



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 2017
(D.G.R. N. 101-5530 DEL 3 AGOSTO 2017)**

PREMESSA.....	2
OBIETTIVO 1.1 Efficientamento della spesa aziendale	2
OBIETTIVO 2.1 Attivazione delle Case della Salute programmate	7
OBIETTIVO 3.1 Miglioramento dei tempi di attesa nell'ambito dei ricoveri.....	10
OBIETTIVO 3.2 Tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali	12
OBIETTIVO 3.3 Riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in PS	18
OBIETTIVO 4.1 Assistenza Farmaceutica Territoriale ed Ospedaliera: appropriatezza prescrittiva e riduzione della variabilità	22
OBIETTIVO 4.2 Miglioramento della qualità del flusso informativo dei dispositivi medici	25
OBIETTIVO 4.3 Contenimento della spesa aziendale per l'acquisto di Dispositivi Medici	26
OBIETTIVO 5.2 Attuazione DPCM 12 gennaio 2017 – PNPV 2017 – 2019.....	28
OBIETTIVO 6.1 Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65	29
OBIETTIVO 6.2 Tempestività nell'effettuazione di ptca nei casi di IMA STEMI.....	30
OBIETTIVO 6.3 Appropriatelyzza nell'assistenza al parto dei Punti Nascita	33
OBIETTIVO 6.4 Screening oncologici	34
OBIETTIVO 6.5 Donazioni d'organo	36
OBIETTIVO 6.6 Umanizzazione nelle strutture di ricovero delle Aziende Sanitarie Regionali	38

**PREMESSA**

Con D.G.R. n. 101-5530 del 3 agosto 2017 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 2017. Si provvede di seguito a relazionare in merito allo stato di livello di raggiungimento degli obiettivi così attribuiti.

OBIETTIVO 1.1 Efficientamento della spesa aziendale

SETTORI REFERENTI	Controllo di gestione e monitoraggio costi per i Livelli di Assistenza delle ASR; Programmazione Economico Finanziaria
<p>Gli Enti del SSR in applicazione alle linee di programmazione sanitaria regionale, nel rispetto delle normative regionali e nazionali vigenti (es. D.Lgs 118/2011 e smi) e delle risorse assegnate con la D.G.R. n. 35 – 5329 del 10 Luglio 2017 e s.m.i., dovranno assicurare il sostanziale pareggio di bilancio aziendale sia in sede di adozione dei Bilanci Preventivi economici, sia in itinere nei Conti Economici Trimestrali che, in particolare, in sede di adozione del Bilancio d'esercizio aziendale a consuntivo.</p> <p>Il perseguimento dei citati obiettivi richiede un governo aziendale attivo che assicuri, a titolo indicativo e non esaustivo, quanto segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ programmazione e realizzazione degli investimenti sanitari per fonti di finanziamento; ▪ monitoraggio continuo e costante dell'eventuale contenzioso aziendale, finalizzato a identificare e realizzare le iniziative necessarie per mitigare l'eventuale rischio di soccombenza ed assicurare l'adeguatezza degli accantonamenti ai fondi rischi e oneri iscritti nei bilanci di esercizio; ▪ adozione del piano di efficientamento annuale e triennale, ove stabilito dalla D.G.R. n. 35 – 5329/2017 per i presidi a gestione diretta delle ASL e per l'AOU Città della Salute; ▪ monitoraggio proattivo degli obiettivi di efficientamento finalizzato ad assicurare, nell'ipotesi di mancati adempimenti o disallineamenti rispetto agli obiettivi prestabiliti, l'eventuale pianificazione tempestiva di ulteriori interventi e/o manovre correttive. 	
INDICATORE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Razionalizzazione (Sviluppo) dei fattori produttivi aziendali (Risultato Economico Consuntivo); 2. Mantenimento e/o Incremento della produzione sanitaria erogata dagli Enti del SSR (attività di Ricovero, Ambulatoriale e PS non seguito da ricovero).
VALORE DELL'OBIETTIVO	<ul style="list-style-type: none"> - Sub-obiettivo 1): razionalizzazione (sviluppo) della spesa consuntiva 2017 rispetto al 2016 in misura pari o superiore agli importi riportati in tabella A) – colonna C1; - Sub-obiettivo 2): variazione della produzione sanitaria pari o superiore agli importi riportati in tabella A) – colonna C2. <p>Per ulteriori specifiche tecniche di rimanda a quanto riportato in allegato A).</p>
FONTE DATI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Flusso informativo relativo alle attività di ricovero (SDO), Ambulatoriale e PS non seguito da ricovero – valorizzazione inclusiva di ticket e quota aggiuntiva a ricetta ▪ CE Consuntivo 2017 ▪ D.G.R. n. 35 – 5329 del 10 Luglio 2017 e s.m.i.
SCALA	Il punteggio sarà attribuito in proporzione al raggiungimento percentuale del valore obiettivo complessivo di efficientamento indicato in tabella A) colonna C, da calcolare applicando i pesi per quote obiettivo semestrali (C/2) come da criterio di punteggio indicato (il valore minimo è pari a 0, mentre il valore massimo è pari a 20).
TRACING	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontri di monitoraggio obiettivi
PUNTEGGIO	<p>17/100 – Efficientamento aziendale perseguito entro le quote obiettivo di un semestre (Tabella A - C/2)</p> <p>3/100 – Efficientamento aziendale perseguito oltre le quote obiettivo di un semestre (Tabella A - C/2)</p>
NOTE	Tenuto conto che per l'ASL di Novara sono previsti sub-obiettivi di efficientamento, in applicazione alle risorse assegnate D.G.R. n. 35 – 5329 del 10 Luglio 2017 e s.m.i., si provvederà ad attribuire il punteggio in proporzione ad un eventuale perdita (utile) d'esercizio aziendale entro il seguente range: da euro ≤ 0,00 (punteggio pari a 20) a euro > 1.000.000,00 (punteggio pari a 0).

**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: raggiunto (autovalutazione 17/17 punti)**VALORE OSSERVATO**

L'obiettivo di efficientamento del 2017 per 2.870.145,00 € fa seguito ad analoghi obiettivi assegnati negli anni 2015, (per € 1.398.621,00) e 2016 (per € 4.195.864,00), con un impatto richiesto complessivo della manovra di 8.464.630,00 € sul triennio di mandato 2015-17.

In data 6.02.2017 in sede di preconsuntivo 2017, con nota prot. n. 7118 è stato illustrato l'andamento decrescente dei costi operativi realizzato nel triennio in esame, corrispondente al triennio di mandato, che ha consentito di **raggiungere l'obiettivo di efficientamento al 120% complessivo per un importo complessivo di 9.403.000,00=**. Per le azioni di efficientamento intraprese si vedano le note già trasmesse

ALL OB 1.1 CE III tri 2017 Prot_53403_2017,
ALL OB 1.1. CE precon2017 Prot_7118_2018 e
ALL OB 1.1 Rel sint Prot-63059_2017),

con la precisazione che ulteriori approfondimenti effettuati hanno permesso di affinare i dati ivi esposti. Infatti, come specificato meglio infra, la variazione dei Dispositivi medici per euro 798.000,00= è stata verificata come dovuta all'aumento di produzione in alcune aree specifiche e quindi ricompreso nel valore dell'aumento di produzione esposto, considerato un proxy pur impreciso dei maggiori costi operativi conseguenti, ad un rapporto di efficienza di C/R=1.

Appare quindi, a parziale modifica di quanto precedentemente esposto nelle note indicate, come l'aumento rilevato dei costi interni di euro 2.519.000 è **più che determinato da un incremento delle seguenti voci di spesa nel 2017 rispetto al 2016, come segue:**

Costi operativi 2017	per euro 269.699.000,00=
Farmaci per Epatite C	per euro 1.130.000,00=
Accantonamenti per rinnovi contrattuali	per euro 921.000,00=
Dispositivi medici	per euro 798.000,00=
Sieri e vaccini	per euro 368.000,00=
Convenzione UPO	per euro 57.000,00=
Totale 1	per euro 3.274.000,00=
Maggiore produzione (=valore, almeno)	per euro 1.442.000,00=
Di cui Dispositivi medici	per euro - 798.000,00=
Totale maggiori costi 2	per euro 3.918000,00=
Costi operativi nettizzati:	euro 265.781.000,00=

Di conseguenza, complessivamente, la situazione di efficientamento dei costi operativi aziendali al netto della nuova produzione nel triennio viene ad essere rappresentata come segue:

2015	-2.066.000 (ob=1.398.000)	= >	- 147%
2016	-6.847.000 (ob=4.195.000)	= >	-163%
2017	- 490.000 (ob=2.870.000)	= >	-17%
Totale triennio	-9.403.000 (ob=-8.464.630)	=>	-111%



Pertanto, pur non potendosi evidenziare un risultato tecnico in linea con l'obiettivo ove ci si soffermi sul solo valore assoluto e complessivo dei costi 2017, preme evidenziare come il risultato economico ottenuto sia ampiamente positivo, in particolare modo se rapportato al triennio. Per i suesposti motivi viene richiesta la valorizzazione completa degli obiettivi di efficientamento anche per il 2017, pur con manovre diverse da quanto inizialmente prefigurato.

E del resto, come più volte evidenziato negli incontri di monitoraggio, la riduzione dei costi operativi ha trovato il suo limite nella necessità di perseguire un contestuale obiettivo di miglioramento del valore della produzione, che ci si era già dati in relazione agli obiettivi di mandato e si è ritenuto di dover privilegiare, stante la tempistica di assegnazione degli obiettivi annuali e considerato il valore importante del saldo della mobilità passiva annualmente registrato. Si ritiene tra l'altro di dover a questo riguardo sottolineare l'assenza, per l'Asl VC, di misure straordinarie di sostegno alle politiche di recupero della mobilità passiva, già operate per altre aziende sanitarie dell'area che presentano valori non troppo dissimili di saldo negativo.

Per quanto concerne la **Produzione**, nel 2017 si osserva un incremento complessivo del suo valore di +1.442.656€ a fronte di un atteso di +1.600.000 (vd. tabella sottostante).

Attività	Sede	Anno					
		Anno 2016	Anno 2017	Variazione 2017-2016	Valore atteso periodo	% raggiungimento obiettivo	% scostamento obiettivo
Attività di ricovero (*)	Vercelli	30.799.323	32.288.119	1.488.796			
	Borgosesia	12.573.626	12.342.794	- 230.833			
	ASL	43.372.950	44.630.913	1.257.963			
Attività ambulatoriale	Vercelli	17.541.029	17.695.455	154.426			
	Borgosesia	6.716.461	6.787.024	70.563			
	ASL	24.257.490	24.482.479	224.989			
Attività PS non seguita da ricovero	Vercelli	2.294.450	2.423.095	128.645			
	Borgosesia	1.435.055	1.266.112	- 168.942			
	ASL	3.729.505	3.689.207	- 40.297			
TOTALE	Vercelli	50.634.802	52.406.670	1.771.868			
	Borgosesia	20.725.142	20.395.930	- 329.212			
	ASL	71.359.944	72.802.600	1.442.656	1.600.000	90%	-10%

(*) l'attività di ricovero è relativa agli oneri degenza a carico del SSN (esclusi quindi ricoveri a carico del Ministero dell' Interno di stranieri indigenti e la libera professione). La produzione è valorizzata a regole costanti, al netto dell'istruttoria in corso per ortoinfettivologia (v.infra)

**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

L'incremento risulta correlato in particolare allo sviluppo di attività strategiche o innovative quali la radiologia interventistica, l'oculistica (con un abbattimento significativo delle liste di attesa e un aumento della produttività interna), la traumatologia e, come già rilevato con nota prot. 63428 del 29.12.2017 l'ortoinfettivologia (ALL OB 1.1 Rel sint Prot-63059_2017; ALL OB 1.1. Ortoinfettivologia). In tale ambiti, a fronte di una produzione maggiorata per euro 1.442.000 si osserva un incremento dei costi soprattutto alla voce dispositivi (per le sole tre attività citate tale incremento nel 2017 è valorizzabile per circa 746.000 euro, ovvero quasi l'intero importo di aumento annuo della voce medesima).

Nella seguente tabella si riportano i maggior costi rilevati per le attività sopracitate sia in termini di consumi di dispositivi che di altri fattori produttivi (farmaci, personale e giornate di degenza)

Attività	Incremento costi 2017 per maggiore produzione
SC Ortopedia e Traumatologia Vercelli	815.021
Attività ortoinfettivologia	499.383
consumo dispositivi medici	245.000
consulenza chirurgo plastico	11.936
incremento giornate di degenza (320 giornate per 32 pazienti)	242.447
Incremento attività traumatologica (400 DH e 50 RO)	315.638
consumo dispositivi medici	315.638
SC Radiodiagnostica (attività interventistica per ricoverati)	235.605
consumo dispositivi medici	186.007
risorse personale (medico, tecnico ed infermieristico)	49.599
SC Oculistica (Incremento interventi cataratta per abbattimento tempi attesa)	101.560
consumo farmaci, dispositivi medici e altri beni sanitari	101.560
Totale	1.152.186

Si osserva inoltre che ove le attività di nuova implementazione, in particolare quelle correlate alla ortoinfettivologia, fossero meglio valorizzate, il gap relativo alla differenza tra il valore di miglioramento atteso e quello formalmente raggiunto e qui rendicontato sarebbe positivo, a causa del rilevante peso che dette attività hanno in termini di maggiore complessità e maggiore costo dei fattori produttivi necessari per le prestazioni. In materia, è in corso una istruttoria con i competenti organismi regionali a cui si rimanda (v. nota prot. sopracitato).

Sono state inoltre definite alcune riprogettazioni organizzative che spostano quote di risorse da costi interni del personale a costi esterni di servizi, tali da generare efficientamento e quindi minori costi totali con evidenza dal 2018.

Si fa qui riferimento alle azioni già evidenziate in sede di rendicontazione preconsuntiva 2017 in merito alla esternalizzazione delle attività dell'Hospice ed all'adozione di misure di miglioramento della logistica intraospedaliera del paziente, nonché alla adozione di azioni di implementazioni di nuove



funzioni interne quali Admission & Discharge Team e Bed Management, nell'ambito della Direzione Medica dei Presidi.

