periodo la mappatura dei progetti esistenti, il coinvolgimento dei portatori d'interesse, la formalizzazione di gruppi territoriali, l'individuazione delle priorità, la formazione dei soggetti che lavoreranno ai singoli progetti e la nomina dei referenti per ogni linea di azione.

#### **Attività svolte**

Nel primo semestre sono state programmate e sviluppate le seguenti attività: Il primo atto formale del Piano Regionale della Prevenzione 2016-2018 è stato quello di deliberare (deliberazione direttore generale n° 1160 del 4 dicembre 2015) il gruppo tecnico di staff al coordinatore del Piano così come previsto dalla DGR 1981/2015. Tale gruppo aveva le funzioni di redigere la proposta delle azioni di Piano, coordinamento e attuazione delle stesse, monitoraggio degli obiettivi da raggiungere era costituito da tre dirigenti medici del dipartimento di prevenzione dell'azienda Usl con esperienza in progettazione e promozione della salute, da un dirigente medico veterinario esperto in epidemiologia, da un rappresentante dell'area ospedaliera, dell'area territoriale, da una dipendente aziendale afferente alla S.C. Comunicazione, dal referente della Rete Regionale HPH.

Il gruppo si è riunito due volte: la prima volta in data 29 gennaio 2016 per la disamina puntuale della DGR; la seconda volta il mese successivo, e più precisamente in data 18 febbraio 2016, per discutere le modalità con le quali sviluppare le attività previste nel Piano, ed il ruolo dei membri del nucleo di coordinamento.

Si è concordato di seguire, per la costruzione del PRP, le attività prioritarie identificate nei cronoprogrammi indicati per ciascun setting, definendo per ognuno le strategie operative.

Gli step da affrontare, nel corso del 2016, erano: il contatto/coinvolgimento con i portatori d'interesse, la formalizzazione di gruppi territoriali; la mappatura dei progetti esistenti; l'individuazione delle priorità; la necessità di una formazione continua e qualificata degli operatori di Piano; la progettazione condivisa intersettoriale; la diffusione dei progetti; il monitoraggio e la valutazione degli stessi.

Fondamentali ed urgenti sono state riconosciute le attività di informazione degli stakeholders (ed il loro coinvolgimento), e lo sviluppo di un piano di formazione che nel corso del 2016 consentisse di avere un team di operatori con conoscenze omogenee in tema di progettazione, monitoraggio e valutazione dei singoli progetti.

Il tema della comunicazione è stato affrontato in tempi e modalità operative diverse.

Per quanto riguarda l'informazione all'interno dell'Azienda Sanitaria sono stati realizzati:

- un passaggio in Collegio di Direzione (4/2/2016) per la condivisione dei principi del PRP e la descrizione della sua struttura operativa;
- una comunicazione via e-mail (15/2/2016) a tutti gli operatori aziendali volta a informare gli operatori dell'esistenza del Piano, verificare la disponibilità dei singoli a partecipare alla redazione di linee progettuali, a registrare eventuali progetti già in atto ed in quale ambito;
- un corso per tutti i dipendenti che avrebbero voluto approfondire la tematica dal titolo "Il Piano Regionale della Prevenzione 2016-2018: obiettivi, programmi, progetti" (4/4/2016).

Vi è stato un livello "istituzionale" di informazione: sono stati richiesti -ed ottenuti- incontri con stakeholders strategici per lo sviluppo di alcune linee di attività quali l'Assessore all'Ambiente e Territorio, l'Assessore alle Attività Produttive, i rappresentanti del CELVA, il Questore di Aosta...

Vi è stato infine il coinvolgimento di un gruppo di portatori di interesse più ampio avente scopi diversi: informazione, mappatura dei progetti esistenti, richiesta di partecipazione al percorso di formazione e, a cascata, di progettazione.

Si è tenuta quindi una riunione presso il Dipartimento di Prevenzione (4/4/2016) in cui erano presenti rappresentanti di: LILT Aosta; Polizia di Stato; Piano di Zona; ARPA; Cittadinanzattiva; CSV; UISP; Università della Valle d'Aosta; INAIL; Associazione Famiglie; Cittadella dei giovani; Ministero della Sanità - sede Piemonte e Valle d'Aosta; CELVA, Assessorato Ambiente; Ordine dei Farmacisti.

In questa sede si sono discussi progetti in corso (e modalità di adattarli al Piano), possibili collaborazioni, chiariti dubbi e possibili criticità, ruoli. Nella medesima occasione si è sottolineata l'importanza di partecipare al corso di formazione organizzato in collaborazione con rappresentanti dell'Istituto Superiore di Sanità.

Il corso di formazione, dal titolo "Il Piano Regionale di Prevenzione 2016-2018: tematiche e strumenti condivisi a supporto della Salute", articolato in sei moduli da sviluppare fra il 19 aprile ed il 21 settembre 2016, è diventato di fatto il "core" del sistema.

In questa sede sono stati definiti i referenti dei programmi (formalizzati con nota scritta in data 6/5/2016), costituiti i tavoli tecnici intersettoriali ed i gruppi di lavoro, condiviso le attività già in attuazione, iniziato a lavorare sui progetti sulla base delle regole fissate dal PNP 2014-2018, valutato possibili approcci intersettoriali e multidisciplinari.

Sono state insegnate le regole per la progettazione, per il monitoraggio, per la valutazione dei progetti. Sono stati messi a disposizione strumenti applicativi come il Pro.Sa. (vedasi DGR 1681/2015), e piattaforme informatiche per lo sviluppo di Comunità di Pratica, che consentono di condividere documenti e progetti fra tutti i partecipanti al PRP.

Gli obiettivi generali del corso erano (e sono): acquisire e implementare una metodologia condivisa relativamente alla programmazione e alla stesura di linee progettuali del PRP 2016-2018, basate sui bisogni, sulle priorità di salute, su evidenze di efficacia, sul monitoraggio e sulla valutazione.

Nel secondo semestre l'attività si è concentrata prevalentemente sulle seguenti azioni prioritarie:

la conclusione del percorso di formazione specifica; la progettazione condivisa intersettoriale; la diffusione dei progetti; il monitoraggio e la valutazione degli stessi.

Il percorso formativo è stato completato entro la fine di ottobre 2016 con tre moduli coordinati dal consulente dell'ISS, che ha seguito i discenti nello sviluppo delle azioni afferenti ai sei programmi, focalizzando l'attenzione soprattutto sulla corretta modalità di progettazione (identificare le tappe per la valutazione d'impatto dei programmi; descrivere i principi della valutazione in generale applicata alla pianificazione e in particolare a quella partecipativa, descrivere modelli di riferimento, metodi e tecniche per la valutazione di progresso; descrivere le modalità per ideare e realizzare un piano di valutazione per progetti/interventi già esistenti o in programmazione; identificare le tappe principali e descrivere i contenuti dei termini di riferimento per la valutazione di un programma) al fine di rispettare i criteri stabiliti dall'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2015 (Rep. n. 56/CSR) sul documento "Piano Nazionale per la Prevenzione per gli anni 2014 - 2018, ove sono indicati i criteri per la valutazione e la certificazione dei PRP da parte del Ministero della Salute come prescritto dall'Intesa Stato-Regioni n. 156/CSR del 13.11.2014.

E' stato previsto, sempre nell'ambito del percorso formativo, un modulo dedicato al contrasto alle disuguaglianze, materia trattata dal Prof. G. Costa (past president dell'Associazione Italiana di Epidemiologia ed esperto in materia).

Al termine del percorso formativo sono state quindi perfezionate le attività di progettazione condivisa intersettoriale, valutato i progetti con i principali stakeholders (tramite i referenti di programma ed i partecipanti ai gruppi di lavoro), e redatte le singole azioni.

#### **Lo stato di avanzamento dei programmi:**

è stato discusso a livello aziendale – attraverso un incontro fra la Direzione Strategica e i Direttori di Area; stato presentato al Palazzo Regionale in data 3 novembre 2016 alla presenza dell'Assessore alla Sanità, Salute e Politiche Sociali, e degli Enti o Amministrazioni interessate; è stato presentato, per quanto riguarda il Setting 1 (Scuole che promuovono Salute), nel corso di una conferenza rivolta ai Dirigenti scolastici in data 9 novembre 2016.

Il programma 5 (Salute, benessere e sicurezza nei luoghi di lavoro), come stabilito dalla DGR 1981/2015) è stato presentato in data 28/11/2016 al Comitato regionale di coordinamento in materia di sicurezza e salute sul luogo di lavoro, costituito ai sensi del DPCM 21 dicembre 2007. In tale sede il documento è stato discusso e approvato, con alcune modifiche richieste dai rappresentanti delle Istituzioni presenti.

A supporto dello sviluppo, del monitoraggio e dell'attuazione del PRP 2016-2020 sono state identificate inoltre una serie di azioni centrali regionali.

L'obiettivo generale delle azioni centrali regionali è quello di sostenere lo sviluppo armonioso e sinergico dei programmi per favorirne l'efficacia, assicurarne il monitoraggio e la valutazione del PRP.

Le componenti principali sono di seguito elencate:

- Garantire ed implementare i sistemi informativi, la sorveglianza e il monitoraggio delle condizioni di salute o di malattia della popolazione
- Redigere e vegliare sull'attuazione di accordi intersettoriali
- Costituire e formalizzare tavoli tecnici regionali (gruppi di lavoro regionali), a supporto della realizzazione, del monitoraggio e della valutazione dell'intero Piano e tavoli tematici locali (sottogruppi di lavoro tematici), a supporto dell'attuazione delle azioni che caratterizzano i sei programmi.
- Redigere, implementare e attuare linee di indirizzo regionale sulle specifiche tematiche di salute a favore delle azioni di promozione della salute e di prevenzione.
- Elaborare e attuare un piano di Comunicazione per la salute.
- Garantire attività di supporto, supervisione e formazione al personale sanitario.
- Garantire il monitoraggio continuo e la valutazione dei programmi di promozione della salute e di prevenzione.
- Garantire il mantenimento delle attività relative all'implementazione degli screening e l'attuazione dei nuovi screening.
- Garantire l'implementazione delle vaccinazioni.
- Garantire l'integrazione delle attività per promuovere stili di vita sani.

Per quanto concerne il Piano di monitoraggio e valutazione, lo stesso è stato predisposto secondo le indicazioni fissate dall'Intesa Stato-Regioni n. 156/CRS del 13.11.2014. Tale documento, nell'approvare il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-2018, ha stabilito, tra l'altro, all'art. 1, c. 6, che i criteri per la valutazione e la certificazione dei Piani Regionali di Prevenzione (PRP) sarebbero stati individuati con apposito Accordo Stato-Regioni entro il 31.01.2015.

Tale Accordo Stato-Regioni è stato sancito in data 25.03.2015, Rep. n. 56/CSR. Il documento "Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 – Documento di valutazione" definisce gli obiettivi, i requisiti, i criteri, l'oggetto della valutazione e le regole e la tempistica della certificazione dei PRP.

