



A.S.L. VC

Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284

www.aslvc.piemonte.it

posta certificata: aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

**RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE
SUL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI ASSEGNATI NELL'ANNO
2016
(D.G.R. N. 30-3307 DEL 16 MAGGIO 2016)**

PREMESSA.....	2
OBIETTIVO n. 1.1: Implementazione del piano di riduzione delle SC ospedaliere e non ospedaliere.....	2
OBIETTIVO n. 1.2: Centralizzazione delle chiamate di C.A.....	3
OBIETTIVO n. 2.1: Tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali.....	6
OBIETTIVO n. 3: Attuazione piano di efficientamento da Fondo di riequilibrio.....	13
OBIETTIVO n. 4: Valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle strutture di ricovero delle ASR.....	16
OBIETTIVO n. 5.1: Rete Laboratori Analisi (HUB e Spoke).....	18
OBIETTIVO n. 5.2: Rete Laboratori Analisi - Gare Centralizzate.....	19
OBIETTIVO n. 6: PAT.....	20
OBIETTIVO n. 7.1: Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65.....	23
OBIETTIVO n. 7.2: Proporzione di parti con taglio cesareo primario.....	24
OBIETTIVO n. 7.3: Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di ima stemi.....	25
OBIETTIVO n. 8: Assistenza Farmaceutica Territoriale ed Ospedaliera.....	26
OBIETTIVO n. 9.1: Dipartimento funzionale interregionale ed interaziendale di rete oncologica.....	31
OBIETTIVO n. 9.2: Screening Oncologici - Prevenzione Serena.....	33
OBIETTIVO n. 10: Incremento donazioni d'organo.....	35
OBIETTIVO n. 11: Rispetto della normativa Antincendio e Antisismica.....	36

**A.S.L. VC**Azienda Sanitaria Locale
di VercelliCorso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI
Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284
www.aslvc.piemonte.it
posta certificata: aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

PREMESSA

Con D.G.R. n. 30-3307 del 16 maggio 2016 la Giunta Regionale ha provveduto all'assegnazione degli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali delle aziende sanitarie regionali finalizzati al riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2015.

Si provvede di seguito a relazionare in merito allo stato di livello di raggiungimento degli obiettivi così attribuiti.

OBIETTIVO n. 1.1: Implementazione del piano di riduzione delle SC ospedaliere e non ospedaliere in coerenza con gli Atti Aziendali	
SETTORI REFERENTI: Assistenza specialistica e ospedaliera Assistenza Sanitaria e socio sanitaria territoriale Sistemi organizzativi e risorse umane del SSR	
In ragione del Piano di riduzione delle SC consegnato e valutato coerente alla programmazione dai Settori referenti (obiettivo 1.2 della DGR 12-2021/2015), le ASR dovranno procedere al completo adeguamento delle strutture aziendali ospedaliere e non ospedaliere in linea con le DGR 1-600/2014 s.m.i e DGR 26-1653/2015 s.m.i e con gli Atti Aziendali approvati dalla Giunta Regionale. Oltre al lavoro specifico sulle SC, si rappresenta la necessità di procedere alla piena implementazione dell'Atto Aziendale nel suo complesso, ovvero del Piano di Organizzazione, anche con riferimento alle strutture semplici e semplici dipartimentali che sarà monitorata anche attraverso la congruenza tra il Database ARPE e il nuovo database ARPO.	
INDICATORE	N° SC disattivate/N° SC da disattivare
VALORE DELL'OBIETTIVO	Completa disattivazione del 100% SC (ospedaliere e non ospedaliere) in linea con la pianificazione consegnata al 31.12.2015
FONTE DATI	a. Atti deliberativi aziendali b. Autocertificazione del Direttore Generale c. Tabella 1G Conto Annuale d. Congruenza tra le SC presenti in ARPO e quelle presenti su ARPE
SCALA	SI/NO (0/1)
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> • Completa disattivazione del 50% delle SC (ospedaliere e non ospedaliere) entro il 1.05.2016 in linea con la pianificazione consegnata al 31.12.2015 • 31.12.2016
PUNTEGGIO	10/100
NOTE	Si fa presente alle ASR che ai fini della realizzazione della riorganizzazione, nell'ambito della concentrazione dei volumi di attività, è opportuno prevedere l'esercizio dell'attività operatoria e di ricovero in un singolo stabilimento salvo l'attività svolta per altri stabilimenti.

OBIETTIVO RAGGIUNTO: SI**VALORE OSSERVATO**

Piena implementazione del nuovo Piano di Organizzazione aziendale entro i termini previsti.

AZIONI INTRAPRESE

In linea con il Piano di riduzione delle Strutture Complesse ospedaliere e non ospedaliere, amministrative e territoriali, definito con deliberazione del Direttore Generale n. 1000 del 30.12.2015 e trasmesso ai competenti uffici regionali, si è proceduto all'adozione dei provvedimenti finalizzati alla

Pagina 2

STRUTTURA: DIREZIONE GENERALE
DIRETTORE: dott.ssa Chiara SERPIERI
Indirizzo: C.so Mario Abbiate n. 21 – 13100 VERCELLI

Tel. 0161/593775 – 0161/593595 Fax: 0161/593768
e-mail: direzione.generale@aslvc.piemonte.it

**A.S.L. VC**Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284

www.aslvc.piemonte.it

posta certificata: aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

disattivazione delle Strutture Complesse nonché alla disattivazione delle Strutture Semplici Dipartimentali/Strutture Semplici non più previste dall'Atto Aziendale adottato con deliberazione n. 817 del 29.10.2015.

Si è inoltre proceduto all'inserimento dei dati riferiti alla nuova organizzazione aziendale nel Sistema Informativo di nuova realizzazione della Regione Piemonte denominato ARPO – Archivio Regionale dei Piani Organizzativi e all'adeguamento della situazione descritta in ARPE – Archivio Regionale Punti di Erogazione.

OBIETTIVO n. 1.2: Centralizzazione delle chiamate di C.A.**SETTORI REFERENTI: Assistenza Sanitaria e Socio-Sanitaria Territoriale**

Attivazione del Numero Unico 116117 legato non soltanto alla sostituzione dei numeri di Continuità Assistenziale, ma anche all'implementazione dei servizi h24 secondo i contenuti dell'Accordo Stato Regioni del 7 febbraio 2013 e del Patto per la salute 2014-2016, DGR 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i. e DGR 26-1653 del 29.6.2015 e s.m.i. con particolare riferimento alle funzioni in grado di assicurare la continuità delle cure e di intercettare prioritariamente la domanda a bassa intensità.

Nello specifico, anche in prosecuzione delle iniziative fissate nel 2015, il presente sub-obiettivo si articola nelle seguenti azioni:

- gestione dei punti di risposta presso le quattro centrali operative;
- individuazione delle figure professionali atte a garantire le attività previste nel sub-obiettivo favorendo meccanismi di mobilità interna tra aziende nonché l'aderenza rispetto alle ultime normative in vigore (Legge 28 dicembre 2015, n.208);
- monitoraggio dell'attività ed invio dati.

INDICATORI	<ol style="list-style-type: none"> 1. disponibilità dei locali, arredi, e tecnologie (sarà possibile effettuare <i>on site visit</i> di controllo coerentemente alle indicazioni dell'ufficio competente dell'Assessorato e nel rispetto dei vincoli economico-finanziari del bilancio aziendale. 2. Esistenza di una procedura finalizzata al reclutamento del personale dedicato 3. Disattivazione dei punti di risposta territoriale di CA sul territorio di riferimento 4. Produzione tabulati di monitoraggio da centralino 5. Esistenza dati di attività prodotta (ad es. risposte telefoniche, visite domiciliari, visite ambulatoriali, trasferite verso 118 e ricevute da 118) 6. Revisione postazioni di CA
VALORE DELL'OBIETTIVO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Piena operatività delle infrastrutture tecnologiche e di supporto relative alle centrali operative 116117 collocate presso: AOU Città della Salute e della Scienza (TO); AOU Maggiore della Carità (NO); AO SSS. Antonio e Biagio Cesare Arrigo (AL); ASL CN 1. 2. Individuazione delle figure professionali da utilizzare coerentemente alle indicazioni che saranno predisposte dagli uffici competenti dell'Assessorato, favorendo <u>meccanismi di mobilità sia intra-aziendali che inter-aziendali</u>. ASR responsabili: ASL TO1; ASL NO; ASL AL; ASL CN1. 3. Corretta affluenza di tutte le chiamate provenienti dal quadrante di riferimento. ASR responsabili: ASL TO1; ASL NO; ASL AL; ASL CN1. 4. Monitoraggio dei tempi di risposta: relativi alle chiamate ricevute dalle centrali di riferimento. ASR responsabili: ASL TO1; ASL NO; ASL AL; ASL CN1. 5. Popolazione delle banche dati relative ai servizi effettuati che dovranno essere erogati dalle stesse, all'interno delle centrali operative 116117. ASR responsabili: TUTTE le ASR. 6. Entro il 31 dicembre 2016 tutte le aziende interessate dovranno provvedere alla revisione delle postazioni territoriali di CA
FONTI DATI	<p>Di seguito si elenca per ciascun indicatore la documentazione da produrre per la valutazione:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Relazione documentale; 2. Relazione relativa alla procedura finalizzata al reclutamento del personale dedicato; 3. Evidenza dei contratti con i gestori telefonici per lo <i>switch</i> dei numeri dedicati; 4. tabulati di monitoraggio da centralino; 5. Report; 6. Atto formale dell'azienda relativo all'avvenuta revisione delle postazioni

Pagina 3

STRUTTURA: DIREZIONE GENERALE
 DIRETTORE: dott.sa Chiara SERPIERI
 Indirizzo: C.so Mario Abbiate n. 21 – 13100 VERCELLI

Tel. 0161/593775 – 0161/593595 Fax: 0161/593768
 e-mail: direzione.generale@aslvc.piemonte.it

**A.S.L. VC**Azienda Sanitaria Locale
di VercelliCorso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI
Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284
www.aslvc.piemonte.it
posta certificata: aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

SCALA	1. SI/NO (0-1) 2. SI/NO (0-1) 3. SI/NO (0-1) 4. SI/NO (0-1) 5. SI/NO (0-1) 6. SI/NO (0-1) In relazione al punteggio massimo previsto per ogni ASR (cfr. tabella allegata) ogni indicatore di competenza pesa in termini percentuali.
TRACKING	Cfr. Tabella allegata
PUNTEGGIO	Cfr. Tabella allegata
NOTE	Tutte le iniziative intraprese per la realizzazione di tali obiettivi devono rispondere a criteri di omogeneità e coerenza con il coordinamento dell'Assessorato alla Sanità

OBIETTIVO RAGGIUNTO: SI

Obiettivo raggiunto in coerenza con lo slittamento delle scadenze per l'avvio dell'operatività autorizzato dalla Regione in sede di Tavolo di Monitoraggio degli obiettivi e di Tavolo di Lavoro dei Direttori Sanitari.

VALORE OSSERVATO

- Risultano allestite le postazioni;
- Risultano reclutati i primi 4 operatori addetti al servizio 116117.

AZIONI INTRAPRESE

Nel corso del 2016 si sono svolti specifici incontri dei Direttori Sanitari Aziendali delle aziende afferenti all'Area Piemonte Nord-Est (inclusa l'AOU Maggiore della Carità di Novara) finalizzati ad acquisire lo stato dell'arte in merito alle postazioni di continuità assistenziale (C.A.) presenti nelle diverse aziende. Sono state raccolte informazioni riguardanti l'attività prodotta dalle singole sedi (risposte telefoniche, visite domiciliari, visite ambulatoriali, trasferimento a 118, ecc), le modalità di registrazione dell'attività sanitaria (informatizzata/cartacea), le eventuali ipotesi di revisione delle postazioni di C.A.

Sul versante operativo interaziendale le attività preliminari all'attivazione del numero unico 116117 (censimento e l'analisi dell'esistente, l'individuazione delle risorse umane, strutturali e tecnologiche, ecc.) sono risultate particolarmente complesse da completare e hanno indotto le aziende a segnalare la necessità di una proroga dei termini per avvio del servizio.

Nell'ultima riunione dei Direttori Sanitari afferenti all'Area del Piemonte Nord-Est è stato costituito un Gruppo di lavoro interaziendale tecnico-operativo composto da Direttore di Distretto (o delegato), Coordinatore infermieristico del territorio e Assistente Sociale con il mandato di individuare entro il 2017:

- le funzioni da assegnare al numero unico 116117;
- l'elenco delle funzioni distrettuali per le quali attivare la funzione informativa esercitata dal numero unico secondo gli indirizzi contenuti nelle linee-guida nazionali declinati a livello regionale;
- le banche date omogenee e informazioni dell'organizzazione aziendale che devono essere messe a disposizione della centrale 116117 per soddisfare la risposta diurna e notturna.

