



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 AZIENDALE SOCIOSANITARIA

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

Anno 2016

(dati 2015)

Direttore Generale

Dott.sa Chiara Serpieri

Parere del Collegio di Direzione espresso in data	27/06/2016
Parere del Consiglio dei Sanitari espresso in data	27/06/2016



A.S.L. VC

Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284

www.aslvc.piemonte.it

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

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

PREMESSA.....	3
1. IL CONTESTO	4
1.1 Il territorio e la popolazione	4
1.2 Il profilo di salute della popolazione.....	11
1.3 L'organizzazione aziendale	24
2. IL RENDICONTO ECONOMICO	26
L'analisi economica per livelli di assistenza (LEA).....	26
L'equilibrio economico	30
3. I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA	35
3.1 La riorganizzazione delle reti ospedaliera e territoriale	35
3.1.1. Macroprogetto "Ospedale".....	35
2. Macroprogetto "Empowerment".....	37
3. Macroprogetto "Paziente fragile"	38
4. Macroprogetto "Rete ambulatoriale"	39
5. Macroprogetto "Residenzialità"	40
6. Macroprogetto "Farmaci, assistenza integrativa e protesica".....	43
7. Macroprogetto "Prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili".....	45
3.2 Assistenza Collettiva	47
3.3 Assistenza Ospedaliera	53
3.4 Assistenza Distrettuale.....	56
4. LA PERFORMANCE AZIENDALE	62
5. FORMAZIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE	65
ALLEGATI	66



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

PREMESSA

La Relazione Sociosanitaria aziendale è lo strumento di accertamento e documentazione dei risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi definiti dalla programmazione socio-sanitaria regionale e aziendale, anche sulla base di un apposito insieme di indicatori di valutazione. Tale documento è predisposto dal Direttore Generale, previo parere del Collegio di Direzione e del Consiglio dei Sanitari, entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento e viene trasmesso alla Giunta regionale e alla Conferenza dei Sindaci¹.

La Conferenza dei Sindaci esprime le proprie valutazioni sulla relazione socio-sanitaria e le trasmette alla Giunta regionale, anche ai fini della valutazione sull'operato del Direttore Generale.² Al riguardo si precisa che la nomina del Direttore Generale, Dott.sa Chiara Serpieri, decorre dal 1° maggio 2015³ e che quanto riportato in questo documento si riferisce sia al periodo di esercizio del Direttore attualmente in carica, sia a quello governato dalla precedente Direzione compreso fra il 1° gennaio e il 30 aprile 2015⁴.

Alla luce di quanto sin qui premesso, la presente relazione socio-sanitaria descrive i risultati sanitari ed economici conseguiti nel 2015, contestualizzandoli nell'attuale cornice demografica, epidemiologica ed organizzativa dell'ASL VC.

La documentazione riportata negli allegati supporta il contenuto testuale mettendo in evidenza i principali dati di sintesi dell'attività svolta nel 2015.

¹ Art. 17, commi 1, 2 e 3 della LR 6 agosto 2007, n. 18. "Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale".

² Art. 17, comma 4 della LR 6 agosto 2007, n. 18. "Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale".

³ DGR n. 34-1362 del 27 aprile 2015 "Art. 3 bis, d. lgs. n. 502/1992 e s.m.i. - Nomina del direttore generale dell'ASL VC." DGR 6-3716 del 27 aprile 2012 "Determinazione compensi dei direttori generali, sanitari ed amministrativi delle AASSRR. Modifica Allegato D DGR n. 65-7819 del 17.12.2007. Art. 3 bis D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i..Nomina direttore generale dell'ASL VC."

⁴DGR 6-3716 del 27 aprile 2012 "Determinazione compensi dei direttori generali, sanitari ed amministrativi delle AASSRR. Modifica Allegato D DGR n. 65-7819 del 17.12.2007. Art. 3 bis D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i..Nomina direttore generale dell'ASL VC."



1. IL CONTESTO

I dati riportati nelle pagine che seguono indicano che la tendenza demografica fondamentale della popolazione dell'ASL VC è l'invecchiamento, dovuto sia all'aumento dell'attesa di vita media che alla riduzione delle nascite, e, in questo ultimo periodo, anche dell'immigrazione. Oltre un quarto dei residenti è sopra i 65 anni e ogni residente in età attiva ha in carico 0,60 residenti in età inattiva.

Dal punto di vista della salute, la popolazione dell'ASL di Vercelli di caratterizza per una mortalità vicina a quella regionale.

Anche dal punto di vista dei fattori di rischio, la popolazione dell'ASL di VC assomiglia quella Piemontese, a parte un consumo delle porzioni raccomandate di frutta e verdura al giorno ancora significativamente più basso rispetto a quello piemontese.

1.1 Il territorio e la popolazione

La popolazione residente nell'ASL VC di Vercelli, al 31.12.2014, pari al 3,92% della popolazione piemontese, risulta di 173.309 abitanti, distribuiti in 92 Comuni suddivisi in due Distretti: il Distretto di Vercelli, con 45 Comuni e una popolazione pari a 102.58, e il Distretto della Valsesia, con 47 Comuni e una popolazione pari a 70.727.

Il 21% dei Comuni registra una popolazione compresa fra 500 e 1000 residenti e ben il 45% dei Comuni registra una popolazione inferiore ai 500 residenti. Solo 2 Comuni superano i 10.000 residenti.

Tale caratteristica contribuisce a determinare una densità di abitanti (83 abitanti/km²) nettamente inferiore a quella rilevata per la Regione Piemonte (174 abitanti/km²)⁵.

La rilevazione sulle forze di lavoro condotta dall'Osservatorio regionale mercato e lavoro attraverso "Stime ISTAT - Indagine continua delle forze di lavoro" individua, nel 2014, nella provincia di Vercelli (la cui popolazione supera di 2812 unità quella della ASL), un tasso di disoccupazione pari all'11,1% (Piemonte 11,3%), con un incremento dell'occupazione dello 0,8% rispetto all'anno precedente.

Il tasso di disoccupazione fra 15 e 24 anni risulta pari al 37,5% (Piemonte 42,2%), con un incremento dell'occupazione del 9,2% rispetto all'anno precedente.

Gli occupati risultano 70.300 di cui il 25,9% nell'industria, il 19,3% nel commercio/alberghi, il 7,8% nelle costruzioni, il 3,3% in agricoltura, e il 43,5% in altri servizi⁶.

⁵ FONTE: ISTAT - <http://www.istat.it/it/>

FONTE PISTA: <http://www.ruparpiemonte.it/infostat/index.jsp>

⁶ FONTE: ORML Osservatorio regionale mercato e lavoro su dati ISTAT
http://www.regione.piemonte.it/lavoro/osservatorio/dati_territo.htm

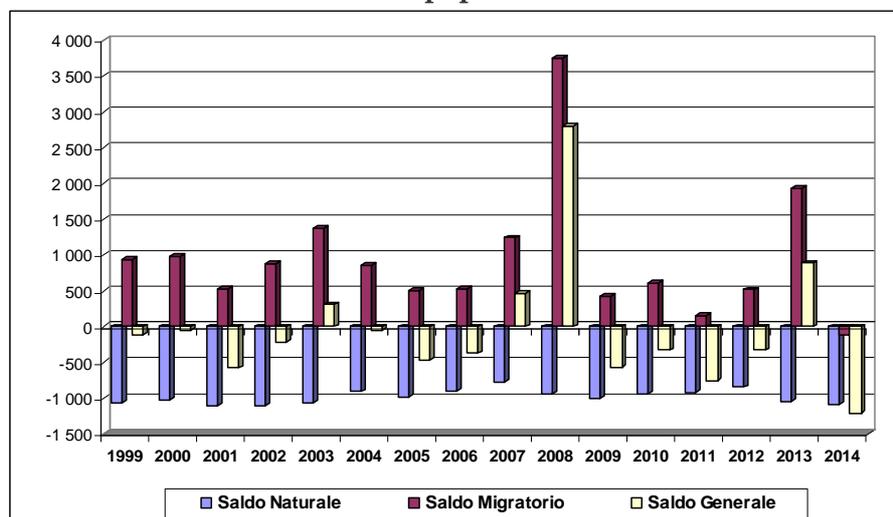


Le principali caratteristiche del contesto sin qui descritte sono riportate in tabella 1.1.⁷

Tabella 1.1 - Il territorio e la popolazione assistita in breve

Principali caratteristiche	
Superficie	2.039 km ²
Densità (abitanti/km2)	83
Comuni (n°)	92
Popolazione residente al 31.12.2014 (BDDE)	173.309
Saldo naturale	-1.090
Saldo migratorio	-109
Maschi	83.471 (48,16%)
Femmine	89.838 (51,84%)
Tasso di mortalità	13,21 ‰
Tasso di natalità	6,92 ‰
Indice di carico sociale o di dipendenza	61,61%
Tasso di disoccupazione (Provincia di Vercelli)	11%

Per la prima volta dal 1999 nella ASL di Vercelli il saldo migratorio nel 2014 è risultato negativo (fig. 1.1).

Figura 1.1. Andamento dei saldi della popolazione dell'ASL VC - Anni 1999-2014

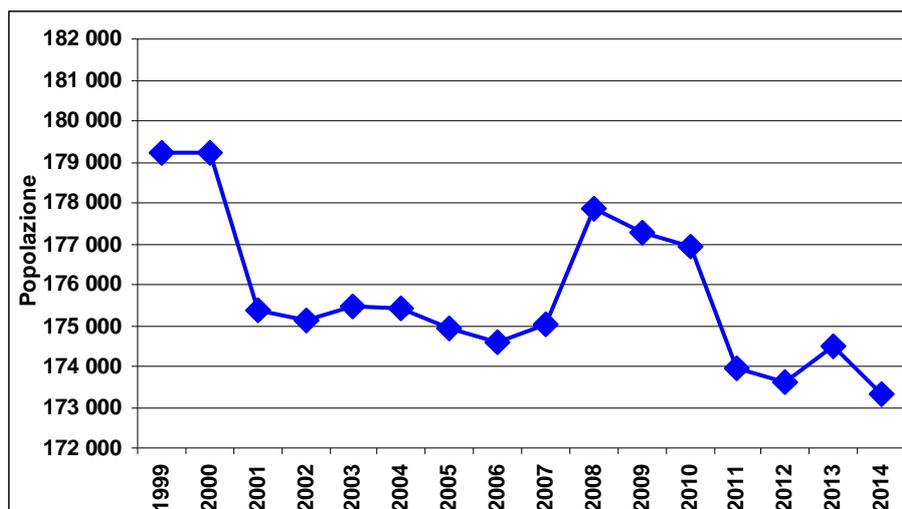
L'andamento della popolazione dal 1999 delinea un trend complessivamente in diminuzione, tranne che per l'eccezione di un picco di crescita nel 2008 e di un lieve incremento nel 2013.

⁷ ELABORAZIONE DATI e stesura report a cura della S.S. Epidemiologia - SSD UVOS 20.05.2016



In occasione degli anni del censimento la popolazione ha registrato una contrazione, che risulta evidente anche a livello nazionale e regionale, contrazione non associata né al movimento naturale né al movimento migratorio rilevati (fig. 1.2).

Figura 1.2. Andamento della popolazione dell'ASL VC - Anni 1999-2014



La popolazione risulta caratterizzata da una predominanza del sesso femminile (51,84%) che si accentua col crescere dell'età, come rappresentato nella "piramide delle età" (Fig. 1.3a). Gli stranieri sono 13.119 e rappresentano il 7,57% della popolazione della ASL, mentre in Piemonte gli stranieri sono pari al 9,62% della popolazione regionale.

Le classi di età più numerose corrispondono ai nati tra la fine degli anni '50 e gli inizi degli anni '70.

Nell'ASL VC il regredire della natalità e l'invecchiamento della popolazione risultano maggiori rispetto alla Regione e ancora di più rispetto all'Italia. Queste differenze sono ben evidenziate dalla sovrapposizione grafica delle "piramidi delle età" delle 3 popolazioni d'interesse (ASL, Regione Piemonte, Italia) ottenute rapportando percentualmente la popolazione per età sul totale della popolazione (fig. 1.3b).



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

FIG. 1.3a - Piramide dell'età della popolazione italiana e straniera nella ASL VC al 31.12.2014

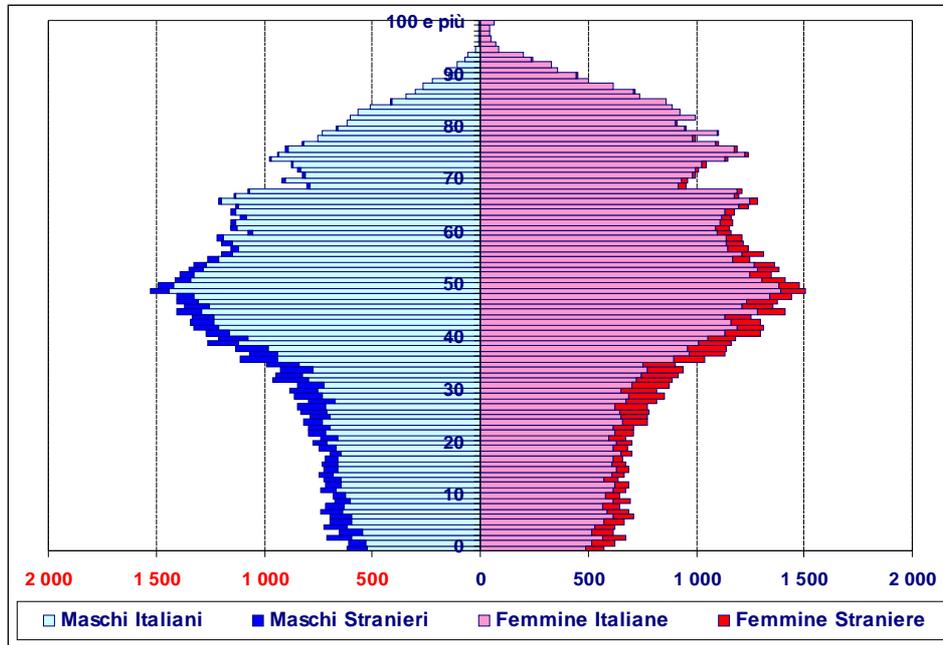
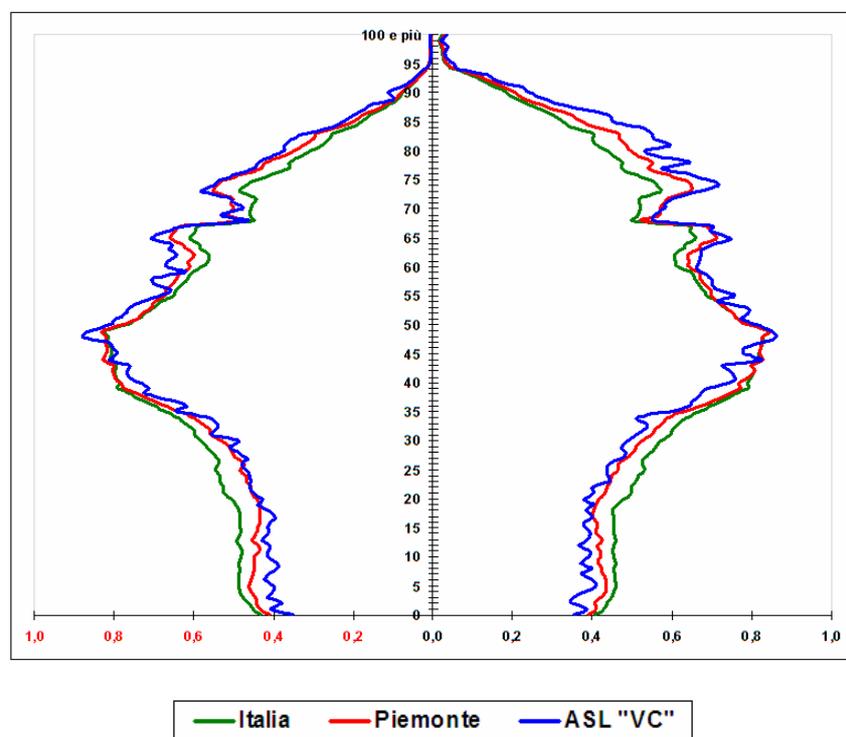


FIG. 1.3b - Piramide dell'età della popolazione: Italia, Piemonte, ASL VC al 31.12.2014





La popolazione dell'ASL VC è composta per un quarto da anziani (>65 anni) (tab. 1.2), e risulta fortemente caratterizzata da un progressivo invecchiamento, come evidenziano sia l'indice di vecchiaia che l'indice di invecchiamento, entrambi superiori al dato di riferimento regionale.

La popolazione in età attiva rappresenta il 14% del totale (tab. 1.2).

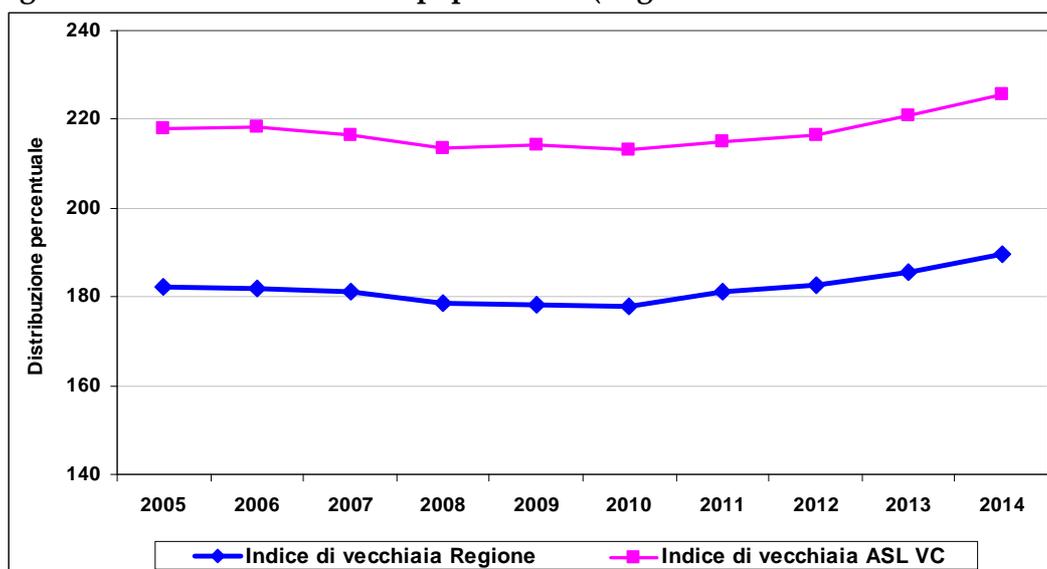
Tabella 1.2 Popolazione residente nell'ASL Vercelli disaggregata per fasce d'età – Anno 2014

Popolazione ASL Vercelli	Fasce età	Maschi	Femmine	Totale	% su tot. M	% su tot. F	% su TOT
popolazione pediatrica	0-14 aa	10450	9836	20286	12.52	10.95	11.71
popolazione in età attiva	55-64 aa	11671	12052	23723	13.98	13.42	13.69
giovani anziani	65-74 aa	9799	11056	20855	11.74	12.31	12.03
veri anziani	75-84 aa	7114	10301	17415	8.52	11.47	10.05
grandi anziani	>= 85 aa	2137	5380	7517	2.56	5.99	4.34
Popolazione totale		83471	89838	173309	100	100	100

L'indice di vecchiaia rappresenta un indicatore dinamico che stima il grado di invecchiamento della popolazione; valori superiori a 100 indicano una maggiore presenza di anziani rispetto ai giovanissimi.

La figura 1.4 mostra l'andamento dell'indice di vecchiaia calcolato dal 2005 al 2014 per la popolazione della Regione e della ASL di Vercelli.

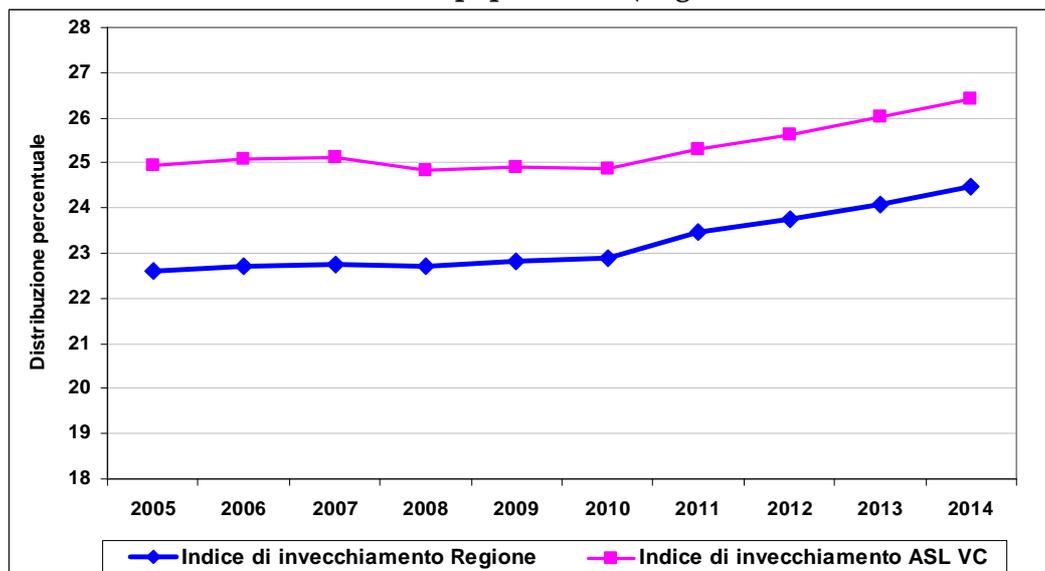
Figura. 1.4 - Indice di vecchiaia popolazione (Regione e ASL VC. Anni 2004-2014)





Il grafico 1.5 illustra nello stesso periodo l'indice di invecchiamento che riflette il peso relativo della popolazione anziana e presenta un andamento analogo all'indice di vecchiaia precedentemente descritto.

Figura 1.5 - Indice di invecchiamento popolazione (Regione e ASL VC. Anni 2004-2013)



L'indice di carico sociale o di dipendenza strutturale, infine, stima la capacità delle fasce di età economicamente attive a mantenere le età inattive (studenti e pensionati). Tale indice rilevato per l'ASL VC nell'ultimo aggiornamento disponibile (anno 2014) è pari al 61,61% ed è di poco superiore a quello regionale pari al 59,67% (Fig. 1.6). Quest'ultimo indicatore è considerato un indice di rilevanza economica e sociale, che risente della struttura economica della popolazione ⁸.