#### **Il ruolo del Dipartimento di Prevenzione**

Il Dipartimento di Prevenzione ha svolto un ruolo fondamentale nel percorso che ha portato alla realizzazione del PRP: a livello di governance dell'intero processo; nella fase di programmazione della formazione degli esperti; nel supporto continuo ai referenti di programma; nella trasformazione delle idee dei progettisti in documenti redatti secondo i requisiti stabiliti dal PNP 2014-2018 e della DGR 1981 del 30/12/2015; nella delicatissima fase dello sviluppo degli obiettivi centrali regionali; nel corso della revisione e correzione del PRP.

Tutte le Strutture Complesse sono state coinvolte nell'esecuzione del cronoprogramma relativo alle attività previste nel 2016.

Personale di S.C. diverse hanno partecipato alle attività del nucleo in staff al coordinatore del Piano. Alcuni direttori di S.C. hanno svolto il ruolo di referenti di programma (specificamente nei setting 4, 5, e 6); altri dirigenti medici e operatori socio-sanitari hanno partecipato attivamente nella fase di progettazione e sviluppo delle azioni inserite nel documento conclusivo.

#### **ATTIVITA' PER LA SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO**

La S.C. SPRESAL ha svolto nel corso dell'ultimo anno attività istituzionale di vigilanza e controllo così come stabilito dalle normative nazionali e regionali vigenti. Di seguito si riportano i dati 2016 comparati con quelli dell'anno precedente.

TIPO ATTIVITA'	ANNI	
	2015	2016
<b>Attività di Polizia Giudiziaria</b>		
Inchieste infortuni	78	85
Inchieste infortuni brevi	283	280
Inchieste malattie professionali	12	12
Segnalazioni di reato	95	101
Sequestri	2	2
Sanzioni amministrative	7	8
Informative	16	20
<b>Autorizzazioni</b>		
Autorizzazioni artt. 6, 8 e 48/303	19	15
Autorizzazioni amianto	112	105



TIPO ATTIVITA'	ANNI	
	2015	2016
<b>Verifiche tecniche</b>		
<b>Impianti a pressione</b>		
Periodiche annuali	181	176
Prove a caldo	16	8
Visite interne	16	7
Inattivazioni	18	15
Periodiche decennali	8	15
Tarature valvole	92	56
Demolizioni	30	24
Prove idrauliche	20	11
Prove a pressione maggiorata	3	3
Prova del vuoto decennale	4	4
<b>Impianti di riscaldamento</b>		
Periodiche quinquennali	170	124
<b>Impianti di sollevamento</b>		
Autogru	64	64
Gru su autocarro	421	377
Ponti sviluppabili	162	143
Scale aeree	0	3
Gru a cavalletto	1	1
Gru a struttura limitata	34	36
Argani e paranchi	4	5
Gru a ponte	90	80
Gru a torre	90	76
Prove di carico/altri impianti	3	6
<b>Ascensori e montacarichi</b>		
Verifiche biennali	144	169
<b>Impianti Elettrici</b>		
Verifiche biennali/quinquennali	76	66
<b>Sopralluoghi</b>		
Sopralluoghi in ambienti di lavoro	1720	1757
<b>Provvedimenti amministrativi</b>		
Registri infortuni	410	(*)
Provvedimenti astensione anticipata dal lavoro donne gravidanza	445	410

(\*) Dal 23 dicembre 2015 non vige più l'obbligo di tenuta del registro infortuni

Sono stati inoltre definiti, alcuni a livello nazionale, altri in accordo con il Comitato Regionale di Coordinamento sulla Sicurezza del Lavoro, indicatori di attività, che sono stati riassunti nella tabella seguente, e che mostrano il raggiungimento di tutti gli obiettivi stabiliti:

INDICATORI 2016	SOGLIA OBIETTIVO REGIONALE	SOGLIA OBIETTIVO AZIENDALE	VALORE
Numero di aziende INAIL			11023
Numero di aziende da ispezionare	5% (LEA)	Non definito	551
Numero di aziende ispezionate... di cui:	552	Non definito	851
Per verifiche tecniche (escluse le verifiche ai privati)			452
Per vigilanza			399
N. cantieri ispezionati	120	120	177
N. aziende agricole controllate	10	10	36
N. di controlli REACH effettuati	1		1
N. sopralluoghi effettuati	Non previsto		1720
Verbali emessi (prescrizione, amministrativi, sequestri, disposizioni, ecc.)	Non previsto		106
Importo per sanzioni ex D.Lgs 758/94	Non previsto		175634
Importo per sanzioni amministrative	Non previsto		4274
Piani di lavoro/notifiche bonifica amianto valutati	Non previsto		112
Pareri per edilizia civile forniti	Non previsto		161
Indagini per infortuni	Non previsto		78
Indagini per infortuni secondo prot. Procura Generale	Non previsto		283
Indagini per malattie professionali			12

INDICATORI 2016	SOGLIA OBIETTIVO REGIONALE	SOGLIA OBIETTIVO AZIENDALE	VALORE
Sviluppo di progetti di prevenzione (microcomunità e panifici)	2		2

La S.C. SPRESAL ha continuato nel 2016 a svolgere, in accordo con la S.C. SIAN, una attività di informazione/orientamento per privati, professionisti, e società mediante lo Sportello della Prevenzione, attivo presso la sede di Quart.

## **IL MONDO ANIMALE E LA SICUREZZA ALIMENTARE – IL PRIC (Piano regionale integrato dei controlli)**

### **S.C. SANITÀ ANIMALE**

#### **L'ALLEVAMENTO BOVINO IN VALLE D'AOSTA**

La zootecnia rappresenta il comparto di maggior rilievo dell'agricoltura in Valle d'Aosta e, all'interno del comparto. Nel 2016 risultano attivi 1024 allevamenti bovini ed 491 ovi-caprini. Si conferma il primato dell'allevamento bovino nel quale si evidenzia però un calo delle aziende e dei capi rispetto al 2000: nei due censimenti successivi dell'agricoltura avvenuti nel 2000 e 2010 si passa dalle 1.586 aziende con allevamenti bovini alle 1.176 (riduzione del 26%) e dai 38.888 capi ai 32.953; si tratta pressoché esclusivamente di capi di razze autoctone (Valdostana Pezzata Rossa, Valdostana Pezzata Nera e Castana). Meno rilevanti i numeri dei settori ovino e caprino, anche se è importante osservare come questi allevamenti minori registrino, in controtendenza, una sostanziale tenuta e, anzi, una leggera crescita dal 2000, sia come numero di aziende che come capi.

#### **Patrimonio zootecnico in Valle d'Aosta 2016**

BOVINI	OVINI	CAPRINI	EQUINI
32.233	2.472	4.987	947

#### **Vigilanza ed ispezioni**

Il Piano Regionale Integrato dei Controlli effettuati dalla SC Sanità Animale ha previsto nel corso del 2016 i seguenti interventi:

TIPOLOGIA	N° ALLEVAMENTI	N° CAPI
TUBERCOLOSI BOVINA	1024	32233
TUBERCOLOSI CAPRINA	111	1651
BRUCELLOSI BOVINA	316	6163
BRUCELLOSI OVI-CAPRINA	106	1420
LEUCOSI BOVINA	302	5914
IBR	974	22422
INFLUENZA AVIARIA	6	60
BLUE TONGUE PRELIEVI	114	681
ANEMIA INFETTIVA	51	161
PARATUBERCOLOSI	2	24
BVD	19	31
RICERCA E.COLI 0157 VTEC	5	5 (POOL)

Sono inoltre stati effettuati i seguenti controlli:

TIPOLOGIA	N° CONTROLLI
CONTROLLO VETTORI	100
CONTROLLO VETTORI	128
CONTROLLI ANAGRAFICI OVICAPRINI	106 (corrispondono a quelli del monitoraggio BRC)
CONTROLLI ANAGRAFICI ANIMALI DA COMPAGNIA	18 aziende Zootecniche per 41 cani

In relazione ai Controlli minimi dell'anagrafe del bestiame, secondo quanto riportato sul portale del Ministero i dati riportati in BDN risultano essere i seguenti:

	TOTALE AZIENDE	%
<b>BOVINI</b>	64	6.33
<b>OVI-CAPRINI</b>	31	11.5
<b>SUINI</b>	3	4.47
<b>EQUIDI</b>	56	11.68

Sulla base della tabella precedente si deve precisare che per quanto riguarda i controlli sui bovini e sugli ovi-caprini sono stati eseguiti, dal personale dell'Assessorato alla Sanità, come concordato, con la presa in esame di tutte le anomalie generate dalle operazioni di bonifica sanitaria su tutti gli allevamenti bovini e ovi-caprini della campagna 2015 (100% delle aziende). Per quanto riguarda i suini e gli equidi i controlli sono stati eseguiti dalla SC Sanità Animale seguendo la normativa in corso.

I Controlli sugli Alpeggi:

TIPOLOGIA	N° ALPEGGI
<b>CONTROLLI ALPEGGI</b>	13

Nell'ambito di tali controlli non sono risultate N.C. (Non conformità) imputabili agli OSA.

Per quanto riguarda le **Ispezioni sui trasporti di animali vivi**, le N.C rilevate sono state gestite dalla SC IAPZ, mentre sotto sono riportati i numeri di controlli

TIPOLOGIA	N° CONTROLLI	NOTE
CONTROLLI TRASPORTI PRESSO MANIFESTAZIONI ZOOTECNICHE	6	Tali controlli sono stati eseguiti con la S.C. Igiene Allevamenti e Produzione Zootecniche
CONTROLLI TRASPORTI > 8 ORE	11	Questi controlli sono stati eseguiti con la S.C. Igiene Allevamenti e Produzione Zootecniche e l'UVAC

Gli **Audit** su allevamenti da latte eseguiti con la SC Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche sono stati svolti su 1 allevamento.

La metodologia dell'audit, prevista dal Reg. CE 882/2004 è stata sempre affrontata eseguendo tali controlli assieme al personale della SC di Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (IAPZ), seguendo la procedura dipartimentale sull'audit e avvalendoci di una nostra specifica check-list. Non vi sono state risultanze di NC maggiori inerenti alla nostra attività, ma solo osservazioni per quanto riguarda il settore identificazione e biosicurezza.

In relazione alle Ispezioni congiunte negli alpeggi, non si sono avute richieste da parte della SC IAPZ in tale settore.

Per quanto riguarda le Non Conformità (N.C.) rilevate si evidenzia che nell'anno 2016 sono state tracciate n° 14 NC seguite da altrettante sanzioni amministrative come da dettaglio sotto.