Concludendo, si evidenzia che le azioni di efficientamento attuate, unitamente allo sviluppo di attività innovative e strategiche, hanno migliorato l'efficienza dei presidi ospedalieri ma anche la performance aziendale complessiva.

A tal riguardo, nel merito dell'efficientamento della attività dei due presidi ospedalieri, alla data in cui si scrive sono in corso le opportune valorizzazioni con separato monitoraggio regionale.

Ad una prima analisi istruttoria è possibile qui anticipare che per il 2017 i due presidi complessivamente intesi passano ad un rapporto tra risultato di esercizio quale saldo tra Costi di Produzione ed Entrate Proprie del Presidio e totale Entrate, precedentemente posizionato a -40% circa nel 2016, al dato 2017 che si attesterebbe a circa -30% nella rilevazione in corso, avendo presente l'obiettivo del triennio 2017-2019 di un range compreso tra 10% e 15%.

Al riguardo si anticipano due riflessioni:

- 1) La prima concerne la capacità analitica di scorporo di tutti i fattori produttivi non propriamente allocati sulle attività dei presidi, che deve essere progressivamente affinata;
- 2) la seconda, in merito alla inappropriata valutazione complessiva dei due presidi ospedalieri che, a valere dalla DGR di riordino della rete ospedaliera, ed in applicazione del D.M.70/2015 dovrebbero essere considerati separatamente, rientrando quello di Vercelli nella categoria "presidi a gestione diretta con DEA di I livello" e quello di Borgosesia nella categoria "Altri presidi" , nonché dovendo rispondere a missioni istituzionali diverse e conseguentemente a standard organizzativi e clinici differenti.

**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 2.1 Attivazione delle Case della Salute programmate

SETTORE REFERENTE	Assistenza Sanitaria e Socio-Sanitaria Territoriale
DESCRIZIONE	<p>Con la D.G.R. n. 3-4287 del 29.11.2016 sono state definite le linee d'indirizzo ed individuate le risorse per la sperimentazione delle Case della Salute (CS) sul territorio regionale, quali forme organizzative complesse dell'Assistenza primaria, di tipo polifunzionale e multi-professionale, destinate ad intercettare ed a rispondere in forma appropriata e continuativa nell'arco dell'intera giornata ai bisogni di salute della popolazione in ambito extra-ospedaliero, con particolare riferimento alle patologie croniche e a maggior impatto sociale. In attuazione di tale provvedimento le Asl piemontesi hanno provveduto alla definizione dei rispettivi progetti CS in ambito distrettuale, sulla base dello schema-tipo regionale, proponendo complessivamente n. 66 progetti, dei quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - n.32 progetti prevedono nuove realizzazioni nella tipologia di Case della Salute; - n.34 progetti prevedono invece interventi di potenziamento, riconversione/riorganizzazione, sviluppo di esperienze organizzative oggi già esistenti. <p>Nell'ambito dei progetti, nonché di successivo incontro regionale, le Direzioni ASL hanno previsto l'attivazione/potenziamento entro il 2017 per 44 CS, mentre per le restanti 22 è prevista l'attivazione nel corso del 2018.</p>
INDICATORE	<ul style="list-style-type: none"> - Numero strutture attivate/potenziato entro il 31.12.2017 su numero strutture da attivare, come da determinazione regionale di validazione dei progetti. Per attivazione deve intendersi la consegna in Regione della deliberazione del Direttore Generale di attivazione/potenziamento delle Case della Salute programmate e relativo Regolamento di funzionamento redatto secondo lo schema-tipo regionale, unitamente ai previsti protocolli operativi. - Presentazione relazione di attività e costi sostenuti per l'avvio e/o lo sviluppo delle CS nel 2017, entro il 31.3.2018, secondo lo schema-tipo regionale; primo monitoraggio degli indicatori di processo e di esito, come previsti dalla determinazione regionale di validazione dei progetti CS. - Numero delle iniziative svolte entro il 31.12.2017/N* delle iniziative previste.
FONTI DATI	Documentazione prodotta dalle Asl (provvedimento di attivazione CS, regolamento di funzionamento, protocolli operativi e organizzativi, invio locandine delle iniziative ed elenco partecipanti da allegarsi alla relazione di attività).
VALORE DELL'OBIETTIVO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Attivazione, entro il 31 dicembre 2017, del 67% delle CS come da crono-programma contenuto nella scheda-progetto trasmessa da parte delle Asl ai sensi della D.G.R. n. 3- 4287 del 29.11.2016 o come dichiarato dalle Direzioni in successivo incontro regionale. 2. Invio alla Regione entro i 10 gg. successivi a data di scadenza prevista (31.3.2018) delle Relazioni di attività e spesa, unitamente agli indicatori di processo e di esito. 3. Svolgimento degli interventi di formazione rivolti agli operatori e di informazione rivolti ai cittadini e alla comunità locale riguardo all'avvio/sviluppo e alle funzioni delle CS, come previsti nei progetti. Almeno 2 iniziative di formazione rivolta agli operatori e 2 di informazione/comunicazione rivolta ai cittadini riguardo all'avvio/sviluppo e alle funzioni/servizi erogati dalle CS per rispondere ai bisogni di cure primarie sul territorio distrettuale.
SCALA	<ol style="list-style-type: none"> 1. SI/NO (0-1) 2. SI/NO (0-1) 3. SI/NO (0-1)
TRACKING	<p>31.12.2017: per l'anno 2017 attivazione/potenziamento di tutte le CS di cui ai progetti presentati ai sensi della D.G.R. n. 3-4287 del 29.11.2016.</p> <p>31.12.2017: almeno 2 iniziative formative rivolte agli operatori e 2 di informazione/comunicazione rivolta ai cittadini riguardo all'avvio/sviluppo, al ruolo e alle funzioni delle CS per rispondere ai bisogni di cure primarie sul territorio.</p>
PUNTEGGIO	<p>ASL 10/100</p> <p>Il punteggio complessivo dell'obiettivo (10 punti) si compone di 6 punti per il primo indicatore e di 2 punti per entrambi i rimanenti.</p>



OBIETTIVO RAGGIUNTO: SI (in proiezione. Autovalutazione 10/10 punti)

VALORE OSSERVATO

1. Attivazione, entro il 31 dicembre 2017, del 67% delle CS come da crono-programma contenuto nella scheda-progetto trasmessa da parte delle Asl ai sensi della D.G.R. n. 3- 4287 del 29.11.2016 o come dichiarato dalle Direzioni in successivo incontro regionale

SI

2. Invio alla Regione entro i 10 gg. successivi a data di scadenza prevista (31.3.2018) delle Relazioni di attività e spesa, unitamente agli indicatori di processo e di esito.

In corso

3. Svolgimento degli interventi di formazione rivolti agli operatori e di informazione rivolti ai cittadini e alla comunità locale riguardo all'avvio/sviluppo e alle funzioni delle CS, come previsti nei progetti. Almeno 2 iniziative di formazione rivolta agli operatori e 2 di informazione/comunicazione rivolta ai cittadini riguardo all'avvio/sviluppo e alle funzioni/servizi erogati dalle CS per rispondere ai bisogni di cure primarie sul territorio distrettuale.

SI

AZIONI INTRAPRESE

Nel 2017 si è dato corso a quanto previsto dalla D.D. n. 438 del 30/06/2017 esecutiva dal 10/08/2017:

- sono state formalmente attivate le 5 Case della Salute di Santhià, Gattinara, Varallo, Coggiola e Cigliano con D.D.G. n. 1034/2017¹ e predisposti il regolamento di funzionamento delle Case della Salute (CS), gli allegati B e B1 con relativo cronoprogramma e i protocolli operativi tra la rete CS e le aree specialistica territoriale e ospedaliera, il sistema dell'emergenza-urgenza, l'area socio-sanitaria e socio-assistenziale, l'area della continuità assistenziale;
- sono state inaugurate le 5 Case della Salute ed è stata data diffusione dei servizi erogati organizzando un Open Day (1 dicembre 2017) aperto alla cittadinanza, alle istituzioni e a tutti i soggetti direttamente o indirettamente coinvolti. L'evento è stato ampiamente pubblicizzato a mezzo stampa e tramite il sito web aziendale;
- sono state predisposte brochure informative diffuse in occasione dell'Open day sopra citato;

¹Delibera del Direttore Generale dell'ASL VC n. 1034 del 8/11/2017 ad oggetto "Attivazione delle Case della Salute dell'ASL VC presso Cigliano, Coggiola, Gattinara, Santhià, Varallo" con i seguenti allegati facenti parte integrante della delibera: Regolamento di funzionamento delle Case della Salute; Schema riepilogativo del regolamento di funzionamento, organizzativo ed operativo delle CS; Protocollo operativo di raccordo delle CS con l'area specialistica ambulatoriale ed ospedaliera; Protocollo di collegamento operativo delle CS con il sistema dell'emergenza-urgenza; Protocollo per l'integrazione delle CS nel percorso di continuità assistenziale di cui alla DGR n.27-3628 del 28.03.2012; Protocollo operativo di raccordo delle CS con i Servizi Socio-Sanitari e con l'area Socioassistenziale.



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

- l'inaugurazione ufficiale è stata anticipata, presso la Casa della Salute di Santhià, da un incontro con gli operatori (29 maggio 2017) e da un ulteriore incontro aperto alla cittadinanza (luglio 2017). Analoga anticipazione ha riguardato la Casa della Salute di Cigliano (incontro aperto alla cittadinanza nel mese di luglio 2017);
- sono stati organizzati due incontri di formazione rivolti agli operatori (corso di formazione sul campo accreditato ECM 16 crediti "Organizzazione e funzioni delle Case della Salute" e corso di formazione accreditato ECM 7 crediti "Il paziente fragile nei percorsi integrati ospedale-territorio");
- sono state valutate le modalità di rilevazione dei dati di attività richiesti in attesa che di disporre di un sistema informatico dedicato che automatizzi il monitoraggio dei principali indicatori. Entro il 31.03.2018, come richiesto dall'obiettivo, verranno inviate le Relazioni di attività e spesa, unitamente agli indicatori di processo e di esito.



OBIETTIVO 3.1 Miglioramento dei tempi di attesa nell'ambito dei ricoveri	
SETTORE REFERENTE	Assistenza specialistica e ospedaliera
DESCRIZIONE	In continuità con gli obiettivi previsti nelle annualità precedenti, al fine di migliorare il rispetto dei tempi di attesa per i ricoveri con codice di priorità A (max. 30 gg) e B (max. 60 gg) dei pazienti trattati in degenza ordinaria, per gli interventi previsti dal PNLGA, si definisce l'obiettivo di rispetto per almeno il 90% dei casi del tempo massimo previsto dal codice. Di seguito si elencano gli interventi oggetto di monitoraggio: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Angioplastica coronarica ▪ Endoarteriectomia carotidea ▪ Interventi chirurgici tumore colon retto ▪ Interventi chirurgici tumore mammella ▪ Interventi chirurgici tumore prostata ▪ Interventi ginecologici per tumore utero ▪ Interventi protesi dell'anca ▪ Interventi chirurgici polmone
INDICATORE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Per tipologia di intervento con codice di priorità A: N° interventi effettuati entro 30 gg/N° totale interventi effettuati nel 2017 2. Per tipo di intervento con codice di priorità B: N° interventi effettuati entro 60 gg/N° totale interventi effettuati nel 2017
VALORE DELL'OBIETTIVO	<ol style="list-style-type: none"> 1. ≥ 90% per singola tipologia di intervento con codice di priorità A 2. ≥ 90% per singola tipologia di intervento con codice di priorità B
FONTI DATI	SDO Piemonte 2017
SCALA	Ogni singola tipologia d'intervento che ha raggiunto il valore obiettivo comporta l'assegnazione di 1/16 del punteggio complessivo dell'obiettivo.
TRAKING	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontri di monitoraggio obiettivi ▪ 31.12.2017
PUNTEGGIO	ASL 5/100 AO/AOU 10/100

OBIETTIVO RAGGIUNTO: parziale (autovalutazione 1,7/5 punti)**VALORE OSSERVATO**

Nella tabella che segue sono riportate le frequenze relative percentuali degli interventi eseguiti entro i tempi di attesa previsti.

Interventi chirurgici	priorità A - standard attesa <30gg		Priorità B - standard attesa <60gg	
	ASL	totale casi	ASL	totale casi
49 - Tumore mammella	43%	23	100%	1
50 - Tumori prostata	63%	35	60%	5
51 - Tumore colonretto	76%	71	80%	5
52 - Tumore utero	78%	23	100%	1
53 - Bypass aortocoronarico	-	NE	-	NE
54 - Angioplastica coronarica	100%	148	100%	41

**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

Interventi chirurgici	priorità A - standard attesa <30gg		Priorità B - standard attesa <60gg	
	ASL	totale casi	ASL	totale casi
55 - Endoarteriectomia carotidea	-	NE	-	NE
56 - Protesi dell'anca	65%	17	68%	41
57 - Tumore polmone	-	NE	-	NE
Totale (atteso ≥90%)	83%		83%	
N° interventi erogati entro i tempi di attesa raggiunte	1		3	
N° interventi monitorati	9		9	
N° interventi eseguiti presso l'ASL VC	6		6	

LEGENDA

NE = interventi non eseguiti presso l'ASL VC.

L'analisi degli scostamenti ha messo in evidenza quanto segue:

- in alcuni casi il tempo di attesa viene superato di pochi giorni (da 1 a 5) in considerazione della disponibilità delle sedute operatorie; strutture come la ginecologia e l'urologia hanno la disponibilità di sala rispettivamente 2 e 3 giorni alla settimana;
- in altri casi lo sfioramento è dovuto a condizioni cliniche complesse che hanno richiesto un prolungamento dei tempi di preparazione in prericovero.
- **In ogni caso in cui i tempi di attesa sono superiori all'atteso, la quota % dei casi trattati in house è minima rispetto al totale. Viceversa, nei casi in cui l'intero set di attività è gestito interamente il risultato ottenuto è ottimo rispetto all'atteso. La funzione di tutela in sostanza appare svantaggiare in tutti i casi monitorati la performance aziendale.**

AZIONI INTRAPRESE

Dal mese di novembre 2017 è stato implementato un nuovo modello di gestione dei prericoveri finalizzato anche alla velocizzazione del percorso preintervento secondo il modello LEAN.