⁸ Indicatori demografici strutturali

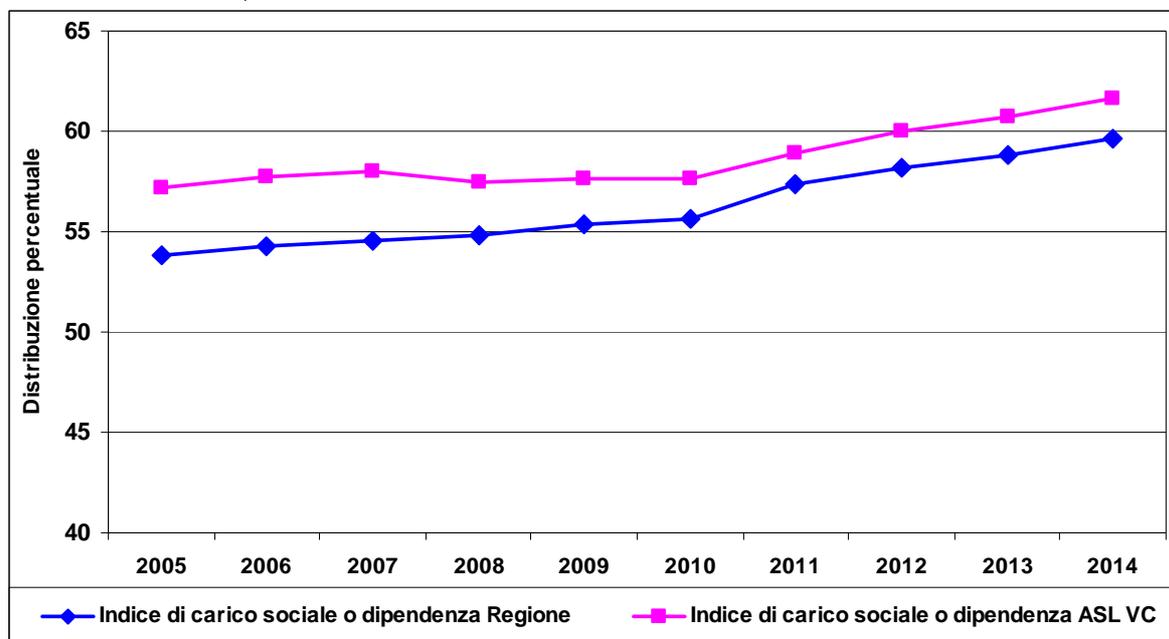
Indice di vecchiaia: indicatore sintetico del grado di invecchiamento della popolazione, della struttura per età della popolazione. Rapporto tra la popolazione anziana di 65 e più anni e la popolazione di età inferiore a 15 anni per 100 abitanti.

Indice di invecchiamento: rapporto popolazione in età uguale o superiore a 65 anni e popolazione totale per 100 abitanti.

Indice di carico sociale o dipendenza strutturale: ha una certa rilevanza economica e sociale, rapporta le persone che non sono autonome per ragioni demografiche (giovani e anziani) alla popolazione attiva. E' molto elevato nelle popolazioni in via di sviluppo e ad alta fecondità. È il rapporto tra la popolazione di età compresa fra 0 e 14 anni più la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di età compresa fra 15 e 64 anni per 100.



Figura 1.6 - Indice di carico sociale o dipendenza strutturale di popolazione (Regione ed ASL VC - Anni 2004 - 2014)





1.2 Il profilo di salute della popolazione

Mortalità

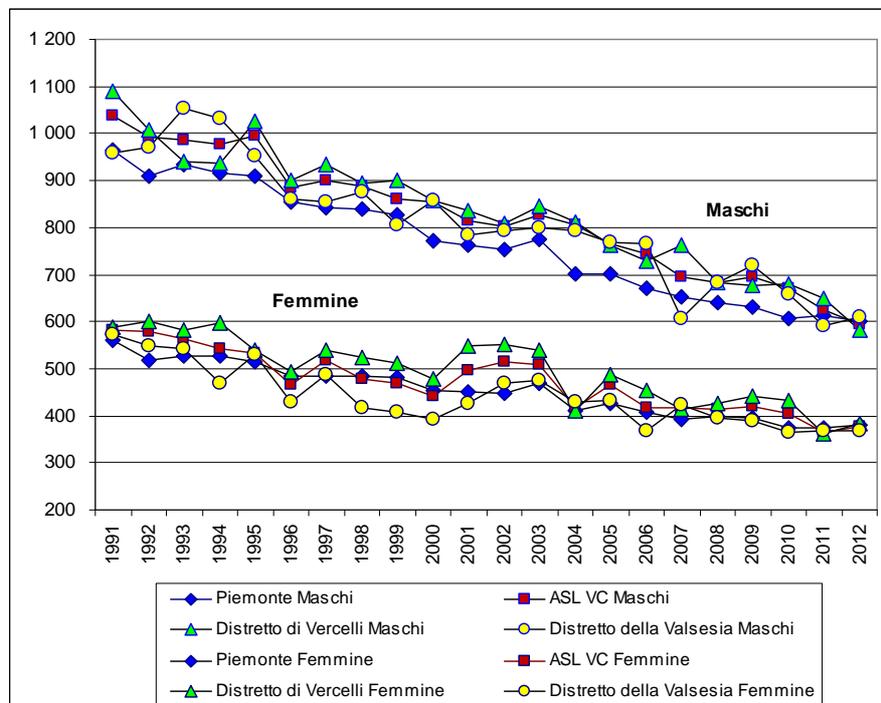
I dati più aggiornati disponibili sulla mortalità a livello regionale e locale fanno riferimento all'anno 2012.

Nella ASL di Vercelli nel 2012 si sono osservati 2.199 decessi, pari al 4,38% dei decessi in Regione Piemonte. Si sono osservati 1.033 decessi fra i maschi, pari al 47% del totale in ASL e 1.166 fra le femmine, pari al 53% del totale in ASL. Sono 1.268 i decessi osservati nel Distretto di Vercelli, il 58% di quelli osservati nella ASL e 931 quelli osservati nel Distretto della Valsesia, il 42% di quelli osservati nella ASL.

Analizzando l'andamento della mortalità generale dal 1991 al 2012 si osserva come **si sia progressivamente ridotta** nel tempo sia in Piemonte sia nell'ASL VC e nei suoi Distretti.

Mentre nel 1991 erano visibili differenze di mortalità tra i tassi standardizzati (TS)⁹ di Regione e ASL VC (in particolare nel sesso maschile), nel 2012 le differenze si sono ridotte fino quasi ad annullarsi (fig. 1.7).

Figura 1.7. - Mortalità generale (tassi standardizzati per 100.000 abitanti di Regione, ASL VC, Distretti - Maschi e Femmine - Anni 1991-2012).



⁹ Per il dettaglio esplicativo degli indicatori di mortalità si veda il box a fondo capitolo, [pag. 14](#).



La riduzione della **mortalità generale** è stata osservata sia nella popolazione maschile che in quella femminile. Nell'ASL VC i tassi standardizzati di mortalità (TS) registrati per i maschi sono infatti scesi da 1.037,42 decessi per 100.000 abitanti nel 1991 a 594,00 decessi per 100.00 abitanti nel 2012; nella popolazione femminile da 581,95 nel 1991 a 377,02 nel 2012.

Anche per quanto riguarda **la mortalità per causa**, nell'ASL VC non vi sono differenze statisticamente significative rispetto ai dati regionali.

Nel 2012 nell'ASL VC, come nel resto della Regione, le malattie dell'apparato cardiocircolatorio si confermano essere le principali cause di morte (34,66% negli uomini e 40,82% nelle donne), a cui seguono le patologie neoplastiche (32,04% negli uomini e 24,87% nelle donne), e le malattie dell'apparato respiratorio (7,55% negli uomini e 5,57% nelle donne).

Considerando i decessi per tumore maligno disaggregati per sesso e per sede di diagnosi rapportati a tutti i decessi da tumore maligno, nella popolazione maschile della ASL VC il tumore più frequente causa di morte interessa le sedi trachea, bronchi e polmoni (14,16%), seguito dai tumori del colon (6,02%) e da quelli del fegato e dotti biliari (4,42%).

Nella popolazione femminile il tumore causa più frequente di morte è quello della mammella (7,08%), seguito dai tumori di trachea, bronchi e polmoni (5,84%) e dai tumori del colon (5,13%)¹⁰.

I grafici e le tabelle di dettaglio sui tassi di mortalità generale e per causa sono riportati a fondo capitolo (pag. 14).

Stili di vita

Le malattie cardiovascolari, i tumori, le patologie respiratorie croniche e il diabete, sono tra le prime cause di morte e di invalidità.

Tali malattie croniche hanno costi molto elevati a livello individuale e sociale e potrebbero essere ampiamente prevenute se le persone adottassero uno stile di vita sano.

Infatti, circa l'80% di tutti i casi di malattie cardiache, ictus e diabete di tipo 2 e almeno un terzo dei casi di cancro, si possono prevenire o posticipare riducendo i seguenti fattori di rischio: fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica.

Il Piano d'azione OMS prevede che gli Stati potenzino i Sistemi di Sorveglianza così da fornire regolarmente dati e informazioni. A livello nazionale, il Piano nazionale della prevenzione sin dal 2010 include l'implementazione e la messa a regime dei Sistemi di Sorveglianza sia tra gli obiettivi di salute da realizzare, sia tra gli strumenti per l'attuazione del Piano stesso.

A questo proposito attraverso il **Sistema di "Sorveglianza PASSI"**¹¹, che si caratterizza come una sorveglianza di popolazione in sanità pubblica, a partire dal 2007, in Italia si rilevano dati relativi

¹⁰ FONTE: "Analisi della Mortalità generale e per cause nell'ASL "VC" di Vercelli e nei Distretti Anno 2012" - Novembre 2015 - Epi ASL VC / 8 / 2015 - tab 1.6 e fig 1.11

¹¹ **Sorveglianza di popolazione PASSI** (Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia) è un sistema di sorveglianza, in continuo e attraverso indagini campionarie, della popolazione adulta. L'obiettivo è stimare la frequenza



agli stili di vita e ai conseguenti fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili e sul grado di conoscenza e adesione ai programmi di intervento che il Paese sta realizzando per la loro prevenzione.

L'analisi dei dati aziendali di "Sorveglianza PASSI" 2011-2014" ha indagato aspetti quali l'attività fisica, l'abitudine al fumo, il consumo di alcol, le abitudini alimentari e la situazione nutrizionale. L'indagine compiuta mostra come i residenti intervistati abbiano uno stile di vita complessivamente sovrapponibile a quello rilevato a livello regionale in termini di:

- sedentarietà (il 30,5% del campione di intervistati è completamente sedentario);
- diffusione dell'abitudine al fumo (il 27,2% dei soggetti intervistati si dichiara "fumatore");
- eccesso ponderale, inteso come soprappeso o obesità (35,1% degli intervistati);
- percentuale di consumatori di alcol ad alto rischio (18,%)¹².

Vi sono invece differenze statisticamente significative rispetto ai valori regionali relativamente a:

- consumo di verdura, che risulta statisticamente inferiore a quello regionale (dato ASL VC 8,9%)¹³
- percentuale, significativamente inferiore, di soggetti che riferisce sintomi di depressione nelle ultime due settimane (dato ASL VC 4,1% vs. Piemonte 5,9%)

I dettagli statistici espressi forma tabellare e grafica sono riportati per esteso a fondo capitolo (pag. 20).

e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali, oltre alla diffusione delle misure di prevenzione. Tutte le 21 Regioni o Province Autonome hanno aderito al progetto. Un campione di residenti di età compresa tra 18 e 69 anni viene estratto con metodo casuale dagli elenchi delle anagrafi sanitarie. Personale delle Asl, specificamente formato, effettua interviste telefoniche (25 al mese per Asl) con un questionario standardizzato. I dati vengono poi trasmessi in forma anonima via internet e registrati in un archivio unico nazionale. Ad Agosto 2014 sono state caricate complessivamente 225 mila interviste. Nell'ASL VC sono state effettuate 1.000 interviste tra il 2011 e il 2014. Per maggiori informazioni: www.epicentro.iss.it/passi <http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/prevenzione-e-promozione-della-salute/sorveglianza-epidemiologica/960-passi-fascia-deta-18-69-anni>

¹² Per la definizione di "consumatori di alcol ad alto rischio" vd. "Dati di dettaglio", da pag. 20

¹³ per la quantificazione del consumo di verdura vd. "Stili di vita – dati di dettaglio, da pag. 20)

**MORTALITÀ GENERALE E PER CAUSA - DATI DI DETTAGLIO****Indicatori di mortalità**

Tasso grezzo di mortalità: rappresenta il rapporto tra il numero di morti e la popolazione totale; questo indicatore, non essendo standardizzato per età e sesso, non è adatto a confronti fra zone diverse per struttura di popolazione.

Tasso standardizzato di mortalità (TS): rappresenta un indicatore costruito in modo artificiale che non corrisponde esattamente al valore reale, ma che è adatto a confrontare valori della mortalità tra periodi e realtà territoriali diversi per struttura di età nelle popolazioni residenti. Rappresenta il valore che avrebbe assunto il tasso grezzo di mortalità se la popolazione in studio avesse una distribuzione della variabile per la quale si standardizza uguale a quella della popolazione di riferimento.

Rapporto di mortalità standardizzato (SMR): esprime il rapporto tra il numero di morti osservato in una popolazione e il numero di morti atteso nella stessa popolazione se su questa agissero gli stessi tassi di mortalità specifici per alcune variabili di confondimento (vedi tasso standardizzato) che agiscono su di una popolazione assunta come riferimento. Il valore 100 rappresenta il valore regionale, mentre valori superiori o inferiori indicano una maggiore o minore mortalità rispetto alla Regione. Consente perciò di evidenziare eventuali eccessi o difetti di mortalità per cause di morte al netto delle eventuali differenze di età.

SMR e Intervalli di Confidenza al 95% (IcI SMR - IcS SMR): esprimono l'ambito di valori entro cui si colloca, con una probabilità del 95%, il vero valore del SMR. Qualora l'ambito dell'intervallo di confidenza includa il valore 100, il corrispondente valore del SMR viene convenzionalmente considerato "statisticamente non significativo". Cioè non è possibile affermare, con sufficiente sicurezza che i due valori, quello regionale e quello della ASL/Distretto sanitario siano realmente diversi; l'eccesso o il difetto di mortalità osservati potrebbero essere solo un effetto del caso (con una probabilità superiore al 5%).

Tabella 1.3. Mortalità generale Regione Piemonte - ASL VC - Distretti ASL VC- Anno 2012

Anno 2012		Popolazione	Osservati	Tasso grezzo	TS	SMR	IcI - SMR	IcS - SMR
Piemonte	Maschi	2 110 576	23 924	1 133.53	600.36	100.00	98.73	101.28
	Femmine	2 263 476	26 303	1 162.06	380.65	100.00	98.79	101.22
ASL VC	Maschi	83 461	1 033	1 237.70	594.00	99.80	93.80	106.09
	Femmine	90 157	1 166	1 293.30	377.02	95.75	90.32	101.42
Distretto Vercelli	Maschi	49 253	588	1 193.84	583.01	97.38	89.65	105.59
	Femmine	53 215	680	1 277.84	383.10	98.63	91.34	106.34
Distretto Valsesia	Maschi	34 208	445	1 300.87	609.70	103.20	93.82	113.27
	Femmine	36 942	486	1 315.58	369.42	91.99	83.98	100.56

LEGENDA

TS: tasso standardizzato; SMR: rapporto standardizzato di mortalità; IcI: intervallo di confidenza inferiore; IcS: intervallo di confidenza superiore. **Non si osservano differenze statisticamente significative**



Figura 1.8. Mortalità generale, Rapporto standardizzato di mortalità (SMR), Maschi (Anno 2012)

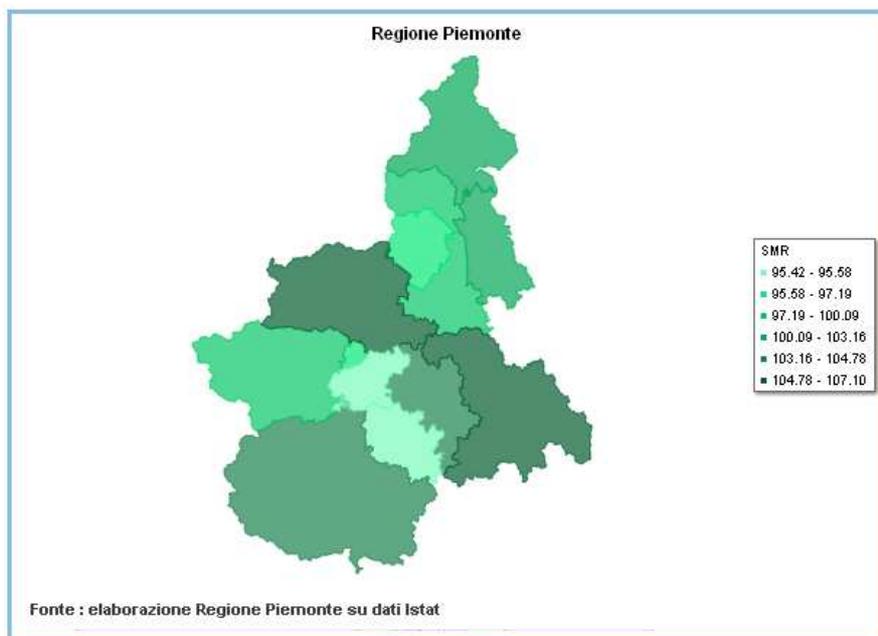


Figura 1.9. Mortalità generale Rapporto standardizzato di mortalità (SMR), Femmine (Anno 2012)

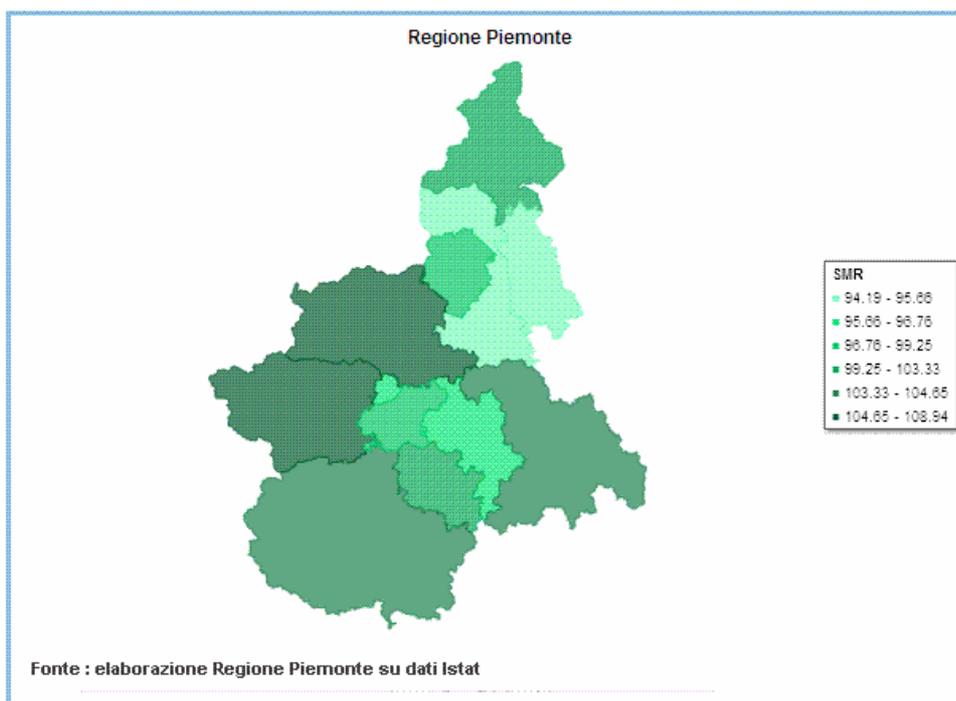
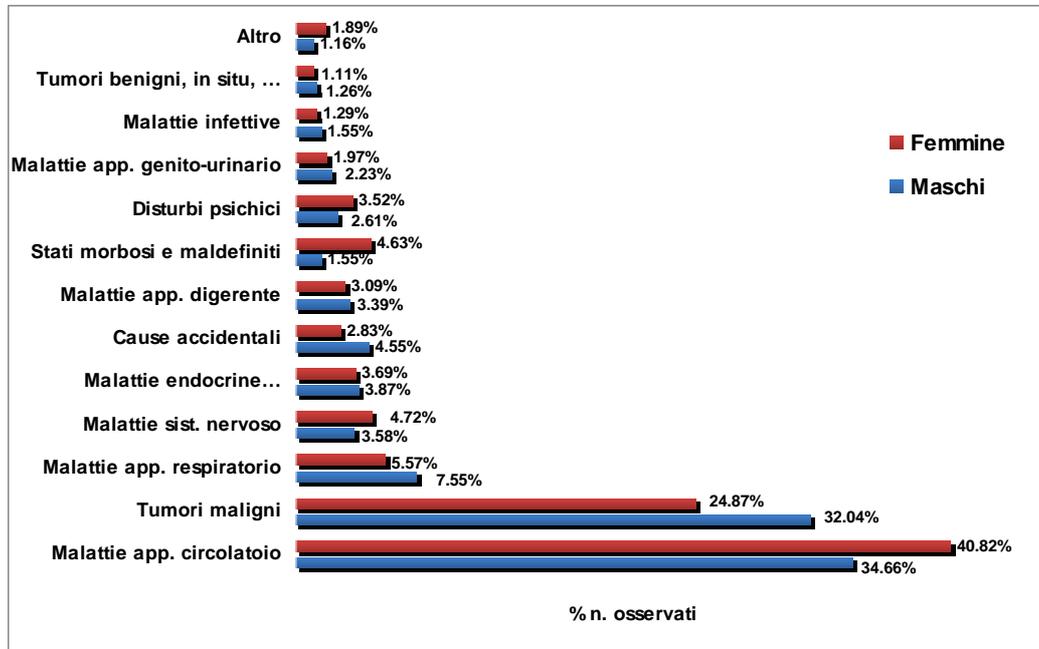




Figura 1.10. Mortalità percentuale per cause maschi/femmine – ASL Vercelli – Anno 2012



NOTA: considerando la popolazione maschile, fra le malattie dell'apparato cardiocircolatorio, le cause di morte più frequenti risultano le malattie ischemiche del cuore, sia in Regione Piemonte sia nella ASL VC. Nella popolazione femminile prevalgono invece le malattie cerebrovascolari.

**Tabella 1.4 Mortalità per malattie dell'apparato cardiocircolatorio - Regione Piemonte, ASL VC, Distretti - Maschi - Anno 2012**

Malattie cardiocircolatorie	Osservati	Tasso grezzo	TS	SMR	IcI - SMR	IcS - SMR
Regione	7 867	372.74	187.47	100.00	97.80	102.24
ASL	358	428.94	190.47	103.71	93.22	115.05
Distretto Vercelli	209	424.34	190.79	103.62	90.02	118.70
Distretto Valsesia	266	499.86	125.04	95.85	84.65	108.11

LEGENDA.

