

4. | Attività del Periodo

4.1. | Assistenza Ospedaliera

Nelle tabelle seguenti si riepilogano le prestazioni erogate dai presidi ospedalieri a gestione diretta e dalle Case di Cura Private provvisoriamente accreditate, in favore di cittadini residenti sul territorio della ASL 02, in favore di cittadini regionali residenti fuori ASL, ed in favore dei cittadini residenti fuori regione:

ASSISTENZA OSPEDALIERA: Ricoveri ordinari, peso medio, ricoveri programmati – PP.OO. Pubblici

Presidio Ospedaliero	2016			2017			Scostamento		
	Dimissioni Ricoveri Ordinari	Peso Medio Ricoveri Ordinari	% Ricoveri Programmati	Dimissioni Ricoveri Ordinari	Peso Medio Ricoveri Ordinari	% Ricoveri Programmati	% Dimissioni	% Peso Medio	% Ric. Progr
Chieti	16.807	1,209	33,9%	16.476	1,257	32,3%	-1,97%	4,01%	-6,71%
Lanciano	7.869	1,080	18,3%	7.763	1,079	18,6%	-1,35%	-0,14%	0,21%
Vasto	9.035	1,017	31,3%	8.563	1,022	30,6%	-5,22%	0,46%	-7,49%
Atessa	1.070	0,940	75,6%	925	0,907	80,4%	-13,55%	-3,52%	-8,03%
Guardiagrele	184	0,873	50,5%	0	0	0,0%	-100,00%	-100,00%	-100,00%
Ortona	3.398	1,094	39,6%	3.222	1,107	44,9%	-5,18%	1,17%	7,35%
Totale	38.363	1,123	31,9%	36.949	1,143	31,3%	-3,69%	1,78%	-5,33%

ASSISTENZA OSPEDALIERA: Ricoveri ordinari, peso medio, ricoveri programmati – Case di Cura Private

Casa di Cura Privata	2016			2017			Scostamento		
	Dimissioni Ricoveri Ordinari	Peso Medio Ricoveri Ordinari	% Ricoveri Programmati	Dimissioni Ricoveri Ordinari	Peso Medio Ricoveri Ordinari	% Ricoveri Programmati	% Dimissioni	%Peso Medio	% Ric. Progr
Villa Pini	5	1,320	100,0%	0	0	0,0%	-100,00%	-100,00%	-100,00%
Spatocco	2.478	0,974	99,8%	2.431	0,951	99,9%	-1,90%	-2,40%	-1,78%
S.Francesco	274	1,034	100,0%	275	1,021	100,0%	0,36%	-1,23%	0,36%
Totale	2.757	0,981	99,8%	2.706	0,958	99,9%	-1,85%	-2,34%	-1,74%

ASSISTENZA OSPEDALIERA: Ricoveri ordinari, diurni, acuti e post-acuti - PP.OO. pubblici

Presidi Ospedalieri	Anno 2016	Anno 2017
Ricoveri Ordinari Chirurgici	13.141	12.631
Ricoveri Ordinari Medici (Senza Riab. e Lung.)	24.071	23.175
Ricoveri DS	5.240	5.019
Ricoveri DH	3.899	3.757
Totale Ricoveri Acuti	46.351	44.582
Ricoveri Riabilitazione	373	396
Ricoveri Lungodegenza	772	740
Totale Ricoveri Riabilitaz. + Lungodeg.	1.145	1.136
ricovero DRG n.a.	9	9

2017

Totale Ricoveri	47.505	45.727
------------------------	---------------	---------------

ASSISTENZA OSPEDALIERA: Ricoveri ordinari, diurni, acuti e post-acuti - Case di Cura private

Case di Cura Private Accreditate	Anno 2016	Anno 2017
Ricoveri Ordinari Chirurgici	49	44
Ricoveri Ordinari Medici (Senza Riab. e Lung.)	1.438	1.406
Ricoveri DS	25	0
Ricoveri DH	358	306
Totale Ricoveri Acuti	1.870	1.756
Ricoveri Riabilitazione	1.270	1.256
Ricoveri Lungodegenza	0	0
Totale Ricoveri Riabilitaz. + Lungodeg.	1.270	1.256
Totale Ricoveri	3.140	3.012

ASSISTENZA OSPEDALIERA: Ricoveri ordinari e Percentuale alto rischio di inapproprietezza-PP.OO. Pubblici

Anno 2017					
Presidio Ospedaliero	Dimissioni Ricoveri Ordinari	DRG ARI (alto rischio inapproprietezza)	% ARI	% Dimessi Ordinari su totale asl ordinari	% ARI Presidio su ARI tot Asl
Chieti	16.476	1.369	8,31%	44,59%	56%
Lanciano	7.763	432	5,56%	21%	18%
Vasto	8.563	384	4,48%	23%	16%
Atessa	925	7	0,76%	3%	0%
Ortona	3.222	232	7,20%	9%	10%
Totale	36.949	2.424	6,56%	100%	100%

ASSISTENZA OSPEDALIERA: Ricoveri ordinari e Percentuale alto rischio di inapproprietezza-Case di Cura Priv.

Anno 2017					
Casa di Cura Privata	Dimissioni Ricoveri Ordinari	DRG ARI (alto rischio inapproprietezza)	% ARI	% Dimessi Ordinari su totale asl ordinari	% ARI Presidio su ARI tot Asl
Spatocco	2.431	298	12,26%	90%	100%
S.Francesco	275	0	0,00%	10%	0%
Totale	2.706	298	11,01%	100%	100%

RELAZIONE SULLA GESTIONE

279

2017

ASSISTENZA OSPEDALIERA: Ricoveri Ordinari per Disciplina -PP.OO. Pubblici

Dimessi da File SDO - Regime di Ricovero Ordinario			2016			2017		
Presidio Pubblico	Codice e Descrizione Unità Operativa Dimissione		Dimessi da Ricovero Ordinario	Giornate di Degenza	Importo	Dimessi da Ricovero Ordinario	Giornate di Degenza	Importo
CHIETI	0701	Cardiochirurgia	441	7.994	7.866.581,46	462	7.842	8.239.627,91
CHIETI	0804	Cardiologia	1.208	8.689	6.935.484,17	1.218	8.673	7.128.969,18
CHIETI	0902	Clinica Chirurgica	749	7.341	4.030.161,71	791	7.411	4.555.662,34
CHIETI	0903	Patologia Chirurgica	601	5.353	3.379.067,95	658	5.281	4.659.214,20
CHIETI	0904	Terapia del dolore	35	192	176.972,20	37	66	171.810,01
CHIETI	0909	Chirurgia Multidisciplinare Generale	134	1.334	1.387.332,41			
CHIETI	0910	Chirurgia Multidisciplinare Maxillofaciale	15	29	51.712,93			
CHIETI	0943	Chirurgia Multidisciplinare Urologica	322	1.740	1.665.320,51	6	54	23.425,90
CHIETI	1401	Chirurgia vascolare	424	2.045	2.629.704,98	505	2.027	3.056.290,70
CHIETI	2401	Clinica Malattie infettive	405	3.268	2.120.285,93	389	3.471	2.135.971,81
CHIETI	2603	Clinica Medica	1.078	11.235	3.625.027,93	1.233	11.215	3.972.803,35
CHIETI	2604	Programma di Cure ad ind. Geriatrico	1.290	11.889	4.196.181,71	1.428	12.301	4.380.180,57
CHIETI	2901	Clinica Nefrologica	377	2.683	1.505.934,87	379	2.695	1.575.120,68
CHIETI	3101	Nido	1.600	3.975	904.897,24	1.335	3.296	746.390,20
CHIETI	3201	Clinica Neurologica	617	5.480	2.121.387,33	575	5.077	1.973.976,23
CHIETI	3402	Clinica Oftalmologica	274	832	385.257,83	275	916	394.772,28
CHIETI	3601	Clinica Ortopedica	967	5.340	4.866.272,53	1.018	5.778	5.010.622,78
CHIETI	3701	Clinica Ostetrico-Ginecologica	2.892	10.350	4.984.866,52	2.475	9.377	4.311.849,84
CHIETI	3801	Clinica Otorinolaringoiatrica	196	1.212	721.115,41	238	1.341	798.989,53
CHIETI	3901	Clinica Pediatrica	1.259	6.129	1.711.308,71	1.194	5.803	1.493.274,31
CHIETI	4301	Clinica Urologica	251	1.542	849.246,48	798	4.125	3.380.945,60
CHIETI	4302	Calcolosi Urinaria	143	303	511.181,98		0	
CHIETI	4901	Rianimazione Terapia Intensiva	152	1.982	2.354.776,26	173	2.480	2.244.069,94
CHIETI	4902	Terapia Intensiva Cardiochirurgica	28	652	930.620,98	38	924	1.117.703,17
CHIETI	5001	U.T.I.C.	82	504	313.626,08	107	671	431.334,70

RELAZIONE SULLA GESTIONE

200

2017

CHIETI	6201	Neonatologia	738	5.427	5.290.652,52	642	5.666	5.032.653,04
CHIETI	6801	Pneumologia	503	6.312	2.028.843,25	482	6.045	2.049.442,12
CHIETI	7301	Terapia intensiva neonatale	26	445	133.245,34	20	262	107.341,30
LANCIA NO	0801	Cardiologia	488	3.853	2.656.149,33	540	3.619	2.529.239,53
LANCIA NO	0901	Chirurgia Generale	822	5.936	4.311.461,58	853	6.218	4.465.614,91
LANCIA NO	1001	Chirurgia maxillofacciale-ORL	148	428	409.047,29	193	656	546.777,73
LANCIA NO	2101	Geriatria	49	457	168.928,76	4	40	14.118,25
LANCIA NO	2601	Medicina Generale	1.261	10.344	4.402.752,17	1.483	10.683	5.222.810,78
LANCIA NO	3001	Neurochirurgia	71	374	451.002,45	45	186	296.562,33
LANCIA NO	3101	Nido	683	2.713	1.073.331,39	586	2.376	693.103,30
LANCIA NO	3201	Neurologia	773	4.652	2.826.017,16	685	4.217	2.493.128,17
LANCIA NO	3401	Oculistica	47	118	73.580,74	65	184	87.337,51
LANCIA NO	3601	Ortopedia eTraum.	920	6.738	4.751.467,44	911	6.758	4.429.803,69
LANCIA NO	3701	Ostetricia e Ginecologia	873	3.336	1.496.045,37	770	2.709	1.329.376,30
LANCIA NO	3901	Pediatria	801	3.005	1.189.677,24	766	3.164	1.106.378,68
LANCIA NO	4001	Psichiatria	505	4.225	922.374,99	471	4.103	843.552,78
LANCIA NO	4301	Urologia	148	588	381.781,42	155	533	395.519,53
LANCIA NO	4901	Terapia Intensiva	86	1.178	1.472.073,68	98	1.477	1.225.878,51
LANCIA NO	5001	U.T.I.C.	165	719	512.366,66	138	676	514.034,54
LANCIA NO	6001	Lungodegenza (Medicina)	19	799	121.259,60			
LANCIA NO	6002	Lungodegenza (Geriatria)	10	401	61.754,00			
VASTO	0801	Cardiologia	323	1.954	1.464.369,85	347	2.167	1.466.509,49
VASTO	0901	Chirurgia Generale	759	4.541	3.317.725,11	661	4.383	3.172.412,31
VASTO	2101	Geriatria	734	6.037	2.331.085,74	715	6.195	2.289.513,51
VASTO	2401	Malattie Infettive	370	2.944	1.549.312,45	350	3.134	1.505.193,34
VASTO	2601	Medicina Generale	577	5.085	1.931.565,76	594	5.503	1.964.668,50
VASTO	2901	Nefrologia	109	969	388.005,80	134	1.231	471.036,39
VASTO	3101	Nido	867	2.991	1.055.115,24	818	2.730	1.077.690,79
VASTO	3201	Neurofisiopatologia	321	2.554	1.228.929,22	345	2.836	1.237.733,34
VASTO	3601	Ortopedia e Traum.	907	5.017	4.234.290,47	952	5.231	4.362.015,36

CAPITOLO QUARTO

RELAZIONE SULLA GESTIONE

201

2017

VASTO	3701	Ostetricia e Ginecologia	1.298	4.994	2.256.213,00	1.184	4.559	2.088.757,18
VASTO	3801	Otorinolaringoiatria	287	620	584.778,94	283	627	597.687,25
VASTO	3901	Pediatria	642	1.985	902.710,81	594	1.927	850.494,54
VASTO	4301	Urologia	1.128	4.630	4.014.428,93	987	4.098	3.451.344,07
VASTO	4901	Terapia Intensiva	56	1.139	820.270,18	70	1.344	957.743,63
VASTO	5001	U.T.I.C.	66	185	124.479,63	45	150	118.406,29
VASTO	5801	Gastroenterologia	379	2.479	1.288.362,54	281	1.951	939.168,33
VASTO	6001	Lungodegenza	212	3.166	487.379,20	203	2.749	423.346,00
ATESSA	2601	Medicina Generale	305	2.709	967.457,38	225	2.131	729.109,52
ATESSA	5601	Riabilitazione	373	5.831	1.432.973,15	396	5.824	1.425.893,62
ATESSA	6001	Lungodegenza	392	6.231	959.327,60	304	5.366	826.179,20
GUARDI AGRELE	2101	Geriatria	51	1.016	153.261,79			
GUARDI AGRELE	2601	Medicina Generale	40	659	108.780,48			
GUARDI AGRELE	6001	Lungodegenza	93	3.535	526.033,20			
ORTONA	0901	Chirurgia generale ind. onc.	537	3.398	2.492.381,89	493	3.222	2.111.758,46
ORTONA	0902	Chirurgia-Senologica	470	1.067	1.344.202,13	370	835	1.094.322,31
ORTONA	2101	Geriatria	747	4.924	2.181.080,87	764	5.253	2.023.872,98
ORTONA	2601	Medicina Generale	799	4.646	2.266.077,30	724	4.506	1.831.429,81
ORTONA	3601	Ortopedia e traum.	204	392	902.026,96	158	327	817.238,11
ORTONA	3703	Ginecologia oncologica	350	933	1.273.443,23	457	1.175	1.784.428,58
ORTONA	3801	Otorinolaringoiatria	40	40	71.611,18	23	23	37.941,81
ORTONA	3901	Pediatria	205	996	304.093,69		0	
ORTONA	6001	Lungodegenza	46	1.097	168.568,40	233	6.225	954.954,00
Totale			38.363	252.905	138.088.480	36.949	246.098	135.796.526

RELAZIONE SULLA GESTIONE

232

2017

ASSISTENZA OSPEDALIERA: Ricoveri Ordinari per Disciplina - Case di Cura private

Dimessi da File SDO - Regime di Ricovero Ordinario			2016			2017		
Casa di Cura	Codice e Descrizione Unità Operativa Dimissione		Dimessi Ricovero Ordinario	Giornate Degenza	Importo	Dimessi Ricovero Ordinario	Giornate Degenza	Importo
Casa di Cura Villa Pini	5601	Riabilitazione	2	63	16.776,27			
Casa di Cura Villa Pini	5603	Riabilitazione	3	67	16.153,03			
Casa di Cura Spatocco	0800	Cardiologia	283	2.810	802.511,21	268	2.572	756.702,84
Casa di Cura Spatocco	0900	Chirurgia	13	106	61.470,32			
Casa di Cura Spatocco	2100	Geriatria	521	5.472	1.431.982,22	411	4.205	1.105.534,70
Casa di Cura Spatocco	2600	Medicina	407	3.690	1.039.231,10	471	3.926	1.114.016,22
Casa di Cura Spatocco	3200	Neurologia	229	2.081	608.252,72	257	2.142	657.587,85
Casa di Cura Spatocco	3600	Ortopedia e Traumatologia	34	137	232.626,80			
Casa di Cura Spatocco	5600	Riabilitazione	991	21.320	5.200.238,56	981	23.067	5.654.256,88
Casa di Cura Spatocco	5900					43	43	0,00
Casa di Cura San Francesco	5600	Riabilitazione	274	6.861	1.660.461,70	275	6.756	1.651.579,06
Totale			2.757	42.607	11.069.703,93	2.706	42.711	10.939.677,55
Totale complessivo (pubblico+privato)			41.120	295.512	149.158.184	39.655	288.809	146.736.204

ASSISTENZA OSPEDALIERA: Ricoveri Diurni per Disciplina - PP.OO. Pubblici

Dimessi da File SDO - Regime di Ricovero Diurno			Anno 2016			Anno 2017		
Presidio Pubblico	Codice e Descrizione Unità Operativa Dimissione		N° dimissioni - Ric. Diurni	Accessi (n° giorni dh)	Importo	N° dimissioni - Ric. Diurni	Accessi (n° giorni dh)	Importo
CHIETI	0101	Allergologia	471	1.170	164.287,04	342	793	113.649,67
CHIETI	0804	Cardiologia	267	267	307.639,51	217	217	241.999,61
CHIETI	0902	Clinica Chirurgica	225	225	64.503,77	145	145	41.406,40
CHIETI	0903	Patologia Chirurgica	16	16	7.660,78	60	60	31.236,11
CHIETI	0904	Terapia del dolore	239	642	276.864,28	272	607	259.142,92
CHIETI	1401	Chirurgia vascolare	25	25	40.552,59	75	75	111.433,38
CHIETI	2401	Clinica Malattie infettive	242	1.616	422.813,24	249	1.667	436.165,76

RELAZIONE SULLA GESTIONE

233

2017

CHIETI	2603	Clinica Medica	5	9	2.152,81	5	12	2.352,24
CHIETI	2604	Programma di Cure ad ind. Geriatrico	29	142	28.531,48	23	120	23.829,76
CHIETI	2605	Ecografia Internistica	67	263	48.015,24	52	217	39.843,21
CHIETI	2901	Clinica Nefrologica	28	174	44.952,12	42	237	64.959,80
CHIETI	3201	Clinica Neurologica	335	2.111	398.901,61	257	461	92.718,29
CHIETI	3402	Clinica Oftalmologica	289	458	378.438,85	279	491	364.013,77
CHIETI	3601	Clinica Ortopedica	125	125	192.411,74	107	107	168.946,44
CHIETI	3701	Clinica Ostetrico-Ginecologica	435	435	450.513,10	425	425	364.990,97
CHIETI	3801	Clinica Otorinolaringoiatrica	200	200	202.444,65	209	209	220.206,90
CHIETI	3901	Clinica Pediatrica	257	326	57.283,99	193	275	48.641,22
CHIETI	4301	Clinica Urologica	14	14	12.579,93	226	594	346.511,25
CHIETI	4302	Calcolosi Urinaria	208	636	391.801,25			
CHIETI	5201	Clinica Dermatologica	142	1.017	249.467,56	72	620	150.642,86
CHIETI	5801	Gastroenterologia	22	228	54.093,00	25	25	9.080,48
CHIETI	6201	Neonatologia	27	27	5.607,99	31	31	5.000,80
CHIETI	6401	Clinica Oncologica	60	717	251.939,93	93	1.035	360.882,94
CHIETI	6801	Pneumologia	171	394	99.996,22	149	327	73.214,96
CHIETI	7001	Radioterapia	3	33	11.948,97	5	50	18.104,50
LANCIANO	0901	Chirurgia Generale	281	281	343.777,38	191	191	248.121,54
LANCIANO	0902	Chirurgia	22	22	5.971,30	25	25	7.624,46
LANCIANO	1001	Chirurgia maxillofacciale-ORL	198	198	290.197,58	186	186	286.519,85
LANCIANO	3001	Neurochirurgia	16	16	32.844,68	5	5	6.401,51
LANCIANO	3201	Neurologia	102	838	160.402,93	88	494	94.082,75
LANCIANO	3401	Oculistica	53	53	57.847,91	68	68	79.174,61
LANCIANO	3601	Ortopedia eTraum.	220	220	308.693,15	164	164	254.405,05
LANCIANO	3701	Ostetricia e Ginecologia	347	347	394.290,57	333	333	356.522,58
LANCIANO	3901	Pediatria	95	95	17.322,55	118	327	57.786,76
LANCIANO	4301	Urologia	98	256	134.010,76	182	346	219.058,18
LANCIANO	6401	Oncologia	2	58	21.001,22			
VASTO	0901	Chirurgia Generale	399	399	482.364,10	385	385	473.932,83
VASTO	0902	Medicina perioperatoria	106	106	44.984,44	161	161	73.036,01

2017

		DS/WS						
VASTO	2101	Geriatrics	139	580	92.203,97	132	541	103.576,04
VASTO	2401	Malattie Infettive	147	781	173.677,94	126	605	131.027,26
VASTO	3201	Neurofisiopatologia	17	106	11.887,02	20	131	23.150,51
VASTO	3401	Oculistica	3	3	2.913,09	17	17	16.507,51
VASTO	3601	Ortopedia e Traum.	200	200	328.772,48	189	189	308.491,94
VASTO	3701	Ostetricia e Ginecologia	368	368	404.619,91	348	348	372.980,20
VASTO	3801	Otorinolaringoiatria	144	144	225.102,03	150	150	226.682,00
VASTO	4001	Psichiatria	135	2.020	306.431,08	103	1.688	259.119,87
VASTO	4301	Urologia	191	197	229.913,90	127	127	181.640,49
VASTO	4901	Terapia Intensiva	4	4	3.096,84	6	6	6.129,73
VASTO	5801	Gastroenterologia	140	675	151.754,09	115	529	116.748,11
ATESSA	2601	Medicina Generale	11	11	2.599,02	5	58	13.311,51
ORTONA	0901	Chirurgia generale ind. onc.	189	189	202.671,68	238	238	220.177,93
ORTONA	0902	Chirurgia-Senologica	323	323	412.213,49	438	438	581.912,82
ORTONA	2601	Medicina Generale	100	100	228.732,84	76	76	171.096,89
ORTONA	3601	Ortopedia e traum.	68	68	116.059,41	120	120	211.226,70
ORTONA	3702	FIVET	568	568	796.642,72	513	513	719.503,02
ORTONA	3703	Ginecologia oncologica	271	271	340.265,98	246	246	294.202,04
ORTONA	3801	Otorinolaringoiatria	170	170	206.162,39	159	159	194.230,08
ORTONA	5201	Dermatologia	113	113	204.784,62	191	452	298.415,26
Totale			9.142	21.050	10.899.614	8.778	18.116	10.195.770