Per quanto riguarda le azioni intraprese a livello dell'ASL VC, nell'ambito delle attività progettuali interne già avviate e riguardanti la riorganizzazione della rete specialistica ambulatoriale, l'azienda aveva inizialmente valutato la possibilità di accorpate n. 2 postazioni in un'unica sede (accorpamento



A.S.L. VC

Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284

www.aslvc.piemonte.it

posta certificata: aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

della sede di Cigliano con la sede di Santhià). A fine 2016, tuttavia, i contenuti del progetto di riorganizzazione della rete ambulatoriale aziendale hanno richiesto l'armonizzazione e l'integrazione con gli indirizzi operativi regionali relativi all'attivazione delle Case della Salute nel frattempo emessi (ex D.G.R. 3-4287 del 29/11/2016). Ciò ha portato all'individuazione di n. 5 presidi territoriali di prestazioni specialistiche ambulatoriali da destinare anche a Casa della Salute integrando i servizi specialistici con l'erogazione di prestazioni di Cure Primarie h24 (MMG/PLS e Medici di C.A.).

A fronte di tale evoluzione progettuale l'ASL VC ritenuto di variare il progetto iniziale di riorganizzazione delle sedi di C.A. non accorpendo la sede di di Cigliano con quella di Santhià. Allo stato attuale, pertanto, è previsto il mantenimento delle 7 postazioni già in essere di cui:

- n. 4 postazioni situate nelle future Case della Salute;
- n. 2 postazioni situate nel Presidio Ospedaliero di Vercelli e nel Presidio Ospedaliero di Borgosesia;
- n. 1 postazione situata a Scopello (Alta Valsesia), operativa nei prefestivi e festivi fino alle ore 8.00 del giorno feriale successivo al festivo. Si prevede di mantenere tale postazione in considerazione della sua localizzazione strategica rispetto alla rete viaria della valle, tenuto anche conto che trattasi di zona turistica frequentata sia nel periodo invernale che estivo.

Si precisa che il numero delle postazioni attive (n. 7) e il numero di ore/medico rispetta gli standard richiesti dalle normative regionali.

Certamente ove il numero delle postazioni fosse analizzato su una macroarea territoriale che prescindere dai vincoli territoriali delle aziende potrebbero essere assunte decisioni di ulteriore efficientamento.

**OBIETTIVO n. 2.1: Tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali****SETTORE REFERENTE: Assistenza specialistica e ospedaliera**

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

Pertanto si richiede di lavorare sul miglioramento della capacità dell'organizzazione di rispondere alla richiesta di prestazioni sanitarie ambulatoriali attraverso l'ottimizzazione della capacità produttiva aziendale e la diminuzione, qualora si superi lo standard regionale, del tempo medio di erogazione delle prestazioni.

L'obiettivo si compone di due sub-obiettivi:

1. Caricamento sul CUP aziendale di tutte le agende di prenotazione (pubblico/privato convenzionato).
2. Adeguamento del tempo medio di attesa (indice di performance) allo standard regionale stabilito dalla Direzione Sanità per le singole prestazioni oggetto di monitoraggio (solo produzione componente pubblica) nel rispetto del vincolo di una produzione minima (15° percentile della produzione 2015).

Ai fini del sub-obiettivo sono prese in considerazione, in via prioritaria per l'anno 2016, le 43 prestazioni previste dal PNLGA (visite specialistiche e diagnostica strumentale) eccetto le visite oncologiche. Sono valutate ai fini del monitoraggio tutte le prestazioni erogate (primo accesso e non) e tutte le modalità di prescrizione.

- **Indice di performance di erogazione delle prestazioni:** è calcolato, partendo dalla produzione per le 42 prestazioni oggetto di monitoraggio, come totale delle giornate intercorse tra la data di prenotazione e la data di erogazione, per ogni singolo caso, sul totale delle prestazioni erogate.

Si esplicita, al fine di garantire il diritto di accesso alle prestazioni, il divieto di sospensione delle prenotazioni delle prestazioni (chiusura delle agende).

Il miglioramento previsto dall'obiettivo si intende ad invarianza delle risorse economiche assegnate con DGR 35-3152 del 11 aprile 2016.

La Direzione Sanità si riserva la possibilità di attivare, oltre al monitoraggio da flusso, ulteriori verifiche a campione effettuate telefonicamente e/o attraverso visite on site e/o attraverso il CUP laddove presente.

INDICATORE	1. $\frac{\text{N}^\circ \text{ di agende di prenotazione (pubbliche/private) caricate su CUP}}{\text{N}^\circ \text{ di agende di prenotazione (pubbliche/private) presenti in Azienda}} \times 100$
	2. $\frac{\sum (\text{data prenotazione} - \text{data erogazione})}{\text{N}^\circ \text{ prestazioni}}$
VALORE DELL'OBIETTIVO	1. 100%
	2. Cfr. Tabella seguente.
SCALA	1. SI/NO 2. Per ciascuna prestazione oggetto di monitoraggio si accede alla relativa valutazione unicamente se viene rispettato il vincolo di produzione minima (cfr. tabella seguente). La valutazione positiva presuppone, per ogni singola prestazione, che l'indice di performance aziendale rispetti lo standard regionale. In caso contrario viene altresì valutato positivamente un aumento di volumi, rispetto al 2015, del 30%. Ognuna delle 42 prestazioni oggetto di monitoraggio pesa 1/42 del relativo punteggio.
FONTE DATI	1. Documentazione aziendale 2. Flusso C 2016 e/o rilevazioni a campione
TRACKING	• Incontri di monitoraggio obiettivi

**A.S.L. VC**Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284

www.aslvc.piemonte.it

posta certificata: aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

PUNTEGGIO	15/100 punti così ripartiti per sub-obiettivi: 1. 5 punti 2. 10 punti
NOTE	Si evidenzia che la colonscopia presenta nella medesima lista d'attesa anche gli screening di secondo livello.

OBIETTIVO RAGGIUNTO: PARZIALE**VALORE OSSERVATO****1. caricamento a CUP di tutte le agende di prenotazione**

Il 95% delle agende pubbliche e delle agende private relative a prestazioni con tempi di attesa critici è caricato a sistema CUP aziendale. Limitatamente al rimanente 5% riguardante le prestazioni aziendali inerenti l'assistenza in gravidanza e parte dell'assistenza pediatrica, che comunque sono registrate su agenda CUP, devono essere affinati i meccanismi di centralizzazione.

2. tempi di attesa

Nell'ambito delle n. 42 prestazioni oggetto di monitoraggio l'analisi dei dati interni relativi all'anno 2016 evidenzia quanto segue:

- i tempi di attesa sono soddisfatti per n. 26/42 prestazioni, cioè nel 62% delle prestazioni monitorate.
- n. 15 prestazioni presentano un tempo di attesa superiore allo standard. Fra queste, la prestazione "RMN cervello e tronco encefalico - cod. 88.91.1 e 88.91.2" presenta criticità anche nel raggiungimento dello standard minimo di volume;
- n. 7 prestazioni non raggiungono lo standard minimo di volume.

In estrema sintesi, limitatamente alle 42 prestazioni monitorate, nel corso del 2016 rispetto all'anno precedente:

- 7 prestazioni conservano i medesimi tempi di attesa
- 18 prestazioni sono in peggioramento
- 17 prestazioni sono in miglioramento

Come si evince dai dettagli successivamente esposti si ritiene abbiano inciso in maniera specifica le diverse vicende correlate alle risorse umane disponibili o da reperire nel tempo osservato in misura rilevante rispetto agli interventi organizzativi posti in essere pure più oltre specificati.

AZIONI INTRAPRESE**1. Caricamento sul CUP aziendale di tutte le agende di prenotazione (pubblico/privato convenzionato).**

Ad inizio anno 2016 il sistema CUP aziendale includeva esclusivamente le agende di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali erogate nelle diverse sedi aziendali, e non prevedeva la possibilità di consultare e prenotare prestazioni erogate dalle strutture private accreditate presenti sul territorio. Tale possibilità è stata finora condizionata negativamente da alcune variabili critiche, tra cui:

- la necessità di interfacciare applicativi diversi in uso tra l'Azienda e le Strutture Private Accreditate;
- la necessità di effettuare numerosi interventi tecnici per adeguare gli applicativi informatici in uso alle nuove regole di dematerializzazione delle prescrizioni e rendere possibile la

Pagina 7



P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

prenotazione dematerializzata da parte dell'ASL anche nel caso in cui l'erogatore sia una struttura privata accreditata. In questi casi è stato necessario adeguare in corso d'anno anche i moduli informativi riportanti le indicazioni corrette riguardo la sede di erogazione della prestazione, le modalità per il pagamento del ticket, ecc.

Nell'anno 2016 le azioni intraprese per migliorare la trasparenza delle liste di attesa e facilitare la prenotazione delle prestazioni hanno quindi prioritariamente riguardato l'adeguamento degli applicativi informatici e l'inserimento a sistema CUP aziendale delle agende di 3 strutture private accreditate che erano caratterizzate da tempi di attesa critici, ovvero:

- branca 34-Oculistica;
- branca 8-Cardiologia;
- branca 69 - Radiologia.

La condivisione delle agende tra pubblico e privato è stata oggetto di un Addendum ai contratti siglato con le Strutture Private Accreditate insite sul territorio dell'ASL VC.

2. Adeguamento del tempo medio di attesa (indice di performance) allo standard regionale

Le azioni intraprese hanno riguardato l'analisi degli scostamenti dall'atteso, brevemente descritti di seguito, e l'avvio di interventi di riorganizzazione della Rete Ambulatoriale. I valori osservati per i tempi di attesa e per la produzione sono riportati nella tabella che segue.

Tab. Obiettivo 2.1 - tempi medi standard per tipologia di prestazione e visite (estratta da DGR 30-3307/2016 ed integrata) - FONTE: FLUSSO REGIONALE DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE FLUSSO C - QUANTITA'

ASL VC - VERCELLI			Standard DGR 30-3307		Totale Anno 2015		Totale Anno 2016		% copertura domanda residenti da ASL VC 2016
Prestazione	Codice	Branca	Giorni Attesa	N° Visite Soglia	N° Visite	Giorni Attesa	N° Visite	Giorni Attesa	
1. visita cardiologia	89.7	08	30	3.108	6.199	37,4	6.149	37	69%
2. visita chirurgia vascolare	89.7	14	30	526	528	7,1	486	5	42%
3. visita endocrinologica	89.7	19	30	695	2.155	42,7	1.283	66	69%
4. visita neurologia	89.13	32	30	2.600	2.727	30,9	3.005	29	72%
5. visita oculistica	95.02	34	30	5.110	7.373	53,9	6.636	45	57%
6. visita ortopedia e traumatologia	89.7	36	30	3.767	4.561	20,7	4.584	20	57%
7. visita ostetricia e ginecologia	89.26	37	30	2.799	6.137	21,3	5.204	23	80%
8. visita otorinolaringoiatria	89.7	38	30	4.013	7.102	13,8	5.370	22	74%
9. visita urologia	89.7	43	30	2.466	3.682	15,0	3.404	19	79%
10. visita dermatologia	89.7	52	30	4.709	9.247	27,2	8.787	25	83%
11. visita fisiatria	89.7	56	30	1.575	8.279	23,1	8.130	22	75%
12. visita gastroenterologia	89.7	58	30	873	1.554	15,2	1.632	26	79%
13. visita pneumologia	89.7	68	30	1.224	2.858	21,9	3.043	23	79%
14. mammografia	tot		40	669	1.175	57,8	967	46	47%
15. TC senza e con contrasto Torace	tot		30	1.575	1.535	30,0	1.522	24	43%
16. TC senza e con contrasto Addome superiore	tot		30	41	46	19,5	51	20	34%
17. TC senza e con contrasto Addome inferiore	tot		30	6	7	24,6	16	4	45%
18. TC senza e con contrasto Addome completo	tot		30	1.755	1.768	25,3	1.593	21	45%
19. TC senza e con contrasto capo	tot		30	844	1.116	28,3	931	29	47%
20. TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale	tot		30	136	413	16,8	362	14	44%

Pagina 8

**A.S.L. VC**Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284

www.aslvc.piemonte.it

posta certificata: aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

ASL VC - VERCELLI			Standard DGR 30-3307		Totale Anno 2015		Totale Anno 2016		% copertura domanda residenti da ASL VC 2016
Prestazione	Codice	Branca	Giorni Attesa	N° Visite Soglia	N° Visite	Giorni Attesa	N° Visite	Giorni Attesa	
21. TC del bacino (tc di: bacino e articolazioni sacro-iliache)	88.38.5		30	37	104	15,7	97	13	67%
22. RMN Cervello e tronco encefalico	tot		30	712	492	36,4	473	41	22%
23. RMN pelvi, prostata e vescica	tot		30	56	43	12,8	38	22	14%
24. RM Muscoloscheletrica	tot		30	591	383	24,2	370	16	10%
25. RMN Colonna vertebrale	tot		30	657	607	27,3	592	25	15%
26. diagnostica ecografica del capo e del collo ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi	88.71.4		40	1.573	2.895	45,2	1.894	53	37%
27. ecocardiografia	88.72.6		40	2.525	4.221	55,4	4.049	59	54%
28. eco(color) doppler dei tronchi sovraortici a riposo o dopo prova fisica o farmacologica	88.73.5		40	1.779	2.610	93,0	2.711	80	34%
29. eco(color) dopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuale, arteriosa o venosa a riposo o dopo prova fisica o farmacologica	88.77.2		30	950	3.861	19,3	3.703	15	42%
30. Ecografia addome	tot		30	5.635	6.398	35,1	5.362	30	48%
31. Ecografia Mammella	tot		30	760	1.201	35,1	1.184	27	37%
32. Ecografia Ostetrico-Ginecologica	tot		11	2.338	2.715	0,6	2.822	0	68%
33. Colonscopia	tot		30	2.002	4.199	32,8	4.119	36	76%
34. sigmoidoscopia con endoscopio flessibile - endoscopia del colon discendente escluso: proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)	45.24		30	84	214	27,3	195	37	77%
35. Esofagogastroduodenoscopia	tot		30	1.498	1.838	30,6	1.935	31	71%
36. elettrocardiogramma -	89.52		30	10.051	14.978	27,9	14.104	27	72%
37. elettrocardiogramma dinamico - dispositivi analogici (holter)	89.50		40	893	2.203	37,9	1.834	44	58%
38. Elettrocardiogramma da sforzo	tot		40	795	1.796	48,4	1.469	60	59%
39. esame audiometrico tonale -	95.41.1		30	1.377	1.951	57,3	1.583	72	69%
40. Spirometria	tot		40	1.586	2.159	51,2	1.947	55	62%
41. esame del fundus oculi -	95.09.1		60	801	2.496	39,3	2.143	40	81%
42. elettromiografia semplice [emg] - analisi qualitativa o quantitativa per muscolo - escluso: emg dell' occhio (95.25), emg dello sfintere uretrale (89.23), - quello con polisonnogramma (89.17)	93.08.1		30	102	-	-	721	7	46%