TS: tasso standardizzato; SMR: rapporto standardizzato di mortalità; IcI: intervallo di confidenza inferiore; IcS: intervallo di confidenza superiore. **Non si osservano differenze statisticamente significative****Tabella 1.5 Mortalità per malattie dell'apparato cardiocircolatorio - Regione Piemonte, ASL VC, Distretti - Femmine - Anno 2012**

Malattie cardiocircolatorie	Osservati	Tasso grezzo	TS	SMR	IcI - SMR	IcS - SMR
Regione	10 476	462.83	124.52	100.00	98.09	101.94
ASL	476	527.97	128.04	96.29	87.82	105.36
Distretto Vercelli	266	499.86	125.04	95.85	84.65	108.11
Distretto Valsesia	210	568.46	132.51	96.85	84.17	110.91

LEGENDA.

TS: tasso standardizzato; SMR: rapporto standardizzato di mortalità; IcI: intervallo di confidenza inferiore; IcS: intervallo di confidenza superiore. **Non si osservano differenze statisticamente significative**

**Tabella 1.6 Mortalità per tumori maligni – Regione Piemonte, ASL VC, Distretti – Maschi – Anno 2012**

Tumori maligni Maschi	Osservati	Tasso grezzo	TS	SMR	IcI - SMR	IcS - SMR
Regione Piemonte	7 910	374.78	204.90	100.00	97.80	102.23
ASL	331	396.59	197.49	98.60	88.24	109.84
Distretto Vercelli	176	357.34	182.29	90.16	77.31	104.54
Distretto Valsesia	155	453.11	218.42	110.32	93.60	129.16

LEGENDA

TS: tasso standardizzato; SMR: rapporto standardizzato di mortalità; IcI: intervallo di confidenza inferiore; IcS: intervallo di confidenza superiore. Non si osservano differenze statisticamente significative**Tabella 1.7 Mortalità per tumori maligni – Regione Piemonte, ASL VC, Distretti – Femmine – Anno 2012**

Tumori maligni Femmine	Osservati	Tasso grezzo	TS	SMR	IcI - SMR	IcS - SMR
Regione Piemonte	6 249	276.08	124.04	100.00	97.53	102.52
ASL	290	321.66	129.76	104.74	93.01	117.54
Distretto Vercelli	168	315.70	133.11	105.15	89.82	122.34
Distretto Valsesia	122	330.25	125.34	104.19	86.49	124.45

LEGENDA.

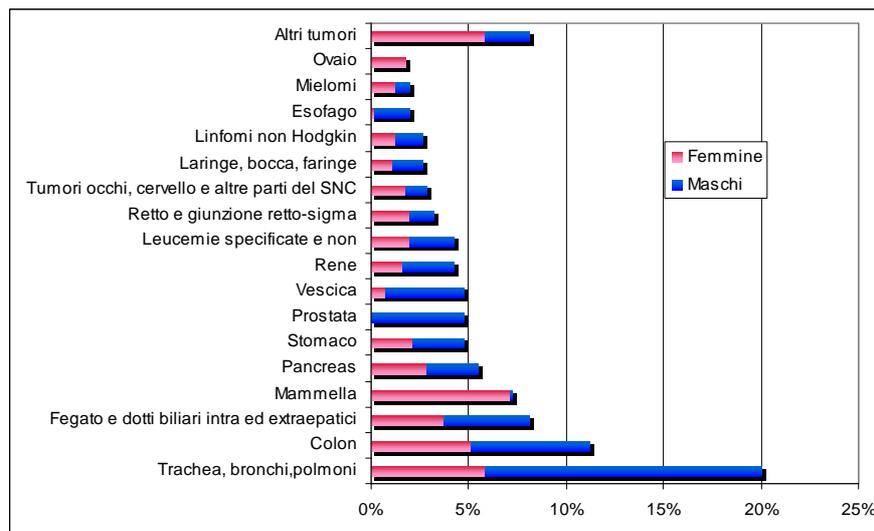
TS: tasso standardizzato; SMR: rapporto standardizzato di mortalità; IcI: intervallo di confidenza inferiore; IcS: intervallo di confidenza superiore. Non si osservano differenze statisticamente significative



Tabella 1.8 Mortalità percentuale per sede e per sesso calcolata sul totale dei tumori maligni – ASL VC – Anno 2011 (in ordine decrescente a livello complessivo, maschi+femine)

Sede tumore	Femmine	Maschi
Trachea, bronchi, polmoni	5,84%	14,16%
Colon	5,13%	6,02%
Fegato e dotti biliari intra ed extraepatici	3,72%	4,42%
Mammella	7,08%	0,18%
Pancreas	2,83%	2,65%
Stomaco	2,12%	2,65%
Prostata	0,00%	4,78%
Vescica	0,71%	4,07%
Rene	1,59%	2,65%
Leucemie specificate e non	1,95%	2,30%
Retto e giunzione retto-sigma	1,95%	1,24%
Tumori occhi, cervello e altre parti del SNC	1,77%	1,06%
Laringe, bocca, faringe	1,06%	1,59%
Linfomi non Hodgkin	1,24%	1,42%
Esofago	0,18%	1,77%
Mielomi	1,24%	0,71%
Ovaio	1,77%	0,00%
Altri tumori	5,84%	2,30%

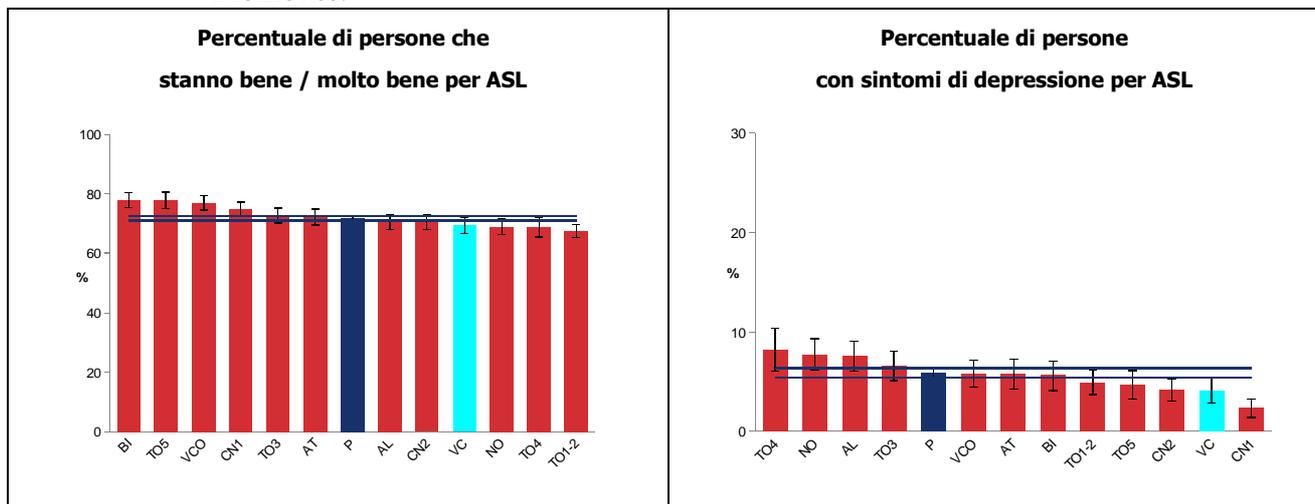
Figura 1.11. Mortalità percentuale per tumori maligni per sede – ASL VC – Anno 2012





STILI DI VITA - DATI DI DETTAGLIO¹⁴

Figura. 1.12 Sorveglianza PASSI 2011-2014. Percezione dello stato di salute in Regione Piemonte.



NOTA: La Sorveglianza Passi, nella ASL di Vercelli nel periodo 2001-2014, per quanto riguarda la “percezione del proprio stato di salute”, rileva che il 69,3% (IC95% 66,5-72,1) del campione di popolazione intervistato fra i 18 e i 69 anni d’età, rappresentativo della popolazione residente ritiene “buona/molto buona” la propria condizione di salute, percentuale fra le più basse a livello regionale (Piemonte 71,7% con IC95% 70,9-72,6). Per quanto riguarda la “salute mentale” il 4,1% (IC95% 2,8-5,4) il campione riferisce di aver avuto “sintomi di depressione nelle due ultime settimane”, percentuale significativamente più bassa di quella del pool regionale (Piemonte 5,9% con IC95% 5,4-6,4).

¹⁴ NOTA: Maggiori dettagli sono disponibili nei report aziendali Passi.

**Tabella 1.9 - Sorveglianza PASSI 2011-2014. Principali indicatori dello stile di vita.**

Indicatore	ASL VC	Regione Piemonte
Livello di attività fisica: percentuale di sedentari	30,5% (IC _{95%} 27,7-33,5)	30,4% (IC _{95%} 29,5-31,3)
Abitudine al fumo: percentuale di fumatori	27,2% (IC _{95%} 25,4-27,2)	26,3 (IC _{95%} 25,4-27,2)
Situazione nutrizionale: percentuale di persone in eccesso ponderale (sovrappeso e obesità)	35,1% (IC _{95%} 32,3-38,1)	36,3 (IC _{95%} 35,4-37,2)
Consumo di frutta e verdura: percentuale di persone che consumano almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno (five a day)	8,9% (IC _{95%} 7,2-10,8)	11,4% (IC _{95%} 10,8-12,1)
Bevitori a rischio: percentuale di bevitori a rischio (Nuova definizione INRAN)	18,6% (IC _{95%} 16,1-21,0)	18,4% (IC _{95%} 17,6-19,1)

NOTE:

L'unico valore osservato che differisce in modo statisticamente significativo rispetto al pool regionale è quello relativo al consumo di frutta e verdura, in cui solo l'8,9% (IC_{95%} 7,2-10,8) degli intervistati dell'ASL VC aderisce alle raccomandazioni internazionali consumandone cinque volte al giorno ("five a day").

Per "consumo di alcol a maggior rischio" si intende: consumo abituale elevato (per gli uomini pari a più di 2 unità alcoliche medie giornaliere, corrispondenti a più di 60 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni, e per le donne pari a più di 1 unità alcolica media giornaliera, corrispondente a più di 30 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni); consumo binge (consumo, almeno una volta negli ultimi 30 giorni, di 5 o più (per gli uomini) o 4 o più (per le donne) unità alcoliche in una singola occasione); consumo esclusivamente o prevalentemente fuori pasto. Coloro che dichiarano di aver guidato dopo aver bevuto 2 unità alcoliche nell'ora precedente, nella ASL VC, sono pari al 9,1% (IC_{95%} 6,8-11,4) percentuale molto prossima a quella del pool di ASL (Piemonte 9,2% con IC_{95%} 8,4-9,94) (tab. 1.9 e fig. 1.13).



Figura. 1.13 Sorveglianza PASSI 2011-2014. Frequenze degli Stili di vita in Regione Piemonte.

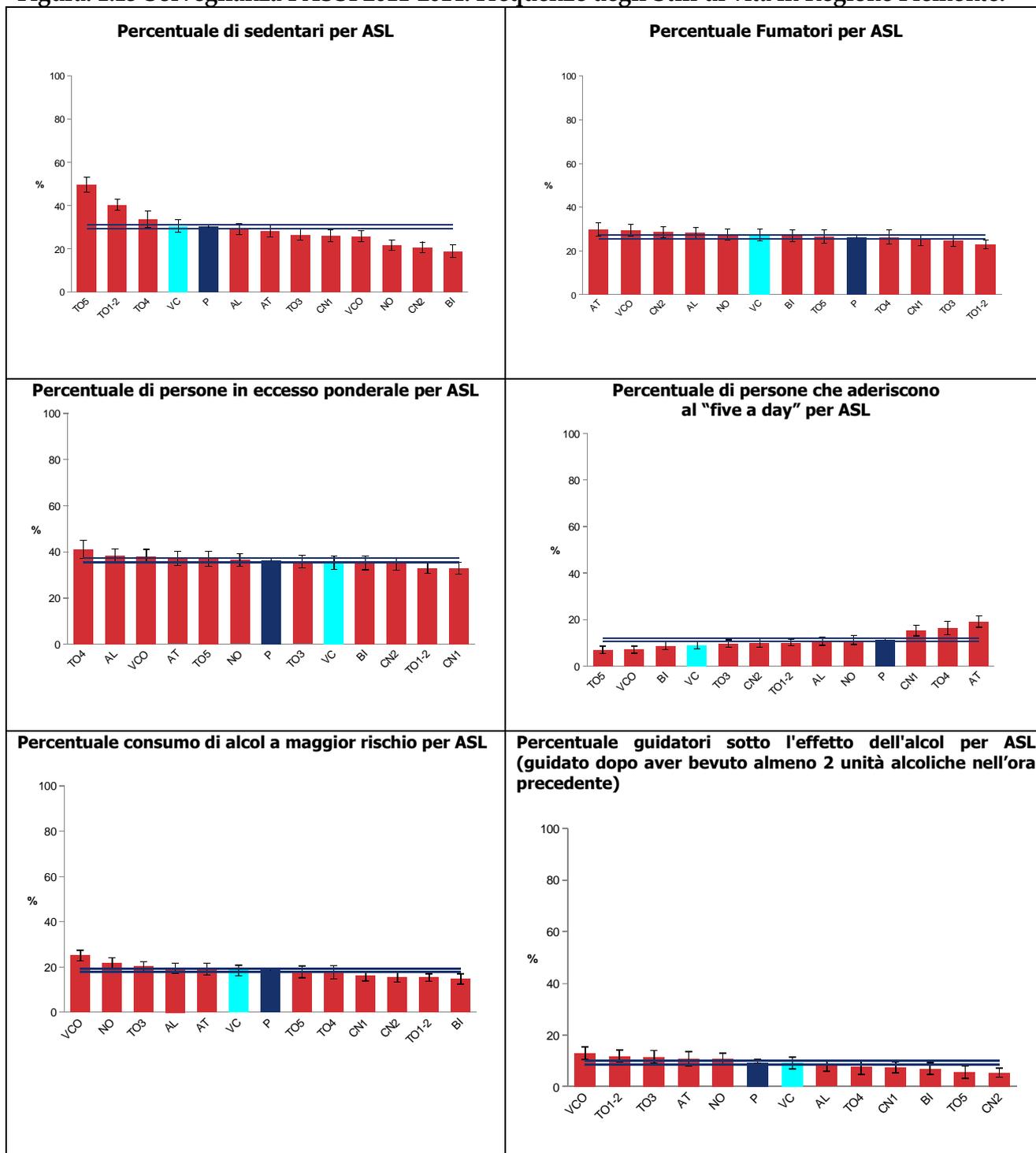
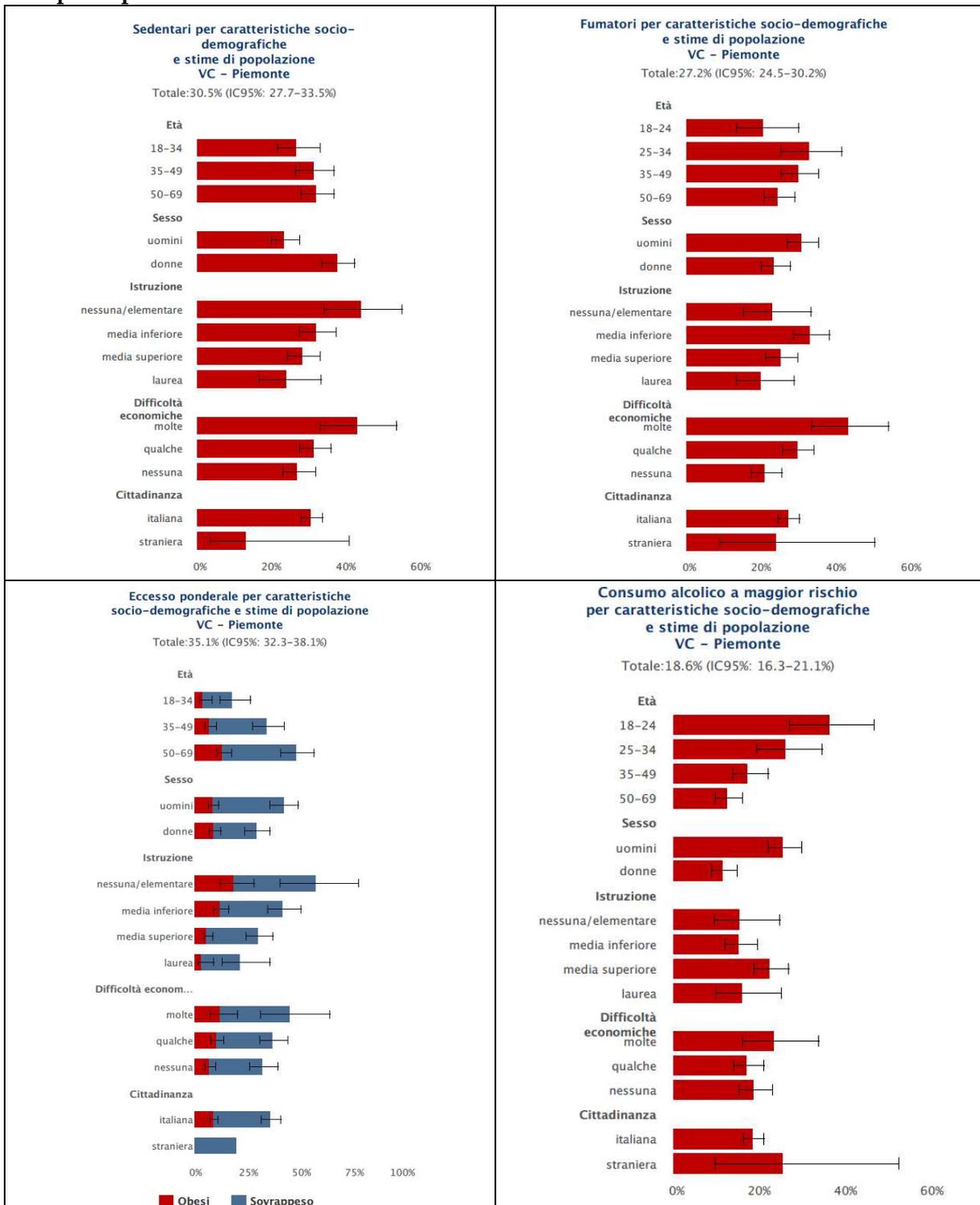




Figura. 1.14 Sorveglianza PASSI 2011-2014. Distribuzione per caratteristiche socio-demografiche dei principali fattori di rischio nella ASL VC.





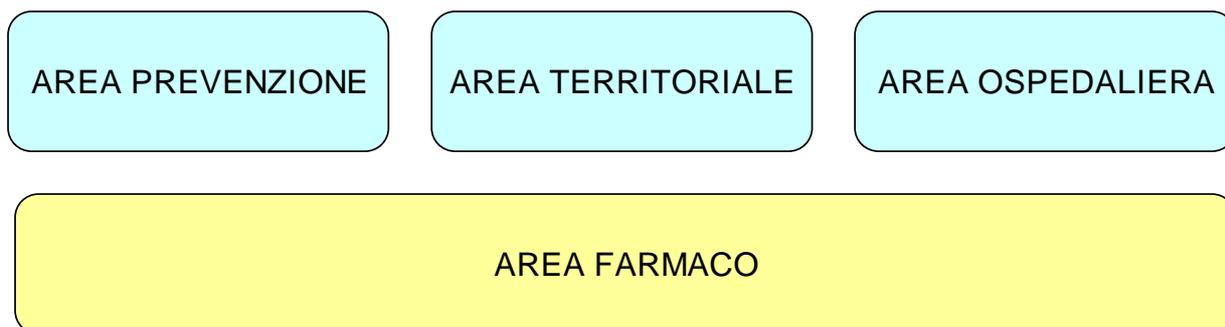
1.3 L'organizzazione aziendale

In coerenza con gli atti della programmazione regionale¹⁵ l'ASL VC ha proceduto nel 2015 con ridefinizione del proprio assetto organizzativo attraverso l'adozione del nuovo Atto Aziendale¹⁶, recepito in via definitiva a livello regionale con DGR n. 53-2487 del 23.11.2015.

La nuova articolazione aziendale prevede la completa rideterminazione delle strutture operative, Complesse, Semplici e Semplici Dipartimentali per ciascuna area omogenea, stabilimento e specialità. Il processo di messa a regime della nuova organizzazione, avviato a fine 2015, si completerà entro il 31 dicembre 2016.

Nel nuovo Atto Aziendale la macro articolazione è imperniata sulle aree di attività riconducibili ai tre livelli essenziali di assistenza distrettuale, ospedaliera, collettiva a cui si aggiunge un'area trasversale di governo del farmaco (Fig. 1).

Figura 1.15 Macroaree di attività aziendali (estratto dalla DDG n. 817/2015).



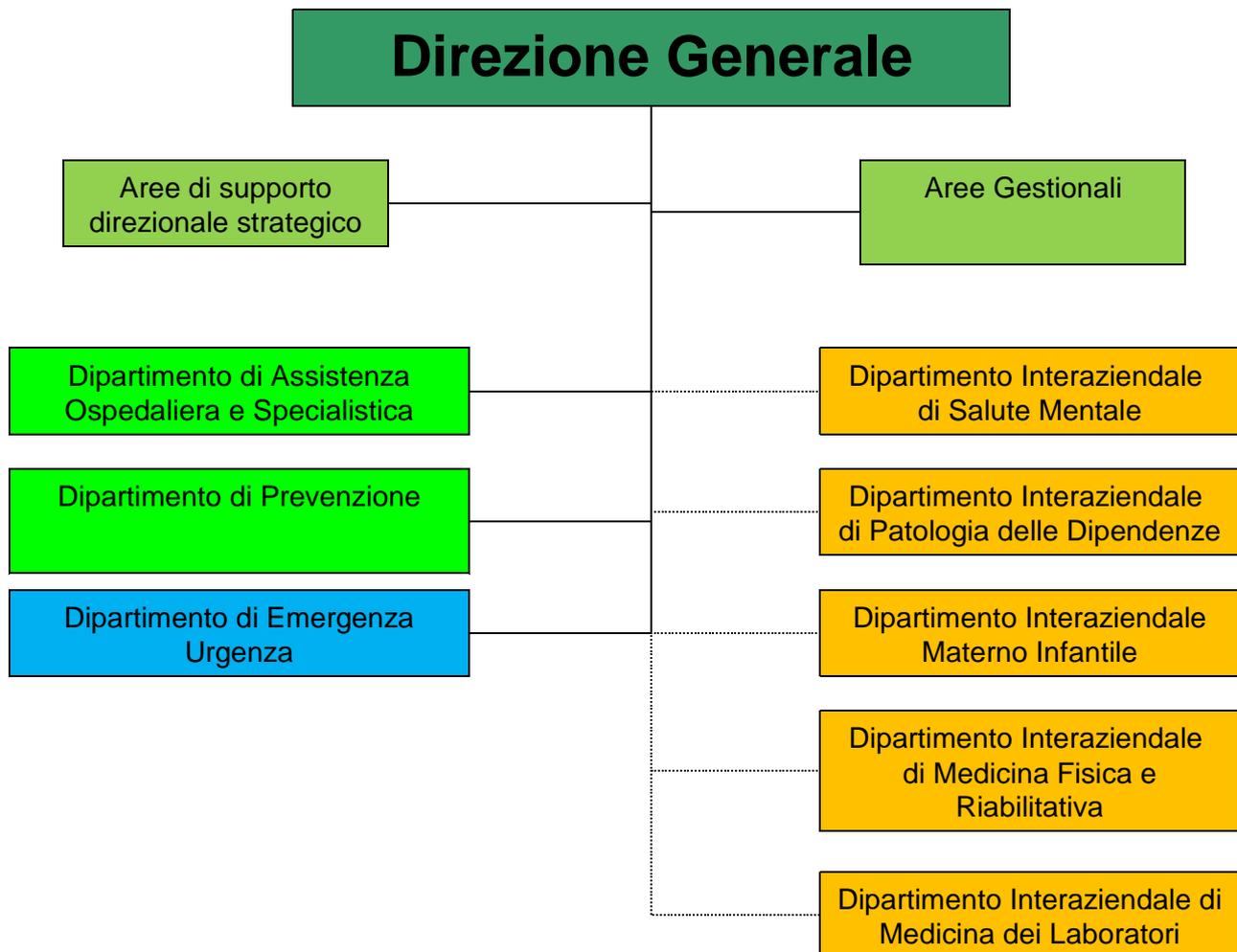
A livello gestionale la Direzione si avvale di un'organizzazione strutturata in 8 Dipartimenti, di cui 5 interaziendali, in Aree di supporto strategico e in Aree Gestionali (fig. 1.16).