ASSISTENZA OSPEDALIERA: Ricoveri Diurni per Disciplina -Case di Cura private

Dimessi da File SDO - Regime di Ricovero Diurno		Anno 2016			Anno 2017		
Casa di Cura	Codice e Descrizione Unità Operativa Dimissione	N° dimissioni - Ric. Diurni	Accessi (n° giorni dh)	Importo	N° dimissioni - Ric. Diurni	Accessi (n° giorni dh)	Importo
Casa di Cura Spatocco	0800 Cardiologia	254	507	99.551,41	202	388	77.297,63
Casa di Cura Spatocco	0900 Chirurgia	25	25	28.888,84			
Casa di Cura Spatocco	2100 Geriatria	17	52	9.574,17	12	42	7.732,88
Casa di Cura Spatocco	2600 Medicina	86	179	38.608,17	89	207	42.328,64
Casa di Cura Spatocco	3200 Neurologia				3	3	611,85
Casa di Cura Spatocco	3600 Ortopedia e Traumatologia	1	1	1.464,01			
Totale		383	764	178.086,60	306	640	127.971,00
TOTALE Complessivo (pubblico+privato)		9.525	21.814	11.077.701	9.084	18.756	10.323.741



VALORI DI PRODUZIONE E DI MOBILITA' ATTIVA INTRA ED EXTRAREGIONALE - PP.OO. Pubblici

	Anno 2016		Anno 2017		Scostamento 2017 - 2016	
	Dimissioni	Importo	Dimissioni	Importo	% Dimissioni	% Importo
Ospedali pubblici						
Valore per ricoveri Ordinari erogati a residenti	28.988	104.063.684,21	28.357	103.515.545,99	-2,18%	-0,53%
Valore per Ricoveri Diurni erogati a residenti	6.081	7.320.760,10	5.818	6.921.856,59	-4,32%	-5,45%
Valore per Ricoveri Ordinari erogati intra Regione	6.147	22.088.491,29	5.559	20.635.100,56	-9,57%	-6,58%
Valore per Ricoveri Diurni erogati intra Regione	2.189	2.610.360,07	2.072	2.296.645,75	-5,34%	-12,02%
Valore per Ricoveri Ordinari erogati extra Regione	3.226	11.878.828,76	3.030	11.637.875,80	-6,08%	-2,03%
Valore per Ricoveri Diurni erogati extra Regione	871	967.421,38	887	975.068,50	1,84%	0,79%
Totale	47.502	148.929.545,81	45.723	145.982.093,19	-3,75%	-1,98%

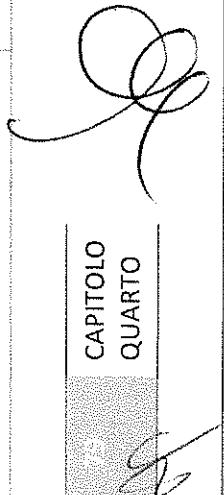
VALORI DI PRODUZIONE E DI MOBILITA' ATTIVA INTRA ED EXTRAREGIONALE - Case di Cura Private

	Anno 2016		Anno 2017		Scostamento 2017 - 2016	
	Dimissioni	Importo	Dimissioni	Importo	% Dimissioni	% Importo
Case di Cura Privata Accreditate						
Valore per ricoveri Ordinari erogati a residenti	1.885	7.628.868,39	1.837	7.573.231,91	-2,55%	-0,73%
Valore per Ricoveri Diurni erogati a residenti	284	128.440,09	223	94.484,92	-21,48%	-26,44%
Valore per Ricoveri Ordinari erogati intra Regione	503	1.853.760,88	507	1.758.750,69	0,80%	-5,13%
Valore per Ricoveri Diurni erogati intra Regione	88	40.363,58	74	29.240,08	-15,91%	-27,56%
Valore per Ricoveri Ordinari erogati extra Regione	369	1.587.074,66	362	1.607.694,95	-1,90%	1,30%
Valore per Ricoveri Diurni erogati extra Regione	11	9.282,93	9	4.246,00	-18,18%	-54,26%
Totale	3.140	11.247.790,53	3.012	11.067.648,55	-4,08%	-1,60%

VALORI DI PRODUZIONE E DI MOBILITA' ATTIVA INTRA ED EXTRAREGIONALE

	Anno 2016		Anno 2017		Scostamento 2017 - 2016	
	Dimissioni	Importo	Dimissioni	Importo	% Dimissioni	% Importo
Totale Pubblico+Privato	50.642	160.177.336,34	48.735	157.049.741,74	-3,77%	-1,95%

CAPITOLO
QUARTO



RELAZIONE SULLA GESTIONE

2017

4.2. | Assistenza Territoriale :

Prestazioni di specialistica ambulatoriale : valori di produzione, di mobilità intraregionale ed extraregionale - PP.OO. Pubblici

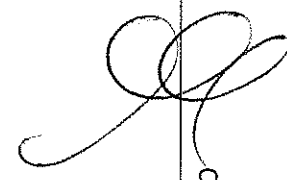
Erogatore Privato	2016						2017					
	ASL 201	ASL 203	ASL 204	AUTOCONSUMO	EXTRAREGIONE	2016 TOTALE	ASL 201	ASL 203	ASL 204	AUTOCONSUMO	EXTRAREGIONE	2017 TOTALE
ATI BIONALISI S.r.l.							252,89	1.578,31	100,42	184.729,56	25.099,86	211.761,04
Casa di Cura Spatocco - Synergo	10.411,47	312.290,41	11.923,49	1.818.623,65	26.177,73	2.179.426,75	12.905,75	352.159,17	12.123,70	1.882.826,70	31.219,56	2.291.234,88
Centro Diagnostico Dace	146,19	5.276,44	20,80	110.998,19	147,90	116.589,52		5.153,94		113.679,45	64,09	118.897,48
Centro Medico Chieti		83,16	35,46	8.095,76		8.214,38		78,86		6.256,41		6.335,27
Centro Oculistico Santa Lucia	49,07	578,97		77.706,73	3.529,30	81.864,07	41,32	82,64		78.293,79	3.765,66	82.183,41
CONSORZIO GRADAN							53,77	370,11	42,07	219.482,07	1.264,93	221.212,95
Dott. Antonio Di Prinzio				53.925,57		53.925,57				54.646,72		54.646,72
Dott. Ugo D'ascenzo				18.118,66		18.118,66				17.298,55		17.298,55
Fondazione P.A. Milano (fisioterapia)				138.027,98	6.933,79	144.961,77	290,76			140.230,89	4.828,33	145.349,98
Ist. Diagnostico Italiano Madonna del Ponte	10.180,21	42.220,29	14.075,17	1.259.532,75	28.219,14	1.354.227,56	8.483,82	34.687,39	6.882,02	1.235.419,76	24.809,12	1.310.282,11
Lab. Analisi Acetoso	52,44	1.473,23	38,49	76.088,11	432,13	78.084,40		1.461,45		78.179,14	411,74	80.052,33
Lab. Analisi Altosangro	542,13	321,62	176,27	205.471,61	4.250,68	210.762,31						0,00
Lab. Analisi Biol. Fara F. Petri		242,54		36.157,37	161,85	36.561,76						0,00
Lab. Analisi Bios	365,51	484,15		85.471,25	179,61	86.500,52	62,63	818,25		83.761,04	280,90	84.922,82
Lab. Analisi C.M.A.V.	302,54	200,99	82,78	102.066,70	720,19	103.373,20						0,00
Lab. Analisi Di Perna & F.		180,18		28.843,11	88,13	29.111,42						0,00

CAPITOLO QUARTO

RELAZIONE SULLA GESTIONE

2017

Lab. Analisi Di Rocco e Tarquinio					17.875,73	104,67	17.980,40			20,67	15.465,90	135,00	15.621,57
Lab. Analisi Fleming		6.905,72	5,75		41.992,71	311,46	49.215,64						0,00
Lab. Analisi Frentano	33,70	30,31			71.640,49	623,29	72.327,79						0,00
Lab. Analisi Gram		79,05	55,88		145.225,95	12.362,49	157.723,37	20,80	56,23	95,97	157.300,38	9.579,09	167.052,47
Lab. Analisi Mantux	169,81	150,79	21,61		132.435,52	563,22	133.340,95						0,00
Lab. Analisi Mendel	203,85	11.981,86	492,00		55.139,26	2.258,45	70.075,42						0,00
Lab. Analisi Petraghani	55,96	1.903,81			58.615,66	566,07	61.141,50	39,96	2.006,42		64.768,00	250,80	67.065,18
Lab. Analisi R.I.A.		355,29			51.126,01	1.985,68	53.466,98		26,55		59.541,41	4.631,32	64.199,28
Lab. Analisi U.Fanci	38,01	402,63	104,91		78.733,74	973,33	80.252,62	138,94	324,14		79.442,65	690,33	80.596,06
Lab. Belluzzi Dr.Muzio		524,53			21.009,89	280,15	21.814,57		280,10		19.744,84	273,53	20.298,47
Lab. Bioanalisi	436,59	359,54	113,39		204.215,38	40.576,60	245.701,50				53.688,59	12.675,42	66.364,01
Lab. Histonium	83,97	326,92	240,33		161.135,77	13.823,76	175.610,75		144,79	111,95	160.737,46	8.222,34	169.216,54
Lab. PreciLab	188,58	190,72	290,07		241.124,80	15.453,30	257.247,47	357,84	252,00	158,52	243.002,03	16.087,20	259.857,59
Lab. Salus			28,18		15.818,57	212,34	16.059,09		21,53		16.701,63	331,12	17.054,28
Labor. Analisi Galeno	58,46	686,69	13,16		89.760,20	1.404,74	91.923,25	5,75	719,14		92.334,99	1.033,55	94.093,43
Poliambulatorio S. Giuseppe	191,60	104,58			412.128,72	24.612,37	437.037,27	553,57	140,47	35,89	402.545,08	25.802,33	429.077,34
Villa Pini d'Abruzzo	23.428,15	1.154.737,67			2.529.690,62	41.714,89	3.749.571,33	21.850,21	1.097.915,68	38.744,30	2.569.623,87	38.764,33	3.766.898,39
Villa Romina	192,60	226,18	37.445,26		65.318,01	366,16	103.548,21				17.810,40	678,08	18.488,48
TOTALE	47.130,84	1.542.318,27	65.163,00		8.412.114,47	229.033,42	10.295.760,00	45.058,01	1.498.277,17	58.315,51	8.047.511,31	210.898,63	9.860.060,63



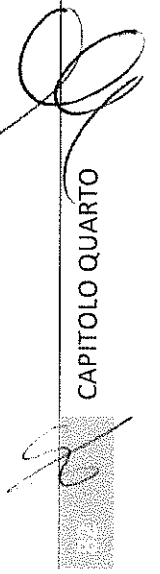
CAPITOLO QUARTO

RELAZIONE SULLA GESTIONE

2017

Prestazioni di specialistica ambulatoriale : valori di produzione, di mobilità intraregionale ed extraregionale – Case di Cura Private

Erogatore Privato	2016					2017						
	ASL 201	ASL 203	ASL 204	AUTOCONSUMO	EXTRAREGIONE	2016 TOTALE	ASL 201	ASL 203	ASL 204	AUTOCONSUMO	EXTRAREGIONE	2017 TOTALE
ATI BIONALISI S.r.l.							252,89	1.578,31	100,42	184.729,56	25.099,86	211.761,04
Casa di Cura Spatocco - Synergo	10.411,47	312.290,41	11.923,49	1.818.623,65	26.177,73	2.179.426,75	12.905,75	352.159,17	12.123,70	1.882.826,70	31.219,56	2.291.234,88
Centro Diagnostico Dace	146,19	5.276,44	20,80	110.998,19	147,90	116.589,52		5.153,94		113.679,45	64,09	118.897,48
Centro Medico Chieti		83,16	35,46	8.095,76		8.214,38		78,86		6.256,41		6.335,27
Centro Oculistico Santa Lucia	49,07	578,97		77.706,73	3.529,30	81.864,07	41,32	82,64		78.293,79	3.765,66	82.183,41
CONSORZIO GRADAN							53,77	370,11	42,07	219.482,07	1.264,93	221.212,95
Dott. Antonio Di Prinzio				53.925,57		53.925,57				54.646,72		54.646,72
Dott. Ugo D'ascenzo				18.118,66		18.118,66				17.298,55		17.298,55
Fondazione P.A. Milano (fisioterapia)				138.027,98	6.933,79	144.961,77	290,76			140.230,89	4.828,33	145.349,98
Ist. Diagnostico Italiano Madonna del Ponte	10.180,21	42.220,29	14.075,17	1.259.532,75	28.219,14	1.354.227,56	8.483,82	34.687,39	6.882,02	1.235.419,76	24.809,12	1.310.282,11
Lab. Analisi Acetoso	52,44	1.473,23	38,49	76.088,11	432,13	78.084,40		1.461,45		78.179,14	411,74	80.052,33
Lab. Analisi Altosangro	542,13	321,62	176,27	205.471,61	4.250,68	210.762,31						0,00
Lab. Analisi Biol. Fara F. Petri		242,54		36.157,37	161,85	36.561,76						0,00
Lab. Analisi Bios	365,51	484,15		85.471,25	179,61	86.500,52	62,63	818,25		83.761,04	280,90	84.922,82
Lab. Analisi C.M.A.V.	302,54	200,99	82,78	102.066,70	720,19	103.373,20						0,00
Lab. Analisi Di Perna & F.		180,18		28.843,11	88,13	29.111,42						0,00


CAPITOLO QUARTO

RELAZIONE SULLA GESTIONE

2017

Lab. Analisi Di Rocco e Tarquinio				17.875,73	104,67	17.980,40			20,67	15.465,90	135,00	15.621,57
Lab. Analisi Fleming		6.905,72	5,75	41.992,71	311,46	49.215,64						0,00
Lab. Analisi Frentano	33,70	30,31		71.640,49	623,29	72.327,79						0,00
Lab. Analisi Gram		79,05	55,88	145.225,95	12.362,49	157.723,37	20,80	56,23	95,97	157.300,38	9.579,09	167.052,47
Lab. Analisi Mantux	169,81	150,79	21,61	132.435,52	563,22	133.340,95						0,00
Lab. Analisi Mendel	203,85	11.981,86	492,00	55.139,26	2.258,45	70.075,42						0,00
Lab. Analisi Petraghani	55,96	1.903,81		58.615,66	566,07	61.141,50	39,96	2.006,42		64.768,00	250,80	67.065,18
Lab. Analisi R.I.A.		355,29		51.126,01	1.985,68	53.466,98		26,55		59.541,41	4.631,32	64.199,28
Lab. Analisi U.Fanci	38,01	402,63	104,91	78.733,74	973,33	80.252,62	138,94	324,14		79.442,65	690,33	80.596,06
Lab. Belluzzi Dr. Muzio		524,53		21.009,89	280,15	21.814,57		280,10		19.744,84	273,53	20.298,47
Lab. Bioanalisi	436,59	359,54	113,39	204.215,38	40.576,60	245.701,50				53.688,59	12.675,42	66.364,01
Lab. Histonium	83,97	326,92	240,33	161.135,77	13.823,76	175.610,75		144,79	111,95	160.737,46	8.222,34	169.216,54
Lab. Precilab	188,58	190,72	290,07	241.124,80	15.453,30	257.247,47	357,84	252,00	158,52	243.002,03	16.087,20	259.857,59
Lab. Salus			28,18	15.818,57	212,34	16.059,09		21,53		16.701,63	331,12	17.054,28
Labor. Analisi Galeno	58,46	686,69	13,16	89.760,20	1.404,74	91.923,25	5,75	719,14		92.334,99	1.033,55	94.093,43
Poliambulatorio S. Giuseppe	191,60	104,58		412.128,72	24.612,37	437.037,27	553,57	140,47	35,89	402.545,08	25.802,33	429.077,34
Villa Pini d'Abruzzo	23.428,15	1.154.737,67		2.529.690,62	41.714,89	3.749.571,33	21.850,21	1.097.915,68	38.744,30	2.569.623,87	38.764,33	3.766.898,39
Villa Romina	192,60	226,18	37.445,26	65.318,01	366,16	103.548,21				17.810,40	678,08	18.488,48
TOTALE	47.130,84	1.542.318,27	65.163,00	8.412.114,47	229.033,42	10.295.760,00	45.058,01	1.498.277,17	58.315,51	8.047.511,31	210.898,63	9.860.060,63

CAPITOLO QUARTO

4.3. Assistenza Farmaceutica

Per Assicurare l'appropriatezza nell'utilizzazione dei Farmaci e dei Dispositivi Medici ed in conformità a quanto richiesto con il provvedimento regionale "indirizzi regionali per la redazione degli strumenti di programmazione delle Aziende Sanitarie Regionali per il triennio 2017/2019 – Delibera di Giunta Regionale n. 741 del 15.11.2016, tenuto conto altresì del Piano di Riqualficazione Regionale approvato con DCA 55/2016, la Asl Lanciano Vasto Chieti, ha provveduto, per ciascuna area di intervento individuata in detto ambito di azione, alla definizione delle azioni necessarie che hanno consentito il raggiungimento dei seguenti obiettivi, nel corso dell'anno 2017:

Consumo dei farmaci

Nella tabella sottostante è indicata la ripartizione della spesa in Consumi Ospedalieri (CO) e Distribuzione Diretta (DD) dei Medicinali con AIC.

Tabella 1 – Spesa farmaceutica ospedaliera e in distribuzione diretta nel periodo gennaio – dicembre 2016 e 2017

periodo gennaio – dicembre	2016	2017	Delta assoluto 2016 -2017
CO	23.534.483	22.456.643	- 1.077.480
DD	46.274.057	49.825.881	+ 3.551.824

Fonte: CO Nota UOC Farmacia Ospedaliera prot 126/FA/CH del 15.02.2018; DD Nota UOSD Servizio Farmaceutico Territoriale Prot. 80 del 1-02-2018

Per garantire corretti approcci terapeutici, la ASL Lanciano–Vasto–Chieti ha aggiornato con Delibera n. 712 del 13.06.2017 la Commissione Terapeutica Aziendale- già costituita nel 2014 - e calendarizzate le attività del "GdL Appropriatazza e contenimento della spesa dei farmaci altospendenti"– di cui alla Delibera del Direttore Generale 699 del 24/6/2016. Nel corso dell'anno 2017 sono state svolte le specifiche azioni di seguito descritte.

1. Appropriatazza e contenimento della spesa farmaceutica

N	AZIONI	2017
1	Revisione della composizione della CTA e delle Sottocommissioni sulla base del regolamento	Delibera del Direttore Generale n. 712 del 13.06.2017
2	Programmazione delle attività proprie della CTA/GdL e nomina dei Referenti responsabili delle specifiche attività	Le azioni di Appropriatazza clinico prescrittiva da svolgere nell'anno 2017 sono state definite con Note della Direzione Sanitaria Aziendale: - Adempimenti Farmacia Ospedaliera prot. 5161U17CH del 08.02.2017; - Adempimenti Farmaceutica Territoriale prot. 5170E70 del 08.02.2017; Individuazione di farmacisti referenti del monitoraggio

2017

		di specifiche categorie di farmaci: Nota del Direttore UOC Farmacia Ospedaliera Aziendale Prot. 5/FA del 01/02/2017.
3	Definizione di azioni condivise clinico/farmacista/amministrativo per il monitoraggio dell'uso appropriato dei farmaci e dispositivi medici a maggiore impatto di spesa.	definizione degli interventi per il rispetto delle azioni programmate con il PS 2017-2019: Nota della Direzione Sanitaria Aziendale prot n. 7471U17 del 15.02.2017.
4	Svolgimento attività proprie della CTA/GdL e riunioni periodiche	il GdL si è riunito periodicamente per un totale di 4 incontri (la documentazione è agli atti della Direzione Sanitaria Aziendale).

Le attività inerenti le azioni suddette sono meglio esplicitate nei paragrafi successivi.

2. Per garantire il Monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva dei MMG e PLS

La UOC Governo Assistenza Sanitaria di Base e Specialistica provvede a sottoporre al vaglio del Comitato Aziendale di Medicina Generale Integrato, costituito ai sensi dell'art. 27, comma 5, tutte le in appropriatezze prescrittive rilevate dal Servizio Farmaceutico Territoriale a carico dei MMG, procedendo alla relativa contestazione nei confronti dei Medici interessati ed al recupero delle somme a carico di questi ultimi.

3. Razionalizzazione dell'uso del farmaco in ospedale, con particolare riferimento alla corretta gestione delle procedure previste nei registri di monitoraggio AIFA (Verifica eleggibilità pazienti, follow up, chiusura schede ai fini del recupero del pay back).

Con specifiche determinazioni pubblicate in Gazzetta Ufficiale, l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha previsto che l'utilizzo di taluni farmaci richieda la compilazione di apposite schede di raccolta dati istituendo a tal fine i Registri di Monitoraggio AIFA. I Registri di Monitoraggio sono strumenti introdotti con l'obiettivo di promuovere l'appropriatezza prescrittiva di farmaci innovativi ad alto costo e raccogliere dati post-marketing per definirne l'efficacia nella reale pratica clinica.

