



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

ALLEGATO 1

alla RELAZIONE AZIENDALE SOCIOSANITARIA

EX ART. 17 L.R. N. 18 DEL 6 AGOSTO 2007

Anno 2016

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SUL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI ASSEGNATI NELL'ANNO 2015 (D.G.R. N. 12-2021 DELL'8 AGOSTO 2015)

trasmessa con nota prot. n. 15327 del 30.03.2016
alla Direzione Sanità - Regione Piemonte e al Presidente della Conferenza dei Sindaci dell'ASL VC

Premessa.....	2
OBIETTIVO n. 1.1: Redazione Atto Aziendale	2
OBIETTIVO n. 1.2: Riduzione delle SC come previsto dalle DD.GG.RR. 1-600/2014 e 1-924/2015	3
OBIETTIVO n. 1.3: Potenziamento dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura	4
SUB-OBIETTIVO n.1.4: Centralizzazione chiamate di C.A.....	5
OBIETTIVO n.2.1: Miglioramento dei tempi d'attesa.....	7
SUB-OBIETTIVO n.3.1: Ricognizione del contenzioso per la gestione del fondo rischi e oneri	9
SUB-OBIETTIVO n.3.2: Rientro fondo di riequilibrio	10
OBIETTIVO n.4: Valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle strutture di ricovero delle Aziende Sanitarie Regionali	11
OBIETTIVO n.5: Incremento donazioni d'organo	13
OBIETTIVO n.6 - solo ASL: Programma attività territoriali.....	15
OBIETTIVO n. 7: Prevenzione.....	15

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

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

PREMESSA

Con D.G.R. n. 12-2021 del 5 agosto 2015 la Giunta Regionale ha provveduto all'assegnazione degli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali delle aziende sanitarie regionali finalizzati al riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2015.

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

OBIETTIVO n. 1.1: Redazione Atto Aziendale**Referente obiettivo: RESP. SETTORE SISTEMI ORGANIZZATIVI E RISORSE UMANE DEL SSR**

Per dare piena attuazione a quanto previsto dagli atti di programmazione regionale (DD.GG.RR. 1-600/2014 e 1-924/2015; 26-1353/2015) è necessario che le aziende procedano nel 2015 alla definizione del proprio assetto organizzativo attraverso l'adozione del nuovo Atto Aziendale.

In particolare la DGR. 1-924/2015 esplicita, al punto 2 del cronoprogramma, che la Regione entro il 31.10.2015 dovrà procedere alla completa determinazione di Unità operative, Complesse, Semplici e Semplici Dipartimentali per ciascuna area omogenea, stabilimento e specialità.

Pertanto l'obiettivo prevede l'inoltro alla Regione, nel rispetto della DGR 42-1921/2015 relativa alle Linee Guida per gli Atti Aziendali, di un'adeguata proposta di Atto Aziendale in linea con le indicazioni programmatiche delle succitate DD.GG.RR. 1-600/2014; 1-924/2015; 26-1353/2015.

INDICATORE	1. Consegna della proposta di Atto Aziendale in linea con le previsioni di programmazione (DD.GG.RR. 1-600/2014; 1-924/2015; 26-1353/2015) entro il 21/09/2015
VALORE DELL'OBIETTIVO	1. Atto Aziendale consegnato e valutato coerente con la programmazione entro le tempistiche previste.
SCALA	1. SI/NO (0-1)
TRACKING	1. 21/09/2015 consegna proposta Atto Aziendale 2. 16/10/2015 recepimento delle osservazioni poste dal procedimento istruttorio e invio definitivo in Assessorato. 3. 26/10/2015 Approvazione in Giunta dell'Atto Aziendale
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE	5/100

AZIONI INTRAPRESE

La proposta di Atto Aziendale è stata deliberata in data 21.09 2015 (DDG n. 728 del 21.09.2015) e consegnata in Regione il 21.09.2015. Le prescrizioni regionali sono state successivamente formalizzate con DGR 43-2297 del 19.10.2015. L'Atto Aziendale è stato adottato, a seguito del recepimento dei suddetti rilievi regionali, con deliberazione n. 817 del 30.10.2015 e trasmesso in Regione con nota prot. 48581 del 29.10.2015.

VALORE OSSERVATO

L'obiettivo si ritiene raggiunto. La Regione ha recepito in via definitiva l'Atto Aziendale con DGR n. 53-2487 del 23.11.2015



OBIETTIVO n. 1.2: Riduzione delle SC come previsto dalle DD.GG.RR. 1-600/2014 e 1-924/2015

Referente obiettivo: RESP. SETTORE ASSISTENZA SPECIALISTICA E OSPEDALIERA/RESP. SETTORE ASSISTENZA SANITARIA E SOCIO-SANITARIA TERRITORIALE

Per dare piena attuazione a quanto previsto dagli atti di programmazione regionale (DD.GG.RR. 1-600/2014 e 1-924/2015; 26-1353/2015) è necessario che le aziende procedano nel 2015 alla definizione del proprio assetto organizzativo attraverso il progressivo avvicinamento agli obiettivi di riduzione delle Strutture operative complesse (di seguito SOC) per almeno un terzo di quanto previsto dalle succitate DD.GG.RR.

L'obiettivo in oggetto si configura dunque in due sub-obiettivi:

- 1. Consegna del piano di riduzione delle SOC** (ospedaliere e non ospedaliere – amministrative e territoriali-) e dei relativi posti letto (Dgr. 1-600/2014 e s.m.i) in linea con l'Atto Aziendale. Il Piano, contenente la mappatura dell'esistente; le azioni; gli indicatori di monitoraggio; obiettivi target e cronoprogramma, deve prevedere la chiusura di almeno 50% delle SOC previste (ospedaliere e non ospedaliere – amministrative e territoriali-) entro il 1° maggio 2016 (per le ospedaliere occorre dare la precedenza a quelle di area chirurgica). L'adeguamento complessivo dell'ASR all'Atto Aziendale deve essere conseguito entro il 31 dicembre 2016.
- 2. Piena disattivazione di almeno 1/3 delle SOC ospedaliere previste, attive al 31.12.2014** (come da dati caricati dalle Aziende nell'anagrafe strutture regionale ARPE, vedi tabella pagina seguente) dando precedenza a quelle di area chirurgica, con la relativa assegnazione/riassegnazione degli spazi, del relativo personale e indicazione del responsabile.