- 12 nell'ambito del PRIC 2016 così divise
  - ✓ 1 equino introdotto senza mod. 4 e privo di passaporto;
  - ✓ 7 bovini non opportunamente scaricati dalla BDR
  - ✓ 1 bovino introdotto senza regolari documenti
  - ✓ 2 ovi-caprini introdotti senza regolari documenti
  - ✓ 1 ovi-caprino con spostamento eseguito senza Mod. 4
- 2 Extra PRIC così suddivise:
  - ✓ 2 cani non regolarmente iscritti all'anagrafe e non microchippati

### **S.C. IGIENE ALLEVAMENTI E PRODUZIONI ZOOTECNICHE ( S.C. IAPZ)**

La S.C. IAPZ ha competenze dettate da normative di settore in farmacosorveglianza, benessere animale, alimentazione animale, anagrafe, sicurezza alimentare. Svolge il Controllo Ufficiale (CU) secondo il PRIC,

emanazione del MANCP, e funge da organo tecnico di consulto di molti enti (Corpo Forestale, Assessorato Agricoltura, NAS etc.) su:

- 806 allevamenti registrati ai sensi del Reg. CE 852/2004 per la produzione di latte e carne;
- -550 allevamenti registrati ai sensi del Reg. CE 852/2004 per la produzione di solo carne (allevamento);
- -190 allevamenti censiti per l'allevamento per uso familiare;
- -517 apicoltori;
- -12 ambulatori veterinari;
- 627 trasportatori di animali vivi;
- negozi, toelettature animali, maneggi, allevamenti ittici;

Nel 2016 la S.C. IAPZ ha svolto le seguenti **attività previste dal PRIC 2016** ( PD 1396/2016, con aggiornamenti lett. Prot. 81715 del 26/09/2016):

#### **Piano regionale residui**

TIPOLOGIA	N° campionamenti eseguiti	Note
Piano Nazionale Residui	2	
Piano extra PNR	30	Maggiore del numero atteso in quanto alcuni campionamenti sono stati eseguiti ai sensi della DGR 3562/2008

#### **Piano regionale alimentazione animale**

TIPOLOGIA	Prestazioni eseguite	Note
Campionamenti PNAA/ EXTRAPNAA	138	Sono stati eseguite 39 ricerche in meno rispetto all'atteso: questo risultato è dovuto in parte alle difficoltà operative del nostro staff, in quanto permangono da parte del Ministero richieste di campionamenti non pertinenti alla realtà locale, in parte alla carenza di organico più volte riportata
Ispezione mangimifici	1	Non vi sono state non conformità
Ispezioni aziende foraggicoltrici	41	Non vi sono state non conformità
Controllo etichettatura	57	Non vi sono state non conformità

Nel 2016 vi sono state le seguenti non conformità:-1 Aflatossina B1 in mangime complementare per ovicaprini da latte; - 1 Aflatossina B1 in mangime complementare per bovini da latte; -1 OGM in mangime complementare convenzionale destinato ad avicoli. Non sono stati ancora esitati 4 campionamenti per la ricerca di radionuclidi.

#### **Piano regionale benessere animale negli allevamenti**

TIPOLOGIA	Prestazioni eseguite	Note
Ispezioni in allevamento	67 per la presenza di animali adulti e vitelli	Le non conformità rilevate sono di grado minore, è stata sempre verificata l'ottemperanza alle prescrizioni. Tutte le ispezioni sono state programmate, svolte ed inserite nell'applicativo controlli di VETINFO, come da indicazioni operative ministeriali; in caso di non conformità si è provveduto ad inserire il verbale in formato pdf nello stesso.

Sono stati state eseguite in totale 67 ispezioni attinenti il benessere nelle aziende (32 check list bovini, 32 per vitelli, 1 galline ovaiole, 1 equidi, 1 caprini), in molte aziende il controllo è stata svolto sia per quanto riguarda l'allevamento bovini sia dei vitelli.

Piano straordinario di controllo isoniazide nel latte di massa e cortisonici nelle urine

TIPOLOGIA	Prestazioni eseguite	Note
Campionamenti in allevamento	10	Le analisi hanno dato esito negativo.

#### **Monitoraggio dei livelli di contaminazione da PCB e Diossine e metalli pesanti**

Partecipazione alle riunioni della conferenza dei Servizi " Bonifica di siti contaminati" per la valutazione dell'uso agricolo dei terreni ex Ilssa Viola di Pont St Martin tenutasi presso l'Assessorato territorio e Ambiente e

monitoraggio per ricerca metalli pesanti consistente in attività di campionamento di terreno e foraggio per la rilevazione dei livelli di contaminazione dei metalli pesanti nelle aree ex ILSA VIOLA, Pont St Martin; svolto in seguito al protocollo operativo tra AUSL-Assessorato Sanità-ARPA.; sono stati eseguiti 2 campionamenti di foraggio, in attesa di esito da parte di ARPA.

#### **Piano farmacosorveglianza sul corretto impiego dei farmaci**

TIPOLOGIA	Prestazioni eseguite	Note
Farmaco sorveglianza in allevamento	133	Non sono state rilevate violazioni alle norme
Apicoltori	49	Non sono state rilevate non conformità
Farmacie	2	Attività congiunta con la S.C. Farmacia
Controllo mod. 4	23	Attività congiunta con la S.C. IAOA

#### **Audit presso OSA**

TIPOLOGIA	Prestazioni eseguite	Note
Audit presso aziende di piano	10	
Audit presso aziende di alpeggio	12	Eseguite congiuntamente con la S.C. IAOA
Audit presso aziende di piano	1	Eseguite congiuntamente con la S.C. SA

#### **Piano mastite**

A seguito di carenze di personale non sono stati più effettuati i campionamenti con i criteri previsti dal PRIC (ripetuti sforamenti dei valori di legge nella stessa lattazione o sforamenti congiunti di carica e cellule, secondo mese di osservazione; allevamenti in blocco di conferimento), ma esclusivamente in un allevamento che vende direttamente latte crudo e nel quale era stata riscontrata dalla S.C. IAOA una positività allo S. Aureus. Eseguiti 19 campionamenti di latte.

#### **Controlli presso gli OSA che vendono direttamente latte crudo**

Eseguiti conformemente all'anagrafe posseduta, non si sono riscontrate non conformità.

Piano di controllo per i trasporti animali

TIPOLOGIA	N° CONTROLLI	NOTE
CONTROLLI TRASPORTI PRESSO MANIFESTAZIONI ZOOTECNICHE	6	Tali controlli sono stati eseguiti con la S.C. Sanità Animale
CONTROLLI TRASPORTI > 8 ORE	6	Questi controlli sono stati eseguiti con la S.C. Sanità animale e l'UVAC
CONTROLLI TRASPORTO BENESSERE ANIMALE AL MACELLO	4	Tali controlli sono stati eseguiti con la S.C. Igiene degli Alimenti di OA

E' stato dato seguito a quanto previsto svolgendo n° 6 ispezioni congiunte con la SC di Sanità animale in occasione di concentramenti di animali (fiere e rassegne) nel corso delle quali non sono state riscontrate inadeguatezze/non conformità,

Nel corso di controlli congiunti con colleghi dell'UVAC, Sanità animale e Polizia Stradale sono stati controllati 6 trasporti per lunghi viaggi con il riscontro di 1 non conformità, in conseguenza della quale è stata erogata 1 sanzione da parte dell'UVAC.

Le ispezioni presso i macelli, congiunti con la S.C. IAOA hanno evidenziato una non conformità alla norma sanzionata ai sensi del DLGS 151/2007.

#### **Piano prevenzione aflatossine**

Nel 2016 vi sono state diverse segnalazioni di positività alle aflatossine M1 in latte crudo bovino. Le ricerche sul latte, successive alla negatività in autocontrollo, hanno confermato la negatività.

La conformità ai Reg. CE 178/2002, 852/2004 e 183/2005 è stata verificata nell'ambito degli audit, ispezioni ad hoc ed ispezioni per la produzione di latte crudo, Vd tabella; in tutte le aziende è stata verificata la rintracciabilità dei mangimi, il corretto stoccaggio e le misure di controllo dei parassiti o contaminanti, le eventuali prescrizioni sono state ottemperate.

SETTORE	N° STRUTTURE		
	Di competenza	Ispezionate	Non conformi
<b>Impianti di lavorazione e Depositi alimenti per animali</b>	12 (rivendite)	2	0
<b>Mangimifici</b>	1	1	0
<b>Aziende produzione di latte vaccino</b>	806	51	0
<b>Aziende produzione di latte ovi-caprino</b>	16	3	0

### **Riproduzione animale**

Sono state ispezionate 10 monte pubbliche e 2 volte il Centro di raccolta e deposito di materiale seminale dell'A.N.A.Bo.Ra.Va, come da richieste ministeriali ai sensi della L 30/1991.

### **Controlli condizionalità**

TIPOLOGIA	N° CONTROLLI	NOTE
Controllo su benessere animale	67	Utilizzate check list ministeriali , inserite sull'applicativo Vetinfo
Controllo su Sicurezza alimentare	23	Utilizzate check list ministeriali, inserite sull'applicativo Vetinfo

### ***ATTIVITA' EXTRA PRIC***

Comprende LEA MINISTERIALI ed attività prevista da normativa di settore.

### **Attività di competenza della SC Igiene allevamenti**

Attività	Numero interventi
Controllo igienico sanitario legato alla presenza di animali sinantropici con sopralluogo	16 interventi su richiesta di Enti pubblici o privati
Educazione sanitaria di competenza nelle scuole	6 interventi nell'ambito del progetto di un corretto rapporto uomo animale d'affezione
Aggiornamento, vidimazione registri dei farmaci ai sensi del DLGS 158/2006	290
Pareri per idoneità strutture	25
Pareri progetti ai fini della concessione edilizia	21
Parere per rilascio autorizzazioni assembramento animali	95
Comunicazioni di reato all'autorità giudiziaria	0
Nulla osta OSA	60
Sopralluogo ai fini della registrazione ai sensi del Reg Ce 852/2004	34
Nulla osta ai sensi del Reg Ce 1069/2011	2
Autorizzazioni al trasporto ai sensi del Reg. CE 1/2005	9
Registrazione autocertificazione trasporti ai sensi della DGR 3116/2010	40
Certificazioni TRACES per esportazione	3
Monitoraggio valori analitici latte crudo	261
Anagrafe Apistica: accoglimento domande/censimento annuale/inserimento dati BDN	1218 ( 517 utenti)
Parere ai fini del rilascio dell'autorizzazione sanitaria comunale	11
Controllo Ufficiale benessere animali d'affezione/ circhi/CITES	31
Sanzioni emesse	11

### **Partecipazioni a tavoli di lavoro con Assessorato Sanità e Politiche sociali, Agricoltura e Risorse Naturali, Dipartimento di Prevenzione**

Nell'ambito dell'attività istituzionale vi è stata la partecipazione a diversi tavoli di lavoro regionali ed interregionali per la discussione di:

- procedura regionale avvelenamenti;
- gestione reflui zootecnici;
- revisione del Manuale degli Standards costruttivi, allegato alla DGR 1544/2006
- linee guida LR 16/2016,
- PRP: programma 4, Sicurezza alimentare, sanità pubblica e veterinaria; programma 6, ambiente e salute;
- linee guida di buone pratiche di igiene e di lavorazione in alpeggio;
- aggiornamento della LR 17/2010 animali d'affezione;
- ricetta elettronica;
- cooperazioni applicative tra banche dati regionali e nazionali;
- conferenza dei Servizi “ Bonifica di siti contaminati”
- Progetto Moria api presentato dalla Cooperativa Miel du Val d'Aoste.