In aggiunta, tramite la piattaforma del Registro Aifa è possibile gestire il meccanismo dei rimborsi, dato dall'applicazione degli accordi negoziali di natura economica stipulati tra AIFA ed Azienda farmaceutica.

Il meccanismo di rimborso varia a seconda di quanto previsto dal singolo accordo negoziale; a titolo di esempio, per farmaci soggetti a *Payment by result*, l'Azienda farmaceutica, nei casi di fallimento terapeutico al momento della prima rivalutazione, rimborsa alla ASL acquirente il 100% del costo sostenuto per l'acquisto del farmaco; mentre, per farmaci soggetti al *Cost-sharing*, è previsto uno sconto sul prezzo dei primi cicli di terapia per tutti i pazienti eleggibili al trattamento.

La compilazione della scheda di fine trattamento da parte del medico prescrittore è condizione assolutamente necessaria per poter permettere al farmacista l'inoltro della richiesta di rimborso alla singola Azienda Farmaceutica.

L'Azienda, dopo averla valutata, provvede ad emettere a favore della Asl acquirente nota di credito. Per ogni RDR, gli estremi delle note di credito, nonché i relativi importi, sono caricati da parte dell'Azienda Farmaceutica sulla Piattaforma del Registro Aifa.

2017

Il mancato inoltro da parte del Farmacista della RDR all'Azienda Farmaceutica comporta per la ASL la perdita dell'importo economico previsto dai singoli Accordi negoziali.

L'attività dei clinici e dei farmacisti, relativamente al monitoraggio AIFA, ha permesso alla ASL LANCIANO VASTO CHIETI di recuperare per l'anno 2017 (rimborsi da Registri AIFA):

- a) Per i farmaci per epatite C € € 1.156.471,70;
- b) Per i farmaci oncologici orali € € 560.358,70;
- c) Per i farmaci oncologici infusionali € 1.077.861,97.

Alla luce dei risultati ottenuti finora, l'Azienda intende continuare questa linea di attività, con particolare riferimento ai farmaci per epatite C e ai farmaci ad elevato impatto sulla spesa farmaceutica aziendale, per i quali siano attive sul Registro le procedure informatiche di applicazione degli accordi negoziali.

Cronoprogramma:

N	AZIONI	
1	Individuazione all'interno della UOC Farmacia Ospedaliera del Referente/Referenti Farmacista dei Registri di Monitoraggio AIFA	Nota del Direttore UOC Farmacia Ospedaliera Aziendale Prot. 5/FA del 01/02/2017.
2	Verifica della chiusura dei trattamenti sul Registro Aifa anno precedente: il farmacista provvede a verificare lo stato dei trattamenti (aperto/chiuso) e a trasmettere report al clinico di riferimento per conferma/modifica dello stato del trattamento; Resoconto rimborsi ottenuti anno precedente, previa verifica con i competenti uffici aziendali;	riepilogo rimborsi AIFA anno 2016 per farmaci oncologici orali, oncologici infusionali e farmaci per Epatite C trasmessi via mail alla Direzione Sanitaria Aziendale
3	Resoconti trimestrali dei rimborsi ottenuti, suddivisi per farmaco, previa verifica con i competenti uffici aziendali	I Report relativi al monitoraggio AIFA dei farmaci oncologici orali, oncologici infusionali ed Epatite C relativi ai periodi: I trimestre, I semestre e 9 mesi anno 2017 sono stati trasmessi via mail alla Direzione Sanitaria Aziendale dai farmacisti Referenti
4	Relazione annuale dei Referenti Farmacisti dei Registri di Monitoraggio AIFA con verifica dello stato del trattamento (aperto/chiuso) e resoconto annuale dei rimborsi ottenuti, suddivisi per farmaco, previa verifica con i competenti uffici aziendali	I Report relativi al monitoraggio AIFA dei farmaci oncologici orali, oncologici infusionali ed Epatite C relativi all'intero anno 2017 sono stati trasmessi via mail alla Direzione Sanitaria Aziendale dai farmacisti Referenti

4. Controllo della corretta prescrizione / utilizzo dei farmaci nell'ambito delle sperimentazioni cliniche e/o per uso compassionevole

La procedura PGSQA93 del 27/9/2017, che regola la corretta gestione di farmaci e dispositivi medici utilizzati nell'ambito delle sperimentazioni cliniche e per uso compassionevole, è stata definita nel corso dell'anno 2017. La stessa è stata corredata di relativa modulistica ed inviata dal Referente Farmacista della UOC Farmacia Ospedaliera nei tempi stabiliti all'Ufficio Qualità e Accreditamento per verifica e successiva approvazione, così come le relazioni previste.

2017

5. Monitoraggio dell'attività prescrittiva e incentivazione della prescrizione e dell'utilizzo dei farmaci biosimilari

A livello regionale con DCA 21/2016 sono state approvate le "Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie: Farmaci Biologici e Biosimilari ". Il Decreto prevede il monitoraggio trimestrale dei dati inerenti consumo e spesa dei farmaci biosimilari secondo precisi indicatori di esito.

La ASL ha avviato attività di incentivazione all'uso dei biosimilari individuando un farmacista ospedaliero referente per il monitoraggio di tali farmaci. Per l'anno 2017 sono stati prodotti report trimestrali sui consumi di farmaci biosimilari, si riporta di seguito tabella riepilogativa del monitoraggio per l'anno 2017.

Tabella riassuntiva biosimilari ANNI 2017 VS 2016 ASL 02 Lanciano-Vasto-Chieti consumi DD e ospedalieri

Gruppi	Descrizione indicatori	Calcolo sulla base delle DDD dei farmaci erogati DD E CO	ANNO 2016	I TRIM 2017	II TRIM 2017	III TRIM 2017	IV TRIM 2017	ANNO 2017
Eritropoietina ATC B03XA01	1. incidenza % dei farmaci aggiudicatari (BINOCRIT, EPORATIO) rispetto al totale della molecola	(BINOCRIT+EPORATIO)/OTALE B03XA01	13.63%	23,54%	29,74%	33,68%	38,59%	31,76%
	1bis. incidenza % dei consumi del farmaco aggiudicato a base di eritropoietina alfa (BINOCRIT) rispetto al totale della eritropoietina alfa	BINOCRIT/(BINOCRIT+EP REX)	10.44%	28,08%	36,42%	40,67%	51,67%	40,17%
	2. incidenza % dei consumi dei farmaci a base di eritropoietina rispetto al totale del gruppo B03XA	B03XA01/B03XA	62.64%	64,06%	65,68%	69,64%	70,55%	67,59%
SOMATROPINA ATC H01AC01	1. incidenza % dei farmaci aggiudicatari (OMNITROPE) rispetto al totale della molecola	OMNITROPE/H01AC01	6.57%	7,22%	5,39%	5,87%	3,85%	5,60%
FSCG ATC L03AA	1. incidenza % dei farmaci aggiudicatari (NIVESTIM) rispetto al totale della molecola	NIVESTIM/L03AA02	33.75%	99,21%	99,10%	100,00%	100,00%	99,62%
	2. incidenza % dei consumi dei farmaci a base di filgrastim rispetto al totale del gruppo L03AA	L03AA02/L03AA	36.85%	43,78%	26,25%	37,70%	36,34%	35,50%
INFLIXIMAB ATC L04AB02	1. incidenza % dei farmaci aggiudicatari (INFLECTRA) rispetto al totale della molecola	INFLECTRA/L04AB02	8.86%	29,98%	33,64%	31,70%	33,33%	32,11%
	2. incidenza % dei consumi dei farmaci a base di infliximab rispetto al totale del gruppo L04AB	L04AB02/L04AB	28.05%	29,54%	28,36%	29,46%	27,61%	28,78%

Nella tabella è stata effettuata l'analisi delle DDD erogate di 4 tipologie di farmaci (eritropoietine, somatropina, fattori stimolanti la crescita granulocitaria e infliximab) secondo gli indicatori riportati in tabella. L'analisi è stata condotta per il consumato ospedaliero e distribuzione diretta per gli anni 2016 e 2017, per l'anno 2017 è stata fatta una distinzione in trimestri.

Eritropoietine: l'indicatore 1 mostra la percentuale di DDD erogate dei farmaci aggiudicatari rispetto al totale delle eritropoietine (B03XA01): a fronte di un 13.63% raggiunto nel 2016, nel 2017 è stata raggiunta una percentuale del 31.76%, dato in crescita per ogni trimestre 2017.

2017

La tendenza viene confermata dall'indicatore 1bis che mostra la percentuale di utilizzo di eritropoietina alfa biosimilare rispetto al totale di eritropoietina alfa. Si passa dal 10.44% del 2016 al 40.17% del 2017 con un trend in costante aumento durante tutto il 2017.

L'indicatore 2 mostra l'incidenza % dei consumi dei farmaci a base di eritropoietina rispetto al totale del gruppo B03XA: l'indicatore rende conto della prescrizione di eritropoietine a breve durata d'azione rispetto al totale comprendente anche le preparazioni a lunga durata d'azione. Tale parametro esprime quindi la minor tendenza a shiftare la prescrizione da eritropoietine oggetto del decreto 21 verso le relative preparazioni a lunga durata d'azione (non oggetto del decreto 21).

Anche se l'aumento su base annua è molto modesto (5%) passando da 62.64% del 2016 a 67.59% del 2017, va considerato che più del 60% delle DDD erogate sono in linea con l'obiettivo regionale.

Somatropina: l'indicatore mostra la % di utilizzo del biosimilare Omnitrope rispetto al totale del gruppo H01AC01. Nella ASL 02 l'utilizzo della somatropinabiosimilare è ancora modesto, non superando il 7%. Per tale categoria terapeutica la U.O. di Farmacia si sta attivando al fine di sensibilizzare i medici alla prescrizione del farmaco biosimilare in luogo dell'originator.

Fattori stimolanti la crescita granulocitaria: l'indicatore 1 mostra una sostanziale totalità di erogazione di filgrastim aggiudicatario (Nivestim).

Infliximab: l'indicatore 1 misura la % di utilizzo dell'aggiudicatario Inflectra (biosimilare aggiudicatario) rispetto al totale di Infliximab. Dal 8.86% del 2016 si è passati al 32.11% del 2017: il dato dimostra l'applicazione del decreto 21 e quindi l'utilizzo per i pazienti naive del biosimilare aggiudicatario Inflectra.

L'indicatore 2 rappresenta l'incidenza % dei consumi dei farmaci a base di infliximab rispetto al totale del gruppo L04AB (anti TNF-alfa): nel 2017 si è assistito ad una sostanziale stabilità rispetto al 2016, questo parametro dimostra il mancato shift verso farmaci originator della stessa categoria terapeutica di recente immissione in commercio.



2017

6. Monitoraggio di attività prescrittiva di farmaci ad alto costo

Per quanto concerne il monitoraggio dell'attività prescrittiva di farmaci ad alto costo, è stato avviato già nell'anno 2016 un costante controllo che ha consentito nel 2017 di fare analisi di scostamento tra le due annualità.

N	AZIONI	2017
1	Individuazione e/o conferma dei referenti aziendali del Monitoraggio dei farmaci ad alto impatto di spesa	Nota Prot. 5/FA del 01/02/2017
2	Definizione reportistica periodica	Effettuata da ciascun farmacista referente con la Direzione Sanitaria Aziendale
3	Produzione di report trimestrali con andamento di spesa e consumi e attività di monitoraggio svolta	La reportistica è stata inviata trimestralmente alla Direzione Sanitaria Aziendale
4	Incontri periodici clinico/farmacista con produzione di report/verbali e rilevazione criticità e individuazione azioni correttive.	I Farmacisti ospedalieri referenti hanno contattato gli specialisti prescrittori per ciascuna area terapeutica (es. i Responsabili delle UO Malattie infettive Aziendali per il monitoraggio dei nuovi farmaci per Epatite C, gli Oncologi per la compilazione dei Registri di Monitoraggio AIFA). I verbali degli incontri svolti sono stati trasmessi alla Direzione Sanitaria Aziendale.

Si riporta di seguito sintesi delle criticità rilevate e delle azioni intraprese per ciascun farmaco/categoria monitorati:

d) Monitoraggio nuovi farmaci antivirali ad azione diretta (DAA) per il trattamento dell'Epatite C

L'attività di monitoraggio dei farmaci oncologici orali sottoposti a Registro Aifa effettuata nel corso dell'anno 2017 è stata orientata principalmente su due fronti: Monitoraggio dello stato (aperto o chiuso) dei trattamenti e Resoconto dei rimborsi ottenuti tramite Registro Aifa.

Le due attività risultano interconnesse: la chiusura dei trattamenti su Registro da parte del medico prescrittore permette al farmacista di poter effettuare, qualora previsto dagli accordi negoziali con Aifa, la richiesta di rimborso.

L'attività di monitoraggio dello stato dei trattamenti è stata svolta con cadenza semestrale: a giugno 2017 e a dicembre 2017 sono stati effettuati i controlli con i clinici sullo stato dei trattamenti. Per l'attività di monitoraggio dello stato dei trattamenti, si è deciso di prendere in considerazione nell'anno 2017, tra tutti gli oncologici orali sottoposti a Monitoraggio Aifa, quei farmaci le cui procedure di rimborso su Registro Aifa risultano attive.

Sono stati condotti specifici incontri clinico/farmacista per il monitoraggio della spesa, dell'appropriatezza prescrittiva e lo stato delle schede AIFA. L'attività ha consentito di ottenere i rimborsi AIFA come meglio descritto nell'intervento "Razionalizzazione dell'uso del farmaco in ospedale".

2017

Monitoraggio AIFA farmaci oncologici

Per questa categoria sono stati individuati 2 farmacisti Referenti, rispettivamente per i farmaci infusionali e orali. I clinici ed i farmacisti sono costantemente in contatto per il monitoraggio della spesa, dell'appropriatezza prescrittiva e lo stato delle schede AIFA. I Registri AIFA dei farmaci sottoposti a monitoraggio rappresentano uno strumento avanzato di governo dell'appropriatezza prescrittiva e di controllo della spesa farmaceutica sviluppato dall'Agenzia Italiana del Farmaco. Generalmente i medicinali sono inseriti nei Registri immediatamente dopo la loro autorizzazione ad immissione in commercio, oppure dopo l'autorizzazione di una estensione delle sue indicazioni terapeutiche. Tramite la Piattaforma AIFA è inoltre possibile gestire il meccanismo dei rimborsi basato sugli accordi negoziali stipulati tra AIFA ed Azienda Farmaceutica.

L'attività ha consentito di ottenere i rimborsi AIFA come meglio descritto nell'intervento "Razionalizzazione dell'uso del farmaco in ospedale".

Monitoraggio Farmaci ad alto costo per il Trattamento della Sclerosi Multipla

Sono stati monitorati principi attivi per il trattamento della sclerosi multipla, sia erogati in Distribuzione Diretta (AUBAGIO, GILENYA, PLEGRIDY, TECFIDERA) che di Consumo Ospedaliero (TYSABRI, LEMTRADA).

Farmaci in DD - Periodo Gennaio-Dicembre 2017	totale	Extra ASL	Asl 02
Spesa	2.880.383,91	25.535,72	2.854.848,19
Pazienti	250	7	243

Fonte dei dati: Recordata – Apotekegold, Areas

L'analisi dei dati di spesa per i due anni 2016 e 2017 evidenzia un lieve incremento per l'anno 2017 in particolare per i 2 farmaci (Plegridy e Tecfidera).

Farmaci di uso ospedaliero – Periodo Gennaio-Dicembre 2017			
Descrizione ATC	Descrizione Prodotto	Pazienti totali	Spesa
NATALIZUMAB	TYSABRI	99 (86 P.O.Chieti; 13 P.O. Lanciano)	€ 1.440.320
ALEMTUZUMAB	LEMTRADA	29 (23 P.O.Chieti; 6 P.O. Lanciano)	€ 619.839
			€ 2.060.059

Fonte Areas EDF

e) **Monitoraggio Farmaci NUOVI ANTICOAGULANTI ORALI**

Le azioni intraprese sono state le seguenti:

- contatto diretto con il clinico prescrittore. E' stata richiesta ai prescrittori la trasmissione periodica dei prospetti consuntivi dei PT di nuova redazione e del format di monitoraggio concordato con i clinici stessi. Tutte le UU.OO. di Cardiologia Aziendali hanno provveduto alla trasmissione della documentazione concordata
- tabelle consuntive spesa-monitoraggio-consumi. La spesa e' in netto aumento rispetto al precedente anno, con un incremento di spesa pari a 598.869 euro. L'aumento di spesa e' da imputare ad un incremento di pazienti trattati rispetto al precedente anno.

2017

- Appropriately prescriptive. The direct contact between pharmacist and specialist doctor allows the monitoring of the appropriateness of prescriptive and the sharing of the correct clinical-prescriptive paths.

FARMACO	SPESA 2017	DIFF. ASS SPESA NETTA
DABIGATRAN	499.516	78.738
RIVAROXABAN	878.738	219.539
APIXABAN	734.065	208.596
EDOXABAN	91.996	91.996
TOT	2.204.315	598.869

Monitoraggio Farmaco Abiraterone (Zytiga).

The monitoring was carried out through meetings with prescribers, periodic checks of the compilation and, where necessary, the closure of the AIFA monitoring sheets at the end of treatment.

Quarterly, the referring pharmacist has provided the data on consumption and expenditure of the drug. From the final examination of the number of packages dispensed in 2017 and its relative valuation, a trend of decrease of about 3% emerges.

Also for this drug, the monitoring through the AIFA registers has allowed to obtain reimbursements, as better described in the intervention "Rationalization of the use of the drug in hospital".

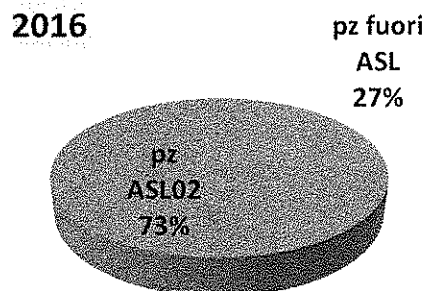
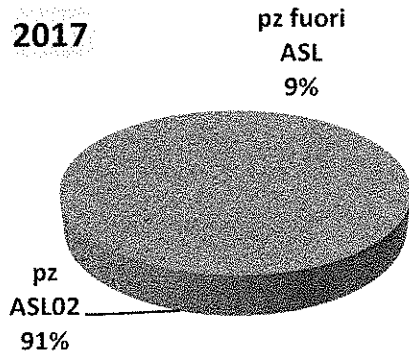
Monitoraggio Farmaco Hizentra

The reports provided by the Referring Pharmacist show for each quarter the number of patients treated, the expenditure supported by the ASL, the number of packages dispensed, the ASL of residence of the assisted, the prescriber center and the prescribed dosage. No particular criticality was detected.

Monitoraggio Gonadotropine

The reports provided by the Referring Pharmacist indicate the expenditure and the number of treatments compared with the previous year.

	2017		2016	
	n. pz	Spesa Netta	n. pz	Spesa Netta
TOT	227	€ 302.842,7	498	€ 433.561,3



2017

Nel 2017 si riscontra come, la spesa generata dalla DD di gonadotropine nel 2017, sia ridotta rispetto al 2016, tale dato è giustificato:

1. dall'incremento delle prescrizioni del Bemfola, biosimilare del Gonalf, a partire dal mese di luglio 2016;
2. dalla riduzione della dispensazione dei farmaci ai pazienti fuori ASL.

- **Monitoraggio farmaci per Malattie Rare**

I Report forniti trimestralmente dal Farmacista Referente riportano l'indicazione di consumi e spesa dei farmaci per il trattamento di malattie rare ad elevato impatto di spesa, i dati sono suddivisi per patologia e per farmacia erogante. La spesa complessiva risulta aumentata nel 2017 rispetto all'anno 2016; l'incremento è determinato principalmente da alcuni farmaci.