LEGENDA: in evidenza le prestazioni che non soddisfano lo standard relativo al tempo di attesa o alla soglia minima di volume



Delle 13 tipologie di VISITE SPECIALISTICHE monitorate è stato rilevato uno scostamento dallo standard riguardante i tempi di attesa (n. 3 visite) oppure il volume di produzione (n. 1 visita), e precisamente:

1. **Visita Cardiologica** (criticità: attesa 37 giorni vs. standard 30 giorni). Il dato è sovrapponibile a quello del 2015 sia in termini di tempo di attesa che di produzione. Il progetto di riordino della rete ambulatoriale a regime prevede una implementazione oraria sia per effetto di redistribuzione di ore, che di aumento complessivo dell'offerta oraria, che di efficienza produttiva degli spazi di prenotazione.
2. **Visita Endocrinologia** (criticità: attesa di 66 giorni vs. standard di 30 giorni). Il dato raffrontato con il dato 2015 evidenzia un aumento di circa 23 giorni pur a fronte di una riduzione della produzione. Il progetto di riordino della rete ambulatoriale ha previsto una riduzione delle sedi di erogazione e un'implementazione delle ore. Tuttavia le dimissioni di n. 14 ore /settimana da parte di Medico Specialista Convenzionato che non è ancora stato possibile sostituire non ha permesso il raggiungimento dei risultati attesi.
3. **Visita Oculistica** (criticità: attesa di 45 giorni vs. standard di 30 giorni). Il dato raffrontato con il dato 2015 evidenzia una riduzione di circa 8 giorni. Complessivamente a carico di questa branca si sono verificate assente degli specialisti per un totale di n. 1488 ore che non è stato possibile sostituire se non parzialmente solo a fine anno. Complessivamente, quindi, il totale delle diminuzione oraria è pari 1008 ore che comporta una riduzione di prestazioni calcolate sulla base dello standard aziendale di n. 3 prestazioni/ora pari circa 3000 prestazioni. Tuttavia la differenza tra il dato 2015 su 2016 indica una riduzione di sole 737 prestazioni correlabili alla presa in carico di una parte dell'attività da parte del personale dipendente.
4. **Visita Chirurgia Vascolare** (criticità: produzione inferiore allo standard di volume). La produzione dell'anno 2016 è inferiore al 2015 per n. 42 visite (n. 486 prestazioni nel 2016 vs. n. 528 prestazioni nel 2016). Contestualmente risulta migliorato il tempo di attesa da 7 giorni a 5 giorni. Si vuole precisare che la Branca di Chirurgia Vascolare (branca 14) non è tra le branche erogate dall'ASL VC e che trattasi di visite che vengono effettuate dai Medici della Chirurgia Generale (Branca 9). Pertanto si ritiene che questo dato non sia una criticità.

Nell'ambito delle 28 PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE monitorate è stato rilevato uno scostamento dallo standard riguardante i tempi di attesa per n. 11 prestazioni, il volume di produzione per n. 6 prestazioni, entrambi gli standard per n. 1 prestazione.

Le 11 prestazioni che non rispettano lo standard inerente i tempi di attesa con rispetto dei minimi di volume sono le seguenti:

1. **mammografia** (criticità: attesa di 46 giorni vs. standard di 40 giorni): anno 2015 n. 1175 versus anno 2016 n. 967, delta -208, con riduzione del tempo di attesa da 58 a 46 giorni.
2. **diagnostica ecografica del capo e del collo** (criticità: attesa 53 giorni vs. standard di 40 giorni): è stata osservata una riduzione della produzione anno 2016 versus 2015 con aumento del tempo di attesa. Ciò si ritiene correlato all'applicazione delle linee-guida sulla Radiologia che ha notoriamente comportato una modifica nell'efficienza di erogazione di prestazioni della Branca 69 (vedi art. 6 D.L. 187/2000 pubblicato su G.U. serie generale n. 261 del 09/11/2015). Nel progetto di riordino della rete ambulatoriale è stata programmata l'acquisizione di nuova strumentazione che, unitamente con la messa a regime della consistenza organica del personale, costituirà la base per l'applicazione della nuova organizzazione dei Servizi di radiologia presenti sul territorio dell'ASL VC.



3. **Ecocardiografia** (attesa di 59 giorni vs. standard di 40 giorni), 4. **ecocolor doppler dei tronchi sovraaortici a riposo o dopo prova fisica farmacologia** (tempo di attesa 80 giorni vs. standard di 40 giorni), 5. **elettrocardiogramma dinamico** (attesa di 44 giorni vs. standard di 40 giorni), 6. **elettrocardiogramma da sforzo** (attesa di 60 giorni vs. standard di 40 giorni): dall'esame dei dati di queste prestazioni tutte appartenenti alla Branca 8 - Cardiologia si evince un incremento dei tempi di attesa anno 2016 vs. 2015 con una riduzione di produzione. Anche questa branca è oggetto di riordino nell'ambito del progetto di riorganizzazione della rete ambulatoriale.
7. **Colonscopia** (attesa di 36 giorni vs. standard di 30 giorni), 8. **sigmoidoscopia con endoscopio flessibile** (attesa di 37 giorni vs. standard di 30 giorni), 9. **EGDS** (attesa di 31 giorni vs. standard di 30 giorni): per le tre prestazioni il tempo di attesa nel 2016 risulta di poco incrementato rispetto al 2015, in parallelo con un lieve aumento della produzione. Nessun intervento previsto.
10. **Esame audiometrico tonale** (attesa di 72 giorni vs. standard di 30 giorni): l'esame viene eseguito da n. 1 tecnico audiometrista e dai Medici Specialisti Ambulatoriali Convenzionati ove sia presente una cabina silente. L'allungamento del tempo di attesa anno 2016 versus 2015 con una riduzione della produzione è stato determinato dall'assenza di medici specialisti convenzionali che tuttora non è stato possibile coprire, una parte delle quali erano dedicate all'esecuzione dell'esame audiometrico.
11. **Spirometria** (attesa di 55 giorni vs. standard di 40 giorni). I dati sono in lieve ma non significativo peggioramento rispetto all'anno precedente per volumi di produzione e tempi di attesa.

Le 6 prestazioni che non rispettano lo standard inerente il volume minimo di produzione sono le seguenti:

1. **TC senza e con contrasto Torace** (produzione 2016: n. 1.522 prestazioni vs. un atteso di n. 1.575 prestazioni). La produzione 2016 è di poco inferiore allo standard con un tempo di attesa rilevato nel 2016 inferiore allo standard (24 giorni vs. un atteso di 30 giorni).
2. **TC senza e con contrasto Addome completo** (produzione 2016: n. 1.593 prestazioni vs. un atteso di n. 1.755 prestazioni). Si osserva un mantenimento della produzione rispetto al 2015 e un miglioramento dei tempi di attesa.
3. **RMN pelvi, prostata e vescica** (produzione 2016: n. 38 prestazioni vs. un atteso di n. 56 prestazioni), 4. **RM Muscoloscheletrica** (produzione 2016: n. 370 prestazioni vs. un atteso di n. 591 prestazioni). La produzione dell'anno 2016 è sovrapponibile con quella dell'anno precedente. Ancorché non venga raggiunto lo standard minimo di volume si segnala una riduzione del tempo di attesa da 24 a 16 giorni. 5. **RMN Colonna vertebrale** (produzione 2016: n. 592 prestazioni vs. un atteso di n. 657 prestazioni). Nell'anno 2016 si osserva un livello di produzione complessivamente sovrapponibile al 2015, associato ad una riduzione del tempo di attesa (da 27 a 25 giorni). In questi casi è attivo un erogatore esterno che soddisfa la gran quota parte della domanda.
6. **Ecografia addome** (produzione 2016: n. 5.362 prestazioni vs. un atteso di n. 5.635 prestazioni). Si osserva una riduzione della produzione nel 2016 rispetto al 2015 accompagnata da una riduzione del tempo di attesa. Ciò si ritiene correlato all'applicazione delle linee-guida sulla Radiologia che ha notoriamente comportato una modifica nell'efficienza di erogazione di prestazioni della Branca 69 (vedi art. 6 D.L. 187/2000 pubblicato su G.U. serie generale n. 261 del 09/11/2015). Nel progetto di riordino della rete ambulatoriale sono stati previsti acquisti di strumentazione che, con la messa a regime del personale, costituiranno la base per l'applicazione della nuova organizzazione dei Servizi di radiologia presenti sul territorio dell'ASL VC.

Infine, la prestazione "RMN Cervello e tronco encefalico" risulta critica sia per i tempi di erogazione che per il volume prodotto (produzione 2016: n. 473 prestazioni vs. un atteso di n. 712 prestazioni;



A.S.L. VC

Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284

www.aslvc.piemonte.it

posta certificata: aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

tempo di attesa di 41 giorni vs. un atteso di 30 giorni). In questo caso, come altri precedentemente rilevati, la domanda dei residenti è soddisfatta all'80% da erogatori esterni.

Per le prestazioni che non soddisfano lo standard minimo di volume e che non presentano dei tempi di attesa critici verrà valutata l'opportunità di attuare interventi finalizzati all'incremento dell'attrattività locale come alternativa all'acquisto di prestazioni da altri produttori in relazione agli spazi di efficienza disponibili. Queste azioni sono correlate alla definizione delle linee strategiche di gestione della domanda e dell'offerta a livello regionale e, successivamente, a livello aziendale.

**A.S.L. VC**Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284

www.aslvc.piemonte.it

posta certificata: aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

OBIETTIVO n. 3: Attuazione piano di efficientamento da Fondo di riequilibrio**SETTORI REFERENTI: Controllo di gestione e monitoraggio costi per i Livelli di Assistenza delle ASR;****Programmazione Economico Finanziaria**

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

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

- 20% per l'esercizio 2016;
- 5% per l'esercizio 2015.

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

Si ricorda altresì che il bilancio preventivo economico 2016 delle ASR rientranti nella fattispecie prevista dalla Legge n.208 del 28.12.2015, Legge di Stabilità 2016, inerente ai "Piani di rientro e riqualificazione degli Enti del Servizio Sanitario Nazionale e monitoraggio budget ospedalieri" al fine di recepire gli obiettivi programmatici triennali, potrà essere integrato e/o modificato in seguito all'emanazione del provvedimento nazionale di individuazione dei criteri di applicazione.