A questi tavoli di lavoro ha partecipato il Direttore f.f. della S.C. e/o veterinari della S.C. aventi le competenze richieste dalla tematica ed hanno portato alla stesura di procedure o Delibere regionali e al Manuale redatto dall'IZS delle Venezie intitolato “ Linee guida di buone pratiche di igiene e di lavorazione in alpeggio”.

## S.C. SIAN

Di seguito una sintesi delle attività svolte nell'anno 2016, così come previsto nel Piano Regionale Integrato dei Controlli (PRIC).

### CONTROLLI SU L'UTILIZZO DI PRODOTTI FITOSANITARI

Il controllo del SIAN è finalizzato, in particolare, alle seguenti verifiche:

- presenza in azienda del registro dei trattamenti e sua regolare compilazione;
- rispetto delle indicazioni riportate in etichetta (uso per tipo di coltura, tempi di carenza etc.);
- controllo a campione dei prodotti fitosanitari in giacenza (prodotti revocati o non autorizzati);
- controllo deposito derrate alimentari;
- controllo sul rispetto delle distanze tra aree di trattamento e punti di captazione di acqua destinata ad uso potabile.

Come previsto nel piano attività SIAN per l'anno 2016, sono stati effettuati **n. 09** ispezioni presso aziende agricole per il controllo sul loro utilizzo su 15 programmate. L'attività svolta non ha manifestato particolari criticità, tuttavia si sono riscontrate un numero esiguo di non conformità lievi.

Inoltre sono stati eseguiti i seguenti campioni:

	n. campioni previsti	n. campioni eseguiti	Non conf.
Terreno	5	3	No
Frutto	5	3	No
Parte arborea	5	3	No

### CONTROLLO ATTIVITA' CHE TRATTANO PRODOTTI DI ORIGINE VEGETALE

Di seguito viene rappresentata l'attività svolta.

Attività	Descrizione
Ispezioni	A seguito di quanto indicato nel Piano Regionale di programmazione e coordinamento degli interventi in materia di controllo ufficiale degli alimenti, sono stati effettuati in totale n° 531 ispezioni presso imprese alimentari a fronte delle 391 programmate. Le ispezioni hanno riguardato in prevalenza le attività di ristorazione pubblica e collettiva a seguire, il settore della distribuzione e la produzione primaria.
Audit	Nel corso del 2016 sono stati condotti n° 06 audit . Come indicato nel Piano Regionale di Programmazione è stato eseguito uno congiuntamente tra il Servizio di igiene degli alimenti e della nutrizione (SIAN) e il Servizio igiene degli alimenti di origine animale (SIAOA) .
Prescrizioni e Sanzioni	Nel corso dell'attività ispettiva sulle imprese alimentari sono state riscontrate delle non conformità da determinare provvedimenti amministrativi inibitori o restrittivi. Nel periodo considerato sono stati impartiti ai responsabili delle imprese alimentari n. <b>116</b> provvedimenti di prescrizioni di carattere generale 03 sospensioni temporanee per infrazioni attinenti l'igiene generale e 148 sanzioni amministrative per violazioni alle normative speciali.
C.U. in materia di riscossione	Nel 2016 sono stati effettuati n° <b>18</b> controlli di verifica su 99.

Attività	Descrizione
tariffe di cui al D.LGS. 194/08	
Allerta	Sono pervenute n. <b>34</b> comunicazioni di attivazione di allerta da parte del nodo Nazionale/Regionale. Nell'ambito della gestione di tali stati di allerta sono stati effettuati n. <b>101</b> accessi ispettivi e fornite n.52 relazioni di risposta al nodo regionale a seguito di indagini eseguite sul territorio.
Malattie veicolate da alimenti e segnalazioni/esposti	Nel corso dell'anno 2016 sono stati effettuati i seguenti interventi a seguito di denuncia di MTA: 30 notifiche di MTA di cui: - n 01 focolaio di tossinfezione alimentare (clinico) - n° <b>02</b> focolaio di tossinfezione alimentare; - n° <b>07</b> casi in cui è stato isolato campylobacter, - n° <b>17</b> casi in cui è stato isolato salmonella non tifoide; - n° 01 casi di gastroenterite; - n 01 casi di giardiasi; - n° casi di listeriosi; - n° 01 casi di enterococco fecalis; - n° 01 casi di shigellosi: - n° <b>01</b> casi di epatite A interventi a seguito di segnalazioni/esposti per presunte MTA.
Certificazioni	Sono state rilasciate, su richiesta degli OSA, n. <b>03</b> certificazioni di commerciabilità per esportazione; <b>n. 03</b> certificazione di non commerciabilità con assistenza alla distruzione
Campionamenti	Nell'ambito dell'attività di campionamento, sono stati effettuati n. <b>353</b> prelievi.
Controllo microbiologico dei criteri di igiene alimentare	Su 49 programmati, sono stati eseguiti <b>44</b> , di cui 9 non conformi.
Controllo microbiologico dei criteri di sicurezza alimentare	Su 51 programmati, sono stati eseguiti <b>53</b> , in cui sono state rilevate 05 non conformità.
Micotossine	Nel 2016 i prelievi effettuati sulle matrici alimentari sono stati in totale n. 13 su n° <b>13</b> programmati. Non sono state riscontrate non conformità
Ricerca O.G.M.	E' stato rispettato il programma regionale di controllo ufficiale sulla presenza di organismi geneticamente modificati negli alimenti in applicazione a quanto previsto dal "Piano Nazionale di controllo ufficiale sulla presenza di organismi geneticamente modificati". Eseguiti 07 campioni su 11 nessuna non conformità rilevata.
Piano regionale di vigilanza sugli integratori alimentari	L'attività di controllo è stata svolta presso quattro strutture di vendita e ha riguardato 06 prodotti. Non sono state rilevate non conformità
Alimenti e i loro ingredienti trattati con radiazioni ionizzanti (Dlgs 30 gennaio 2001, n. 94)	Nel corso dell'anno sono stati eseguiti <b>03 controlli su i 03 previsti</b> per verificare il rispetto delle norme in materia di etichettatura in relazione ai trattamenti effettuati mediante irraggiamento; ed <b>02 campione</b> su frutta a guscio e funghi essiccati. In entrambi i controlli sono state rilevate non conformità.
Ricerca radionuclidi in alimenti	Per il monitoraggio dei radionuclidi in alimenti sono stati effettuati <b>14</b> campioni sui <b>14</b> previsti. Non sono state rilevate non conformità.
Controlli nutrizionali nella ristorazione collettiva Progetto Mense Scolastiche - Apporto Calorico pasti completi	Campioni eseguiti <b>34</b> su i 34 programmati. Nel corso dei controlli batteriologici sui pasti completi sono emerse n. 03 non conformità ai criteri adottati come guida. Nei casi in questione si è approfondito il contenuto del piano HACCP e si sono impartite idonee prescrizioni. Inoltre sono state date 9 pareri non favorevoli sulla valutazione della composizione del pasto. In questi casi oltre a prevedere una rivalutazione del menù, le cuoche sono invitate a un corso di aggiornamento.
Alimentazione particolare	campioni previsti <b>13</b> - eseguiti 21 di cui 05 per la <b>determinazione quantitativa del glutine</b> , n.03 campioni su prodotti confezionati dichiarati "senza glutine", e n. 02 campioni su prodotti sfusi (preparati in attività ristorative) dichiarati "senza glutine", in cui non sono state riscontrate irregolarità. Inoltre sono stati eseguiti <b>04</b> campioni per la ricerca di allergenici specifico, su 4 previsti, non sono state rilevate non conformità, lo stesso non sono state rilevate non conformità per la verifica documentale di <b>N.8</b> etichette, su 08 verificate.
Controlli nel vino	campioni previsti: <b>15</b> campioni eseguiti:12 Sono state rilevate sei non conformità riguardanti indicazioni in etichette.
Controlli nell'olio IPA (Idrocarburi policiclici aromatici)	Nell'anno 2016 sono stati effettuati n. <b>05</b> campioni su i 07 programmati (piano Regionale dei campionamenti per gli IPA Sezione II tabella I-S parte I e II),
Controlli nell'olio di friggitrice	campioni previsti: <b>05</b> campioni eseguiti: <b>05</b> non sono state rilevate non conformità
Piano di monitoraggio carbammato di etile nelle acquaviti di frutta con nocciolo e	campioni previsti: <b>07</b> campioni eseguiti: <b>01</b> ( <b>Non eseguito per mancanza di matrici.</b> ) <b>non sono state rilevate non conformità.</b>



Attività	Descrizione
nelle acquaviti di residui di frutta con nocciolo	
Controlli nelle acque viti e distillati	campioni previsti: <b>7</b> campioni eseguiti: <b>7, un campione non conforme.</b>
ACQUE DESTINATE AL CONSUMO UMANO E MINERALI	<p><b>Prelievi per analisi chimiche e batteriologiche</b> Sono stati prelevati complessivamente <b>1162</b> su 1122 da programma campioni di acqua destinate al consumo umano in linea con i prelievi degli anni precedenti.</p> <p><b>Acque di balneazione:</b> previste n. 80, effettuate 31.</p> <p><b>Acque confezionate</b> Nella Regione si trova uno stabilimento che produce acque minerali naturali che è oggetto di periodico controllo da parte del SIAN, in cui sono stati effettuati n. <b>36</b> campioni. Inoltre nel corso dell'anno sono state eseguite <b>27</b> campioni su i 10 previsti su acque microfiltrate e <b>10 campioni presso le GDO</b></p>
Piano di monitoraggio sui livelli di acrilamide negli alimenti	Per l'anno 2016 non sono stati programmati ed effettuati n. <b>5</b> campioni previsti per carenza di personale.
Additivi alimentari	Campioni previsti 10, effettuati 7. è stata rilevata una non conformità.
Materiali e oggetti destinati a venire a contatto con alimenti MOCA	Campionamenti effettuati 3 su 7 Controllo documentale, effettuati 08 su 11.
Ispettorato micologico	La cernita sulla commestibilità dei funghi rivolte ai privati cittadini sono risultate in <b>totale n. 60</b> . Le certificazioni di funghi destinati al commercio sono <b>risultate n. 40</b> per un totale di <b>215</b> colli. Interventi richiesti dal Pronto soccorso n. <b>03</b>
Gestione procedimenti (S.U.A.P.) e registrazione imprese alimentari (SCIA)	Per quanto riguarda l'attività correlata ai procedimenti avviati dallo sportello unico delle attività produttive (S.U.A.P) sono state effettuate n. <b>1981</b> istruttorie, di cui n. <b>1141</b> notifiche, n. <b>138</b> aggiornamenti e n. <b>666</b> temporanee.
Ricerca residui antiparassitari su prodotti di origine vegetale.	Programmati 36 effettuati 39. non sono state rilevate non conformità.

## S.C. IAOA

Di seguito sono riportati gli indicatori dei processi con le prestazioni del 2016 e con gli obiettivi previsti per l'anno 2017 in relazione ai risultati degli esercizi 2014 e 2015.

