



**RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE
SUL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI ASSEGNATI
NELL'ANNO 2017
(D.G.R. N. 101-5530 DEL 3 AGOSTO 2017)**

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

**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

Con D.G.R. n. 101-5530 del 3 agosto 2017 la Giunta Regionale ha provveduto all'assegnazione degli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali delle aziende sanitarie regionali finalizzati al riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2017. Si provvede di seguito a relazionare in merito allo stato di livello di raggiungimento degli obiettivi così attribuiti.

OBIETTIVO 1.1 Efficientamento della spesa aziendale

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

Pagina 2

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

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

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

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

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284

www.aslvc.piemonte.it

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

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

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

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

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

ALL OB 1.1 CE III tri 2017 Prot_53403_2017,

ALL OB 1.1. CE precon2017 Prot_7118_2018 e

ALL OB 1.1 Rel sint Prot-63059_2017),

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

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

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

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

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

Pagina 3

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

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

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

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

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

Pertanto, pur non potendosi evidenziare un risultato tecnico in linea con l'obiettivo ove ci si soffermi sul solo valore assoluto e complessivo dei costi 2017, preme evidenziare come il risultato economico ottenuto sia ampiamente positivo, in particolare modo se rapportato al triennio.

Per i suesposti motivi viene richiesta la valorizzazione completa degli obiettivi di efficientamento anche per il 2017, pur con manovre diverse da quanto inizialmente prefigurato.

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

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

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

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

L'incremento risulta correlato in particolare allo sviluppo di attività strategiche o innovative quali la radiologia interventistica, l'oculistica (con un abbattimento significativo delle liste di attesa e un aumento

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

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284

www.aslvc.piemonte.it

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

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

della produttività interna), la traumatologia e, come già rilevato con nota prot. 63428 del 29.12.2017 l'ortoinfettivologia (ALL OB 1.1 Rel sint Prot-63059_2017; ALL OB 1.1. Ortoinfettivologia). In tale ambiti, a fronte di una produzione maggiorata per euro 1.442.000 si osserva un incremento dei costi soprattutto alla voce dispositivi (per le sole tre attività citate tale incremento nel 2017 è valorizzabile per circa 746.000 euro, ovvero quasi l'intero importo di aumento annuo della voce medesima).

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

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

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

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

Si fa qui riferimento alle azioni già evidenziate in sede di rendicontazione preconsuntiva 2017 in merito alla esternalizzazione delle attività dell'Hospice ed all'adozione di misure di miglioramento della logistica intraospedaliera del paziente, nonché alla adozione di azioni di implementazioni di nuove funzioni interne quali Admission & Discharge Team e Bed Management, nell'ambito della Direzione Medica dei Presidi.

Pagina 5

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

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



A.S.L. VC

Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

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

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

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

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

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

Al riguardo si anticipano due riflessioni:

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

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

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284

www.aslvc.piemonte.it

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

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

OBIETTIVO 2.1 Attivazione delle Case della Salute programmate

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



A.S.L. VC

Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

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

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

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

VALORE OSSERVATO

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

SI

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

In corso

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

SI

AZIONI INTRAPRESE

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

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

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



A.S.L. VC

Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284

www.aslvc.piemonte.it

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

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

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

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

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

OBIETTIVO 3.1 Miglioramento dei tempi di attesa nell'ambito dei ricoveri

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

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

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

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

Pagina 10

STRUTTURA: DIREZIONE GENERALE
DIRETTORE: dott.sa Chiara SERPIERI
Indirizzo: C.so Mario Abbiate n. 21 – 13100 VERCELLITel. 0161/593775 – 0161/593595 Fax: 0161/593768
e-mail: direzione.generale@aslvc.piemonte.it

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

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284

www.aslvc.piemonte.it

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

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

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

LEGENDA

NE = interventi non eseguiti presso l'ASL VC.

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

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

AZIONI INTRAPRESE

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

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

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

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

**OBIETTIVO 3.2 Tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali****SETTORE REFERENTE** Assistenza specialistica e ospedaliera**DESCRIZIONE.** L'obiettivo si prefigge di misurare, attraverso indicatori trasparenti ed efficaci, la capacità di risposta tempestiva del SSR nell'erogazione di prestazioni ambulatoriali al cittadino.

Pertanto si richiede di lavorare sul miglioramento della capacità dell'organizzazione di rispondere alla richiesta di prestazioni sanitarie ambulatoriali attraverso la diminuzione, qualora si superi lo standard regionale come da DGR 30-3307/2016, del tempo medio di erogazione delle prestazioni.

L'obiettivo si compone di tre sub-obiettivi:

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

Ai fini del sub-obiettivo 2 sono prese in considerazione, in via prioritaria per l'anno 2017, le prestazioni previste dal PNLGA (visite specialistiche e diagnostica strumentale) indicate nella tabella di seguito. Sono valutate ai fini del monitoraggio tutte le prestazioni consumate/erogate (primo accesso e non) e tutte le modalità di prescrizione.

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

Si esplicita, al fine di garantire il diritto di accesso alle prestazioni, il divieto di sospensione delle prenotazioni delle prestazioni (chiusura delle agende). Il miglioramento previsto dall'obiettivo si intende ad invarianza delle risorse economiche assegnate con DGR 35-5329 del 10.07.2017 e s.m.i. La Direzione Sanità si riserva la possibilità di attivare, oltre al monitoraggio da flusso, ulteriori verifiche a campione effettuate telefonicamente e/o attraverso visite on site e/o attraverso il CUP laddove presente.

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

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



	3. Flusso C 2017, Flusso DEM e/o rilevazioni a campione
SCALA	<ol style="list-style-type: none">1. SI/NO2. La valutazione positiva presuppone, per ogni singola prestazione, che l'indice di performance aziendale rispetti lo standard regionale. In caso contrario viene altresì valutato positivamente un aumento di volumi, rispetto al 2015, del 30%.<ol style="list-style-type: none">a. Ognuna delle 42 prestazioni oggetto di monitoraggio pesa 1/42 del relativo punteggio.3. La valutazione positiva presuppone, per ogni singola prestazione, che l'indice di performance aziendale rispetti lo standard regionale. In caso contrario viene altresì valutato positivamente un aumento di volumi, rispetto al 2015, del 30%.<ol style="list-style-type: none">a. Ognuna delle prestazioni individuate peserà 1/n del relativo punteggio.
TRACKING	▪ Incontri di monitoraggio obiettivi
PUNTEGGIO	ASL/AO/AOU 15/100 punti così ripartiti per sub-obiettivi: <ol style="list-style-type: none">1. 3/152. 6/153. 6/15 [...omissis...]
NOTE	Si evidenzia che la colonscopia presenta nella medesima lista d'attesa anche gli screening di secondo livello.

OBIETTIVO RAGGIUNTO: parziale (autovalutazione 11,9/15 punti)

VALORE OSSERVATO

1. Caricamento a CUP di tutte le agende di prenotazione (punti 3 su 3)
Il 100% delle agende è caricato a sistema CUP aziendale.

2. Tempi di attesa (punti 5,1 su 6)
Nell'ambito delle n. 40 prestazioni oggetto di monitoraggio l'analisi dei dati interni relativi all'anno 2017 evidenzia quanto segue:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

AZIONI INTRAPRESE

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

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

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284

www.aslvc.piemonte.it

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

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

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

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

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



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

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

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

1. **Mammografia** (criticità: 53,9 giorni di attesa vs. standard di 40 giorni). Nel corso dell'anno 2017, nell'ambito del riordino della Rete Ambulatoriale che ha riguardato anche la valutazione del grado di obsolescenza delle attrezzature, solo le due sedi ospedaliere dell'ASL VC sono state individuate quali punti di erogazione delle mammografie diagnostiche anche in relazione alla vetustà degli apparecchi mammografici in uso presso le sedi delle Case della Salute di Santhià e Gattinara. Le apparecchiature vetuste, le cui procedure di sostituzione sono state completate a fine 2017, consentiranno di riprendere la piena attività nel 2018 con ricadute positive anche sui tempi di attesa.
2. **Diagnostica ecografica del capo e del collo** (criticità: 40,8 giorni di attesa vs. standard di 40 giorni). Si osserva un incremento dei tempi di attesa oltre lo standard le cui cause sono attribuibili ad un possibile aumento della domanda che non è stata assorbita in corso d'anno non solo dall'ASL VC ma anche da altre strutture pubbliche e private accreditate. Al riguardo ci si è attivati internamente per potenziare innanzitutto l'offerta aziendale (ad esempio, per la sola sede di Vercelli gli slot settimanali sono stati incrementati da 8 slot/settimana nel 2017 a 36 slot/settimana da gennaio 2018). Nell'anno 2017, inoltre, in ottemperanza al progetto di riordino della Rete Ambulatoriale si è proceduto con l'acquisizione di nuova strumentazione che, unitamente con la messa a regime della consistenza organica del personale, ha permesso di procedere con un riordino dell'erogazione delle prestazioni ecografiche programmato dal Direttore della S.C. Radiodiagnostica a far data dal gennaio 2018.
3. **Colonscopia** (criticità: 32,9 giorni di attesa vs. standard di 30 giorni). Si vuole sottolineare che a fronte di un minimo aumento del tempo di attesa, si riscontra anche un incremento della produzione del 12% rispetto all'anno 2015 e che lo standard previsto dall'obiettivo è di "soli 30 giorni" (in rapporto ai 60 giorni previsti dalle normative nazionali).
Anche questa prestazione rientra tra le prestazioni oggetto di intervento nell'ambito delle azioni previste dal progetto presentato ai sensi della DGR 17-4817 del 27.03.2017 precisando che la durata dell'esame, individuata dalle linee-guida in 40 minuti, è rispettata e che da Novembre 2017 si è provveduto ad inserire su CUP aziendale la prenotazione della prestazione erogata dall'unica Struttura Privata Accreditata per la branca presente sul territorio dell'ASL VC.
4. **Esame audiometrico tonale** (criticità: 52,1 giorni di attesa vs. standard di 30 giorni). Si riscontra una minima riduzione pur essendosi mantenuta nell'anno 2017 la criticità legata all'unica risorsa umana (tecnico audiometrista) operante nell'ASL VC che, per motivi di salute, è stata assente da ottobre a



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

tutto dicembre anno 2017. A tale criticità si è sommata una criticità relativa alla strumentazione presente negli ambulatori territoriali che non ha permesso l'esecuzione dell'esame da parte dello Specialista Ambulatoriale Convenzionato se non a far data dal mese di ottobre 2017.