INDICATORE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Piano di riduzione consegnato e approvato dalla Direzione Sanità 2. Piena disattivazione di almeno 1/3 delle SOC ospedaliere rilevabile attraverso: (allegare tabella valore per Azienda) <ol style="list-style-type: none"> Atti deliberativi aziendali – riassegnazione del personale; riorganizzazione degli spazi; indicazione della nuova destinazione del responsabile SC disattivata autocertificazione del Direttore Generale, redatta ai sensi di legge, e trasmessa per le opportune verifiche al il Collegio Sindacale. <p>Tali dichiarazioni saranno verificate nei mesi di gennaio e febbraio 2016 attraverso un piano di <i>on site visit</i> predisposto dall'Assessorato alla Sanità.</p>
VALORE DELL'OBIETTIVO	<ol style="list-style-type: none"> 100% 100%
SCALA	<ol style="list-style-type: none"> SI/NO (0-1) SI/NO (0-1) <p>Il punteggio complessivo dell'obiettivo (15 punti) si compone di 5 punti per il primo indicatore e 10 per il secondo.</p>
TRACKING	<ol style="list-style-type: none"> 31/12/2015 31/12/2015
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE	15/100

AZIONI INTRAPRESE

Con DDG n. 1000 del 30.12.2015 è stato predisposto il Piano di riduzione e si è proceduto con la disattivazione di 1/3 delle 10 strutture complesse dell'ASL VC per cui la tabella regionale prevede la disattivazione. Le SC disattivate sono quattro: SC Urologia (DDG n. 1001 del 30.12.2015); SC Cardiologia (DDG n. 1002 del 30.12.2015); SC Radiodiagnostica (DDG n. 1003 del 30.12.2015); SC SET e SC Tecnologie sanitarie (DDG n. 1004 del 30.12.2015). In data 30.12.2015 è stata inoltre inviata al Collegio Sindacale dell'ASL VC l'autocertificazione richiesta (nota prot. 59189 del 30.12.2015).

VALORE OSSERVATO

L'obiettivo si ritiene raggiunto.



OBIETTIVO n. 1.3: Potenziamento dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura

Referente obiettivo: RESP. SETTORE ASSISTENZA SANITARIA E SOCIO-SANITARIA TERRITORIALE

A fronte della riorganizzazione in atto nell'area psichiatrica l'obiettivo prevede il potenziamento dell'offerta assistenziale per trattamenti psichiatrici volontari e obbligatori in condizioni di ricovero attraverso il raggiungimento dello standard di posti letto come previsto dal Progetto Obiettivo "Tutela salute mentale 1998-2000" pari a 16 posti letto per le SPDC ospedaliere e territoriali presenti nei presidi ospedalieri sede di DEA.

Tale adeguamento deve essere effettuato entro il 31.12.2016.

A tal fine l'obiettivo in oggetto è articolato in due sub-obiettivi:

1. Per ciascuna Azienda (per Presidio) sede di DEA (cfr. tabella seguente come da dgr 1-600/ e s.m.i.), invio del Piano di Adeguamento presso l'Area referente dell'Assessorato alla Salute. Il Piano in oggetto deve prevedere al massimo 5 pagine contenenti: situazione di partenza; azioni; cronoprogramma di realizzazione, indicatori di monitoraggio e target di raggiungimento.
2. Realizzazione delle prime azioni, come da cronoprogramma, entro il 31.12.2015

INDICATORE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Redazione piano di adeguamento pl entro lo standard inviato in Assessorato entro il 30 settembre 2015 2. Azioni implementate al 31/12/2015 come da crono-programma/azioni da implementare al 31/12/2015 come da crono-programma
VALORE DELL'OBIETTIVO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Piano di adeguamento inviato e valutato positivamente dalla Regione 2. 100% delle azioni (previste entro il 31/12/2015) implementate.
SCALA	<ol style="list-style-type: none"> 1. SI/NO (0-1) 2. SI/NO (0-1) <p>Il punteggio complessivo dell'obiettivo (15 punti) si compone di 5 punti per il primo indicatore e 10 per il secondo.</p>
TRACKING	<ol style="list-style-type: none"> 1. 30/09/2015 - Consegna piano 2. 31/12/2015 – Completamento azioni 2015
FONTI DATI	Documentazione prodotta dalle Aziende e HSP12
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE	10/100

AZIONI INTRAPRESE

- A. Analisi della situazione attuale che ha evidenziato che i locali attualmente utilizzati per il SPDC non risultano sufficientemente capienti ad accogliere 16 posti letto, pur risultando comunque bisognosi di interventi per l'adeguamento alla DCR 616 – 3149 del 2000. I lavori di adeguamento (completa messa a norma dell'attuale reparto portando i posti letto da 11 a 12 e rifacendo gli impianti elettrici, termoidraulici, di condizionamento e inserendo nelle camere l'impianto gas medicali oggi assente) erano già stati oggetto di richiesta di finanziamento nella programmazione aziendale dei lavori pubblici (piano triennale) fin dall'anno 2011;
- B. Individuazione di locali idonei per la collocazione del nuovo SPDC negli spazi attualmente utilizzati, in Ospedale, dal CSM (piano terra Ospedale S. Andrea) e contestuale individuazione di una nuova collocazione per il CSM presso edificio esterno all'Ospedale che però necessita di lavori di adeguamento della rete telefonica ed informatica, oltre che di tinteggiatura;
- C. Stesura di un piano di adeguamento dei p.l. con cronoprogramma e indicatori di monitoraggio (inviato in Assessorato con nota prot. 43440 del 30 settembre 2015).

Nel Piano di adeguamento l'ASL VC segnalava che, per la complessità dei lavori richiesti per la predisposizione dei nuovi spazi, l'obiettivo non sarebbe stato raggiungibile entro il 31/12/2016, per

**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

quanto potesse essere rispettata la tappa intermedia del 31/12/2015 (spostamento CSM nuova sede, indicazione bando di gara per i lavori edili).

I nuovi locali individuati per contenere 16 posti letto, infatti, necessitano di importanti lavori di adeguamento ai sensi della DCR 616 – 3149 del 2000 e per la messa in sicurezza dei pazienti psichiatrici ricoverati. A questo scopo risulta necessario indire un bando di gara per l'affidamento della progettazione ed esecuzione lavori e ciò richiede tempi tecnici incompatibili con la scadenza fissata al 31/12/2016.

Veniva inoltre fatto presente che i locali in uso, pur non risultando sufficienti ad accogliere 16 posti letto, avrebbero potuto essere ristrutturati in tempi compatibili con le scadenze fissate portando la dotazione dagli attuali 11 a 12 posti letto. Tale dotazione, in considerazione dei dati di attività che vedono una occupazione media dei letti di SPDC pari all'88% nell'anno 2014 e del 93% nei primi 8 mesi dell'anno 2015, pare sufficiente a soddisfare il fabbisogno espresso dal territorio (tasso di occupazione previsto, stimato dai dati di attività 2015, pari all'85% contro un 64% nell'ipotesi di 16 posti letto).