### ESECUZIONE DELLE ATTIVITÀ DI CONTROLLO UFFICIALE

Indicatori	Risultato 2014	Risultato 2015	Obiettivo 2016	Risultato 2016	Obiettivo 2017
Az. visitate/ totale aziende	621/821 75,6%	671/823 81,5%	Vedi PRIC	714/835 85,50%	Vedi PriC
Numero non conformità compilazione relazioni /5% relazioni di cu (media totale/10 criteri)	NC/5% di 1429 7/72 9.72%	NC/5% di 1460 4/73 5.1 %	Non valutato nel 2016 (preferenza a proficiency test)	Non valutato nel 2016 (preferenza a proficiency test)	Non valutato nel 2017 (preferenza a proficiency test)
Numero di rapporti di audit correttamente compilati/totale rapporti di audit	2/15 86.7%	14/14 100%	>87.5%	74/74 100%	>87.5%
Numero di ricorsi-reclami fondati sulla emissione di NC/totale cu	0	0	<5%	0	<5%

### PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI CONTROLLO UFFICIALE

Indicatori	Risultato 2014	Risultato 2015	Obiettivo 2016	Risultato 2016	Obiettivo 2017
------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------

N° controlli eseguiti/totale pianificati PRIC	Verifiche 135/50 270% Ispezioni 817/809 101% Totale 952/859 111%	Verifiche 52/57 91% Ispezioni 828/897 92% Totale 880/954 92%	>90% <100%	Verifiche 153/73 209% Ispezioni 756/922 81% Totale 909/995 91%	>90% <100%
N° campionamenti eseguiti/totale pianificati	288/289 99,6%	84/82 102%	>95%	77/80 96,25%	>95%
N° audit eseguiti/totale pianificato	123/125 98,4	124/115 108%	>87,5%	75/70 107%	>87,5%

\* il risultato non è paragonabile con gli anni precedenti in ragione della diversa programmazione e ripartizione dei controlli fra verifiche, ispezioni ed audit.

## PRIC

Indicatori	Risultato 2014	Risultato 2015	Obiettivo 2016	Risultato 2016	Obiettivo 2016*
Efficacia: audit effettuati/n° audit attesi	411/414 99%	404/400 101%	≥ 0,90	75/70 107%	≥ 0,90

## 15 OBIETTIVI DI ATTIVITÀ

I dati sopra elencati, seppure non completi per questione di sintesi permettono di osservare:

- A) per quanto riguarda l'attività certificativa si è registrato, nel corso degli anni, un decremento prestazionale legato a due fenomeni:
  - l'entrata in vigore di una legge regionale (la n° 13/2013) in materia di semplificazione amministrativa con la quale sono stati aboliti certificati obsoleti di natura igienistica, medico-legale e veterinaria;
  - molte prestazioni dell'Area veterinaria sono state svolte sotto forma di ispezioni congiunte fra più S.C. (e non come verifiche singole) o piuttosto sostituite da audit (procedura molto più efficace).
- B) Le attività di vigilanza e controllo (S.C. SPRESAL; S.C. Area Veterinaria; S.C. SIAN) sono state vincolate ad obblighi normativi nazionali e/o regionali ed hanno soddisfatto le soglie minime di richiesta istituzionale.
- C) Sono stati implementati sul territorio gli interventi di promozione/educazione alla salute e le attività formative relative agli ambienti di vita e di comunità al fine di promuovere corretti stili di vita. E' stato offerto un nuovo ambulatorio di counselling nutrizionale (a partire da settembre 2014) che nel 2015 ha fornito complessivamente **251** prestazioni (primo accesso + controlli).

Tutte queste prestazioni sono state garantite mentre era in corso una contrazione del personale disponibile (soprattutto tecnico ed amministrativo) legato a problematiche contingenti e ad una complessiva riorganizzazione dell'Area della Prevenzione.

Le attività relative agli obiettivi di budget (di seguito indicati) e di PAL assegnati nel 2016 sono state svolte rispettando tempi, azioni ed indicatori stabiliti.

Gli obiettivi aziendali assegnati sono sotto riportati.

Obiettivo	Indicatore
Rendere autonome le singole segreterie nella predisposizione degli atti deliberativi e della fatturazione elettronica di competenza della	Redazione del 80% delle proposte deliberative e pagamento del 100% delle fatture elettroniche di competenza della propria S.C.

<p>propria S.C.Redazione del 80% delle proposte deliberative e pagamento del 100% delle fatture elettroniche di competenza della propria S.C.</p>	
<p>Realizzare l'attuazione del Piano Regionale della Prevenzione 2016-2018</p>	<p>Realizzare un report che contenga azioni, indicatori e cronoprogramma per ognuno dei 6 Programmi del PRP entro il 30/06/2016 Attuare tutte le azioni previste dal cronoprogramma per l'anno 2016 entro il 31/12/2016</p>
<p>Mantenere i requisiti necessari per ottenere la dichiarazione di territorio UI da TB e mantenere la qualifica di UI da Brc bovina-caprina e LEB</p>	<p>Effettuare il 100% dei controlli previsti su aziende e animali sottoposti ai piani di bonifica sanitaria</p>

## 16 La gestione economico-finanziaria dell'Azienda

### 1.1 Sintesi del bilancio sul grado di raggiungimento degli obiettivi economico-finanziari

Il conto economico dell'Azienda USL Valle d'Aosta, redatto secondo lo schema di cui al D.M. 20.03.2013 del Ministero della Salute, è predisposto in forma scalare e fornisce i seguenti risultati parziali:

- differenza tra il valore ed i costi della produzione;
- risultato prima delle imposte

La differenza tra valore e costi della produzione, che rappresenta il cosiddetto "reddito operativo" della gestione sanitaria dell'azienda, si ottiene confrontando i seguenti elementi:

- valore della produzione
- costi della produzione

Il valore della produzione misura ciò che l'azienda sanitaria ha prodotto nell'esercizio, sia in termini di servizi sia come "produzioni in economia".

I servizi sanitari prodotti sono misurati dalle voci:

- contributi in conto esercizio;
- rettifica contributi conto esercizio per destinazione ad investimenti;
- utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti;
- ricavi per prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a rilevanza sanitaria;
- concorsi, recuperi, rimborsi;
- compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket);
- quota contributi in conto capitale imputata nell'esercizio
- incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni;
- altri ricavi e proventi.

Le produzioni in economia, invece, sono valorizzate nella voce "costi capitalizzati"

I costi della produzione sono divisi nelle seguenti voci:

- Acquisti di beni;
- Acquisti di servizi sanitari;
- Acquisti di servizi non sanitari;
- Manutenzione e riparazione;
- Godimento di beni di terzi;
- Costi del personale;
- Oneri diversi di gestione;
- Ammortamenti;
- Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti;
- Variazione delle rimanenze;
- Accantonamenti.

Le rimanenze, distinte per natura dei beni sanitari e non, sono individuate come "variazione" tra:

rimanenze finali - rimanenze iniziali

Il risultato prima delle imposte è determinato come somma algebrica dei seguenti elementi:

- differenza tra valore e costi della produzione

- risultato della gestione finanziaria
- rettifiche di valore di attività finanziarie
- risultato della gestione straordinaria

Il risultato della gestione finanziaria è originato dal confronto tra i proventi che derivano dall'impiego di capitale e gli oneri finanziari.

Le rettifiche di valore di attività finanziarie derivano dalla rivalutazione o dalla svalutazione di partecipazioni, immobilizzazioni finanziarie che non costituiscono partecipazioni e titoli iscritti nell'attivo circolante che non costituiscono partecipazioni.

Il risultato lordo della gestione straordinaria è costituito da quei componenti di reddito che hanno la caratteristica sia dell'eccezionalità o anormalità dell'evento, sia dall'estraneità della fonte dell'onere all'attività ordinaria.

Sono eccezionali: le minusvalenze, le plusvalenze, le sopravvenienze e le insussistenze.

Sono estranei all'attività ordinaria della sanità: gli accantonamenti non tipici, i concorsi, recuperi, rimborsi per attività non tipiche.

Detto quanto sopra, il risultato di esercizio apprezzabile dall'analisi del bilancio chiuso al 31.12.2016, evidenzia le seguenti risultanze contabili (in migliaia di euro):

- "reddito operativo" della gestione sanitaria dell'azienda euro 8.667
- risultato della gestione finanziaria **euro 2**
- rettifiche di valore di attività finanziarie **euro 0**
- risultato della gestione straordinaria **euro 130**
- risultato prima delle imposte euro 8.797
- utile di esercizio euro 387

Gli allegati di natura contabile facenti parte integrante e sostanziale del bilancio di esercizio 2016 predisposto dall'Azienda USL sono i seguenti:

- Allegato n. 1 – Stato Patrimoniale e Conto Economico di cui al Decreto Ministero della Salute 20/03/2013;
- Allegato n. 2 – Nota integrativa di cui al Decreto Ministero della Salute 20/03/2013 (contenente, quali sub-allegati, i modelli CE consuntivo esercizi 2016 e 2015 di cui al Decreto del Ministero della Salute 15/06/2012 e i modelli SP consuntivo esercizi 2016 e 2015 di cui al Decreto di cui al del Ministero della Salute 15/06/2012);
- Allegato n. 3 – Rendiconto Finanziario di cui all'art. 26 del D.Lgs.vo n. 118 in data 23/06/2011;
- Allegato n. 4 – Dichiarazione ex art. 41, comma 1 (attestazione dei tempi di pagamento (del Decreto Legge n. 66 del 24 aprile 2014 (misure urgenti per la competitività e la giustizia sociale) convertito con Legge 89/2014
- Allegato n. 5 - Modello di rilevazione dei costi sul piano dei conti aziendale
- Allegato n. 6 – Obiettivo di contenimento della spesa di personale (DGR 136/2016 – rettificato parzialmente dalla DGR 1713/2016)
- Allegato n. 7 – Prospetti dei dati SIOPE e delle disponibilità liquide di cui all'art. 77-quater del Decreto Legge 112/2008 convertito con Legge n. 133/2008
- Allegato n. 8 – Stampa tratta dal programma di contabilità (AREAS) del bilancio di esercizio 2016;

Gli allegati n. 1, 3, 4 e 7 rispondono ad esigenze di natura formale poste dalla vigente normativa regionale e statale in ordine alla predisposizione del conto economico, dello stato patrimoniale e dei flussi finanziari.

L'allegato 5 ha invece la funzione di rappresentare in modo dettagliato il profilo dei costi, proponendosi tuttavia finalità distinte. Non viene più inserito all'interno del bilancio l'ex allegato 4 delle versioni precedenti, che aveva la funzione di consentire di avere una rappresentazione del conto economico sezione costi al lordo di tutti i finanziamenti contabilizzati sull'esercizio. Scopo di tale allegato era quello di dettagliare i costi in relazione a ciascuna fonte di finanziamento imputata a bilancio di esercizio, sia che si tratti di finanziamento per i livelli essenziali di assistenza sia che si tratti di finanziamento con vincolo di destinazione. La motivazione dell'eliminazione del documento risiede nella fortissima riduzione dei finanziamenti con vincolo di destinazione

da parte della Regione. L'allegato n. 5 mostra, invece, una diversa ulteriore e necessaria rappresentazione del conto economico focalizzando l'attenzione su ciascun conto indipendentemente dalla fonte di finanziamento.