INDICATORE	Coerenza degli importi di disavanzo/avanzo economico concordato
VALORE DELL'OBIETTIVO	Vedi tabella allegata, colonna G1
FONTE DATI	CE consuntivo 2016
SCALA	SI/NO (0-1)
TRACKING	<ul style="list-style-type: none">• Incontri di monitoraggio obiettivi
PUNTEGGIO	12/100. Per ASL TO2 14/100
NOTE	



A.S.L. VC
Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI
Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284
www.aslvc.piemonte.it
posta certificata: asvercelli@pec.aslvc.piemonte.it

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

Tab obiettivo 3

	Quota FSR ripartita per riequilibrio programmato	Quote premi 2014	Rimodulazione Quota FSR indistinta per applicazione art. 30 del D.Lgs 118/2011	Risultato Economico 2014	Rideterminazione per applicazione pesi OSMED per riparto farmaceutica territoriale	Disavanzo/Avanzo economico/finanziario 2014	Obiettivo di Efficientamento SSR 2014	Obiettivo di Efficientamento SSR 2015	Obiettivo di Efficientamento per DG 2015 (8/12 per i nuovi DG)	Quota FSR indistinta per programmi di sviluppo 2015
	A	B	C	D	E	F=A+B+C-D-E	G1=F*20%	G2=F*5%	H	I
ASL 201 - TO1	64.048.969	6.809.135	-8.000.000	1.137	4.349.117	58.507.850	11.701.570	2.925.393	1.950.262	0
ASL 202 - TO2	123.752.541	0	0	-5663.218	-2.487.168	131.902.927	26.380.585	6.595.146	4.396.764	0
ASL 203 - TO3	29.299.076	3.114.826	0	0	-2.243.454	34.657.356	6.931.471	1.732.868	1.155.245	0
ASL 204 - TO4	60.719.169	6.455.140	-11.000.000	350.261	-2.182.937	58.006.984	11.601.397	2.900.349	1.933.566	0
ASL 205 - TO5	17.994.104	0	-12.000.000	0	-3.079.282	9.073.386	1.814.677	453.669	302.446	0
ASL 206 - VC	29.084.903	1.359.014	-500.000	0	1.971.490	27.972.427	5.594.485	1.398.621	932.414	0
ASL 207 - BI	21.176.599	0	0	-1.970.509	2.343.465	20.803.643	4.160.729	1.040.182	693.455	0
ASL 208 - NO	4.026.599	0	-7.500.000	0	-3.418.111	-55.290	Mantenimento spesa			55.290
ASL 209 - VCO	33.359.846	0	-3.000.000	0	1.046.981	29.312.866	5.826.573	1.465.643	977.098	0
ASL 210 - CN1	13.087.250	41.650	-1.700.000	0	-2.477.675	13.906.575	2.781.315	695.329	463.553	0
ASL 211 - CN2	0	0	-1.300.000	43.170	-1.158.067	-185.103	Mantenimento spesa			185.103
ASL 212 - AT	24.619.939	1.371.031	-1.500.000	268	958.253	23.532.450	4.706.490	1.176.622	784.415	0
ASL 213 - AL	58.053.583	3.516.893	0	-3.901.483	6.377.389	59.094.570	11.818.914	2.954.729	1.969.819	0
TOTALE ASL	479.222.578	22.667.690	-46.500.000	-11.152.000	0	466.530.642	93.354.207	23.338.552	15.559.034	240.393
AO 904 - S. Luigi	5.853.067	0		-10.147.373		16.000.440	3.200.088	800.022	533.348	0
AO 905 - NO	573.384	0		-12.852.881		13.426.265	2.685.253	671.313	671.313	0
AO 906 - CN	10.616.496	1.128.655		-5.618.677		17.363.827	3.472.765	868.191	578.794	0
AO 907 - AL	15.842.087	0		-5.736.529		21.578.616	4.315.723	1.078.931	719.287	0
AO 908 - Mauriziano	15.104.408	0		-8.431.519		23.535.927	4.707.185	1.176.796	784.531	0
AO 909 - Città della Salute	167.161.580	0		-30.648.398		197.809.978	39.561.996	9.890.499	9.890.499	0
TOTALE AO	215.151.023	1.128.655		-73.431.000		289.715.054	57.943.011	14.485.753	9.657.168	0
TOTALE ASR	694.373.601	23.796.344	-46.500.000	-84.583.000		756.245.696	151.297.218	37.824.304	25.216.203	240.393

**A.S.L. VC**Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284

www.aslvc.piemonte.it

posta certificata: aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

OBIETTIVO RAGGIUNTO: SI**VALORE OSSERVATO**

Il valore di efficientamento raggiunto è stato pari alla quota concordata con la Regione per il 2016 (euro 4.196/mln) che, sommato alla quota definita per il 2015 di euro 1.399/mln, ammonta a complessivi euro 5.595/mln nel biennio 2015-2016 (atteso 5.594.485 €/mln).

AZIONI INTRAPRESE

Le azioni di efficientamento intraprese e il relativo importo sono schematizzati nella tabella che segue (estratta dalla nota prot. 50494 del 3.11.2016. La nota completa è riportata in allegato).

TABELLA Nr.1 - Manovra di efficientamento 2016 (importo €/mln)				(30/09/2016) dato previsto e proiettato al 31/12/2016	differenza	
Type Manovra	Impatto sui Costi B	Saldo Netto C=A-B				
A. Obiettivo di efficientamento S.S.R. biennio 2015-2016		-5.595,00				
A1. Obiettivo di efficientamento S.S.R. 2015		-1.399,00	raggiunto			
A2. Obiettivo di efficientamento S.S.R. 2016		-4.196,00				
B. Interventi di razionalizzazione dei fattori produttivi biennio 2015-2016		-4.445,00				
C. Interventi di sistema biennio 2015-2016		-1.150,00				
Dettaglio delle azioni individuate						
Azione 1 - incremento utilizzo farmaci biosimilari in sostituzione delle molecole originator	R	300	-300	243	-57	meno risparmio del previsto
Azione 2 riduzione spesa per l'utilizzo dei farmaci per le maculopatie degenerative senili	R	450	-450	341	-109	meno risparmio del previsto
Azione 3 applicazione determina AIFA nr. 1267/2015 sulla rinegoziazione dei prezzi	A	200	-200	328	128	più risparmio del previsto
Azione 4 - riduzione della spesa per la rinegoziazione dei contratti di fornitura ai sensi della L.125/2015	A	200	-200	200	0	uguale al previsto
Azione 5 - riduzione della spesa per adesione gare aggregate	A	360	-360	406	46	più risparmio del previsto
Azione 6 - razionalizzazione spesa farmaceutica territoriale	R	1750	-1.750,00	687	-1.063,00	meno risparmio del previsto
Azione 7 - minor accantonamenti per interessi moratori	R	425	-425	425	0	uguale al previsto
Azione 8 - minor accantonamenti rischi	R	460	-460	460	0	uguale al previsto
Azione 9 - razionalizzazione spesa per integrativa e protesica	A	300	-300	50	-250	meno risparmio del previsto
C. Interventi di sistema		-4.445,00	3.140,00	-1.305,00		
Dettaglio delle azioni individuate						
Azione 10 - razionalizzazione per effetto della riorganizzazione della rete ospedaliera	A	680	-680	700	20	più risparmio del previsto
Azione 11 - razionalizzazione per effetto della riorganizzazione della rete territoriale	A	470	-470	340	-130	meno risparmio del previsto
D. Check (A+B+C)		-1.150,00	1.040,00	-110		
totale risparmi monitorati al 30.09.2016 e proiettati al 31.12.2016				4.180,00		
obiettivo esercizio 2016				4.196,00		
differenza da recuperare in corso d'anno per il raggiungimento del piano				16,00		

**A.S.L. VC**Azienda Sanitaria Locale
di VercelliCorso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI
Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284
www.aslvc.piemonte.it
posta certificata: aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

OBIETTIVO n. 4: Valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle strutture di ricovero delle Aziende Sanitarie Regionali**SETTORE REFERENTE: Direzione Sanità**

La Regione Piemonte, nell'ambito delle iniziative legate al processo di *empowerment* ed in coerenza con il PSSR 2012-2015 - ha contribuito al programma nazionale di valutazione partecipata della qualità delle strutture di ricovero - promosso e coordinato da Agenas e dall'Agenzia di Valutazione Civica di CittadinanzAttiva (progetti ricerca corrente 2010-2012).

[...omissis] Attraverso il Piano di miglioramento si richiedeva alle ASR, in particolare, di individuare le azioni correttive rispetto alle criticità rilevate classificandole secondo i seguenti criteri:

- costo: azioni a costo "0" ovvero che non comportano l'impiego di risorse ulteriori rispetto a quelle già presenti; azioni che comportano costi per l'ASR (rientranti nel budget o che richiedono specifici investimenti a medio-lungo termine);

- rilevanza: azioni a rilevanza regionale o aziendale e, fra queste ultime, azioni a bassa ed alta rilevanza;

- tempo: azioni a breve termine (tempo di realizzazione minore/uguale a sei mesi); azioni a medio termine (che richiedono un tempo di realizzazione superiore a sei mesi); azioni a lungo termine (che richiedono un tempo superiore a dodici mesi).

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

Le attività di coordinamento a livello regionale delle equipe territoriali nonché la valutazione ed il monitoraggio delle azioni di miglioramento saranno realizzate dalla Cabina di regia regionale costituita con D.D. n. 206/DB2000 del 21.03.2014.

INDICATORE	[...omissis] • per le ASR che hanno completato la valutazione nel corso dell'anno 2015, predisposizione del Piano di miglioramento con individuazione delle azioni correttive sugli item critici (di valore inferiore a 6) sui quali vi sia comune accordo nell'ambito delle equipe miste.
VALORE DELL'OBIETTIVO	[...omissis] • per le ASR che hanno completato la valutazione nel corso dell'anno 2015, produzione della delibera del Direttore Generale di adozione del Piano di miglioramento con evidenza dell'avvenuta discussione e condivisione di parte del Collegio di Direzione.
FONTE DATI	• documentazione inviata dalle ASR
SCALA	[...omissis] • per le ASR che hanno completato la valutazione nel corso dell'anno 2015 Piano di miglioramento SI/NO (0-1)
TRACKING	Valutazione finale al 31.01.2017 sulla base della documentazione trasmessa e delle verifiche effettuate
PUNTEGGIO	5 /100

OBIETTIVO RAGGIUNTO: SI**VALORE OSSERVATO**

In data 28 dicembre il piano di miglioramento è stato discusso ed approvato nell'ambito del collegio di direzione ed è stato deliberato in data 30 dicembre 2016 con delibera n. 1212. La delibera integrale è riportata in allegato alla presente relazione.

In data 10 gennaio 2017 con nota prot. n. 1025, la delibera avente per oggetto "Adozione del piano di miglioramento rispetto alle criticità rilevate presso le strutture di degenza del Presidio Ospedaliero Sant'Andrea dell'ASL VC a seguito della valutazione partecipata del grado di umanizzazione" è stata trasmessa al Settore Assistenza Specialistica e Ospedaliera della Regione Piemonte.



A.S.L. VC

Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284

www.aslvc.piemonte.it

posta certificata: aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

AZIONI INTRAPRESE

L'équipe mista (componenti aziendali e di parte civica), che ha svolto la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle strutture, con compilazione della checklist il 15 dicembre 2015, si è incontrata in plenaria quattro volte tra giugno e novembre. Nei periodi intercorsi fra le riunioni i componenti del gruppo hanno mantenuto i contatti via mail e hanno svolto i compiti di verifica loro assegnati.

Ad ogni incontro si è proceduto con la lettura degli item critici e con le proposte di miglioramento che sono state individuate dopo discussione all'interno del gruppo fino ad un'unanime condivisione.

Il Piano di miglioramento, redatto per tutti gli item con valore inferiore a sei, è stato condiviso e approvato all'unanimità e ha visto il coinvolgimento dei Direttori e degli operatori dei Servizi/Strutture interessate.

Le azioni di miglioramento concordate sono state inserite nel format indicato dalla Regione e sono state classificate i previsti criteri di costi necessari e rilevanza (regionale, aziendale, bassa o alta), indicando i tempi di realizzazione.

Le singole schede ed un prospetto riassuntivo delle stesse sono state trasmesse all'Ufficio Qualità in data 15 novembre con nota prot. n. 52543.

**A.S.L. VC**Azienda Sanitaria Locale
di VercelliCorso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI
Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284
www.aslvc.piemonte.it
posta certificata: aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

OBIETTIVO n. 5.1: Rete Laboratori Analisi (HUB e Spoke)	
SETTORE REFERENTE: Assistenza specialistica e ospedaliera	
Riorganizzazione e razionalizzazione della rete dei Laboratori Analisi. Attuazione della DD n° 178 del 23 marzo 2015 e DGR n° 50-2484 del 23.11.2015 relativamente alla concentrazione della diagnostica specialistica nei laboratori di riferimento, esclusi gli esami a valenza regionale. L'obiettivo si applica: - ai Direttori Generali delle ASR sede di spoke in misura pari alla percentuale di esami specialistici inviati al laboratorio di riferimento; - ai Direttori Generali sede di laboratorio di riferimento (HUB) in misura pari alla media delle percentuali di analisi specialistiche inviate da ciascuna ASL definita dalla DGR n. 50-2484 del 23.11.2015, tolta la percentuale dell'ASL che invia percentualmente meno analisi specialistiche.	
INDICATORE	$\frac{\text{Esami specialistici concentrati nei laboratori di riferimento (HUB)}}{\text{Esami specialistici da concentrare nei laboratori di riferimento}}$
VALORE DELL'OBIETTIVO	100 % esami specialistici concentrati nel HUB di riferimento
FONTE DATI	Tracciati C
SCALA	In percentuale al risultato prodotto nell'ultimo mese dell'anno
TRACKING	• 1 - 31 dicembre 2016
PUNTEGGIO	5/100 per ASL 6/100 per AO / AOU
NOTE	-

OBIETTIVO RAGGIUNTO: SI**VALORE OSSERVATO**

Il 100% degli esami individuati dagli allegati A e B della D.D. 506/2013 sono stati trasferiti al Centro Hub di riferimento.

AZIONI INTRAPRESE

Facendo riferimento alla D.D. 506 del 27 giugno 2013 con cui venivano esplicitate le prestazioni specialistiche di laboratorio e microbiologia da accentrare nei laboratori dell'Ospedale Hub di riferimento, l'ASL VC ha concordato con il Centro Hub AOU Maggiore della Carità di Novara, già nel corso del 2015, un cronoprogramma che prevedeva il trasferimento delle prestazioni da giugno ad ottobre 2015. Tale trasferimento è stato perfezionato nel corso del 2016 con l'implementazione della codifica di prestazioni specialistiche non eseguite presso la ASL VC ma inviate al Centro Hub, così da garantirne la tracciabilità informatica.