Nel mese di dicembre 2017 è stato predisposto un progetto di riorganizzazione delle sale operatorie finalizzato, tra l'altro, all'efficientamento delle stesse.

Dalle azioni predette ci si attende un miglioramento del rispetto dei tempi di attesa nel corso dell'anno 2018.

Azioni di revisione dei tempi connessi alla attuazione dei PDTA interaziendali saranno implementate a breve, visti i risultati 2017.

**OBIETTIVO 3.2 Tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali****SETTORE REFERENTE** Assistenza specialistica e ospedaliera**DESCRIZIONE.** 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 la diminuzione, qualora si superi lo standard regionale come da DGR 30-3307/2016, del tempo medio di erogazione delle prestazioni.

L'obiettivo si compone di tre sub-obiettivi:

1. Caricamento sul CUP aziendale di tutte le agende di prenotazione (pubblico)
2. Adeguamento del tempo medio di attesa (indice di performance) allo standard regionale stabilito dalla Direzione Sanità per le singole prestazioni oggetto di monitoraggio (ex. DGR 30-3307/2016):
 - per le ASL l'obiettivo è da intendersi nella prospettiva della tutela pertanto il monitoraggio sarà relativo al consumo dei residenti del proprio territorio a prescindere da chi eroga la prestazione (pubblico e privato).
 - per le AO l'obiettivo è da intendersi nella prospettiva della produzione.
3. Azioni da Piani di area. A seguito dell'approvazione dei programmi di area da parte della Regione, il settore competente provvederà ad individuare delle prestazioni "critiche" che saranno integrate nel sistema di monitoraggio come da sub-obiettivo 2.

Ai fini del sub-obiettivo 2 sono prese in considerazione, in via prioritaria per l'anno 2017, le prestazioni previste dal PNLGA (visite specialistiche e diagnostica strumentale) indicate nella tabella di seguito. Sono valutate ai fini del monitoraggio tutte le prestazioni consumate/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 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 35-5329 del 10.07.2017 e s.m.i. 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.

Nella valutazione dell'obiettivo si terrà conto anche delle attività aziendali finalizzate ad assicurare il processo prescrittivo della DEM da parte degli specialisti ambulatoriali nonché delle attività svolte dalle ASR finalizzate ad agevolare la messa a regime delle fasi relative a: prescrizione, presa in carico (ovvero prenotazione) ed erogazione.

INDICATORE	1.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ di agende di prenotazione (pubbliche) caricate su CUP aziendale}}{\text{N}^\circ \text{ di agende di prenotazione presenti in Azienda}} \times 100$
	2.	$\frac{\sum (\text{data prenotazione} - \text{data erogazione})}{\text{N}^\circ \text{ prestazioni}}$
	3.	$\frac{\sum (\text{data prenotazione} - \text{data erogazione})}{\text{N}^\circ \text{ prestazioni}}$
VALORE DELL'OBIETTIVO	1.	100%
	2.	Cfr. Tabella seguente.
	3.	il valore obiettivo sarà definito dalla Regione in funzione alle specifiche prestazioni individuate.
FONTE DATI	1.	Documentazione aziendale
	2.	Flusso C 2017, Flusso DEM e/o rilevazioni a campione

**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. Flusso C 2017, Flusso DEM e/o rilevazioni a campione
SCALA	<ol style="list-style-type: none"> 1. SI/NO 2. 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%. <ol style="list-style-type: none"> a. Ognuna delle 42 prestazioni oggetto di monitoraggio pesa 1/42 del relativo punteggio. 3. 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%. <ol style="list-style-type: none"> a. Ognuna delle prestazioni individuate peserà 1/n del relativo punteggio.
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontri di monitoraggio obiettivi
PUNTEGGIO	ASL/AO/AOU 15/100 punti così ripartiti per sub-obiettivi: <ol style="list-style-type: none"> 1. 3/15 2. 6/15 3. 6/15 [...omissis...]
NOTE	Si evidenzia che la colonscopia presenta nella medesima lista d'attesa anche gli screening di secondo livello.

OBIETTIVO RAGGIUNTO: parziale (autovalutazione 11,9/15 punti)**VALORE OSSERVATO****1. Caricamento a CUP di tutte le agende di prenotazione (punti 3 su 3)**

Il 100% delle agende è caricato a sistema CUP aziendale.

2. Tempi di attesa (punti 5,1 su 6)

Nell'ambito delle n. 40 prestazioni oggetto di monitoraggio l'analisi dei dati interni relativi all'anno 2017 evidenzia quanto segue:

- i tempi di attesa sono soddisfatti per 34 delle 40 prestazioni, pari al 85% delle prestazioni monitorate (vs. 62% nel 2016);
- 6 prestazioni presentano un tempo di attesa superiore allo standard (vs. 15 prestazioni nel 2016) e nessuna di queste ha avuto un aumento di volume pari al 30% rispetto alla produzione anno del 2015.

In estrema sintesi, limitatamente alle 40 prestazioni monitorate, si evidenzia come non vengano rispettati i tempi di attesa per 2 tipologie di visite (oculistica ed endocrinologia) e 4 tipologie di prestazioni diagnostiche (mammografia, colonscopia, audiometria ed ecografia capo e collo, peraltro per questa ultima di soli 0,8 giorni). Per tutte le prestazioni interessate si tratta di ambiti disciplinari in cui l'Azienda ha riscontrato importanti problematiche di acquisizione delle risorse umane necessarie, profilandosi nel tempo un peggioramento possibile di tali criticità a causa delle note carenze anche a livello nazionale nella programmazione professionalizzante.

Nell'ambito delle 4 prestazioni diagnostiche che non raggiungono lo standard previsto per il tempo di attesa solo la colonscopia evidenzia un aumento di produzione rispetto all'anno 2015 pari al 12%.

**3. Piano di Area AIC3 (punti 3,8 su 6)**

L'ASL NO, capofila del progetto, nel Maggio 2017 ha trasmesso al settore regionale competente il Piano di Area (vd. ALL OB 3.2.1 Piano Area). I tempi medi di attesa al 31.12.2017 per le 8 prestazioni considerate prioritarie risultano i seguenti:

1. Colonscopia: 38,6 giorni (standard 30 giorni);
2. Ecocolordoppler cardiaca: 37 giorni (standard 40 giorni);
3. Ecocolordoppler tronchi sovra aortici: 32 giorni (standard 40 giorni);
4. Elettrocardiogramma da sforzo: 41,3 giorni (standard 40 giorni);
5. Visita dermatologica: 39 giorni (standard 30 giorni);
6. Visita endocrinologica: 39,8 giorni (standard 30 giorni);
7. Visita oculistica: 48,2 giorni (standard 30 giorni);
8. Visita pneumologica: 26 giorni (standard 30 giorni).

Complessivamente, per 3 prestazioni su 8 è rispettato il tempo di attesa standard.

Ai fini della valutazione positiva dell'obiettivo si evidenzia che per le prestazioni individuate la performance aziendale risulta migliore con il rispetto del tempo di attesa standard per 5 prestazioni su 8 come riportato nella tabella seguente (raggiungimento obiettivo al 63% punti 3,8 su 6):

Descrizione prestazione	Tempo attesa AIC3	Tempo attesa ASLVC	Standard
1. Colonscopia	38,6	32,9	30
2. Ecocolordoppler cardiaca	37	38,4	40
3. Ecocolordoppler tronchi sovra aortici	32	32,6	40
4. Elettrocardiogramma da sforzo	41,3	40	40
5. Visita dermatologica	39	28,6	30
6. Visita endocrinologica	39,8	40,8	30
7. Visita oculistica	48,2	39,9	30
8. Visita pneumologica	26	26,6	30

AZIONI INTRAPRESE

Le azioni intraprese a livello aziendale hanno riguardato il proseguimento del monitoraggio e dell'analisi degli scostamenti dall'atteso, brevemente descritti di seguito, e l'implementazione degli interventi di riorganizzazione della Rete Ambulatoriale aziendale già avviati nel 2016. I valori osservati per i tempi di attesa e per la produzione sono riportati nella tabella che segue.

**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

Tab. Obiettivo 3.2 - tempi medi standard per tipologia di prestazione e visite (estratta da DGR 101-5530/2017 ed integrata) - FONTE: FLUSSO REGIONALE DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE FLUSSO C - QUANTITA'

Descrizione prestazione	Standard DGR 101-5530	Anno 2015		Anno 2017		Scost 2015	
		Num	Num	Giorni Attesa	Num	%	
1. visita cardiologia	30	8.039	7.305	24,5	- 734	-9%	
2. visita chirurgia vascolare	30	1.055	915	9,0	- 140	-13%	
3. visita endocrinologica	30	2.207	1.318	40,8	- 889	-40%	
4. visita neurologia	30	3.312	3.478	28,4	166	5%	
5. visita oculistica	30	9.867	8.048	39,9	- 1.819	-18%	
6. visita ortopedia e traumatologia	30	7.122	7.108	28,3	- 14	0%	
7. visita ostetricia e ginecologia	30	6.454	5.655	20,4	- 799	-12%	
8. visita otorinolaringoiatria	30	7.555	6.580	18,7	- 975	-13%	
9. visita urologia	30	4.079	3.367	20,1	- 712	-17%	
10. visita dermatologia	30	9.655	8.626	28,6	- 1.029	-11%	
11. visita fisiatrica	30	10.366	9.062	22,9	- 1.304	-13%	
12. visita gastroenterologia	30	1.682	1.834	21,3	152	9%	
13. visita pneumologia	30	2.682	2.747	26,6	65	2%	
14. Mammografia	40	1.693	1.260	53,9	- 433	-26%	
15. TC senza e con contrasto Torace	30	2.669	3.216	25,1	547	20%	
16. TC senza e con contrasto Addome	30	2.958	3.130	23,2	172	6%	
17. TC senza e con contrasto capo	30	1.757	1.700	22,3	- 57	-3%	
18. TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale	30	681	732	10,9	51	7%	
19. TC del bacino	30	148	170	14,3	22	15%	
20. RMN Cervello e tronco encefalico	30	1.898	1.761	19,2	- 137	-7%	
21. RMN pelvi, prostata e vescica	30	163	195	23,7	32	20%	
22. RM Muscoloscheletrica	30	4.091	3.241	11,0	- 850	-21%	
23. RMN Colonna vertebrale	30	3.922	3.652	11,7	- 270	-7%	
24. Ecografia capo e collo	40	4.993	4.373	40,8	- 620	-12%	
25. Ecocolordoppler cardiaca	40	6.560	6.916	38,4	356	5%	
26. Ecocolordoppler tronchi sovraortici	40	7.374	6.865	32,6	- 509	-7%	
27. Ecocolordoppler dei vasi periferici	30	8.396	7.812	11,9	- 584	-7%	
28. Ecografia addome	30	10.221	9.144	28,6	- 1.077	-11%	
29. Ecografia Mammella	30	2.587	2.122	29,7	- 465	-18%	
30. Ecografia Ostetrico-Ginecologica	11	2.760	2.699	1,6	- 61	-2%	
31. Colonscopia	30	4.264	4.790	32,9	526	12%	
32. Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	30	214	149	22,5	- 65	-30%	
33. Esofagogastroduodenoscopia	30	1.993	1.910	27,7	- 83	-4%	
34. Elettrocardiogramma -	30	17.564	15.725	23,8	- 1.839	-10%	
35. Elettrocardiogramma dinamico (holter)	40	3.004	2.761	28,6	- 243	-8%	
36. Elettrocardiogramma da sforzo	40	2.360	2.107	40,0	- 253	-11%	
37. Audiometria	30	2.166	1.875	52,1	- 291	-13%	
38. Spirometria	40	2.809	2.418	35,2	- 391	-14%	
39. Fondo oculare	60	2.527	1.954	43,5	- 573	-23%	
40. Elettromiografia	30	14.424	11.762	2,4	- 2.662	-18%	

LEGENDA: in evidenza le prestazioni che non soddisfano lo standard relativo al tempo di attesa.



Delle 13 tipologie di VISITE SPECIALISTICHE monitorate sono risultate oltre lo standard previsto:

1. **Visita Endocrinologia** (criticità: 40,8 giorni di attesa vs. standard di 30 giorni). Il progetto di riordino della rete ambulatoriale ha previsto una riduzione delle sedi di erogazione da 3 a 2 con relativa implementazione delle ore. Tuttavia le dimissioni di n. 30 ore /settimana da parte di Medico Specialista Convenzionato che non è ancora stato possibile sostituire non ha permesso il raggiungimento dei risultati attesi.
2. **Visita Oculistica** (criticità: 39,9 giorni di attesa vs. standard di 30 giorni). Anche nel corso dell'anno 2017 sono rimaste scoperte 36 ore settimanali di specialista convenzionato che hanno determinato oltre all'allungamento del tempo di attesa anche una riduzione della produzione.