¹⁵ DD.GG.RR. 1-600/2014 e 1-924/2015; 26-1353/2015

¹⁶ Deliberazione del Direttore Generale n. 817 del 30.10.2015



Figura 1.16 Organigramma delle funzioni di vertice (estratto dalla DDG n. 817/2015).



Lo svolgimento delle funzioni direzionali è inoltre supportato dagli organi/organismi previsti (Collegio di Direzione, Collegio Sindacale, Consiglio dei Sanitari, Conferenza dei Sindaci, Comitato Etico interaziendale, Organismo Indipendente di Valutazione, Comitato Unico di garanzia), nonché dalle seguenti funzioni aziendali: Servizio Ispettivo Aziendale, Ufficio Disciplinare, Anticorruzione, Trasparenza.

Rispetto alle strutture attive al 31/12/2014 (49 strutture complesse e 50 strutture semplici dipartimentali e non dipartimentali¹⁷) il nuovo atto aziendale prevede che siano operative n. 40 strutture complesse e n. 43 strutture semplici complessivamente.

¹⁷ FONTE: SS Performance e Valutazione 16.6.2016. Nota: Per attive si intendono le strutture effettivamente funzionanti e provviste di responsabile o facente funzione.



2. IL RENDICONTO ECONOMICO

L'analisi economica per livelli di assistenza (LEA)

La Costituzione all'art. 11, comma m, prevede che tra le competenze legislative esclusive dello Stato vi sia la "definizione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali da garantire su tutto il territorio nazionale".

In ambito sanitario viene data attuazione a questo dettato attraverso la definizione dei "livelli essenziali di assistenza", ovvero delle prestazioni minime garantite al cittadino dal Sistema Sanitario.

I macro livelli di assistenza che le ASL devono garantire sono sotto riportati (tab. 2.1).

Tabella 2.1 Percentuale di risorse economiche assegnate ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA - Regione Piemonte)

Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) ¹⁸	% consumo atteso di risorse economiche ¹⁹
ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO	
Comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività ed ai singoli (tutela dagli effetti dell'inquinamento, dai rischi infortunistici negli ambienti di lavoro, sanità veterinaria, tutela degli alimenti, profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce, medicina legale)	5%
ASSISTENZA DISTRETTUALE	
Comprende le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio, dalla medicina di base all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi ai servizi territoriali consultoriali (consultori familiari, Ser.D., servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili, ecc.), alle strutture semiresidenziali e residenziali (residenze per gli anziani e i disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche).	51%
ASSISTENZA OSPEDALIERA	
Comprende l'assistenza ospedaliera, in pronto soccorso, in ricovero ordinario, in day hospital e day surgery, in strutture per la lungodegenza e la riabilitazione	44%

La ripartizione della spesa per i livelli di assistenza relativa dell'ASL VC è illustrata nelle figure che seguono.

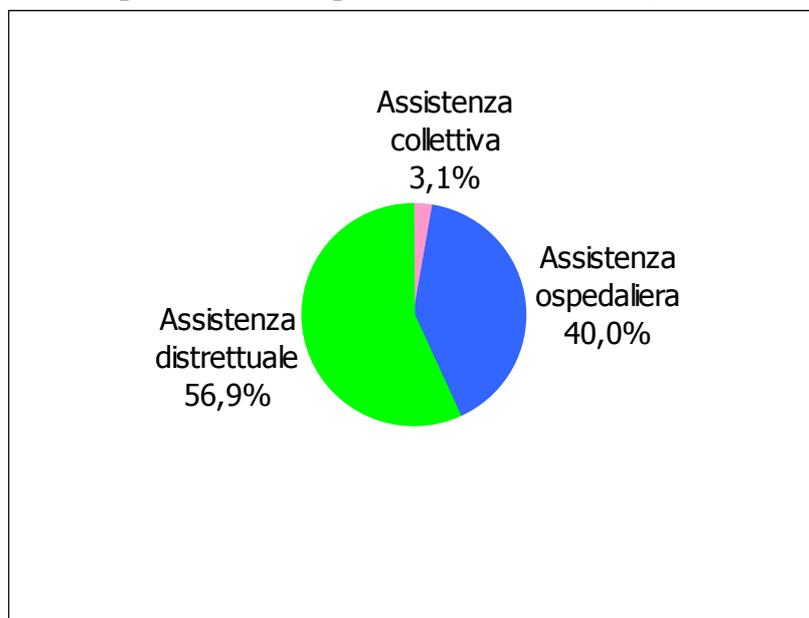
¹⁸ Definizioni tratte dal sito web del Ministero della Salute al 20.6.2015 sulla base del DPCM del 29 novembre 2001, e s.m.i.

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1300&area=programmazioneSanitariaLea&menu=lea

¹⁹ La % effettiva di riparto a livello aziendale non è attualmente determinabile. Viene riportata la proporzione di riparto utilizzata a livello nazionale come riferimento: 5%, 51%, 44%, ripresa dalla DGR n. 34-2054 del 1.09.2015 "Presa d'atto delle disponibilità finanziarie provvisorie di parte corrente per il Servizio sanitario regionale relative all'esercizio 2015 e determinazione delle risorse da assegnare agli Enti del SSR ai fini degli obiettivi economico-finanziari per l'anno 2015." e s.m.i.

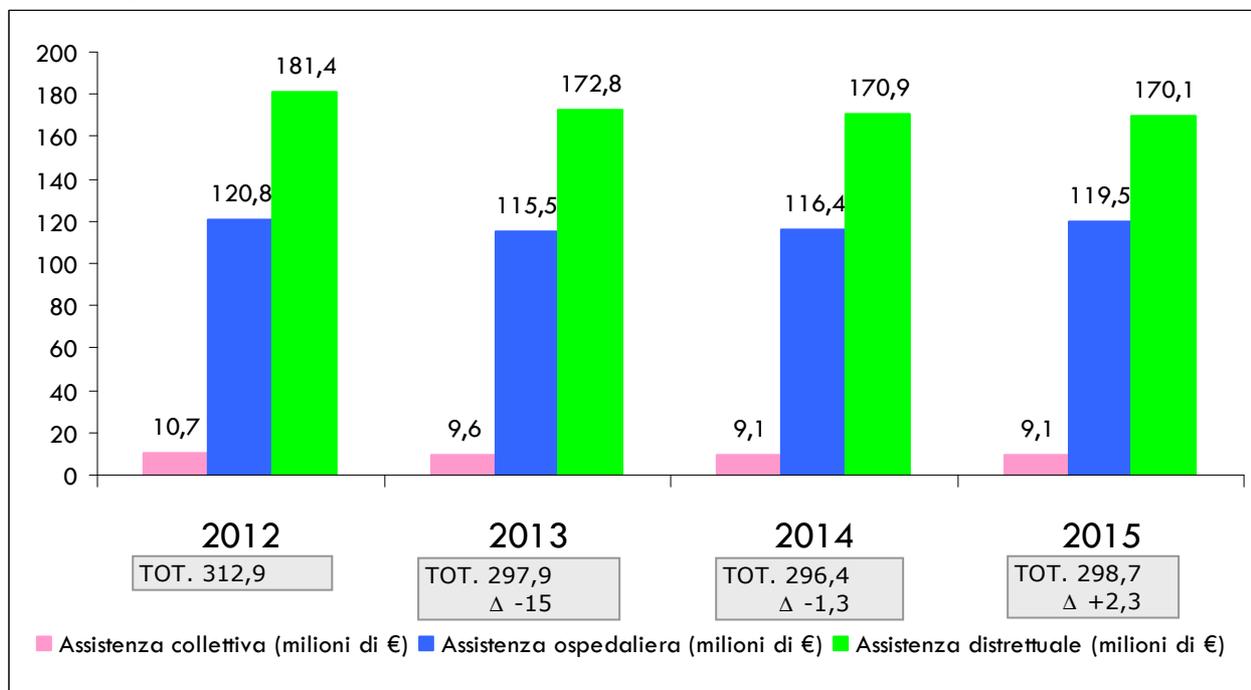


Figura 2.1 Ripartizione delle attività di assistenza per percentuale di spesa in milioni di euro (2015)



Fonte: PIA (SC Programmazione e controllo di gestione 7.6.2016)

Figura 2.2 Ripartizione della spesa in attività di assistenza nel periodo 20012-2015



Fonte: PIA (SC Programmazione e controllo di gestione 7.6.2016)



A.S.L. VC

Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284

www.aslvc.piemonte.it

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

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

Nell'anno 2015 si è registrato un incremento dei costi globali per l'assistenza pari a 2.279.490€, passando da 296.428.370 € nel 2013 a 298.707.860 € nel 2015.

Tale incremento ha riguardato l'assistenza ospedaliera e ha in parte riequilibrato l'allocazione percentuale osservata delle risorse economiche nei tre LEA rispetto a quanto atteso (atteso: 4% per l'assistenza collettiva; 44% per l'assistenza ospedaliera e 52% per l'assistenza distrettuale) (tabella 2.2)

Rispetto all'anno precedente si è verificata una contrazione dei costi destinati ai macro livelli distrettuale e dell'assistenza collettiva, e una parallela riallocazione delle risorse tra i sottolivelli.

A questo riguardo, ad esempio, nel macrolivello Assistenza Collettiva, che complessivamente ha consumato meno risorse, risultano incrementati gli investimenti nei sotto settori riguardanti l'Igiene e Sanità Pubblica, l'attività di screening e l'attività epidemiologica.

Nel Macrolivello Assistenza Distrettuale, che presenta complessivamente costi inferiori rispetto all'anno precedente, sono state incrementate le risorse destinate ai pazienti anziani, psichiatrici e affetti da dipendenze.

In particolare, come riportato da pag. 9 dell'allegato 2, si evidenzia un incremento dell'assistenza agli anziani in termini di giornate di assistenza residenziale (RSA, + 10.0059 giornate rispetto al 2014) e di continuità assistenziale (+1.008 giornate rispetto al 2014) e un incremento dell'assistenza in semiresidenzialità a favore dei pazienti psichiatrici come risultato dell'attività di rivalutazione dei pazienti ed appropriata rimodulazione dei piani terapeutici-riabilitativi (+11.522 giornate in semiresidenzialità rispetto al 2014).

**Tabella 2.2 Costo per Livello Essenziale di Assistenza (LEA)**

Codice	Livello	Costo per livello				Incidenza % su costo totale			
		2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
Z391	Ma - Igiene e Sanità Pubblica	4.081.012	3.548.378	3.655.428	3.770.674				
Z392	Mb - Veterinaria	3.722.896	3.424.626	3.453.621	3.394.442				
Z393	Mc - Centri Multizonali veterinari PMPV				0				
Z394	Md - Centri Multizonali epidemiologia Sepi	177.755	152.458	130.034	164.814				
Z396	Jb - Medicina del lavoro				0				
Z397	N - Medicina Legale	1.359.282	1.227.340	990.098	877.867				
Z398	O - Screening	1.381.110	1.268.800	909.320	910.108				
Z399	P - Totale Assistenza Collettiva	10.722.055	9.621.603	9.138.501	9.117.906	3,4%	3,2%	3,1%	3,1%
Z400	Q - Medicina di base	20.259.867	21.248.818	20.939.347	20.526.537				
Z401	R - Assistenza Farmaceutica tot.	46.485.927	47.792.771	45.926.153	46.719.276				
Z402	T - Assistenza specialistica (compreso C2)	62.347.305	56.952.415	60.875.022	60.859.714				
Z403	Ua - Assistenza distrettuale SERD	1.881.147	1.928.728	2.045.000	2.130.005				
Z404	Ub - Assistenza distrettuale DSM	7.073.909	6.509.029	5.358.184	6.094.303				
Z405	Va - Assistenza distrettuale Anziani	19.830.922	17.326.750	17.418.154	18.294.515				
Z406	Vb - Assistenza distrettuale Materno-Infantile	1.854.255	1.511.097	1.401.319	1.147.944				
Z407	Vc - Assistenza distrettuale Disabili	5.114.401	5.091.349	5.277.376	4.878.905				
Z408	Vd - Assistenza distrettuale 118	7.706.273	6.083.356	2.713.390	179.843				
Z409	V - Altra Assistenza distrettuale	8.867.655	8.366.137	8.912.172	9.272.410				
Z410	W - Totale Assistenza distrettuale	181.421.661	172.810.450	170.866.116	170.103.451	58,0%	58,0%	57,6%	56,9%
Z411	I - Costi strutturali DEA	9.815.653	9.321.025	9.995.093	8.747.824				
Z412	Ricoveri ordinari e diurni	111.003.252	106.161.541	106.428.659	110.738.679				
Z413	X - Totale Assistenza Ospedaliera	120.818.905	115.482.567	116.423.753	119.486.504	38,6%	38,8%	39,3%	40,0%
Z418	Totale	312.962.621	297.914.620	296.428.370	298.707.860				
	Totale al netto di Z409 Vd - Assistenza distrettuale 118	305.256.348	291.831.264	293.714.980	298.528.017				

Fonte: SC Programmazione e controllo di gestione 7.06.2016



L'equilibrio economico

Il bilancio e la contabilità dell'ASL Vercelli sono gestiti in ottemperanza ai criteri e alle disposizioni regionali vigenti.

L'Azienda Sanitaria Locale "VC" chiude l'esercizio 2015 con una perdita pari a € 516.979,48= per le motivazioni meglio dettagliate qui di seguito:

- ante approvazione D.G.R. n. 44-3352 del 23.05.2016 l'Azienda Sanitaria Locale "VC" presentava un pareggio di bilancio;
- con l'approvazione della D.G.R. n. 44-3352 del 23.05.2016 è stata ridotta (rispetto all'importo assegnato con D.G.R. di cui al punto j) (n. 35-3152 dell'11.04.2016) la quota relativa ai Contributi Extra Fondo Sanitario Regionale per l'importo complessivo di euro 516.979,00= (così composta: euro 180.076,00= relativa a "Ulteriore contributo regionale finalizzato alla copertura della legge 210/92" ed euro 336.903,00= relativa a "Riduzione per i contributi regionali finalizzati agli ulteriori interventi e servizi destinati a soggetti in condizione di specifiche fragilità sociali che sono stati impegnati in CoFi nell'esercizio 2016 (Quota parte degli importi riportati nella DD n.925-A1407A del 30.12.2015)";
- l'applicazione della D.G.R. n. 44-3352 del 23.05.2016 ha comportato pertanto una modifica sul risultato di esercizio con una perdita di euro 516.979,00=, pari al minor contributo erogato.

A pagina 32 viene riportato il Bilancio di esercizio che evidenzia la tipologia di costi sostenuti e il valore prodotto (tab. 2.3). Tutti i valori riportati si intendono espressi in migliaia di €.

Sono sostanzialmente confermati anche per il 2015 i costi sostenuti dall'ASL VC in merito alle prestazioni EXTRA LEA relativi al settore sociale per l'erogazione e l'acquisto di prestazioni non sanitarie, infine finanziati dalla Regione per un importo a consuntivo di € **1.392.196,00=**.

Come si evince dall'indicatore annuale dei tempi medi di pagamento anno 2015, le fatture, nel corso dell'anno 2015, sono state mediamente pagate a 200 (duecento) giorni data fattura. Ciò ha determinato la maturazione di interessi di mora con contestuale richiesta della corresponsione degli stessi da parte delle ditte fornitrici. I fornitori, soprattutto quelli di grosse dimensioni con un potere contrattuale forte, non sono più disponibili a transare sulla sola parte capitale, a fronte dell'abbattimento delle fatture emesse per gli interessi. A far data dall'anno 2015, in particolare per le fatture oggetto di cessione di credito, le società di factoring richiedono la corresponsione degli interessi moratori, in toto o parte di essi. In mancanza di accordo transattivo con l'azienda, la politica sempre più aggressiva dei factor ha condotto all'emissione e al contestuale pagamento di decreti ingiuntivi.

(Si evidenzia per l'anno 2016, un miglioramento relativo all'erogazione mensile di cassa da parte della Regione Piemonte, ciò che consente una lieve riduzione dei tempi medi di pagamento delle ditte fornitrici, che alla data della presente relazione si attesta attorno ai 150 gg.)

**Tabella 2.3 Bilancio di esercizio anno 2014, 2015 e preventivo anno 2016**

ID	CONTO ECONOMICO	ANNO 2014 CONSUNTIVO (€/1000)	ANNO 2015 CONSUNTIVO (€/1000)	DIFFERENZA 2015 - 2014 (€/1000)	PREV 2016 PREVENTIVO (€/1000)
A1.1	Contributi F.S.R. indistinto	296.333	297.456	1.123	290.004
A1.2	Contributi F.S.R. vincolato	5.707	3.600	-2.107	4.500
A1	Contributi F.S.R.	302.040	301.056	-984	294.504
A2.1	Saldo mobilità in compensazione infra	-20.014	-20.239	-225	-20.671
A2.2	Saldo mobilità non in compensazione infra	-371	-1.022	-651	-337
A2.3	Saldo mobilità in compensazione extra	-7.320	-9.224	-1.904	-6.628
A2.4	Saldo mobilità non in compensazione extra	-11	-7	4	-10
A2.5	Saldo infragruppo regionale	-2.894	-3.955	-1.061	-5.112
A2.6	Saldo mobilità internazionale	0	0	0	0
A2	Saldo Mobilità	-30.610	-34.447	-3.837	-32.758
A3.1a	Ulteriori Trasferimenti Pubblici - Ministero	0	0	0	0
A3.1b	Ulteriori Trasferimenti Pubblici - Regione o Provincia Autonoma	2.930	2.634	-296	960
A3.1c	Ulteriori Trasferimenti Pubblici - Altro	257	154	-103	251
A3.1	Ulteriori Trasferimenti Pubblici	3.187	2.788	-399	1.211
A3.2	Ticket	5.814	4.982	-832	4.946
A3.3	Altre Entrate Proprie	3.791	6.168	2.377	3.004
A3	Entrate Proprie	12.792	13.938	1.146	9.161
A4.1	Ricavi Intramoenia	2.166	2.284	118	1.984
A4.2	Costi Intramoenia	1.970	1.939	-31	1.774
A4	Saldo Intramoenia	196	345	149	210
A5.1	Rettifica contributi F.S.R. per destinazione ad investimenti	-1.873	-2.127	-254	-1.847
A5.2	Rettifica ulteriori Trasferimenti Pubblici per destinazione ad investimenti	0	0	0	0
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-1.873	-2.127	-254	-1.847
A6.1	Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	272	266	-6	369
A6.2	Accantonamenti per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizio in corso	271	112	-159	0
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	1	154	153	369
A	Totale Ricavi Netti	282.546	278.919	-3.627	269.639
B1.1a	Personale Sanitario - Dipendente	82.768	81.358	-1.410	81.150
B1.1b	Personale Non Sanitario - Dipendente	238	119	-119	119
B1.1	Personale Sanitario	83.006	81.477	-1.529	81.269
B1.2a	Personale Non Sanitario - Dipendente	22.429	22.022	-407	21.952
B1.2b	Personale Non Sanitario - Non Dipendente	0	0	0	0
B1.2	Personale Non Sanitario	22.429	22.022	-407	21.952
B1	Personale	105.435	103.499	-1.936	103.221
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	16.069	17.404	1.335	16.170
B3.1	Altri Beni Sanitari	18.836	18.899	63	18.643
B3.2	Beni Non Sanitari	2.883	2.252	-631	2.421



ID	CONTO ECONOMICO	ANNO 2014 CONSUNTIVO (€/1000)	ANNO 2015 CONSUNTIVO (€/1000)	DIFFERENZA 2015 - 2014 (€/1000)	PREV 2016 PREVENTIVO (€/1000)
B3.3a.1	Pulizia, Riscaldamento e Smaltimento rifiuti	4.141	4.077	-64	3.920
B3.3a.2	Manutenzioni e riparazioni	4.642	4.669	27	4.474
B3.3a.3	Altri servizi appaltati	4.620	4.579	-41	4.603
B3.3a	Servizi Appalti	13.403	13.325	-78	12.997
B3.3b	Servizi Utenze	3.390	3.276	-114	3.255
B3.3c	Consulenze	1.422	1.447	25	1.536
B3.3d	Rimborsi, Assegni e Contributi	2.043	2.017	-26	1.436
B3.3e	Premi di assicurazione	1.726	2.111	385	2.215
B3.3f	Altri Servizi Sanitari e Non	3.656	4.001	345	3.578
B3.3g	Godimento Beni di Terzi	3.184	3.315	131	3.290
B3.3	Servizi	28.824	29.492	668	28.307
B3	Altri Beni e Servizi	50.543	50.643	100	49.371
B4.1	Ammortamenti e Sterilizzazioni	1.140	960	-180	1.140
B4.2	Costi Sostenuti in Economia	0	0	0	0
B4	Ammortamenti e Costi Capitalizzati	1.140	960	-180	1.140
B5	Accantonamenti	3.223	3.082	-141	2.320
B6	Variazione Rimanenze	414	295	-119	0
B	Totale Costi Interni	176.824	175.883	-941	172.222
C1	Medicina Di Base	20.294	19.664	-630	20.580
C2	Farmaceutica Convenzionata	26.505	26.283	-222	24.755
C3.1	Prestazioni da Privato - Ospedaliera	18.031	17.130	-901	18.332
C3.2a	Prestazioni da Privato - Ambulatoriale (assistenza specialistica)	5.790	5.273	-517	5.237
C3.2b	Prestazioni da Sumaisti	1.713	1.637	-76	1.740
C3.2	Prestazioni da Privato - Ambulatoriale	7.503	6.910	-593	6.977
C33	Prestazioni da Privato - Riabilitazione Extra Ospedaliera	4.194	4.386	192	3.959
C34a	Trasporti Sanitari Da Privato	555	608	53	546
C34b	Assistenza Integrativa e Protesica da Privato	3.834	4.025	191	3.659
C3.4c.1	Assistenza Psichiatrica Residenziale e Semiresidenziale da Privato	2.547	2.655	108	1.816
C3.4c.2	Distribuzione di Farmaci e File F da Privato	682	812	130	801
C3.4c.3	Assistenza Termale da Privato	0	0	0	0
C3.4c.4	Prestazioni Socio-Sanitarie da Privato	14.215	14.762	547	14.860
C3.4c	Prestazioni da Privato - Altro	17.444	18.229	785	17.477
C34	Altre Prestazioni da Privato	21.833	22.862	1.029	21.682
C3	Prestazioni da Privato	51.561	51.288	-273	50.950
C	Totale Costi Esterni	98.360	97.235	-1.125	96.285
D	Totale Costi Operativi (B+C)	275.184	273.118	-2.066	268.507



ID	CONTO ECONOMICO	ANNO 2014 CONSUNTIVO (€/1000)	ANNO 2015 CONSUNTIVO (€/1000)	DIFFERENZA 2015 - 2014 (€/1000)	PREV 2016 PREVENTIVO (€/1000)
E	Margine Operativo (A-D)	7.362	5.801	-1.561	1.132
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie	1	-1	-2	0
F2	Saldo Gestione Finanziaria	1.451	887	-564	827
F3	Oneri Fiscali	8.246	8.230	-16	8.344
F4.1	Componenti Straordinarie Attive	2.752	3.739	987	385
F4.2	Componenti Straordinarie Passive	418	939	521	0
F4	Saldo Gestione Straordinaria	-2.334	-2.800	-466	-385
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	7.364	6.316	-1.048	8.786
G	Risultato Economico (E-F)	-2	-515	-513	-7.654
H	Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	0	0	0	0
I	Risultato Economico con risorse aggiuntive LEA (G+H)	-2	-515	-513	-7.654

Fonte: dati estratti dalla procedura FEC (Flussi Economici Contabili) della Regione Piemonte (SC Politiche e gestione delle risorse economiche, 22.6.2015).