Successivamente all'invio del Piano di adeguamento (30 settembre 2015), a dicembre 2015 l'ASL VC veniva informata che sarebbe stata successivamente comunicata la validazione delle azioni per l'anno 2015, demandando a successivi approfondimenti la valutazione in merito alla fattibilità/sostenibilità degli interventi previsti per l'anno 2016 (rif. nota regionale prot. 22892/A14000 registrata al prot. aziendale n. 55289 del 7/12/2015).

VALORE OSSERVATO

È stato redatto ed inviato in Assessorato il piano di adeguamento posti letto entro lo standard (nota prot. 43440 del 30 settembre 2015). Allo stato attuale si è in attesa di riscontro regionale rispetto alla possibilità di procedere secondo l'alternativa proposta (adeguamento di 12 p.l. anziché 16 p.l.).

SUB-OBIETTIVO n.1.4: Centralizzazione chiamate di C.A.**Referente obiettivo: RESP. SETTORE ASSISTENZA SANITARIA E SOCIO-SANITARIA TERRITORIALE**

Realizzazione delle attività propedeutiche all'attivazione del Numero Unico 116117 legato non soltanto alla sostituzione dei numeri di Continuità Assistenziale, ma anche all'implementazione dei servizi h 24 secondo i contenuti dell'Accordo Stato Regioni del 7 febbraio 2013 e del Patto per la salute 2014-2016, DGR 1-600 del 19.11.2014 e DGR 26-1653 del 29.6.2015 con particolare riferimento alle funzioni in grado di assicurare la continuità delle cure e di intercettare prioritariamente la domanda a bassa intensità.

Nello specifico il sub-obiettivo si articola nelle seguenti azioni:

- censimento delle risorse dedicate alla guardia medica (postazioni, punti di risposta con relativi numeri telefonici e dotazioni tecnologiche, numeri di medici dipendenti e convenzionati e personale infermieristico, tecnico e amministrativo dedicato) entro il 15.09.2015;
- completamento dell'iter amministrativo tecnologico ed organizzativo per la centralizzazione delle chiamate di Guardia Medica entro il 31.12.2015 e individuazione dei servizi disponibili H24 suscettibili di coordinamento telefonico-informatico da parte delle centrali di continuità assistenziale 116117 (obiettivo fortemente correlato alla attivazione della riorganizzazione distrettuale in AFT e UCCP)

INDICATORE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consegna entro il 21/09/2015 del censimento e valutazione positiva da parte della Regione del documento; 2. Accordo formale tra ASL/AO, sottoscritto da tutti i Direttori Generali del bacino, e validazione da parte della Regione entro il 31/12/2015.
VALORE DELL'OBIETTIVO	<ol style="list-style-type: none"> 1. documento valutato positivamente dalla Regione 2. accordo stipulato e validato dalla Regione

Pagina 5

STRUTTURA: DIREZIONE GENERALE

DIRETTORE: dott.sa Chiara SERPIERI

Indirizzo: C.so Mario Abbiate n. 21 – 13100 VERCELLI

Tel. 0161/593775 – 0161/593595 Fax: 0161/593768

e-mail: direzione.generale@aslvc.piemonte.it

**A.S.L. VC**Azienda Sanitaria Locale
di 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	3. SI/NO (0-1) 4. SI/NO (0-1) Il livello di raggiungimento dell'obiettivo (5 punti) è riconosciuto solo se tutte le due azioni sono state valutate positivamente.
TRACKING	<ul style="list-style-type: none">• Incontro di monitoraggio obiettivi nel mese di settembre• Incontro di monitoraggio obiettivi nel mese di dicembre
FONTE DATI	Documentazione prodotta alle Aziende
PUNTEGGIO DELL'OBIETTIVO	5/100
NOTE	tutte le iniziative intraprese per la realizzazione di tali obiettivi devono rispondere a criteri di omogeneità e coerenza con il coordinamento dell'Assessorato alla Sanità.

AZIONI INTRAPRESE

È stato effettuato e trasmesso il censimento delle risorse dedicate alla guardia medica (postazioni, punti di risposta con relativi numeri telefonici, numeri di medici dipendenti e convenzionati e personale infermieristico, ecc.) (nota prot. 41082 del 16.09.2015).

In ottemperanza alle disposizioni regionali pervenute con nota prot. 15960/A1402A del 19.8.15 (prot. int. n. 38093 del 26.08.15) non sono state intraprese attività di sviluppo dell'infrastruttura tecnologica dedicata al Servizio di Continuità Assistenziale.

In data 17.12.2015 è stato stipulato l'accordo formale con l'ASL NO (DDG n. 998 del 30.12.2015).

VALORE OSSERVATO

L'obiettivo si ritiene raggiunto.



OBIETTIVO n.2.1: Miglioramento dei tempi d'attesa

Referente obiettivo: RESP. SETTORE ASSISTENZA SPECIALISTICA E OSPEDALIERA

Miglioramento della capacità dell'organizzazione di rispondere alla richiesta di prestazioni sanitarie ambulatoriali di diagnostica strumentale, garantendo i tempi massimi d'attesa secondo i codici di priorità indicati sulla prescrizione medica. Come richiamato nei programmi Operativi di cui alla D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013 (Azione 14.3.5) l'Atto di Intesa Stato-Regioni sul Piano Nazionale di governo delle liste d'attesa per i triennio 2010-2012 stabilisce che per tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio, il tempo massimo di attesa individuato (D.G.R. n. 2-2481 del 29 luglio 2011) dovrà essere garantito presso le strutture erogatrici al 90 % degli utenti per i quali i medici prescrittori hanno redatto specifica prescrizione ed indicato la relativa classe di priorità. L'analisi della tempistica (biennio 2013-2014) con la quale le Aziende hanno garantito l'erogazione delle suddette prestazioni in rapporto alle singole classi di priorità ha evidenziato uno scostamento significativo in negativo rispetto all'obiettivo del 90 %. Peraltro anche il monitoraggio regionale sull'attuazione della D.G.R. n. 15-7486 del 23/04/2014 relativa all'assistenza specialistica ambulatoriale, che ha come obiettivo un generale riordino organizzativo-gestionale per una maggiore efficienza nel rispetto della garanzia di LEA appropriati, ha confermato complessivamente le suddette criticità.

Ciò premesso si rende necessario che le ASR intervengano ulteriormente sulla propria organizzazione aziendale al fine di assicurare le prestazioni individuate entro gli standard stabiliti a livello regionale.