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

Le azioni intraprese a livello di AIC3 hanno riguardato:

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

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

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

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

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284

www.aslvc.piemonte.it

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

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

OBIETTIVO 3.3 Riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in PS

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



A.S.L. VC

Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284

www.aslvc.piemonte.it

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

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

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

OBIETTIVO RAGGIUNTO: SI (autovalutazione 5/5 punti)

VALORE OSSERVATO

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

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

AZIONI INTRAPRESE

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



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

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

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

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

COLORE TRIAGE >>> ANNO >>>	Bianco			Giallo			Rosso			Verde			Totale		
	N° passaggi	MM totali passaggi	MM medi passaggio	N° passaggi	MM totali passaggi	MM medi passaggio	N° passaggi	MM totali passaggi	MM medi passaggio	N° passaggi	MM totali passaggi	MM medi passaggio	N° passaggi	MM totali passaggi	MM medi passaggio
Bianco	1.178	121.303	103	1	240	240	-	-	-	358	36.866	103	1.537	158.409	103
	1.631	173.469	106	1	13	13	-	-	-	561	54.372	97	2.193	227.854	104
Giallo	4	1.862	466	4.632	2.688.968	581	85	80.095	942	645	482.268	748	5.366	3.253.193	606
	3	1.959	653	3.665	2.124.120	580	76	71.304	938	496	521.375	1.051	4.240	2.718.758	641
Nero	-	-	-	70	87.884	1.255	131	83.099	634	24	34.144	1.423	225	205.127	912
	-	-	-	77	95.141	1.236	96	89.672	934	25	39.104	1.564	198	223.917	1.131
Rosso	-	-	-	106	83.857	791	680	411.717	605	49	58.278	1.189	835	553.852	663
	-	-	-	47	40.387	859	517	275.668	533	21	19.270	918	585	335.325	573
Verde	984	171.324	174	1.542	655.927	425	89	69.566	782	28.370	7.377.604	260	30.985	8.274.421	267
	837	212.709	254	1.565	720.828	461	99	85.086	859	27.459	7.509.606	273	29.960	8.528.229	285
Totale	2.166	294.489	136	6.351	3.516.876	554	985	644.477	654	29.446	7.989.160	271	38.948	12.445.002	320
	2.471	388.137	157	5.355	2.980.489	557	788	521.730	662	28.562	8.143.727	285	37.176	12.034.083	324
HH medie passaggi (MM totali passaggi/N° passaggi)															
Valore Atteso															
% Raggiungimento															
HH medie passaggi (MM totali passaggi/N° passaggi)															
Valore Atteso															
% Raggiungimento															
															5,33
															6,00
															100%
															5,40
															6,00
															100%

DEA I livello - VERCELLI



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: aslvercell@pec.aslvc.piemonte.it

P.I./Cod. Fisc. 01811110020

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

COLORE TRIAGE »»» ANNO COLORE DIMISSIONE »»»	Bianco			Giallo			Rosso			Verde			Totale			
	N° passaggi	MM totali passaggi	MM medi passaggio	N° passaggi	MM totali passaggi	MM medi passaggio	N° passaggi	MM totali passaggi	MM medi passaggio	N° passaggi	MM totali passaggi	MM medi passaggio	N° passaggi	MM totali passaggi	MM medi passaggio	
Bianco	2017	212	26.383	124	-	-	-	-	-	152	11.212	74	364	37.595	103	
	2016	180	25.741	143	1	45	45	-	-	93	8.534	92	274	34.320	125	
Giallo	2017	-	-	-	1.091	445.851	409	115	44.000	383	190.631	669	1.491	680.482	456	
	2016	-	-	-	1.754	686.683	391	70	21.562	308	178.658	645	2.101	886.903	422	
Nero	2017	-	-	-	8	3.064	383	24	6.377	266	3.078	616	37	12.519	338	
	2016	-	-	-	12	6.454	538	10	3.034	303	382	382	23	9.870	429	
Rosso	2017	-	-	-	14	4.309	308	52	12.973	249	1.632	408	70	18.914	270	
	2016	-	-	-	22	5.489	250	145	35.454	245	494	247	169	41.437	245	
Verde	2017	185	25.676	139	2.375	981.787	413	63	46.258	734	3.205.060	188	19.708	4.258.781	216	
	2016	158	23.885	151	2.125	877.541	413	45	30.394	675	3.227.170	203	18.207	4.158.990	228	
Totale	2017	397	52.059	131	3.488	1.435.011	411	254	109.608	432	3.411.613	195	21.670	5.008.291	231	
	2016	338	49.626	147	3.914	1.576.212	403	270	90.444	335	3.415.238	210	20.774	5.131.520	247	
HH medie passaggi (MM totali passaggi/N° passaggi)	2017															3,85
Valore Atteso																4,00
% Raggiungimento																100%
HH medie passaggi (MM totali passaggi/N° passaggi)	2016															4,12
Valore Atteso																4,00
% Raggiungimento																3%

BORGESIA

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

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

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

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284

www.aslvc.piemonte.it

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

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

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

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

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

Tabella 1. Obiettivo 4.1 - Sintesi dei risultati raggiunti

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

AZIONI INTRAPRESE

Pagina 23

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

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

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



A.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

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

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

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

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

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

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

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

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

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

OBIETTIVO 4.2 Miglioramento della qualità del flusso informativo dei dispositivi medici

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

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

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

AZIONI INTRAPRESE

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

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

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

SETTORE REFERENTE	Assistenza farmaceutica, integrativa e protesica
DESCRIZIONE	<p>La Legge 24 dicembre 2012, n. 228 (Legge di Stabilità 2013) ha rideterminato a partire dall'anno 2014 il tetto di costo per l'acquisto di Dispositivi Medici (DM) nella misura del 4,4% del FSN (art.1, comma 131, lettera b). Considerato il limite di tetto imposto a livello nazionale, la Legge n. 125 del 6 agosto 2015 ha stabilito la possibilità di una rinegoziazione dei contratti in essere da proporre ai fornitori di dispositivi medici al fine di garantire il rispetto del tetto e l'andamento della spesa.</p> <p>Il confronto dei dati di Conte Economico del primo trimestre 2017, in rapporto allo stesso periodo 2016, evidenziano un aumento della spesa per Dispositivi Medici (voci di CE considerate: BA0220; BA0230).</p> <p>Inoltre, è stata aggiudicata la gara organizzata dalla società di committenza regionale (SCR) in merito alla fornitura di presidi per l'autocontrollo della glicemia e servizi connessi per le Aziende del Servizio Sanitario Regionale. Nell'anno 2016 si riscontra un'alta variabilità prescrittiva dei dispositivi oggetto di gara sia a livello di singola azienda che fra i singoli prescrittori. L'obiettivo è dunque rivolto all'utilizzo appropriato dei presidi oggetto di gara. In proposito occorre sottolineare che l'obiettivo non intende in alcun modo limitare la libertà prescrittiva dei medici (specialisti) che mantengono la possibilità di effettuare prescrizioni terapeutiche motivatamente indirizzate verso dispositivi più costosi laddove giustificate esigenze di cura, non altrimenti perseguibili in modo egualmente efficace, lo richiedono.</p>
INDICATORE	<p>1. Spesa per Dispositivi Medici (voce di CE considerata: BA0220 e BA0230): mantenimento della spesa 2016.</p> <p>2. Presidi per l'autocontrollo della glicemia e servizi connessi per le aziende del SSR: media percentuale del primo quarto della popolazione pesata.</p>
VALORE OBIETTIVO	<p>La spesa per Dispositivi Medici BA0220 e BA0230 2017, per ogni singola Azienda, ha quale riferimento i valori di CE Consuntivo 2016. Ogni singola Azienda deve mantenere o ridurre il proprio valore.</p> <p>Per i presidi per l'autocontrollo della glicemia il valore obiettivo è rappresentato dalla media percentuale dell'incidenza delle strisce distribuite in convenzione rispetto al totale delle strisce distribuite considerando il primo quarto della popolazione regionale pesata.</p> <p>Vedi tabelle allegate [...omissis...]</p>
FONTE DATI	Flusso DMRP/CE
SCALA	SI/NO (0-1). <p>Per le due voci di spesa oggetto di valutazione (BA0220 e BA0230) il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto al mantenimento o riduzione del proprio valore che risulta a Consuntivo CE 2016 come indicato in tabella. La valutazione terrà in considerazione la produzione delle prestazioni sanitarie riferite alle categorie di DM oggetto di monitoraggio.</p> <p>Rispetto ai presidi per l'autocontrollo della glicemia, il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto al conseguimento del valore obiettivo previsto in tabella. Per le Aziende che presentano nel 2016 valori uguali o inferiori rispetto a quelli obiettivo il raggiungimento dello stesso è conseguito mediante il mantenimento o miglioramento dei propri valori espressi in tabella.</p>
TRACKING	Riunioni periodiche svolte con referenti del settore regionale responsabile, ASR e CSI nel 2017; valutazione finale sulla base dei dati al 31.12. 2017.
PUNTEGGIO	ASL 6/100 ▪ BA0220 3/6 ▪ BA0230 1/6 ▪ Presidi per l'autocontrollo della glicemia 2/6
NOTE	Nel caso in cui il mancato raggiungimento dell'obiettivo sia attribuibile a prescrizioni terapeutiche motivatamente indirizzate verso trattamenti farmacologici più costosi, giustificati da esigenze di cura non altrimenti perseguibili in modo egualmente efficace, si chiede al Direttore generale una dettagliata relazione con la quale si documenta in maniera oggettiva tale circostanza.