L'allegato n. 6 rappresenta, di fatto, la rendicontazione dei risultati raggiunti in relazione all'obiettivo prioritario sul contenimento della spesa di personale di cui all'art. 46 comma 5 della L.R. n. 30/2011.

L'esercizio 2016 è stato caratterizzato, oltre che dagli obiettivi posti dalla programmazione sanitaria regionale, anche dalla coesistenza di:

- a) obiettivi di azione assegnati dalle deliberazioni di Giunta Regionale n. 136 in data 5 febbraio 2016 recante "Approvazione di indicazioni all'Azienda Usl della Valle d'Aosta ai fini della definizione dell'accordo di programma e della successiva adozione del bilancio di previsione 2016 e per il triennio 2016-2018" e dalla deliberazione della Giunta Regionale n. 1368 del 14/10/2016, recante: "Approvazione dell'accordo di programma fra la Regione autonoma Valle d'Aosta e l'Azienda USL Valle d'Aosta, per l'anno 2016, ai sensi dell'art. 7 della L.R. 5/2000;
- b) obiettivi di azione assegnati dalle deliberazioni di Giunta Regionale n. 136 in data 5 febbraio 2016 recante "Approvazione di indicazioni all'Azienda Usl della Valle d'Aosta ai fini della definizione dell'accordo di programma e della successiva adozione del bilancio di previsione 2016 e per il triennio 2016-2018" e dalla deliberazione della Giunta Regionale n. 1368 del 14/10/2016, recante: "Approvazione dell'accordo di programma fra la Regione autonoma Valle d'Aosta e l'Azienda USL Valle d'Aosta, per l'anno 2016, ai sensi dell'art. 7 della L.R. 5/2000;
- c) obiettivi posti dalla normativa regionale ed in particolare dalla legge finanziaria per l'anno 2016

A fini di chiarezza espositiva e di completezza argomentativa, si riassumono, all'interno della presente relazione, le diverse tipologie di obiettivi indicati ai punti a) b) e c) che hanno caratterizzato le strategie dell'Azienda Usl della Valle d'Aosta per l'esercizio in chiusura, proponendosi lo scopo di conferire, alla presente relazione, laddove possibile, finalità di rendicontazione dei risultati conseguiti.

#### **Obiettivi di azione ex deliberazione di Giunta Regionale n. 1368/2016**

Agli stessi si accenna all'interno delle specifiche sezioni indicate all'interno della presente relazione, alle quali specificamente si rimanda.

#### **Obiettivi economici ex deliberazione di Giunta Regionale n. 136/2016 ovvero "aree – attività soggette a limite massimo di spesa".**

Sono stati quelli di seguito indicati.

### **ASSISTENZA OSPEDALIERA DA PRIVATO ACCREDITATO**

Euro 7.000.000

Richiamato il comma 5, dell'articolo 15, della legge regionale 19/2015 e la deliberazione della Giunta Regionale n. 1780 in data 29/07/2014, nonché ravvisata la necessità di continuare il percorso di contenimento del saldo negativo della mobilità sanitaria, il tetto massimo di spesa per la remunerazione delle case di cura private accreditate per le prestazioni di ricovero ospedaliero erogate a carico del SSN per l'anno 2016 è mantenuto invariato rispetto all'anno 2015, ed è fissato in euro € 7.000.000 e ricompreso nell'ambito del finanziamento ordinario della spesa corrente per la garanzia dei LEA.

Ricompresi nel tetto di spesa, € 5.250.000 sono riservati all'attività a favore di pazienti a carico del SSR. Di questi, € 1.800.000 sono destinati all'attività ospedaliera per acuzie e € 3.450.000 alla riabilitazione ortopedica e neurologica.

L'Azienda USL provvede, nel rispetto delle disposizioni di cui alla DGR 69/2013, a stabilire i volumi di prestazioni necessarie da acquistare, con riferimento al fabbisogno regionale e nell'obiettivo di porre le condizioni per una ulteriore riduzione della mobilità passiva e un aumento della mobilità attiva.

L'azienda USL nel prossimo accordo contrattuale per l'attività di riabilitazione ortopedica dovrà mantenere una diminuzione percentuale della degenza media rispetto all'anno 2013 pari almeno al 15%. In caso di superamento della degenza media annuale prevista, l'Azienda USL non pagherà le giornate eccedenti.

All'attività a favore di pazienti non residenti, in regime di mobilità sanitaria, sono destinati i restanti € 1.750.000, da suddividersi tra attività per acuti e riabilitazione nei limiti delle condizioni contrattuali, nell'ambito delle quali l'Azienda USL dovrà concordare con la struttura privata accreditata un abbattimento tariffario sulle prestazioni erogate.

Inoltre, l'attività a favore di pazienti non residenti, in regime di mobilità sanitaria, sarà liquidata dall'Azienda USL su presentazione di fattura al netto di una percentuale del 35%, che sarà liquidata al momento della comunicazione della struttura regionale competente in materia di mobilità sanitaria, concernente l'avvenuto riconoscimento delle prestazioni erogate, risultante dall'approvazione della deliberazione CIPE riguardante il riparto tra le regioni dell'FSN e contenente la compensazione della mobilità sanitaria interregionale anno 2016.

Rendicontazione economica dell'obiettivo: il costo complessivamente registrato in relazione al predetto obiettivo si è determinato in euro 7.000.000 (il conto economico, al codice del piano dei conti 3100420 "Ricovero ospedaliero in case di cura accreditate" fornisce evidenza del risultato economico conseguito dall'Azienda)

## **ASSISTENZA AMBULATORIALE DA PRIVATO ACCREDITATO**

Euro 1.345.675

Il tetto massimo di spesa per il pagamento degli erogatori privati accreditati, per l'anno 2016, è fissato in euro 1.345.675 ed è ricompreso nell'ambito del finanziamento ordinario della spesa corrente per la garanzia dei LEA.

Rendicontazione economica dell'obiettivo: il costo complessivamente registrato in relazione al predetto obiettivo si è determinato in complessivi euro 945.581,65 (i conti del piano dei conti di contabilità generale 3100407 Assistenza diagnostica strumentale e 3100409 Assistenza riabilitativa forniscono evidenza del risultato conseguito. In modo particolare, il conto 3100407 evidenzia un costo complessivo di euro 280.347,36 ed il conto 3100409 evidenzia un costo complessivo di euro 665.234,29 per un totale di euro 945.581,65 che si pone al di sotto del valore posto dall'obiettivo così come definito dalla Regione).

## **ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE (AREA DIPENDENZE E SALUTE MENTALE)**

Euro 6.935.475

Il tetto massimo di spesa per assistenza residenziale e semiresidenziale (area dipendenze e salute mentale), per l'anno 2016, è stato fissato in euro 6.935.475 ed è stato ricompreso nell'ambito del finanziamento ordinario della spesa corrente per la garanzia dei LEA.

Nel corso del 2016 l'Azienda USL ha proseguito con le attività già definite dalla Regione aventi la finalità di perseguire il contenimento ed il governo della spesa stessa sia a livello regionale che extraregionale.

Considerata inoltre, la centralità del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato, al fine di riqualificare il sistema dell'assistenza residenziale e semiresidenziale, si è provveduto a:

- A) migliorare le condizioni dell'offerta compatibilmente con la necessità di riduzione della spesa anche attraverso forme organizzative e tecniche concrete trasversali ai servizi sanitari, sociali e alle iniziative di comunità;
- B) differenziare le risposte in modo più coerente con le indicazioni tecniche, l'appropriatezza e l'efficacia delle stesse.

Rendicontazione economica dell'obiettivo: il costo complessivamente registrato in relazione al predetto obiettivo si è determinato in complessivi euro 6.380.582 (i conti economici 310041201-310041203-310041301-310041303, 310041306, 310041308 ricompresi all'interno degli aggregati di spesa denominati assistenza semiresidenziale ed assistenza residenziale, forniscono evidenza dei risultati conseguiti).

## **ASSISTENZA RESIDENZIALE SOCIO-SANITARIA**

Euro 2.280.475

Il tetto massimo di spesa per l'assistenza residenziale socio-sanitaria da privato accreditato, per l'anno 2016, è stato fissato in euro 2.280.475 ed è stato ricompreso nell'ambito del finanziamento ordinario della spesa corrente per la garanzia dei LEA.

Gli interventi riguardanti l'erogazione di servizi riconducibili all'ambito socio-sanitario sono stati modulati in riferimento ai criteri dell'appropriatezza.

L'Azienda USL in particolare ha operato nel senso di:

- A) consolidare l'integrazione socio-sanitaria a garanzia della tutela della salute e del benessere della persona nella sua globalità, assicurando una presa in carico organizzata e coordinata;
- B) attivare idonei strumenti organizzativo – gestionali per garantire le transizioni del paziente da una struttura ad un'altra o da un livello assistenziale ad un altro;
- C) sviluppare l'integrazione funzionale e gestionale delle strutture residenziali e semiresidenziali rimodulando le unità di offerta per adeguarle alle esigenze assistenziali;
- D) adottare procedure, protocolli e programmi per la presa in carico integrata di bisogni complessi necessitanti una risposta ad alta integrazione socio-sanitaria.

Rendicontazione economica dell'obiettivo: il costo complessivamente registrato in relazione al predetto obiettivo si è determinato in complessivi euro 1.855.916,58 (i conti economici 310041302 e 310041307 ricompresi all'interno degli aggregati di spesa denominati assistenza semiresidenziale ed assistenza residenziale, forniscono evidenza dei risultati conseguiti).

## **GESTIONE DELLE RISORSE UMANE**

### **1) PRESTAZIONI AGGIUNTIVE RESE DAL PERSONALE NELL'INTERESSE DELL'AZIENDA**

Euro 552.080 (tetto fissato dalla DGR 136/2016 in euro 500.000, rettificato con DGR 1713/2016 in euro 552.080)

Il tetto massimo di spesa per le prestazioni aggiuntive rese dal personale sanitario dipendente nell'interesse dell'Azienda USL per l'anno 2016 è stato fissato in euro 552.080 ed è stato ricompreso nell'ambito del finanziamento ordinario della spesa corrente per la garanzia dei LEA.

Le prestazioni aggiuntive sono disciplinate per il personale dirigenziale del SSR dall'art. 54 e 55 dei CC.CC.NN.LL. 8.6.2000 e dall'art. 14, comma 6, del CCNL 3.11.2005 e per il personale del comparto (infermieri e tecnici di radiologia medica) dall'art. 1 della legge 1/2002 e dall'art. 12 del CCNL 31.7.2009.

L'Azienda ha proceduto nel corso del 2016 al contenimento di tali prestazioni prevedendo una riduzione progressiva delle stesse in ragione del contenimento della spesa sanitaria regionale.

L'Azienda ha provveduto altresì a vigilare sull'utilizzo del fondo relativo al lavoro straordinario, anche attraverso azioni di monitoraggio dei fondi contrattuali e sulla correlazione tra l'utilizzo dello straordinario e quello delle prestazioni aggiuntive.