A tal fine si ritiene necessario individuare un obiettivo prioritario per le prestazioni che presentano particolari criticità rilevate utilizzando i seguenti criteri:

- tempi di attesa oltre standard regionale,
- prestazioni di largo consumo
- prestazioni per le quali sono stati definiti a livello regionale i criteri di priorità clinica per l'accesso (appropriatezza prescrittiva).

Le prestazioni individuate sono:

- **visite** (cardiologia, gastroenterologia, urologia, oculistica, ortopedia, oncologia)
- **diagnostica strumentale** (ecografia addome (sup., infer., completo), colonscopia, esofagogastroduodenoscopia, Eco TSA, Ecocardiografia, Elettromiografia, RMN, TAC).

Il livello di raggiungimento dell'obiettivo sarà misurato attraverso la metodologia del *mystery client*.

Nei mesi di novembre/dicembre 2015 l'Assessorato procederà a una serie di chiamate a campione ai CUP aziendali per provare a prenotare le prestazioni oggetto di monitoraggio.

Per ogni Azienda saranno effettuati 20 tentativi di prenotazione. Il livello minimo atteso è di almeno 15 prenotazioni con disponibilità entro il tempo massimo di attesa individuato. Al di sotto di tale soglia l'obiettivo sarà considerato non raggiunto.

Indicatore	n° di prenotazioni con disponibilità entro il tempo massimo di attesa individuato/n° totale di tentativi di prenotazione.
VALORE DELL'OBIETTIVO	≥ 90 %
SCALA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sotto il livello minimo atteso (15 prenotazioni con disponibilità entro tempo massimo) non sarà aggiudicato nessun punteggio. ▪ 15/17 prenotazioni con disponibilità entro tempo massimo = 5 punti ▪ ≥ 18 prenotazioni con disponibilità entro tempo massimo = 15 punti
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> • Incontro di monitoraggio obiettivi nel mese di settembre • Incontro di monitoraggio obiettivi nel mese di dicembre
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE	15/100
FONTE	Esito rilevazione 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

AZIONI INTRAPRESE

- simulazioni interne dell'indagine regionale a campione ("mystery client"), in data 8.10.2015 e in data 12.11.2015 (la seconda rilevazione è stata effettuata in coerenza con le istruzioni regionali pervenute con nota regionale prot. n. 20620/A14000 del 2.11.2015 (ns. prot. 49833 del 5.11.2015);
- definizione del fabbisogno di prestazioni ambulatoriali nell'ambito dei contratti con le Strutture Private Accreditate attive sul territorio al fine di ridurre i tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali che presentano le maggiori criticità. Nello specifico, a partire dal 1° novembre 2015, all'erogatore Privato Accreditato S. Rita di Vercelli sono stati richiesti n. 8 accertamenti TC aggiuntivi/settimana a quelli già riservati per l'ASL VC, di cui 4 con mezzo di contrasto e 4 senza (nota ns. prot. 44506 del 7.10.2015);
- proseguimento delle attività di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva previste dal Programma Operativo aziendale 2014-215 "Attività Specialistica Ambulatoriale" (D.D.G. n. 756 del 7.08.2014);
- attivazione di un progetto specifico sul miglioramento dei tempi di attesa nell'ambito dei lavori del Gruppo di Progetto per il Riordino della Rete dei Servizi territoriali, D.D.G. n. 583 del 20.07.2015) con identificazione di un responsabile unico per i tempi di attesa;
- separazione delle agende delle prime visite da quelle dei controlli;
- implementazione del sistema di recall telefonico finalizzato ad acquisire le conferme di prenotazione e le disdette, per aggiornare lo stato di prenotazione delle agende.

Preme evidenziare come i tempi di attuazione degli interventi efficaci e durevoli nel tempo, focalizzati sul miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, hanno ricadute che si manifestano a medio-lungo termine mentre la rilevazione dell'obiettivo è stata effettuata nel breve periodo (23 novembre 2015).

VALORE OSSERVATO

La verifica da parte dei funzionari regionali è stata effettuata in data 23 novembre 2015 secondo le modalità riportate nella nota 2 novembre 2015 (ns. prot. 49833 del 5.11.2015).

Sulla base del verbale rilasciato è stata stimata un'aderenza ai tempi di attesa per le prestazioni oggetto dell'indagine pari al 77,7% (8 non conformità rilevate su un totale di 36 prestazioni verificate - 18 prestazioni x 2 classi di priorità = 36 prestazioni complessivamente).

L'obiettivo si ritiene pertanto raggiunto al 77,7% (atteso >90%).



SUB-OBIETTIVO n.3.1: Ricognizione del contenzioso per la gestione del fondo rischi e oneri

Referente obiettivo: RESP. SETTORE PROGRAMMAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA

La Regione Piemonte ha avviato la procedura amministrativo-contabile relativa all'avvio del processo di "Ricognizione del contenzioso per la gestione dei fondi rischi e oneri" in applicazione anche degli adempimenti previsti dal D.Lgs.118/2011. La procedura ha l'obiettivo di rilevare le informazioni fondamentali per verificare l'adeguatezza del valore del fondo rischi e oneri iscritto nello Stato Patrimoniale rispetto alle passività potenziali derivanti dai contenziosi. Infatti, come per le restanti voci che compongono il fondo rischi e oneri, tale fattispecie è caratterizzata da una componente di aleatorietà che le Aziende Sanitarie devono valutare per la contabilizzazione dei valori in Bilancio. Pertanto, l'obiettivo principale del presente documento è quello di fornire le indicazioni procedurali per pervenire alla rilevazione contabile dell'accantonamento, di competenza annuale, del rischio sui contenziosi e garantire la congruità del fondo rischi rispetto alle passività potenziali alle quali sono esposte le Aziende Sanitarie.

A tal fine si richiede:

- di monitorare la ricognizione come da procedura;
- di sviluppare, sulla base delle rilevanze della ricognizione, un piano di governo del contenzioso finalizzato a gestire proattivamente il contenzioso in essere, nonché promuovere azioni volte a prevenire e rimuovere le cause potenziali di nuovi contenziosi.