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

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pagina 27

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

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

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

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

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

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

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

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

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

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

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

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

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

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

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

AZIONI INTRAPRESE

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

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

SETTORE REFERENTE	Assistenza Specialistica e Ospedaliera
DESCRIZIONE	<p>Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 2 giorni in pazienti ultrasessantacinquenni.</p> <p>L'indicatore è presente nella Griglia LEA, oggetto di valutazione da parte del Ministero della Salute. Inoltre il DM 702 del 2.04.2015 ha inserito tale indicatore tra quelli in evidenza per il monitoraggio del rapporto tra volumi/esiti delle strutture complesse ponendo la soglia del tasso minimo aggiustato di rischio al 60% e un volume minimo di interventi per struttura complessa pari a 75/anno.</p> <p>Per il 2017 l'indicatore oggetto dell'obiettivo è espresso in termini di produzione sia per le AO/AOU che per le ASL.</p> <p>In linea generale l'indicatore può essere migliorato e reso più aderente alla realtà calcolando la differenza tra la data di intervento chirurgico e la data di arrivo in Pronto Soccorso, ricavabile dal flusso C2. I due flussi (SDO e C2) sono linkabili tra loro mediante il codice identificativo univoco anonimo. In questo modo viene conteggiato anche il periodo trascorso in Pronto Soccorso. Nel 2017 l'indicatore è calcolato sia con la medesima modalità con cui è stato calcolato nel 2016 (cioè calcolando il tempo di attesa all'interno della SDO), sia con la modalità proposta sopra, cioè calcolando i tempi a partire dall'arrivo in PS. Il confronto tra i valori dei due indicatori contribuirà ad evidenziare eventuali differenze organizzative nella gestione del paziente favorendo la necessaria attività di audit organizzativo nella gestione del percorso.</p>
INDICATORE	<p>Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 2 giorni (differenza tra data della procedura e data di ricovero \leq 2 giorni)</p> <hr/> <p>Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore</p>
VALORE DELL'OBIETTIVO	Tasso aggiustato > 70%
FONTE DATI	Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Pagina 29

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

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

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

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

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

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

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

AZIONI INTRAPRESE

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

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

SETTORE REFERENTE	Assistenza specialistica ed ospedaliera
DESCRIZIONE	Proporzione di episodi di STEMI trattati con PTCA entro 2 giorni. La tempestività dell'effettuazione dell'angioplastica percutanea su pazienti con diagnosi di IMA STEMI, cruciale per la sopravvivenza del paziente, deve pertanto essere fatta oggetto di monitoraggio insieme alle altre indicazioni sul percorso del paziente come definito per le reti di patologie tempo dipendenti quali la rete IMA STEMI (DM70 del

Pagina 30

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

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

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

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

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

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

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



A.S.L. VC

Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

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

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

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

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

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

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284

www.aslvc.piemonte.it

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

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

OBIETTIVO 6.3 Appropriately nell'assistenza al parto dei Punti Nascita

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

**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

systematic review. May 2016. www.supportsummaries.org**OBIETTIVO RAGGIUNTO:** SI, assunta la coerenza fra SDO e CEDAP (autovalutazione 4/4 punti)**VALORE OSSERVATO**

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

AZIONI INTRAPRESE

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

OBIETTIVO 6.4 Screening oncologici

SETTORI REFERENTI	Prevenzione e Veterinaria Assistenza specialistica e ospedaliera
DESCRIZIONE	Il primo indicatore per ciascuno dei tre screening oncologici (tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto) riguarda la copertura da inviti, e il secondo la copertura da esami. Per copertura da inviti si intende la capacità di invitare tutte le persone facenti parte della popolazione target con la cadenza stabilita: se, per esempio, la cadenza degli inviti è biennale, la popolazione target annuale è data dalla popolazione target diviso due. L'indicatore viene pertanto calcolato come numero di inviti diviso la popolazione target annuale. Analogamente, la copertura da esami viene calcolata come numero di esami di screening eseguiti diviso la popolazione target annuale. Essendo in corso l'implementazione dello screening cervico-vaginale tramite test per l'HPV, per tale screening vengono inclusi tra gli inviti e gli esami sia il pap test che l'HPV. La popolazione target e gli intervalli di screening sono i seguenti: - Donne di età 50-69 anni per lo screening mammografico (due anni). - Donne di età 25-64 anni (30-64 per HPV) per lo screening cervico-vaginale (tre anni screening citologico e 5 anni HPV). - Uomini e donne di età 58-69 anni per lo screening coloretale (due anni per il FIT e solo una volta a 58 anni per la sigmoidoscopia).
INDICATORE	COPERTURE INVITI: N° persone invitate + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale. COPERTURA ESAMI: N° persone sottoposte al test di screening, incluse le adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale.
VALORE DELL'OBIETTIVO	Cfr. tabella allegata [...omissis..]
FONTE DATI	Banca dati CSI – CRPT Piemonte
SCALA	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2017 tra valore minimo (come indicato in tabella) e il valore obiettivo. Se il valore dell'indicatore è inferiore al valore minimo, l'obiettivo è

Pagina 34

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

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

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

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

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284

www.aslvc.piemonte.it

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

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

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

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

I risultati osservati sono riportati nella tabella che segue.

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

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

Pagina 35

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

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

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

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

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

AZIONI INTRAPRESE

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

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

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

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

OBIETTIVO 6.5 Donazioni d'organo

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

Pagina 36

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

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

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

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284

www.aslvc.piemonte.it

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

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

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

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

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

AZIONI INTRAPRESE

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

Pagina 37

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

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

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

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284

www.aslvc.piemonte.it

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

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

OBIETTIVO 6.6 Umanizzazione nelle strutture di ricovero delle Aziende Sanitarie Regionali

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

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

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284

www.aslvc.piemonte.it

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

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

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

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

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

Pagina 39

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

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



A.S.L. VC

Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

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

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

AZIONI INTRAPRESE

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

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

Punto 6.6.2 Comunicazione fra medici curanti e familiari dei pazienti

VALORE OSSERVATO

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

AZIONI INTRAPRESE

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

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

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

Punto 6.6.3. Commissioni miste conciliative

VALORE OSSERVATO

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

AZIONI INTRAPRESE

L'équipe mista (componenti aziendali e di parte civica), che ha svolto la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle strutture, con compilazione della checklist il 28 settembre 2017, si è incontrata in plenaria quattro volte tra giugno e ottobre. Nei periodi intercorsi fra le riunioni i componenti del gruppo hanno mantenuto i contatti via mail e hanno svolto i compiti di verifica loro assegnati.

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

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



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

6.6.4. Progetti sostegno pazienti/famiglie

VALORE OSSERVATO

Sono stati realizzati i seguenti progetti:

- Ospedale aperto dal dicembre 2015
- Rianimazione aperta dicembre 2015

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

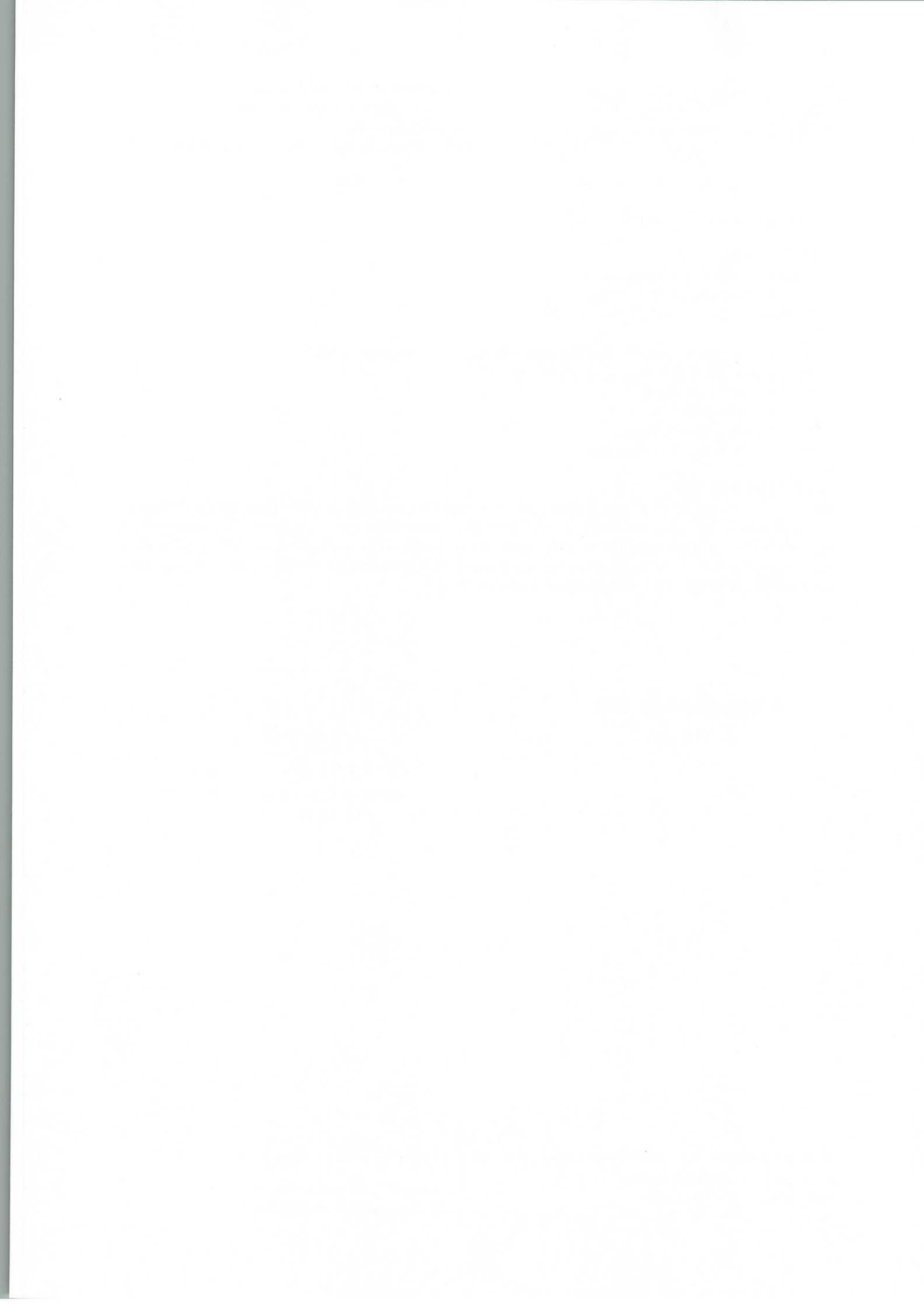
- Percorso disabili con parcheggio interno dedicato
- Area verde attrezzata
- Sala lettura/biblioteca
- Percorso paziente fragile
- Nuovo centro della memoria

AZIONI INTRAPRESE

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

Vercelli, 16 febbraio 2018

IL DIRETTORE GENERALE
(dott.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

ALLEGATO 2

alla **RELAZIONE AZIENDALE SOCIOSANITARIA**

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

Anno 2018

Sintesi dei principali dati di attività dell'ASL VC

Consuntivo Anno 2017

**ASSISTENZA COLLETTIVA**

Dati attività	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
N° bovini equivalenti	21.183,73	19.516,78	18.106,54	19.618,03	19.195,35	20.517,75	19.195,23
N° vaccinazioni ¹	25.085	31.120	30.066	35.160	29.018	25734	25.068
Prestazioni monocratiche ²	10.859	10.874	8.363	8.577	9.747	7824	7824
Prestazioni collegiali	9.996	10.581	9.837	10.602	10390	10571	9945
Prestazioni reperibilità ³	555	540	509	528	570	529	552
Numero progetti di Promozione della Salute	-	-	-	24	39	43	41
Numero Istituti Scolastici partecipanti ai progetti di promozione della salute	-	-	-	28	26	27	28
Studenti coinvolti dalle attività di promozione della salute	-	-	-	4588	3016	3.870	3166
Numero interviste sorveglianza Passi realizzate	ND	275	275	275	275	275	275

Fonte: Dipartimento di Prevenzione, 12.03.2018. Sono indicati i consuntivi al 31 dicembre di ciascun anno.
ND = dato non disponibile

¹Fonte: SC SISP. Il numero riportato è il numero complessivo di vaccinazioni, che comprende tutte le vaccinazioni praticate dal Servizio di Igiene pubblica sia nei confronti dei minori in base al calendario della Regione Piemonte, sia nei confronti della popolazione adulta.