PATOLOGIA	Farmaco	SPESA NETTA			PEZZI EROGATI		
		2016	2017	DELTA %	2016	2017	DELTA %
ALAGILLE SINDROME DI	VEDROP	2.264 €	1.886 €	-17%	12	10	-17%
ANGIOEDEMA EREDITARIO	BERINERT	34.496 €	37.730 €	9%	56	62	11%
	FIRAZYR	63.922 €	109.813 €	72%	39	67	72%
ATROFIA OTTICA DI LEBER	MNESIS	2.966 €	349 €	-88%	102	12	-88%
DIFETTI EREDITARI DELLA COAGULAZIONE	ADVATE	238.668 €	92.070 €	-61%	131	60	-54%
	BENEFIX	100.491 €	232.455 €	131%	94	226	140%
	HELIXATE NEXGEN	480.223 €	487.427 €	2%	344	332	-3%
	KOGENATE BAYER	183.450 €	111.480 €	-39%	124	73	-41%
	NOVOTHIRTEEN	341.532 €	263.911 €	-23%	22	17	-23%
	REFACTO AF	30.223 €		-100%	20		-100%
	TALATE	4.092 €		-100%	12		-100%
DISTURBI DA ACCUMULO DI LIPIDI	CEREZYME	884.366 €	950.063 €	7%	605	650	7%
	FABRAZYME	138.981 €	189.228 €	36%	39	54	38%
	REPLAGAL	1.779.195 €	1.724.886 €	-3%	1051	1019	-3%
DISTURBI DEL METABOLISMO E DEL TRASPORTO DEGLI AMINOACIDI	KUVAN	138.147 €	118.590 €	-14%	59	50	-15%
FIBROSI CISTICA	PULMOZYME	28.884 €	35.942 €	24%	221	275	24%
FIBROSI POLMONARE IDIOPATICA	ESBRIET	420.207 €	708.237 €	69%	225	388	72%
	OFEV	43.463 €	332.587 €	665%	23	176	665%
FOSFOETILAMINURIA	HIZENTRA	444 €		-100%	4		-100%
IMMUNODEFICIENZE PRIMARIE	HIZENTRA	159.922 €	164.203 €	3%	886	748	-16%
IPERTENSIONE ARTERIOSA POLMONARE	OPSUMIT	71.043 €	123.667 €	74%	27	47	74%
	REMODULIN	455.613 €	621.948 €	37%	18	29	61%
	REVATIO	41.725 €	41.214 €	-1%	94	93	-1%
	TRACLEER	252.795 €	298.097 €	18%	104	123	18%
MALATTIA DI POMPE	MYOZYME	1.474.931 €	1.538.135 €	4%	2777	2896	4%
PIASTRINOPATIE EREDITARIE	REVOLADE	133.951 €	230.903 €	72%	85	138	62%
POLINEUROPATIA CRONICA INFIAMMATORIA DEMIELINIZZANTE	HIZENTRA	39.917 €		-100%	240		-100%
SINDROMI DA DUPLICAZIONE/DEFICIENZA CROMOSOMICA	HIZENTRA	16.632 €	18.522 €	11%	100	112	12%
	HIZENTRA	121.358 €	40.085 €	-67%	291	236	-19%
	MNESIS	582 €	2.850 €	390%	20	98	390%
Totale complessivo		7.684.482 €	8.476.279 €	10%	7825	7991	2%

2017

- **Monitoraggio farmaco Pegvisomant (Somavert)**

Il monitoraggio è stato effettuato dal Farmacista Referente con cadenza trimestrale, mediante produzione di report con analisi del n. di pazienti trattati, n. di pezzi erogati e spesa sostenuta.

La spesa totale nel confronto dei due anni è rimasta sostanzialmente invariata, subendo solo un leggero incremento.

	PAZIENTI	2016		2017	
		Pezzi	Spesa sostenuta	Pezzi	Spesa sostenuta
TOTALE	6	68	€ 219.867,40	63	€ 228.199,89

- **Monitoraggio farmaci somministrati per iniezione intravitreale**

Il monitoraggio è stato effettuato con cadenza trimestrale, mediante produzione di report con: analisi del n. di pazienti trattati, Asl di residenza assistito, verifica della registrazione AIFA laddove previsto, spesa complessiva e per Asl di residenza del paziente.

	Totale	extra ASL	ASL 2
Spesa	1.260.496,00	532.704,00	727.792,00
n° pz trattati	798	346	452

- **Monitoraggio farmacifarmaci DPP-4 (incretine)**

Il monitoraggio è stato effettuato dal Farmacista Referente con cadenza trimestrale, mediante produzione di report con analisi di spesa e consumi.

CONSUMI INCRETINO-MIMETICI E INIBITORI DPP-4 ASL 02 ABRUZZO ANNO 2017								
FARMACIA	I TRIM		II TRIM		III TRIM		IV TRIM	
	SPESA NETTA	PEZZI	SPESA NETTA	PEZZI	SPESA NETTA	PEZZI	SPESA NETTA	PEZZI
TOTALE	€ 227.608	4.308	€ 334.747	6.632	€ 400.454	8.181	€ 505.680	10.457

Nell'anno 2017 si assiste ad un aumento di spesa nel II trimestre per l'ingresso in DDE di nuovi farmaci, tale fenomeno si incrementa nei trimestri successivi.

2017

DISPOSITIVI MEDICI

L'anno 2017 ha registrato una sostanziale stabilizzazione della spesa sostenuta per i DDMM nella Asl Lanciano-Vasto-Chieti rispetto all'anno 2016.

Le azioni poste in atto hanno avuto risultati importanti. In merito alla catalogazione, si precisa che si è ridotta la quota dei prodotti per i quali il sistema informatico non aveva rilevato il codice ministeriale CND.

Nel corso dell'anno 2017 sono state ridefinite tutte le categorie merceologiche dei prodotti, dando luogo ad un ripulitura dell'anagrafica prodotti sul sistema informatico gestionale collegando le varie classi ai rispettivi conti di bilancio per un completo monitoraggio delle rispettive voci di spesa riguardanti i dispositivi che prima, invece, erano in gran parte ricompresi nella voce residuale DISPOSITIVI VARI.

Le categorie con maggior decremento sono rappresentate da quelle dei sistemi impiantabili attivi, dispositivi quasi del tutto di pertinenza cardiologica (pace-makers, defibrillatori etc). Invece la categoria con maggior incremento è stata quella dei dispositivi per apparato cardiovascolare "C", che però ha inficiato da sola gran parte dei risparmi ottenuti nel processo di riordino, essendosi incrementata di + € 788.617,66 pari ad oltre + 25% rispetto alla spesa dell'anno precedente 2016. Tale incremento ha prodotto una minore riduzione dei risparmi ottenuti complessivamente nella categoria dei dispositivi medici con un risparmio di oltre -400.000 euro.

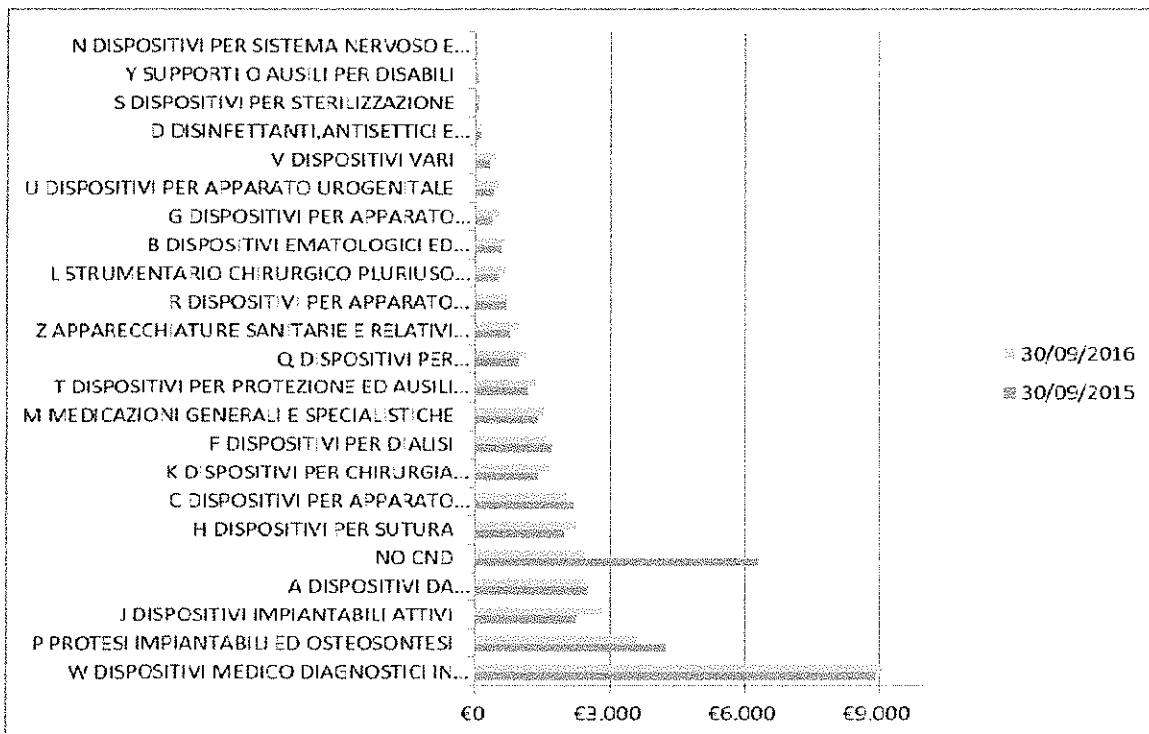
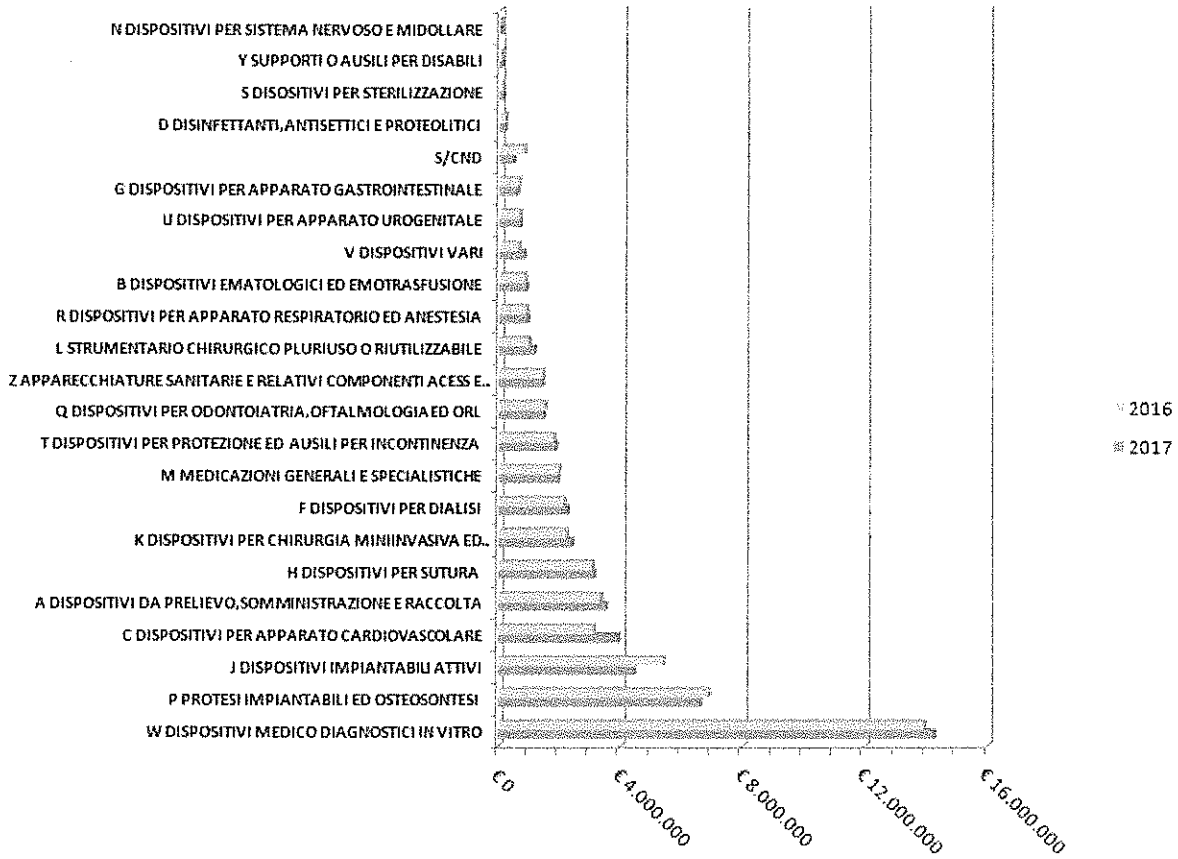
N°	Azioni 2017	Risultato 2017
1	Dispositivi per classe H; Verifica prezzi di gare espletate in altre Asl ;	L'inserimento in contratti già in essere (es. suture chirurgiche nella gara espletata dalla Asl di Pescara) non è stato possibile . Si è provveduto pertanto a rinegoziare i prezzi di prodotti a maggiore impatto di spesa (es. suture in acido poliglicolico montato su ago). La categoria complessiva H (comprendente pure suturatrici meccaniche e clippatrici H02, H03) ha avuto un leggero aumento di +€ 64.675,80, pari al +2,11%. Ma rimanendo alle

2017

	eventuale inserimento nelle gare in essere.	<p>sole suture chirurgiche propriamente dette, si è avuto un -€ 26.517,96 ; considerando che tutti i prezzi rinegoziati sono stati resi disponibili solo a primavera inoltrata, si possono prevedere risultati ulteriori , di simile entità, anche per il 2018. Inoltre si è contribuito al capitolato tecnico per la gara regionale in essere.</p> <p>Il CND H01 (SUTURE)= -€ 26.517,96</p>
2	Dispositivi medici classe M	<p>La rinegoziazione dei prezzi per la medicazioni generali (tradizionali) ha dato buoni risultati , parzialmente controbilanciati però dall'aumento di spesa delle medicazioni avanzate.</p> <p>Le medicazioni generali sono oggetto di apposita gara regionale in fase di aggiudicazione alla quale si è collaborato in fase di redazione del capitolato nei primi mesi 2018.</p> <p>Il CND M = -€ 31.945,48</p>
3	Dispositivi impiantabili cardiologici	<p>E' sicuramente la categoria dove si sono avuti i risultati migliori, in termini di risparmio, sia per l'elevato costo medio dei D.M. che per il limitato numero di articoli annoverati nella categoria.</p> <p>Il CND J = -€ 954.846,24</p>



2017



2017

L' Appropriatazza della spesa farmaceutica convenzionata

Assistenza Farmaceutica Convenzionata

Nella tabella è indicata la Spesa Farmaceutica Convenzionata sostenuta dalla Asl Lanciano Vasto Chieti

Spesa Farmaceutica convenzionata	gennaio – dicembre	gennaio – dicembre	Delta assoluto e % 2016-2017
	2016	2017	
	71.706.000,00	70.147.000,00	- 1.559.000,00(-2,17%)

(Fonte dati: DCR)

Ai fini del miglioramento dell'appropriatezza e del contenimento della spesa farmaceutica per il prossimo triennio, sono state definite specifiche azioni di seguito descritte.

- 1) *Monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva dei MMG e PLS e Definizione di linee guida terapeutiche per categorie di farmaci "alto spendenti" nell'ambito della Medicina Generale e in ambito specialistico (sia ospedaliero che territoriale), ovvero implementazione delle linee guida terapeutiche adottate a livello regionale;*

Analisi di contesto

Con il Decreto 51/2011 il Servizio Assistenza Farmaceutica della Regione Abruzzo ha approvato un modello di reportistica standardizzata che consente al medico di poter monitorare le proprie prescrizioni sia rispetto alla media aziendale che agli altri medici prescrittori della stessa Asl ed alla media regionale.(Decreto 51/ 2011).

Per l'anno 2017, sono stati individuati n. 61 MMG il cui posizionamento nella griglia delle fasce di spesa era **B1** e **C1** al 31.12.2016 e nella proiezione restante anno 2017.

A tutti i 61 MMG è stata inviata una raccomandata a luglio 2017 (dal momento che i dati relativi alle prescrizioni e quindi all'andamento della spesa farmaceutica convenzionata del primo trimestre 2017, sono disponibili non prima di tre mesi, quindi a giugno) con allegati: il "report di spesa" e la "tabella dei totali prescrizioni, divisi per ATC", completa di un breve commento dei dati e l'invito a rivalutare e migliorare il proprio comportamento prescrittivo;

Alcuni medici, precisamente due a trimestre, come concordato in sede di budget, sono stati convocati per un incontro, durante il quale, ad ogni singolo Medico, in presenza di:

- un Farmacista Dirigente ex I° livello;
- del Responsabile UOSD Serv. Farmaceutico Terr.le ASL02;
- del Responsabile del DSB di appartenenza del MMG convocato;

è stato illustrato il suo profilo prescrittivo, mostrata la sua personale "classifica" prescrittiva, ordinata per categoria terapeutica, ponendo particolare attenzione alla prescrizione dei "Farmaci Equivalenti, degli IPP (così come da Decreto del Commissario ad Acta n.73/2015 e n.85/2015), delle Statine e dei Sartani". Per tali categorie di farmaci è stato illustrato e poi consegnato un report dove sono stati evidenziati il numero e la tipologia dei pazienti ai quali il medico aveva prescritto tali farmaci. Insieme sono state suggerite e concordate azioni al fine di migliorare la performance prescrittiva del Medico nel rispetto dell'appropriatezza prescrittiva, con lo scopo di ridurre o quantomeno, contenere la spesa farmaceutica convenzionata.

Di ogni incontro è stato redatto apposito verbale firmato da tutti i presenti.

Dei 61 MMG, n.46, ben il **75,4%** ha ridotto la spesa procapite pesata (SPC) migliorando il proprio posizionamento nella griglia delle fasce di spesa, nonostante il perdurare della non corrispondenza tra il **n. di assistibili** dichiarato sul report e quelli effettivi per molti MMG; elemento cruciale per la corretta analisi della spesa procapite pesata a carico del MMG e il suo conseguente posizionamento nelle fasce di spesa A1-B1-C1(alto spendenti), piuttosto che A-B-C (normo spendenti).




2017

N	AZIONI	II – III e IV trimestre 2017	2018	2019
1	Individuazione nuovi MMG alto spendenti sui dati di spesa anno 2016	Per l'anno 2017, sono stati individuati n. 61 MMG il cui posizionamento nella griglia delle fasce di spesa era B1 e C1 al 31.12.2016 e nella proiezione restante anno 2017.		
2	Definizione del calendario degli incontri con i MMG alto spendenti o con gli specialisti prescrittori (1+1 I trimestre)			
3	Incontri specifici con produzione di verbali con individuazione di azioni (1+1 per trimestre II, III E IV)	è stato illustrato il suo profilo prescrittivo, mostrata la sua personale "classifica" prescrittiva, ordinata per categoria terapeutica, ponendo particolare attenzione alla prescrizione dei "Farmaci Equivalenti, degli IPP (così come da Decreto del Commissario ad Acta n.73/2015 e n.85/2015), delle Statine e dei Sartani".		
4	Monitoraggio degli esiti delle azioni concordate (verifiche: 2 ogni trimestre)	Dei 61 MMG, n.46, ben il 75,4% ha ridotto la spesa procapite pesata (SPC) migliorando il proprio posizionamento nella griglia delle fasce di spesa, nonostante il perdurare della non corrispondenza tra il n. di assistibili dichiarato sul report e quelli effettivi per molti MMG; elemento cruciale per la corretta analisi della spesa procapite pesata a carico del MMG e il suo conseguente posizionamento nelle fasce di spesa A1-B1-C1(alto spendenti), piuttosto che A-B-C (normo spendenti).		

2) Monitoraggio dell'attività prescrittiva e incentivazione della prescrizione dei farmaci equivalenti

Responsabile del procedimento attuativo: Servizio Farmaceutico Territoriale.

Analisi di contesto:

Con Decreto del Commissario ad Acta n. 73 del 20/07/2015 avente ad oggetto <<Intervento 6 – Azione 8 Programma Operativo 2013-2015 – "INDIRIZZI ALLE AZIENDE SANITARIE – OBIETTIVI PRESCRIZIONE FARMACI EQUIVALENTI anno 2015">> in aggiornamento al precedente Decreto del Commissario ad Acta n.12/2014 del 12.02.2014, sono state confermate le categorie terapeutiche e sono stati confermati gli obiettivi prescrittivi posti con il citato decreto del Commissario ad Acta n. 12/2014.

Come riportato al precedente punto la UOSD Servizio Farmaceutico Territoriale distribuisce ai MMG e PLS specifica reportistica che evidenzia il posizionamento del medico rispetto ai target regionali fissati con il sopra citato DCA 73/2015 pertanto si riportano le azioni da porre in essere per il triennio futuro.

2017

ASL LANCIANO VASTO CHIETI - FARMACEUTICA CONVENZIONATA
Gennaio - Dicembre 2017 vs Gennaio - Dicembre 2016

anno		Tipo farmaco	lordo	netto	pezzi	DDD	% DDD sul totale
Gennaio Dicembre 2016	Equivalenti	GENERICO registrato	14.278.176	13.830.376	1.770.386	30.738.370	20,7%
		Genericabili: principi attivi con brevetto scaduto e prezzo di riferimento; farmaci branded	33.438.930	22.879.003	4.340.015	80.101.751	54,1%
		SUBTOTALE EQUIVALENTI	47.717.106	36.709.378	6.110.401	110.840.121	74,8%
	Non equiv.	Molecole con brevetto non presenti in lista di trasparenza e senza prezzo riferimento	38.053.914	33.275.309	1.814.650	37.299.798	25,2%
	Totali		85.771.020	69.984.687	7.925.051	148.139.918	100,0%

anno		Tipo farmaco	lordo	netto	pezzi	DDD	% DDD sul totale
Gennaio Dicembre 2017	Equivalenti	GENERICO registrato	15.000.788	14.533.143	1.825.202	32.069.138	21,8%
		Genericabili: principi attivi con brevetto scaduto e prezzo di riferimento; farmaci branded	35.133.290	24.219.742	4.423.900	83.080.209	56,3%
		SUBTOTALE EQUIVALENTI	50.134.077	38.752.885	6.249.102	115.149.348	78,1%
	Non equiv.	Molecole con brevetto non presenti in lista di trasparenza e senza prezzo riferimento	33.681.765	29.414.088	1.609.628	32.287.249	21,9%
			83.815.842	68.166.973	7.858.730	147.436.597	100,0%

2017

SCARTI ASSOLUTI Genn-Dic 2017 vs Genn-Dic 2016	Tipo farmaco	lordo	netto	pezzi	DDD	% DDD sul totale
	Equivalenti	GENERICO registrato	722.612	702.767	54.816	1.330.769
Genericabili: principi attivi con brevetto scaduto e prezzo di riferimento; farmaci branded		242.835	1.340.739	83.885	2.978.458	2,0%
SUBTOTALE EQUIVALENTI		2.416.972	2.043.506	138.701	4.309.227	2,9%
Non equiv.	Molecole con brevetto non presenti in lista di trasparenza e senza prezzo riferimento	-2.920.624	-3.861.221	-205.022	-5.012.549	-3,4%
Totali		-1.955.177	-1.817.714	-66.321	-703.322	-0,5%

SCARTI % Genn-Dic 2017 vs Genn-Dic 2016	Tipo farmaco	lordo	netto	pezzi	DDD	% DDD sul totale. Differenza punti %
	Equivalenti	GENERICO registrato	5,1%	5,1%	3,1%	4,3%
Genericabili: principi attivi con brevetto scaduto e prezzo di riferimento; farmaci branded		0,7%	5,9%	1,9%	3,7%	2,28
SUBTOTALE EQUIVALENTI		5,1%	5,6%	2,3%	3,9%	3,28
Non equiv.	Molecole con brevetto non presenti in lista di trasparenza e senza prezzo riferimento	-7,7%	-11,6%	-11,3%	-13,4%	-3,28
Totali		-2,3%	-2,6%	-0,8%	-0,5%	

2017

4.4. Ispettivo e Controllo Qualità

1) Monitoraggio dei Piani di miglioramento attuati dalle Asl a seguito di eventi sentinella

La ASL Lanciano Vasto Chieti presenta un sistema strutturato di incident reporting attraverso il quale al verificarsi di un evento avverso/near miss l'operatore sanitario (medico, infermiere o altro professionista coinvolto nell'evento avverso o che sia venuto a conoscenza dell'occorrenza dello stesso) procede alla compilazione del modulo di segnalazione e lo invia, nel più breve tempo possibile, al Rischio Clinico. Il *Risk Management* aziendale, al ricevimento della segnalazione:

- avvia immediatamente una pre-analisi confrontandosi con i referenti e gli operatori coinvolti per stabilire se l'evento avverso soddisfa i criteri per essere definito evento sentinella;
- acquisisce, se lo ritiene necessario, la documentazione clinica agli atti e coinvolge i soggetti direttamente interessati;

Se dalla pre-analisi emerge che l'evento avverso non è un evento sentinella valuta la possibilità di implementare azioni di miglioramento identificabili anche attraverso audit.