INDICATORE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consegna entro il 21/09/2015 della ricognizione e valutazione positiva del documento da parte della Regione; 2. Consegna del piano di miglioramento entro il 01/12/2015 e valutazione positiva del documento da parte della Regione;
VALORE DELL'OBIETTIVO	<ol style="list-style-type: none"> 2. Ricognizione consegnata nei termini e valutata positivamente dalla Regione 3. Piano consegnato nei termini e valutato positivamente dalla Regione
SCALA	<ol style="list-style-type: none"> 1. SI/NO (0-1) 2. SI/NO (0-1) <p>Ogni azione pesa metà del punteggio complessivo dell'obiettivo.</p>
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> • Incontro di monitoraggio obiettivi nel mese di settembre • Incontro di monitoraggio obiettivi nel mese di dicembre
FONTE DATI	Documentazione prodotta alle Aziende
PUNTEGGIO DELL'OBIETTIVO	5/100
NOTE	Tutte le iniziative intraprese per la realizzazione di tali obiettivi devono rispondere a criteri di omogeneità e coerenza con il coordinamento dell'Assessorato alla Sanità.

AZIONI INTRAPRESE

È stata effettuata la ricognizione del contenzioso (nota prot. 41784 del 21.09.2015) e con nota prot. 54273 del 1.12.2015 è stato predisposto il piano di miglioramento richiesto, come da indicazioni regionali pervenute il 22.11.2015 (ns. prot. n. 53212 del 25.11.2015).

VALORE OSSERVATO

L'obiettivo si ritiene raggiunto.

**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

SUB-OBIETTIVO n.3.2: Rientro fondo di riequilibrio**Referente obiettivo: RESP. SETTORE PROGRAMMAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA**

In coerenza con l'obiettivo di mandato 4.b, la riduzione progressiva nel triennio della quota di FSR assegnata a titolo di riequilibrio programmato (inclusivo dalla quota premiale del 2014 e in applicazione dei criteri del riparto 2015), come previsto dalla DGR 38-812/2014 e aggiornato dalla DGR 16-1310/2015 integrato dal risultato economico del esercizio 2014, per l'anno 2015 è stabilita nella misura del 5%. Gli obiettivi di razionalizzazione, nei termini di efficienza, appropriatezza ed equità, dovranno essere preventivamente concordati con la Regione in sede di definizione degli accordi ai sensi del art. 8 quinquies, comma 2, del D.lgs. n.502/1992 e in sede di bilancio preventivo economico da predisporre ai sensi dell'art. 25 D. lgs. 118/2011. Le risorse che verranno liberate saranno finalizzate prevalentemente per investimenti e progetti di rilevanza strategica regionale e/o per area omogenea.

La quota, coerentemente con la programmazione sanitaria regionale, è ripartita per ciascun Azienda del SSR sulla base dell'obiettivo di equilibrio economico-finanziario che si ritiene necessario perseguire entro il 2016: almeno il 20 % della quota di riequilibrio programmata 2014 di cui, come sopra evidenziato, il 5% dovrà essere perseguito entro l'esercizio 2015. Per le Aziende in equilibrio economico finanziario, invece, si prevede di assegnare un contributo per programmi di sviluppo di rilevanza strategica regionale e/o per area omogenea pari alla riduzione di contributo applicata nell'esercizio 2014.

Nello specifico l'obiettivo si compone di:

1. Razionalizzazione della spesa SSR (costi/ricavi) per l'esercizio 2015 pari all'obiettivo di efficientamento come da tabella allegata nel rispetto degli obiettivi di risparmio stabiliti con l'Intesa del 2 luglio 2015 e s.m.i
2. Predisposizione, in linea con la DGR del riparto 2015, di un piano di efficientamento sanitario al fine di definire le azioni necessarie per perseguire la razionalizzazione della spesa 2016 coerentemente agli obiettivi di programmazione sanitaria. Detto piano dovrà essere concordato preventivamente con la Regione entro il 20 novembre 2015.

Il piano dovrà essere dotato di cronoprogramma attuativo, con identificazione dei responsabili aziendali di attuazione e l'obiettivo prevede il perseguimento entro il 2016 degli obiettivi di razionalizzazione previsti.

INDICATORE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coerenza degli importi di disavanzo/avanzo economico concordato 2. Predisposizione piano (secondo schema tipo regionale?) di efficientamento e approvato dalla Regione
VALORE DELL'OBIETTIVO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vedi tabella allegata, colonne H e I 2. Piano predisposto entro il 20 novembre 2015
SCALA	<ol style="list-style-type: none"> 1. SI/NO (0-1) 2. SI/NO (0-1) <p>Il primo indicatore pesa 9 punti e il secondo 6 punti</p>
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> • Incontro di monitoraggio obiettivi nel mese di settembre • Incontro di monitoraggio obiettivi nel mese di dicembre
FONTE DATI	<ol style="list-style-type: none"> 1. CE consuntivo 2015
PUNTEGGIO DELL'OBIETTIVO	15/100

AZIONI INTRAPRESE

La riduzione della quota di FSR assegnata a titolo di riequilibrio per l'anno 2015, stabilita nella misura del 5%, corrisponde a € 932.414,00=.

Le azioni intraprese per perseguire il raggiungimento di tale quota di efficientamento sono state descritte nel Piano di Efficientamento trasmesso inizialmente con nota prot. 52343 del 19.11.2015, e successivamente aggiornato come indicato nelle specifiche regionali pervenute nel mese di dicembre (rif. nota regionale prot. n. 22735 del 2.12.2015, ns. prot. n. 54717 del 2.12.2015).

Il Piano di Efficientamento finale è stato trasmesso in Regione con nota prot. 58958 del 29.12.2015.



VALORE OSSERVATO

L'obiettivo si ritiene parzialmente raggiunto.

Pur avendo attuato le misure di razionalizzazione attuabili, infatti, non è stata raggiunta la completa coerenza degli importi di disavanzo economico concordato (indicatore 1 "Coerenza degli importi di disavanzo/avanzo economico concordato"). Tra le cause ostacolanti il raggiungimento del risultato vi sono:

- la riduzione dell'assegnazione provvisoria del FSR;
- la tardiva comunicazione delle modalità di finanziamento degli extra LEA, che cubano circa 1.700.000€.

Relativamente all'indicatore 2 relativo alla predisposizione del Piano di Efficientamento, invece, il risultato si ritiene raggiunto.

OBIETTIVO n.4: Valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle strutture di ricovero delle Aziende Sanitarie Regionali

Referente obiettivo: DIREZIONE SANITÀ

Il PSSR 2012-2015, approvato con DCR n. 167-14087 del 3 aprile 2012, prevede 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.

In coerenza con il PSSR 2012-2015 - negli ultimi anni, la Regione Piemonte ha contribuito al programma nazionale di valutazione partecipata della qualità delle strutture di ricovero - promosso e coordinato da AGENAS - attraverso la partecipazione a due progetti di ricerca finanziati dal Ministero della Salute nell'ambito dei Programmi di Ricerca Corrente 2010 (RC 2010 Progetto Sperimentazione e trasferimento di modelli di *empowerment* organizzativo per la valutazione e il miglioramento della qualità dei servizi sanitari) e 2012 (RC 2012 Progetto La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino).