²Le prestazioni monocratiche sono costituite da (Fonte SC Medicina Legale):

- visite fiscali (domiciliari o ambulatoriali per visite di controllo sulle assenze dei lavoratori in malattia ex art.5 legge 300);
- certificazioni ambulatoriali che il cittadino deve eseguire per ottenere dei benefici previsti per legge (patenti di guida, porti d'arma, patenti nautiche, permessi parcheggio per disabili, permessi per entrata in cimitero in auto per disabili, certificazioni di sana e robusta costituzione, certificazione per conduzione di caldaie a vapore, certificazioni di idoneità all'adozione nazionale/internazionale, certificazione per la cessione del 5° stipendiale, certificazioni per l'esenzione dall'uso delle cinture di sicurezza in auto, certificazioni ai fini elettorali per l'accompagnamento al sedgio dei disabili, certificazioni di grave patologia in terapia salvavita ai fini assenza dal lavoro, partecipazione al comitato provinciale collegio tecnico per il collocamento al lavoro dei disabili, idoneità per maneggio esplosivi/fochino, astensione dal lavoro per gravidanza a rischio, certificazione per iscrizione al centro dell'impiego per disabile),
- certificazioni in ambito necroscopico a norma del regolamento di Polizia Mortuaria (visite necroscopiche per l'accertamento della realtà della morte, sopralluoghi congiunti con l'Autorità Giudiziaria in tema di morti violente, esame esterno di cadavere in caso di sopralluogo giudiziario, certificazione per l'approntamento del Passaporto mortuario in caso di trasporto salma all'estero, certificazioni di nulla osta alla cremazione di cadaveri)



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

Nel tempo risultano incrementate in particolare le prestazioni monocratiche correlate al rilascio di idoneità all'uso delle armi. A questo proposito, al di là del fatto che i flussi di popolazione non sono stabili ma possono variare in rapporto al fatto che alcune certificazioni (vedi patenti, porti armi) sono eseguite anche da altri soggetti come scuole guida e sedi Aci e quindi ci possono essere flussi in aumento o diminuzione variabili, durante l'anno 2015 è sopraggiunto l'obbligo per i possessori di nulla osta alla detenzione di armi (per esempio collezionisti) di eseguire un controllo immediato dell'idoneità psicofisica (tale tipologia di porto d'arma non era soggetta a controlli una volta rilasciata)

³In ambito medico-legale le motivazioni più frequenti di chiamate in reperibilità sono rappresentate dai certificati necroscopici. Seguono, in minor numero, anche sopralluoghi giudiziari e certificazioni di decesso ospedaliero per i trapianti di cornee.

Le prestazioni più numerose sono riferite all'accertamento della realtà di morte ex art 4 regolamento di polizia mortuaria che obbliga il medico necroscopo/legale ad eseguire la visita presso la salma e a rilasciare il certificato in un periodo compreso tra le 15 ore e le 30 ore dal decesso. L'assenza di attività istituzionale dal venerdì alle 17 al lunedì alle 8 obbliga il medico reperibile alla prestazione del caso in regime di reperibilità.

**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

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Si riportano di seguito i principali dati di attività ospedaliera che risultano a consuntivo per l'anno 2016 (Fonte: SS Programmazione e controllo di gestione, 28.02.2018 con verifica della SC Direzione Medica per la dotazione di p.l., in base alla Delibera n. 132 del 18.02.2016).

Passaggi (colore Triage)	2015				2016				2017			
	Pronto soccorso VC	Pronto soccorso BG	Tot.	% codice colore (totale)	Pronto soccorso VC	Pronto soccorso BG	Tot.	% codice colore (totale)	Pronto soccorso VC	Pronto soccorso BG	Tot.	% codice colore (totale)
4 - Rosso	641	263	904	1,6%	786	270	1.056	1,8%	985	254	1.239	2,0%
3 - Giallo	5.251	3.443	8.694	15,0%	5.353	3.913	9.266	15,9%	6.351	3.488	9.839	16,2%
2 - Verde	28.087	16.897	44.984	77,8%	28.605	16.502	45.107	77,4%	29.446	17.531	46.977	77,5%
1 - Bianco	2.682	541	3.223	5,6%	2.487	344	2.831	4,9%	2.166	397	2.563	4,2%
Totale	36.661	21.144	57.805	100%	37.231	21.029	58.260	100%	38.948	21.670	60.618	100%

ASL VERCELLI - SITUAZIONE POSTI LETTO (al 31 dicembre degli anni indicati)

Posti letto	Presidio Vercelli				Presidio Borgosesia				Totale			
	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
Posti letto Ordinari	264	264	242	215	98	98	100	82	362	362	342	297
Posti letto DH/DS	39	39	33	28	12	12	8	8	51	51	41	36
Totale	303	303	275	243	110	110	108	90	413	413	383	333
di cui :												
Posti letto Libera professione	Presidio Vercelli				Presidio Borgosesia				Totale			
	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
Libera professione Ordinari	1	1	1	2	2	2	1	2	3	3	2	4
Libera professione DH/DS	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
Libera professione	2	2	2	3	3	3	2	3	5	5	4	6
Posti letto al netto della Libera professione	Presidio Vercelli				Presidio Borgosesia				Totale			
	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
Posti letto Ordinari	263	263	241	213	96	96	99	80	359	359	342	293
Posti letto DH/DS	38	38	32	27	11	11	7	7	49	49	41	34
Totale al netto della Libera professione	301	301	273	240	107	107	106	87	408	408	383	327



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

PRODUZIONE - CASI	ASL VC				VERCELLI				BORGOSIESIA				
	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017	2017/ 2016
Ricoveri ordinari	12.543	12.255	11.330	11.061	8.477	8.288	7.768	7.741	4.066	3.967	3.562	3.320	93%
Day Hospital / Day surgery	4.114	3.746	3.518	3.939	2.483	2.308	2.128	2.509	1.631	1.438	1.390	1.430	103%
Totale (**)	16.657	16.001	14.848	15.000	10.960	10.596	9.896	10.250	5.697	5.405	4.952	4.750	96%

ASL VC CASI	2014	2015	2016	2017	2017/ 2016
Produzione (**)	16 657	16 001	14 848	14.997	101,00%
di cui mobilità attiva	3 755	3 521	3 410	3.616	106,04%
di cui residenti ASL	12 902	12 480	11 438	11.381	99,50%
% produzione residenti	77,5%	78,0%	77,0%	75,9%	98,51%
Mobilità ASL (*)	12 504	12 517	12 574	12.140	96,21%
Domanda residenti	25 406	24 997	24 012	23.521	97,78%
Grado copertura ASL	51%	50%	48%	48%	101,76%
Grado copertura mobilità	49%	50%	52%	52%	98,40%

(*) Include Mobilità passiva extraregionale; ultimo dato disponibile anno 2016
(**) al netto dell'attività in Libera Professione

STRUTTURA:

DIREZIONE GENERALE

Tel. 0161 5931 Fax. 0161 593768

DIRETTORE:

Dot.ssa Chiara SERPIERI

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

Indirizzo:

C.so Mario Abbiate 21 – 13100 Vercelli

Pag. 5 di 19

**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

riduzione anno corrente > 1% rispetto anno precedente
incremento anno corrente > 1% rispetto anno precedente
-1% < scostamento anno corrente su precedente < 1%**Produzione Attività di Ricovero numero dimessi - Totale Anno**

	RO			DH			Totale		
	2016	2017	diff %	2016	2017	diff %	2016	2017	diff %
Cardiologia	1.182	1.099	-7%	154	197	28%	1.336	1.296	-3%
U.T.I.C.	53	37	-30%	-	-	==	53	37	-30%
Malattie Infettive	363	303	-17%	-	-	==	363	303	-17%
Medicina Generale	1.035	1.143	10%	65	39	-40%	1.100	1.182	7%
attività ONCOEMA (fino a febb.'16)	22	-	-100%	21	-	-100%	43	-	-100%
attività CURE INTERMEDIE (fino a febb.'16)	37	-	-100%	-	-	==	37	-	-100%
attività Reumatologia (fino a febb.'16)	7	-	-100%	11	14	27%	18	14	-22%
attività oncologia (fino a febb.'16)	50	-	-100%	-	-	==	50	-	-100%
TOT MEDICINA 2016	1.151	1.143	-1%	97	53	-45%	1.248	1.196	-4%
Oncologia (SOLO DH) (*)	-	-	==	56	47	-16%	56	47	-16%
Chirurgia Generale	574	488	-15%	305	322	6%	879	810	-8%
Dermatologia	60	64	7%	485	467	-4%	545	531	-3%
Medicina elevata int assist	-	-	==	-	-	==	-	-	==
Nefrologia	156	135	-13%	33	49	48%	189	184	-3%
Neurologia	476	445	-7%	14	15	7%	490	460	-6%
Oculistica	3	7	133%	118	101	-14%	121	108	-11%
Odonto	-	-	==	-	-	==	-	-	==
Ortopedia Traum.	430	568	32%	191	595	212%	621	1.163	87%
Ostetricia Gin	825	874	6%	370	309	-16%	1.195	1.183	-1%
Otorino	200	242	21%	115	91	-21%	315	333	6%
Pediatria	244	285	17%	38	-	-100%	282	285	1%
Nido	467	474	1%	-	-	==	467	474	1%
Neonatologia	108	108	0%	-	-	==	108	108	0%
Pneumologia	541	551	2%	-	-	==	541	551	2%
Rianimazione	80	72	-10%	-	-	==	80	72	-10%
RRFF	-	-	==	-	-	==	-	-	==
SPDC	315	292	-7%	-	-	==	315	292	-7%
Urologia	540	554	3%	152	263	73%	692	817	18%
VERCELLI	7.768	7.741	0%	2.128	2.509	18%	9.896	10.250	4%
Cardiologia	355	329	-7%	112	111	-1%	467	440	-6%
U.T.I.C.	-	-	==	-	-	==	-	-	==
Chirurgia Generale	371	393	6%	488	432	-11%	859	825	-4%
Medicina Generale	1.075	961	-11%	21	-	-100%	1.096	961	-12%
Medicina Gen. - Lungodegenza	44	-	-100%	-	-	==	44	-	-100%
Pediatria	24	18	-25%	-	-	==	24	18	-25%
Nido	378	333	-12%	-	-	==	378	333	-12%
Ortopedia Traum.	370	330	-11%	238	166	-30%	608	496	-18%
Ostetricia Gin	706	710	1%	243	272	12%	949	982	3%