OBIETTIVO	EVENTUALI FASI INTERMEDI E DI ATTUAZIONE	CRONOPROGRAMMA	INDICATORE	RISULTATI anno 2017
Predisposizione di apposito piano di miglioramento alla luce degli eventi sentinella che si sono maggiormente verificati nell'anno precedente la rilevazione.	1. Ricognizione eventi sentinella che si sono maggiormente verificati nell'anno precedente la rilevazione.	Fine anno	N° eventi sentinella che si sono maggiormente verificati/anno	Ricognizione eventi sentinella effettuata a inizio 2017 su i dati 2016 N° 191 segnalazioni eventi avversi/near miss N° 125 segnalazioni eventi cadute N° 7 eventi sentinella segnalati al SIMES di cui N°4 eventi sentinella riferiti a caduta paziente
	2. Creazione Piano di miglioramento per ciascuna tipologia di evento sentinella	Inizio anno	N° piani di miglioramento identificati (almeno 2 indicatori per piano)	Piano su cui si è lavorato nell'anno 2017. Piano di miglioramento "Prevenzione e gestione delle cadute in ospedale" Indicatori individuati: - Revisione Procedura Aziendale "Prevenzione e gestione delle cadute della persona assistita" - N° operatori formati
	3. Monitoraggio Piano di miglioramento	continuativo	Misura indicatori	- Rev. 3 13/10/2017 PG SQA26 "Prevenzione e gestione delle cadute della persona assistita" - N° 3 incontri formativi dedicati alla nuova Procedura per la gestione delle cadute e relativa modulistica che è divenuta parte integrante della cartella clinica - N° 2 audit dedicati - N° 239 operatori formati

2017

2. Piano di formazione aziendale degli operatori per la sicurezza dei pazienti (Root Cause Analysis, Audit clinico)

Al fine di diffondere le conoscenze metodologiche e di trasmettere la cultura del rischio, la UOC Qualità,Accreditamento, Risk Management e Governo clinico annualmente predispone un piano formativo con l'obiettivo di trasmettere la cultura del rischio ed attuare i programmi di prevenzione dell'errore e di gestione del rischio clinico.

Il piano prevede diversi corsi di cui alcuni dedicati a tutti gli operatori sanitari, altri unicamente ai facilitatori delle diverse UU.OO. Con i corsi sul rischio clinico si vogliono sensibilizzare gli operatori sul tema dell'errore e sull'importanza della segnalazione degli eventi avversi/near miss, importante fonte di informazione per le attività di audit clinico. Di seguito si riporta il piano formativo 2017 i cui obiettivi sono stati quelli di:

- Promuovere la cultura no blame durante i corsi sul rischio clinico al fine di incentivare gli operatori alle segnalazioni di eventi avversi/near miss.
- Aumentare la consapevolezza del potenziale pericolo di alcuni eventi mediante diffusione delle raccomandazioni ministeriali e delle procedure aziendali.

EVENTI FORMATIVI 2017	N° EDIZIONI	N° PARTECIPANTI	N° CREDITI ECM EROGATI PER SINGOLO MODULO	N° CREDITI ECM TOTALI EROGATI
SICUREZZA DEL PAZIENTE E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO - CORSO BASE	4 edizioni	160	12	1612
METODOLOGIE DI ANALISI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO - CORSO AVANZATO	4 edizioni	160	14,7	2352
RISCHIO CLINICO: BEST PRACTICE PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE - CORSO AVANZATO	1 edizione	40	12,9	516
TECHNICAL E NON TECHNICAL SKILLS PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE - CORSO DI FORMAZIONE PER FACILITATORI DEL RISCHIO CLINICO	2 edizioni	60	15	900
LA GESTIONE DELLA COMUNICAZIONE TRA OPERATORI NEGLI EVENTI AVVERSI E NELLE SITUAZIONI DIFFICILI COME STRUMENTO DI PREVENZIONE DEL RISCHIO CLINICO.	2 edizioni	60	17,2	1032
QUALITY & SAFETY DAY 2017	1 edizione	200	4,2	840

2017

La qualità della formazione è garantita dal rilascio dei crediti formativi (ECM). Gli operatori partecipanti ai corsi ottengono i crediti mediante superamento di un test finale di valutazione o mediante esame pratico.

La ASL Lanciano Vasto Chieti ha iniziato, inoltre, un percorso innovativo della formazione in simulazione applicata in ambiti ad elevata complessità, sotto la guida di docenti scelti fra i maggiori esperti nazionali su tali metodiche e sul rischio clinico. E' infatti noto che numerosi eventi avversi, in sanità come in aeronautica, possano essere non tanto provocati dall'incapacità, quanto dal rischio di "errore umano", ancor più subdolo quando si lavora in team: deficit nella comunicazione, nella consapevolezza del rischio e nella capacità di reazione a situazioni di crisi che richiedono decisioni rapide, difetti di coordinamento fra i membri dell'equipe, sono le cosiddette "abilità non tecniche", difficili da esercitare con la formazione tradizionale.

Attraverso la tecnica del CRM si possono invece inscenare situazioni di crisi in sala operatoria, anche rare o potenzialmente fatali nelle quali gli operatori esercitano le Non Technical Skills grazie a simulatori ad elevato realismo, che si dimostrano efficaci per allenare i team a rispondere all'evento inatteso in maniera coordinata, con lo scopo finale di comportarsi come una intelligenza collettiva che supera gli individualismi. Tra le 5 cause principali di "eventi avversi" nelle organizzazioni sanitarie al primo posto è riportata "la carenza a livello di comunicazione", a tal proposito la ASL Lanciano Vasto Chieti ha avviato un progetto formativo con cui intende promuovere un programma di formazione sulla comunicazione come strumento di gestione del rischio clinico. Obiettivo del corso è quello di sviluppare la consapevolezza dell'importanza della comunicazione sia tra operatori si tra operatore-paziente (diagnosi infausta, evento avverso etc).

OBIETTIVO	EVENTUALI FASI INTERMEDI E DI ATTUAZIONE	CRONOGRAMMA	INDICATORE	RISULTATI anno 2017
Attuazione/Predisposizione piano di formazione sulle tematiche di gestione del rischio clinico.		Entro fine anno	N° di eventi formativi attuati N° di operatori sanitari formati	N° 14 eventi formativi N°680 operatori sanitari formati

3. Monitoraggio sistemico dell'uso della check list in Sala Operatoria, tra i criteri di valutazione dei Direttori Generali della Asl.

L'utilizzo delle check list perioperatorie, inserite dall'AHRQ tra le Buone Pratiche per la sicurezza del paziente (BP), è ormai una prassi consolidata presso la ASL Lanciano Vasto Chieti. Il monitoraggio sistemico dell'uso della check list in Sala Operatoria viene effettuato regolarmente.

La checklist perioperatoria è strutturata su due pagine, una che viene compilata in reparto, per garantire una migliore e più sicura preparazione del paziente per l'intervento chirurgico, e l'altra che ricalca quella ministeriale e viene compilata in Sala Operatoria. Una volta completato l'intervento, la check list viene inserita in cartella clinica e ne diventa parte integrante.

Nell'anno 2017, alla verifica periodica sulle cartelle cliniche effettuata dalla UO qualità e rischio clinico, è stata affiancata l'autovalutazione delle cartelle cliniche da parte degli operatori, ossia una valutazione effettuata dal reparto quadrimestralmente su cartelle cliniche scelte random, passaggio importante nella fase di verifica in quanto responsabilizza i professionisti coinvolgendoli direttamente nella ricerca delle criticità e nell'impostazione delle azioni di miglioramento.

2017

L'introduzione di questo doppio controllo permette un monitoraggio continuo sulla compilazione della checklist perioperatoria, essendo prevista nella griglia utilizzata per la verifica, una sezione riguardante la corretta compilazione della checklist perioperatoria.

Nell'anno 2017 sono state analizzate le cartelle cliniche dei pazienti dimessi nell'anno 2016 dalle UU.OO. chirurgiche: sono state analizzate tutte le Unità operative chirurgiche generali e specialistiche (N°24) della ASL Lanciano Vasto Chieti per un totale di 120 cartelle cliniche.

Al fine di evitare il verificarsi di errori in terapia e garantire la sicurezza e qualità delle cure in corso di terapia oncologica, la ASL Lanciano Vasto Chieti ha implementato una serie di Procedure e modulistica associata con cui sono state recepite le Raccomandazioni ministeriali n.7 e n. 14.

In particolare è stata implementata la Procedura PGSQA45 "Procedura per la manipolazione dei farmaci antitumorali in UFA" con lo scopo di fornire le corrette modalità di manipolazione dei farmaci antitumorali comprese quelle di immagazzinamento e trasporto al fine di ridurre il rischio di contaminazione ambientale che può determinare l'esposizione a sostanze tossiche per il personale, pazienti e visitatori. Vengono infatti descritte le modalità di richiesta dei chemioterapici e tutte le attività dall'allestimento dei farmaci antitumorali fino al trasporto nelle diverse UU.OO.

E' stato predisposto apposito modulo di richiesta di allestimento farmaci e SUT (MRSQA45/1) e un modulo di consegna terapia MRSQA45/2 per rendere il processo di preparazione del farmaco più sicuro.

Il modulo di Richiesta allestimento farmaci oncologici e SUT (MRSQA45/1) ha duplice valenza in quanto viene utilizzato anche come SUT, viene adottata una modulistica di facile compilazione in ogni parte, completa di ogni riferimento al paziente e ai farmaci, di immediata lettura e che permetta la completa tracciabilità di ogni atto. Per prevenire gli errori in terapia con farmaci antineoplastici è stata implementata ad attuazione della Raccomandazione n. 14 la PGSQA59 "Procedura prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici". In seguito all'emanazione da parte del Ministero della Raccomandazione n.17 "Ricognizione e Riconciliazione farmacologica", la Procedura aziendale "Gestione Farmaci" PGSQA11 è stata integrata con la parte relativa alla ricognizione e riconciliazione farmacologica con l'implementazione di una scheda Ricognizione/Riconciliazione (MRSQA11/1) che è divenuta parte integrante della cartella clinica.

OBIETTIVO	EVENTUALI FASI INTERMEDIE DI ATTUAZIONE	CRONOGRAMMA	INDICATORE	RISULTATI anno 2017
Monitoraggio e aggiornamento periodico delle Procedure "Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici" "Gestione Farmaci"		continuato	Indicatori procedure aziendali con cui sono state recepite le Raccomandazioni Ministeriali n° 14 e n°7	Verifica procedura "Prevenzione e trattamento non chirurgico degli stravasi da farmaci antitumorali" mediante apposita check di controllo c/o la Oncologia dei PP.OO. di Lanciano e Chieti. Verifica corretta compilazione del modulo di richiesta di allestimento farmaci e SUT (MRSQA45/1) e del modulo di consegna terapia MRSQA45/2. Corso di formazione sul rischio clinico con sezione dedicata alla prevenzione del rischio in terapia farmacologica. Verifica della corretta applicazione della procedura aziendale "Gestione Farmaci" PGSQA11 e della Buona Pratica della Scheda Unica Terapeutica

2017

4. Prevenzione delle cadute

L'implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella rappresenta un adempimento importante teso a minimizzare tali accadimenti in ospedale. La ASL Lanciano Vasto Chieti ha recepito le Raccomandazioni nazionali, declinando puntuali obiettivi al rischio cadute.

Il rischio cadute ha incidenza diversa a seconda dei setting assistenziali e comporta un importante incremento della degenza, di re-ricoveri, delle attività diagnostiche e terapeutiche nonché dei costi sanitari e sociali.

Le cadute sono potenzialmente prevenibili tramite la rilevazione di alcuni items, utilizzando strumenti ad hoc quali: la valutazione multifattoriale e multidisciplinare del paziente. L'applicazione di tali misure è un indicatore della qualità assistenziale e richiede che operatori, pazienti e familiari/caregiver acquisiscano la consapevolezza del rischio di caduta collaborando in modo integrato e costante.

La ASL Lanciano Vasto Chieti dispone di un sistema di monitoraggio delle cadute in ospedale (incident reporting) che nel corso del triennio 2014-2016 ha rilevato i seguenti dati: 122 cadute segnalate anno 2014, 122 cadute segnalate anno 2015, 125 cadute segnalate anno 2016, con un'incidenza pari al 0,26%.

Nel corso del 2017, per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente, è stata revisionata la procedura aziendale (PGSQA26 REV. 3 DEL 13/10/17 PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DELLA PERSONA ASSISTITA come recepimento della Raccomandazione n°13: Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie). Inoltre sono state realizzate delle brochure informative per il paziente (Brochure rischio cadute in ospedale rev. 0 del 13/10/2017 e Brochure cadute in casa-come evitarle) e dei poster da affiggere in tutti i reparti per informare e coinvolgere i pazienti e familiari/caregiver. È stato predisposto un poster affisso in tutte le guardiole degli infermieri con le informazioni per la prevenzione delle cadute. È stata inoltre revisionata la scheda per la valutazione del rischio cadute divenuta parte integrante della documentazione infermieristica.

OBBIETTIVO	EVENTUALI FASI INTERMEDI E DI ATTUAZIONE	CRONOGRAMMA	INDICATORE	RISULTATI anno 2017
Monitoraggio Procedura Prevenzione e gestione delle cadute della persona assistita		continuativo	Indicatori procedure aziendale	La procedura per la prevenzione e gestione delle cadute della persona assistita è stata monitorata attraverso il controllo annuale delle cartelle cliniche con cui viene verificata la corretta compilazione della scheda di valutazione del rischio caduta.
Elaborazione di un percorso per la mappatura del rischio caduta all'interno della ASL		triennale		È stata elaborata un check list ambientale che contiene i principali fattori di rischio di ambienti e presidi per poter controllare il livello di rischio e contribuire alla segnalazione di fattori predisponenti le cadute. La check list dovrà essere compilata da ciascuna Unità Operativa aziendale.

2017

5. Monitoraggio e implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali

La ASL Lanciano - Vasto - Chieti ha recepito tutte e 17 le raccomandazioni ministeriali che dopo essere state inviate ai Direttori delle UU.OO. interessate sono state pubblicate sul sito aziendale in maniera da essere fruibili da tutti gli operatori.

Le raccomandazioni sono state implementate a livello aziendale con procedure specifiche.

OBIETTIVO	EVENTUALI FASI INTERMEDI E DI ATTUAZIONE	CRONOPROGRAMMA	INDICATORE	RISULTATI anno 2017
Monitoraggio procedure aziendali con cui sono state recepite le Raccomandazioni Ministeriali			N° eventi avversi segnalati dalle UU.OO. aziendali	Nel corso dell'anno 2017 sono stati segnalati 200 eventi totali di cui 176 eventi avversi, 9 eventi sentinella segnalati al SIMES e 11 near miss.

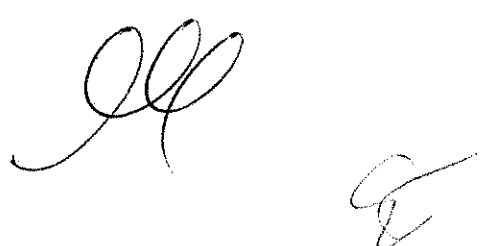
6. Verifica periodica della qualità percepita degli utenti del SSR

Con il concetto di Customer Satisfaction si intende "la capacità delle Pubbliche Amministrazioni di gestire e realizzare in modo proattivo e partecipato i diversi interventi che mirano ad assicurare nel tempo la soddisfazione di utenti, cittadini. In tal senso la gestione della Customer Satisfaction va intesa in una prospettiva più ampia rispetto alla sola misurazione della soddisfazione in quanto è finalizzata al miglioramento dei servizi coinvolgendo direttamente i pazienti e i loro familiari.

La rilevazione della qualità percepita è allora mezzo sia per instaurare/rafforzare i legami di fiducia con i cittadini/pazienti e per individuare gli elementi utili per progettare o riprogettare il sistema di erogazione di un servizio proprio a partire dai reali bisogni e dalle aspettative non soddisfatte. La Customer Satisfaction rappresenta, dunque, un indicatore indispensabile per conoscere il rapporto dell'amministrazione con l'utenza e consentire alla ASL di intervenire per migliorare le prestazioni offerte al cittadino.

Il Progetto dell'indagine di Customer Satisfaction, coordinato dall'Ufficio promozione della Qualità del Sistema Sanitario Regionale della Regione Abruzzo, prevede la progettazione e lo svolgimento delle rilevazioni della customer satisfaction, la diffusione e la condivisione dei risultati della rilevazione con gli operatori e i cittadini e la definizione di programmi di miglioramento.

Nell'anno 2017 è stato individuato il referente della ASL che ha partecipato agli Incontri Regionali per la definizione delle attività che saranno implementate nel biennio 2018-2019.



2017

4.5. la Prevenzione

La Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica

Il livello della "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" include le attività e le prestazioni volte a tutelare la salute e la sicurezza della comunità da rischi infettivi, ambientali, legati alle condizioni di lavoro, correlati agli stili di vita.

Nella asl 2 il livello si articola in 7 aree di intervento che includono programmi/attività volti a perseguire specifici obiettivi di salute.

Per ogni programma vengono indicate le "componenti principali" e tali indicazioni, pur non avendo carattere specificamente vincolante, rappresentano fattori di garanzia per il raggiungimento degli obiettivi. Infine, sono riportati i tipi di prestazioni erogate.

Sono esclusi da questo livello gli interventi di prevenzione individuale, fatta eccezione per le vaccinazioni organizzate in programmi che hanno lo scopo di aumentare le difese immunitarie della popolazione (come quelle incluse nel Piano Nazionale Vaccini), gli screening oncologici, quando sono organizzati in programmi di popolazione, e il counseling individuale per la promozione di stili di vita salutari. Sono escluse altresì le prestazioni che, pur costituendo un compito istituzionale delle strutture sanitarie, sono erogate con oneri a totale carico del richiedente e risultano pertanto escluse dai livelli essenziali di assistenza.

Sono incluse le prestazioni poste solo parzialmente a carico del richiedente in base a disposizioni nazionali o comunitarie ed alle relative norme regionali attuative.

Il livello si articola nelle seguenti aree di intervento.

- A. Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali
- B. Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati
- C. Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro
- D. Salute animale e igiene urbana veterinaria
- E. Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori
- F. Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita
- G. sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale
- H. Attività medico legali per finalità pubbliche

I programmi inclusi nell'area di intervento B e le relative prestazioni sono erogati in forma integrata tra sistema sanitario e agenzie per la protezione ambientale, in accordo con le indicazioni normative regionali nel rispetto dell'articolo 7 quinquies del decreto legislativo 502/1992. Di seguito si riportano i risultati raggiunti nel corso dell'anno 2017.



2017

Attività di rilevazione dei comportamenti e stili di vita: sistema PASSI, PASSI d'argento.

- a) Il Sistema di sorveglianza PASSI si caratterizza come una sorveglianza in Sanità Pubblica che raccoglie, in continuo e attraverso indagine a campione, informazioni della popolazione adulta (18-69 anni) sugli stili di vita e fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili e sul grado di conoscenza e adesione ai programmi di intervento che si stanno realizzando a livello nazionale.

Per quanto riguarda il contesto normativo il principale quadro di riferimento è rappresentato tanto dal PNP 2014-2018 quanto dal PRP in cui il PASSI viene considerato uno strumento fondamentale per la valutazione dei programmi di prevenzione nell'ambito dei seguenti macro-obiettivi:

Macro obiettivo 1: "ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e delle malattie non trasmissibili.

Macro obiettivo 5: "Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti"

Macro obiettivo 9: " Ridurre la frequenza infezioni/malattie infettive prioritarie".