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

OSSERVAZIONI

In attuazione del D.Lgs. 118/2011, della L. 228 del 24.12.2012, art. 1 comma 36, e della casistica applicativa, dall'anno 2012 la quota di finanziamento deve coprire l'onere relativo a tutti gli ammortamenti netti di competenza dell'anno (ammortamenti al netto delle quote di sterilizzazione).

Sono oggetto di sterilizzazione le immobilizzazioni acquistate con contributi in conto capitale statali e regionali, con donazioni vincolate ad investimenti, con il ricavato delle alienazioni patrimoniali (plusvalenze da reinvestire).

La valorizzazione della rettifica dei contributi in c/esercizio per l'acquisizione di cespiti con contributi in conto esercizio (SU BASE ANNUA) nel 2015 è pari ad € 2.127,00=, ripartiti così come segue:

- 20% del valore dei cespiti acquistati nel 2012 (€ 407,00=) per € 81,00=;
- 20% del valore dei cespiti acquistati nel 2013 (€ 709,00=) per € 142,00=;
- 40% del valore dei cespiti acquistati nel 2014 (€ 2.513,00=) per € 1.005,00=;
- 80% del valore dei cespiti acquistati nel 2015 (€ 1.124,00=) per € 899,00=.

(per gli anni successivi la quota di ammortamento si attesta definitivamente nel 100% del valore dei cespiti acquistati nell'anno).



3. I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

3.1 La riorganizzazione delle reti ospedaliera e territoriale

Per dare concreta applicazione alla normativa regionale di riordino delle reti assistenziali²⁰, migliorandone l'integrazione, l'efficienza e l'orientamento verso gli obiettivi di salute, nel 2015 sono stati istituiti dei Gruppi di Progetto Aziendali dalle cui proposte la Direzione ha individuato 7 macroaree di intervento, alcune delle quali a loro volta articolate in sotto-progetti.

Contestualmente la Direzione ha definito la struttura aziendale mediante proprio Atto Aziendale²¹, che di fatto costituisce la cornice all'interno della quale devono essere inseriti i nuovi modelli di funzionamento ospedaliero e territoriale.

Le macroaree di intervento e lo stato di avanzamento al 31.12.2015 sono riportate nelle pagine che seguono.

3.1.1. Macroprogetto "Ospedale"

Sul tema, la Direzione ha costituito un apposito Gruppo di Progetto²² avente il mandato di predisporre una proposta applicativa delle DD.GG.RR. di riordino della Rete Ospedaliera¹⁸, nel rispetto dei principi di equità, sicurezza, prossimità e sostenibilità.

Il gruppo di progetto si è posto l'obiettivo di riorganizzare gli ospedali dell'ASL mantenendo e consolidando i risultati qualitativi raggiunti nel settore dell'assistenza valutando l'attività finora erogata da due Presidi, al fine di rispondere ai bisogni di salute della popolazione residente, continuando a ricercare il miglioramento della qualità dei servizi e a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni, secondo un modello di unitarietà del sistema costituito dai due Presidi, possibile soprattutto attraverso l'integrazione, la formazione continua e l'utilizzo di percorsi condivisi (PDTA).

Al fine di raggiungere l'obiettivo il gruppo di progetto ha deciso di implementare un modello organizzativo per aree omogenee e livelli di assistenza, in linea con le indicazioni regionali contenute nei programmi operativi.

Alla luce di ciò e in considerazione della letteratura disponibile è parso coerente prevedere che tali aree di degenza si articolassero nei seguenti quattro livelli di intensità assistenziale:

1. livello a **bassa** intensità: è relativo alla gestione di paziente clinicamente stabile che non richiede il monitoraggio costante dei parametri vitali e in cui sono prevalenti le attività infermieristiche di base;

²⁰ DGR 1-600/2014, DGR 1-924/2015, DGR 26-1653/2015 sulla base del Decreto Legge n. 95 del 6 luglio 2012 convertito nella Legge n. 135 del 7 agosto 2012

²¹ Delibera del Direttore Generale n. 817 del 29 ottobre 2015

²² Delibere del Direttore Generale n. 582 del 20 luglio 2015 e n. 592 del 22 luglio 2015



2. livello a **media** intensità: consente la gestione di paziente clinicamente stabile che non richiede il monitoraggio costante dei parametri vitali e in cui sono prevalenti le attività infermieristiche di media complessità (definita in relazione al rischio di complicanze);
3. livello ad **alta** intensità: consente la gestione di paziente clinicamente instabile che richiede un monitoraggio costante dei parametri vitali e in cui sono prevalenti le attività infermieristiche ad elevata complessità (definita in relazione al rischio di complicanze);
4. assistenza di tipo **intensivo**: consente la gestione di paziente clinicamente instabile (dipendenza da presidi tecnologici) con alto rischio di complicanze

Il modello organizzativo sotteso sarebbe quindi quello per aree omogenee per intensità clinica e livelli assistenziali, all'interno delle quali vi è un prevalente ambito specialistico.

Le Strutture Complesse specialistiche verranno aggregate per grandi aree omogenee tenendo conto dei livelli omogenei delle prestazioni erogate, sia dal punto di vista dell'intensità clinica, che dei livelli assistenziali, così da garantire sia una migliore distribuzione dei casi mix produttivi (sulla base della vocazione delle singole Strutture), sia la condivisione di conoscenze e buone pratiche e di un livello di assistenza di uguale intensità nella medesima area.

In considerazione del mandato della Direzione, tenuto conto del criterio della prossimità, è stato ritenuto opportuno mantenere l'erogazione di alcune prestazioni presso il Presidio di Borgosesia, anche laddove non fosse più prevista la Struttura formale (es: Urologia e O.R.L.), in quanto, in base alla domanda di salute della popolazione, il trasferimento di questa tipologia di pazienti (prevalentemente anziani e bambini) presso la sede di Vercelli comporterebbe un disagio elevato per i cittadini ed un prevedibile incrementato della mobilità passiva.

Parimenti, tenuto conto dell'età media della popolazione residente nel Distretto Nord dell'Azienda, è stato proposto di fornire la risposta ad un bisogno di salute tipico di tale fascia di popolazione, prevedendo a regime l'effettuazione anche presso il Presidio di Borgosesia degli interventi ambulatoriali di cataratta.

L'Ospedale di Vercelli viene ripensato in relazione alla presenza di alcune attività che vanno a costituire punti cardine del Presidio (chirurgia laparoscopica, dermochirurgia, malattie infettive, trattamento patologie oncologiche per le quali il presidio è stato classificato Hub, Banca del latte umano donato inserita nel più ampio progetto dell'Ospedale "amico del bambino").

In entrambi i Presidi sono stati previsti, anche se con tempistiche di realizzazione diverse, letti di tipo territoriale (CAVS, continuità assistenziale a valenza sanitaria) in grado di poter rispondere alle esigenze della popolazione in modo appropriato e collocati in sedi facilmente raggiungibili.

Il progetto ha iniziato la sua fase di implementazione dal mese di gennaio 2016 e se ne prevede il completamento nel corso del 2016, secondo un piano di riorganizzazione e di intervento che viene costantemente tenuto aggiornato in funzione delle criticità emergenti e delle soluzioni individuate. La dotazione complessiva, a regime (31 dicembre 2016), corrisponde a quella prevista dalla DGR 1 – 600/2014 e s.m.i., e cioè pari a **333** posti letto per acuti oltre ad 8 culle per il nido neonatale.



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. Macroprogetto “Empowerment”

L’empowerment è un processo dell’azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenza sulle proprie vite al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico per migliorare l’equità e la qualità della vita stessa. L’umanizzazione dei servizi è l’impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica. È qui evidente un superamento del modello bio-medico a favore del più complesso modello biopsicosociale della malattia, con uno spostamento del focus dell’intervento assistenziale dalla “malattia” alla “persona” nella sua interezza.

L’Azienda si è impegnata a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica.

Nel corso del 2015, nell’ambito di uno specifico Progetto Regionale del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero, si è effettuata una valutazione partecipata operatori/cittadini del grado di umanizzazione del Presidio Ospedaliero di Vercelli attraverso l’applicazione di una check-list, che registra fenomeni ritenuti indicativi di “umanizzazione” nell’ambito di un singolo stabilimento di cura.

Tali variabili sono state rilevate tramite l’osservazione diretta o tramite la ricerca di evidenze documentali da parte di una equipe di cittadini come parte attiva e di "autonomi garanti" rispetto ai dati raccolti e operatori sanitari.

In seguito alla compilazione della check-list sono state rilevate le criticità presenti. Esse costituiranno il focus del piano di miglioramento in corso di predisposizione nel 2016 e in cui saranno contenute le modalità di superamento delle criticità e le relative scadenze.

Nell’ambito del più complessivo percorso di “umanizzazione dell’assistenza è stato avviato il progetto **“Ospedale aperto”**. Esso riguarda l’estensione dell’orario di accesso per le visite ai degenti da parte di familiari e amici a tutta la giornata, in entrambi i Presidi Ospedalieri, ad eccezione di 4,30 ore/die utilizzate per espletare le attività sanitarie che richiedono di garantire un’adeguata privacy dei pazienti (precedentemente l’orario di visita era di 4,30 ore/die).

Questo progetto si ispira ai principi condivisi dalla “Rete degli ospedali per la promozione della salute H.P.H. (Health Promoting Hospital)”, un programma dell’OMS al quale aderiscono gli ospedali di diversi paesi europei. Un Ospedale “umanizzato” ha come finalità quella di garantire al paziente il rispetto della propria dignità e del proprio privato attraverso un’organizzazione delle attività ospedaliere che tutelino anche i ritmi fisiologici di ciascuno, attraverso la personalizzazione dell’assistenza e la continuità con il proprio mondo relazionale.

Al mese di Giugno 2016 il Progetto è pienamente operativo.



Per quanto riguarda gli aspetti di “**salute organizzativa**” che coinvolgono il personale dell’azienda, è proseguita l’Indagine sul Benessere Organizzativo già avviata nel 2014²³ e, con il supporto di un Gruppo di Lavoro *ad hoc*²⁴, si è agito per incrementare l’adesione all’indagine da parte dei dipendenti dell’azienda, attraverso la individuazione di postazioni ulteriori a garanzia dell’anonimato, la sensibilizzazione degli operatori attraverso incontri e comunicazioni ed altre iniziative specifiche. L’obiettivo di questo sottoprogetto è *in primis* supportare le funzioni aziendali competenti²⁵ nel raggiungimento di adeguati tassi di adesione all’indagine, nella diffusione dei risultati e nell’attuazione degli interventi di miglioramento della salute organizzativa ritenuti prioritari dalla Direzione. In seconda istanza, quello di collaborare con le strutture e gli organi/organismi aziendali per perfezionare nel corso del tempo la qualità informativa dei dati raccolti raccogliendo eventuali ed ulteriori indicatori.

Al mese di giugno 2016 è stata completata l’Indagine sul Benessere Organizzativo riferita all’anno 2015 ed è in corso di stesura la predisposizione del report. Un primo risultato positivo ha visto il quasi raddoppio della percentuale di risposta al questionario rispetto all’anno precedente, ciò che induce a considerare di avere imboccato una direzione adeguata.

3. Macroprogetto “Paziente fragile”

Tra gli obiettivi contenuti nel documento di programmazione delle attività territoriali anche al fine di tutelare e garantire il percorso sanitario alle fasce di popolazione più deboli, vi è quello di caratterizzare e quantificare i “pazienti fragili” residenti nell’ASL VC e implementando i percorsi a loro tutela lungo vari setting di assistenza.

Si è partiti dalla osservazione, largamente condivisa dalla letteratura prevalente e dai rapporti nazionali sullo stato di salute della popolazione e del Servizio Sanitario, che una parte relativamente piccola dei residenti nell’ambito territoriale dell’Azienda costituisce in realtà la quota prevalente di frequent user dei servizi e delle strutture aziendali, assorbendo la stragrande maggioranza delle risorse disponibili. Si tratta di pazienti accumulati da problemi di cronicità, ovvero di età avanzata, ovvero di gravità della patologia.

Ci si è posti quindi il problema di come calibrare i servizi e le risorse dedicate, in modo da ottimizzare la qualità dei primi e la quantità delle risorse, a favore di quei pazienti che rappresentano il “core” delle attività aziendali.

Con uno sforzo metodologico e concettuale capace di tenere insieme caratteristiche di pazienti e patologie appartenenti ad ambiti disciplinari anche molto diversi tra di loro, per la **definizione di Paziente Fragile** sono stati utilizzati criteri che da un lato tenessero conto della prevalenza in questa area della popolazione anziana ma anche della area trasversale della disabilità e di alcune categorie particolari della popolazione, a partire dai neonati pretermine per arrivare agli adolescenti o a soggetti con problematiche psichiatriche, di dipendenza, infettive, a detentori di

²³ utilizzando il questionario definito e approvato il 29 maggio 2013 dalla ex CIVIT (ora ANAC), così come specificato nel protocollo di indagine aziendale “Benessere organizzativo (QUA.PRG.1133.01)”

²⁴ Gruppo di lavoro composto da operatori della Psicologia, Psichiatria e SerD

²⁵ SC Sviluppo Organizzativo e Gestione delle Risorse Umane, Comitato Unico di Garanzia, Medico Competente, Organismo Indipendente di Valutazione.



animali da compagnia da allevamento. Per alcune fasce di popolazione “fragile” sono stati definiti appositi sottoprogetti (es.: Alzheimer).

Sono state così identificate quattro classi di Fragilità al cui interno sono stati inclusi i pazienti con omogenei livelli di complessità e gravità che fanno riferimento alle esenzioni per patologia, l'invalidità, il consumo di farmaci, i servizi loro erogati (ADI, Protesica, SAD), l'accesso a strutture Semiresidenziali o Residenziali.

Le classi identificate sono caratterizzate da livelli di fragilità crescente intesa come perdita o compromissione progressivamente crescente dell'autonomia e della qualità della vita, riflettendo contestualmente livelli crescenti di consumo di risorse. Per ciascuna classe di fragilità sono definiti dei criteri espliciti di inclusione, ed i pazienti individuati a partire dai flussi informativi già strutturati e disponibili a livello aziendale. In totale sono stati identificati circa 10.000 pazienti.

Elemento cruciale della presa in carico del paziente fragile è la definizione di percorsi finalizzati a garantire la continuità della cura/assistenza, nei vari “setting” ove questa viene erogata.

In ogni Classe di fragilità sono stati identificati e formalizzati dei percorsi standard, che fanno riferimento alla complessità del paziente ed al suo bisogno di salute in funzione delle capacità residue e delle necessità prevalenti (accessi ambulatoriali, supporto alla domiciliarità, residenzialità) e per ogni “macro percorso” sono state individuate le criticità (es. Sportello Unico, CAS per pazienti oncologici, Continuità delle Cure).

Per ciascuno di questi percorsi/servizi esistenti e già funzionanti sono state poste le basi per lo sviluppo di azioni e programmi grado di facilitare l'accesso dei pazienti fragili alle strutture sanitarie e di migliorarne la fruizione.

Al mese di Giugno 2016 risultano coinvolti nella fase sperimentale del progetto un gruppo di Medici di Medicina Generale e un gruppo di circa un centinaio di pazienti “fragili”. Si prevede di estendere progressivamente il numero sia dei MMG che dei pazienti coinvolti nel corso del 2017, fino a messa a regime del sistema con la presa in carico della totalità dei pazienti individuati negli anni successivi.

4. Macroprogetto “Rete ambulatoriale”

Il Macroprogetto “Rete Ambulatoriale” racchiude 3 progetti tesi a migliorare l'efficienza delle prestazioni ambulatoriali e l'uniformità di accesso ai diversi punti di erogazione in relazione al bisogno dei residenti, in linea con le indicazioni regionali.

I progetti riguardano:

- la riorganizzazione delle sedi ambulatoriali specialistiche e consultoriali;
- le sedi di erogazione delle Cure primarie e forme organizzate di medicina generale;
- la centralizzazione delle chiamate di Continuità Assistenziale (CA).

Nel 2015 sono stati definiti i piani operativi dei diversi progetti di cui ci si attende l'attuazione e il completamento tra il 2016-2017.



Relativamente alla **riorganizzazione delle sedi ambulatoriali** sono state individuati 3 livelli di punti di erogazione, in analogia con gli standard applicati alla classificazione dei presidi ospedalieri²⁶:

- livello di base, per le prestazioni ambulatoriali non complesse (Cigliano e Coggiola);
- 1° livello, per i punti di erogazione eroganti prestazioni ambulatoriali correlate a percorsi ad elevata integrazione con le Cure Primarie quali quelli erogabili in una sede di Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) (Santhià, Gattinara/Varallo);
- 2° livello, presso i Presidi Ospedalieri di Vercelli e di Borgosesia, per le prestazioni ambulatoriali complesse e/o ad elevata specializzazione.

Per quanto concerne la **centralizzazione delle chiamate di continuità assistenziale** è stato sottoscritto l'accordo con l'Azienda sovrazonale capofila (l'ASL NO)²⁷ per la riorganizzazione delle postazioni e delle attività.

Infine, riguardo **all'attivazione delle UCCP**, sono stati avviati dei tavoli di confronto con i Medici di Medicina Generale per valutare la possibilità di conversione del Centro di assistenza Primaria (CAP) di Santhià e la nuova attivazione di una UCCP nel Presidio Sanitario Polifunzionale di Gattinara.

Al mese di Giugno 2016 risulta completata la riprogettazione della Rete Ambulatoriale condivisa con ciascuna branca specialistica interessata nell'ambito di 44 riunioni di tavoli operativi (impegno orario di 81 ore).

Per ciascuna branca specialistica è stato definito:

- lo standard minimo di prestazioni da erogarsi all'ora (se lo standard è superiore è stato mantenuto l'esistente);
- lo standard di prestazioni da erogarsi (es. visita ostetrico-ginecologica con ecografia office in tutte le sedi consultoriali);
- le prestazioni erogabili a regime;
- lo strumentario e le risorse umane necessarie.

5. Macroprogetto "Residenzialità"

Il Macroprogetto si articola in due sub-progetti:

1. **Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria (CAVS)**, che si propone di rivalutare il fabbisogno di posti letto di CAVS aziendale e implementare l'offerta attualmente erogata;

²⁶DM n. 70 del 2 aprile 2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera."

²⁷ DDG n. 998 del 30.12.2015



2. **Percorso dei pazienti in residenzialità, semiresidenzialità e cure domiciliari** il cui obiettivo generale è di uniformare le modalità di presa in carico del paziente con bisogno di assistenza residenziale, semiresidenziale e domiciliare.

Nel corso del 2015, in linea con il cronoprogramma, si è provveduto alla rivalutazione del fabbisogno aziendale CAVS che, come precisato dalla DGR 26-1653/2015, rappresenta un setting in cui prevale la componente assistenziale rispetto alla parte clinico-internistica, che, pur presente in modo significativo, deve seguire specifici criteri di tipo clinico, assistenziale, riabilitativo e socio-ambientale.

Sono state altresì individuate le azioni da svolgere con relativa scadenza per l'implementazione dei posti letto di CAVS, la contestuale chiusura dei posti letto di lungodegenza e la predisposizione e/o l'aggiornamento dei protocolli clinico-organizzativi per la presa in carico dei pazienti.

Tra i diversi interventi previsti dal cronoprogramma del Macroprogetto, in particolare, si evidenzia che al mese di Giugno 2016 risultano attivati n. 18 posti letto di CAVS nel Presidio di Vercelli, mentre quelli relativi all'area valsesiana (in cui si registra comunque da tempo la presenza del Country Hospital) sono in corso di attivazione nella seconda metà dell'anno 2016.

Relativamente al sottoprogetto inerente la presa in carico dei pazienti con bisogni residenziali le attività realizzate nel 2015 sono state le seguenti:

- individuazione delle diverse tipologie di setting di assistenza residenziale/se-miresidenziale per anziani, disabili, pazienti psichiatrici e **pazienti afferenti al SerD**, con la collaborazione delle diverse strutture coinvolte e individuazione delle azioni da svolgere con relativa scadenza.