**Produzione Attività di Ricovero numero dimessi - Totale Anno**

	RO			DH			Totale		
	2016	2017	diff %	2016	2017	diff %	2016	2017	diff %
Otorino	104	78	-25%	189	272	44%	293	350	19%
Urologia	135	168	24%	99	174	76%	234	342	46%
Oncologia (senza posti letto dedicati)	-	-	==	-	3	==	-	3	==
RIGA PER ANALOGIA FOGLIO INDICATORI									
BORGOSIESIA	3.562	3.320	-7%	1.390	1.430	3%	4.952	4.750	-4%
AZIENDA	11.330	11.061	-2%	3.518	3.939	12%	14.848	15.000	1%
Libera Professione VC	6	7	17%	5	3	-40%	11	10	-9%
Libera Professione BG	1	5	400%	-	2	==	1	7	600%
Libera Professione TOT	7	12	71%	5	5	0%	12	17	42%
VERCELLI CON LP	7.774	7.748	0%	2.133	2.512	18%	9.907	10.260	4%
BORGOSIESIA CON LP	3.563	3.325	-7%	1.390	1.432	3%	4.953	4.757	-4%
AZIENDA TOTALE	11.337	11.073	-2%	3.523	3.944	12%	14.860	15.017	1%

FONTI: FLUSSO SDO ASL, tutti gli oneri di degenza, sia a carico SSN che Ministero degli Interni e del ricoverato per libera professione

(*) n.b. SC Oncologia in corso d'anno è al netto dei DH aperti che non hanno conseguentemente dato origine a SDO

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

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284

www.aslvc.piemonte.it

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

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

	riduzione anno corrente > 1% rispetto anno precedente
	incremento anno corrente > 1% rispetto anno precedente
	-1% < scostamento anno corrente su precedente < 1%

Produzione attività di ricovero Valore dimessi - Totale Anno

	RO			DH			Totale		
	2016	2017	diff %	2016	2017	diff %	2016	2017	diff %
Cardiologia	5.675.022	5.855.755	3%	146.972	161.460	10%	5.821.994	6.017.215	3%
U.T.I.C.	203.074	118.435	-42%	-	-	==	203.074	118.435	-42%
Malattie Infettive	1.583.505	1.582.287	0%	-	-	==	1.583.505	1.582.287	0%
Medicina Generale	3.896.822	4.389.276	13%	87.743	61.934	-29%	3.984.566	4.451.210	12%
attività ONCOEMA (fino a febb.'16)	97.651	-	-100%	5.923	-	-100%	103.574	-	-100%
attività CURE INTERMEDIE (fino a febb.'16)	183.691	-	-100%	-	-	==	183.691	-	-100%
attività Reumatologia (fino a febb.'16)	21.680	-	-	42.541	33.567	-	64.221	33.567	-
attività oncologia (fino a febb.'16)	202.954	-	-100%	-	-	==	202.954	-	-100%
TOT MEDICINA 2016	4.402.798	4.389.276	0%	136.207	95.501	-30%	4.539.005	4.484.777	-1%
Oncologia (SOLO DH) (*)	-	-	==	51.747	16.318	-68%	51.747	16.318	-68%
Chirurgia Generale	2.767.520	2.467.295	-11%	389.419	418.755	8%	3.156.939	2.886.050	-9%
Dermatologia	156.403	193.658	24%	842.720	811.255	-4%	999.123	1.004.913	1%
Nefrologia	674.647	576.001	-15%	57.302	71.475	25%	731.949	647.476	-12%
Neurologia	1.709.076	1.709.129	0%	31.615	32.247	2%	1.740.690	1.741.376	0%
Oculistica	4.923	11.123	126%	148.544	123.365	-17%	153.467	134.488	-12%
Ortopedia Traum.	2.687.483	3.466.744	29%	300.422	984.658	228%	2.987.905	4.451.402	49%
Ostetricia Gin	1.308.108	1.343.956	3%	457.297	385.091	-16%	1.765.405	1.729.047	-2%
Otorino	601.513	864.491	44%	99.966	92.566	-7%	701.479	957.057	36%
Pediatria	416.703	434.603	4%	8.171	-	-100%	424.874	434.603	2%
Nido	314.035	460.676	47%	-	-	==	314.035	460.676	47%
Neonatologia	393.391	479.251	22%	-	-	==	393.391	479.251	22%
Pneumologia	2.150.372	2.186.945	2%	-	-	==	2.150.372	2.186.945	2%
Rianimazione	510.193	353.817	-31%	-	-	==	510.193	353.817	-31%
SPDC	604.207	571.610	-5%	-	-	==	604.207	571.610	-5%
Urologia	1.944.239	1.889.813	-3%	154.635	239.173	55%	2.098.874	2.128.986	1%
VERCELLI	28.107.212	28.954.865	3%	2.825.017	3.431.864	21%	30.932.229	32.386.729	5%
Cardiologia	1.434.838	1.242.800	-13%	129.591	118.251	-9%	1.564.429	1.361.051	-13%

STRUTTURA:

DIREZIONE GENERALE

Tel. 0161 5931

Fax. 0161 593768

DIRETTORE:

Dott.sa Chiara SERPIERI

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

Indirizzo:

C.so Mario Abbiate 21 – 13100 Vercelli

Pag. 8 di 19

**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

Produzione attività di ricovero Valore dimessi - Totale Anno									
	RO			DH			Totale		
	2016	2017	diff %	2016	2017	diff %	2016	2017	diff %
Chirurgia Generale	1.590.133	2.045.266	29%	675.876	581.394	-14%	2.266.009	2.626.660	16%
Medicina Generale	3.341.264	3.158.406	-5%	9.080	-	-100%	3.350.344	3.158.406	-6%
Medicina Gen. - Lungodegenza	83.930	-	-100%	-	-	==	83.930	-	-100%
Pediatria	19.784	23.194	17%	-	-	==	19.784	23.194	17%
Nido	300.611	244.205	-19%	-	-	==	300.611	244.205	-19%
Ortopedia Traum.	2.294.728	2.066.833	-10%	374.714	259.447	-31%	2.669.442	2.326.280	-13%
Ostetricia Gin	1.220.729	1.181.530	-3%	310.920	355.044	14%	1.531.649	1.536.574	0%
Otorino	206.329	155.106	-25%	228.251	339.819	49%	434.580	494.925	14%
Urologia	312.369	426.423	37%	70.540	148.939	111%	382.909	575.362	50%
Oncologia (senza posti letto dedicati)	-	-	==	-	223	==	-	223	==
BORGOSIESIA	10.804.714	10.543.763	-2%	1.798.972	1.803.117	0%	12.603.685	12.346.880	-2%
AZIENDA	38.911.926	39.498.628	2%	4.623.988	5.234.981	13%	43.535.915	44.733.609	3%
VERCELLI CON LP	28.118.006	28.973.618	3%	2.828.267	3.433.873	21%	30.946.273	32.407.491	5%
BORGOSIESIA CON LP	10.805.760	10.550.726	-2%	1.798.972	1.804.397	0%	12.604.731	12.355.122	-2%
AZIENDA TOTALE	38.923.766	39.524.344	2%	4.627.239	5.238.270	13%	43.551.005	44.762.614	3%

Fonte: FLUSSO SDO ASL, tutti gli oneri di degenza, sia a carico SSN che Ministero degli Interni e del ricoverato per libera professione

(*) n.b. SC Oncologia in corso d'anno è al netto dei DH aperti che non hanno conseguentemente dato origine a SDO

**ASSISTENZA DISTRETTUALE**

Si riporta di seguito un estratto dei dati di attività territoriale che risultano a consuntivo per l'anno 2017, confrontati con l'anno 2016 e 2015 e riguardanti: l'assistenza specialistica ambulatoriale, l'assistenza agli anziani, l'assistenza ai malati psichiatrici (Fonte: SS Programmazione e controllo di gestione, 28.02.2018, ad eccezione dei dati relativi ai p.l. di CAVS forniti dalla SC Distretto, 28.02.2018).

ASSISTENZA SPECIALISTICA PER ESTERNI				
VALORE	ASL	Mobilità Regione	Mobilità Fuori Regione(*)	TOTALE
2015				
Prestazioni di attività clinica	13.088.661	7.403.816	1.806.758	22.299.234
Prestazioni di laboratorio	5.450.974	1.697.258	427.444	7.575.676
Prestazioni di diagnostica strumentale e di immagine	3.142.141	4.142.953	331.779	7.616.872
TOTALE ANNO 2015	21.681.776	13.244.027	2.565.981	37.491.783
2016				
Prestazioni di attività clinica	13.276.719	7.952.371	1.899.202	23.128.292
Prestazioni di laboratorio	4.702.177	1.698.044	343.508	6.743.728
Prestazioni di diagnostica strumentale e di immagine	2.801.272	3.996.420	343.104	7.140.795
TOTALE ANNO 2016	20.780.168	13.646.834	2.585.814	37.012.816
2017				
Prestazioni di attività clinica	13.365.095	8.833.448	1.899.202	24.097.745
Prestazioni di laboratorio	4.715.432	1.766.920	343.508	6.825.859
Prestazioni di diagnostica strumentale e di immagine	2.868.791	4.059.591	343.104	7.271.486
TOTALE ANNO 2017	20.949.318	14.659.959	2.585.814	38.195.090
ANNO 2017 / 2016	100,81%	107,42%	100,00%	103,19%
QUANTITA	ASL	Mobilità Regione	Mobilità Fuori Regione(*)	TOTALE
2015				
Prestazioni di attività clinica	474.583	177.750	23.610	675.943
Prestazioni di laboratorio	1.471.231	342.938	49.405	1.863.574
Prestazioni di diagnostica strumentale e di immagine	82.652	71.117	5.492	159.261
TOTALE ANNO 2015	2.028.466	591.805	78.507	2.698.778
2016				
Prestazioni di attività clinica	471.851	185.163	23.672	680.686
Prestazioni di laboratorio	1.217.876	313.135	44.045	1.575.056
Prestazioni di diagnostica strumentale e di immagine	71.077	71.727	5.443	148.247
TOTALE ANNO 2016	1.760.804	570.025	73.160	2.403.989
2017				
Prestazioni di attività clinica	463.053	178.244	23.672	664.969
Prestazioni di laboratorio	1.191.881	321.041	44.045	1.556.967
Prestazioni di diagnostica strumentale e di immagine	68.947	69.907	5.443	144.297
TOTALE ANNO 2017	1.723.881	569.192	73.160	2.366.233
ANNO 2017 / 2016	97,90%	99,85%	100,00%	98,43%

(*)Mobilità passiva extraregionale anno 2017 non disponibile e pertanto riportata uguale all'anno precedente.