Il Servizio I.E.S.P. nell'anno 2017 ha effettuato 275 interviste, raggiungendo l'obiettivo previsto.

- b) Sistema di sorveglianza PASSI d'ARGENTO è un sistema di sorveglianza della popolazione con più di 64. Essa seguirà nel tempo degli ultra 64enni registrandone la qualità della vita, alcuni aspetti sociali, sanitari e ambientali. Detto sistema viene considerato uno strumento per la valutazione dei programmi di prevenzione. Il Servizio I.E.S.P. nell'anno 2017 ha effettuato 200 interviste, raggiungendo l'obiettivo previsto.

Sostenere e consolidare il sistema di sorveglianza dell'influenza denominato "influnet", il sistema di sorveglianza HIV e il sistema delle sorveglianza delle paralisi flaccide acute secondo specifiche direttive regionali

Sistema di Sorveglianza Influnet, è un sistema di sorveglianza epidemiologica e virologica dell'influenza che ha come obiettivo quello di stimare l'incidenza settimanale della sindrome influenzale durante la stagione invernale, in modo da rilevare la durata e l'intensità dell'epidemia.

Tale sistema si avvale dell'adesione in forma volontaria dei MMG e PLS.

Nella stagione influenzale 2017-2018 nella nostra ASL hanno aderito a tale sistema nove medici con un aumento dell'80% rispetto alla stagione precedente.

I sistemi di sorveglianza HIV e delle Paralisi Flaccide Acute sono gestiti, per disposizione regionale, dall'ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila.

Attività di rilevazione dei comportamenti e stili di vita: sistema PASSI

DESCRIZIONE STRUTTURA	CHIETI	ORTONA	GUARDIAGRELE	CASTELFRONTANO	LANCIANO	VASTO	SAN SALVO	CASTIGLIONE M. M.	SEDI NOD
Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione	X	X			X	X			

PASSI d'argento, OKKIO alla salute, HBSC:

2017

a) SISTEMA DI RILEVAZIONE OKKIO ALLA SALUTE

Contesto normativo : PNP 2014-18, PRP 2015-18, ISS Okkio alla salute

Il SIAN ha completato la totalità degli interventi previsti per il 2017 da questo sistema di rilevazione, in particolare l'attività ha riguardato:

1. Produzione di materiale informativo per i dirigenti, gli insegnanti, gli alunni delle scuole campionate nonché per i genitori

Indicatore : completare al 31.12.2017, obiettivo raggiunto

Il 30.11.2017 il materiale è stato prodotto ed è stato distribuito alle scuole interessate dall'intervento da parte del personale del settore Nutrizione del SIAN.

b) SISTEMA DI RILEVAZIONE HBSG

Contesto normativo PNP 2014-18, PRP 2015-18, Programma Nazionale GUADAGNARE SALUTE

Il SIAN ha completato la totalità degli interventi previsti per il 2017 da questo sistema di rilevazione, in particolare l'attività ha riguardato:

1. Formazione del personale presso ISS Roma:

ha impegnato due dirigenti medici del SIAN, effettuata a giugno, settembre 2017

2. Revisione del materiale informativo per i dirigenti, gli insegnanti e gli alunni.

Indicatore : completare al 31.12.2017 , obiettivo raggiunto

Intervento

CONTROLLO UFFICIALE ALIMENTI SIAN

Contesto normativo REG CE 852/04,882/04, 178/02 LN 283/62 DPR 327/80, DPR 193/07, DPR 190/06

AZIONI	PROGRAMMATE	ESEGUITE DATI SIVRA	RISULTATI %	VALORI ATTESI %
CAMPIONAMENTI ALIMENTI TOTALE	323	343	106,00%	90
CAMPIONAMENTO PER OGM	4	4	100	90
CAMPIONAMENTO PER RESIDUI DI PRODOTTI FITISANITARI	120	120	100	90
CONTROLLO IMPRESE ALIMENTARI	1720	1769	101	90
CONTROLLI AUDIT	7	8	114	100
SISTEMA DI ALLERTA RASFF	PERVENUTE 35	35	100	100
VIGILANZA OCCASIONALE	PERVENUTE 275	206	75	70

2017

CONTROLLI PROGRAMMATI

La numerosità dei controlli è stata calcolata sulla base di quanto previsto dal nuovo PPRIC annualità 2017 ed è riportata nella sottostante tabella.

CONTROLLI IMPRESE ALIMENTARI REGistrate SIAN 2017						
	TIPO DI IMPRESA ALIMENTARE	RISCHIO	NUMERO	FREQUENZA	TOTALE CONTROLLI ANNO	
PRODUZIONE PRIMARIA	raccolta vegetali spontanei	alto				
		medio				
		basso				
	coltivazioni permanenti ad uso umano	alto				20
		medio				
		basso	648	S.I.R.		
	coltivazioni non permanenti ad uso umano	alto				8
		medio				
		basso				
VEGETALI produzione trasformazione e confezionamento	lavorazione di frutta ed ortaggi	alto	37	0,5	18,5	
		medio	41	0,33	13,53	
		basso	140	0,2	28	
	produzione di bevande da frutta/ortaggi	alto	2	0,5	1	
		medio		0,33	0	
		basso		0,2	0	
	produzione di oli e grassi vegetali	alto	5	0,5	2,5	
		medio	3	0,33	0,99	
		basso	126	0,2	25,2	
	produzione di bevande alcoliche	alto	9	0,5	4,5	
		medio	9	0,33	2,97	
		basso	97	0,2	19,4	
	lavorazione di cereali, semi, legumi e tuberi	alto	2	0,5	1	
		medio	3	0,33	0,99	
		basso	5	0,2	1	
	produzione di zucchero	alto	0	0,5	0	
		medio	0	0,33	0	
		basso	0	0,2	0	
	lavorazione del caffè	alto	0	0,5	0	
		medio	2	0,33	0,66	
		basso	1	0,2	0,2	
lavorazione del tè e di altri vegetali per infusi	alto	0	0,5	0		
	medio	0	0,33	0		
	basso	0	0,2	0		
PRODOTTI DA FORNO, PASTICCERIA, GELATIE PIATTI PRONTI	produzione di pasta secca e fresca	alto	60	0,5	30	
		medio	17	0,33	5,61	
		basso	2	0,2	0,4	
	produzione pane, pizza, prodotti da forno freschi e secchi	alto	69	0,5	34,5	
		medio	132	0,33	43,66	
		basso	28	0,2	5,6	
	produzione di prodotti di gelateria	alto	222	0,5	14	
		medio	27	0,33	8,91	
		basso	21	0,2	4,2	
	produzione e lavorazione cioccolato, gomme confetti e caramelle	alto	2	0,2	0,4	
		medio	0	0,17	0	
		basso	0	0,1	0	
produzione di cibi pronti	alto	1	0,5	0,5		
	medio	0	0,33	0		
	basso	0	0,2	0		
ALTRI ALIMENTI	prod. Bibite analcoliche acque minerali e altre acque confezionate	alto	2	0,5	1	
		medio	0	0,33	0	
		basso	0	0,2	0	
	sale	alto	0			
		medio	0			
		basso	0			
RISTORAZIONE E COMMERCIO	ristorazione collettivo assistenziale	alto	106	1	106	
		medio	268	0,5	134	
		basso	2	0,33	0,66	
	ristorazione pubblica	alto	524	1	524	
		medio	1676	0,5	838	
		basso	1397	0,33	461,01	
	commercio all'ingrosso alimenti e bevande	alto	1	0,33	0,33	
		medio	1	0,25	0,25	
		basso	7	0,2	1,4	
	commercio al dettaglio	alto	58	0,33	19,14	
		medio	431	0,25	107,75	
		basso	271	0,2	54,2	
	commercio ambulante	alto	6	1	6	
		medio	33	0,5	16,5	
		basso	31	0,2	6,2	
	depositi alimenti conto terzi	alto	6	0,33	1,98	
		medio	13	0,25	3,25	
		basso	68	0,2	13,6	
piattaforme di distribuzione	alto	2	0,33	0,66		
	medio		0,25	0		
	basso		0,2	0		
depositi di alimenti conto proprio	alto					
	medio					
	basso					
trasporto di alimenti conto terzi	alto	82	0,5	41		
	medio	188	0,33	62,04		
	basso	327	0,2	65,4		
			7211		2760,49	

2017

Controlli integrati SIAOA

Nell'ambito dei controlli una parte delle attività vengono dedicate a quelle congiunte con il SIAOA, come da disposizioni del PPRIC e della Direzione dipartimentale, riguarderanno, state la relativa scarsità di personale, una parte delle attività di somministrazione, in particolare la Ristorazione collettivo-assistenziale ad alto rischio e la grande distribuzione a rischio medio-alto.

La programmazione è inserita nel Piano di Controllo.

B) Vigilanza occasionale

Rientrano in questa tipologia di compiti le attività derivanti da interventi occasionali a seguito di segnalazioni di privati, pubbliche amministrazioni, distruzione di alimenti avariati, indagini per tossinfezioni alimentari, richieste di altri corpi di vigilanza quali NAS Poizia, Carabinieri, Forestale, Capitaneria di porto, Guardia di finanza, Polizia provinciale ed Urbana ecc.

Tali attività non sono facilmente calcolabili a priori, né come numero, tipologia, personale da impegnare e durata.

RASFF

A parte viene considerato il sistema di controllo a seguito di allerta alimentare RASFF, anch'esso non pianificabile in partenza, si tiene conto del dato storico di 34 allerte nel 2016, la tipologia dell'intervento è tale da impegnare una media di tre DM e tre TdP per due giorni/intervento.

Per le modalità operative si fa riferimento alla procedura RASFF (Rev N. 2 del 15.01.2015)

Audit

Le imprese alimentari da sottoporre ad audit, verranno individuate dal dr. Ranalli che provvederà alla programmazione degli interventi e a nominare il responsabile per ogni intervento il quale a sua volta elaborerà il piano di audit relativo alla struttura in questione.

Verifiche di efficacia reg CE 882/04

Le attività di verifica dell'efficacia del sistema di controllo messo in atto dal SIAN sono affidate al Direttore del servizio che le esegue nei tempi e modi previsti dalla relativa **Procedura di verifica ART. 8 c 3 reg CE 882/04 rev n. 02 del 12.04.2013.**




2017

Descrizione delle Azioni e risultati attesi nel triennio 2016-2018, e Responsabile del Procedimento Attuativo

CRONOPROGRAMMA				
N	AZIONI	2016	2017	2018
1	Controllo delle imprese alimentari PPRIC 2015-18	Applicazione dei controlli previsti dal PPRIC della regione Abruzzo	Applicazione dei controlli previsti dal PPRIC della regione Abruzzo	Applicazione dei controlli previsti dal PPRIC della regione Abruzzo
2	Piano di controlli sugli alimenti PPRIC 2015-18	Effettuazione della tipologia di campioni previsti dalla programmazione regionale	Effettuazione della tipologia di campioni previsti dalla programmazione regionale	Effettuazione della tipologia di campioni previsti dalla programmazione regionale
3	Controlli OGM	Effettuazione del campionamento nei tempi previsti dalla RA	Effettuazione del campionamento nei tempi previsti dalla RA	Effettuazione del campionamento nei tempi previsti dalla RA
4	RASFF	Applicazione della procedura di controllo previsto dal piano operativo	Revisione e applicazione del PO RASFF	Revisione e applicazione del PO RASFF
5	Residui Prodotti Fitosanitari negli alimenti	Effettuazione del piano 2016 e inserimento dati sul SIVRA	Riassetto organizzativo e mantenimento del numero di prelievi richiesti	Riassetto organizzativo e mantenimento del numero di prelievi richiesti
6	Audit	Revisione del Piano degli AUDIT e completamento degli interventi	Aumento del 30% del numero di audit rispetto al 2015	Revisione del Piano degli AUDIT e completamento degli interventi

N	AZIONI	2016	2017	2018
1	Controllo delle imprese alimentari PPRIC 2015-18	70% della previsione regionale	70% della previsione regionale	70% della previsione regionale
2	Piano di controlli sugli alimenti PPRIC 2015-18	90,00% della previsione regionale	90,00% della previsione regionale	90,00% della previsione regionale
3	Controlli OGM	90,00%	90,00%	90,00%
4	RASFF	100% degli interventi richiesti dal nodo regionale	100% degli interventi richiesti dal nodo regionale	100% degli interventi richiesti dal nodo regionale
5	Residui Prodotti Fitosanitari negli alimenti	90,00%	90,00%	90,00%
	Audit	100,00%	100,00%	100,00%

Modalità di monitoraggio: SIVRA REGIONE ABRUZZO



2017

Servizio Igiene della Produzione, Trasformazione, Commercializzazione, Trasporto degli Alimenti di Origine Animale e Derivati

Il settore di attività ha visto negli ultimi anni l'implementazione della normativa comunitaria in materia di igiene. Ciò ha portato ad un cambiamento radicale nell'impostazione dei controlli ufficiali e ad una piena responsabilizzazione da parte dell'operatore del settore alimentare (OSA).

Le normative comunitarie in materia veterinaria (sanità animale, benessere e sicurezza alimentare) vincolano gli Stati Membri ad una applicazione uniforme e coerente con il raggiungimento di un elevato livello di protezione per i cittadini/consumatori dell'Unione. Alla luce di queste considerazioni, risulta pertanto indispensabile assicurare i livelli essenziali di assistenza in tema di Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare, nonché l'adempimento degli obblighi comunitari in materia di controlli ufficiali, previsti dal Regolamento (CE) 882/2004 e successive modifiche.

La programmazione dell'attività viene svolta annualmente, coerentemente con quella predisposta per l'anno di riferimento dalla Regione Abruzzo, individuando le linee e la quantificazione delle di attività da svolgere. La suddetta programmazione è vincolante e prevede la realizzazione del 100% delle attività da svolgere.

Descrizione delle Azioni e risultati attesi nel triennio 2017-2019

CRONOPROGRAMMA				
	AZIONI	2017	2018	2019
1	Monitoraggio agenti zoonosici negli alimenti di origine animale- verifica dei Criteri di Sicurezza Alimentare (CSA) e Criteri di Igiene di Processo (CIP)- Reg CE 2073/05 così come modificato dal Reg. CE 1441/07 e 212/CSR del 10 novembre 2016	110	110	110
2	Reg.999/2001, Allegato III Programma di sorveglianza TSE sugli ovicaprini macellati per il consumo umano.	OVINI n. 60 CAPRINI n.10	OVINI n. 95 CAPRINI tutti>18 mesi	OVINI n. 95 CAPRINI tutti>18 mesi
3	Ispezione su stabilimenti riconosciuti e imprese registrate	477	485	490
4	FITOSANITARI SU ALIMENTI – DM 23 DICEMBRE 1992 – controllo ufficiali di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine animale	21	21	21
5	Controlli ufficiali sugli stabilimenti di produzione degli alimenti di origine animale ai sensi del Regolamento 854/04/CE Stabilimenti latte n.15	34% Stabilimenti latte n.5	33% Stabilimenti latte n.4	33% Stabilimenti latte n.5
6	Controlli ufficiali mediante Audit sugli stabilimenti di produzione degli alimenti di origine animale ai sensi del Regolamento 882/04/CE	24	24	24
7	Piano Nazionale Residui farmaci e contaminati negli alimenti di origine animale - Decreto legislativo 158/2006	58	58	58
8	Piano regionale di controllo radioattività da matrici alimentari A.o.A.	14	14	14
9	RASSF – sistema rapido di allerta sulla sicurezza degli alimenti	Tutte le Segnalazione entro 5 settimane dalla comunic-azione del nodo regionale	Tutte le Segnalazione entro 5 settimane dalla comunic-azione del nodo regionale	Tutte le Segnalazione entro 5 settimane dalla comunic-azione del nodo regionale

2017

Indicatori e modalità di monitoraggio:

- **Indicatore Azione 1:** L'assegnazione e ripartizione dei campioni in ambito regionale sono comunicate annualmente mediante il "Programma Annuale dei Controlli in Sanità Animale e Sicurezza Alimentare" Campioni programmati / Campioni eseguiti 90/100
- **Indicatore Azione 2:** L'assegnazione e ripartizione dei campioni in ambito regionale sono comunicate annualmente mediante il "Programma Annuale dei Controlli in Sanità Animale e Sicurezza Alimentare" Campioni programmati / Campioni eseguiti 90/100
- **Indicatore Azione 3:** L'assegnazione e ripartizione dei controlli in ambito regionale sono comunicate annualmente mediante il "Programma Annuale dei Controlli in Sanità Animale e Sicurezza Alimentare" ispezioni programmati / ispezioni eseguiti 90/100
- **Indicatore Azione 4:** L'assegnazione e ripartizione dei campioni in ambito regionale sono comunicate annualmente mediante il "Programma Annuale dei Controlli in Sanità Animale e Sicurezza Alimentare" Campioni programmati / Campioni eseguiti 90/100
- **Indicatore Azione 5:** L'assegnazione e ripartizione dei controlli audit in ambito regionale sono comunicate annualmente mediante il "Programma Annuale dei Controlli in Sanità Animale e Sicurezza Alimentare" audit programmati/audit eseguiti 90/100
- **Indicatore Azione 6:** L'assegnazione e ripartizione dei controlli audit in ambito regionale sono comunicate annualmente mediante il "Programma Annuale dei Controlli in Sanità Animale e Sicurezza Alimentare" audit programmati/audit eseguiti 90/100
- **Indicatore Azione 7:** L'assegnazione e ripartizione dei campioni in ambito regionale sono comunicate annualmente mediante il "Programma Annuale dei Controlli in Sanità Animale e Sicurezza Alimentare" Campioni programmati / Campioni eseguiti 90/100
- **Indicatore Azione 8:** L'assegnazione e ripartizione dei campioni in ambito regionale sono comunicate annualmente mediante il "Programma Annuale dei Controlli in Sanità Animale e Sicurezza Alimentare" Campioni programmati / Campioni eseguiti 90/100
- **Indicatore Azione 9:** N.° segnalazioni/ N.° risposte entro 5 settimane

ATTIVITA' SVOLTA ANNO 2017

AZIONI	PROGRAMMATI	ESEGUITI DATI SIVRA	Risultato %
Monitoraggio agenti zoonosici negli alimenti di origine animale- verifica dei Criteri di Sicurezza Alimentare (CSA) e Criteri di Igiene di Processo (CIP)- Reg CE 2073/05 così come modificato dal Reg. CE 1441/07 e 212/CSR del 10 novembre 2016	110	119 SIVRA	>100%
Reg.999/2001, Allegato III Programma di sorveglianza TSE sugli ovicaprini macellati per il consumo umano.	OVINI n. 60 CAPRINI n.10	OVINI n. 72 CAPRINI n.103 Dati BDN	>100%
Ispezione su stabilimenti riconosciuti e imprese registrate	477	484 SIVRA	>100%
FITOSANITARI SU ALIMENTI – DM 23 DICEMBRE 1992 – controllo ufficiali di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine animale	21	21 SIVRA	100%
Controlli ufficiali sugli stabilimenti di produzione degli alimenti di origine animale ai sensi del Regolamento 854/04/CE Stabilimenti latte n.15	5	5 SIVRA	100%
Controlli ufficiali mediante Audit sugli stabilimenti di produzione degli alimenti di origine animale ai sensi del Regolamento 882/04/CE	24	27 SIVRA	>100%

2017

Piano Nazionale Residui farmaci e contaminati negli alimenti di origine animale - Decreto legislativo 158/2006	58	62 SIVRA	>100%
	14	14 SIVRA	100%
RASSF – sistema rapido di allerta sulla sicurezza degli alimenti	Segnalazione mediante il sistema RASSF nodo regionale	Tutte le Segnalazione entro 5 settimane dalla comunicazione del nodo regionale n. 33	100%

Modalità di monitoraggio: SIVRA REGIONE ABRUZZO

Servizio Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche

La programmazione dell'attività viene svolta annualmente, coerentemente con quella predisposta per l'anno di riferimento dalla Regione Abruzzo, individuando le linee e la quantificazione delle di attività da svolgere. La suddetta programmazione è vincolante e prevede la realizzazione del 100% delle attività da svolgere.