Nel corso del 2015 il SerD ha avuto in carico complessivamente n. 25 pazienti, ospitati presso strutture di diversa tipologia, caratterizzate da diverse funzioni e livelli assistenziali come definite dalla D.G.R. n. 61-12251 del 28 settembre 2009.

La rivalutazione dei medesimi nel corso dell'anno ha comportato la dimissione, cioè la chiusura del Piano Terapeutico residenziale e successivo passaggio al trattamento ambulatoriale di n. 10 pazienti.

I pazienti per i quali è stato confermato un bisogno di inserimento in comunità al 31.12.2015 sono risultati n. 15, così collocati:

- n. 8 in Comunità Terapeutica Residenziale Tipo art 12 S.T.R.A.;
- n. 4 in Comunità Terapeutica Residenziale per comorbidità psichiatrica Tipo S.T.S. Art 13;
- n. 2 in Servizi di Trattamento Specialistico Tipo S.T.S. Art 13 F. ;
- n. 1 in Comunità per pazienti affetti da HIV. Tipo RSD;
- nessun paziente in Comunità Protetta CPB (comorbidità psichiatrica).

- la S.C. Psichiatria, in ottemperanza alla D.G.R. 30-1517 del 3 giugno 2015, di riordino della rete dei **servizi residenziali psichiatrici**, ha provveduto alla rivalutazione dei pazienti ospiti delle diverse strutture al fine di monitorare l'appropriatezza del ricorso ai servizi di residenzialità



psichiatrica identificando il setting più idoneo in considerazione dei bisogni terapeutico-riabilitativi, dei margini di recupero e di reinserimento, dei bisogni assistenziali, del contesto sociale, della presenza di eventuali fenomeni di cronicizzazione.

Tale rivalutazione, che ha riguardato 82 pazienti, ha avuto il seguente esito:

- n. 13 pazienti sono stati presi in carico dai Distretti come anziani non autosufficienti (n. 9) o disabili (n. 4), previa valutazione da parte delle competenti Commissioni UVG e UMVD nel corso del 2015;
- n. 69 pazienti sono rimasti in carico alla S. C. Psichiatria nell'ambito dei seguenti setting assistenziali:
 - n. 43 pazienti in Gruppo appartamento;
 - n. 4 pazienti in Comunità Alloggio;
 - n. 0 pazienti (nessuno) in Comunità protetta Tipo A;
 - n. 22 pazienti in Comunità protetta Tipo B.



6. Macroprogetto “Farmaci, assistenza integrativa e protesica”

Nel corso del 2015 sono state poste le basi per la realizzazione del Macroprogetto “Farmaci, Assistenza Integrativa e Protesica”, progetto inserito nell’Area del Farmaco aziendale, e che ha come obiettivo principale l’uso razionale ed appropriato del farmaco e del dispositivo medico nell’ASL.

Il progetto avviato nel 2015 si basa su una gestione trasversale ed uniforme del farmaco, dei dispositivi medici e del materiale di protesica all’interno dell’ASL di Vercelli, che sarà organizzata in un unico Distretto entro la fine del 2016, ma che è articolata su due presidi ospedalieri all’interno dei quali sono presenti una Farmacia Ospedaliera ed una Farmaceutica Territoriale, Sono state, pertanto, condivise alcune azioni tra i diversi attori coinvolti che vengono di seguito sintetizzate.

Distribuzione diretta del I ciclo di terapia dopo visita ambulatoriale

Nel corso del 2015, in collaborazione tra le due Strutture di Farmaceutica e gli specialisti ospedalieri e sumaiisti e in accordo alla Raccomandazione AIFA n. 17 “Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica”, è iniziato un percorso in base al quale i pazienti dimessi dalla degenza ospedaliera ricevono la terapia iniziale, accompagnata da una scheda di terapia che descrive l’elenco dei trattamenti farmacologici assunti dal paziente, con lo scopo di limitare le criticità nella gestione domiciliare, con particolare riferimento ai possibili errori nei momenti di transizione di cura.

Distribuzione diretta Eparine a basso peso molecolare (EBPM) in dimissione da Pronto Soccorso

Nel 2015 si sono poste le basi per iniziare la distribuzione diretta di EBPM, a fronte del fatto che spesso tali terapie sono prescritte al di fuori dei parametri della rimborsabilità e/o delle indicazioni riportate in scheda tecnica.

Farmacovigilanza attiva nella distribuzione diretta farmaci alle Residenze Sanitarie Assistenziali - RSA

Il progetto, in capo alla Farmaceutica Territoriale aziendale, è iniziato nel 2014 con un’analisi del distribuito alle RSA da parte della Farmacia Ospedaliera, seguito dalla mappatura della tipologia e del numero di RSA a maggior impatto di spesa farmaceutica (intesa come distribuzione diretta).

Il lavoro è finalizzato alla verifica quali-quantitativa delle richieste inoltrate all’ASL per la distribuzione diretta, ma soprattutto al monitoraggio delle prescrizioni per singolo paziente, in modo da poter sviluppare, contemporaneamente, un percorso di farmacovigilanza attiva.

Pertanto è stato creato un database per la registrazione di tutte le terapie dei pazienti ospiti (per codice fiscale e fino al VII livello ATC, dettagliando nomi commerciali, dosaggio e forme farmaceutiche), che prevede anche la verifica del rispetto delle note AIFA e della presenza dei Piani Terapeutici.

Nell’anno 2015 il progetto è stato modificato per rendere il prescrittore più consapevole rispetto all’appropriatezza prescrittiva in una popolazione anziana ed in politerapia, come è quella ricoverata nelle RSA.



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

In quest'ottica tutte le prescrizioni devono essere firmate e datate dal medico di medicina generale afferente alla struttura e, se non conformi, vengono restituite alle strutture accompagnate da un documento "Note di appropriatezza", che riassume le anomalie riscontrate, rispetto alle quali vengono effettuati i necessari approfondimenti prima di procedere all'inoltro alla Farmacia Ospedaliera per la dispensazione.

Inoltre, viene effettuata un'analisi delle politerapie, con particolare riferimento alla popolazione anziana, sulla base dei criteri di Beers, Start and Stopp, e delle indicazioni di AIFA elaborate dal Working Group Geriatrico¹, con predisposizione di un report analitico per le diverse strutture, completo di indicazioni per effettuare una riconciliazione terapeutica e la sostituzione di molecole equivalenti, ma a minor costo.

Le eventuali prescrizioni sul territorio vengono filtrate per codice fiscale e viene verificato che siano limitate ai soli farmaci extra-prontuario aziendale e/o regionale. Ai singoli medici viene trasmesso il quadro completo delle prescrizioni effettuate in distribuzione diretta ed in convenzionata/DPC.

Al momento le RSA arruolate sono 11 per un totale di circa 900 ospiti, raddoppiando il numero delle strutture monitorate rispetto all'anno precedente.

¹Uno studio nazionale dell'Agenzia Italiana del Farmaco sulla qualità della prescrizione farmacologica nella popolazione geriatrica, AIFA, Luglio 2013

Appropriatezza prescrittiva dei farmaci prescritti alla dimissione

L'attenzione è stata posta sull'implementazione dell'uso dei biosimilari dei fattori di crescita granulocitari e delle eritropoietine, nonché sul monitoraggio dell'appropriatezza della prescrizione dei farmaci inibitori di pompa protonica. Alla luce delle indicazioni nazionali e regionali in merito si intende sensibilizzare gli specialisti ospedalieri su parametri che hanno un forte impatto economico sulla spesa territoriale e che, qualora non opportunamente governati, rischiano di sottrarre risorse per le terapie ad alto costo.

Assistenza Integrativa e Protesica

Anche in questo ambito il progetto prevede di arrivare ad un'uniformità di comportamenti prescrittivi ed in fase di dispensazione in tutta l'ASL.

Sono state, pertanto, impostate alcune azioni mirate all'appropriatezza, che riguardano la possibilità degli specialisti di prescrivere ausili e presidi previa consultazione della scheda utente attraverso la Banca Dati regionale Protes, la revisione dei Piani Terapeutici per l'assorbimento, in base alle disposizioni regionali di cui alla DGR 12.1.2015 n. 20-891, l'implementazione della distribuzione diretta di dispositivi monouso per assorbimento, materiale per stomie e cateteri, materiale di medicazione al costo della fornitura diretta alle RSA insistenti sul territorio.



7. Macroprogetto “Prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili”

Le malattie croniche non trasmissibili (MCNT), malattie cardiovascolari, tumori, patologie respiratorie croniche e diabete, costituiscono il principale problema di sanità pubblica a livello mondiale; sono infatti la prima causa di morbosità, invalidità e mortalità e il loro impatto provoca danni umani sociali ed economici elevati.

Gli effetti sulla salute degli stili di vita sono ben noti: secondo l’OMS, in Europa, l’86% dei decessi e il 77% degli anni di vita in buona salute persi sono provocati da patologie croniche, che hanno in comune fattori di rischio modificabili.

L’OMS ha quindi identificato sette principali fattori di rischio riferiti allo stile di vita e responsabili del 60% della perdita di anni in buona salute in Italia e in Europa: fumo, ipertensione arteriosa, alcol, eccesso di colesterolo, sovrappeso, scarso consumo di frutta e verdura, inattività fisica.

“Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili” è uno dei macrobiettivi del Piano nazionale della prevenzione-PNP 2014-2018 (CSR 156, 13.11.2014) che risulta poi declinato a livello regionale e a livello locale (PRP 2015-2018 – DGR n.25-1513, 03.06.2015, PLP ASL VC 2015 – Delibera DG n. 618, 30.07.2015).

La complessità di questo macroobiettivo richiede un approccio articolato su diversi livelli fra cui la programmazione di strategie di promozione della salute orientate all’empowerment di comunità e ad azioni da svolgere in setting definiti (scuola, lavoro, comunità, ecc.) e in cui hanno un ruolo di primaria importanza i medici di medicina generale.

Il “Gruppo di progetto della prevenzione”, ritenendo prioritario il macroobiettivo “Prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili”, fissato dal PNP 2014-2018, nel corso del 2015, ha pianificato 5 progetti, 4 dei quali, recependo il “macroobiettivo” prevedono azioni di promozione di stili di vita salutari e di interventi di prevenzione e hanno come target:

- il setting scuola (la popolazione scolastica rappresenta il destinatario finale di interventi di prevenzione e promozione della salute);
- il setting comunità (la popolazione adulta residente rappresenta il destinatario finale per la promozione di stili di vita salutari e degli screening oncologici e la popolazione ultrasessantacinquenne residente rappresenta il destinatario per la promozione di attività fisica).

Il 5° progetto è invece volto a definire un Piano di Comunicazione sulle attività di prevenzione dell’ASL, al fine di ottenere, da parte degli operatori sanitari, l’acquisizione di consapevolezza del ruolo e della funzione della prevenzione e il loro concorso alla realizzazione di interventi di prevenzione condivisi e anche per ottenere il miglioramento della comunicazione e della collaborazione interistituzionale relativamente agli obiettivi del Piano della prevenzione.

I 5 progetti che costituiscono il Macroprogetto “Prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili” sono stati inseriti nel PAT 2016 dell’ASL VC e le azioni programmate sono state avviate da gennaio 2016 perseguendo i seguenti obiettivi:

- Progetto n°: 1.1 **Guadagnare salute setting Scuola**. Obiettivo generale: Migliorare l’efficacia delle attività di prevenzione e promozione della salute rivolte agli Istituti Scolastici del territorio dell’ASL VC.



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

- Progetto n°: 1.2 **Guadagnare salute setting Comunità**. Obiettivo generale: Promuovere l'attività fisica in pazienti over 65 anni: Realizzare un percorso efficace di miglioramento del proprio stato di salute, alternativo all'uso improprio delle strutture sanitarie tramite corsi di Attività Fisica Adattata (AFA).
- Progetto n°: 1.3 **Sorveglianze di popolazione**. Obiettivo generale: Prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili: coinvolgimento e partecipazione dei medici di medicina generale per una cultura condivisa in un sistema di rete.
- Progetto n°: 1.4 **Screening Oncologici**. Obiettivo generale: Copertura della popolazione bersaglio dei tre programmi di screening oncologici "Prevenzione Serena", inseriti nei LEA: particolare attenzione all'incremento dei livelli di adesione agli screening mammografico, cervico-vaginale e colo-rettale al fine di raggiungere i valori attesi.
- Progetto n°: 1.5 **Piano di Comunicazione sulle attività di prevenzione**. Obiettivo generale: Promozione della cultura della prevenzione e aumento della consapevolezza delle funzioni e potenzialità del Piano Locale della Prevenzione tra gli operatori sanitari, i decisori, gli stakeholder e la cittadinanza.

Al mese di giugno 2016 i progetti risultano in corso di svolgimento.



3.2 Assistenza Collettiva

Comprende tutte le attività di **prevenzione** rivolte alle collettività ed ai singoli (tutela dagli effetti dell'inquinamento, dai rischi infortunistici negli ambienti di lavoro, sanità veterinaria, tutela degli alimenti, profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce, medicina legale).

Tali attività fanno capo prevalentemente al Dipartimento di Prevenzione che comprende i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (SISP), Igiene degli alimenti e Nutrizione (SIAN), Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di lavoro (SpreSAL), Servizi Veterinari, Medicina Legale, Medicina dello Sport e la struttura Unità di Valutazione e Organizzazione Screening (UVOS).

L'attività svolta nel periodo in esame (anno 2015) è riassunta nell'allegato 2 e brevemente descritta di seguito.

Attività epidemiologica e di screening

Tra i più rilevanti risultati ottenuti con il supporto della struttura UVOS, nella quale sono confluite le funzioni della Direzione Integrata della Prevenzione, si segnalano:

- il proseguimento dell'attività di prevenzione dei tumori con gli **Screening oncologici** i cui risultati ottenuti sono sintetizzati nell'allegato 2; si evidenzia che nel 2015 lo screening cervico-vaginale ha visto l'introduzione, come test primario, dell'HPV-test che ha coinvolto il 40% a random della popolazione femminile tra i 30 e i 64 anni;
- il proseguimento delle attività di epidemiologia finalizzate alla rilevazione dei bisogni locali di salute e la predisposizione di reportistica contenente dati demografici e di mortalità dell'ASL e dati sulla frequenza dei fattori di rischio per la salute della popolazione residente, derivati dall'attività di sorveglianza di popolazione Passi; nel 2015 sono stati realizzati i seguenti Report: "Profili Demografici 2013 della ASL "VC" di Vercelli e dei Distretti di Vercelli e della Valsesia" (*Epi ASL VC/6/2015*), "Analisi della Mortalità generale e per cause nell'ASL "VC" di Vercelli e nei Distretti Anno 2012" (*Epi ASL VC/8/2015*), "Sovrappeso e obesità nella ASL di Vercelli - I dati del Sistema di Sorveglianza PASSI 2010-2013" (*Epi ASL VC/2/2015*), "L'attività fisica nella ASL di Vercelli - I dati del Sistema di Sorveglianza PASSI 2010-2013" (*Epi ASL VC/3/2015*), "L'abitudine al fumo nella ASL di Vercelli - I dati del Sistema di Sorveglianza PASSI 2010-2013" (*Epi ASL VC/4/2015*), "Gli Screening oncologici nella ASL di Vercelli - I dati del Sistema di Sorveglianza PASSI 2011-2014", (*Epi ASL VC/7/2015*).
- il contributo alla stesura del Macroprogetto n. 1 "Prevenzione delle Malattie Croniche non Trasmissibili" inserito nel PAT 2016 (Delibera DG ASLVC n. 995-23.12.15).
- la rendicontazione dell'attività programmata dal "**Piano Locale della Prevenzione 2014**" e il coordinamento della programmazione e dell'attuazione del "**Piano Locale della Prevenzione 2015**", Il Gruppo aziendale di coordinamento e monitoraggio del PLP, appartenente alla SSd UVOS e costituito dalle funzioni trasversali di epidemiologia e promozione della salute, ha lavorato in collaborazione con tutte le strutture sanitarie dell'ASL e con altri Organi extra ASL istituzionali e non, coinvolti nell'attività, al fine di



supportare metodologicamente l'elaborazione dei programmi e con la consapevolezza che gli "obiettivi di salute" programmati, per il loro raggiungimento, necessitano di una forte rete di alleanze."

A seguito della Determinazione dirigenziale regionale n. 751 del 19/11/2015 "Piani della Prevenzione e della Sicurezza Alimentare nell'organizzazione delle Aziende Sanitarie Piemontesi", l'Azienda ha adottato la Deliberazione n. 979 del 23 Dicembre 2015 con la quale sono stati individuati il responsabile del gruppo di progetto PLP, nella figura del Responsabile SSd UVOS e i nuovi Referenti delle Aree di programma dello stesso, consolidando il sistema di alleanze fra i professionisti della prevenzione e i clinici e ottenendo la condivisione dei diversi obiettivi di salute fra attori sanitari e non sanitari. In particolare si segnala il proseguimento dell'attività di "**Promozione della salute**" che ha sviluppato i progetti in ambito scolastico, sanitario e di comunità previsti dal Piano Locale della Prevenzione 2015.

L'attività di Prevenzione e Promozione della Salute coordinata dal RePES è proseguita sviluppando attività e progetti compresi nei Programmi "Guadagnare Salute" del Piano Locale della Prevenzione 2015. Le attività rivolte al **setting scuola** sono state comprese in un unico documento che è stato inviato in tempo utile a tutti gli Istituti Scolastici di ogni ordine e grado del territorio. Si è collaborato con n. 26 Istituti Scolastici, sono stati interessati dai progetti n. 3016 studenti e n.106 docenti. Si sono sviluppati n. 24 progetti rivolti alle scuole. Le attività rivolte al **setting Comunità**, come i Gruppi di cammino per la promozione dell'attività fisica o il programma "*Genitori Più*" per promozione della salute nei primi 1000 giorni, sono state n. 6. Le attività rivolte al **setting degli ambienti di lavoro**, come la prevenzione della sindrome del burnout e il monitoraggio sull'atteggiamento sul fumo, sono stati n. 3. Le attività rivolte al **setting sanitario**, come la formazione sul counselling motivazionale e il Centro Trattamento Tabagismo, sono state n.6. Tutto il lavoro è stato svolto in modo trasversale tra i diversi servizi Sanitari che hanno collaborato partecipando a gruppi di lavoro multidisciplinari e multisettoriali.

- il proseguimento dell'attività di "**Sorveglianza PASSI**" sui fattori di rischio per la salute legati a comportamenti individuali, con l'obiettivo di fornire informazioni utili per la programmazione degli interventi di prevenzione e per il monitoraggio delle attività realizzate con il Piano Locale della Prevenzione. Come programmato sono state realizzate e registrate, sulla piattaforma web ad hoc, le 275 interviste telefoniche previste e somministrate a un campione casuale della popolazione, fra i 18-69 anni d'età, residente nella ASL di Vercelli, si è provveduto all'aggiornamento e alla formazione degli operatori dedicati e all'analisi dei dati;
- il proseguimento dell'attività del **Registro Tumori delle Province di Biella e di Vercelli I**, accreditato dall'Associazione Italiana Registri Tumori in data 19 novembre 2014, nel corso del 2015 si è proceduto all'analisi, codifica e alla registrazione dei casi di tumore relativi al triennio 2010-2012 completando la registrazione dei dati relativi all'anno di incidenza 2010.



Igiene e Sanità Pubblica

Si evidenziano le seguenti attività di rilievo:

- implementazione delle procedure di controllo sul settore produzione e commercio dei cosmetici e sulle attività di estetista, in accordo con le indicazioni regionali;
- ulteriore implementazione delle procedure di sorveglianza delle malattie infettive, con particolare riguardo a: tubercolosi, morbillo, legionellosi; malattie trasmesse da alimenti e alle altre patologie soggette a specifici programmi nazionali di controllo;
- organizzazione della campagna di vaccinazione anti-influenzale e raccolta dei dati relativi;
- ampliamento dell'offerta vaccinale contro le infezioni da Papilloma virus, inserendo la popolazione femminile adulta nel target di prevenzione; recupero delle ragazze precedentemente non vaccinate, con conseguente raggiungimento di significativo tasso di copertura totale. Riguardo all'offerta delle diverse vaccinazioni previste dall'attuale calendario contenuto nel Piano nazionale Vaccini si è registrato un discreto aumento dell'adesione alla vaccinazione antivaricella, sia da parte di minori che di persone adulte. Inoltre si è ottenuto un progressivo miglioramento delle coperture di vaccinazione anti-Epatite B tra pazienti nefropatici e i soggetti utilizzatori di sostanze da abuso come risultato della collaborazione con Servizio Dialisi e SERD; analogamente è cresciuta la quota di soggetti a rischio vaccinati contro le infezioni da Pneumococco e Meningococco;
- all'interno del Piano dedicato alla prevenzione degli incidenti domestici è proseguita la partecipazione al progetto "Affyfiutapericoli" dedicato al settore scolastico e l'attività di formazione indirizzata ai nuovi genitori, in collaborazione con i consultori familiari;
- particolare impegno è stato profuso nell'attività di partecipazione ai lavori della Commissione aziendale di vigilanza sulle strutture sanitarie e socio-assistenziali, con conseguente miglioramento dei parametri assistenziali.

Un impegno altrettanto gravoso è stato ancora rappresentato dall'attività di controllo sanitario dei migranti giunti nella nostra provincia.

Sicurezza Alimentare

Tra le più significative attività istituzionali svolte nell'ambito della **sicurezza alimentare**, che coinvolge **Servizio dell'Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN)** e **Servizio Veterinario**, si ricorda la predisposizione e l'attuazione del "Piano Aziendale integrato dei controlli di sicurezza alimentare Anno 2015", nonché l'attuazione del programma degli "audit di sistema" per la verifica degli obiettivi stabiliti dal regolamento CE/882/2004 in materia di sicurezza alimentare e dei mangimi.

Il documento locale "Piano Aziendale integrato dei controlli di sicurezza alimentare Anno 2015" comprende la descrizione delle dotazioni organiche e funzionigramma, la previsione del numero e tipologia dei controlli ufficiali da effettuarsi e i criteri con i quali sono stati individuati, il Piano di campionamento ufficiale con tipologia della matrice, le attività di controllo sui prodotti fitosanitari, sulle acque minerali e sulle acque destinate al consumo umano, nonché la descrizione delle attività in ambito nutrizionale.



La struttura di nutrizione ha effettuato le azioni previste dai progetti sottoelencati:

- Ottimizzazione della somministrazione dei pasti senza glutine nelle mense delle strutture scolastiche e ospedaliere e nelle mense delle strutture pubbliche anno 2015: prosecuzione e conclusione del progetto;
- “Con meno sale la salute sale”: sono stati effettuati incontri con l’Associazione Panificatori per promuovere la produzione e la vendita di pane con un contenuto ridotto di sale o senza sale.