ASSISTENZA AGLI ANZIANI	2013	2014	2015	2016	2017	2017/ 2016
Assistenza territoriale semiresidenziale (n° giornate)	2.418	2.257	2.275	2.298	2.126	93%
Assistenza territoriale residenziale (n° giornate)	245.008	263.554	273.813	247.637	244.526	99%
Hospice	2.175	1.777	1.769	1.771	2.346	132%
a favore di (Ospedale di Comunità)*	2.992	3.019	2.981	1.373	0	0%
a favore di (continuità assistenziale)	4.133	1.227	2.235	6.001	9.107	152%

LEGENDA:

Per mantenere l'uniformità di confronto con le precedenti Relazioni Sociosanitarie il numero di giornate per assistenza residenziale è stato calcolato come somma delle seguenti voci PIA: V130a +V131a+ V132ai + V132at +V133a +V133aa +V134a +V134ab. Si segnala che l'indicatore richiesto dalla Regione nel Programma delle Attività Territoriali (PAT) 2016 include, oltre alle voci sopra indicate, anche le seguenti: V139a +V140a +V141a

***L'Ospedale di Comunità o Country Hospital**, con sede a Varallo, ha costituito fino al 29.12.2016 una modalità assistenziale residenziale della rete dei servizi distrettuali. Rispondeva alla necessità di affrontare in modo più appropriato ed efficace i bisogni di salute degli assistiti residenti – prevalentemente anziani – i quali, a giudizio del medico curante, sono affetti da patologie in atto che, pur non necessitando della complessità del secondo livello assistenziale (Ospedale per acuti), difficilmente possono essere risolte in ambito domiciliare (Cure Domiciliari) in considerazione delle particolari condizioni di fragilità sanitaria o sociale.

Tale struttura:

- contribuiva a ridurre i ricoveri impropri per pazienti con patologie non curabili al domicilio per fragilità sociale o sanitaria;
- costituiva un valido supporto agli ospedali per acuti extra ASL realizzando, attraverso le dimissioni protette, la continuità assistenziale e terapeutica;
- attuava un'adeguata alternativa alle Cure Domiciliari quando non realizzabili per complessità clinico – assistenziale o per motivazioni socio – assistenziali.

Successivamente, con DDG n. 566 del 23.6.2016, sono state attribuite al Country Hospital di Varallo (n. 10 posti letto) le funzioni di CAVS per i casi di moderata intensità clinico-assistenziale, a far data dal 1.7.2016. La struttura ha contestualmente assunto la nuova denominazione di "CAVS della Valsesia". A seguito di approfondimenti sul bisogno di salute e sulla tipologia di utenza assistita nell'area nord, è stata rivalutata l'allocatione dei pl sul territorio e programmato il trasferimento dei n. 10 pl CAVS di Varallo nel PO di Borgosesia, effettuato il 29.12.2016. Con DDG n. 1207 del 30.12.2016 è stata revocata la DDG n. 566 del 23.6.2013 disattivando, dal 29.12.2016, le funzioni di CAVS per i casi di moderata intensità clinico-assistenziale assunte dal Country Hospital di Varallo.

Nella tabella che segue viene dettagliato il numero di ricoveri erogati dal Country Hospital e in CAVS nel 2013, 2014, 2015, 2016 e 2017.

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE A VALENZA SANITARIA: DATI DI ATTIVITÀ					
anno	N° giornate	Tasso occupazione	Totale ricoveri	Continuità assistenziale da ospedale	Dal domicilio
2013 (Country Hospital)	3.076	84,27%	157	92 (58,6%)	65 (41,4%)
2014 (Country Hospital)	3.254	89,15%	166	112 (67,5) *	54 (32,5%)

**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

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE A VALENZA SANITARIA: DATI DI ATTIVITÀ

anno	N° giornate	Tasso occupazione	Totale ricoveri	Continuità assistenziale da ospedale	Dal domicilio
2015 (Country Hospital)	3.250	89,04%	172	107 (62%)**	65 (38%)
A. 1.1.2016 – 30.6.2016 (Country Hospital)	1.638	90%	86	53 (61,6%)	33 (38,4%)
B. 1.7.2016 – 28.12.2016 (funzioni di CAVS Valsesia)	1.513	83,59%	87	68 (78,2%)	19 (21,8%)
2017 (CAVS)***	8.930	69,90%	440	440	0

*di cui n. 93 dai PP.OO. Asl VC, n. 9 da altri PP.OO. ** di cui n. 98 dai PP.OO. Asl VC, n. 9 da altri PP.OO.

***18 pl CAVS Vercelli + 18 pl CAVS Borgosesia

Fonte: SC Distretto, 28.02.2018

ATTIVITÀ DELL'Unità di Valutazione Geriatrica - 2017

	Totale S.C. Distretto	Area Nord	Area Sud
DOMANDE PERVENUTE di cui	830 (uomini 270 – donne 560)	368 (uomini 114 – donne 254)	462 (uomini 156 – donne 306)
Prima domanda	566 (uomini 191 – donne 375)	251 (uomini 82 – donne 169)	315 (uomini 109 – donne 206)
Rivalutazioni	264 (uomini 79 – donne 185)	117 (uomini 32 – donne 85)	147 (uomini 47 – donne 100)
VALUTAZIONI EFFETTUATE di cui	877 (uomini 271 – donne 606)	368 (uomini 122 – donne 246)	509 (uomini 149 – donne 360)
Prima valutazione	582 (uomini 183 – donne 399)	240 (uomini 82 – donne 158)	342 (uomini 101 – donne 241)
Rivalutazioni	295 (uomini 88 – donne 207)	128 (uomini 40 – donne 88)	167 (uomini 48 – donne 119)

**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

Casa della Salute di Santhià*					
DATI DI ATTIVITÀ	2013**	2014	2015	2016	2017
	N° prestazioni	N° prestazioni	N° prestazioni	N° prestazioni	N° prestazioni
Medici di Medicina Generale (MMG)	7.504	35.500	36.893	54.342	56.839
Pediatri di Libera Scelta (PLS)	832	4.290	(4.290)***	6.130	5.750
Infermieri	821	2.223	2.260	2.480	4.940
Totale	9.157	42.013	(43.4433) 39.153 escluse le prestazioni PLS	62.952	67.529

(SC Distretto, 28.02.2018. Fonte: registro delle prestazioni infermieristiche del CAP; applicativo "Nemoqueue" per la gestione degli utenti in attesa al CAP)

*Il Centro di Assistenza Primaria (CAP) di Santhià, diventato Casa della Salute con DDG , è stato inaugurato inizialmente il 6.05.2013 proponendo un'organizzazione sperimentale centralizzata delle cure primarie, specialistiche e dell'area socio-assistenziale realizzata con le risorse a disposizione, a costi molto contenuti riutilizzando un ex presidio ospedaliero già riconvertito in Presidio Sanitario Polifunzionale (PSP). Si tratta quindi di una nuova progettazione dedicata all'area delle cure primarie, non della riconversione di una struttura di ricovero per malati acuti. Pur in assenza di tutti i requisiti previsti per un CAP (DD n. 406 del 14.06.2012), esso è stato formalmente riconosciuto come tale dalla Regione Piemonte con DD n. 613 del 7.08.2013 , che ha ritenuto di superare, nella selezione dei progetti ammissibili alla sperimentazione, il rigido criterio della presenza sul territorio aziendale di un presidio ospedaliero da riconvertire e di avviare la sperimentazione anche in contesti territoriali in cui emerge l'esigenza di realizzare una migliore organizzazione delle cure primarie.

**Attivo solo dal II semestre 2013

***Per l'anno 2015 il dato non è disponibile. Viene inserito lo stesso dato rilevato nell'anno precedente assumendo per approssimazione che non ci siano state variazioni.

**ASSISTENZA RESIDENZIALE PER PAZIENTI PSICHIATRICI**

	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2017/ Anno 2016
Assistenza territoriale semiresidenziale (n° giornate)	9.138	20.660	9.856	9.309	94%
di cui Centri diurni - (n° giornate) - Assistenza semiresidenziale	8.637	19.200	9.553	8.683	91%
di cui 'DH territoriali - (n° giornate) - Assistenza semiresidenziale	602**	1460	303	626	207%
Assistenza territoriale residenziale (n° giornate)	28.621	26.574	24.299	26.477	109%
di cui Comunità alloggio	1.089	1.150	1.464	2.302	157%
di cui Gruppi appartamento e progetti individuali	15.646	14.962	14.633	14.915	102%
di cui Comunità protette (A e B)	4.830	6.438	7.926	8.233	104%
di cui Comorbilità psichiatrica	2.311	1.671	276	1.027	372%
di cui RSA / RAF	4.745	2.353	0	0	0%

L'andamento delle giornate di residenzialità e semiresidenzialità erogate nel 2016 per pazienti psichiatrici presenta, rispetto al 2015, una complessiva riduzione correlata all'attività di rivalutazione dei piani di cura dei diversi pazienti in carico che ha comportato, in alcuni casi, una variazione del setting assistenziale.

Analizzando i risultati più nel dettaglio si osserva che, diversamente dall'andamento complessivo, per alcune tipologie di setting vi è stato un incremento di giornate erogate. Nello specifico, si osserva un incremento delle giornate erogate in Comunità Alloggio e in Comunità protetta che, rispetto ad altri setting, riflettono una maggiore intensità assistenziale (e quindi costi maggiori). Tale riscontro spiega l'incremento dei costi del livello di assistenza distrettuale per il Dipartimento di Salute Mentale evidenziato nel 2016 (6.951.804,00€ nel 2016 vs. 6.094.303,00€ nel 2015).