**A.S.L. VC**Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284

www.aslvc.piemonte.it

posta certificata: aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

OBIETTIVO n. 5.2: Rete Laboratori Analisi – Gare Centralizzate	
SETTORE REFERENTE: Assistenza specialistica e ospedaliera	
<p>Riorganizzazione e razionalizzazione della rete dei laboratori di analisi. Attuazione della DGR n° 50-2484 del 23.11.2015 relativa al consolidamento delle analisi ad elevata automazione.</p> <p>Adozione provvedimento deliberativo del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria sede di laboratorio HUB, in accordo con le altre Aziende sede di laboratori Spoke, contenente l'indizione di gara per almeno un'area diagnostica di grande automazione (ematologia, coagulazione, proteine, area siero).</p> <p>La gara è da intendersi riferita ad almeno una delle forniture in scadenza o in proroga.</p>	
INDICATORE	<p>Delibera di indizione gara da parte del Direttore Generale dell'ASR</p> <hr/> <p>Gare da indire di area diagnostica di grande automazione (forniture in scadenza o in proroga)</p>
VALORE DELL'OBIETTIVO	Publicazione delibera di indizione gara da parte del Direttore Generale dell'ASR entro il 30/09/2016
FONTI DATI	Trasmissione atto deliberativo
SCALA	0 – 1 (SI/NO)
TRACKING	30 settembre 2016
PUNTEGGIO	5/100 per ASL 6/100 per AO / AOU
NOTE	L'obiettivo viene raggiunto dai Direttori Generali di ASR sede di Laboratorio HUB con l'adozione di specifico atto deliberativo, dai Direttori Generali delle ASR sede di laboratorio Spoke, con la sottoscrizione del capitolato di gara da parte dei propri professionisti delegati a far parte del nucleo tecnico.

OBIETTIVO RAGGIUNTO: SI**VALORE OSSERVATO**

È stata indetta la gara in scadenza relativa agli accertamenti di ematologia entro la scadenza prevista (D.D.G. dell'AOU NO n. 541 del 27/09/2016).

AZIONI INTRAPRESE

Tutte le gare di alta automazione (ematologia, coagulazione, chimica-clinica e immunometria) vengono gestite a livello di AIC3, con AOU Novara come stazione appaltante. Durante l'incontro di AIC3 del 7/06/2016 è stato stilato un cronoprogramma per la nomina dei componenti i diversi nuclei tecnici. La prima gara con delibera di indizione è la D.D.G. n. 541 del 27/09/2016 dell'AOU Novara inerente le prestazioni di ematologia, che si è conclusa con la sottoscrizione da parte del nucleo tecnico. La tempistica definita dall'AOU NO prevede, a seguire, la gara dell'area siero (coagulazione, chimica-clinica ed immunometria).

**A.S.L. VC**Azienda Sanitaria Locale
di VercelliCorso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI
Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284
www.aslvc.piemonte.it
posta certificata: aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

OBIETTIVO n. 6: PAT**SETTORE REFERENTE: Assistenza Sanitaria e socio-sanitaria territoriale**

Come previsto dalla DGR 12-2021/2015, allegato A, le ASL hanno prodotto nel 2015 il Programma delle attività territoriali-distrettuali (di seguito PAT).

Tale Programma, sviluppato in coerenza con gli strumenti di programmazione socio-sanitaria locale previsti dalla L.R. n. 18/2007, deve essere aggiornato ogni anno contestualmente alla definizione del bilancio ed è redatto secondo i criteri e le modalità di cui all'art. 3-quater del D.Lgs. n.502/1992 e s.m.l.

A seguito dell'invio dei PAT da parte delle Aziende è stato avviato un tavolo di lavoro con le Direzioni Sanitarie Aziendali per una ricognizione e standardizzazione dei modelli prodotti che ha permesso di sviluppare uno schema omogeneo di sintesi sulle attività di maggiore impatto previste per l'anno 2016. Tale modello di sintesi è stato redatto per poter consentire il confronto tra realtà territoriali eterogenee e stabilire la loro coerenza con la distribuzione delle risorse assegnate in sede di verifica di bilancio preventivo.

Per l'anno 2016 sono state individuati quattro indicatori prioritari rispetto agli indirizzi programmatici Regionali nonché in riferimento alle criticità maggiori rilevate in sede di monitoraggio griglia LEA.

Di seguito si elencano gli obiettivi individuati:

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

INDICATORE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valutazione positiva da parte del settore competente dell'Assessorato 2. {anziani >= 65 anni trattati in ADI programmata professionale/ popolazione >=65 anni}*100 3. Bambini vaccinati/coorte nati due anni prima monitorati per 2 anni 4. Bambini vaccinati/coorte nati due anni prima monitorati per 2 anni 5. Azioni implementate/azioni da implementare
VALORE DELL'OBIETTIVO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Progetto realizzato e valutato positivamente da parte del settore competente dell'Assessorato 2. > 4 % (valore griglia LEA) 3. Tutte >=95% 4. >=95% 5. 100%
FONTE DATI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Documentazione inviata dalle ASR 2. SIAD 3. PIA 4. PIA 5. Documentazione Aziendale
SCALA	<ol style="list-style-type: none"> 1. 0 – 1 (SI/NO) 2./3./4. Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2016 tra valore di partenza (anno 2014) e valore obiettivo. Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è inferiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto. Se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare. Se il valore di partenza è superiore al valore obiettivo, l'obiettivo è da intendersi in termini di mantenimento. 5. 0 – 1 (SI/NO)
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> • Incontri di monitoraggio • 31.12.2016
PUNTEGGIO	10/100 solo ASL
NOTE	<p>Con riferimento all'ADI si riportano le indicazioni presenti nella griglia LEA: Si considerano gli assistiti con prese in carico già aperte al 1 gennaio 2016 o aperte nel corso dello stesso anno, per le quali sia stato inviato almeno un accesso. Sono, inoltre, escluse dal calcolo le prese in carico con CIA 0.</p>



A.S.L. VC

Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284

www.aslvc.piemonte.it

posta certificata: aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

OBIETTIVO RAGGIUNTO: PARZIALE (vd. dettagli di seguito).

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

VALORE OSSERVATO: SI.

Ricognizione progettuale realizzata e valutata positivamente da parte del settore competente dell'Assessorato

AZIONI INTRAPRESE:

La scheda di ricognizione del progetto richiesta dall'obiettivo ha riguardato l'esperienza del Centro di Assistenza Primaria di Santhià ed è stata inviata in Regione dal Direttore Sanitario dell'ASL VC il 30/06/2016 (e-mail a g.viberti@ires.piemonte.it). Al riguardo la Regione si è espressa positivamente durante il Tavolo regionale dei DS di settembre. In data successiva è stata trasmessa una nota integrativa in merito all'esperienza del Gruppo di Cure Primarie (GCP) di Coggiola e dell'Ospedale di Comunità di Varallo.

2. Assistenza programmata a domicilio (ADI)

VALORE OSSERVATO: 4,24% (atteso $\geq 4\%$).

Il sub-obiettivo può ritenersi raggiunto. Il valore sopra indicato si riferisce all'ultimo aggiornamento consolidato trasmesso dal servizio di assistenza tecnica dell'applicativo FARSIAD, riferito al periodo 1.1.2016 - 30.9.2016 (n. 1.948 casi trattati in ADI, come somma dei codici LA 20801 + LA 20806, rispetto ad una popolazione di 45.975 ultra 65enni).

AZIONI INTRAPRESE

Le azioni intraprese hanno riguardato:

- il miglioramento della tempestività e della completezza di inserimento dei dati relativi all'assistenza domiciliare nell'applicativo regionale FARSIAD;
- la verifica dell'appropriatezza delle richieste di assistenza sanitaria domiciliare nelle diverse tipologie.



A.S.L. VC

Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI
Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284
www.aslvc.piemonte.it
posta certificata: aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

3. e 4. Coperture vaccinali nei bambini

VALORE OSSERVATO

- **Copertura vaccinale nei bambini - ciclo base (Codice LA 10500a):** 95,66% per la vaccinazione esavalente a 24 mesi (atteso $\geq 95\%$). Il sub-obiettivo è raggiunto.
- **Copertura vaccinale nei bambini - MPR (Codice LA 10500b):** 86,83% (atteso $\geq 95\%$). Il sub-obiettivo non è raggiunto ma si rileva un miglioramento rispetto all'anno precedente (86,00%).

AZIONI INTRAPRESE:

Nel corso dell'anno 2016 sono proseguite le attività proprie del SISP, anche in ambito vaccinale, mettendo in atto le indicazioni regionali, in particolare nei confronti dei genitori inadempienti.

Il 29/6/2016, con nota regionale 14284 è stata implementata l'offerta vaccinale con l'inserimento di tre nuovi vaccini a prezzi di costo (meningococco B, herpes zoster e papillomavirus nei maschi).

Di questo sono stati informati i MMG, PLS, reparti ospedalieri e la popolazione, con la pubblicazione sul sito ASL.

Nel corso dell'anno sono stati tenuti due incontri con i PLS (gennaio e ottobre 2016) per presentare le nuove vaccinazioni e valutare le coperture raggiunte.

Il PAT 6 è stato integrato, il 15/11/2016, con nota 23204 "Obiettivo 6-PAT e gestione dei non vaccinati" che specifica le modalità con cui devono essere espletate le azioni previste nella nota 19176 del 20 settembre 2016: "Raggiungimento obiettivi 6. PAT". Le azioni sono previste a partire dall'anno 2017.

Si è tenuta la "Giornata della salute", il 28/05/16 a Vercelli, con stand informativi con personale medico ed infermieristico a disposizione del pubblico e brevi conferenze anche su temi inerenti le vaccinazioni in contesti diversi.

5. Azioni specifiche da Piano Regionale della Prevenzione, che saranno individuate con successivo provvedimento della Direzione Sanità

VALORE OSSERVATO: 100%. Il sub-obiettivo è raggiunto.

AZIONI INTRAPRESE:

Tutte le azioni previste dal Piano Regionale Prevenzione sono state declinate nel Piano Locale della Prevenzione. Al 31.12.2016 non risultavano individuate ulteriori azioni specifiche rispetto a quelle già incluse nei Piani.

**A.S.L. VC**Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284

www.aslvc.piemonte.it

posta certificata: aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

OBIETTIVO n. 7.1: Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65**SETTORE REFERENTE: Assistenza Specialistica e Ospedaliera**

Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 2 giorni in pazienti ultrasessantacinquenni. Il fenomeno in oggetto è monitorato nella Griglia LEA, in valutazione da parte del Ministero della Salute.

Inoltre il DM 70/2015 ha inserito tale indicatore tra quelli in evidenza per il monitoraggio del rapporto tra volumi/esiti delle strutture complesse ponendo la soglia del tasso minimo aggiustato di rischio al 60% e un volume minimo di interventi pari a 75/anno.

Poiché le SDO, ad oggi, non riportano l'ora del ricovero, quale parametro proxy si adotta il numero di interventi chirurgici eseguiti entro il giorno successivo a quello del ricovero, facendo riferimento alla data del ricovero e alla data dell'intervento (quindi entro un intervallo ricovero/intervento di 0-2 giorni).

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

INDICATORE	<p>Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 2 giorni (differenza tra data della procedura e data di ricovero \leq 2 giorni)</p> <hr/> <p>Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore.</p> <p>L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato", ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni del paziente.</p> <p>L'indicatore è relativo al protocollo 42 del PNE 2015.</p>
VALORE DELL'OBIETTIVO	<ul style="list-style-type: none"> Tasso aggiustato \geq 70%
FONTE DATI	Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)
SCALA	<p>Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2016 tra valore di partenza (dato anno 2015) e target regionale (valore obiettivo). Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è inferiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto;</p> <p>Se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare</p>
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> Incontri di monitoraggio 31.12.2016
PUNTEGGIO	<p>3/100 per ASL</p> <p>5/100 per AO / AOU Maggiore della Carità, Città della Salute e della Scienza</p> <p>8/100 per AOU S.Luigi</p>

RISULTATO RAGGIUNTO: SI**VALORE OSSERVATO**

La proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 2 giorni in pazienti ultrasessantacinquenni è nettamente migliorata nell'anno 2016 rispetto al precedente 2015 passando dal valore del 59% al 77%. L'incremento è stato presente presso entrambe le sedi (Vercelli da 53% a 74%; Borgosesia da 71% a 83%).

AZIONI INTRAPRESE

Consolidamento delle azioni già intraprese nel secondo semestre dell'anno 2015 tese alla condivisione, da parte di tutti i soggetti coinvolti, del percorso in urgenza del paziente ultrasessantacinquenne con frattura di femore ed assegnazione conseguente di obiettivi specifici che monitorano la parte di competenza delle singole strutture nel percorso suddetto.