Sanità animale

In **ambito veterinario**, nel 2015 come per gli anni precedenti, il **Servizio Veterinario** distintamente per le tre Strutture Complesse **Aree A-B-C** ma con elementi di integrazione fra le stesse, ha elaborato programmi per la gestione dell’attività a livello locale, in gran parte contestualizzando le indicazioni e gli obiettivi individuati in sede regionale e in parte sviluppando autonomamente progetti legati al rischio sanitario del territorio.

Accanto al principale strumento per la programmazione annuale dei controlli di sicurezza alimentare (PRISA) vi sono altre attività di rilievo: fra queste assume una particolare importanza l’insieme delle attività nel settore degli animali d’affezione, che rappresenta un ambito strategico nella moderna veterinaria di sanità pubblica e che segue una programmazione specifica che fa capo allo “Sportello per gli animali d’affezione”, all’interno dell’Area A e con una stretta collaborazione dell’Area C.

Il Servizio, inoltre, nell’ambito della “Prevenzione dei rischi in ambienti di vita” ha inoltre proseguito la collaborazione con altri soggetti istituzionali (Regione, A.R.P.A., I.Z.S., Comuni) per il monitoraggio relativo ai rischi per la salute da contaminazioni ambientali di tipo chimico (diossine e PCB) in un’area territoriale circoscritta. Ha inoltre proseguito le attività, di monitoraggio e di controllo ufficiale ai fini della sicurezza alimentare, insieme all’IZS – sezione di Vercelli, sulla contaminazione da Cesio 137 delle carni di cinghiali cacciati nell’area montana avviata nel 2013, quando si erano evidenziati livelli di residui anche molto elevati che hanno determinato l’avvio da parte dei Ministeri dell’Ambiente e della Salute di speciali piani di ricerca su tutto l’arco alpino.

Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro

Sono stati raggiunti gli obiettivi definiti dalle Linee di Indirizzo per la Pianificazione delle attività di prevenzione, vigilanza, formazione e assistenza della Regione Piemonte. Il Servizio ha proseguito nella verifica della sicurezza degli edifici scolastici. Questa attività è iniziata nell’anno 2012 su mandato della Procura della Repubblica di Vercelli. In particolare si evidenziano:

- il Piano Edilizia, che riguarda la verifica di cantieri edili come prescritto dalla Regione. Secondo gli accordi presi durante gli incontri con gli Organismi Provinciali di Vigilanza (OPV) alcuni dei sopralluoghi in edilizia sono stati effettuati congiuntamente con la Direzione Territoriale del Lavoro;



- il Piano Agricoltura, relativo ai sopralluoghi presso le Aziende Agricole e i Rivenditori Commerciali Agricoli, come prescritto dalla Regione. Così come per quanto riguardava il Piano Edilizia anche per l'Agricoltura alcuni sopralluoghi sono stati effettuati congiuntamente con la Direzione Territoriale del Lavoro;
- il Piano di Comparto Case di Riposo. Anche nel 2015 sono stati effettuati sopralluoghi in Case di Riposo allo scopo di verificare l'attuazione delle misure di sicurezza per quanto riguarda la movimentazione manuale dei carichi favorendo così l'eventuale emersione delle patologie muscolo-scheletriche di origine professionale;
- il Piano di Comparto Lavorazione Plastica. Gli S.Pre.S.A.L. delle ASL di Vercelli, Novara, Biella e Verbano-Cusio-Ossola, in collaborazione con ARPA-Settore Igiene Industriale e Servizio di Epidemiologia dell'ASL TO3, hanno proseguito un'indagine per valutare le condizioni di igiene e sicurezza sul lavoro nelle attività di comparto della lavorazione plastica. L'obiettivo del progetto è principalmente mirato alla valutazione del rischio per la salute derivante dall'esposizione ad agenti chimici presenti nelle attività del settore e delle conseguenti misure di prevenzione e protezione messe in atto dalle Aziende per il suo contenimento.

Medicina Legale

Tra i risultati significativi ottenuti si evidenzia il potenziamento dell'attività certificatoria da parte della Commissione Medico Legale per i casi di revisione ex art. art. 186 del Codice della Strada (guida in stato di ebbrezza alcolica) e 187 del Codice della strada (guida in stato di ebbrezza da stupefacenti). Si segnala un picco di visite dovuto alla richiesta di certificazioni per la detenzione di armi come previsto dall'entrata in vigore della nuova normativa.

Medicina dello Sport

Relativamente all'attività di **Medicina dello Sport**, volta a tutelare la salute nell'ambito attività sportive agonistiche e a promuovere nella popolazione un corretto stile di vita, nel 2015 sono proseguite le attività istituzionali. In particolare si segnala l'effettuazione di circa 1859 visite medico sportive svolte nelle sedi di Vercelli e Borgosesia nell'ambito dei controlli preventivi e periodici previsti dalla vigente normativa (DM del 18.2.82 e D.M. 04.03.93), in caso di attività agonistiche organizzate dalle Federazioni sportive nazionali del C.O.N.I. e dagli Enti di promozione sportiva).

Prevenzione delle dipendenze patologiche

Nell'ambito delle attività di prevenzione e promozione della salute svolte dalla **S.C. Ser.T. di Vercelli** e **S.S. Ser.T. di Borgosesia** per il trattamento delle dipendenze da sostanze e comportamentali, si pongono in evidenza in particolare:

- la prevenzione rivolta ai giovani ed alle famiglie, all'interno dei Centri di Informazione e Consulenza (CIC) e le consulenze di classe nelle scuole superiori del territorio dell'ASL VC;



- la collaborazione con i servizi di prevenzione dell'ASL VC sui progetti di promozione degli stili di vita salutari e prevenzione dei comportamenti a rischio rivolti alla fascia giovanile, in coerenza con il Piano Locale prevenzione ASL VC (capitoli "Stili di vita" ed "Incidenti stradali" del Piano Locale della Prevenzione);
- il coordinamento e la partecipazione al progetto nazionale "Unplugged" sui comportamenti a rischio e sulla promozione delle life skills;
- la partecipazione al progetto nazionale "Diari della salute" sui fattori di rischi e sui fattori protettivi in adolescenza;
- l'attività di counselling ed allestimento di stand nei luoghi del divertimento come mezzo finalizzato alla prevenzione degli incidenti stradali causati dall'alcol;
- la prevenzione selettiva su gruppi di soggetti inviati al servizio da parte della prefettura per sensibilizzare sui rischi connessi all'uso/abuso di sostanze leggere in termini di salute e conseguenze legali;
- il coordinamento delle attività del Ser.T. e Dipartimento di Prevenzione dell'ASL VC atto a garantire la realizzazione di una campagna vaccinale contro l'epatite B nei soggetti a rischio di contrarre la malattia;
- l'incremento dei prelievi ematici per screening infettivologici al fine di raggiungere un tasso di screening di almeno il 90% nella popolazione a rischio.

Infine per quanto concerne le attività di recente implementazione, in aggiunta alle attività terapeutiche all'interno del carcere di Vercelli ed alle attività di vigilanza sulle strutture comunitarie che ospitano i pazienti dipendenti da sostanze, si segnalano:

- il consolidamento del gruppo di lavoro operante con gli utenti afferenti all'ambulatorio per il trattamento farmacologico del tabagismo nelle sedi di Ser.D. Santhià e Borgosesia;
- l'implementazione dell'ambulatorio per il trattamento del Gioco d'Azzardo Patologico presso la sede Ser.D. di Santhià;
- la nuova istituzione di uno spazio sperimentale di pratica di mindfulness, volto a migliorare la qualità della vita lavorativa degli operatori sanitari, e parallelamente, la qualità delle prestazioni erogate, in un'ottica di promozione del benessere organizzativo.

Relativamente **all'area psicologica**, si rimanda all'allegato 2 in cui sono riportati i dati dell'attività svolta non solo nell'ambito della prevenzione, ma anche dell'assistenza ospedaliera e territoriale (ALL 2, pag. 16).

Nell'ambito degli **interventi tecnico-logistici** volti a migliorare i percorsi extra-ospedalieri dei pazienti e l'efficienza organizzativa, inoltre, si segnala il trasferimento dell'intero Dipartimento di Prevenzione dal presidio di Via Benadir a Vercelli (chiuso nell'aprile 2015) alla struttura denominata "Nuova Piastra Ambulatoriale"²⁸.

²⁸ Fonte SC Innovazione tecnologica e strutturale 21.06.2016



3.3 Assistenza Ospedaliera

Una breve sintesi dei dati di attività ospedaliera nell'anno 2015 è esposta in allegato 2, mentre in allegato 3 sono riportati alcuni indicatori di performance.

L'andamento dell'attività di ricovero mette in evidenza, rispetto al 2014, una modesta riduzione del numero di ricoveri. Esso risulta comunque associato al mantenimento del valore complessivo della produzione e ad un lieve incremento del peso medio dei ricoveri medici e chirurgici (vd. ALL. 2 per la produzione dei ricoveri in numero di dimessi e valore; ALL. 3 per peso medio dei ricoveri).

Sinteticamente l'attività di ricovero può essere riassunta nei seguenti indicatori:

	2014	2015
Tasso di ricovero grezzo ¹	143 *1000	140*1000
Tasso di ricovero standardizzato ²	134	131
Peso medio dei DRG medici ³	1,02	1,05
Peso medio dei DRG chirurgici ³	1,51	1,52
% DRG medici a rischio di inappropriatelyzza ³	6,18%	4,70%
% DRG chirurgici a rischio di inappropriatelyzza ³	4,08%	2,75%

	Ospedale VC	Ospedale Borgosesia	Ospedale VC	Ospedale Borgosesia
% parti cesarei primari ³	22%	36%	22%	21%
% interventi per frattura di femore in età >65 anni ³	42%	57%	53%	71%
% PTCA eseguite entro 24 ore (in caso di IMA STEMI) ³	77%	-	87,5%	-
Valore medio per ricoveri (€) ⁴	3.111	2.621	3.135	2.635
Valore complessivo dei ricoveri (€)	34.105.446	14.936.298	33.221.876	14.262.716

¹ Fonte: SS programmazione e controllo di Gestione – Consuntivo 12 mesi 2015 definitivo

² Fonte: SS programmazione e controllo di Gestione – Consuntivo 12 mesi 2015 definitivo

³vd. anche ALL. 3 – Indicatori di performance

⁴calcolato sulla base del Report Consuntivo 12 mesi 2015 definitivo di SS Programmazione e controllo di gestione

Gli interventi più significativi realizzati in ambito ospedaliero integrano l'attività progettuale di riorganizzazione già descritta al cap. 3.1.1

Nell'anno 2015 sono state mantenute le azioni volte al raggiungimento di obiettivi di appropriatezza dei ricoveri, di sicurezza dei pazienti e umanizzazione delle cure. A tal proposito si evidenzia:

- **Banca del Latte Umano Donato (BLUD):** è stata attivata una struttura, la terza in Regione Piemonte, creata allo scopo di selezionare, raccogliere, trattare, conservare e distribuire il latte umano donato da utilizzare per specifiche necessità mediche. La principale indicazione all'utilizzo del latte umano di banca è costituita dalla somministrazione ai neonati pretermine o piccoli per l'età gestazionale durante i primi giorni di vita, in associazione al colostro raccolto dalla mamma. In futuro tale attività



potrà essere estesa alle Terapie intensive neonatale della AOU di Novara e AO di Alessandria con l'allestimento di un percorso sia per la raccolta del latte che per il suo utilizzo presso tali Aziende per i neonati che ne abbiano bisogno. Peraltro in futuro le tre BLUD dovranno operare in rete per la soddisfazione dei bisogni espressi a livello regionale;

- **centralizzazione dell'attività specialistica di laboratorio presso AOU di Novara:** predisposizione di percorso condiviso per accettazione, trasporto e refertazione dei campioni ematici presso l'AOU di Novara, previo lavoro di transcodifica e allineamento dei supporti informatici delle due Aziende, nel rispetto delle tempistiche imposte dalla Regione, con revisione dell'attività dei laboratori sia a Vercelli sia a Borgosesia;
- **ristrutturazione emodinamica e utilizzo nuovo angiografo:** predisposizione di nuovi spazi presso la sala emodinamica, con ristrutturazione dei locali, creazione di una seconda sala e utilizzo di nuova apparecchiatura;
- **nuova Unità di Trattamento Aria (UTA) presso la degenza di terapia intensiva cardiologia:** le operazioni hanno visto il coinvolgimento dell'intero dipartimento dell'emergenza sia per la gestione dei percorsi in entrata sia per la gestione dei pazienti ricoverati durante il periodo di inagibilità dei locali sottoposti ad intervento strutturale;
- **operazione "mare nostrum":** nel corso dell'anno 2015 l'Ospedale ha continuato ad effettuare le procedure di accoglienza (con controlli sanitari) dei migranti (454 persone);
- **gestione informatizzata delle liste di attesa per i ricoveri programmati:** dal primo luglio 2015 è operativo il sistema informatizzato per la prenotazione dei ricoveri programmati di area chirurgica. Questo permette, tra le altre cose, di conoscere in ogni momento il tempo massimo di attesa per classe di priorità e rendere l'informazione trasparente;
- **registro informatizzato delle camere mortuarie:** nell'anno 2015 si è raggiunta la piena operatività del registro informatizzato la quale permette la produzione di report su distribuzione delle attività delle diverse Imprese di pompe funebri;
- **"Programma Aziendale Infezioni Correlate all'assistenza (ICA)"** (atto deliberativo di presa d'atto n. 00224 del 11/03/2015): è stato attuato il programma raggiungendo l'obiettivo regionale sulla base degli indicatori prescritti per la Sorveglianza e Controllo I.C.A. - anno 2015; in particolare si segnala l'intervento mirato all'incremento dell'uso del gel per la sanificazione delle mani con distribuzione dello stesso in tutti gli ambienti ospedalieri;
- **collaborazione con la Struttura Rischio Clinico:** si segnala in particolare l'attività di controllo delle schede di terapia e delle schede in sala operatoria con azioni mirate alla implementazione di eventuali necessari correttivi e lo svolgimento di attività ambito di Chirurgia Sicura e Audit Clinico;



- **revisione del percorso frattura di femore:** miglioramento di adesione al protocollo regionale che prevede l'effettuazione dell'intervento per frattura di femore entro 48 ore. La revisione dei percorsi interni e la verifica degli stessi hanno determinato un aumento della percentuale di pazienti trattati nei tempi previsti dal protocollo che, nel corso del 2015, si è collocata al di sopra del valore atteso dell'80%.

Per quanto riguarda i macroesiti si rappresenta:

- **intervento sulla frattura di femore pazienti ultrasessantacinquenni:** sono stati resi operativi correttivi mirati alla possibilità di effettuare l'intervento chirurgico nei tempi previsti. Tale attività è diventata operativa nel secondo semestre dell'anno; conseguentemente la percentuale di casi trattati chirurgicamente entro le 48 ore è aumentata rispetto all'anno 2014 superando così, nel secondo semestre, il valore obiettivo (80%):
 - sede di Borgosesia - dato annuo aumento dal 57% al 71%; dato secondo semestre aumento dal 68% al 90;
 - sede di Vercelli - dato annuo aumento dal 42% al 53%; dato secondo semestre aumento dal 42% al 88%;
 - ASL VC - dato annuo aumento dal 46% al 59%; dato secondo semestre aumento dal 51% al 89%;
- **incidenza di parti cesarei:** sono stati resi operativi correttivi mirati al contenimento del numero dei parti cesarei primari, sia di tipo organizzativo sia orientati alla condivisione del percorso con la donna anche di tipo empatico. In conseguenza di ciò la percentuale dei parti cesarei primari si è ridotta rispetto all'anno 2014, raggiungendo quindi l'obiettivo di un numero di parti cesarei primari inferiore al 25%:
 - sede di Borgosesia riduzione dal 35,92% al 21,10%
 - sede di Vercelli riduzione dal 21,76% al 21,71%
 - ASL VC riduzione dal 26,88% al 21,49%
- **attività di emodinamica:** nell'anno 2015 le PTCA effettuate entro 0/1 giorno in caso di STEMI sono passate dal 77% al 88% migliorando la performance e mantenendo il raggiungimento dell'obiettivo che pone il limite minimo del 78%;
- **attività del Pronto Soccorso.** I casi trattati presso i Pronto Soccorso sono complessivamente sovrapponibili a quelli dell'anno 2014, con un decremento dei codici verdi e codici bianchi.



3.4 Assistenza Distrettuale

Il principale risultato raggiunto nel 2015 in questo ambito è di carattere programmatico e riguarda la stesura del **primo Programma delle Attività Territoriali (PAT)** da realizzare nel 2016, in coerenza con gli indirizzi della programmazione strategica aziendale e regionale e con le risorse assegnate.

Nel PAT²⁹ sono individuati gli indicatori di tutela concordati con la Regione Piemonte per valutare il raggiungimento degli obiettivi di tutela prefissati per il 2016 ciascun Livello e sottolivello Essenziale di Assistenza. La tabella degli indicatori definiti nel 2015 dall'azienda è stata successivamente revisionata in sede regionale. Gli indicatori del PAT revisionati, in estratto, sono riportati in allegato 4 (vd. "Indicatori del PAT", ALL. 4).

Si evidenzia comunque che già nel 2015 il valore osservato relativo alla percentuale di anziani ultrasessantacinquenni trattati in ADI raggiunge e supera il valore atteso nel 2016, attestandosi al valore del 4,33%, con ciò superando la criticità rilevata nel 2014 (vd. ALL. 3).

Nell'ambito del PAT 2016, inoltre, sono stati individuati i Macroprogetti prioritari, già descritti nelle pagine precedenti, utili per armonizzare a livello locale gli indirizzi della pianificazione nazionale e regionale. I contenuti dei Macroprogetti a valenza territoriale sono stati condivisi nel 2015 con gli stakeholder all'interno di specifici Tavoli di Lavoro misti aziendali-istituzionali e nell'ambito della Conferenza Aziendale di Partecipazione.

Tra le ulteriori attività realizzate nel 2015 non comprese nel PAT, né nei Macroprogetti, preme inoltre evidenziare le seguenti:

DISTRETTO DI VERCELLI

- proseguimento dell'attività del **Centro di Assistenza primaria (CAP)** all'interno del Presidio Sanitario Polifunzionale di Santhià³⁰, di cui alla programmazione approvata nel 2012 ai sensi della DGR 26-3627 del 28 marzo 2012. Nello specifico è proseguita l'attività dei Medici di Medicina Generale (MMG), dei Pediatri di Libera Scelta e sono stati implementati i percorsi integrati tra MMG e Specialisti Ambulatoriali Convenzionati (vd. ALL. 2, tabella a pag. 14);
- nell'ambito della continuità assistenziale tra ospedale-territorio e in coerenza con il Macroprogetto "Residenzialità", il Distretto di Vercelli ha gestito nell'anno 2015 inserimenti presso la **Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria (CAVS)** di Albano (nel 2015 unica dotazione di CAVS disponibili) per un totale di n. 2.630 giornate di assistenza;
- è proseguito con intensità lo svolgimento delle funzioni relative alla Vigilanza sui presidi socio-sanitari, socio-assistenziali e sanitari. Le strutture da sottoporre a vigilanza risultavano essere n. 132; i sopralluoghi hanno riguardato n. 108 strutture (81,8 % del totale). In 1 caso si è provveduto a sospendere autorizzazione al funzionamento per le criticità rilevate e non risolte; nei restanti casi, laddove fossero riscontrate criticità, sono state effettuate prescrizioni che le

²⁹ Deliberazione del Direttore Generale n. 995 del 23.12.2015 "Approvazione della proposta del Programma delle Attività Territoriali-Distrettuali (PAT) di cui alla DGR 26-1653 del 29.06.2015."

³⁰ DD 613 del 7.8.13 di riconoscimento del CAP di Santhià.



strutture hanno ottemperato o si sono impegnate ad ottemperare con un cronoprogramma soggetto a nuova verifica;

- proseguimento dell'erogazione del contributo economico a favore dei malati delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica (SLA) e da altre malattie del motoneurone di cui alla DGR n. 23-3624 del 28.3.2012 (€ 69.180; n. persone in carico nell'anno 2015: n. 5);
- proseguimento dell'attività di adempimento degli obblighi informativi per l'assistenza domiciliare e residenziale realizzata attraverso i flussi FAR-SIAD;
- proseguimento dell'attività di controllo sulla corretta codifica delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) delle strutture private accreditate segnalate dagli uffici regionali, al fine di verificare la congruenza tra il contenuto del tracciato informatico SDO e quello della cartella clinica, ai sensi della DGR n. 35-6651 del 11.11.2013 e nel rispetto della normativa nazionale e regionale in materia. Tale verifica, oltre alla corretta codifica SDO, ha permesso di valutare la congruenza tra prestazione e scelta del setting assistenziale;
- proseguimento dell'apertura il **sabato mattina non festivo dell'ambulatorio svolto a cura dei pediatri di libera scelta**. Gli accessi nel 2015 sono stati pari a n. 635 (sostanzialmente invariato rispetto al 2014 n. 1.317);
- gestione dell'attività di **medicina penitenziaria**, in accordo con la vigente normativa e lo specifico protocollo d'intesa tra Direzione della Casa Circondariale (CC) di Vercelli e l'ASL VC. Nel corso dell'anno 2015 sono state implementate le visite specialistiche erogate direttamente presso la sede della Casa Circondariale. Nel corso dell'anno 2015 sono avvenuti 708 passaggi di detenuti. Di questi detenuti 107 risultavano con patologie da dipendenza di cui 68 certificati. Le prestazioni specialistiche effettuate all'interno della CC sono state 2686, mentre le prestazioni sanitarie effettuate nelle strutture all'esterno della CC sono state 4609. Il numero di ore garantite dai sanitari H24 sono state 8760, 960 ore sono state effettuate dal dirigente sanitario responsabile del presidio; le ore garantite dal personale infermieristico sono state 9328/h /anno;
- adesione al Piano Locale della Prevenzione 2015, per la parte di competenza;
- predisposizione delle procedure di competenza distrettuale correlate al Piano Attuativo della Certificabilità (PAC).