Nell'ambito delle 27 PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE monitorate è stato rilevato uno scostamento dallo standard riguardante i tempi di attesa per 4 prestazioni :

1. **Mammografia** (criticità: 53,9 giorni di attesa vs. standard di 40 giorni). Nel corso dell'anno 2017, nell'ambito del riordino della Rete Ambulatoriale che ha riguardato anche la valutazione del grado di obsolescenza delle attrezzature, solo le due sedi ospedaliere dell'ASL VC sono state individuate quali punti di erogazione delle mammografie diagnostiche anche in relazione alla vetustà degli apparecchi mammografici in uso presso le sedi delle Case della Salute di Santhià e Gattinara. Le apparecchiature vetuste, le cui procedure di sostituzione sono state completate a fine 2017, consentiranno di riprendere la piena attività nel 2018 con ricadute positive anche sui tempi di attesa.
2. **Diagnostica ecografica del capo e del collo** (criticità: 40,8 giorni di attesa vs. standard di 40 giorni). Si osserva un incremento dei tempi di attesa oltre lo standard le cui cause sono attribuibili ad un possibile aumento della domanda che non è stata assorbita in corso d'anno non solo dall'ASL VC ma anche da altre strutture pubbliche e private accreditate. Al riguardo ci si è attivati internamente per potenziare innanzitutto l'offerta aziendale (ad esempio, per la sola sede di Vercelli gli slot settimanali sono stati incrementati da 8 slot/settimana nel 2017 a 36 slot/settimana da gennaio 2018). Nell'anno 2017, inoltre, in ottemperanza al progetto di riordino della Rete Ambulatoriale si è proceduto con l'acquisizione di nuova strumentazione che, unitamente con la messa a regime della consistenza organica del personale, ha permesso di procedere con un riordino dell'erogazione delle prestazioni ecografiche programmato dal Direttore della S.C. Radiodiagnostica a far data dal gennaio 2018.
3. **Colonscopia** (criticità: 32,9 giorni di attesa vs. standard di 30 giorni). Si vuole sottolineare che a fronte di un minimo aumento del tempo di attesa, si riscontra anche un incremento della produzione del 12% rispetto all'anno 2015 e che lo standard previsto dall'obiettivo è di "soli 30 giorni" (in rapporto ai 60 giorni previsti dalle normative nazionali). Anche questa prestazione rientra tra le prestazioni oggetto di intervento nell'ambito delle azioni previste dal progetto presentato ai sensi della DGR 17-4817 del 27.03.2017 precisando che la durata dell'esame, individuata dalle linee-guida in 40 minuti, è rispettata e che da Novembre 2017 si è provveduto ad inserire su CUP aziendale la prenotazione della prestazione erogata dall'unica Struttura Privata Accreditata per la branca presente sul territorio dell'ASL VC.



P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

4. **Esame audiometrico tonale** (criticità: 52,1 giorni di attesa vs. standard di 30 giorni). Si riscontra una minima riduzione pur essendosi mantenuta nell'anno 2017 la criticità legata all'unica risorsa umana (tecnico audiometrista) operante nell'ASL VC che, per motivi di salute, è stata assente da ottobre a tutto dicembre anno 2017. A tale criticità si è sommata una criticità relativa alla strumentazione presente negli ambulatori territoriali che non ha permesso l'esecuzione dell'esame da parte dello Specialista Ambulatoriale Convenzionato se non a far data dal mese di ottobre 2017.

Nell'ambito dell'applicazione della DGR 17-4817 del 27.03.2017 il gruppo di lavoro costituito dalle Aziende dell'area omogenea Piemonte Nord-Est con ASL NO capofila, a seguito della valutazione dei dati raccolti, ove le due visite sopra citate risultino critiche in tutto l'ambito, ha presentato un progetto di azioni di miglioramento sia relativo all'offerta che alla domanda.

Le azioni intraprese a livello di AIC3 hanno riguardato:

- la condivisione dei criteri di lavoro per il contenimento delle liste di attesa;
- l'analisi del fabbisogno e delle capacità produttive;
- la standardizzazione dei tempi di erogazione delle prestazioni;
- l'implementazione del sistema di disdetta delle prenotazioni;
- la suddivisione delle agende di prima visita dalle agende delle visite di controllo;
- l'analisi e il miglioramento della qualità dei flussi ambulatoriali e della corretta codifica delle prestazioni;
- l'inserimento nel sistema aziendale di prenotazione delle agende delle strutture private accreditate per facilitare l'accesso alle prestazioni;
- azioni di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva;
- la definizione di un piano di comunicazione rivolto all'utenza per favorire la responsabilizzazione degli utenti al corretto uso dei servizi sanitari.

Gli interventi e la loro tempistica di attuazione sono stati declinati nel Piano di Area trasmesso in Regione (ALL O.B. 3.2 Piano di area AIC3).

L'ASL VC, nello specifico, ha messo in campo le azioni previste rivolte sia alla domanda che all'offerta, uniformando la tempistica della durata delle prestazioni e inserendo nel CUP aziendale la possibilità di prenotare presso le Strutture Private Accreditate del territorio le prestazioni con tempo di attesa oltre lo standard. Permangono le criticità relative alle risorse umane.

**OBIETTIVO 3.3 Riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in PS**

SETTORE REFERENTE	Assistenza specialistica e ospedaliera
DESCRIZIONE	<p>Il tempo di permanenza dei pazienti in PS (Length of Stay - LOS) è considerato in letteratura un valido indicatore di <i>outcome</i> della gestione complessiva del percorso di assistenza del paziente in PS. Nello specifico tale indicatore è direttamente influenzato da una serie di variabili gestibili sia da parte dell'organizzazione stessa che dalla cooperazione tra servizi territoriali e ospedalieri quali ad es.: organizzazione del personale, gestione del triage, utilizzo dei pl nei reparti, OBI, MCAU, etc.</p> <p>Al fine di adeguare i flussi informativi alle indicazioni ministeriali e supportare le Aziende nel monitoraggio dei dati utili per la gestione del PS secondo un modello consolidato input-throughput-output, la Regione Piemonte con D.D. DD 885 del 23 dicembre 2016 all'ALL 2 ha approvato l'aggiornamento del disciplinare tecnico relativo al flusso C2 integrando ulteriori campi che consentono di tracciare il percorso dei pazienti all'interno del PS.</p> <p>Il presente obiettivo ha dunque la finalità di avviare un percorso di monitoraggio, valutazione e revisione delle modalità di gestione dei PS, e dei processi organizzativi correlati al PS, al fine di garantire un miglior servizio ai pazienti e di supportare le Aziende attraverso la condivisione di una metodologia uniforme a livello regionale basata sui flussi informativi disponibili.</p>
INDICATORE	<p>Tempo medio di permanenza in PS:</p> $\frac{\text{(data/ora di dimissione dal PS - data/ora di accesso al PS)}}{\text{N° di accessi in PS}}$
VALORE DELL'OBIETTIVO	<p>Valore medio regionale per ciascun livello organizzativo di complessità assistenziale individuato dalla rete di Emergenza Urgenza (DEA II, DEA I, PS di base, PS di area disagiata):</p> <p>DEA II ≤ 6 ore DEA I ≤ 6 ore</p> <p>PS di Base ≤ 4 ore PS di area disagiata ≤ 5 ore</p>
FONTE DATI	Flusso C2
SCALA	<p>Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2017 tra valore di partenza (dato anno 2016) e target regionale (valore obiettivo).</p> <p>Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è maggiore 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> <p>Per le Aziende con più di uno stabilimento dotato di PS, ai fini della definizione del punteggio aziendale, la somma del punteggio conseguito da ciascun PS sarà diviso per il numero dei PS aziendali.</p>
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontri di monitoraggio obiettivi ▪ 31.12.2017
PUNTEGGIO	<p>ASL 5/100</p> <p>AO/AOU 5/100</p>
NOTE	<p>Con riferimento al tracciato record "C2", ai fini del monitoraggio e della valutazione saranno presi in considerazione, per tutti gli accessi al PS e tutti i codici colore, i seguenti campi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 94.0 data entrata PS ▪ 95.0 ora entrata PS ▪ 102.0 data dimissione PS ▪ 103.0 ora dimissione PS <p>Sarà inoltre considerata nel corso del monitoraggio la qualità nella compilazione dei seguenti campi, oggi presenti nel flusso, che si prevede di rendere obbligatori ai fini di un monitoraggio più puntuale:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 121.0 data indicazione al ricovero/dimissione ▪ 122.0 ora indicazione al ricovero/dimissione



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

RIFERIMENTI PRINCIPALI	<p>Ministero della Salute. Progetto Mattoni SSN - Pronto Soccorso e sistema 118: Milestone 1.2.2 - Analisi dell'attività, descrizione dell'offerta, valutazioni di esito e di appropriatezza. 2007.</p> <p>DD 885 del 23 dicembre 2016, All. 2 "flusso informativo specialistica ambulatoriale e altre prestazioni tracciati record b, c, c2, c4, c5 - Disciplinare tecnico strutture pubbliche"</p> <p>Asaro PV, Lewis LM, Boxerman SB. The Impact of Input and Output Factors on Emergency Department Throughput. <i>ACADEMIC EMERGENCY MEDICINE</i> 2007; 14:235-242</p> <p>Fogarty, Saunders, Cummins. The effect of boarders on emergency department process flow. <i>J Emerg Med.</i> 2014 May;46(5):706-10.</p> <p>Liu, Milne, Yun, Walsh. The boarding experience from the patient perspective: the wait. <i>Emerg Med J.</i> 2015 Nov;32(11):854-9.</p> <p>Qiu, Chinnam RB, Murat A, Batarese B, Neemuchwala H, Jordan W. A cost sensitive inpatient bed reservation approach to reduce emergency department boarding times. <i>Health Care Manag Sci.</i> 2015 Mar;18(1):67-85.</p> <p>Wiler J, Bolandifar E, Griffey RT, Poirier RF, Olsen T. An emergency department patient flow model based on queueing theory principles. <i>Acad Emerg Med.</i> 2013 Sep;20(9):939-46.</p>
-------------------------------	--

OBIETTIVO RAGGIUNTO: SI (autovalutazione 5/5 punti)

VALORE OSSERVATO

- DEA I di Vercelli: 5,33 ore nel 2017 (atteso ≤ 6 ore; 5,40 ore nel 2016)
- PS di Base di Borgosesia: 3,85 ore nel 2017 (atteso ≤ 4 ore; 4,12 ore nel 2016)

Nelle pagine seguenti sono riportati i dettagli sui tempi di passaggio per entrambe le strutture.

AZIONI INTRAPRESE

Monitoraggio dei tempi di attesa ai fini del mantenimento dell'attuale livello di performance.



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

Tempi di passaggio nel DEA I livello di Vercelli (2017 e 2016)

COLORE TRIAGE >>> COLORE DIMISSIONE v v	ANNO	Bianco		Giallo		Rosso		Verde		Totale		Totale		
		N° passaggi	MM medi passaggio	N° passaggi	MM medi passaggio	N° passaggi	MM medi passaggio	N° passaggi	MM medi passaggio	N° passaggi	MM medi passaggio	N° passaggi	MM medi passaggio	N° passaggi
Bianco	2017	1.178	121.303	103	240	240	-	-	358	36.866	103	1.537	158.409	103
	2016	1.631	173.469	106	13	13	-	-	561	54.372	97	2.193	227.854	104
Giallo	2017	4	1.862	466	581	581	85	80.095	645	482.268	748	5.366	3.253.193	606
	2016	3	1.959	653	580	580	76	71.304	496	521.375	1.051	4.240	2.718.758	641
Nero	2017	-	-	-	70	87.884	1.255	634	24	34.144	1.423	225	205.127	912
	2016	-	-	-	77	95.141	1.236	934	25	39.104	1.564	198	223.917	1.131
Rosso	2017	-	-	-	106	83.857	791	605	49	58.278	1.189	835	553.852	663
	2016	-	-	-	47	40.387	859	533	21	19.270	918	585	335.325	573
Verde	2017	984	171.324	174	425	425	782	782	28.370	7.377.604	260	30.985	8.274.421	267
	2016	837	212.709	254	461	461	859	859	27.459	7.509.606	273	29.960	8.528.229	285
Totale	2017	2.166	294.489	136	554	554	985	644.477	29.446	7.989.160	271	38.948	12.445.002	320
	2016	2.471	388.137	157	557	557	788	521.730	28.562	8.143.727	285	37.176	12.034.083	324
HH medie passaggi (MM totali passaggi/N° passaggi)	2017													5,33
Valore Atteso														
% Raggiungimento														6,00
HH medie passaggi (MM totali passaggi/N° passaggi)	2016													100%
Valore Atteso														5,40
% Raggiungimento														6,00
														100%

DEA I livello - VERCELLI



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

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

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

Tempi di passaggio nel Pronto Soccorso di Borgosesia (2017 e 2016)

COLORE TRIAGE >>> ANNO COLORE DIMISSIONE v v v	Bianco			Giallo			Rosso			Verde			Totale		
	N° passaggi	MM totali passaggi	MM medi passaggio	N° passaggi	MM totali passaggi	MM medi passaggio	N° passaggi	MM totali passaggi	MM medi passaggio	N° passaggi	MM totali passaggi	MM medi passaggio	N° passaggi	MM totali passaggi	MM medi passaggio
Bianco	2017	212	26.383	124	-	-	-	-	-	152	11.212	74	364	37.595	103
	2016	180	25.741	143	1	45	45	-	-	93	8.534	92	274	34.320	125
Giallo	2017	-	-	-	1.091	445.851	409	115	44.000	383	190.631	569	1.491	680.482	456
	2016	-	-	-	1.754	686.683	391	70	21.562	308	178.658	645	2.101	886.903	422
Nero	2017	-	-	-	8	3.064	383	24	6.377	266	3.078	616	37	12.519	338
	2016	-	-	-	12	6.454	538	10	3.034	303	382	382	23	9.870	429
Rosso	2017	-	-	-	14	4.309	308	52	12.973	249	1.632	408	70	18.914	270
	2016	-	-	-	22	5.489	250	145	35.454	245	494	247	169	41.437	245
Verde	2017	185	25.676	139	2.375	981.787	413	63	46.258	734	3.205.060	188	19.708	4.258.781	216
	2016	158	23.885	151	2.125	877.541	413	45	30.394	675	3.227.170	203	18.207	4.158.990	228
Totale	2017	397	52.059	131	3.488	1.435.011	411	254	109.608	432	3.411.613	195	21.670	5.008.291	231
	2016	338	49.626	147	3.914	1.576.212	403	270	90.444	335	3.415.238	210	20.774	5.131.520	247
HH medie passaggi (MM totali passaggi/N° passaggi)	2017														
Valore Atteso															
% Raggiungimento															
HH medie passaggi (MM totali passaggi/N° passaggi)	2016														
Valore Atteso															
% Raggiungimento															
3,85															
4,00															
100%															
4,12															
4,00															
3%															