ASSISTENZA RESIDENZIALE PER DIPENDENZE PATOLOGICHE

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2016/ 2015
Assistenza territoriale semiresidenziale (n° giornate)	Non erogata	Non erogata	Non erogata	Non erogata	Non erogata	Non erogata	-
Assistenza territoriale residenziale (n° giornate)	4925	4609	4.867	6324	4699	4239	74%

(Fonte: SC SerD 28.02.2018)



ASSISTENZA PSICOLOGICA					
AREA DELLA PREVENZIONE	2014	2015	2016	2017	Note
Sostegno alla gravidanza e genitorialità					
- Cicli brevi psicodramma (n° donne)	101	78	93	Non attivati	
- Incontri genitori nel post-partum (n° persone)	100	81	30	52	Le criticità inerenti questi percorsi hanno portato ad allineare i percorsi
Sportelli Psicologici presso le Scuole Superiori					
- N° colloqui	58	76	82	114	
- n° ragazzi incontrati	37	46	54	76	
- n° edizioni sportello	50	52	50	50	Interventi dello psicologo nelle scuole
Progetti in collaborazione con Scuole Medie e Superiori (n°)	6	6	8	6	Si tratta di interventi finalizzati alla promozione del benessere mentale e delle capacità di base di vita nei ragazzi ("life skills")
1. Progetto NOI (n° studenti formati)	22	24	50	50	A valenza regionale, promosso dal Tribunale dei minori di Torino per combattere il bullismo. Nel 2015 sono stati formati 24 studenti con ricaduta su 350 popolazione studentesca
2. Progetto "Diario della Salute"	X	X	10 insegnanti	10 Insegnanti	Diario della Salute: a valenza nazionale. La finalità è la promozione della salute dei ragazzi e l'implementazione delle life skills Progetto "Unplugged": a valenza nazionale per prevenire le dipendenze patologiche Progetto "consultorio un viaggio in adolescenza": finalizzato ad implementare l'afferenza dei ragazzi al Servizio Sanitario.
3. Progetto "Unplugged"	X	X	Non attivato	Non attivato	
4. Progetto "Consultorio: un viaggio in adolescenza"	x	X	365	Non attivato	
5. Progetto "Be Healthy" (n° studenti formati)	21	24	25	Non attivato	A valenza europea con finalità di promozione della salute dei ragazzi.
6. Progetto "Peer to Peer" (n° studenti formati)	40	46	50	50	Progetto rivolto alle Scuole medie e Superiori. La finalità è la promozione dell'educazione alla salute e alla cittadinanza attiva.
7. Formazione Forze dell'Ordine (Personale formato)	-	-	35	Non attivato	Attivato nel 2016 (dati riferiti al Progetto realizzato con Finanziamento a parte - v. specchio minori audizioni)
8. Oltre le parole (numero Insegnanti incontrati)	x	X	69	Insegnanti 69	
9. Educazione al rispetto e all'amore (Insegnanti incontrati)	-	-	33	Insegnanti 33 Ragazzi raggiunti 425	Attivato nel 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

AREA DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA	2014	2015	2016	2017	Note
Ambulatorio dei minori nati pre-termine (n° pazienti)	11	13	3	5	Dedicato alla valutazione psicologica e cognitiva dei minori nati pre-termine, in collaborazione con la Neuropsichiatria infantile e la Pediatria. Attività ridotta nel 2016 per pensionamento psicologa dedicata.
Consulenze a reparti di degenza e DEA (n°)	77	80	63	42	Consulenze psicologiche effettuate negli ospedali di Vercelli e Borgosesia
Donne vittime di violenza accolte (n°)	5	14	16	9	Nel 2017 5 casi di accoglienza psicologica dopo l'accesso in DEA + 4 casi di percorso lungo di psicoterapia
Valutazioni Neuropsicologiche sia per Ambulatorio per i disturbi della memoria – Prima diagnosi sia per PZ inviati da specialisti e da MMG	564	510	545	424	In collaborazione con la SC Neurologia. I pazienti valutati provengono da tutti i reparti di degenza e servizi, oppure sono inviati dai MMG
Sostegno a pazienti oncologici in ospedale	169	159	106	65	
Area dell'assistenza territoriale	2014	2015	2016	2017	Note
Patologie organiche croniche ad alto carico emotivo:					
- sostegno a pazienti oncologici in Hospice/ al domicilio (n° pazienti)	149	202	346	169	
- sostegno a pazienti in dialisi (n° pazienti)	26	29	22	41	Pazienti ECE ad elevato carico emotivo, inviati da vari Reparti e Ambulatori Ospedalieri: Nefrologia, Terapia Antalgica, Cardio, etc.
Psicologia e psicopatologia dell'adulto					
- n° pazienti con valutazioni e assistenza psicologica	272	283	273	208	Accoglienza di pazienti oltre i 30 anni inviati dai MMG, Counselling, Valutazioni psicodiagnostiche, Colloqui clinici, Test psicometrici, proiettivi e di personalità, Percorsi brevi di supporto (Sedi di Vercelli, Borgosesia e Santhià)
- n° pazienti con presa in carico condivisa	75	91	108	98	Si tratta di pazienti presi in carico congiuntamente con la Psichiatria per disagi psicologici/psichiatrici medio-gravi
Gravidanza, nascita e genitorialità:					
- Consulenze psicologiche nella fase perinatale (n° pazienti)	48	40	35	9	Consulenze per: pazienti con problematiche psicologiche durante la gravidanza o il post-partum; consulenza psicologica in caso di IVG
- Valutazione aspiranti coppie adottive (n°)	21	27	11	11	Su mandato del Tribunale. Si tratta di interventi finalizzati all'abbinamento coppia-bambino, a percorsi di monitoraggio e di sostegno successivi all'adozione
Assistenza ai minori					
- Valutazioni di minori con disturbi specifico dell'apprendimento (DSA)	31	68	157	181	Valutazioni cognitive nell'ambito del percorso di valutazione per i Disturbi Specifici dell'Apprendimento in collaborazione con la Neuropsichiatria Infantile
- n° minori in carico con handicap per sostegno scolastico	281	253	211	24	Non raccolto negli anni precedenti perchè non presenti figure dedicate
- n° minori assistiti vittime di violenza (audizioni protette)	54	57	-	-	Proseguimento della collaborazione con le Scuole dell'Infanzia e la Scuola Secondaria di I e di II grado per la presa in carico dei minori con dichiarazione di handicap e sostegno scolastico e loro valutazione



- n° valutazioni nell'ambito dell'area maltrattamento/abuso	168	205	232	64	Audizione protette di minori presunte Vittime di Violenza in affiancamento delle Forze dell'Ordine e in Collaborazione con Procura Ordinaria. Nel 2016 l'attività ha riguardato soprattutto la formazione di F.O., operatori della sanità, insegnanti
- n° minori con problemi penali	2	5	46	-	Interventi di rete, valutazione dello stato emotivo dei minori inviati dai Tribunali e dalle Procure, valutazione delle capacità genitoriali. In collaborazione con SC NPI nei casi in cui i minori necessitano di interventi medici o di inserimenti in comunità terapeutiche.
- n° pazienti minori (4 sedi di ambulatorio minori)	252	214	164	5	Interventi in collaborazione con SerD, NPI e Servizi Sociali,. Trattasi sia di lavoro di rete che di interventi diretti sui casi
Assistenza agli adolescenti (14-24 anni)					La fascia d'età è individuata in accordo con le Raccomandazioni Rete Regionale dell'Adolescenza, 2010)
- n° pazienti assistiti nell'Ambulatorio adolescenza	73	110	244	101	Ambulatorio dedicato ad un target di pazienti tra i 14 e i 30 anni (progetto paziente fragile con sofferenza psichica) con disturbi d'ansia, attacchi di panico, comportamenti auto lesivi, ritiro sociale, in cui viene offerto in tempi rapidi un ciclo breve di colloqui. In collaborazione con SC NPI e SC Psichiatria. Sedi di erogazione: Vercelli, Borgosesia, Santhià. . Nel corso del 2017 sono venute a mancare 3 Psicologi dedicati all'età evolutiva.
Assistenza ai pazienti con dipendenze patologiche:	2014	2015	2016	2017	Note
- Gruppi intensivi di psicoterapia	13	15	14	12	Gruppi intensivi di psicoterapia (weekend) realizzati 2 volte l'anno con un numero di circa 15 pazienti, in collaborazione con il personale del SerD, aperti a pazienti con problematiche di dipendenza e a pazienti del servizio di Psicologia, previo accordo con il terapeuta di riferimento. Si tratta di esperienze terapeutiche importanti per pazienti che vivono in un mondo relazionale deprivato e irrigidito in automatismi disfunzionali
- n° pazienti con supporto psicologico	121	130	138	121	Accoglienza e presa in carico di pazienti affetti da Dipendenze Patologiche: uso di sostanze, alcol, GAP, dipendenze affettive. Sedi di erogazione: Vercelli e Borgosesia
Assistenza in carcere					
- n° pazienti assistiti tossicodipendenti	67	57	79	68	Interventi psicologici c/o la Casa Circondariale di Vercelli: interventi di rete, valutazione di pazienti segnalati da Medici H24 e da Psichiatri, valutazione del rischio suicidario
- n° pazienti assistiti non tossicodipendenti	79	53	3	57	
- n° pazienti con misure alternative alla detenzione in carcere (non tossicodipendenti)	1	7	1	0	
TOTALE PRESTAZIONI AMBULATORIALI erogate in ambito ospedaliero e territoriale	12.442	13.709	13.250	10.958	Totale relativo al numero di consulenze, valutazioni, colloqui e sedute di psicoterapia consulenze (esclusa attività di gruppi e prevenzione). NOTA: nel 2017 erano disponibili 3 risorse in meno rispetto all'anno precedente.