DISTRETTO DELLA VALSESIA

- garanzia della **continuità delle cure post-acuzie** per i propri residenti, con la collaborazione dei servizi aziendali interessati, secondo specifica procedura organizzativa per la realizzazione del percorso integrato di continuità di cura Ospedale-Territorio, in applicazione al modello previsto dalla D.G.R. n. 27-3628 del 28.3.2012.
Dal luglio 2013 le funzioni territoriali di continuità di cura, presso lo scrivente Distretto, vengono assicurate tramite i seguenti servizi/strutture:
 - a) Cure Domiciliari – ADI, a cui sono stati indirizzati n. 91 pazienti dai presidi ospedalieri aziendali e non, con incremento del 4% rispetto al 2014 (e del 9% rispetto al 2013);
 - b) Country Hospital (C.H.) presso la Casa della Salute di Varallo (n. 10 posti letto), di cui si riassume l'attività nella specifica tabella riportata in allegato 2 (pag. 13);



- proseguimento dell'apertura il **sabato mattina non festivo dell'ambulatorio svolto a cura dei pediatri di libera scelta** operanti nell'ambito distrettuale, presso i locali siti nel P.O. di Borgosesia il 8.2.2014 con orario 10.00 – 13.00. Il servizio ha consentito di accertare un minor ricorso al locale pronto soccorso di assistiti di età pediatrica. Gli accessi nel 2015 sono stati pari a n. 635 (sostanzialmente invariato rispetto al 2014 n. 653);
- sul tema **dell'appropriatezza prescrittiva** si evidenzia:
 - il controllo della spesa farmaceutica convenzionata, tale per cui la spesa lorda pro capite dei M.M.G. afferenti al Distretto si conferma, come da anni, inferiore alla media regionale e dell'ASL VC.
 - l'attività di collaborazione con la S.C. Farmaceutica Territoriale nello svolgimento degli incontri con i medici iperprescrittori (n. 2 nel Distretto) al fine di illustrare agli interessati le peculiari criticità degli specifici profili prescrittivi e di fornire elementi utili al raggiungimento di modalità di cura appropriate ma in linea, in termini di spesa, con i positivi risultati del Distretto;
 - l'attività di informazione, condivisione e discussione con i MMG e i pediatri di libera scelta delle appropriate modalità prescrittive di farmaci ed accertamenti di laboratorio e di diagnostica per immagini (comunicazioni di specifiche informative predisposte dalle diverse Strutture Aziendali e discussione nelle Commissioni distrettuali UCAD e Appropriatezza Prescrittiva);
- registrazione in appositi portali informatici e **trasmissione telematica dei dati** riguardanti:
 - la Gestione Integrata del Diabete (G.I.D.) da parte dei MMG;
 - le vaccinazioni anti-influenzali da parte dei MMG e del Distretto;
 - Piano caldo regionale 2015, da parte dei MMG e del Distretto.
- attuazione delle attività previste dal **Piano Locale della Prevenzione 2015** senza riscontrare criticità di rilievo;
- attento monitoraggio e definizione dell'effettivo fabbisogno **di dispositivi medici** che ha consentito al Distretto di ridurre del 10% la spesa per i dispositivi medici (consumo dispositivi anno 2014 € 60.239,00; anno 2015 € 54.440,00 (- 10%). Fonte Report SS Programmazione e controllo di gestione, 12 mesi 2015 consolidato);
- attuazione delle misure in relazione alla Legge 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione": tutto il personale medico ed amministrativo del Distretto ha partecipazione al corso base FAD aziendale;
- il Servizio di assistenza protesica ha dato piena applicazione alla deliberazioni regionali in materia di appropriatezza prescrittiva: D.G.R. n. 10-6336 del 9.9.2013 (apparecchi acustici) e



D.G.R. n. 31-742 del 5.12.2014 (plantari e calzature) con riduzione della spesa così come riportato di seguito:

Tabella 3.4.1 Andamento della spesa per assistenza protesica nel Distretto della Valsesia

tipologia di ausilio	Spesa anno 2013	Spesa anno 2014	Spesa anno 2015	1° trimestre 2016
Plantari e calzature	60.675,11 €	60.351,12€	57.432,60€	7.852,39€
Protesi acustiche	162.442,56€	117.515,33€	119.900,14€	28.770,70€

Fonte: SC Distretto della Valsesia 22.06.2016

Entrambi i Distretti hanno inoltre attivamente collaborato:

- alla procedura avviata per il **recupero delle somme da autocertificazione per esenzione da reddito** ai sensi dell'art. 1 del D.M. 11.12.2009 (verifica delle esenzioni dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per reddito, tramite il supporto del Sistema Tessera Sanitaria), accogliendo gli utenti e fornendo loro chiarimenti ed eventuale documentazione relativa alle richieste di recupero crediti³¹;
- all'attuazione delle misure in relazione alla Legge 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione": i Distretti, in ottemperanza a quanto previsto dal Piano triennale adottato dall'ASL VC, ha predisposto, nei tempi previsti (primo semestre entro il 30 giugno e secondo semestre entro il 31 dicembre), la relazione di competenza, secondo il modello fornito dal Responsabile Anticorruzione.

³¹ In relazione al recupero delle somme di soggetti autocertificati a seguito di verifica con esito negativo si segnala che sono in corso di recupero le annate 2011 e 2012. Si è contattato, a parte gli irreperibili, il 100% dei soggetti per un importo da recuperare pari a euro 121.643,76= per i controlli relativi all'anno 2011 ed euro 372.317,12= per i controlli relativi all'anno 2012.

Con riferimento ai controlli relativi all'anno 2011 si è recuperata (al momento di stesura della presente relazione e in parte già nel corso dell'esercizio 2014) una somma pari a euro 78.842,39= e si è in attesa di riscontro per ulteriori 322 pratiche trasmesse alla struttura Affari Generali e Legali, che ha provveduto all'iscrizione a ruolo per il recupero del credito.

Con riferimento invece ai controlli relativi all'esercizio 2012 si è, al momento della stesura della presente relazione, recuperato l'importo di euro 184.155,72= e si è in attesa di definire in via amministrativa/legale circa il 50% delle pratiche. (Fonte: SC Politiche e Gestione delle Risorse Economiche e Distretto di Vercelli)



Per quanto attiene alla Salute Mentale, nel corso dell'anno 2015 la **S.C. Psichiatria** ha risposto alla domanda e al bisogno di salute della popolazione del territorio di competenza mediante:

- il monitoraggio dei fenomeni dei ricoveri ripetuti in S.P.D.C. nei trenta giorni dalla dimissione per pazienti in carico alla SC Psichiatria;
- l'attuazione di un programma di interventi specifici e dedicati, svolti presso il Gruppo Appartamento di Varallo;
- coordinamento delle funzioni di residenzialità offerte dai Gruppi Appartamento di Vercelli, Gattinara, Valduggia e Varallo con i programmi terapeutico-riabilitativi dei Centri di Salute Mentale e dei Centri Diurni nella prospettiva della continuità assistenziale;
- il monitoraggio degli indicatori di misurazione delle performance dei centri diurni e la verifica degli indicatori di qualità per pazienti in carico ai centri diurni;
- il mantenimento del programma di reinserimento di pazienti autori di reato provenienti dagli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e dell'attivazione di percorsi di cura per soggetti autori di reato per soggetti con diagnosi psichiatrica;
- il servizio di consulenza a cadenza settimanale presso la Casa Circondariale di Vercelli, e coordinamento operativo con altri servizi attraverso la S.S. Medicina Penitenziaria;
- il rapporto tra le funzioni ambulatoriale e semi-residenziale, e la garanzia della continuità, 7 giorni su 7, in articolazione con il Pronto Soccorso e i reparti dell'ospedale di Borgosesia;
- mantenimento delle funzioni ambulatoriali territoriali di Santhià e Gattinara per utenti che, pur essendo grandi utilizzatori dei servizi psichiatrici, non sono in grado di raggiungere le sedi di Vercelli e Borgosesia;
- la prosecuzione, secondo i criteri del Piano Locale della Prevenzione (PLP) 2015, di interventi di promozione dell'attività fisica (gruppo di cammino per pazienti psichiatrici formati anche come walking leaders);
- la prosecuzione, secondo i criteri del PLP 2015 dei programmi di prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare negli istituti scolastici secondari attraverso moduli di formazione per insegnanti e moduli di formazione al Peer Education per studenti
- raccordo operativo con Associazioni di Volontariato per la Promozione della Salute Mentale Diapsi di Vercelli per pazienti in carico presso la SC Psichiatria Unificata VC-BG attualmente inseriti in programmi occupazionali e lavorativi.

Relativamente alle attività di **Neuropsichiatria Infantile (NPI)**, le stesse si sono caratterizzate per la partecipazione della Struttura Complessa NPI ad alcuni progetti qualificanti.

1. Nell'area dei "Disturbi dello Sviluppo", in collaborazione con AIFA (Associazione Famiglie ADHD) prosegue il Progetto "Sportello ADHD" per la gestione del disturbo da deficit di attenzione con iperattività, che integra sia a livello diagnostico che della presa in carico, con la collaborazione di tecnici qualificati messi a disposizione dalla Associazione delle Famiglie ADHD, i Medici della SC di NPI nella stesura del progetto terapeutico per i pazienti che giungono all'osservazione con il sospetto di disturbo dell'attenzione.
2. In collaborazione con la S.C. di Pediatria e la SSvD di Psicologia dell'Azienda, prosegue il programma di follow-up integrato per neonati pretermine o con sofferenza perinatale che ha condotto alla diagnosi precoce di disturbi dello sviluppo, ritardi psicomotori, autismo



rendendo possibile la presa in carico nei primi anni di vita che costituisce un indiscutibile fattore positivo per l'outcome.

3. Realizzazione a Vercelli, nel Novembre 2015, della Riunione Triregionale della LICE (Lega Italiana Contro l'Epilessia) che ha visto la partecipazione di numerosi esperti a livello nazionale sul tema delle Epilessie in età evolutiva e nell'età adulta.
4. In quest'ambito è stato inoltre organizzato un programma formativo per gli operatori scolastici sull'utilizzo dei farmaci in urgenza per interrompere le crisi epilettiche.
5. In collaborazione con la SSvD di Psicologia è stato attivato l'Ambulatorio Adolescenza, rivolto alla fascia d'età 14-24 anni che si propone di offrire un adeguato luogo di incontro e di cura per alcune patologie emergenti in questa area peculiare (disturbi comportamento alimentare, passaggi all'atto, devianza, disturbi del Sé).

Assistenza ai minori vittime di abuso o maltrattamenti

Nel 2015 è proseguito il programma di presa in carico dei minori vittime di abuso o maltrattamento a cui collaborano attivamente la SC NPI, le strutture di emergenza ospedaliera (DEA), la SC di Pediatria e la SSD Psicologia. I principali dati che riguardano l'assistenza psicologica sono riportati in allegato 2.

Sistema informativo ed informatico

Nel 2015 sono stati realizzati diversi interventi sul **sistema informatico** per migliorare l'accessibilità ai servizi sanitari nell'ambito dei tre LEA e la tracciabilità delle procedure sanitarie e amministrative:

- **Ricetta Elettronica:** l'applicativo per la gestione delle documentazione sanitaria delle visite ambulatoriali, AmbWeb, è stato aggiornato per permettere la produzione di ricette elettroniche. È stato inoltre aggiornato l'applicativo per la gestione delle prenotazioni delle prestazioni ambulatoriali, CupNet per la acquisizione delle ricette elettroniche;
- **Riorganizzazione rete laboratori:** nell'ambito dell'attività di riorganizzazione è stata sviluppata una integrazione informatica *ad hoc* tra i sistemi di laboratorio dell'ASL VC e quelli dell'ASO di Novara;
- **Verbale di pronto soccorso:** è stato aggiornato il programma che gestisce i verbali di pronto soccorso per includere nuove funzionalità quali la firma diretta dei certificati INPS e nuovi tipi di stampe;
- **Banca del Latte:** è stato sviluppato internamente all'ASL VC un applicativo per la gestione delle donazioni di latte materno effettuate presso l'azienda;
- **Libera professione:** nel mese di dicembre è stata attivato l'applicativo LPWeb per la gestione delle prenotazioni e della fatturazione delle prestazioni di libera professione in ottemperanza della D.G.R. n. 20 - 1086 del 23/02/2015;
- **Richiesta elettronica giustificativi di assenza del personale:** è stato effettuato un aggiornamento del programma in uso in modo i dipendenti possano effettuare elettronicamente la richiesta di giustificativo di assenza.



4. LA PERFORMANCE AZIENDALE

Gli indicatori di qualità dell'assistenza e di performance aziendale, la cui raccolta è stata avviata a partire dal mese di Giugno 2015, sono riportati in allegato 3.

In via indicativa vale la pena di notare come nel 2015 il 60,0% degli indicatori rilevati sia positivo o in miglioramento rispetto al valore atteso³² (rispetto al 55,5% nel 2014).

A livello macro-organizzativo nel 2015 si osserva la tendenza al riallineamento verso l'atteso delle risorse percentualmente consumate nei tre livelli di assistenza rispetto ai riferimenti nazionali³³. In percentuale, infatti, risultano incrementate le risorse aziendali destinate all'assistenza ospedaliera rispetto all'assistenza distrettuale³⁴, mentre rimangono percentualmente stabili le risorse destinate alla prevenzione. Tale andamento indica la necessità di proseguire la rivalutazione dell'allocazione delle risorse nei tre livelli di assistenza sinora effettuata.

Entrando più nel dettaglio, **nell'Area dell'Assistenza Collettiva** le opportunità di miglioramento riguardano il tasso di adesione delle donne al Pap test e i tassi di copertura vaccinale (vaccinazioni in età infantile e vaccinazione antinfluenzale). Mentre nel primo caso il tasso di adesione allo screening dei tumori della cervice uterina potrebbe essere sottostimato per via dell'abitudine delle donne ad effettuare l'accertamento presso il proprio ginecologo di fiducia senza ricorrere al servizio gratuito offerto dal programma di screening aziendale, nel caso delle coperture vaccinali i tassi osservati inducono ad intraprendere azioni efficaci soprattutto per incrementare:

- la vaccinazione antinfluenzale nell'anziano;
- la vaccinazione anti-HPV in età adolescenziale;
- la vaccinazione MPR (anti morbillo-parotite-rosolia) a 24 mesi.

Nell'Area Ospedaliera si osserva una buona performance in diverse aree specialistiche: in area ostetrica con una bassa percentuale di tagli cesarei primari; in area della chirurgia addominale elevata proporzione di colecistectomie per via laparoscopica, in area cardiologica con un'adeguata tempestività di esecuzione dell'angioplastica in caso di infarto miocardico acuto (IMA STEMI), ecc. Gli interventi di miglioramento, già avviati e tuttora in corso anche nell'ambito dei macroprogetti precedentemente descritti, riguardano invece i seguenti aspetti:

- tempestività di esecuzione degli interventi di riduzione della frattura di femore nell'anziano (che nel II semestre 2016 si presenta in netto miglioramento);
- numero di parti per punto nascita, che nell'Ospedale di Borgosesia si registrano ad un valore inferiore alla soglia minima richiesta dagli standard nazionali e regionali;
- spesa per il consumo di farmaci durante il ricovero o la prestazione ambulatoriale, che riguarda in particolare i farmaci oncologici;

³² Tra quelli per cui è stato possibile effettuare un confronto con un valore atteso

³³ 5% assistenza collettiva; 44% assistenza ospedaliera e 51% assistenza distrettuale

³⁴ ASSISTENZA OSPEDALIERA: atteso 44%; osservato 2014: 39,3% osservato 2015: 40,0%; ASSISTENZA DISTRETTUALE: atteso: 51%; osservato 2014: 57,6% ; osservato 2015: 56,9%; ASSISTENZA COLLETTIVA: atteso: 5%; osservato 2014: 3,1%; osservato 2015: 3,1%.



- elevata mobilità passiva, tale per cui gli ospedali aziendali risultano soddisfare poco più del 50% del fabbisogno di prestazioni dei residenti. Il dato osservato presenta un andamento pressoché costante da diversi anni e riflette le preferenze dei cittadini a rivolgersi con elevata frequenza presso altre strutture ospedaliere, anche extra-regionali (ad es. per interventi per tumore al seno che, nei nostri ospedali, è inferiore al volume minimo atteso).

Relativamente all'Assistenza Ambulatoriale Specialistica si osserva la necessità di proseguire gli interventi rivolti alla riorganizzazione delle attività ambulatoriali e all'incremento dell'appropriatezza prescrittiva (vd. macroprogetto "Rete Ambulatoriale" e attività distrettuali). Gli indicatori utilizzati come proxy della performance di quest'area, infatti, appaiono in miglioramento rispetto all'atteso ma non ancora in modo ottimale. Ciò vale soprattutto per gli accertamenti di laboratorio e, in minor misura, per le TC.

Per quanto riguarda l'Assistenza Distrettuale e, in particolare, l'Assistenza Farmaceutica Territoriale, si osservano nel 2015 risultati ampiamente positivi grazie alla costante azione di monitoraggio condotta. Permangono due ambiti d'azione su cui focalizzare gli sforzi di governance che interessano l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci antiacidi (inibitori di pompa protonica, IPP) e dei farmaci antidepressivi.

L'efficacia dell'assistenza territoriale nel **gestire le più frequenti patologie croniche** limitando le complicanze gravi e il ricorso al ricovero ospedaliero (diabete, asma, ecc.) è stata rilevata mediante indicatori che rilevano i tassi di ospedalizzazione specifici (*100.000 residenti). A questo riguardo si rileva una performance migliorabile nell'ambito della gestione territoriale dei pazienti con scompenso cardiaco, polmonite e broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO). Ci si attende che i primi risultati in senso positivo diventino rilevanti e stabili nel medio-lungo termine, dopo l'attivazione e il consolidamento delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) che costituiscono il setting più appropriato per assistere questa tipologia di pazienti in modo coordinato, tempestivo e multiprofessionale.

La Qualità Percepita dall'utente è stata rilevata indirettamente attraverso il **numero di reclami presentati all'URP** (Ufficio Relazioni con il Pubblico) che, nel 2015, si è pressoché dimezzato rispetto al 2014.

Nell'ambito della **gestione delle risorse umane**, a fronte del rispetto del tetto di spesa per il personale anche nel 2015, si osserva rispetto al passato un incremento del tasso di turnover (da 4,8% a 5,7%) e di altri indicatori relativi al tasso di assenza che presentano un andamento peggiorativo rispetto ai valori osservati nel 2013. Ciò può essere il riflesso delle condizioni di stress derivanti anche dal processo di riorganizzazione aziendale e di rimodulazione degli assetti organizzativi che ormai perdura da lungo tempo.

Fra gli indicatori per cui si esprime una lettura positiva vi sono, invece, la percentuale di donne con ruolo apicale e il tasso di adesione all'indagine sul benessere organizzativo. Quest'ultimo nel 2015 risulta maggiore di quello rilevata nell'anno precedente, ancorché non vengano ancora raggiunti livelli ottimali (14% nel 2014 vs. 25,6% nell'indagine relativa al 2015).



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

Infine, l'area relativa al **governo del Rischio Clinico** presenta una buona performance, sintetizzata attraverso gli indicatori proxy che rilevano il livello di applicazione delle raccomandazioni ministeriali per l'esecuzione di una chirurgia sicura e il livello di sinistrosità dell'ASL VC (inferiore al valore osservato regionale, ancorché relativo all'anno 2014 – ultima rilevazione disponibile).

Il livello di segnalazione degli incidenti e dei "quasi incidenti" (i cosiddetti "near miss") evidenzia un buon livello di sensibilizzazione del personale, con una media annuale di n. 185 eventi segnalati negli anni 2010-2014 (in particolare: n. 185 segnalazioni nel 2015, di cui 5 riguardanti dei near miss, vs. n. 208 segnalazioni nel 2014, di cui 3 riguardanti dei near miss).

Tra le azioni poste in essere nel 2015 si segnala:

- l'implementazione del Programma Regionale per la gestione del rischio clinico 2014/2015 che prevede il monitoraggio sistematico della check list in Sala Operatoria e del percorso dei pazienti chirurgici degenti presso le Strutture Chirurgiche dell'ASL VC;
- il proseguimento dei corsi di formazione aziendale multi professionale e multidisciplinare per gli Operatori dell'ASL;
- il proseguimento dell'attività di farmacovigilanza in relazione alle segnalazioni di sospette reazioni avverse a farmaci (ADR) (407 segnalazioni di sospette ADR pervenute nel 2015) e di vigilanza sulla sicurezza dei dispositivi medici (DM) (n. 8 segnalazioni di incidente correlato all'utilizzo di DM nel 2015, a seguito delle quali, sono state messe in atto le procedure di comunicazione previste).



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

5. FORMAZIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE

Il Sistema Sanitario Regionale del Piemonte richiede alle Aziende Sanitarie profonde trasformazioni, dovute da un lato ad una generale evoluzione del contesto demografico, epidemiologico e sociale, dall'altro alle modifiche degli assetti istituzionali.

In tale contesto l'ASL VC è stata chiamata nell'anno 2015 a definire il nuovo Atto Aziendale e le principali linee di sviluppo strategico per l'Azienda.

I cambiamenti riguardano tutte le aree di attività dell'Azienda Sanitaria: l'Ospedale deve confrontarsi con l'emergere di nuove esigenze che richiedono nuove modalità di organizzazione; il territorio è sempre più chiamato a dare nuove risposte ai problemi emergenti (fragilità, cronicità, invecchiamento della popolazione, ecc.) creando nuove sinergie con l'ospedale; l'area della prevenzione diventa inevitabilmente il tassello fondamentale che rende possibile il funzionamento dei nuovi equilibri del sistema della salute territoriale.

Lo scenario descritto ha reso evidente la necessità di avviare dei momenti di riflessione e di confronto tra Direzione, ruoli dirigenziali e figure chiave all'interno dell'organizzazione per allineare nel modo più efficace aspettative e priorità di azione.

Negli ultimi mesi dell'anno 2015 è stato pertanto attivato specifico percorso di formazione manageriale finalizzato ad accompagnare l'organizzazione nella definizione delle linee di sviluppo strategico collegate agli obiettivi di mandato, conferiti dalla Regione al Direttore Generale all'atto della nomina, e all'implementazione del nuovo Atto Aziendale.

Per la realizzazione del percorso formativo è stato attivato specifico rapporto di collaborazione e cooperazione, per il necessario supporto scientifico e didattico, con l'Università SDA Bocconi di Milano, che ha svolto attività didattica e di affiancamento dei gruppi di progetto, precedentemente costituiti e dedicati all'area del territorio, all'area dell'ospedale e all'area della prevenzione, nella definizione delle traiettorie strategiche prioritarie e qualificanti il futuro dell'Azienda.

Vercelli, 27 giugno 2016

Il Direttore Generale
Dott.sa Chiara Serpieri
(firmato in originale)



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

ALLEGATI

- Allegato 1 – Relazione del Direttore Generale sul raggiungimento degli obiettivi assegnati nell'anno 2015 (D.G.R. N. 12-2021 dell'8.10.2015)
- Allegato 2 - Sintesi dei principali dati di attività dell'ASL VC (consuntivo anno 2015)
- Allegato 3 - Sintesi dei principali indicatori di performance dell'ASL VC
- Allegato 4 – Indicatori del Programma delle Attività Territoriali (PAT) 2016