**OBIETTIVO 4.1 Assistenza Farmaceutica Territoriale ed Ospedaliera: appropriatezza prescrittiva e riduzione della variabilità**

SETTORE REFERENTE	Assistenza farmaceutica, integrativa e protesica
DESCRIZIONE	<p>La legge 11 dicembre 2016 n. 232 prevede (Art. 1 Comma 398) che a decorrere dall'anno 2017, il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera di cui all'articolo 5, comma 5, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, è calcolato al lordo della spesa per i farmaci di classe A in distribuzione diretta e distribuzione per conto, ed è rideterminato nella misura del 6,89 per cento. Conseguentemente il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera assume la denominazione di "Tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti". Allo stesso modo (Art. 1 Comma 399) il tetto della spesa farmaceutica territoriale è rideterminato nella misura del 7,96 per cento assumendo la denominazione di "Tetto della spesa farmaceutica convenzionata".</p> <p>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. L'obiettivo è rivolto al perseguimento di una maggiore appropriatezza prescrittiva nonché al contenimento della variabilità con particolare riferimento alle categorie sotto descritte</p> <p>Occorre sottolineare che l'obiettivo non intende in alcun modo limitare la libertà prescrittiva dei medici che mantengono la possibilità di effettuare prescrizioni terapeutiche motivatamente indirizzate verso i trattamenti farmacologici più costosi laddove giustificate esigenze di cura, non altrimenti perseguibili in modo egualmente efficace, lo richiedono.</p> <p>Gli scostamenti presi in esame riguardano le seguenti categorie:</p> <p>Farmaci ambito territoriale</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ATC=A02BC (Inibitori di Pompa Acida); ▪ ATC=J01 (Antibatterici per uso sistemico in ambito territoriale); ▪ ATC= C07, C08, C09 (Betabloccanti, Calcio-Antagonisti, Sostanze ad azione sul sistema Renina-Angiotensina); ▪ ATC=N06A (Antidepressivi); ▪ ATC=R03 (Farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie); <p>Farmaci ambito ospedaliero</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ATC=J01 (Antibatterici per uso sistemico in ambito ospedaliero); ▪ ATC=J02 (Antimicotici per uso sistemico in ambito ospedaliero).
INDICATORE	<p>(i) Per le 5 ATC in ambito territoriale: spesa 2016 – spesa di riferimento calcolata sul consumo pro capite del best performer.</p> <p>(ii) Per le 2 ATC in ambito ospedaliero: % spesa in ambito ospedaliero dei principi attivi per richiesta motivata.</p>
VALORE DELL'OBIETTIVO	<p>La spesa in regime convenzionale nel 2017 per i farmaci:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ATC=A02BC (Inibitori di Pompa Acida); 2. ATC=J01 (Antibatterici per uso sistemico in ambito territoriale); 3. ATC= C07, C08, C09 (Betabloccanti, Calcio-Antagonisti, Sostanze ad azione sul sistema Renina-Angiotensina); 4. ATC=N06A (Antidepressivi); 5. ATC=R03 (Farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie); <p>ha quale riferimento la spesa pro-capite registrata dall'ASL best performer nell'anno 2016 per singola molecola. Ogni ASL deve ridurre di almeno il 50% lo scostamento tra la propria spesa 2016 e quella di riferimento ottenendo l'obiettivo di spesa, in valori assoluti, indicato in tabella;</p> <p>Farmaci ambito ospedaliero</p> <p>L'obiettivo 2017 per i farmaci ad uso sistemico in ambito ospedaliero antibatterici (ATC=J01) e antimicotici (ATC=J02) ha quale riferimento la percentuale di spesa dei farmaci soggetti a richiesta motivata dell'AO/AOU best performer nell'anno 2016. Ogni singola AO/AOU deve riportare nel 2017 una percentuale inferiore o pari a quella di riferimento indicata in tabella. Per tutte le ATC Cfr. Tabella allegata</p>
FONTE DATI	Portale della Tessera Sanitaria

**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

SCALA	ATC da 1 a 5: per ogni singola ATC, il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2017 tra valore di partenza (spesa 2016) e valore obiettivo. 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. Per l'ASL best performer il raggiungimento dell'obiettivo prevede il miglioramento o mantenimento del dato 2016. ATC 6 e 7: SI/NO (0-1). Per l'AO/AOU best performer il raggiungimento dell'obiettivo prevede il miglioramento o mantenimento del dato 2016.
TRACKING	Incontri di monitoraggio obiettivi
PUNTEGGIO	ASL 6/100
NOTE	Nel caso in cui il mancato raggiungimento dell'obiettivo sia attribuibile a prescrizioni terapeutiche motivatamente indirizzate verso trattamenti farmacologici più costosi, giustificati da esigenze di cura non altrimenti perseguibili in modo egualmente efficace, si chiede al Direttore generale una dettagliata relazione con la quale si documenta in maniera oggettiva tale circostanza.

OBIETTIVO RAGGIUNTO: parziale (Autovalutazione 3,25/6 punti)**VALORE OSSERVATO**

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

Tabella 1. Obiettivo 4.1 - Sintesi dei risultati raggiunti

Denominazione Indicatore	ATTESO	punti	VALORE OSSERVATO	RISULTATO RAGGIUNTO
Riduzione di almeno il 50% dello scostamento tra spesa convenzionata ASL VC anno 2016 e spesa pro-capite ASL best performer ATC = A02BC (Inibitori pompa acida)	≥ €368.941	0,48	€ 146.609,13 Il valore atteso dell'obiettivo è stato ricalcolato sulla base consuntivo 2016 (fonte dati Cruscotto TS, mentre in DGR 101-5530 era indicata una proiezione dell'anno 2016 calcolata sui primi 10 mesi) ed è ≥ € 364.300,50	Raggiunto al 40%
Riduzione di almeno il 50% dello scostamento tra spesa convenzionata ASL VC anno 2016 e spesa pro-capite ASL best performer ATC = J01 (Antibatterici per uso sistemico in ambito territoriale)	≥ €158.008	0,56	€ 70.571,59 Il valore atteso dell'obiettivo è stato ricalcolato sulla base consuntivo 2016 (fonte dati Cruscotto TS, mentre in DGR 101-5530 era indicata una proiezione dell'anno 2016 calcolata sui primi 10 mesi) ed è ≥ € 150.997,70	Raggiunto al 47%
Riduzione di almeno il 50% dello scostamento tra spesa convenzionata ASL VC anno 2016 e spesa pro-capite ASL best performer ATC = C07, C09, C09 (Betabloccanti, Calcio-antagonisti, Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina)	≥ €600.166	1,05	€ 526.354,32 Il valore atteso dell'obiettivo è stato ricalcolato sulla base consuntivo 2016 (fonte dati Cruscotto TS, mentre in DGR 101-5530 era indicata una proiezione dell'anno 2016 calcolata sui primi 10 mesi) ed è ≥ € 598.765,30	Raggiunto all' 88%
Riduzione di almeno il 50% dello scostamento tra spesa convenzionata ASL VC anno 2016 e spesa pro-capite ASL best performer ATC = N06A (Antidepressivi)	≥ €47.807	0	Per questa voce si è avuto un aumento di spesa di € 9.567,39, rispetto all'anno 2016. Il valore atteso dell'obiettivo è stato ricalcolato sulla base consuntivo 2016 (fonte dati Cruscotto TS, mentre in DGR 101-5530 era indicata una proiezione dell'anno 2016 calcolata sui primi 10 mesi) ed è ≥ € 50.217,70	NO
Riduzione di almeno il 50% dello scostamento tra spesa convenzionata ASL VC anno 2016 e spesa pro-capite ASL best performer ATC = R03 (Farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie)	≥ €43.191	1,16	€ 42.107,84 Il valore atteso dell'obiettivo è stato ricalcolato sulla base consuntivo 2016 (fonte dati Cruscotto TS, mentre in DGR 101-5530 era indicata una proiezione dell'anno 2016 calcolata sui primi 10 mesi) ed è ≥ € 43.605,25	Raggiunto al 97%

AZIONI INTRAPRESE

Pagina 23

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 partire dalle indicazioni contenute nella nota regionale prot. n. 9760/A1404A del 28 aprile 2017 ad oggetto "Monitoraggio spesa farmaceutica" nello scorso mese di maggio si è provveduto a sensibilizzare i medici di medicina generale sulla prescrizione dei farmaci appartenenti alle classi poi oggetto di verifica ai sensi della DGR 101-5530.

In particolare è stata inviata, ad ogni medico di medicina generale, una nota a firma congiunta Farmaceutica Territoriale-Commissione Appropriatezza Prescrittiva relativa ai seguenti indicatori:

- A02BC, inibitori di pompa protonica
- C10, farmaci agenti sui lipidi
- J01, farmaci antibatterici per uso sistemico in ambito territoriale
- C07-C08-C09, beta-bloccanti, calcio-antagonisti, farmaci per il sistema renina-angiotensina
- N06A, antidepressivi,
- R03, farmaci per i disturbi ostruttivi delle vie respiratorie,

riferiti al I trimestre 2017, chiedendo un riscontro nel caso di prescrizioni con spesa pro-capite, per ciascun indicatore, aventi uno scostamento superiore al 20% del valore medio aziendale.

Rispetto al corretto uso degli antibiotici è stato realizzato un evento ECM accreditato rivolto a medici, farmacisti e personale sanitario non medico, dal titolo <<Antibiotico: antibatterico o "ansiolitico">>, che si è svolto a Vercelli il 6 dicembre u.s., nell'ambito del quale sono intervenuti, tra gli altri, il Dott. Borrè, responsabile della S.C. Malattie Infettive e la Dott.ssa Milano, Responsabile della S.C. Laboratorio Analisi.

Il complesso delle azioni attivate, pur non essendo stato possibile assegnare specifici obiettivi ai medici di medicina generale, poiché la DGR 101-5530 è stata pubblicata successivamente alla firma degli accordi aziendali, ha portato ad un risparmio complessivo pari ad € 776.065, corrispondente al 64% del valore obiettivo ASL VC.

Relativamente ai due obiettivi sull'uso dei farmaci in ambito ospedaliero si precisa che questi sono stati assegnati solo alle AO ed AOU. Tuttavia, facendo seguito alla circolare regionale del 28 aprile 2017 anche ASL "VC" si è attivata in un percorso di appropriatezza. In particolare, nell'ambito del progetto "Appropriatezza d'uso degli antibiotici in profilassi e terapia" (promosso dal Comitato Infezioni Ospedaliero), finalizzato a garantire l'utilizzo appropriato degli antibiotici, è stato istituito un Gruppo di Progetto che ha aggiornato la modulistica impiegata per le molecole sottoposte a richiesta motivata in conformità alle indicazioni regionali. Tale modulistica è stata pubblicata sulla intranet aziendale (Documentazione - Modulistica - Farmacia Ospedaliera, OB 4.1 Allegato 1 e OB 4.2 Allegato 2) ed è stata trasmessa alle strutture aziendali (OB 4.1 Allegato 3).

**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 4.2 Miglioramento della qualità del flusso informativo dei dispositivi medici

SETTORE REFERENTE	Assistenza farmaceutica, integrativa e protesica
DESCRIZIONE	Verifica della disponibilità, completezza, qualità e miglioramento nel tempo dell'acquisizione nel flusso informativo regionale dei dati relativi al monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici (Decreto Ministeriale 11 giugno 2010 "Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio Sanitario Nazionale"). L'obiettivo è allineato rispetto agli adempimenti LEA nonché alle performance di alcune regioni benchmark come risulta dal "Rapporto sulla spesa rilevata dalle strutture sanitarie pubbliche del SSN per l'acquisto di dispositivi medici – Anno 2015 –" a cura del Ministero della salute.
INDICATORE	Rapporto tra i dati di consumo aziendale dei dispositivi medici ed i costi rilevati dal modello di conto economico. Flusso Consumi DMRP 2017 (esclusa la CND W - Dispositivi medico-diagnostici in vitro) CE 2016 (Voci B.1.A.3.1 + B.1.A.3.2)
VALORE DELL'OBIETTIVO	Coerenza, con un margine di tolleranza del +/- 10%, tra la spesa aziendale per DM rilevata da flusso DMRP rispetto ai costi imputati da CE alle voci: <ul style="list-style-type: none">▪ B.1.A.3.1 (dispositivi medici);▪ B.1.A.3.2 (dispositivi medici impiantabili attivi);
FONTE DATI	Flusso DMRP/CE
SCALA	Il livello di raggiungimento del sub-obiettivo è riconosciuto solamente se la spesa aziendale rilevata da DMRP per l'anno 2017 è compresa tra il 90 ed il 110 per cento del valore rilevato.
TRACKING	Riunioni periodiche svolte con referenti del settore regionale responsabile, ASR e CSI nel 2017; valutazione finale sulla base dei dati al 31.12. 2017.
PUNTEGGIO	ASL 3/100
NOTE	

OBIETTIVO RAGGIUNTO: SI (autovalutazione 3/3 punti)**VALORE OSSERVATO**

La coerenza rilevata nell'ultimo monitoraggio disponibile di Dicembre 2017 è del 90,63%.

AZIONI INTRAPRESE

Nell'ultimo trimestre 2017 si è provveduto a perfezionare le anagrafiche presenti nel sistema informatico gestionale in collaborazione tra i Servizi Provveditorato-Economato, Farmaceutica Territoriale, Farmacia Ospedaliera e ICT (Information & Communication Technology).

In particolare, grazie al supporto informatico da parte delle ditte fornitrici sono state corrette e perfezionate le informazioni presenti in anagrafica prodotti gestiti nell'anno 2017, al fine di consentire l'implementazione del processo di informatizzazione delle richieste a partire dal 2018.