Si evidenzia che ai sensi dell'art. 55 comma 2 dei contratti sopra indicati, l'istituto di cui trattasi riveste il carattere della eccezionalità e della temporaneità e perciò non può essere utilizzato quale strumento di normale pianificazione delle attività istituzionali. Si ribadisce quindi che esso è orientato alla riduzione delle liste di attesa, in presenza di carenza di organico e di impossibilità anche momentanea di ricoprire i relativi posti con rapporti di lavoro dipendente.

Le prestazioni aggiuntive sono utilizzate solo dopo aver garantito gli obiettivi prestazionali negoziati e sono attivate su formale richiesta dell'Azienda la quale provvederà a definire con le strutture e i dirigenti interessati, nel rispetto del sistema di relazioni sindacali, l'utilizzo di tale istituto.

L'applicazione dell'istituto è soggetta a monitoraggio aziendale con particolare riferimento alla riduzione delle liste di attesa e al progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione intramoenia, come peraltro previsto dalle linee di indirizzo nazionali e regionali.

Rendicontazione economica dell'obiettivo: il costo complessivamente registrato in relazione al predetto obiettivo si è determinato in complessivi euro 506.667,64 (i conti economici 310060106 e 310060405 - ricompresi all'aggregato di spesa afferente al personale dipendente del ruolo sanitario oltre 8,5% Irapp e 23,8%



Oneri sociali (per personale ruolo sanitario, conteggiati su lpa riferita al personale del comparto), forniscono evidenza dei risultati conseguiti, che determinano il costo complessivamente registrato nel valore di euro 552.080.

## 2) TETTI DI SPESA PER LE RISORSE UMANE

l'Azienda è stata interessata anche da obiettivi ulteriori di natura normativa e tra questi, in modo particolare, spicca l'obiettivo relativo al contenimento della spesa di personale dipendente.

Più specificamente, la definizione dell'obiettivo contenuta nella D.G.R. 136/2016 ha previsto che la gestione delle risorse umane per l'anno 2016 è caratterizzata da:

- un'ulteriore contrazione delle risorse finanziarie complessivamente disponibili;
- la prosecuzione del processo di progressiva riduzione dei contratti di lavoro atipici attraverso l'attivazione delle ordinarie modalità di reclutamento del personale per la copertura dei posti vacanti;
- la riorganizzazione aziendale dell'area ospedaliera, che si renderà necessaria ai fini dell'adeguamento agli standard di efficienza ed appropriatezza organizzativa indicati dalla deliberazione della giunta regionale n. 107 in data 29/01/2016;
- l'applicazione delle disposizioni in materia di orario di lavoro di cui all'art. 7 del D.lgs 8 aprile 2003 n. 66, entrata in vigore, per il settore Sanità, il 24 novembre 2015.

Alla luce di quanto sopra sono stati approvati i seguenti limiti di spesa per la gestione del personale nell'anno 2016. Tali limiti di spesa non possono essere superati se non previa rappresentazione delle eventuali sopravvenute esigenze all'Assessorato alla sanità, salute e politiche sociali e previa autorizzazione da parte della Giunta Regionale e non comprendono i maggiori oneri derivanti dai rinnovi dei contratti collettivi nazionali che dovessero intervenire nel corso 2016.

- il limite massimo di spesa per il personale dipendente e non dipendente (con qualunque forma e tipologia contrattuale somministrato, libero professionale, ecc)- compresa irap del personale dipendente, ed esclusa irap personale non dipendente è stato determinato in euro 132.300.000, tale tetto è stato rispettato registrando una spesa complessiva di euro 130.541.120 (un maggior dettaglio è rinvenibile nell'allegato 6 al bilancio di esercizio 2016).

### 1.2 Confronto preventivo/consuntivo e relazione sugli scostamenti

*Relazione sugli scostamenti rispetto ai dati preventivi e consuntivi dell'esercizio precedente.*

*Nota: tutte le tabelle di raffronto relative alla sezione 5.2 vengono rappresentate tenuto conto dei valori delle rimanenze al 31.12 dei rispettivi esercizi contabili. Inoltre non viene rappresentato il dato relativo agli ammortamenti, alle minusvalenze da dismissioni di cespiti ed ai costi capitalizzati, in quanto il costo relativo a tali voci viene interamente sterilizzato e non influisce sul risultato economico dell'esercizio*

Raffronto tra bilancio di previsione 2016 e costi di esercizio 2016

Codice	Descrizione aggregato	+/- %	Prev. 2016	Cons. 2016
31001	Acquisti di esercizio	- 5,2	37.854.011	35.893.249
31002	Manutenzione e riparazione	- 1,1	5.746.897	5.681.068
31003	Costi prestazioni servizi da pubblico	+ 2,6	21.538.297	22.098.468
31004	Costi prestazioni servizi da privato	+0,8	64.484.203	65.029.581
31005	Godimento di beni di terzi	0,0	6.529.929	6.530.092
31006	Personale dipendente ruolo sanitario	+ 0,5	85.731.167	86.190.526
31007	Personale dipendente ruolo professionale	- 0,3	353.162	352.194
31008	Personale dipendente ruolo tecnico	+ 0,4	15.320.187	15.381.042
31009	Personale dipendente ruolo amm.vo	+ 2,3	12.187.448	12.216.485
31010	Spese amm.ve generali (compresa Irap)	- 1,5	15.008.603	14.790.439
31011	Servizi tecnico economici appaltati	- 5,0	12.870.534	12.230.294
31016	Accantonamenti e svalutazione crediti		875.557	2.169.633
31017	Utenze	- 8,2	2.399.274	2.202.046
31501	Oneri finanziari		0	2.495

Codice	Descrizione aggregato	+/- %	Prev. 2016	Cons. 2016
32501	Minusvalenze		0	0
32504	Sopravvenienze e insussistenze		0	678.649
330	Imposte sul reddito		90.000	95.651
<b>Totale (tenuto conto effetto rimanenze)</b>		<b>+ 0,2</b>	<b>280.989.269</b>	<b>281.541.912</b>

#### Raffronto tra bilancio di previsione 2016 e ricavi di esercizio 2016

Codice	Descrizione aggregato	+/- %	Prev. 2016	Cons. 2016
45001	Contributi in conto esercizio	+ 0,2	244.393.600	244.810.390
45002	Proventi e ricavi diversi	+ 0,1	5.364.458	5.367.162
45003	Concorsi e recuperi per attività tipiche	- 13,0	1.707.019	1.484.928
45004	Compartecipazione a spesa per prestazioni sanitarie	- 6,0	8.886.265	8.239.375
45006	Mobilità sanitaria attiva	+ 2,2	20.210.393	20.651.918
46001	Interessi attivi		0	87
46002	Entrate varie	+ 34,2	427.534	559.976
4.65	Rettifiche attività finanziarie		0	0
4.70	Proventi straordinari		0	814.799
4.75	Rettifiche positive		0	0
4.80	Resi su merci		0	0
<b>Totale (al netto rimanenze finali)</b>		<b>+ 0,3</b>	<b>280.989.269</b>	<b>281.928.635</b>

Come è possibile verificare il risultato di esercizio, pari ad utile di esercizio di euro 386.721 deriva dal prodursi di maggiori costi rispetto al bilancio di previsione aziendale (+ 0,2%) a fronte dalla realizzazione di maggiori ricavi complessivi rispetto a quelli previsti (+ 0,3%).

#### Raffronto tra bilancio di consuntivo 2016 e consuntivo 2015

Codice	Descrizione aggregato	+/- %	Cons. 2016	Cons. 2015
31001	Acquisti di esercizio	- 4,9	35.893.249	37.727.053
31002	Manutenzione e riparazione	- 1,3	5.681.068	5.758.364
31003	Costi prestazioni servizi da pubblico	- 0,6	22.098.468	22.237.304
31004	Costi prestazioni servizi da privato	- 5,1	65.029.581	68.550.107
31005	Godimento di beni di terzi	- 3,9	6.530.092	6.794.564
31006	Personale dipendente ruolo sanitario	+0,5	86.190.526	85.747.627
31007	Personale dipendente ruolo professionale	- 6,1	352.194	375.041
31008	Personale dipendente ruolo tecnico	+ 0,4	15.381.042	15.449.086
31009	Personale dipendente ruolo amministrativo	+4,8	12.216.485	11.660.771
31010	Spese amm.ve generali (compresa Irap)	- 4,7	14.790.439	15.526.349
31011	Servizi tecnico economali appaltati	- 8,1	12.230.294	13.310.987
31016	Accantonamenti		2.169.633	376.292
31017	Utenze	- 7,2	2.202.046	2.374.107
31501	Oneri finanziari		2.495	3.542
32501	Minusvalenze		0	0
32504	Sopravvenienze e insussistenze		678.649	506.609
330	Imposte sul reddito		95.651	89.593
<b>Totale (tenuto conto effetto rimanenze)</b>		<b>- 1,7</b>	<b>281.541.912</b>	<b>286.504.947</b>

#### Raffronto ricavi tra bilancio di esercizio 2016 e bilancio di esercizio 2016

Codice	Descrizione aggregato	+/- %	Cons. 2016	Cons. 2015
45001	Contributi in conto esercizio	- 2,4	244.810.390	250.826.728
45002	Proventi e ricavi diversi	+ 5,4	5.367.162	5.092.655
45003	Concorsi e recuperi per attività tipiche	- 3,7	1.484.928	1.541.351

<b>Codice</b>	<b>Descrizione aggregato</b>	<b>+/- %</b>	<b>Cons. 2016</b>	<b>Cons. 2015</b>
45004	Compartecipazione a spesa per prestazioni sanitarie	+ 34,2	8.239.375	6.138.093
45006	Mobilità sanitaria attiva		20.651.918	20.643.642
46001	Interessi attivi		87	165
46002	Entrate varie	- 2,4	559.976	573.785
4.65	Rettifiche attività finanziarie		0	0
4.70	Proventi straordinari		814.799	420.925
4.75	Rettifiche positive		0	0
4.80	Resi su merci		0	0
<b>Totale (al netto rimanenze finali)</b>		<b>- 1,2</b>	<b>281.928.635</b>	<b>285.237.344</b>

Altre comparazioni sono desumibili, in particolare, dagli allegati al bilancio complessivamente considerati che formano l'insieme del bilancio di esercizio 2016.

## CONCLUSIONI

L'esercizio 2016 è stato gestito all'interno di un contesto economico particolare, caratterizzato da una sostanziale conferma di una ormai strutturale contrazione dei finanziamenti regionali rispetto al passato.. La complessità del settore sanitario e la molteplicità degli obiettivi aventi carattere di azione o aventi natura prettamente economica, hanno pertanto imposto la necessità di approfondire le migliori risorse dell'Azienda, oltretutto di attivare tutti gli strumenti a propria disposizione, tra i quali, non ultimi, gli istituti normativi introdotti dal legislatore, quali le disposizioni contenute nella "spending review" e nella legge di stabilità per l'anno 2016. Il tutto nel rispetto di una normativa di settore, in materia di acquisti di beni e servizi, caratterizzata dalla necessità di rispettare vincoli normativi cogenti che non sempre e necessariamente conducono verso risparmi di gestione.