Scopo di detti progetti è la valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino attraverso la realizzazione di un'indagine sulla qualità dell'assistenza ospedaliera secondo i principi dell'*empowerment* e dell'umanizzazione. Nell'ambito dei presidi individuati, *équipes* miste formate da rappresentanti dei cittadini e operatori aziendali, formati nell'ambito del progetto e coordinati da referenti delle Aziende Sanitarie, hanno partecipato ad attività di valutazione della qualità dei servizi sanitari, utilizzando strumenti (questionario) e metodi predisposti da AGENAS e dall' Agenzia di Valutazione Civica di CittadinanzAttiva.

Al progetto di ricerca corrente 2010 - in occasione del quale è stata definita e sperimentata la metodologia di valutazione partecipata in 16 Regioni e Province Autonome su 54 strutture di ricovero e cura - la Regione Piemonte ha partecipato con le 2 strutture di seguito indicate:

- Presidio Molinette dell'AOU S. Giovanni Battista di Torino (ora AOU Città della Salute e della Scienza);
- Presidio San Giovanni Bosco della ASL TO 2.

Al progetto di ricerca corrente 2012 - nell'ambito del quale sono stati implementati i metodi e strumenti precedentemente sperimentati per realizzare la prima rilevazione nazionale sul grado di umanizzazione delle strutture ospedaliere in tutte le Regioni e PA su 287 stabilimenti di cura - la Regione ha partecipato con 13 strutture appartenenti a 8 ASR e ad un presidio ex art. 43 L. 833/78 (cfr. tabella 1).

Tabella 1. Strutture in cui è stata realizzata la valutazione partecipata della qualità (2013-2014).

(omissis)

Per l'anno 2015 si prevede di completare il processo di valutazione partecipata del grado di umanizzazione nell'ambito di tutte le rimanenti strutture ospedaliere delle ASR con un numero di p.l. superiore a 120 - 19 presidi ospedalieri all'interno di 11 ASR (cfr. tabella 2).

Si prevede altresì, per i presidi già sottoposti a valutazione nelle annualità precedenti, che le ASR dovranno provvedere alla predisposizione, attraverso le equipe territoriali già individuate in sede di attuazione del progetto di valutazione, delle azioni correttive - azioni sistematiche per prevenire il ripetersi delle non conformità - a breve, medio e lungo termine - tenuto conto del grado di urgenza e delle risorse necessarie ad eliminare le non conformità dandovi altresì attuazione nei tempi previsti.

**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

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

Tabella 2. Strutture in cui è prevista la valutazione partecipata della qualità (2015).

DENOMINAZIONE STRUTTURA	DENOMINAZIONE STRUTTURA INTERNA
(omissis)	
ASL VC	OSPEDALE SANT'ANDREA
(omissis)	

INDICATORE	<ol style="list-style-type: none"> Realizzazione della valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle strutture di ricovero dell'Azienda con un numero di p.l. superiore a 120, utilizzando la metodologia del progetto Agenas "La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino" Realizzazione del Piano di miglioramento rispetto alle criticità rilevate nelle strutture che hanno già realizzato la valutazione partecipata nel corso della RC 2010 e RC 2012.
VALORE DELL'OBIETTIVO	<p>L'obiettivo è raggiunto se, per l'anno 2015, viene certificato che le ASR:</p> <ul style="list-style-type: none"> per i presidi non ancora sottoposti a valutazione, hanno realizzato, attraverso le equipe miste operatori sanitari- volontari appositamente formati sul progetto, le attività di valutazione della qualità dei servizi sanitari, utilizzando strumenti (questionario) e metodi predisposti da AGENAS e dall' Agenzia di Valutazione Civica di CittadinanzAttiva; per i presidi già sottoposti a valutazione nelle annualità precedenti hanno prodotto la delibera del Direttore Generale di adozione del piano con evidenza dell'avvenuta discussione e condivisione da parte del Collegio di Direzione
SCALA	SI/NO (0-1)
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> Incontro di monitoraggio obiettivi nel mese di settembre
FONTE DATI	Documentazione prodotta alle Aziende
PUNTEGGIO DELL'OBIETTIVO	5/100

AZIONI INTRAPRESE

- Individuazione e nomina del referente aziendale per il progetto (Dr.sa Tiziana Ferraris) e comunicazione in Regione entro la data stabilita del 3 settembre 2015 (nota prot. 38957 del 2.09.15);
- individuazione e comunicazione di ulteriori nominativi per la partecipazione al specifico percorso formativo attivato presso l'Assessorato regionale nel mese di ottobre (e-mail del 28/09/2015 a cura della Direzione Medica). Gli operatori individuati sono: Dr.sa Tiziana Ferraris (Referente di Progetto); Dr. Germano Giordano (Responsabile SSD Risk Management); CPSE Giulio Zella (SC Direzione Medica); CPSE Giuseppe Bottino (SSD Risk Management). In data 13 ottobre 2015 essi hanno partecipato al corso organizzato dalla Regione Piemonte dal titolo "La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino";
- effettuazione dell'indagine in accordo alle indicazioni regionali ed inserimento dei risultati sul portale web indicato dalla Regione Piemonte.

VALORE OSSERVATO

L'obiettivo si ritiene raggiunto. L'esito dell'indagine è stato inserito sul portale web indicato dalla Regione Piemonte e ne è stata data informazione all'indirizzo e-mail regionale rischio.clinico@regione.piemonte.it.



OBIETTIVO n.5: Incremento donazioni d'organo

Referente obiettivo: RESP. SETTORE ASSISTENZA SPECIALISTICA E OSPEDALIERA

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

In considerazione della tipologia di attività, si prevede per il 2015 il raggiungimento aziendale dei seguenti obiettivi di governo regionale:

1. 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).
 - a. Almeno il 40 % per gli ospedali con neurochirurgia;
 - b. Tra il 20 e il 40 % per gli ospedali senza neurochirurgia;
 la valutazione del BDI sarà effettuata sugli ultimi tre anni per le rianimazioni con meno di tre diagnosi di ingresso compatibile all'anno;
2. esecuzione del prelievo di cornee in almeno il 2% (maggiore o uguale) del totale dei decessi ospedalieri;