**OBIETTIVO 4.3 Contenimento della spesa aziendale per l'acquisto di dispositivi medici**

SETTORE REFERENTE	Assistenza farmaceutica, integrativa e protesica
DESCRIZIONE	<p>La Legge 24 dicembre 2012, n. 228 (Legge di Stabilità 2013) ha rideterminato a partire dall'anno 2014 il tetto di costo per l'acquisto di Dispositivi Medici (DM) nella misura del 4,4% del FSN (art.1, comma 131, lettera b). Considerato il limite di tetto imposto a livello nazionale, la Legge n. 125 del 6 agosto 2015 ha stabilito la possibilità di una rinegoziazione dei contratti in essere da proporre ai fornitori di dispositivi medici al fine di garantire il rispetto del tetto e l'andamento della spesa.</p> <p>Il confronto dei dati di Conte Economico del primo trimestre 2017, in rapporto allo stesso periodo 2016, evidenziano un aumento della spesa per Dispositivi Medici (voci di CE considerate: BA0220; BA0230).</p> <p>Inoltre, è stata aggiudicata la gara organizzata dalla società di committenza regionale (SCR) in merito alla fornitura di presidi per l'autocontrollo della glicemia e servizi connessi per le Aziende del Servizio Sanitario Regionale. Nell'anno 2016 si riscontra un'alta variabilità prescrittiva dei dispositivi oggetto di gara sia a livello di singola azienda che fra i singoli prescrittori. L'obiettivo è dunque rivolto all'utilizzo appropriato dei presidi oggetto di gara. In proposito occorre sottolineare che l'obiettivo non intende in alcun modo limitare la libertà prescrittiva dei medici (specialisti) che mantengono la possibilità di effettuare prescrizioni terapeutiche motivatamente indirizzate verso dispositivi più costosi laddove giustificate esigenze di cura, non altrimenti perseguibili in modo egualmente efficace, lo richiedono.</p>
INDICATORE	<p>1. Spesa per Dispositivi Medici (voce di CE considerata: BA0220 e BA0230): mantenimento della spesa 2016.</p> <p>2. Presidi per l'autocontrollo della glicemia e servizi connessi per le aziende del SSR: media percentuale del primo quarto della popolazione pesata.</p>
VALORE OBIETTIVO	<p>La spesa per Dispositivi Medici BA0220 e BA0230 2017, per ogni singola Azienda, ha quale riferimento i valori di CE Consuntivo 2016. Ogni singola Azienda deve mantenere o ridurre il proprio valore.</p> <p>Per i presidi per l'autocontrollo della glicemia il valore obiettivo è rappresentato dalla media percentuale dell'incidenza delle strisce distribuite in convenzione rispetto al totale delle strisce distribuite considerando il primo quarto della popolazione regionale pesata.</p> <p>Vedi tabelle allegate [...omissis...]</p>
FONTE DATI	Flusso DMRP/CE
SCALA	<p>SI/NO (0-1).</p> <p>Per le due voci di spesa oggetto di valutazione (BA0220 e BA0230) il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto al mantenimento o riduzione del proprio valore che risulta a Consuntivo CE 2016 come indicato in tabella. La valutazione terrà in considerazione la produzione delle prestazioni sanitarie riferite alle categorie di DM oggetto di monitoraggio.</p> <p>Rispetto ai presidi per l'autocontrollo della glicemia, il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto al conseguimento del valore obiettivo previsto in tabella. Per le Aziende che presentano nel 2016 valori uguali o inferiori rispetto a quelli obiettivo il raggiungimento dello stesso è conseguito mediante il mantenimento o miglioramento dei propri valori espressi in tabella.</p>
TRACKING	Riunioni periodiche svolte con referenti del settore regionale responsabile, ASR e CSI nel 2017; valutazione finale sulla base dei dati al 31.12. 2017.
PUNTEGGIO	<p>ASL 6/100</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ BA0220 3/6 ▪ BA0230 1/6 ▪ Presidi per l'autocontrollo della glicemia 2/6
NOTE	Nel caso in cui il mancato raggiungimento dell'obiettivo sia attribuibile a prescrizioni terapeutiche motivatamente indirizzate verso trattamenti farmacologici più costosi, giustificati da esigenze di cura non altrimenti perseguibili in modo egualmente efficace, si chiede al Direttore generale una dettagliata relazione con la quale si documenta in maniera oggettiva tale circostanza.

**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 (autovalutazione 2,25/6 punti)**VALORE OSSERVATO****1. Mantenimento spesa per Dispositivi Medici (voce di CE considerata: BA0220 e BA0230)**

La spesa per dispositivi medici (BA0220 DM) rilevata nel 2017 è di 10.030,00 (€/000) a fronte di un atteso ≤ € 9.231 (€/000), mentre quella relativa ai dispositivi medici impiantabili attivi (BA0230) è 1.407,00 (€/000) a fronte di un atteso ≤ € 1.699 (€/000). Per quanto riguarda questa voce di costo si relaziona alla scheda relativa all'OB. 1.1 di efficientamento e di aumento della produzione, specificando come l'aumento sia dovuto specificatamente all'aumentata produzione di talune discipline (soprattutto traumatologia 315.000, ortoinfettivologia - +245.000=, radiologia interventistica- +186.000=, oculistica - +25.000=).

2. Presidi per l'autocontrollo della glicemia e servizi connessi per le aziende del SSR

Il valore dell'indicatore così come inserito nella DGR 101-5530 non è calcolabile dalle singole ASL. Si comunica, tuttavia, che i dati presentati dal Settore Farmaceutico regionale nel corso dell'incontro svoltosi a Torino lo scorso 19 gennaio 2018 hanno evidenziato che la scrivente ASL ha l'incidenza più alta di presidi distribuiti in DPC rispetto alla convenzionata (vd. tabella sottostante).

Tabella 2. Consuntivo 2017 della percentuale di strisce per l'automonitoraggio della glicemia in DPC (atteso ≤12,80%. Lo standard è costituito dall'ASL più performante in fase iniziale che, nel caso specifico, è risultata essere l'ASL VC).

POPOLAZIONE PESATA (n. residenti)		n° strisce		
		DPC 2017	CONV 2017	consuntivo 2017
ASL VC	181190	1581025	226397	12,53%
ASL AT	209496	1679250	366284	17,91%
ASL BI	183583	1803975	542045	23,10%
ASL CN2	165254	1214500	465337	27,70%
ASL NO	332427	2760500	1058902	27,72%
1/4 popolazione pesata	1071950	9039250	2658965	22,73%

LEGENDA. DPC = distribuzione per conto; conv = distribuzione mediante le farmacie convenzionate

AZIONI INTRAPRESE**1. Mantenimento spesa per Dispositivi Medici (voce di CE considerata: BA0220 e BA0230)**

Le azioni intraprese per il mantenimento della spesa hanno riguardato principalmente interventi di monitoraggio e analisi delle cause di un eventuale incremento dei costi.

In riferimento all'incremento di spesa rilevato sulla voce BA0220, si precisa che il maggior costo è da attribuirsi sia alle attività svolte dalle Strutture di Radiologia interventistica sia a quelle ambulatoriali e di ricovero dell'Orto-Infettivologia. Istruttoria è in corso con i competenti uffici

Pagina 27



regionali con riferimento al maggior costo marginale delle prestazioni in tale ambito., attualmente non riconosciuta nella valorizzazione della produzione.

Relativamente alle due Strutture, la presenza di nuovi Direttori ha portato ad un sensibile incremento delle attività (ad esempio la sola attività di ricovero della SC Ortopedia e Traumatologia di Vercelli ha registrato dall'anno precedente un incremento del valore delle attività di ricovero di 1.463.497,00€).

2. Presidi per l'autocontrollo della glicemia e servizi connessi per le aziende del SSR

Il centro prescrittore S.S. Diabetologia integrata, in tutte le sedi dell'ASL, ha collaborato attivamente al raggiungimento dell'obiettivo, informando anche i pazienti sull'uso del nuovo strumento.

OBIETTIVO 5.2 Attuazione DPCM 12 gennaio 2017 – PNPV 2017 – 2019

SETTORE REFERENTE	Assistenza sanitaria e socio sanitaria territoriale
DESCRIZIONE	<p>Il DPCM 12 gennaio 2017 - Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 – si pone come fonte primaria per la definizione dei livelli essenziali di assistenza garantiti ai cittadini suddivisi in:</p> <p>a) prevenzione collettiva e sanità pubblica; b) assistenza distrettuale; c) assistenza ospedaliera.</p> <p>Nell'ambito della prevenzione collettiva e sanità pubblica è presente l'attività di sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali.</p> <p>Rispetto quest'ultimi è stata pubblicata in Gazzetta Ufficiale (G.U. n. 41 del 18 febbraio 2017) l'Intesa (Rep. Atti n. 10/CSR) tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano riguardo il "Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019". È inoltre stato presentato il decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, recante disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale che, all'articolo 1, individua le vaccinazioni obbligatorie. Successivamente il ministero, in data 10 giugno 2017, ha emanato una circolare che individua le prime indicazioni operative per l'applicazione del decreto-legge nonché lo schema degli obblighi vaccinali - in relazione all'anno di nascita - con il quale le ASL competenti devono effettuare il recupero dei non vaccinati o dei vaccinati parzialmente.</p> <p>In ambito regionale, è stata emanata la Circolare n.15657/A14000 del 18.07.2017. Al fine di dare tempestività all'attuazione del decreto-legge 7 giugno 2017 n. 73 pianificando e attuando il recupero dei soggetti non in regola con gli adempimenti previsti.</p>
INDICATORE	Dichiarazione delle Aziende relativi agli inviti effettuati come da indicazione nel valore obiettivo validate dal Servizio di riferimento Regionale di Epidemiologia per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle Malattie Infettive (SEREMI).
VALORE DELL'OBIETTIVO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Invio, entro il 31 agosto 2017, degli inviti alla vaccinazione dei soggetti che risultano, in base alle anagrafi vaccinali delle aziende, non in regola con gli obblighi vaccinali. 2. Effettuazione entro il 31 dicembre 2017 del primo accesso vaccinale di tutti i soggetti non in regola in età 6-10 anni che hanno dichiarato l'intenzione di vaccinarsi.
FONTE DATI	Documentazione prodotta dall'ASL
SCALA	<ol style="list-style-type: none"> 1. SI/NO (0-1); 2. SI/NO (0-1).
TRACKING	31.12.2017 Invio delle dichiarazioni come da indicatore presso il settore referente regionale ed il SEREMI.

**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	ASL 5/100 Il punteggio complessivo dell'obiettivo si compone di 2 punti per il primo indicatore e di 3 punti per il secondo.
NOTE	L'obiettivo è suscettibile di variazioni dovute ad eventuali modifiche, durante l'iter di conversione in Legge, del Decreto-legge 7 giugno 2017 n. 73.

OBIETTIVO RAGGIUNTO: SI (autovalutazione 5/5 punti)**VALORE OSSERVATO**

1. Invio degli inviti alla vaccinazione entro il 31.08.2017
SI
2. Effettuazione del primo accesso vaccinale
SI, per tutti i soggetti invitati

AZIONI INTRAPRESE

- a. individuazione dei soggetti inadempienti;
- b. predisposizione calendario per esecuzione vaccinazioni soggetti aderenti;
- c. predisposizione inviti secondo indicazioni regionali e invio dei medesimi;
- d. trasmissione inviti secondo calendario;
- e. vaccinazione di tutti i soggetti aderenti.

OBIETTIVO 6.1 Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65

SETTORE REFERENTE	Assistenza Specialistica e Ospedaliera
DESCRIZIONE	<p>Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 2 giorni in pazienti ultrasessantacinquenni.</p> <p>L'indicatore è presente nella Griglia LEA, oggetto di valutazione da parte del Ministero della Salute. Inoltre il DM 702 del 2.04.2015 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 per struttura complessa pari a 75/anno.</p> <p>Per il 2017 l'indicatore oggetto dell'obiettivo è espresso in termini di produzione sia per le AO/AOU che per le ASL.</p> <p>In linea generale l'indicatore può essere migliorato e reso più aderente alla realtà calcolando la differenza tra la data di intervento chirurgico e la data di arrivo in Pronto Soccorso, ricavabile dal flusso C2. I due flussi (SDO e C2) sono linkabili tra loro mediante il codice identificativo univoco anonimo. In questo modo viene conteggiato anche il periodo trascorso in Pronto Soccorso. Nel 2017 l'indicatore è calcolato sia con la medesima modalità con cui è stato calcolato nel 2016 (cioè calcolando il tempo di attesa all'interno della SDO), sia con la modalità proposta sopra, cioè calcolando i tempi a partire dall'arrivo in PS. Il confronto tra i valori dei due indicatori contribuirà ad evidenziare eventuali differenze organizzative nella gestione del paziente favorendo la necessaria attività di audit organizzativo nella gestione del percorso.</p>
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>
VALORE DELL'OBIETTIVO	Tasso aggiustato > 70%
FONTE DATI	Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Pagina 29

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



P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

SCALA	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2017 tra il valore di partenza (dato anno 2016) e il 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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontri di monitoraggio obiettivi ▪ 31.12.2017
PUNTEGGIO	ASL 4/100
RIFERIMENTI PRINCIPALI	<p>Belotti, LMB; Bartoli S; Trombetti S; Montella MT; Toni A; De Palma R. Factors influencing surgical delay after hip fracture in hospitals of Emilia Romagna Region, Italy: a multilevel analysis. Hip International. Jan/Feb2013, 23(1): 15-21.</p> <p>Johansen, A., Tsang, C., Boulton, C., Wakeman, R. and Moppett, I. (2017), Understanding mortality rates after hip fracture repair using ASA physical status in the National Hip Fracture Database. Anaesthesia. doi:10.1111/anae.13908</p> <p>Piano Nazionale Esiti - Treemap</p> <p>Ryan, Devon J. BA; Yoshihara, Hiroyuki MD, PhD; Yoneoka, Daisuke MS§; Egol, Kenneth A. MD; Zuckerman, Joseph D. MD. Delay in Hip Fracture Surgery: An Analysis of Patient-Specific and Hospital-Specific Risk Factors Journal of Orthopaedic Trauma: August 2015 - Volume 29 - Issue 8 - p 343-348</p> <p>Tzortziou Brown V, Underwood M, Mohamed N, Westwood O, Morrissey D. Professional interventions for general practitioners on the management of musculoskeletal conditions. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 5. Art. No.: CD007495. DOI: 10.1002/14651858.CD007495.pub2.</p>

RISULTATO RAGGIUNTO: SI (autovalutazione 4/4 punti)**VALORE OSSERVATO**

La proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 2 giorni in pazienti ultrasessantacinquenni è migliorata nell'anno 2017 rispetto al precedente 2016 passando dal valore del 77% al 78%. L'incremento è stato presente presso entrambe le sedi (Vercelli da 74% a 75%; Borgosesia da 83% a 84%).