La nota illustrativa al bilancio di previsione 2016 ha a suo tempo evidenziato lo sforzo che la Direzione Strategica aziendale e l'Azienda Usl, in tutte le sue componenti, hanno messo ulteriormente in campo per perseguire un obiettivo difficile ed il cui raggiungimento non poteva non fondarsi sulla più ampia partecipazione e condivisione di intenti. In questa ottica l'Azienda ha operato e continuerà ad operare alla ricerca di ogni forma di strategia economico-gestionale per perseguire la strada della razionalizzazione dei costi e dell'incremento delle risorse, operando, in passato, anche attraverso gruppi di lavoro, appositamente costituiti, che hanno impegnato e impegnano le migliori professionalità aziendali e coniugando la necessità di rispettare i vincoli normativi dettati dal legislatore.

La somma delle azioni complessivamente messe in campo dall'Azienda **ha consentito di raggiungere risultati economici complessivamente molto buoni**, se soltanto si tiene conto delle comparazioni desumibili dalle tabelle di cui sopra, risultati, che come detto sono il frutto di azioni congiunte. L'Azienda è infatti riuscita a raggiungere risultati economico che si reputano obiettivamente eccellenti, considerato il rispetto dei finanziamenti ottenuti, l'ottenimento del risultato economico positivo (la produzione di un utile di esercizio non era assolutamente un elemento scontato) e che, soprattutto, tutti gli aggregati di spesa sono sostanzialmente in riduzione rispetto a pari esercizio 2015 (un esercizio già caratterizzato da una generale contrazione delle risorse e della spesa corrente. Da rimarcare che l'Azienda, inoltre, ha confermato e rispettato tutti i tetti di spesa stabiliti dalla Regione relativamente alle attività complessivamente descritte nel corso della trattazione.

Il confronto tra i dati di bilancio di esercizio 2016 verso il 2015 evidenzia, infatti e con particolare chiarezza, come quasi tutti gli aggregati di spesa si riducano rispetto ai costi registrati nell'esercizio precedente, con una riduzione netta di un ulteriore 1,7% della spesa anno su anno che si somma all'1,9% realizzato nell'anno precedente, riduzione che neutralizza l'effetto dell'ulteriore incidenza dei maggiori costi derivati dall'introduzione di farmaci innovativi per l'eradicazione del virus HCV e, soprattutto, di natura oncologica.

La "partita" farmaci innovativi merita una menzione a se stante.

**Farmaci innovativi** - L'incidenza dei farmaci innovativi è stata ampiamente descritta dall'Azienda all'interno della Nota Illustrativa al bilancio di previsione per l'esercizio 2016, che ha dato atto di come gli anni 2015 prima ed il 2016 poi, siano stato eccezionalmente interessati, per quanto concerne la spesa farmaceutica, dall'introduzione di farmaci caratterizzati dal requisito dell'innovatività. Com'è noto decreto legge 13 settembre 2012, n. 158 "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute" convertito dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, e, in particolare, l'art. 10, comma 2, prevede che, al fine di garantire su tutto il territorio nazionale il rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA), le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sono tenute ad assicurare l'immediata disponibilità agli assistiti dei medicinali a carico del Servizio sanitario nazionale (SSN) erogati attraverso gli ospedali e le aziende sanitarie locali che, a giudizio della Commissione consultiva tecnico-scientifica dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), possiedano, alla luce dei criteri predefiniti dalla medesima Commissione, il requisito della innovatività terapeutica, indipendentemente dall'inserimento nei prontuari terapeutici regionali, come definito dall'articolo 1, comma 1, dell'accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano 18 novembre 2010, n. 197/CSR. Il tema in argomento riguarda, in modo particolare, il regime di rimborsabilità e il prezzo di vendita di specialità medicinali innovative per la terapia contro l'epatite C (da virus HCV), autorizzate con procedura centralizzata della Commissione europea. La Regione si è espressa sull'argomento tramite la deliberazione di Giunta Regionale n. 1104 in data 24 luglio 2015 recante "Approvazione di indicazioni all'Azienda Usl della Valle d'Aosta relativamente all'accesso e all'erogazione a carico del Servizio Sanitario Regionale dei medicinali per la terapia dell'epatite cronica C".

Tramite il predetto provvedimento la Regione ha fornito all'Azienda le seguenti indicazioni generali e specifiche:

- i centri prescrittori deputati alla diagnosi, prescrizione e monitoraggio dei trattamenti con i farmaci innovativi citati all'interno dell'atto sono le strutture Medicina interna, Gastroenterologia e Malattie infettive del Presidio ospedaliero U.Parini;
- i farmaci di cui trattasi devono essere somministrati esclusivamente dalle strutture competenti dell'Azienda Usl e per il numero di confezioni necessarie a coprire l'intero ciclo di trattamento;
- l'accesso ai trattamenti e il crono-programma degli stessi sono autorizzati da una specifica Commissione, all'uopo istituita presso l'Azienda Usl e presieduta dal Direttore sanitario del presidio ospedaliero, che valuta i casi clinici presentati dalle strutture centri prescrittori e, nel rispetto delle indicazioni di eleggibilità e di appropriatezza prescrittiva stabilite dall'AIFA e al fine di garantire la massima accessibilità possibile alle terapie, determina le priorità di trattamento e gli schemi terapeutici da assegnare. A tali fini la Commissione si riunisce regolarmente, con intervalli temporali non superiori a quindici giorni;
- nella determinazione delle priorità di trattamento e degli schemi terapeutici, la Commissione, anche in relazione alle risorse finanziarie complessivamente disponibili sui bilanci dell'Azienda Usl:
- valuta le linee guida nazionali ed internazionali e le modalità operative assunte da altre regioni italiane a fronte delle normative nazionali citate in premessa;
- deve tendere, a parità di efficacia e ferma restando l'attenta valutazione delle esigenze clinico-terapeutiche, a minimizzare il costo del trattamento prescritto, adottando lo schema terapeutico con il miglior costo/opportunità tra i farmaci in commercio in Italia;
- considera prioritariamente i soli casi più gravi e non differibili;
- i centri prescrittori compilano sul portale istituzionale dell'AIFA la scheda raccolta dati informatizzata di arruolamento (che indica i pazienti eleggibili) e le schede di follow-up e di richiesta farmaco, che devono essere compilate nel rispetto delle condizioni negoziali definite dall'AIFA e in aderenza i criteri di eleggibilità e appropriatezza prescrittiva; i centri prescrittori devono presentare alla commissione entro la fine dell'anno 2015 il PDTA (Percorso diagnostico terapeutico assistenziale) per le epatiti croniche con il "braccio" dedicato all'Epatite cronica C, garantendone un aggiornamento continuo, in considerazione della rapida evoluzione della disponibilità di nuovi trattamenti e dell'eventuale immissione in commercio di altri farmaci specifici per tale patologia;
- la commissione ha altresì il mandato di valutare, in collaborazione con i centri prescrittori, la prevalenza dei casi di eleggibilità al trattamento ipotizzabili, sulla base dei criteri AIFA, sul territorio valdostano, e quindi di prevedere la necessità di trattamenti futuri al fine di prevenirne la spesa a valere sul bilancio di esercizio 2016 dell'Azienda USL

La deliberazione regionale prevede, infine, che la Regione subordini il riconoscimento dei costi del trattamento di propri residenti in centri fuori regione alla preventiva autorizzazione rilasciata dall'azienda USL della Valle d'Aosta e quest'ultima subordini i trattamenti di pazienti residenti in altre regioni alla prevista acquisizione dell'autorizzazione rilasciata dalla Regione di provenienza; l'Azienda è inoltre tenuta a monitorare costantemente l'andamento delle prescrizioni e la progressione della spesa, che dovrà trovare copertura nell'ambito dei bilanci dell'Azienda, fatto salvo l'eventuale trasferimento delle risorse provenienti dal Fondo nazionale istituito ai sensi della L. 190/2014, qualora rese disponibili anche alle regioni a statuto speciale.

E' evidente, in linea generale, che risultati economici positivi quale quello rappresentato a bilancio di esercizio 2016, possono prodursi solamente in concomitanza di un finanziamento strutturalmente coerente rispetto alle esigenze ed agli standard quali-quantitativi garantiti dal SSR, mentre accadimenti economici non strutturali possono al più contribuire al raggiungimento del risultato economico positivo, ma non possono costituire, in ragione della loro eccezionalità o non ripetibilità, elementi decisivi per costruire corrette strategie economiche su base durevole. Costanti risultati di esercizio positivi potranno essere raggiunti soltanto continuando il confronto con i competenti organi regionali già intrapreso nel tempo, con l'obbligo da parte dell'Azienda USL di affinare sempre più strumenti e capacità di rappresentazione corretta delle dinamiche dei costi – livelli di attività nonché di ricerca continua dell'appropriatezza e dell'efficienza senza pregiudicare il livello qualitativo e quantitativo dei servizi offerti - ma anche di ricercare congiuntamente soluzioni strategiche atte a consentire politiche sanitarie coerenti con i più generali obiettivi di contenimento della spesa che caratterizzano e caratterizzeranno, come ben noto, sempre di più anche il settore sanitario.

I prossimi esercizi saranno caratterizzati dalla cristallizzazione delle risorse economiche attualmente a disposizione del sistema e pertanto si renderà sempre più necessario definire delle dinamiche di dialogo anticipate e trasparenti, dinamiche che potranno palesare la necessità di intervenire non più e soltanto su quei meccanismi sopra descritti che soli, ad oggi, hanno garantito risultati economici ottimali, bensì la necessità di intervenire sull'organizzazione se non sui livelli dei servizi complessivamente offerti alla cittadinanza.

Risulta di palese evidenza, alla luce di quanto sopra, quanto sia essenziale definire una stima adeguata e condivisa dell'entità del finanziamento iniziale atto a garantire il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza da garantirsi alla popolazione.

### **1.3 Relazione sui costi per livelli essenziali di assistenza e relazione sugli scostamenti**

*Allegare modello ministeriale LA relativo all'esercizio (t) e all'esercizio precedente (t-1). Allegati in fondo alla relazione*

### **1.4 Fatti di rilievo avvenuti dopo la chiusura dell'esercizio**

Non si segnalano fatti di rilievo avvenuti dopo la chiusura dell'esercizio

### **1.5 Proposta di copertura perdita /destinazione dell'utile**

Ai sensi dell'art. 30, comma 1, della l.r. 46/2009, il risultato economico positivo di esercizio registrato costituisce fondo di riserva. Il fondo di riserva è destinato, previa autorizzazione della Giunta regionale, in via prioritaria ai rinnovi e agli adeguamenti contrattuali del personale dipendente e convenzionato, ad investimenti in conto capitale o ad individuati progetti per il recupero di efficienza; altre destinazioni sono ammesse solo in via subordinata e quando non alterino le condizioni prospettiche di equilibrio della gestione.

IL DIRETTORE GENERALE PRO TEMPORE  
(Dr.ssa Marina TUMIATI)