INDICATORE	<ol style="list-style-type: none"> 1. n° morti encefaliche segnalate nei reparti di rianimazione/n° decessi di soggetti ricoverati nei reparti di rianimazione con una patologia compatibile con l'evoluzione verso la morte encefalica 2. n° esecuzioni prelievo di cornea effettuate nel 2015/ totale decessi ospedalieri del 2014
VALORE DELL'OBIETTIVO	1. Vedi tabelle pagine seguenti
SCALA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Il raggiungimento dell'sub-obiettivo sarà riconosciuto: <ol style="list-style-type: none"> a. Per gli ospedali con neurochirurgia: SI/NO (0-1) b. Per gli ospedali senza neurochirurgia: proporzionalmente al valore prodotto nel II sem.2015 tra valore di partenza (20) e valore obiettivo (40). Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è inferiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare. 2. SI/NO (0-1) Ogni azione pesa, rispetto ai 5 punti dell'obiettivo, rispettivamente il: <ol style="list-style-type: none"> 1. 65%. 2. 35%
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> • Incontro di monitoraggio obiettivi nel mese di settembre
FONTE DATI	1. report CRT annuale
PUNTEGGIO DELL'OBIETTIVO	5/100

MORTI ENCEFALICHE

AZIONI INTRAPRESE

- A. Presenza di un infermiere di Terapia Intensiva dedicato a seguire l'osservazione/donazione, remunerato con fondo ad hoc;
- B. attivazione di corsi di formazione aziendali obbligatori teorico-pratici e a sfondo psicologico finalizzati alla comunicazione e richiesta per la donazione ai familiari del potenziale donatore per il personale di Terapia Intensiva (medici e infermieri);



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

- C. possibilità di avere sempre a disposizione un letto di Terapia Intensiva per accogliere un paziente cerebroleso potenziale donatore, grazie agli interventi che hanno determinato una riduzione della degenza media in Rianimazione

VALORE OSSERVATO

Nel secondo semestre 2015 il BDI risulta pari al 66,7%, con performance migliore rispetto al range atteso (20 - 40%), e incrementato rispetto al primo semestre 2015 (BDI pari al 25%).

L'obiettivo si ritiene pertanto raggiunto.

PRELIEVI DI CORNEA

AZIONI INTRAPRESE PER RAGGIUNGERE L'OBIETTIVO ASSEGNATO

Sono stati effettuati momenti formativi rivolti al personale del Presidio di Borgosesia anche per la certificazione di "prelevatore".

VALORE OSSERVATO

Il valore osservato è pari al 2,6% (20 donatori/ 754 decessi ospedalieri anno 2014).

L'obiettivo si ritiene pertanto raggiunto.

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

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

OBIETTIVO n.6 – solo ASL: Programma attività territoriali**Referente obiettivo: RESP. SETTORE ASSISTENZA SANITARIA E SOCIO-SANITARIA TERRITORIALE**

Come indicato dalla DGR 26-1653, paragrafo 1.9, il Distretto deve definire il Programma delle attività territoriali-distrettuali (di seguito PAT). Il PAT, definito sulla base di uno schema-tipo regionale, individua gli obiettivi da perseguire, in coerenza con la programmazione regionale e in attuazione delle strategie aziendali, come definite nei relativi atti di programmazione e sulla base del fabbisogno rilevato nell'area di riferimento, definendo le attività da svolgere per conseguirli e la relativa distribuzione delle risorse assegnate. Tale Programma, adottato in coerenza con gli strumenti di programmazione socio-sanitaria locale previsti dalla L.R. n. 18/2007, ha durata coincidente con quella del P.S.S.R. e comunque non inferiore ad un triennio; è aggiornato ogni anno contestualmente alla definizione del bilancio ed è redatto secondo i criteri e le modalità di cui all'art. 3-quater del D.Lgs. n.502/1992 e s.m.i.

A livello Aziendale i PAT predisposti dai singoli Distretti dovranno essere integrati in un unico documento che, convenzionalmente, sarà definito PAT Aziendale.. In fase di prima attuazione del presente provvedimento il PAT Aziendale dovrà essere adottato entro il 31.12.2015 e dovrà definire gli obiettivi e le relative attività dell'anno 2016. Contestualmente all'adozione del bilancio aziendale, il PAT verrà aggiornato ed integrato con la programmazione triennale.

INDICATORE	1. Adozione del piano valutato positivamente dalla Regione, con delibera del Direttore Generale, entro il 31/12/2015
VALORE DELL'OBIETTIVO	1. Piano adottato, con delibera del Direttore Generale, entro il 31/12/2015
SCALA	SI/NO (0-1)
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> • 15/09/2015 consegna alle Aziende dello schema tipo regionale • 15/11/2015 consegna in Regione del PAT Aziendale • 15/12/2015 validazione PAT da parte della Regione • 31/12/2015 adozione del PAT
FONTE DATI	Documentazione prodotta alle Aziende
PUNTEGGIO DELL'OBIETTIVO	15/100

AZIONI INTRAPRESE

E' stata effettuata un'analisi dello schema tipo regionale pervenuto il 16.09.2015, a seguito della quale l'Azienda ha proceduto come segue:

- valutazione dei dati aziendali espressi dai "Piani di Attività" (PIA);
- individuazione degli obiettivi numerici per ciascun livello assistenziale e gli obiettivi specifici che verranno esplicitati con schede progetto;
- integrazione della proposta di PAT con le attività progettuali pertinenti svolte dal Gruppo di Progetto aziendale per il Riordino della Rete dei Servizi Territoriali (D.D.G. n. del 21 luglio 2015);
- svolgimento di incontri di condivisione dei contenuti del PAT 2016 con i diversi stakeholder al fine di definire la rete di offerta territoriale appropriata per i propri cittadini: servizi sanitari aziendali (ospedalieri e territoriali); dei servizi sociali dei Comuni e degli Enti Gestori; associazioni di volontariato).

VALORE OSSERVATO

La proposta di PAT 2016 è stata approvata all'unanimità dal Comitato dei Sindaci di Distretto in data 22.12.2015 e trasmessa in Regione (DDG n. 995 del 23.12.2015).

Come richiesto dalla Regione Piemonte durante l'incontro dei Direttori Sanitari convocati il 22.01.2016, ai fini dell'approvazione regionale e dell'adozione del PAT, l'ASL VC procederà entro il 5.02.2016 con una verifica di congruenza tra i valori obiettivo degli indicatori di tutela e i costi dei Livelli di Assistenza (LA) indicati nel Bilancio Previsionale 2016.



OBIETTIVO n. 7: Prevenzione

Referente obiettivo: RESP. SETTORE PREVENZIONE E VETERINARIA

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

Essendo in corso l'implementazione dello screening cervico-vaginale tramite test per l'HPV, per tale indicatore vengono inclusi sia gli inviti ad eseguire il pap test sia quelli ad eseguire 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 per lo screening citologico e 5 anni per 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).