AZIONI INTRAPRESE

Consolidamento delle azioni già intraprese negli anni precedenti 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.

OBIETTIVO 6.2 Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI

SETTORE REFERENTE	Assistenza specialistica ed ospedaliera
DESCRIZIONE	<p>Proporzione di episodi di STEMI trattati con PTCA entro 2 giorni.</p> <p>La tempestività dell'effettuazione dell'angioplastica percutanea su pazienti con diagnosi di IMA STEMI, 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 del</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

	2.4.2015). L'indicatore è espresso in termini di produzione per le AO e di tutela per le ASL Per il 2017 si utilizzerà la procedura del PNE calcolando il periodo di 2 giorni tra la data di ingresso alla prima struttura che riceve il paziente (qualunque essa sia) e la data di PTCA (ovunque eseguita). In questo modo viene incluso nell'indicatore anche il tempo trascorso tra l'arrivo in un qualunque ospedale e l'effettuazione della procedura; il valore dell'indicatore è quindi attribuito alla prima struttura che riceve il paziente. La "tracciatura" del paziente lungo i differenti ospedali avviene tramite record linkage con il codice identificativo anonimo.
INDICATORE	Numero di episodi di STEMI, in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro 2 giorni <hr style="width: 20%; margin: auto;"/> Numero di episodi di STEMI
VALORE DELL'OBIETTIVO	Tasso grezzo $\geq 85\%$
FONTE DATI	Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)
SCALA	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2017 tra il valore di partenza (dato anno 2016) e il 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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitoraggio trimestrale ▪ 31.12.2017
PUNTEGGIO	ASL 4/100
NOTE	I risultati dell'indicatore saranno messi in relazione ai dati del registro SAE (sistema di indicatori per la rilevazione dell'attività dei centri di emodinamica) per una valutazione comprensiva dei dati relativi agli indicatori di attività dei laboratori di emodinamica. Inoltre considerata l'informazione aggiuntiva disponibile sulle SDO 2017, relativa all'indicazione sull'ora di effettuazione dell'intervento e l'ora di ammissione in ospedale, verrà effettuato e presentato il calcolo dell'indicatore con il tempo espresso in ore tra l'ammissione in ospedale e l'effettuazione della procedura. Per il 2017 l'indicatore verrà monitorato, ma non ancora utilizzato per la valutazione dei DG, allo scopo di effettuare una valutazione della qualità della compilazione delle variabili "ora" sulla SDO.
RIFERIMENTI PRINCIPALI	Piano Nazionale Esiti - Treemap

OBIETTIVO RAGGIUNTO: SI (autovalutazione 4/4 punti)**VALORE OSSERVATO : 95%****AZIONI INTRAPRESE**

In fase di verifica preliminare, il valore osservato per l'anno 2017 evidenziava una tempestività di intervento dell'85%, inferiore alla performance abitualmente riscontrata. Gli approfondimenti successivi hanno tuttavia rivelato la presenza di anomalie nell'ordine di codifica delle procedure nei casi di esecuzione di una seconda PTCA di completamento effettuata a distanza dalla prima procedura di emergenza (n. 17 casi). In tali casi, il calcolo dell'indicatore escludeva le PTCA correttamente effettuate entro le 48 ore ma poste tra le procedure secondarie, selezionando invece la data di



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

esecuzione della PTCA di completamento effettuata successivamente ma erroneamente codificata come procedura principale nel flusso SDO.

Per ovviare al problema, sono state effettuate le procedure di rettifica delle SDO errate ed è stato attivato un controllo specifico sulla corretta codifica della SDO.

**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 6.3 Appropriately nell'assistenza al parto dei Punti Nascita

SETTORE REFERENTE	Assistenza Sanitaria e Socio Sanitaria territoriale Assistenza Specialistica e Ospedaliera
DESCRIZIONE	<p>Alla luce della Delibera del 2008 in merito al Percorso nascita che ha preceduto l'Accordo Stato Regioni del 2010 (DGR 34-8769 del 12.05.2008 e s.m.i), dell'avvio e del consolidamento del flusso CEDAP e del DWH regionale relativo al Percorso Nascita, il presente obiettivo intende valorizzare l'attenzione che il Servizio Sanitario Regionale ha sempre più rivolto a tale ambito attraverso il progressivo allineamento e integrazione dei diversi flussi informativi (CEDAP e SDO) che consentono di monitorare la tipologia e la qualità dell'assistenza erogata in tale percorso assistenziale supportando altresì gli audit organizzativi interni ai Punti nascita.</p> <p>Pertanto, alla luce delle evidenze scientifiche in materia, degli standard qualitativi consolidati a livello internazionale e nazionale (WHO, Piano Nazionale Esiti) e della qualità dei flussi informativi disponibili in Regione Piemonte, si ritiene idoneo assegnare l'obiettivo "proporzione di parti con taglio cesareo primario" per ciascuna Azienda andando ad esplicitare degli indicatori di accesso allo stesso che pongano in evidenza la qualità dell'assistenza e il monitoraggio dei flussi informativi relativamente all'evento parto.</p> <p>L'obiettivo è misurato in una prospettiva di produzione, ovvero per ciascun Punto Nascita, sia per le ASL che per le AO/AOU.</p>
INDICATORE	$\frac{\text{N° parti con cesareo primario}}{\text{N° parti con nessun pregresso cesareo}} \times 100$
VALORE DELL'OBIETTIVO	Tasso aggiustato $\leq 20\%$
FONTE DATI	CEDAP- SDO
SCALA	<p>Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2016 tra valore di partenza (dato anno 2016) e target regionale (valore obiettivo).</p> <p>Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è maggiore 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> <p>Criteri di accesso al punteggio dell'obiettivo per Azienda.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Almeno 99% di coerenza tra cartella SDO e scheda CEDAP con DRG di parto da 370 a 375 (SI/NO). Qualora tale criterio non fosse soddisfatto non sarà attribuito il punteggio dell'obiettivo. 2. classe 2 di Robson $\leq 45\%$ per ciascun punto nascita aziendale. Qualora tale criterio non fosse soddisfatto a livello aziendale, il punteggio ottenuto dall'obiettivo sarà decurtato del 50% fatta salva la possibilità per l'Azienda di presentare una reportistica clinica dei dati che motivi la casistica presente nella classe. <p>Per le Aziende con più di un Punto Nascita (PN), ai fini della definizione del punteggio aziendale, la somma del punteggio conseguito da ciascun PN sarà diviso per il numero dei Punti nascita aziendali.</p>
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> • Incontri di monitoraggio obiettivi • 31.12.2017
PUNTEGGIO	<p>ASL 4/100 AO; AOU 5/100</p> <p>Dall'obiettivo è esclusa l'AOU S. Luigi di Orbassano in quanto non presenta Punti Nascita.</p>
NOTE	Con riferimento alla valutazione del secondo criterio di accesso al punteggio, la Regione potrà avvalersi in sede di istruttoria del supporto scientifico del Comitato Regionale Percorso Nascita.
RIFERIMENTI PRINCIPALI	<p>Piano Nazionale Esiti – Treemap</p> <p>Gli standard per la valutazione dei Punti Nascita (Manuale). Agenas. 2012</p> <p>Who Statement on Caesarean Section Rates. Human Reproduction Programme (http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/en)</p> <p>http://epoc.cochrane.org/</p> <p>Mulaku N M. Do non-clinical interventions reduce unnecessary caesarean sections rates? A SUPPORT Summary of a</p>

**OBIETTIVO RAGGIUNTO:** SI, assunta la coerenza fra SDO e CEDAP (autovalutazione 4/4 punti)**VALORE OSSERVATO**

- Rispettato il prerequisito formale della coerenza;
- Rispettato il prerequisito relativo alla classe 2 di Robson (33,9% presso il punto nascita di Vercelli; 38,5% presso il punto nascita di Borgosesia);
- Il numero dei parti effettuati presso i punti nascita dell'ASL VC è stato 885 (punto nascita di Vercelli: 546; punto nascita di Borgosesia: 339);
- La proporzione di parti con taglio cesareo primario a livello aziendale è stata pari al 18%, valore migliorato rispetto al precedente anno 2016 (19%) in particolare per il miglioramento presso il punto nascita di Borgosesia (19% vs 22%), nonché di Vercelli (17% vs 18%).

AZIONI INTRAPRESE

Mantenimento ed implementazione delle azioni intraprese nel corso dell'anno 2016 (osservanza della procedura per il corretto utilizzo della sala operatoria per emergenza ostetrica "Taglio cesareo emergente ed emergenze ostetriche presso la sala operatoria ubicata presso la Struttura di Ostetricia di Borgosesia"; formazione permanente dell'equipe, medici e ostetriche, finalizzata al supporto alle donne richiedenti il taglio cesareo).

OBIETTIVO 6.4 Screening oncologici

SETTORI REFERENTI	Prevenzione e Veterinaria Assistenza specialistica e ospedaliera
DESCRIZIONE	Il primo indicatore per ciascuno dei tre screening oncologici (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.
VALORE DELL'OBIETTIVO	Cfr. tabella allegata [...omissis..]
FONTE DATI	Banca dati CSI – CRPT Piemonte
SCALA	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2017 tra valore minimo (come indicato in tabella) e il valore obiettivo. Se il valore dell'indicatore è inferiore al valore minimo, l'obiettivo è

**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

	considerato non raggiunto; Se il valore dell'indicatore è compreso tra il valore minimo e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare. Ogni indicatore partecipa per 1/6 del punteggio complessivo.
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontri di monitoraggio obiettivi ▪ 31.12.2017
PUNTEGGIO	ASL; AO; AOU 3/100
NOTE	<p>Gli obiettivi vengono valutati a livello dei SEI PROGRAMMI Prevenzione Secondaria dei Tumori cui partecipano le Aziende. Se l'obiettivo è stato raggiunto, la valorizzazione riguarda tutti i Direttori Generali delle Aziende che fanno parte del programma, incluse le Aziende Ospedaliere: infatti, tutte le Aziende di ciascun programma concorrono al raggiungimento degli obiettivi (l'obiettivo non si applica al solo presidio CTO; l'AO Mauriziano partecipa solo per lo screening del cancro del colon-retto).</p> <p>Gli indicatori descritti sono tra quelli previsti entro il Piano Regionale della Prevenzione.</p>

OBIETTIVO RAGGIUNTO: SI (autovalutazione 3/3 punti)**VALORE OSSERVATO**

I risultati osservati sono riportati nella tabella che segue.

Obiettivo 6.4 - Valori attesi per tipologia di screening e valori osservati consolidati per CPO al 31.12.2017

Tipologia di screening	ASL NO	AOU NO	ASL VCO	ASL VC	ASL BI	Programma 5	Standard PRP	Atteso DGR 101-5530/2017	Minimo DGR 101-5530/2017
SCREENING MAMMOGRAFICO:									
Copertura da inviti: età 50-69 anni – proporzione di inviti + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale	123%	101%	106%	96%	105%	105%	100%	100%	97%
SCREENING MAMMOGRAFICO									
Copertura da esami: Numero donne sottoposte a test di primo livello / popolazione bersaglio 50-69 anni	55%	48%	54%	49%	52%	52%	51%	51%	45.9%
SCREENING CERVICO-VAGINALE:									
Copertura da inviti: Numero donne invitate ad effettuare il test di screening + adesioni spontanee / popolazione	119%		117%	108%	111%	114%	100%	100%	97%
SCREENING CERVICO-VAGINALE:									
Copertura da esami: età 25-64, esecuzione di un numero di esami di screening di primo livello / popolazione bersaglio annuale	64%		54%	44%	48%	54%	47%	47%	42%
SCREENING COLO-RETTALE:									

Pagina 35

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



P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

Tipologia di screening	ASL NO	AOU NO	ASL VCO	ASL VC	ASL BI	Programma 5	Standard PRP	Atteso DGR 101-5530/2017	Minimo DGR 101-5530/2017
Copertura da inviti: Numero persone invitate a sigmoidoscopia + adesioni spontanee / popolazione bersaglio 58 anni	96%	66%	95%	111%	118%	97%	100%	100%	97%
SCREENING COLO-RETTALE:									
Copertura da esami FOBT e sigmoidoscopia: età 58-69 anni, numero persone sottoposte a sigmoidoscopia o FOBT / popolazione bersaglio		50%		43%		47%	40%	40%	36%

AZIONI INTRAPRESE

Nel 2017 gli interventi aziendali sono stati focalizzati principalmente sull'incremento dell'adesione allo screening cervico-vaginale che presentava livelli inferiori agli standar regionali. Fra questi si segnalano:

- il proseguimento dell'attività di sensibilizzazione della popolazione (Open-Day della Prevenzione con sezione dedicata agli screening);
- il contatto telefonico diretto delle utenti in caso di problemi di postalizzazione (mancata consegna dell'invito ai destinatari) per proporre un appuntamento per l'esecuzione dello screening.

I risultati ottenuti al riguardo hanno consentito di raggiungere nel 2017 un'adesione complessiva aziendale del 44% (38,37% nel 2016) e un'adesione a livello di programma pari al 54%.

Relativamente allo screening mammografico, nel 2017 l'ASL VC ha internalizzato il servizio di refertazione radiologica ed ha sviluppato il Progetto Proteus che ha permesso di sperimentare l'esecuzione di accertamenti con immagini tridimensionali alternati alle mammografie tradizionali (bidimensionali).