Descrizione delle Azioni e risultati attesi nel triennio 2016-2018

CRONOPROGRAMMA				
	AZIONI	2016	2017	2018
1	Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale PNAA	100%	100%	100%
2	Controlli riguardanti la "protezione degli animali durante il trasporto"PNBA	100%	100%	100%
3	Controlli riguardanti In "protezione degli animali negli allevamenti"PNBA	100%	100%	100%
4	Formacosorveglianza - Attività di ispezione e verifica- D.Lg.vo 6 aprile 2006, n.193,	100%	100%	100%
5	Reg.999/2001, Allegato III Programma di sorveglianza TSE sugli ovicaprini e bovini morti o abbattuti	100%	100%	100%
6	Controlli ufficiali mediante Audit sugli stabilimenti di produzione di mangimi ai sensi del Regolamento 882/04/CE	100%	100%	100%
7	Piano Nazionale Residui farmaci e contaminati negli allevamenti Decreto legislativo 158/2006	100%	100%	100%
8	Piano Nazionale di controllo ufficiale sulla presenza degli organismi geneticamente modificati relativi ai mangimi Reg, CE 18'29/2003 e Reg CE 1830/2003	100%	100%	100%
9	RASSF – sistema rapido di allerta sulla sicurezza degli alimenti	Tutte le Segnalazione entro 5 settimane dalla comunicazione del nodo regionale		

Indicatori e modalità di monitoraggio:

- **Indicatore Azione 1:** L'assegnazione e ripartizione dei controlli in ambito regionale sono comunicate annualmente mediante il "Programma Annuale dei Controlli in Sanità Animale e Sicurezza Alimentare"
Controlli programmati / Controlli eseguiti 90/100
- **Indicatore Azione 2:** L'assegnazione e ripartizione dei campioni in ambito regionale sono comunicate annualmente mediante il "Programma Annuale dei Controlli in Sanità Animale e Sicurezza Alimentare"
Controlli programmati / Controlli eseguiti 90/100
- **Indicatore Azione 3:** L'assegnazione e ripartizione dei controlli in ambito regionale sono comunicate annualmente mediante il "Programma Annuale dei Controlli in Sanità Animale e Sicurezza Alimentare"
Controlli programmati / Controlli eseguiti 90/100

2017

- **Indicatore Azione 4:** L'assegnazione e ripartizione dei campioni in ambito regionale sono comunicate annualmente mediante il "Programma Annuale dei Controlli in Sanità Animale e Sicurezza Alimentare" ispezioni e verifiche programmati / ispezioni e verifiche eseguiti 90/100
- **Indicatore Azione 5:** L'assegnazione e ripartizione dei campioni in ambito regionale sono comunicate annualmente mediante il "Programma Annuale dei Controlli in Sanità Animale e Sicurezza Alimentare" ; Campioni programmati / Campioni eseguiti 90/100
- **Indicatore Azione 6:** L'assegnazione e ripartizione dei controlli audit in ambito regionale sono comunicate annualmente mediante il "Programma Annuale dei Controlli in Sanità Animale e Sicurezza Alimentare" audit programmati/audit eseguiti 90/100
- **Indicatore Azione 7:** L'assegnazione e ripartizione dei campioni in ambito regionale sono comunicate annualmente mediante il "Programma Annuale dei Controlli in Sanità Animale e Sicurezza Alimentare" Campioni programmati / Campioni eseguiti 90/100
- **Indicatore Azione 8:** L'assegnazione e ripartizione dei campioni in ambito regionale sono comunicate annualmente mediante il "Programma Annuale dei Controlli in Sanità Animale e Sicurezza Alimentare" Campioni programmati / Campioni eseguiti 90/100
- **Indicatore Azione 9:** N.° segnalazioni/ N.° risposte entro 5 settimane

ATTIVITA' SVOLTA ANNO 2017

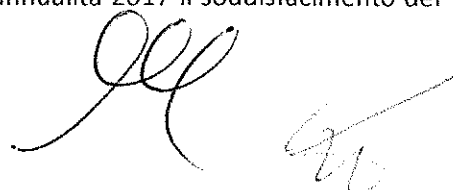
AZIONI	PROGRAMMATI	ESEGUITI DATI SIVRA	Risultato %
Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale -PNAA.	103	107	>100%
Controlli riguardanti la "protezione degli animali durante il trasporto" PNBA	9	9	100%
Controlli riguardanti in "protezione degli animali negli allevamenti" PNBA	33	38	>100%
Formacosorveglianza - Attività di ispezione e verifica- D.Lg.vo 6 aprile 2006, n.193,	970	999	>100%
Reg.999/2001, Allegato III Programma di sorveglianza TSE sugli ovicaprini e bovini morti o abbattuti	380	380	100%
Controlli ufficiali mediante Audit sugli stabilimenti di produzione di mangimi ai sensi del Regolamento 882/04/CE	5	7	>100%
Piano Nazionale Residui farmaci e contaminati negli allevamenti Decreto legislativo 158/2006	13	17	>100%
Piano Nazionale di controllo ufficiale sulla presenza degli organismi geneticamente modificati relativi ai mangimi Reg. CE 1829/2003 e Reg. CE 1830/2003	6	6	100%
RASSF – sistema rapido di allerta sulla sicurezza degli alimenti	Segnalazione mediante il sistema RASFF nodo regionale n.0 1	Tutte le Segnalazione entro 5 settimane dalla comunicazione del nodo regionale	100%

Modalità di monitoraggio: SIVRA REGIONE ABRUZZO

Attività Screening Mammografico - anno 2017.

In merito al riepilogo dell'attività 2017 sostenuta per il Programma Aziendale di Screening Mammografico si relaziona quanto segue.

Il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014 – 2018, prevedeva per l'annualità 2017 il soddisfacimento dei seguenti obiettivi specifici:



2017

ESTENSIONE ALL'INVITO		ADESIONE ALL'INVITO		COPERTURA LEA	
VALORE ATTESO	RILEVATO	VALORE ATTESO	RILEVATO	VALORE ATTESO	RILEVATO
85%	103,15%	60%	67,34%	65%	66,65%

Tutti gli obiettivi sono dunque da ritenersi soddisfatti al 31/12/2017.

Linee di intervento

Per garantire l'adeguatezza della fase di arruolamento

Si voglia analizzare la grande discrepanza con il dato di copertura LEA raggiunto del 2016 (72,77%), causato dalle innumerevoli problematiche inerenti al personale amministrativo della segreteria screening e dalla mancata pianificazione e resa fruibile dei file necessari per operare le scremature del target.

E' stata identificata la popolazione eleggibile (assistibile) sottraendo alla popolazione target (ISTAT) la porzione di utenti escludibile prima dell'invito (test recente o patologia invalidante per l'organo bersaglio). Tale meccanismo, vitale per il raggiungimento degli obiettivi, è gestito dalla segreteria, in riscontro alla fornitura dei file idonei ad effettuare la scrematura (File C, File SDO, File mobilità intra ed extra regionale).

E' stata completata la ricognizione anagrafica, prendendo diretto contatto con i 105 Uffici Demografici provinciali. I dati sono stati opportunamente verificati e sono pronti per l'importazione sui Sistemi di gestione dedicati. Tale operazione risulta ancora **non completata** per lo screening mammografico in riscontro alla carenza di ore lavorative assegnate al personale di segreteria.

Per riorientare la prevenzione individuale spontanea verso i programmi di screening fin dal 2016 sono state escluse dall'invito le donne che avevano eseguito un test opportunistico recente così come ratificato nel DC 112/2016 e recepito dalla Asl con Del. n.6 dello 09/01/2017. E' necessaria un'opera di formazione costante e verificata del personale assegnato agli sportelli senologici, la cui attività resta pertinenza dell'Uff. Gestione Liste d'Attesa, al fine di ridurre l'accesso alle prestazioni di mammografia clinica, impropriamente richieste dai MMG per le donne in età di screening, onde evitare conflitto con l'attività di screening.

Per il mantenimento delle attività di formazione e delle attività di gruppi di lavoro per le varie figure professionali sono state organizzate riunioni con i radiologi e con i tecnici radiologi coinvolti nello screening mammografico (n. 2 audit + un corso di formazione annuale secondo le Linee Guida Eusoma e del Breast Center).

Per quanto riguarda il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale nel processo di arruolamento allo screening oncologico si è provveduto a perseguire l'Obiettivo del Governo Clinico relativo al **Counseling**. Detta attività è stata prorogata anche al 2018 dal Governo Regionale ed è meritevole di un attento e pianificato piano operativo, purtroppo ancora inesistente. Alla riferita attività convogliano, infatti, numerose criticità quali la mole di dati da trattare e verificare, i mezzi e soprattutto le tempistiche di lavorazione che cadendo a ridosso dell'attività di routine, ingolfano le segreterie e rallentano sensibilmente le attività di gestione. Le attività di Counseling hanno permesso di recuperare solo una piccola porzione di utenti non rispondenti alla convocazione dello Screening. Il vantaggio maggiore di tale meccanismo dovrebbe concretizzarsi nel tempo, quando cioè i controlli proposti dallo screening si allineeranno con i controlli effettuati spontaneamente.

Migliorie al sistema Gestionale: gli operatori della segreteria in sinergia con la ditta IASI hanno posto in essere migliorie significative nell'estrazione dati e nei meccanismi peculiari della rendicontazione al Counseling. Tuttavia l'assenza di un sistema di gestione dedicato e la scarsa performance della rete Aziendale continuano a penalizzare i flussi di lavoro.

Servizio di Postalizzazione dedicato: A partire dal secondo semestre 2017 è stato attivato il servizio per la spedizione massiva degli inviti screening. Questo passaggio ha sancito un importante traguardo nell'ambito degli automatismi applicabili al Programma. I rapporti con le ditte permettono report assolutamente precisi che migliorano sensibilmente la qualità dei dati. La segreteria ha già provveduto ad automatizzare i processi di

2017

rendicontazione degli inesitati e provvederà al più presto ad applicare uno studio dedicato per la bonifica degli indirizzi inesatti e della popolazione irreperibile.

Aggiornamento del Parco macchine: sono stati acquisiti mediante gara Consip n. 4 mammografi digitali con tomosintesi da destinare alle Radiologie dei PP.OO. di Chieti, Ortona, Lanciano e Vasto. Restano da aggiornare i due mammografi digitali 2D di Chieti e di Ortona. **Il mantenimento della navetta per lo spostamento delle pazienti** verso il Centro senologico aziendale di riferimento, continua ad essere uno dei punti forza per il funzionamento del Programma di Screening e per il reclutamento dei pazienti.

Piano Aziendale della prevenzione 2014/2018 : programma 9 Ambiente/ Salute – obiettivi centrali 8.7 /8.8 – AZIONI 12,13,14. Intervento : **Piano Nazionale di vigilanza/ Piano regionale dei controlli in materia dei Regolamenti REACH/CLP.**

In riferimento all'obiettivo centrale 8.7 del PRP_ Programma 10-Ambiente e Salute_ concernente la "Realizzazione di programmi di controllo in materia di REACH/CLP sulle sostanze chimiche contenute nei fitosanitari, cosmetici, biocidi, detergenti, e sulle sostanze chimiche/miscele, pericolose per l'uomo e per l'ambiente" alla data del 29 /11/2017 il Gruppo Reach aziendale ha ottemperato a quanto indicato e stabilito nel Piano regionale dei controlli per l'anno 2017.

In particolare il Gruppo ispettivo ha provveduto ad espletare, secondo le modalità operative e organizzative dettate dal Piano nazionale dell'attività di controllo sull'applicazione dei regolamenti CE N.1907/2006 (REACH) e CE N.1272/2008 (CLP) – ANNO 2017 le seguenti attività ispettive:

- 1) Controllo su articoli di bigiotteria per la determinazione analitica del rilascio di NICHEL, effettuato ai sensi del Regolamento REACH 1907/06 – TITOLO VIII Capo I art 67 e allegato XVII n.27 recante "Restrizione in materia di fabbricazione, immissione sul mercato e uso di talune sostanze pericolose in miscele e articoli"; tale controllo è stato effettuato in data 16/06/2017 presso il CENTRO COMMERCIALE MEGALO' sito in Chieti, nel punto vendita della Ditta D.I.P.(Diffusione Italiana Preziosi).
- 2) Controllo eseguito in modalità REF5/CLUSTER 3, per la verifica della sicurezza d'uso di sostanze chimiche registrate e utilizzate dall'Azienda in quantità superiori a 10 tonn/anno ed effettuato in data 23/10/2017 presso l'IMPRESA VALAGRO SPA sita in Atesa (CH) Zona industriale – CODICE ATECO 20.15; la verifica ha interessato il NITRATO DI AMMONIO, sostanza scelta tra le 15 proposte da ECHA, per controllarne la sicurezza d'uso nell'ambito del settore identificato rappresentato da _uso industriale per formulazione di preparati chimici_.

In riferimento all'obiettivo centrale 8.8 concernente la "formazione degli operatori dei servizi pubblici sui temi della sicurezza chimica e interessati al controllo delle sostanze chimiche con la finalità di informare e assistere le imprese e i loro responsabili ambientali ed RSPD all'uso e alla gestione delle sostanze chimiche", nell'anno 2017 il gruppo REACH Aziendale ha soddisfatto i bisogni formativi inerenti il Piano regionale dei controlli, partecipando al corso di formazione Nazionale, ai fini della formazione a cascata degli ispettori regionali e altro personale del Dipartimento di Prevenzione. Il corso di ricaduta si è puntualmente svolto nel 3°trimestre 2017. Per il tramite del Servizio regionale DPF 010 – Prevenzione e Tutela Sanitaria, è stato organizzato nel 2017 un evento formativo destinato alle imprese, sull'uso e gestione delle sostanze chimiche, dando ottemperanza all'obiettivo specifico 8.8.3.

Dati vaccinali gestionali consuntivati al 31.12.2017 Obiettivo: Innalzare le coperture di vaccinazione antinfluenzale della popolazione ultrasessantacinquenne e delle categorie a rischio

Come già negli anni passati, anche per l'anno 2017 il Servizio I.E.S.P. ha curato l'organizzazione della Campagna di vaccinazione antinfluenzale 2017-2018, secondo le indicazioni della Circolare del Ministero della Salute "Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2017-2018", provvedendo alla:

2017

- Programmazione e acquisto delle varie specialità vaccinali antinfluenzali;
- Stesura e invio a tutti gli stake holder di una Circolare esplicativa circa le finalità e modalità di effettuazione della Campagna di vaccinazione antinfluenzale 2017-2018;
- Predisposizione e consegna a tutti gli Operatori della modulistica necessaria per l'adesione alla Campagna nonché per l'approvvigionamento dei vaccini, per la registrazione degli utenti vaccinati e per la rendicontazione finale delle vaccinazioni effettuate;
- Distribuzione dei vaccini ai Centri vaccinali, ad alcuni Distretti Sanitari di Base, ai Medici di Medicina Generale (MMG), ai Pediatri di Libera Scelta (PLS), alle Direzioni Sanitarie di Ospedali, alle Strutture Socio-sanitarie, alle Residenze per anziani e ad Altri Enti che ne avevano diritto;
- Raccolta dei dati circa le vaccinazioni effettuate;
- Elaborazione dei dati circa le coperture raggiunte da ciascuno dei Partecipanti;
- Aggregazione dati con calcolo delle coperture finali su base territoriale e Aziendale.

Nel corso della Campagna di vaccinazione antinfluenzale 2017-2018 sono state somministrate, complessivamente, tra le 4 specialità a disposizione, n. 57.249 dosi di vaccino, con un incremento di 1.485 dosi somministrate, rispetto all'anno passato in cui il numero di vaccinazioni antinfluenzali effettuate era stato pari a n. 55.764. Lo schema che segue ne dettaglia la distribuzione nelle varie categorie di rischio e per fasce di età.

I soggetti di età pari o superiore a 65 anni sottoposti a vaccinazione antinfluenzale sono stati n. 47.004 che ha permesso di raggiungere, su questa fascia di popolazione a rischio, una copertura pari al 50,53%.

Si è quindi registrato un innalzamento della copertura di 2 punti percentuali rispetto all'anno scorso, quando si era raggiunto una copertura pari al 48,52%.

Tale copertura non soddisfa l'obiettivo fissato dalla Circolare Ministeriale (copertura pari ad almeno il 75%), ma conferma un trend positivo che lascia ben sperare per il futuro.

Le vaccinazioni antinfluenzali effettuate nelle altre categorie a rischio di cui alla sopra citata Circolare Ministeriale, sono state complessivamente pari a n. 10.245. Certamente un numero notevole ma che non ci permette di raggiungere la copertura del 75% auspicata a livello nazionale, anche per queste categorie di rischio. La Campagna di vaccinazione antinfluenzale 2017-2018 ha fatto registrare la massiva partecipazione dei MMG, a fronte di una scarsa partecipazione dei PLS.

Il personale del Servizio I.E.S.P. ha partecipato attivamente alla Campagna dando anche la propria disponibilità ad aperture pomeridiane delle sedi vaccinali, per favorire l'adesione del maggior numero di cittadini.



CAMPAGNA DI VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE 2017 - 2018

Riepilogo generale delle vaccinazioni antinfluenzali eseguite nella ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti

Categorie	Fasce di età								TOTALE	
	6 - 23 mesi	2 - 4 anni	5 - 8 anni	9 - 14 anni	15 - 17 anni	18 - 44 anni	45 - 64 anni	≥ 65 anni		
0 Soggetti di età pari o superiore a 65 anni									47004	47004
1 Soggetti di età compresa fra 6 mesi e 64 anni con condizioni di rischio	40	108	164	187	92	1264	5933			7788
2 Bambini e adolescenti in trattamento a lungo termine con acido acetilsalicilico										0
3 Donne nel secondo e terzo trimestre di gravidanza						4	1			5
4 Individui di qualunque età ricoverati presso le strutture per lungodegenti						82	94			176
5 Medici e personale sanitario di assistenza						155	449			604
6 Familiari e contatti di soggetti ad alto rischio	1	6	6	6	10	113	139			281
7 Soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo e particolari categorie di lavoratori						201	629			830
8 Personale che, per motivi di lavoro, è a contatto con animali che potrebbero costituire fonte di infezione da virus influenzali non umani						9	56			65
9 Popolazione generale (escluse le categorie di cui sopra)		1	1	2	8	137	347			496
Totale	41	115	171	195	110	1965	7648	47004		57.249

Sorveglianza delle reazioni avverse alle vaccinazioni

L'obbligo di segnalazione compete a ciascun Sanitario a cui giunge la segnalazione di una sospetta reazione al vaccino. Attualmente esiste una sottotifica delle reazioni avverse alle vaccinazioni.

Sarebbe necessario inserire tra le attività vaccinali annuali, anche il monitoraggio relativo al "numero delle segnalazioni registrate o inviate per evento avverso al vaccino".

Per la segnalazione degli effetti indesiderati viene utilizzata il "Nuovo modello di segnalazione di reazione avversa a farmaci e vaccini", scheda allegata al Decreto del Ministero della Salute del 12.12.2003 pubblicato sulla G. U. n. 36 del 13.02.2004 che, compilata e firmata, viene trasmessa tempestivamente al Responsabile della farmacovigilanza della ASL.

2017

Raggiungere e/o mantenere le percentuali di copertura di tutte le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate previste dal nuovo Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019, recepito e fatto proprio dalla Regione Abruzzo.

Nel corso dell'anno 2017 nella ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti sono state eseguite complessivamente n. 129.425 vaccinazioni. Di queste:

- n. 72.176 "vaccinazioni così dette pediatriche";
- N. 57.249 vaccinazioni antinfluenzali (di cui n. 52.008 effettuate da MMG e PLS)

Relativamente alle vaccinazioni "così dette pediatriche, l'obiettivo di budget fissato per l'anno 2017 era quello di raggiungere una copertura vaccinale pari o superiore al 95% per un ciclo completo (tre dosi) per la coorte dei nati nell'anno 2015, con vaccinazione nei confronti della poliomielite, difterite, Epatite B, tetano, pertosse, Haemophilus influenzae tipo B,

La copertura raggiunta è stata pari al 98,08%.

L'obiettivo è stato pienamente raggiunto e si registra un incremento nella percentuale di copertura rispetto all'anno passato che era stata pari al 97,78%.

Nella coorte di nascita interessata sono stati completati n. 2.812 cicli vaccinali per vaccino esavalente su una popolazione complessiva della coorte di nascita 2015 pari a n. 2,867 soggetti.

La copertura vaccinale per una dose di MPR a 24 mesi è stata pari al 91,94% con un numero di bambini vaccinati pari a 2.636 sulla numerosità della coorte di n. 2.867 soggetti.

Rispetto all'anno passato vi è stato un incremento di copertura superiore a 5 punti percentuali (91,94% verso 86,25%). Questo ci pone tra le ASL virtuose.

L'obiettivo nazionale di una copertura pari al 95% è diventato un obiettivo perseguibile entro il 2019.

I risultati delle coperture conseguite sono frutto dei cambiamenti legislativi intervenuti in materia vaccinale e molto però di questo successo è da riconoscere all'impegno profuso dal personale del Servizio operante nel settore vaccini che, con pazienza e professionalità ha saputo superare in molti casi pregiudizi e paure manifestate da alcuni genitori nei confronti della pratica vaccinale.