**A.S.L. VC**Azienda Sanitaria Locale
di VercelliCorso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI
Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284
www.aslvc.piemonte.it
posta certificata: aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

OBIETTIVO n. 7.2: Proporzione di parti con taglio cesareo primario	
SETTORE REFERENTE: Assistenza specialistica ospedaliera	
<p>Numero di tagli cesarei primari per 100 parti. L'indicatore in oggetto è presente nella Griglia LEA, oggetto di valutazione da parte del Ministero della Salute. Inoltre il DM 70/2015 ha inserito, in linea con quanto stabilito dall'Accordo Stato Regioni del 16.12.2010, tale indicatore tra quelli in evidenza per il monitoraggio del rapporto tra volumi/esiti dei Punti Nascita (PN) ponendo la soglia del tasso minimo aggiustato di rischio distinto tra Punti Nascita di 1° e di 2° livello. Per l'anno 2016 la Regione effettuerà il monitoraggio ponendo un obiettivo unico per i due livelli di PN nelle more di avviare un monitoraggio più puntuale. L'indicatore è espresso in termini di produzione per le AO e di tutela per le ASL.</p>	
INDICATORE	$\frac{\text{N° parti con cesareo primario}}{\text{N° parti con nessun pregresso cesareo}} \times 100$ <p>L'indicatore è relativo al protocollo 37 del PNE 2015.</p>
VALORE DELL'OBIETTIVO	<ul style="list-style-type: none"> Tasso aggiustato ≤ 20%
FONTE DATI	Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)
SCALA	<p>Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2016 tra valore di partenza (dato anno 2015) e target regionale (valore obiettivo). Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è inferiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto; Se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.</p>
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> Incontri di monitoraggio 31.12.2016
PUNTEGGIO	<p>3/100 per ASL 2/100 per ASL TO1, ASL CN1, ASL AL 5/100 per AO / AOU 6/100 per AO Mauriziano</p>
NOTE	È escluso dalla valutazione dell'indicatore l'AO S. Luigi di Orbassano.

OBIETTIVO RAGGIUNTO: SI**VALORE OSSERVATO**

La proporzione di parti con taglio cesareo primario a livello aziendale è stata pari al 19%, valore migliorato rispetto al precedente anno 2015 (23%) in particolare per il netto miglioramento presso il punto nascita di Borgosesia (22% vs 25%), nonché di Vercelli (18% vs 21%).

AZIONI INTRAPRESE

L'allestimento di una sala operatoria presso il reparto di Ostetricia del Presidio ospedaliero di Borgosesia, all'interno della sala parto e la redazione di una procedura per il corretto utilizzo della stessa "Taglio cesareo emergente ed emergenze ostetriche presso la sala operatoria ubicata presso la Struttura di Ostetricia di Borgosesia" (DM.PG.1952.00) ha comportato la riduzione dei rischi nella gestione del parto consentendo l'eventuale effettuazione dei cesarei in emergenza in modo efficiente e sicuro. La formazione dell'equipe, medici e ostetriche, nel fornire supporto alle donne richiedenti il taglio cesareo, ha determinato una riduzione dei tagli cesarei per volontà delle pazienti.

**A.S.L. VC**Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284

www.aslvc.piemonte.it

posta certificata: aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

OBIETTIVO n. 7.3: Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di ima stemi**SETTORE REFERENTE: Assistenza specialistica ospedaliera**

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

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

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

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

INDICATORE	Numero di episodi di STEMI, in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro 2 giorni Numero di episodi di STEMI L'indicatore è relativo al protocollo 95 del PNE 2015.
VALORE DELL'OBIETTIVO	• Tasso grezzo > 85%
FONTE DATI	Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) e registro SAE
SCALA	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2016 tra valore di partenza (dato anno 2015) e target regionale (valore obiettivo). Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è inferiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto; Se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.
TRACKING	• Monitoraggio semestrale • 31.12.2016
PUNTEGGIO	3/100 per ASL 2/100 per ASL NO 5/100 per AO/ AOU Città della Salute e della Scienza e Maggiore della Carità 6/100 per AO S. Croce e Carle 8/100 per AOU S.Luigi
NOTE	* si evidenzia che per l'anno 2016 non è possibile considerare l'informazione aggiuntiva che verrà avviata già nelle SDO 2016 relativa all'indicazione sull'ora di effettuazione dell'intervento.

OBIETTIVO RAGGIUNTO: SI**VALORE OSSERVATO**

93% (valore migliore rispetto all'anno 2015: 91%)

AZIONI INTRAPRESE

Proporzione di episodi di STEMI trattati con PTCA entro 2 giorni era già oltre il valore obiettivo nell'anno 2015 e pertanto si è mantenuto lo stato della struttura sia sotto l'aspetto del numero delle risorse (tecnologiche ed umane) sia sotto quello della loro qualità (aggiornamento/formazione e momenti di audit interno con monitoraggio dei risultati interni)

**A.S.L. VC**Azienda Sanitaria Locale
di VercelliCorso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI
Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284
www.aslvc.piemonte.it
posta certificata: aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

OBIETTIVO n. 8: Assistenza Farmaceutica Territoriale ed Ospedaliera: Appropriatezza prescrittiva e riduzione della variabilità**SETTORE REFERENTE: Assistenza farmaceutica, integrativa e protesica**

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

Gli scostamenti presi in esame riguardano le seguenti categorie:

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

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

Le AO sono interessate al raggiungimento dell'obiettivo per le ATC indicate ai numeri 8, 9 e 10.

Particolare attenzione sarà osservata rispetto all'attivazione ed al funzionamento dei registri Aifa così come previsto all'art.15, comma 10, del D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito in legge, con modificazioni, dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135.

Per tutte le specialità medicinali i prezzi di riferimento sono quelli vigenti alla data di estrapolazione dei dati oggetto di informativa da parte della Direzione Sanità regionale alle singole aziende.

INDICATORE e SCALA	<p>1. Inibitori di Pompa Acida (ATC A02BC) La spesa in regime convenzionale nel 2016 per i farmaci Inibitori di Pompa Acida (ATC A02BC) ha quale riferimento la spesa pro-capite registrata dall'ASR best performer ¹. Ogni singola azienda deve ridurre di almeno il 50% lo scostamento tra la propria spesa pro-capite e quella di riferimento ottenendo l'obiettivo di spesa, in valori assoluti, indicato in tabella</p> <p>2. Antibatterici per uso sistemico (ATC=J01) La spesa in regime convenzionale nel 2016 per i farmaci Antibatterici per uso sistemico (ATC=J01) ha quale riferimento la spesa per 100 assistibili fatto registrare presso l'ASR best performer ². Ogni singola azienda deve ridurre di almeno il 50% lo scostamento tra la propria spesa per 100 assistibili rispetto a quella di riferimento.</p> <p>3. Renina-angiotensina II associati e non (ATC=C09C e ATC=C09D) La spesa in regime convenzionale nel 2016 per le sostanze ad azione sul sistema Renina-angiotensina II associati e non (ATC=C09C e ATC=C09D) ha quale riferimento il costo medio per confezione registrato presso l'ASR best performer ³. Ogni singola azienda deve ridurre di almeno il 70% lo scostamento tra il proprio costo medio per confezione e quello di riferimento</p> <p>4. Inibitori della HMG CoA reduttasi (ATC=C10AA) La spesa in regime convenzionale nel 2016 per gli Inibitori della HMG CoA reduttasi (ATC=C10AA) ha quale riferimento il costo medio per confezione fatto registrare presso l'ASR best performer ⁴. Ogni singola azienda deve ridurre di almeno il 70% lo scostamento tra il proprio costo medio per confezione e quello di riferimento.</p>
---------------------------	--

¹ Nota Direzione Sanità 17 dicembre 2015 protocollo n. 23.557/A14.000

² Nota Direzione Sanità 29 gennaio 2016 protocollo n. 2.106/A14.000

³ Nota Direzione Sanità 29 dicembre 2015 protocollo n. 24.189/A14.000

⁴ Nota Direzione Sanità 2 dicembre 2015 protocollo n. 22.698/A14.000.



A.S.L. VC

Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284

www.aslvc.piemonte.it

posta certificata: aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

	<p>5. Antidepressivi (ATC=N06A) La spesa in regime convenzionale nel 2016 per i farmaci Antidepressivi (ATC=N06A) ha quale riferimento la spesa per 100 assistibili fatto registrare presso l'ASR best performer ⁵. Ogni singola azienda deve ridurre almeno il 50% lo scostamento tra la propria spesa per 100 assistibili rispetto a quella di riferimento.</p> <p>6. Farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie (ATC=R03A) La spesa in regime convenzionale nel 2016 per le specialità medicinali appartenenti al gruppo dei Farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie (ATC=R03) ha quale riferimento la spesa per assistibile fatto registrare presso l'ASR best performer ⁶. Ogni singola azienda deve ridurre almeno il 70% lo scostamento tra la propria spesa per assistibile e quella di riferimento.</p> <p>7. Insuline ed analoghi per iniezione, ad azione lenta (ATC =A10AE04) Per ciascuna ASR il raggiungimento dell'obiettivo prevede un consumo dei farmaci aggiudicati con gara 66/2015, rispetto al consumo totale della molecola, uguale o superiore alla media regionale per l'anno 2016. Si intende conseguito l'obiettivo anche nel caso di uno scostamento negativo rispetto alla media entro e non oltre il 10%.</p> <p>8. Fattori di stimolazione delle colonie (ATC=L03AA) ⁷ Nell'anno 2016 l'incidenza dei consumi, in termini di confezioni erogate, del gruppo L03AA02 sul totale del gruppo L03AA a livello regionale e in ogni ASR deve essere superiore al 95%.</p> <p>9. Altri preparati antianemici (Eritropoietina ATC=B03XA) ⁷ Nell'anno 2016 l'incidenza dei consumi, in termini di DDD erogate, del gruppo B03XA01 sul totale del gruppo B03XA a livello regionale e in ogni ASR deve essere superiore al 90%.</p> <p>10. Inibitori del fattore di necrosi tumorale Alfa – TNF Alfa – (ATC=L04AB) ⁷ Nell'anno 2016 l'incidenza delle giornate di terapia erogate del gruppo L04AB02 sul totale del gruppo L04AB a livello regionale e in ogni ASR deve essere superiore al 65 %.</p> <p>11. Somatropina e agonisti della Somatropina (ATC=H01AC01) ⁷ Per ciascuna ASR il raggiungimento dell'obiettivo prevede un consumo dei farmaci aggiudicati con gara 66/2015, rispetto al consumo totale della molecola, uguale o superiore alla media regionale per l'anno 2016. Si intende conseguito l'obiettivo anche nel caso di uno scostamento negativo rispetto alla media entro e non oltre il 10%.</p>
VALORE DELL'OBIETTIVO	<ul style="list-style-type: none">• ATC da 1 a 6: Cfr. Tabella allegata (ESTRATTA ED INTEGRATA CON I RISULTATI OTTENUTI DALL'ASL VC)• ATC 7 e 11: entro meno 10% media regionale 2016 utilizzo molecola aggiudicata con gara 66/2015• ATC 8: 95%• ATC 9: 90%• ATC 10: 65%
FONTE DATI	Portale della Tessera Sanitaria
SCALA	<ul style="list-style-type: none">• ATC da 1 a 6: Per ogni singola ATC, il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2016 tra valore di partenza (spesa pro-capite/costo medio per confezione/spesa per 100 assistibili/spesa per assistibile) e valore obiettivo. <p>Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è superiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto; Se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.</p>

⁵ Nota Direzione Sanità 29 marzo 2016 protocollo n. 7.212/A14.000

⁶ Nota Direzione Sanità 29 marzo 2016 protocollo n. 7.211/A14.000.

⁷ Nota Direzione Sanità 04 aprile 2016 protocollo n. 7.744/A14.000 valevole anche per i seguenti gruppi terapeutici: Altri preparati antianemici (eritropoietina ATC=B03XA); Inibitori del Fattore di necrosi tumorale Alfa-TNF Alfa (ATC=L04AB); Somatropina e agonisti della Somatropina (ATC=H01AC01).

**A.S.L. VC**Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284

www.aslvc.piemonte.it

posta certificata: aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

	<ul style="list-style-type: none"> • ATC da 7 a 11: 0-1 (SI/NO) <p>Per le ASL ogni sub-obiettivo pesa 1/11; per le AO 1/3</p>
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> • Incontri di monitoraggio obiettivi
PUNTEGGIO	10/100 per ASL 4/100 per AO / AOU

OBIETTIVO RAGGIUNTO: PARZIALE

I risultati raggiunti sono sintetizzati nella tabella sottostante (tabella 1).