Gli indicatori descritti sono i medesimi previsti entro il Piano Regionale della Prevenzione.

INDICATORE	1. COPERTURA INVITI: n° persone invitate + adesioni spontanee/popolazione bersaglio annuale 2. ADESIONE: n° persone sottoposte al test di screening/popolazione bersaglio annuale. Si ricorda ancora che per l'adesione allo screening cervico-vaginale sono conteggiati sia gli inviti al pap test sia al test HPV		
VALORE DELL'OBIETTIVO		Atteso	Minimo
	<ul style="list-style-type: none"> • COPERTURA SCREENING MAMMOGRAFICO • ADESIONE SCREENING MAMMOGRAFICO • COPERTURA SCREENING CERVICO-VAGINALE • ADESIONE SCREENING CERVICO-VAGINALE • COPERTURA SCREENING COLO-RETTALE • ADESIONE SCREENING COLO-RETTALE 	75% 47% 75% 51% 82% 32%	67.5% 42.3% 67.5% 45.9% 73.8% 28.8%
SCALA	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al risultato relativo prodotto nel 2015 tra valore di partenza minimo (pari al 90% del valore atteso) e valore atteso. 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"> • Incontro di monitoraggio obiettivi nel mese di settembre 		
FONTE DATI	Banca Dati CSI –CPO-Piemonte		
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE	5/100		
NOTE	Gli obiettivi vengono valutati a livello dei nove cluster di Aziende indicati nella tabella nella pagina seguente. Se l'obiettivo è stato raggiunto, la valorizzazione riguarda tutti i Direttori Generali delle Aziende che fanno parte del cluster, incluse le Aziende Ospedaliere (l'obiettivo non si applica al solo presidio CTO). Infatti, tutte le Aziende di ciascun cluster concorrono al raggiungimento di ciascuno degli obiettivi.		

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

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284

www.aslvc.piemonte.it

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

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

Cluster 1	<ul style="list-style-type: none">▪ ASL To1▪ ASL To2▪ AOU Città della Salute e della Scienza
Cluster 2	<ul style="list-style-type: none">▪ ASL To5
Cluster 3	<ul style="list-style-type: none">▪ Asl TO3▪ ASO S. LUIGI GONZAGA
Cluster 4	<ul style="list-style-type: none">▪ ASL To4
Cluster 5	<ul style="list-style-type: none">▪ ASL VC▪ ASL BI
Cluster 6	<ul style="list-style-type: none">▪ ASL NO▪ ASL VCO▪ AOU MAGGIORE CARITA'
Cluster 7	<ul style="list-style-type: none">▪ ASL CN1▪ ASL CN2▪ ASO S. CROCE di Cuneo
Cluster 8	<ul style="list-style-type: none">▪ ASL AT
Cluster 9	<ul style="list-style-type: none">▪ ASL AL▪ ASO SS. ANTONIO e BIAGIO e C. ARRIGO di Alessandria

AZIONI INTRAPRESE

1. a livello aziendale si è provveduto ad incrementare i giorni di apertura ambulatoriale sia per lo screening mammografico che per lo screening cervico-vaginale, al fine di migliorare l'accessibilità del servizio e favorire l'adesione delle utenti;
2. per incrementare l'adesione allo screening cervico-vaginale, in ambito di cluster, la SSD UVOS dell'ASL VC ha proposto all'ASL BI di utilizzare le sedi fisse degli ambulatori consultoriali esistenti sul territorio superando l'utilizzo dell'unico mezzo mobile attualmente disponibile;
3. per incrementare l'adesione allo screening mammografico, sempre in ambito di cluster, la SSD UVOS dell'ASL VC ha proposto all'ASL BI di ampliare l'offerta del servizio utilizzando oltre al mammografo del progetto Proteus, usato tutti i giorni nella sede fissa dell'Ospedale degli Infermi di Biella c/o la S.C. Radiodiagnostica dell'Ospedale, anche il mammografo del reparto per mezza giornata per 2/3 giorni alla settimana.

Relativamente ai punti 2 e 3, le proposte sono state inviate dalla SSD UVOS al Direttore Sanitario dell'ASL BI (e-mail del 1.9.2015).

**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

VALORE OSSERVATO

I valori osservati al 2.01.2016 sono i seguenti:

	Cluster ASL VC - ASL BI* AL 31-12-2015	ASL VC al 31.12.2015
Copertura (inviti) SCREENING MAMMOGRAFICO atteso 75% minimo 67,5%	69,01%	79,07%
Copertura (inviti) SCREENING CERVICO-VAGINALE atteso 75% minimo 67,5%	97,85%	95,70%
Copertura (inviti) SCREENING COLO-RETTALE (FOBT+ sigmoidoscopia) atteso 82% minimo 73,8%	90,60%	85,29%
Adesioni SCREENING MAMMOGRAFICO atteso 47% minimo 42,3%	48,34%	51,58%
Adesioni SCREENING CERVICO-VAGINALE atteso 51% minimo 45,9%	41,49%	33,36%
Adesioni SCREENING COLO-RETTALE (FOBT+ sigmoidoscopia) atteso 32% minimo 28,8%	39,62%	39,75%

*fonte CSI;

I dati forniti dal CPO Piemonte a tutti i cluster nel corso del mese di gennaio sono provvisori.

I valori riferiti al Cluster di Vercelli - Biella evidenziano che i valori di adesione e di copertura sono stati pienamente raggiunti ad eccezione di quelli riguardanti:

- la copertura da inviti dello screening mammografico, che raggiunge il livello minimo richiesto;
- la copertura da adesioni dello screening cervico-vaginale che risulta inferiore al livello minimo previsto.

A livello dell'ASL VC gli obiettivi appaiono attualmente raggiunti in tutti i casi tranne ad eccezione dell'adesione allo screening cervico-vaginale (33,36%).

La scarsa adesione allo screening cervico-vaginale è attribuibile alla preferenza delle donne rispetto all'esecuzione del Pap-test durante la visita presso il proprio ginecologo di fiducia.

Ci si attende che l'introduzione del test HPV, che nell'arco di 5 anni sostituirà completamente il Pap-test nella fascia d'età 30-64 anni, richiami una maggior affluenza delle donne nel programma di screening.

Inoltre l'attività di riorganizzazione della rete ambulatoriale attualmente in corso ha evidenziato la possibilità di margini di miglioramento relativamente alla possibilità di incrementare le azioni proattive di reclutamento della popolazione femminile ad opera del personale ostetrico del Consultorio.

Vercelli, 29 gennaio 2016

IL DIRETTORE GENERALE
(dott.sa Chiara SERPIERI)
firmato in originale