2017

I riepiloghi delle vaccinazioni eseguite nell'anno 2017 sono riportati nelle seguenti sezioni (1-9)



Ministero della Salute
DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA
UFFICIO V
Prevenzione delle Malattie Trasmissibili e Profilassi Internazionale

RILEVAZIONE ANNUALE ATTIVITA' VACCINALI DELL'INTERA REGIONE/P. A.	
REGIONE/P. A.	Abruzzo
ANNO di richiesta dei dati:	2018
SEZIONE I: RILEVAZIONE RELATIVA AI NUOVI NATI	
Numerosità della coorte 2015 (denominatore):	2867
Vaccino	Numero cicli vaccinali completati, secondo calendario, a 24 mesi al 31/12/2017
Polio ^(a)	2812
Difterite ^(a)	2812
Tetano ^(a)	2812
Pertosse ^(a)	2812
Epatite B ^(a)	2812
Haemophilus influenzae tipo b ^(b)	2812
Morbillo ^(c)	2636
Parotite ^(c)	2636
Rosolia ^(c)	2636
Varicella ^(c)	931
Meningococco C coniugato ^(b)	2460
Pneumococco coniugato ^(b)	2592
(a) Ciclo vaccinale di base completo = 3 dosi	
(b) Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età	
(c) 1 ^a dose entro 24 mesi	
Altri vaccini somministrati, anche se non inseriti nel calendario della Regione/P. A.	
Vaccino	Numero cicli vaccinali completati, secondo calendario, a 24 mesi al 31/12/2017
Epatite A	10
Rotavirus	57
Meningococco B	265
Meningococco tetravalente ACYW-135 coniugato	21
Vaccino	Numero prime/seconde dosi al 31/12/2017
MPRV: prima dose	32
MPRV: seconda dose ^(d)	0
(d) nei casi in cui la seconda dose venga anticipata, rispetto all'età prevista nel calendario vaccinale	

2017

SEZIONE II: AGGIORNAMENTO A 36 MESI RELATIVO ALLA COORTE RILEVATA L'ANNO PRECEDENTE	
Numerosità della coorte 2014 (denominatore):	
	2956
Vaccino	<i>Numero cicli vaccinali completati a 36 mesi, al 31/12/2017</i>
Polio ^(a)	2865
Difterite ^(a)	2865
Tetano ^(a)	2865
Pertosse ^(a)	2865
Epatite B ^(a)	2865
Haemophilus influenzae tipo b ^(b)	2865
Morbillo ^(c)	2765
Parotite ^(c)	2765
Rosolia ^(c)	2765
Varicella ^(c)	714
Meningococco C coniugato ^(b)	2506
Pneumococco coniugato ^(b)	2717
(a) Ciclo vaccinale di base completo = 3 dosi (b) Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età (c) 1° dose	
<i>Altri vaccini somministrati, anche se non inseriti nel calendario regionale</i>	
Vaccino	<i>Numero cicli vaccinali completati a 36 mesi, al 31/12/2017</i>
Epatite A	8
Rotavirus	16
Meningococco B	280
Meningococco tetravalente ACYW-135 coniugato	44
Meningococco tetravalente ACYW-135 polisaccaridico	0
Vaccino	<i>Numero prime/seconde dosi al 31/12/2017</i>
MPRV: prima dose	27
MPRV: seconda dose ^(d)	0
(d) in caso di anticipo della seconda dose	

RELAZIONE SULLA GESTIONE

2017

SEZIONE III: MOTIVI DI MANCATA O INCOMPLETA VACCINAZIONE CONTRO POLIO E MORBILLO, DEI BAMBINI NATI NELL' ANNO 2015		
Motivazione mancata o incompleta vaccinazione	Polio	Morbillo*
Trasferimenti in un'altra ASL o all'estero	10	79
Esonerati in maniera permanente per motivi di salute	0	1
Esonerati in maniera temporanea per motivi di salute o altra causa	1	2
Non rintracciabili perché nomadi e/o senza fissa dimora	1	27
Non rintracciabili/contattabili nonostante indirizzo conosciuto	6	49
Dissensi informati temporanei	12	9
Dissensi informati definitivi (rifiuti definitivi)	18	15
Immigrati in attesa di recuperare il libretto vaccinale dal Paese di origine o che hanno iniziato (ma non completato) da capo il ciclo vaccinale	2	3
Pregressa immunità: da malattia naturale o da vaccinazione effettuata altrove	0	0
Rintracciati/contattati, ma non presentatisi	5	46
Altro (specificare)	niente	niente
	0	0
TOTALE	55	231

* indipendentemente dal tipo di vaccino utilizzato (monovalente, trivalente o tetravalente)

SEZIONE IV - RILEVAZIONE RELATIVA AL COMPLETAMENTO DEI CICLI VACCINALI/RICHIAMI A 7 ANNI DI ETÀ	
Numerosità della coorte (denominatore) 2010	3409
Vaccino	Numero cicli vaccinali completati/richiami, secondo calendario, al 31/12/2017
Morbillo ^(a)	2804
Parotite ^(a)	2804
Rosolia ^(a)	2804
Varicella ^(a)	356
Difterite ^(b)	2988
Tetano ^(b)	2988
Pertosse ^(b)	2988
Polio ^(b)	2988
<p>(a) 1a dose (b) 1a dose (o almeno 1 dose) di ciclo primario terminante dopo il compimento del 3° anno di vita</p>	
Vaccini	Numero primo/seconde dosi al 31/12/2017
MPRIV: prima dose ^(c)	318
MPRIV: seconda dose ^(d)	129
<p>(c) è da intendersi prima dose nei seguenti casi: 1) se effettuata come catch up; 2) se il bambino è già stato vaccinato contro uno o più delle malattie prevenibili con il vaccino trivalente, ma per la prima dose è stato utilizzato un vaccino a diversa valenza, quali il trivalente MPR e/o il monovalente Varicella</p> <p>(d) è da intendersi seconda dose (prevista a 3-6 anni) se per la prima dose di ciclo primario è stato utilizzato come il vaccino trivalente MPRIV</p>	

RELAZIONE SULLA GESTIONE

003

2017

Ministero della Salute
 DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA
 UFFICIO V
 Prevenzione delle Malattie Trasmissibili e Profilassi Internazionale

SEZIONE V HPV (Papillomavirus): RILEVAZIONE RELATIVA ALLE VACCINAZIONI NEGLI ADOLESCENTI

Cicli vaccinali al 31/12/2017

Coorte dell'anno	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997	1996	1995	1994	1993
Numerosità della rispettiva coorte (denominatore per HPV-cole Femmine)	1608	1576	1653	1611	1662	1637	1724	1730	1721	1617	1750	1767	1932

Vaccino	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997	1996	1995	1994	1993
HPV (prima dose)	1189	1192	1272	1250	1417	1248	1355	1427	1393	377	316	242	211
HPV (ciclo completo, come da scheda tecnica)	650	624	1113	1122	1243	1170	1265	1304	1264	263	202	169	141

Vaccinazione anti-HPV nel maschio, anche se non inserita nel calendario regionale

Coorte dell'anno	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997	1996	1995	1994	1993
Numerosità della rispettiva coorte (denominatore per HPV-cole Maschi)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Vaccino	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997	1996	1995	1994	1993
HPV (prima dose)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HPV (ciclo completo, come da scheda tecnica)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

2017

SEZIONE VI - RILEVAZIONE ANNUALE ATTIVITA' VACCINALI			
Dosi di Vaccino eseguite nell'anno: 2017			
Vaccino	Numero prime dosi	Numero seconde dosi	Numero totale di dosi
MPR	4322	1877	7899
MPRV	941	403	944
Morbillo	0	0	0
Varicella	2130	1768	3898
Vaccino	Numero dosi		
DTaP-Hib-EpB-IPV	6058		
DTaP-EpB-IPV	0		
DTaP-Hib-IPV	30		
DTaP-IPV	3107		
DTaP-Hib	5		
DTaP	0		
Td	740		
Tdap	989		
Tdap-IPV	2562		
Td-IPV	85		
Tetano	1092		
Difterite	0		
IPV	216		
Hib	62		
Epatite A adulti	186		
Epatite A pediatrico	21		
Epatite A - TOTALE			
Epatite B adulti	434		
Epatite B pediatrico	193		
Epatite B dializzati	22		
Epatite B - TOTALE			
HBV-HAV bivalente adulti	61		
HBV-HAV bivalente pediatrico	0		
HBV-HAV bivalente - TOTALE			
Herpes zoster	18		
Influenza - TOTALE			
intero	0		
split	0		
subunità	0		
adjuvato	0		
intradermico	0		
pediatrico	0		
Meningococco C coniugato	6193		
Meningococco B	6895		
Meningococco coniugato tetravalente	7856		
Meningococco polisaccaridico tetravalente	0		
HPV (Papillomavirus) bivalente	2467		
HPV (Papillomavirus) tetravalente	292		
HPV (Papillomavirus) nonavalente	0		
HPV (Papillomavirus) - TOTALE			
Pneumococco coniugato 13 valente	8089		
Pneumococco coniugato 10 valente	0		
Pneumococco 23 valente polisaccaridico	218		
8307			
TBE: anti-encefalite da zecche	1		
Encefalite giapponese	3		
Tifo orale	26		
Tifo parenterale	62		
Rabbia pre-esposizione	8		
Rabbia post-esposizione	0		
Rabbia - TOTALE			
Rotavirus	1694		
SCG	0		
Febbre gialla	114		
Colera orale	33		

2017



Ministero della Salute
 DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA
 UFFICIO V
 Prevenzione delle Malattie Trasmissibili e Profilassi Internazionale

SEZIONE VII - DENOMINATORE UTILIZZATO	
Indicare la fonte utilizzata per il calcolo della coorte (fonte del denominatore) (anche più di una scelta, se le ASL adottano metodi diversi)	
Anagrafe comunale	<input type="checkbox"/> NO
Anagrafe sanitaria	<input type="checkbox"/> NO
Istat	<input type="checkbox"/> SI
Altro	<input type="checkbox"/> No
<input type="text" value="niente"/>	
Altre informazioni	
Le ASL utilizzano fonti diverse per il calcolo del denominatore	<input type="checkbox"/> No
Dal denominatore sono stati esclusi "Residenti non reperibili"	<input type="checkbox"/> No
Il denominatore include i soggetti con "Assistenza scaduta"	<input type="checkbox"/> SI
Eventuali NOTE:	<input type="text" value="niente"/>

2017

SEZIONE VIII: AGGIORNAMENTO A 48 MESI RELATIVO ALLA COORTE RILEVATA L'ANNO PRECEDENTE	
Numerosità della coorte 2013 (denominatore):	3011
Vaccino	Numero cicli vaccinali completati a 48 mesi, al 31/12/2017
Polio ^(a)	2255
Difterite ^(a)	2255
Tetano ^(a)	2255
Pertosse ^(a)	2255
Epatite B ^(a)	2255
Haemophilus influenzae tipo b ^(b)	2255
Morbillo ^(c)	2161
Parotite ^(c)	2161
Rosolia ^(c)	2161
Varicella ^(c)	304
Meningococco C coniugato ^(b)	1991
Pneumococco coniugato ^(b)	2095
(a) Ciclo vaccinale di base completo = 3 dosi (b) Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età (c) 1° dose	
<i>Altri vaccini somministrati, anche se non inseriti nel calendario regionale</i>	
Vaccino	Numero cicli vaccinali completati a 48 mesi, al 31/12/2017
Epatite A	5
Rotavirus	25
Meningococco B	190
Meningococco tetravalente ACYW-135 coniugato	22
Meningococco tetravalente ACYW-135 polisaccaridico	0
Vaccino	Numero prima/seconde dosi al 31/12/2017
MPRV: prima dose	59
MPRV: seconda dose ^(d)	0
(d) in caso di anticipo della seconda dose	

2017

SEZIONE IX - RILEVAZIONE RELATIVA AL COMPLETAMENTO DEI CICLI VACCINALI/RICHIAMI A 8 ANNI DI ETÀ'	
Numerosità della coorte (denominatore) 2009:	3340
Vaccino	Numero cicli vaccinali completati/richiami, secondo calendario, al 31/12/2017
Morbillo ^(e)	2865
Parotite ^(e)	2865
Rosolia ^(e)	2865
Varicella ^(e)	454
Difterite ^(f)	2993
Tetano ^(f)	2993
Pertosse ^(f)	2993
Polio ^(f)	2993
HiB	2987
Epatite B	2993
<i>(e) 2a dose (f) 4a dose (o almeno 3 dosi se ciclo primario terminato dopo il compimento del 4 anno di vita)</i>	
Vaccini	Numero prime/secondo dosi al 31/12/2017
MPRV: prima dose ^(g)	293
MPRV: seconda dose ^(h)	131
<i>(g) è da intendersi prima dose nei seguenti casi: i) se effettuata come catch up; ii) se il bambino è già stato vaccinato contro una o più delle malattie prevenibili con il vaccino tetravalente, ma per la prima dose è stato utilizzato un vaccino a diversa valenza, quali il trivalente MPR e/o il monovalente Varicella</i>	
<i>(h) è da intendersi seconda dose (previsto a 5-6 anni) se per la prima dose è stato utilizzato sempre il vaccino tetravalente MPRV</i>	

2017

Potenziare la prevenzione delle malattie attraverso gli screening oncologici

L'annualità 2017, così come indicato dal PRP 2014/2018 prevede come parametri di valutazione per il raggiungimento degli obiettivi dello Screening oncologico del Cervico carcinoma l'estensione e l'adesione all'invito così riportato nella sottostante tabella:

ASL LANCIANO VASTO – CHIETI		DATI AL 31 DICEMBRE 2017				
	COPERTURA (Dato LEA)		ESTENSIONE ALL'INVITO		ADESIONE ALL'INVITO	
	Valore atteso	Valore verificato	Valore atteso	Valore verificato	Valore atteso	Valore verificato
Screening Cervicouterina	50%	62,1 %	100%	102,0 %	65%	69,6 %

Per quanto riguarda la Griglia LEA - gli indicatori (4/33) è stato modificato a livello Nazionale (ONS, GISCI) il calcolo della Copertura, per gli screening che utilizzano il pap test primario (donne 25-29 anni) ed il test HPV primario (donne 30-64 anni).

L'attuale formula per il calcolo dell'indicatore Corretto di Copertura dello screening cervicale è la seguente:

Persone 25-29 aa che eseguono un pap test come test primario in seguito ad invito dell'anno + persone 30-64 aa che eseguono un test HPV come test primario in seguito ad invito dell'anno * 5/3 / **residenti eleggibili** (25-64 aa) /3 *100

Gli obiettivi sostanziali alla base del programma, cioè l'estensione all'invito e l'adesione all'invito, sono stati pienamente raggiunti per lo Screening del cervico carcinoma.

Infatti la % di persone in età target invitata è stata superata così come la % di persone che hanno aderito all'invito.

Linee di intervento Screening Oncologici:

Per garantire l'adeguatezza della fase di arruolamento

- 1) è stata identificata per lo screening del cervico carcinoma la popolazione eleggibile sottraendo alla popolazione target le donne escluse prima dell'invito (per test opportunistico recente- dato CUP, operate per diagnosi di tumore d'organo- Cod. ICD9, in follow up oncologico, per decesso nell'anno considerato e per rifiuto) e si è passati dall'elaborazione degli indicatori grezzi a quella degli indicatori corretti.

E' importante, in base a quanto stabilito nel Documento Data Ware House Ministeriale e nel D.C. 112/2016, calcolare gli indicatori sentinella identificando la REALE POPOLAZIONE IN ETA' TARGET ELEGGIBILE da invitare ripulita dalle ESCLUSE PRIMA DELL'INVITO.

Questo calcolo è stato effettuato solo parzialmente (per l'annualità 2017) per mancanza di tutte le fonti informative necessarie (File C prestazioni ambulatoriali + attività intramoenia- UOSD Governo Liste d'Attesa e Sistemi di prenotazione, File C mobilità passiva intra ed extra + attività privata convenzionata esterna - UOC Informatica e Reti, file ASDO produzione + mobilità passiva intra ed extra + attività privata convenzionata esterna, codici intervento ICD9CM)

- 2) per la correzione delle anagrafiche sono stati presi contatti diretti con gli Uffici Comunali afferenti alla ASL Lanciano/Vasto/Chieti per l'invio delle liste aggiornate delle donne residenti in fascia di età screening (25-64 anni) e mediante il tracciato record inviato dai MMG
- 3) sono stati corretti gli indirizzi presenti sulle lettere non recapitate
- 4) è stato avviato dal mese di ottobre 2017 (Delibera n. 279 del 02.03.2015 ASL 02 Abruzzo - indizione gara affidamento-; Delibera n. 476 del 28.04.2016 ASL 02 Abruzzo -affidamento del servizio di corrispondenza-), per incrementare l'estensione dello screening del cervico carcinoma, il servizio di

2017

stampa e spedizione massiva con trasmissione di un numero maggiore di inviti/mese e con ulteriore controllo delle lettere inesitate, mediante file di ritorno.

Per riorientare la prevenzione individuale spontanea verso i programmi di screening fin dal 2016 sono state man mano escluse dall'invito le donne che avevano eseguito un test opportunistico recente così come ratificato nel DC 112/2016 recepito dalla Asl con Del. n.6 dello 09/01/2017.

Per quanto riguarda il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale nel processo di arruolamento allo screening oncologico delle donne NON RESPONDER, è stata recepita dalla ASL la delibera della Giunta Regionale n.18 del 26/01/2017.

Nell'anno 2017 sono stati trasmessi dal Direttore Sanitario Aziendale ai Responsabili del NOD Aziendali gli elenchi delle donne NON RESPONDER eleggibili relativi al programma di Screening Oncologico. Sono stati inviati dai Responsabili dei NOD Aziendali ai MMG l'elenco dei propri assistiti NON RESPONDER ed un modulo di ritorno contenente un tracciato record per ottimizzare le informazioni compilate per singolo utente da inviare alle segreterie screening. Viene così valutata l'avvenuta attività di counseling ed inoltre l'eventuale cambio indirizzo o l'eventuale motivo di esclusione (per rifiuto/test recente/neoplasia organo d'interesse). Hanno aderito 157 MMG/330MMG. Sono stati definiti i meccanismi di estrazione dei report per singolo MMG. L'avvenuta adesione al counseling verrà calcolata entro giugno 2018.

Per aumentare l'adesione al programma dello screening oncologico del cervico carcinoma è attivo per lo screening cervicale un numero verde dedicato.

Per riorientare/avviare i programmi di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA va precisato che il programma di screening con test HPV primario è stato avviato nella Regione Abruzzo nel 2010 con centralizzazione dei Test HR-HPV nelle Asl di Teramo ed Avezzano-Sulmona e centralizzazione dei Pap test nella Asl Lanciano-Vasto-Chieti. Con Delibera di Giunta Regionale N. 346 del 23/05/2011 sono state ridefinite le modalità organizzative degli Screening Oncologici Regionali abolendo, per lo screening del cervico carcinoma, le ASL capofila e demandando la gestione dello screening a ciascuna Azienda del territorio.

La ASL02 con la Delibera n. 1656 del 27/12/2011 ha approvato il Piano Aziendale di Prevenzione Sanitaria 2010-2012 ed il relativo "Modello Aziendale dello Screening del cervico carcinoma con utilizzo del Test HR-HPV DNA come Test di Screening Primario". Successivamente, a partire dal 1° Gennaio 2015 sono state applicate le Nuove Linee Guida Regionali pubblicate con DC n.100/2013.

Hanno partecipato a corsi di formazione e tirocini (Del. 735 del 20/06/2017 e Del. 756 del 27/06/2017) sia personale dirigente che tecnico ed inoltre il personale della segreteria del Centro Screening viene formato ed aggiornato costantemente con riunioni specifiche ed audit.

E' stato pubblicato con Del. n. 6 dello 09/01/2017 il documento "Protocollo e Procedure dello Screening per la Prevenzione dei Tumori del collo dell'utero nella ASL Lanciano/Vasto/Chieti. Analisi Organizzativa" EDIZIONE 2016. Nel 2017 il documento è stato aggiornato, implementato e pubblicato sul sito Aziendale. Sono stati adeguati e prodotti i nuovi materiali informativi (Lettera d'invito, di risposta, opuscoli, note informative per utenti, per operatori, per MMG ecc.). Anche questa documentazione è stata pubblicata sul sito Aziendale con possibilità di stampa da parte degli operatori screening interessati.

La Rete Aziendale Screening cervicale approvata dal 2014 è stata realizzata solo parzialmente e prevede l'utilizzo del codice ID barcodato della donna, con correzione dell'eventuale errore anagrafico in tempo reale. Sono state redatte I.O. incluse nella Del. n°6 dello 09/01/2017 che prevedono la riconversione delle modalità di erogazione dei test di screening all'interno dei programmi organizzati.

Per poter realizzare negli anni 2017-2018 gli obiettivi centrali degli screening oncologici e le azioni descritte nel Decreto 65/2016 è necessario che oltre alla rapida realizzazione di un Centro Unico di Coordinamento Aziendale con personale dedicato, venga attuato quanto richiesto e relazionato negli "Strumenti di Programmazione 2017-2019" ricompresi nella Del. 1394 del 30/11/2016.




2017

Azioni e risultati attesi e raggiunti nel 2017			
UOC SERVIZIO DI PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO			
	Azioni	Indicatore Sentinelle/LEA 2017	Valore Raggiunto 2017
N° 1	Sottoporre ad interventi di vigilanza ed ispezione la quota del 5% delle Unità Locali del territorio censite nel rispetto degli obiettivi fissati dal patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro (DPCM 1° Agosto 2007) (1)	Raggiungimento di una copertura almeno pari al 5% delle imprese attive sul territorio nel rispetto delle indicazioni del Patto per la Salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro (DPCM 01/08/2007, PNP, PRP) 5% di 15.526 = 776	790 (3)*
N° 2	Garantire l'attività di vigilanza e controllo nel comparto delle costruzioni in applicazione della procedura regionale e secondo gli standard indicati nel Piano Nazionale di Prevenzione in Edilizia e in applicazione della procedura regionale	N° cantieri controllati/ N° cantieri notificati l'anno precedente di cui n. cantieri di allestimento fiere e spettacoli/totale cantieri di allestimento fiere e spettacoli 14% di 1814 = N° 254	307 (13)*
N° 3	Garantire l'attività di vigilanza e controllo, applicando la procedura e gli indirizzi regionali, nelle aziende del comparto agricolo-forestale, in coerenza con i contenuti del relativo Piano Nazionale di Prevenzione	N° interventi di vigilanza e controllo nelle aziende agricole in funzione delle dimensioni/anno, compresi: - controllo nelle rivendite di macchine ed attrezzature agricole; - controllo negli allevamenti nell'anno N° 55 di 673	67 (1)*
N° 4	Analizzare l'andamento delle malattie professionali denunciate ed indennizzate dall'INAIL e di quelle denunciate e segnalate SPSAL, nel complesso e con riferimento alle malattie muscolo-scheletriche, ai tumori professionali ed alle patologie da stress lavoro-correlato, individuando i comparti lavorativi a maggior incidenza	Report annuale sull'andamento epidemiologico delle MP nella regione con particolare riferimento alle patologie dell'apparato mescolo-scheletrico, da sovraccarico biomeccanico, ai tumori professionali ed alle patologie da stress lavoro-correlato Report al 31/12/2017	N° 1 Report