Tabella 1. Obiettivo 8 - Sintesi dei risultati raggiunti

Denominazione Indicatore	ATTESO	punti	VALORE OSSERVATO	RISULTATO RAGGIUNTO
1. Inibitori di Pompa Acida (ATC A02BC) (Spesa)	<= € 2.286.059	1	2.261.284,40 dato al 31.12.2016 2.622.941,50 dato di partenza La proiezione per l'anno 2016, calcolata sui primi 11 mesi, evidenzia il raggiungimento del target	SI
2. Antibatterici per uso sistemico (ATC=J01) (Spesa per 100 assistibili)	<= € 828,27	0	901,50 dato al 31.12.2016 923,96 dato di partenza RAPPORTO ATTESO/OSSERVATO = 0,92	NO
3. Renina - angiotensina II associati e non (ATC=C09C e ATC=C09D) (Costo medio per confezione)	<=€ 11,38	0	12,03 dato al 31.12.2016 12,30 dato di partenza RAPPORTO ATTESO/OSSERVATO = 0,95	NO
4. Inibitori della HMG CoA reduttasi (ATC=C10AA) (Costo medio per confezione)	<= € 10,66	0	10,96 dato al 31.12.2016 11,61 dato di partenza RAPPORTO ATTESO/OSSERVATO = 0,97	NO
5. Antidepressivi (ATC=N06A) (Spesa per 100 assistibili)	<= € 756,98	1	712,48 dato al 31.12.2016 809,01 dato di partenza 756,98 target da DGR 30-3307/2016	SI
6. Farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie (ATC=R03A) (Spesa per assistibile)	<= € 7,86	0	8,32 dato al 31.12.2016 7,86 dato di partenza RAPPORTO ATTESO/OSSERVATO = 0,97	NO
7. Insuline ed analoghi per iniezione, ad azione lenta (ATC=A10AE04) Consumo dei farmaci aggiudicati con gara 66/2015 rispetto al consumo totale della molecola [NB: raggiunto anche in presenza di scostamento in negativo dalla media regionale, purché <=10%]	>= media regionale	1	+13,9 % dato al 31.12.2016 <10% media regionale 2016 utilizzo molecola gara SCR target da DGR 30-3307/2016. Fonte: Sfera_IMS	SI
8. Fattori di stimolazione delle colonie (ATC=L03AA) Incidenza dei consumi, in termini di confezioni erogate, del gruppo L03AA02 sul totale del gruppo L03AA	>= 95%	1	96,6% dato al 31.12.2016 Fonte: Sfera_IMS (dati farmaceutica terr.), Oliamm CO +DD (dati Farmacia Osp.)	SI
9. Altri preparati antianemici (Eritropoietina ATC=B03XA)7 (Incidenza dei consumi, in termini di DDD erogate, del gruppo B03XA01 sul totale del gruppo B03XA)	>= 90%	1	99,2% dato al 31.12.2016 Fonte: Sfera_IMS (dati farmaceutica terr.), Oliamm CO +DD (dati Farmacia Osp.)	SI
10. Inibitori del fattore di necrosi tumorale Alfa – TNF Alfa – (ATC=L04AB) (Incidenza delle giornate di terapia erogate del gruppo L04AB02 sul totale del gruppo L04AB)	>= 65%	0	30,4% dato al 31.12.2016 Fonte: Oliamm CO +DD (dati Farmacia Osp.)	NO
11. Somatropina e agonisti della	>= media	0	18,4% dato al 31.12.2016	CRITICO



A.S.L. VC

Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284

www.aslvc.piemonte.it

posta certificata: aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

Denominazione Indicatore	ATTESO	punti	VALORE OSSERVATO	RISULTATO RAGGIUNTO
Somatropina (ATC=H01AC01) 7 <i>Consumo dei farmaci aggiudicati con gara 66/2015 rispetto al consumo totale della molecola (ATC=H01AC01)</i> <i>[NB: raggiunto anche in presenza di scostamento in negativo dalla media regionale, purché <=10%]</i>	regionale		Fonte: Sfera_IMS (dati farmaceutica terr.), Oliamm CO +DD (dati Farmacia Osp.)	

Si segnala inoltre quanto segue:

L'**indicatore 10**, descritto nella DGR 30-3307 del 16 maggio 2016 (come già segnalato al Responsabile del Settore Assistenza Farmaceutica, Integrativa e Protesica dai farmacisti SSN nella riunione del 7 giugno 2016) dovrebbe essere riformulato in quanto per la variabilità delle indicazioni terapeutiche e delle vie di somministrazione non è possibile confrontare i consumi del principio attivo infliximab (L04AB02) rispetto alle altre molecole presenti nel sottogruppo L04AB. In particolare l'infliximab deve essere somministrato per via endovenosa da professionisti sanitari qualificati e istruiti nel riconoscere qualsiasi problematica correlata all'infusione, quindi in regime ambulatoriale/day hospital, con un importante utilizzo di risorse umane e tecnologiche (sacche, deflussori ed aghi utilizzati per la preparazione/somministrazione). Gli altri anti-TNF a si somministrano per via sottocutanea, ovvero senza necessità di regime ambulatoriale o di day hospital. In alternativa l'indicatore poteva essere formulato come valutazione delle giornate di terapia erogate di infliximab biosimilare rispetto al totale di giornate di terapia erogate di infliximab biosimilare e biotecnologico. Così riformulato il valore per ASL VC sarebbe pari a 70,8%.

L'**indicatore n. 11** può essere governato solo dai centri prescrittori, come già segnalato al Responsabile del Settore Assistenza Farmaceutica, Integrativa e Protesica dai farmacisti SSN nella riunione del 7 giugno 2016. Evidenziando che al momento non è ancora disponibile il valore atteso (la media regionale), si segnala che ai pazienti naive è stata prescritta la somatropina biosimilare aggiudicata con gara regionale SCR.

AZIONI INTRAPRESE

Valori obiettivo per ATC da 1 a 6

Relativamente ai primi 6 punti dell'obiettivo n. 8 si precisa che, a partire dalla fine del 2015, la Farmaceutica Territoriale ed i Distretti hanno discusso, nell'ambito delle Commissioni di Appropriata Prescrittiva, tutte le circolari regionali pervenute sulle classi farmaceutiche a maggiore impatto sulla spesa, divenute poi oggetto degli obiettivi con DGR 30-3307 del 2016, al fine di condividere azioni comuni di miglioramento delle performance di ASL.

In quelle sedi si è concordato che i prospetti dei singoli medici venissero inviati ai referenti di equipe, al fine di realizzare un percorso di audit interno e ridurre, in tal modo, la variabilità interaziendale.

Rispetto ai valori attesi dei 6 indicatori territoriali dell'obiettivo 8 si è avuta una **riduzione di spesa**, nel 2016 rispetto al 2015, pari ad € 889.629 complessivi, pur non essendo arrivati al target regionale per tutti i parametri. Il dettaglio è riportato nella tabella che segue.

**A.S.L. VC**Azienda Sanitaria Locale
di VercelliCorso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI
Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284
www.aslvc.piemonte.it
posta certificata: aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

Tabella 2 - Obiettivo per ATC da 1 a 6

Indicatore	Valore atteso dell'obiettivo	Osservato	Valore atteso/osservato	Δ economico anno 2016 vs anno 2015
1. Inibitori di Pompa Acida (ATC A02BC)	Valore di spesa per i farmaci Inibitori di Pompa Acida (ATC A02BC) ≤ € 2.286.059	€ 2.261.284,40	-	-€ 343.398,92
2. Antibatterici per uso sistemico (ATC=J01)	Spesa per 100 assistibili per i farmaci Antibatterici per uso sistemico (ATC=J01) ≤ € 828,27	€ 901,50	0,92	-€ 110.039,12
3. Renina-angiotensina II associati e non (ATC=C09C e ATC=C09D)	Costo medio per confezione per le sostanze ad azione sul sistema Renina-angiotensina II associati e non (ATC=C09C e ATC=C09D) ≤ € 11,38	€ 12,03	0,95	-€ 115.068,05
4. Inibitori della HMG CoA reduttasi (ATC=C10AA)	Costo medio per confezione per gli Inibitori della HMG CoA reduttasi (ATC=C10AA) ≤ € 10,66	€ 10,96	0,97	-€ 101.413,73
5. Antidepressivi (ATC=N06A)	Spesa per 100 assistibili per i farmaci Antidepressivi (ATC=N06A) ≤ € 756,98	€ 712,48	-	-€ 196.646,35
6. Farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie (ATC=R03A)	Spesa per assistibile per le specialità medicinali appartenenti al gruppo dei Farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie (ATC=R03) ≤ € 7,86	€ 8,32	0,97	-€ 23.063,73

Fonte dati: Cruscotto Tessera Sanitaria

Valori obiettivo per ATC da 7 a 11

In analogia a quanto realizzato con i medici di medicina generale, le due Strutture della Farmaceutica Ospedaliera e Territoriale hanno provveduto a sensibilizzare, con specifiche note, gli specialisti ospedalieri dell'ASL VC e delle altre aziende sanitarie/ospedaliere in merito alla necessità di incrementare la prescrizione dei farmaci biosimilari al posto degli originatori. Nel caso in cui tale sostituzione non fosse stata possibile, il medico avrebbe dovuto allegare alla prescrizione un'esauritiva relazione clinica che giustificasse, nei pazienti naive, il ricorso al farmaco a maggior costo rispetto alle alternative disponibili a minore impatto economico.

**A.S.L. VC**Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284

www.aslvc.piemonte.it

posta certificata: aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

OBIETTIVO n. 9.1: Dipartimento funzionale interregionale ed interaziendale di rete oncologica**SETTORE REFERENTE: Assistenza Specialistica e Ospedaliera**

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

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

INDICATORE	1. Organizzazione e funzionamento del CAS Numero di pazienti presi in carico dal CAS/numero di pazienti con accesso all'Azienda Sanitaria con patologia oncologica. 2. PDTA per le singole patologie tumorali N° di PDTA deliberati dall'ASR, firmati da tutti i componenti del GIC, per patologia tumorale/ N° totale di PDTA da deliberare dall'ASR
FONTI DATI	<ol style="list-style-type: none"> 1. SDO e visite CAS codificate come da nomenclatore 2. Deliberazioni dei DG delle ASR inviate al Dipartimento. Per la valutazione dell'obiettivo il settore si avvarrà del supporto del Dipartimento della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta
VALORE DELL'OBIETTIVO	1. Organizzazione e funzionamento del CAS 80% (tale valore è considerato appropriato a fronte del primo anno di inserimento dell'obiettivo in oggetto) 2. PDTA deliberati e inviati al Dipartimento (Nei PDTA devono essere evidenziati sia gli HUB di riferimento per la patologia tumorale del caso, sia il percorso di invio allo stesso.) 100% (riferito a tutte le patologie tumorali per le quali l'ASR risulta essere di riferimento)
SCALA	1. Organizzazione e funzionamento del CAS L'obiettivo si considera raggiunto al 50% se almeno il 60% dei pazienti con patologia oncologica con accesso all'ASR sono stati presi in carico dal CAS; È raggiunto al 100% se almeno l'80% dei pazienti con patologia oncologica con accesso all'AS sono stati presi in carico dal CAS. 2. PDTA deliberati e inviati al Dipartimento SI/NO (0-1)
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> • Incontri di monitoraggio • 31.12.2016
PUNTEGGIO	4/100
NOTE	

OBIETTIVO RAGGIUNTO:

1. Organizzazione e funzionamento del Centro Accoglienza e Servizi (CAS): SI
2. PDTA per le singole patologie tumorali : raggiunto al 100%.



A.S.L. VC

Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI
Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284
www.aslvc.piemonte.it
posta certificata: aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

VALORE OSSERVATO

1. Organizzazione e funzionamento del Centro Accoglienza e Servizi (CAS).

Le prime visite CAS sono state 516 a fronte di 581 pazienti con ricovero oncologico nei presidi della ASL. Il valore è quindi pari all'88%.

2. PDTA per le singole patologie tumorali

I PDTA delle patologie tumorali per le quali l'ASL è riferimento sono quelli relativi alle neoplasie di: 1. stomaco; 2. colon - retto; 3. apparato urologico; 4. testa collo; 5. tiroide e ghiandole endocrine; 6. cute.

Essi sono stati formalizzati con deliberazione del Direttore Generale n. 942 del 31 ottobre 2016 e quindi aggiornati, secondo l'ultimo layout inviato dal Dipartimento della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta (D.D.G. n. 1180 del 28 dicembre 2016 inviata alla rete Oncologica con nota del 29 dicembre 2016 n. 60136 di protocollo).

I PDTA per la gestione dei tumori ematologici⁷ e dei tumori ginecologici⁸, sono stati formalmente approvati dall'AOU NO nella versione contestualizzata localmente, in attesa dei PDTA interaziendali il cui coordinamento è in capo all'AOU NO. I contenuti dei due percorsi riflettono gli accordi discussi durante gli incontri di area nel corso dell'anno 2016.

Le delibere sono state inviate al Direttore del Dipartimento della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta con nota del 30 dicembre 2016 n. 60331 di protocollo.

AZIONI INTRAPRESE

1. Organizzazione e funzionamento del CAS

Le azioni intraprese hanno interessato l'intero anno 2016, arrivando a termine nel mese di dicembre. Sinteticamente esse hanno riguardato:

- interventi strutturali sia presso la sede di Vercelli sia presso quella di Borgosesia con messa a disposizione di spazi adeguati rispondenti alla vigente normativa;
- interventi sulle risorse umane con assegnazione di personale infermieristico ed amministrativo dedicato presso entrambe le sedi;
- interventi organizzativi riportando il Centro Accoglienza e Servizi all'interno della SC Oncologia che ne deve assicurare il funzionamento continuo, anche in assenza del medico referente. Definizione delle attività proprie del CAS, informazione e condivisione con le altre strutture aziendali.

2. PDTA per le singole patologie tumorali

- Costituzione dei gruppi interdisciplinari ai quali è stato dato preciso mandato di costruzione di PDTA condivisi e realizzabili nei tempi dati.