OBIETTIVO 6.5 Donazioni d'organo

SETTORE REFERENTE	Assistenza Specialistica e Ospedaliera
DESCRIZIONE	<p>Piena attuazione, attraverso il Coordinamento Ospedaliero, dei parametri fissati dal Coordinamento Regionale delle donazioni e dei Prelievi di organi e tessuti finalizzati a incrementare nel 2017 il numero di donatori di organi e cornee rispetto al 2016.</p> <p>In considerazione della tipologia di attività, si prevede per il 2017 il raggiungimento aziendale dei seguenti obiettivi di governo regionale:</p> <p>1. Segnalazioni di soggetti in Morte Encefalica (BDI%)</p> <p>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).</p> <p>a. Almeno il 40 % per gli ospedali con neurochirurgia;</p> <p>b. Tra il 20 e il 40 % per gli ospedali senza neurochirurgia;</p> <p>La valutazione del BDI sarà effettuata sugli ultimi tre anni per le rianimazioni con meno di tre diagnosi di ingresso compatibile all'anno.</p> <p>2. Donatori di Cornee</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

	considerati i decessi ospedalieri del 2016 fra i 5 e i 75 anni compresi considerati il numero di posti letto degli ospedali della Regione nel 2016 a. Per gli ospedali senza neurochirurgia e con meno di 400 posti letto: un numero di donatori pari al 10% dei decessi ospedalieri del 2016 fra i 5 e i 75 anni compresi b. Per gli ospedali con neurochirurgia e per gli ospedali senza neurochirurgia ma con più di 400 posti letto: un numero di donatori pari al 12% dei decessi ospedalieri del 2016 fra i 5 e i 75 anni compresi
INDICATORE	1. n° morti encefaliche segnalate nei reparti di rianimazione/n° decessi di soggetti ricoverati nei reparti di rianimazione con una patologia compatibile con l'evoluzione verso la morte encefalica 2. n° donatori di cornea nel 2017/ totale decessi ospedalieri del 2016 fra i 5 e i 75 anni compresi
VALORE DELL'OBIETTIVO SCALA	Cfr. Tabelle seguenti [...ommissis...]
	1. Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto: a. Per gli ospedali con neurochirurgia: SI/NO b. Per gli ospedali senza neurochirurgia: per un valore inferiore al 20% l'obiettivo è considerato non raggiunto; per un valore compreso fra 20% e 40% l'obiettivo è considerato raggiunto applicando una funzione lineare; un valore superiore al 40% evidenzia una performance oltre quanto richiesto e quindi l'obiettivo è considerato raggiunto. 2. SI/NO Ogni azione pesa, rispetto al punteggio dell'obiettivo, rispettivamente il: 1. 65%. 2. 35%
FORTE DATI	report CRT annuale
TRACKING	Incontri di monitoraggio obiettivi
PUNTEGGIO	ASL; AO; AOU 5/100
NOTE	Ai fini della valutazione per le ASR con più Coordinamenti delle donazioni, il punteggio totale assegnato all'obiettivo viene equamente diviso per il numero dei Coordinamenti delle donazioni dell'ASR.

RISULTATO RAGGIUNTO: SI (autovalutazione 5/5 punti)**VALORE OSSERVATO**

- **Morti encefaliche:** nel 2017 il BDI è risultato pari al 50% (atteso 20-40%), a fronte di un 29% rilevato nel 2016;
- **Prelievi di cornea:** nel 2017 sono stati effettuati n. 18 prelievi di cornee (n. 12 nel presidio di Vercelli e n. 6 nel presidio di Borgosesia) a fronte di un atteso di n. 15 donatori. Nel 2016 erano stati effettuati n. 13 donatori.

AZIONI INTRAPRESE

- Corso di formazione aziendale per gli operatori dei reparti dei due presidi "La donazione di cornee ed altri tessuti" (9 edizioni nel 2017 e in programma altre 11 edizioni per l'anno 2018).
- Procurement attivo di cerebrolesi senza chance terapeutica;
- Corsi di formazione a Torino per gli operatori del Blocco Operatorio e della Rianimazione organizzati dal CRP.

**OBIETTIVO 6.6 Umanizzazione nelle strutture di ricovero delle Aziende Sanitarie Regionali**

SETTORE REFERENTE	Direzione Sanità
DESCRIZIONE	<p>Il nuovo Patto per la salute 2014-2016 (Intesa rep. n. 82/CSR del 10 luglio 2014), all'articolo 4, recante "Umanizzazione delle cure", prevede che le Regioni, nel rispetto della centralità della persona nella sua interezza fisica, psicologica e sociale, si impegnano ad attuare interventi di umanizzazione in ambito sanitario che coinvolgano gli aspetti strutturali, organizzativi e relazionali dell'assistenza. Nell'atto si conviene, tra l'altro, la predisposizione di un programma annuale di umanizzazione che comprenda la definizione di almeno un'attività progettuale in tema di formazione del personale ed un'altra in tema di cambiamento organizzativo.</p> <p>Il Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2015, approvato con DCR n. 167-14087 del 3 aprile 2012, ha previsto l'adozione di strumenti finalizzati allo sviluppo del processo di empowerment attraverso il rafforzamento delle sue tre componenti fondamentali: il "controllo" riferito alla capacità di influenzare le decisioni che riguardano la propria esistenza; la "consapevolezza critica" consistente nella comprensione del funzionamento delle strutture di potere e dei processi decisionali, di come i fattori in gioco vengono influenzati e le risorse mobilitate; la "partecipazione" attinente all'operare insieme agli altri per ottenere risultati desiderati e condivisi.</p> <p>In coerenza con la normativa vigente e con gli atti sopracitati, nonché in continuità con le iniziative in tema di umanizzazione avviate a livello regionale nel corso degli ultimi anni, si ritiene di prevedere nell'ambito degli obiettivi da assegnare per l'annualità 2017 ai Direttori generali delle ASR una serie sub-obiettivi specifici – di seguito indicati – finalizzati alla verifica della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie con riferimento all'umanizzazione dell'assistenza:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Programma nazionale valutazione partecipata della qualità delle Strutture di ricovero secondo i principi dell'empowerment 2. Comunicazione fra medici curanti e familiari dei pazienti 3. Commissioni miste conciliative 4. Progetti sostegno pazienti/famiglie
6.6.1. Programma nazionale valutazione partecipata della qualità delle Strutture di ricovero secondo i principi dell'empowerment	
DESCRIZIONE	<p>La Regione Piemonte, nell'ambito delle iniziative legate al processo di empowerment ed in coerenza con il PSSR 2012-2015 – si è fatto promotore con le ASR del programma nazionale di valutazione partecipata della qualità delle strutture di ricovero - promosso e coordinato da Agenas e dall'Agenzia di Valutazione Civica di CittadinanzAttiva. Il programma, cui hanno partecipato tutte le ASR, ha consentito la realizzazione della valutazione partecipata (secondo lo strumento predisposto da AGENAS e CittadinanzAttiva e secondo i principi dell'empowerment – ovvero attraverso equipe territoriali miste cittadini-operatori sanitari) su tutti i presidi sanitari pubblici regionali con oltre 120 p.l.</p> <p>Alla valutazione è seguita la fase della predisposizione del "Piano di miglioramento" da parte di ciascuna ASR con predisposizione di azioni correttive in relazione alle criticità rilevate in sede di monitoraggio.</p> <p>Per l'annualità 2017 la Regione, unitamente alle ASR, partecipa alla 3° fase del progetto nazionale che prevede, a livello aziendale, un'ulteriore fase di valutazione con riguardo a nuovi item definiti da AGENAS, un generale aggiornamento dei dati della checklist nazionale sulla base delle risultanze aziendali nonché l'attuazione delle azioni di miglioramento definite nei Piani aziendali.</p>
INDICATORE	Implementazione/completamento azioni correttive a "breve" e "medio" termine individuate nei Piani di miglioramento aziendali.
FONTE DATI	Produzione documentazione attestante l'implementazione della totalità delle azioni correttive a breve e medio termine individuate dal Piano di miglioramento di rilevanza aziendale. Verballi verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale.
6.6.2 Comunicazione fra medici curanti e familiari dei pazienti	
DESCRIZIONE	Istituzione in ogni Unità operativa della struttura ospedaliera di un luogo/orario predefiniti per il colloquio clinico fra medici curanti e parenti dei ricoverati.
INDICATORE	Per ogni unità operativa ospedaliera dell'Azienda.

**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

	N° giornate in cui viene garantito colloquio/250 (gg lavorativi annuali)
VALORE OBIETTIVO	almeno 1 ora per ogni giorno feriale
FONTE DATI	Evidenza documentale dei tempi/luoghi dei colloqui fra medici curanti/pazienti (documentazione informativa sulle procedure, cartelli con indicazioni luoghi orari predefiniti per i colloqui, verbali verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale)
6.6.3. Commissioni miste conciliative	
DESCRIZIONE	Istituzione di Commissioni miste conciliative, come da DPCM 19.5.95, con rappresentanti delle Aziende Sanitarie regionali e delle Associazioni di volontariato e/o di tutela, da convocare per far fronte alle segnalazioni pervenute e fornire le adeguate informazioni favorendo la conciliazione dei conflitti.
INDICATORE	n. riunioni svolte nell'anno.
VALORE OBIETTIVO	almeno 3 anno
FONTE DATI	Produzione entro il 31.1.2018 della documentazione attestante l'attività delle Commissioni conciliative (verbali riunioni attestanti l'avvenuta conciliazione)
6.6.4. Progetti sostegno pazienti/famiglie	
DESCRIZIONE	Attivazione progetti che assicurano in un momento successivo alla dimissione del paziente un sostegno al paziente/famigliari utili al recupero delle capacità funzionali ed al miglioramento della qualità della vita, con particolare attenzione a pazienti fragili e/o affetti da patologie croniche (paziente post ictus, con malattie cardiovascolari, Parkinson, psichiatriche, ecc...)
INDICATORE	Progetti attivati che prevedano specifici indicatori di valutazione
VALORE OBIETTIVO	n. progetti attivati => 3
FONTE DATI	Produzione entro il 31.1.2018 della documentazione attestante i progetti attivati dall'Azienda
SCALA	SI/NO per tutti i sub-obiettivi
PUNTEGGIO	5/100 sub-obiettivo 6.6.1: 2 punti sub-obiettivo 6.6.2;6.6.3;6.6.4: 1 punto ciascuno
NOTE	Ai fini della valutazione dei sub-obiettivi individuati la Direzione Sanità si avvarrà della collaborazione della cabina di regia regionale e dei settori competenti.

RISULTATO RAGGIUNTO: parzialmente raggiunto (autovalutazione 4/5 punti)**Punto 6.6.1. Programma nazionale valutazione partecipata della qualità delle Strutture di ricovero secondo i principi dell'empowerment.****VALORE OSSERVATO**

Sono state prodotte tutte le evidenze documentali attestanti l'implementazione della totalità delle azioni correttive a breve e medio termine individuate dal Piano di miglioramento di rilevanza aziendale. Verbali verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale.

**AZIONI INTRAPRESE**

Il Piano di miglioramento lo scorso anno è stato redatto per tutti gli item critici e a tutte le strutture aziendali sono stati dati obiettivi in funzione del piano di miglioramento.

Pertanto, nonostante non sia stata implementata la totalità delle azioni, su 73 azioni correttive inserite nel piano di miglioramento a gennaio 2017, ne sono state realizzate 54 e 5 sono in via di conclusione. Di quelle mancanti solo 6 di alta rilevanza aziendale e che si prevedeva di effettuare a breve termine, non sono state implementate per mancanza di risorse (vd. allegato OB. 6.6).

Punto 6.6.2 Comunicazione fra medici curanti e familiari dei pazienti**VALORE OSSERVATO**

In ogni Unità operativa della struttura ospedaliera è stato individuato un luogo/orario predefiniti per il colloquio clinico fra medici curanti e parenti dei ricoverati.

AZIONI INTRAPRESE

Tutte le strutture ospedaliere hanno comunicato alla Direzione Medica per iscritto gli orari di ricevimento parenti.

Tali orari sono stati affissi sulla porta del locale individuato per l'effettuazione dei colloqui.

Si è proceduto ad una verifica in loco da cui è risultato che tutte le strutture ospedaliere, come da indicazione della Direzione, avevano individuato il locale, lo avevano reso visibile all'utenza con apposita cartellonistica e vi avevano affissi gli orari.

Punto 6.6.3. Commissioni miste conciliative**VALORE OSSERVATO**

Sono state istituite Commissioni miste conciliative, come da DPCM 19.5.95, con rappresentanti delle Aziende Sanitarie regionali e delle Associazioni di volontariato e/o di tutela, da convocare per far fronte alle segnalazioni pervenute e fornire le adeguate informazioni favorendo la conciliazione dei conflitti.

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 28 settembre 2017, si è incontrata in plenaria quattro volte tra giugno e ottobre. 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.

Durante i primi due incontri si è proceduto con la lettura e discussione della nuova checklist sulla sicurezza, che non ha presentato alcun item critico. Nella successiva si sono evidenziati i nuovi item introdotti nella check list dell'anno precedente e nell'ultimo incontro si sono ridiscusse le azioni di miglioramento ancora non completate.

Ad ogni riunione si è proceduto alla discussione fino ad un'unanime condivisione.



6.6.4. Progetti sostegno pazienti/famiglie

VALORE OSSERVATO

Sono stati realizzati i seguenti progetti:

- Ospedale aperto dal dicembre 2015
- Rianimazione aperta dicembre 2015

Sono stati redatti e saranno effettuati entro fine anno i seguenti progetti:

- Percorso disabili con parcheggio interno dedicato
- Area verde attrezzata
- Sala lettura/biblioteca
- Percorso paziente fragile
- Nuovo centro della memoria

AZIONI INTRAPRESE

Sotto il coordinamento di un unico coordinatore aziendale sono stati attivati i progetti sopra elencati che assicurano in un momento successivo alla dimissione del paziente un sostegno al paziente/famigliari utili al recupero delle capacità funzionali ed al miglioramento della qualità della vita, con particolare attenzione a pazienti fragili e/o affetti da patologie croniche (paziente post ictus, con malattie cardiovascolari, Parkinson, psichiatriche, ecc.).

Vercelli, 16 febbraio 2018

IL DIRETTORE GENERALE
(dott.ssa Chiara SERPIERI)
firmata in originale