⁷ D.D.G. n. 1214 del 30 dicembre 2016

⁸ D.D.G. n. 1215 del 30 dicembre 2016

**A.S.L. VC**Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284

www.aslvc.piemonte.it

posta certificata: aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

OBIETTIVO n. 9.2: Screening Oncologici – Prevenzione Serena**SETTORE REFERENTE: Assistenza specialistica e ospedaliera****Prevenzione**

Il primo obiettivo per ciascuno dei tre screening oncologici (per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto) riguarda la copertura da inviti e il secondo la copertura da esami. Per copertura da inviti si intende la capacità di invitare tutte le persone facenti parte della popolazione target con la cadenza stabilita: se, per esempio, la cadenza degli inviti è biennale, la popolazione target annuale è data dalla popolazione target diviso due. L'indicatore viene pertanto calcolato come numero di inviti diviso la popolazione target annuale. Analogamente, la copertura da esami viene calcolata come numero di esami di screening eseguiti diviso la popolazione target annuale.

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

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

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

INDICATORE	COPERTURE INVITI: N° persone invitate + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale. COPERTURA ESAMI: N° persone sottoposte al test di screening, incluse le adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale.
FONTE DATI	Banca Dati CSI –CPO-Piemonte
VALORE DELL'OBIETTIVO	Cfr. Tabella, valori attesi
SCALA	0-1 (SI/NO) per ognuno dei 6 sub-obiettivi. Ogni sub-obiettivo partecipa per 1/6 del punteggio complessivo.
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> • Incontro di monitoraggio obiettivi nel mese di settembre 2016 • 31.12.2016
PUNTEGGIO	5/100
NOTE	Gli obiettivi vengono valutati a livello dei sei Programmi di Prevenzione Secondaria dei Tumori cui partecipano tutte le Aziende; i sei programmi si attuano nelle sei aree omogenee di programmazione così come definite dalla DGR 1-600/2014. Se l'obiettivo è stato raggiunto, la valorizzazione riguarda tutti i Direttori Generali delle Aziende che fanno parte del programma, incluse le Aziende Ospedaliere (l'obiettivo non si applica al solo presidio CTO). Infatti, tutte le Aziende di ciascun programma concorrono al raggiungimento degli obiettivi. Gli indicatori descritti sono tra quelli previsti entro il Piano Regionale della Prevenzione.

RISULTATO RAGGIUNTO

Parziale

VALORE OSSERVATO

I risultati osservati sono riportati nella tabella che segue.

Obiettivo 9.2 - Valori attesi per tipologia di screening e valori osservati consolidati per CPO al 6.02.2017

	Atteso	Osservato DIPARTIMENTO 5	
		2015	2016
SCREENING MAMMOGRAFICO Età 50-69 anni			
Copertura Inviti:			
Numero di donne invitate ad effettuare il test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale	85%	69,80%	74,4%
SCREENING MAMMOGRAFICO Età 50-69 anni			
Copertura esami:			
Numero di donne sottoposte al test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale	51%	48,34%	52,1%

**A.S.L. VC**Azienda Sanitaria Locale
di VercelliCorso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI
Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284
www.aslvc.piemonte.it
posta certificata: aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

	Atteso	Osservato DIPARTIMENTO 5	
		2015	2016
SCREENING CERVICO-VAGINALE Età 25-64 anni Copertura inviti: Numero di donne invitate ad effettuare il test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale (sono conteggiati tra gli inviti sia quelli relativi al pap test che al test per l'HPV primari)	80%	97,85%	93,2%
SCREENING CERVICO-VAGINALE Età 25-64 anni Numero di donne sottoposte al test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale (sono conteggiati tra i test di screening sia i pap test che il test per l'HPV primari)	47%	41,49%	43,00%
SCREENING COLO-RETTALE Età 58 anni Copertura inviti: Numero persone invitate a sigmoidoscopia + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale	85%	91,50%	119,4%
SCREENING COLO-RETTALE Età 58 anni Copertura esami: Numero persone sottoposte a sigmoidoscopia o FIT + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale	40%	39,62%	49,2%

LEGENDA: n.d. = non disponibile. Il raggiungimento degli indicatori, che sono quelli previsti anche dal Piano Regionale Prevenzione, viene valutato per il 2016 ancora a livello dell'ex Dipartimento 5 così come da dati consolidati del CPO al 6.02.2017, attualmente disponibili solo al livello di aggregazione dipartimentale, non aziendale. La copertura da inviti dello screening coloretale, per cui si osserva un superamento del 100%, è dovuta a una coda di popolazione di 58enni nell'azienda di Biella invitata nel 2016 che avrebbe invece dovuto ricevere l'invito nel 2015.

AZIONI INTRAPRESE

Le azioni intraprese hanno riguardato, in particolare, gli indicatori che presentano un andamento critico ovvero la copertura degli inviti allo screening mammografico e l'adesione allo screening cervicovaginale.

Relativamente allo screening mammografico è stata evidenziata una criticità nel calcolo dell'indicatore, comune a tutte le aziende del Piemonte. Attualmente l'indicatore viene calcolato dal CPO utilizzando come popolazione eleggibile le donne di età compresa fra i 50-69 anni risultanti nella banca dati demografica regionale (BDDE).

Il numero di donne effettivamente invitate, tuttavia, è inferiore a quello teoricamente estratto dalla BDDE in quanto il Sistema Regionale CSI, preposto alla trasmissione degli inviti, esclude da tale popolazione alcune particolari tipologie di casi (es. donne segnalate dai MMG come portatrici di patologia oncologica, psichiatrica, rifiutanti lo screening, ecc.). La numerosità della popolazione concretamente eleggibile, cioè quella depurata dei casi a cui non è stato trasmesso l'invito, non è sinora stata comunicata al CPO che, di conseguente, ha continuato a rilevare un valore di copertura degli inviti sistematicamente distorto e inferiore rispetto al valore correttamente calcolato.

Il disallineamento informativo è stato più volte segnalato al Coordinamento Regionale Screening che, con nota prot. 0005705 del 19/01/2017 ha formalmente richiesto al CSI di comunicare alle aziende la numerosità della popolazione depurata dei casi esclusi dall'invito.

Relativamente all'attività di screening cervico-vaginale, benché non si raggiunga l'indicatore atteso del 47%, dovuta al consistente numero di donne che effettua questo esame privatamente presso il proprio ginecologo, si segnala un miglioramento dell'adesione rispetto al 2015. A livello dipartimentale, infatti, è stato raggiunto un tasso di adesione del 43% a fronte del 41,49% dell'anno precedente. Se poi si

**A.S.L. VC**Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284

www.aslvc.piemonte.it

posta certificata: aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

analizza il dato limitatamente all'ASL VC è possibile osservare un miglioramento ancor più evidente a fronte di una popolazione pressoché invariata (dal 32,67% nel 2015 al 38,37% di adesione nel 2016).

A questo risultato si è giunti in conseguenza dell'opera di sensibilizzazione dei Medici di Medicina Generale effettuata direttamente nelle loro équipes, così come programmato anche nel Programma delle Attività Territoriali (PAT) 2016 (azione 4 del progetto n° 1.4 Screening Oncologici del Macroprogetto Prevenzione Malattie Croniche Non Trasmissibili, PAT 2016).

OBIETTIVO n. 10: Incremento donazioni d'organo**SETTORE REFERENTE: Assistenza Specialistica e Ospedaliera**

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

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

1. Segnalazioni di soggetti in Morte Encefalica (BDI%)

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

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

la valutazione del BDI sarà effettuata sugli ultimi tre anni per le rianimazioni con meno di tre diagnosi di ingresso compatibile nell'anno 2016.

2. Donatori di Cornee

Il numero atteso per il 2016 è il risultato delle seguenti elaborazioni sull'attività svolta nel 2015:

numero decessi ospedalieri fra i 5 e i 75 anni

valore percentuale ottenuto dal rapporto donatori cornee/ decessi fra i 5 e i 75 anni

mediana della percentuale del *procurement* regionale di cornee (pari all'8%)

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

INDICATORE	<ol style="list-style-type: none"> n° morti encefaliche segnalate nei reparti di rianimazione/n° decessi di soggetti ricoverati nei reparti di rianimazione con una patologia compatibile con l'evoluzione verso la morte encefalica n° esecuzioni prelievo di cornea effettuate nel 2016/ totale decessi ospedalieri del 2015
VALORE DELL'OBIETTIVO	Vedi tabelle seguenti
SCALA	<ol style="list-style-type: none"> Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto: <ol style="list-style-type: none"> Per gli ospedali con neurochirurgia: SI/NO (0-1) Per gli ospedali senza neurochirurgia: proporzionalmente al valore prodotto nel II sem. 2015 tra valore di partenza (20) e valore obiettivo (40). Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è inferiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare; se il valore raggiunto supera il 40 %, l'obiettivo è considerato pienamente raggiunto. SI/NO (0-1) <p>Ogni azione pesa, rispetto al punteggio dell'obiettivo, rispettivamente il:</p> <ol style="list-style-type: none"> 65%. 35%

**A.S.L. VC**Azienda Sanitaria Locale
di VercelliCorso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI
Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284
www.aslvc.piemonte.it
posta certificata: aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

FONTE DATI	report CRT annuale
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> Incontri di monitoraggio obiettivi
PUNTEGGIO	5/100

RISULTATO RAGGIUNTO: PARZIALE**VALORE OSSERVATO**

- **Morti encefaliche:** nel 2016 il BDI è risultato pari al 29% (atteso 20-40%), a fronte di un 40% rilevato nel 2015;
- **Prelievi di cornea:** nel 2016 sono stati effettuati n. 13 prelievi di cornee (n. 11 nel presidio di Vercelli e n. 2 nell'Ospedale di Borgosesia) a fronte di un atteso di n. 21 donatori. La percentuale di prelievi di cornee rispetto ai deceduti è pari all'1,78% nel 2016 (2,66% nel 2015).

AZIONI INTRAPRESE

- Corso obbligatorio per operatori C-RIA (febbraio-marzo 2016);
- Procurement attivo di cerebrolesi senza chance terapeutica;
- Audit con Coordinamento Regionale Prelievi (CRP) a settembre 2016.

Relativamente ai prelievi di cornea, per cui è stato evidenziato un andamento critico, oltre alle azioni sopra indicate è stato avviato un corso di formazione nei reparti dei due ospedali (9 edizioni nel 2016 e in programma altre 9 edizioni per l'anno 2017). L'incremento delle donazioni è atteso a partire dal 2017.

OBIETTIVO n. 11: Rispetto della normativa Antincendio e Antisismica	
SETTORE REFERENTE: Logistica Edilizia Sanitaria	
<ol style="list-style-type: none"> Avvio dell'analisi di vulnerabilità sismica per i padiglioni/blocchi dei PP.OO. Aziendali considerati "assolutamente necessari" a garantire le prestazioni sanitarie in caso di sisma (blocchi operatori, DEA, chirurgia d'urgenza, attività diagnostiche). Rispetto del D.M. 19 marzo 2015 (G.U. 70 del 25 marzo 2015) per tutte le strutture sanitarie esistenti. 	
INDICATORI	<ol style="list-style-type: none"> Antisismica <ul style="list-style-type: none"> Presenza di planimetrie e relazione tecnica con la definizione delle tipologie architettoniche e l'analisi dimensionale delle strutture per i padiglioni/blocchi dei PP.OO. Aziendali considerati assolutamente necessari a garantire le prestazioni sanitarie in caso di sisma (blocchi operatori, DEA, chirurgia d'urgenza, attività diagnostiche). Antincendio <ul style="list-style-type: none"> Nomina del Responsabile tecnico della sicurezza antincendio (RTSA), Adozione di un Sistema di Gestione della Sicurezza Antincendio (SGSA). Predisposizione degli atti tecnici previsti dal D.M. 19 marzo 2015.
FONTE DATI	Documentazione inviata al settore competente della Direzione Regionale Sanità
VALORE DELL'OBIETTIVO	<ol style="list-style-type: none"> Antisismica <ul style="list-style-type: none"> 100% Antincendio <ul style="list-style-type: none"> 100%
SCALA	1. Antisismica

Pagina 36



A.S.L. VC

Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284

www.aslvc.piemonte.it

posta certificata: aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

	<ul style="list-style-type: none">• 0-1 (SI/NO) 2. Antincendio <ul style="list-style-type: none">• 0-1 (SI/NO)
TRACKING	<ul style="list-style-type: none">• Incontri di monitoraggio• 31.12.2016
PUNTEGGIO	3/100
NOTE	Per questo obiettivo sia il settore referente che le ASR potranno avvalersi del supporto del Coordinamento antincendio e antisismico regionale in capo all'ASLT05.

RISULTATO RAGGIUNTO: SI

VALORE OSSERVATO

- Antisismica: SI
- Antincendio: SI

AZIONI INTRAPRESE

Per quanto riguarda la normativa antisismica l'ospedale di Borgosesia è già conforme alla normativa. Per l'ospedale di Vercelli si è provveduto ad effettuare la verifica di vulnerabilità. Relativamente agli aspetti antincendio è stato nominato il Responsabile Tecnico, è stato adottato il Sistema di Gestione della Sicurezza Antincendio e sono stati predisposti gli atti tecnici richiesti.

Vercelli, 15 febbraio 2017

IL DIRETTORE GENERALE
(dott.sa Chiara SERPIERI)

fornato in originale