(Fonte: SSD Psicologia 28.02.2018)

**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

ASSISTENZA NEUROPSICHIATRICA INFANTILE

Attività per tipo di patologia	2015		2016		2017		2017/2016	
	n° visite e valutazioni *	n° certificazioni e attività di rete**	n° visite e valutazioni *	n° certificazioni e attività di rete**	n° visite e valutazioni *	n° certificazioni e attività di rete**	n° visite e valutazioni *	n° certificazioni e attività di rete**
Autismo	698	72	847	95	1939	209	+24%	+29%
Disturbi apprendimento	161	39	322	69	308	67	-4%	3%
Disturbi cognitivi	749	497	696	402	404	111	-42%	-72%
Disturbi alimentari	46	4	174 (9 pz)	8	97	11	-45%	+28
Disturbi esternalizzanti	1413	265	566	89	647	119	+14%	+34%
Disturbi internalizzanti	826	116	123	24	240	37	+95%	+54%
Disturbi neurologici e neuropsicomotori	1618	161	1600	163	3210	360	+100%	+121%
Disturbi psichiatrici	199	31	113	17	46	10	-59%	-41%
Disturbi specifici dell'apprendimento (DSA)	2188	466	1460	357	1417	274	-3%	-31%
Linguaggio	3593	253	3384	265	2578	179	-24%	-33%
Attività per setting assistenziale	2015		2016		2017		2017/2016	
OSPEDALE								
Consulenze per pazienti degenti in ospedale di cui:	83		126		121		-4%	
- area neurologica	65		79		109		+38%	
- area psichiatrica	18		47		12		-74%	
Consulenze Pronto Soccorso	115		250		156		+4%	
Follow-up neonatale	182		220		111		-50%	
TERRITORIO								
Pazienti ambulatoriali	1623		1651		1760		+7%	
Pazienti in I accesso di cui:	754		869		817		-6%	
- difficoltà scolastiche	300		354		358		+1%	
- linguaggio	132		136		109		-20%	
- sintomi neurologici	241		295		260		-12%	
- sintomi psichiatrici	81		84		90		+7%	

(Fonte: SC Neuropsichiatria Infantile 28.02.2018) Legenda: * Visite e valutazioni neurologiche, Valutazioni psichiatriche, Riabilitazione a favore di minori trattati in ospedale e a livello territoriale; ** attività di rete con altri operatori (Scuola, Servizi Sociali, Tribunale) – n.d. = non disponibile



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

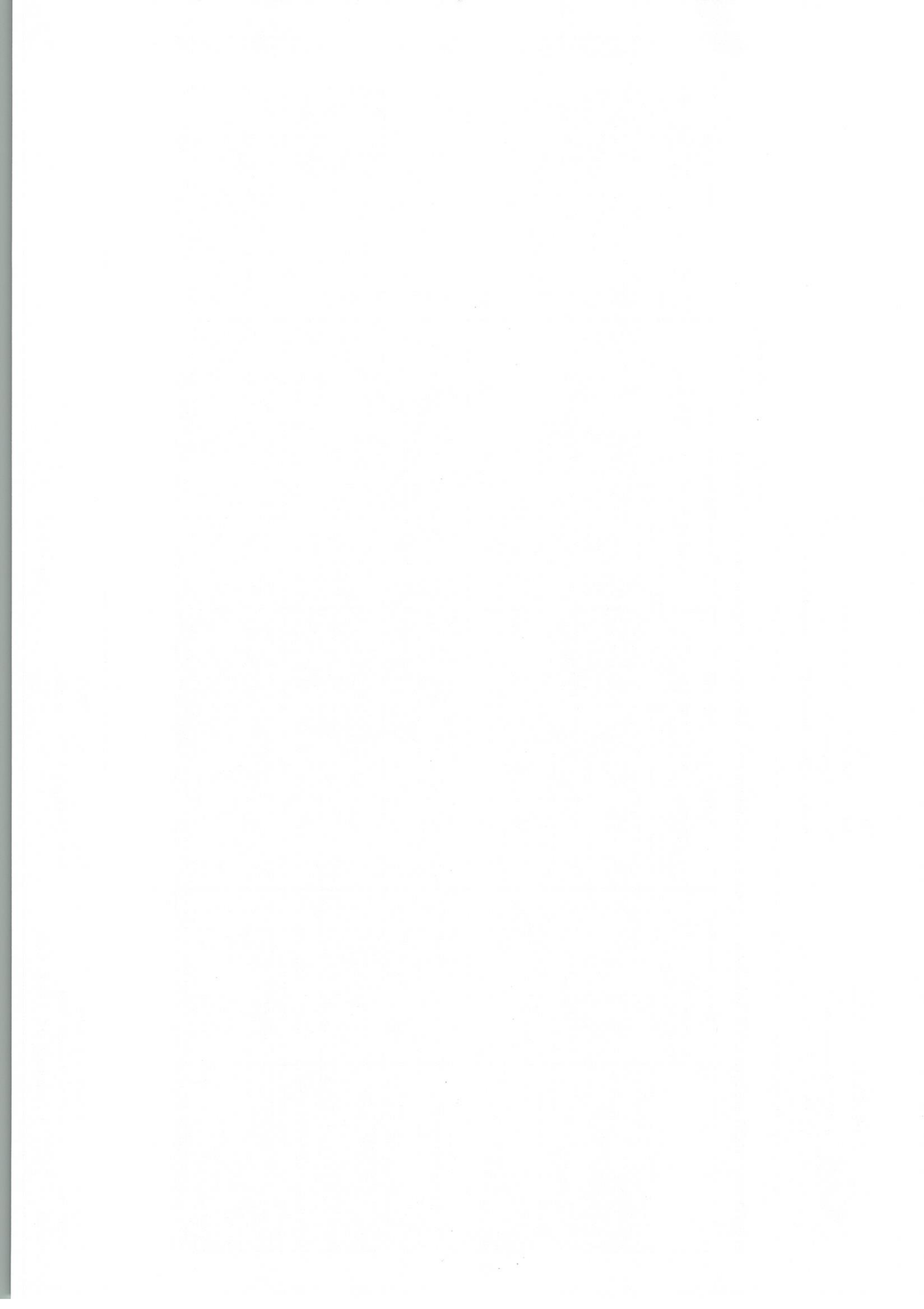
MONITORAGGIO DELLE ORE LAVORATE – area ospedaliera (Fonte: SS Programmazione e controllo di gestione 28.02.2018)
P.I./Cod. Fisc. 01811110020

	VALORE TOT. PRODUZIONE				PERSONALE DIRIGENTE SANITARIO				PERSONALE DI COMPARTO SANITARIO				PERSONALE TECNICO					
	Totale Anno 2016		2017		PRESENZE MEDIE		ORE LAVORATE		PRESENZE MEDIE		ORE LAVORATE		PRESENZE MEDIE		ORE LAVORATE			
	Totale Anno 2016	Totale Anno 2017	Totale Anno 2016	Totale Anno 2017	Totale Anno 2016	Totale Anno 2017	Totale Anno 2016	Totale Anno 2017	Totale Anno 2016	Totale Anno 2017	Totale Anno 2016	Totale Anno 2017	Totale Anno 2016	Totale Anno 2017	Totale Anno 2016	Totale Anno 2017		
AREA MEDICA:																		
SC Cardiologia	8.398.327	8.345.506	99%	21,91	22,59	+3%	33.343,33	31.760,58	-5%	56,60	56,24	-1%	81.335,32	80.883,12	-1%	16.684,53	16.581,73	-1%
SC Malattie Infettive	1.666.794	1.668.935	100%	5,00	5,25	+5%	8.276,50	9.246,62	+12%	10,68	10,63	-0%	14.597,10	16.652,20	+14%	9.142,87	9.164,72	+0%
SC Medicina Generale Vercelli	4.695.562	4.812.508	102%	14,75	15,26	+3%	23.757,55	22.922,32	-4%	40,88	40,29	-1%	58.214,77	59.750,35	+3%	46.424,22	48.480,27	+4%
SC Medicina Generale Borgosesia	3.588.266	3.232.118	90%	6,01	7,13	+19%	9.357,40	10.128,85	+8%	18,67	30,37	+63%	27.773,03	43.011,68	+55%	20.265,35	31.047,38	+53%
SC Nefrologia	4.669.832	4.686.086	100%	7,00	6,00	-14%	9.455,58	9.437,67	-0%	34,70	34,62	-0%	48.266,33	48.288,23	+0%	7,69	13.457,42	-24%
SC Neurologia	2.123.234	2.028.622	96%	7,00	7,14	+2%	10.700,73	11.727,95	+10%	21,43	22,97	+7%	31.321,70	32.008,02	+2%	10,91	16.479,75	-9%
SSD Odontostomatologia	21	21	100%	0,00	0,00	=	0,00	0,00	=	0,76	0,00	-100%	0,00	0,00	=	0,00	0,00	=
SC Pediatria	1.610.842	1.830.650	114%	10,21	11,62	+14%	14.616,42	14.672,87	+0%	25,54	25,28	-1%	35.423,50	35.423,38	-0%	5,00	7.367,85	+14%
SC RRF	1.930.774	1.874.657	97%	7,00	7,00	+0%	10.998,90	10.738,05	-2%	43,73	43,40	-1%	64.878,80	63.025,33	-3%	0,00	0,00	=
SC Oncologia	630.427	509.814	81%	5,00	5,65	+13%	7.712,53	8.872,65	+15%	7,64	5,49	-28%	9.660,27	8.165,70	-15%	1,73	2.522,57	-44%
SC Pneumologia	2.368.862	2.358.188	100%	6,24	5,88	-6%	8.982,23	9.545,32	+6%	19,39	19,61	+1%	27.025,57	28.350,83	+5%	12,10	13.617,33	-16%
SC Medicina e Chirurgia d' Accettazione e d' Centro per la Memoria	1.777.706	1.640.984	92%	23,58	19,58	-17%	30.480,48	23.657,22	-22%	64,04	60,47	-6%	89.346,55	90.340,70	+1%	28,37	41.622,32	+1%
			0%	0,00	0,17	=	0,00	249,17	=	0,00	0,00	=	0,00	0,00	=	0,00	237,17	=
AREA CHIRURGICA																		
SC Chirurgia Generale Vercelli	3.398.822	3.240.163	95%	8,71	10,84	+24%	13.601,82	16.905,30	+24%	14,56	14,19	-3%	21.345,35	22.024,73	+3%	6,24	8.010,62	+32%
SC Chirurgia Generale Borgosesia	2.551.825	2.862.376	112%	9,32	10,00	+7%	13.351,42	14.823,47	+11%	15,88	12,56	-21%	22.913,83	18.845,15	-18%	7,74	6,33	-18%
SC Oculistica	2.298.143	2.508.680	109%	5,79	6,00	+3%	8.818,58	8.993,43	+2%	4,70	4,70	+0%	6.701,05	6.724,67	+0%	1,00	1.548,97	+2%
SC ORL	1.372.064	1.667.125	122%	8,50	8,75	+3%	12.985,45	13.635,32	+5%	7,67	7,83	+2%	12.172,88	10.685,27	-12%	3,70	3,53	-5%
SC Ortopedia e Traumatologia Vercelli	3.154.632	4.683.550	148%	5,37	6,63	+23%	9.171,82	11.043,85	+20%	16,54	16,02	-3%	22.739,20	24.076,72	+6%	5,76	7,31	+27%
SC Ortopedia e Traumatologia Borgosesia	2.989.120	2.699.742	90%	5,42	5,00	-8%	8.179,00	7.663,22	-6%	14,94	17,59	+18%	22.149,63	25.382,02	+15%	9,57	14.171,00	+52%
SC Ostetricia e Ginecologia Vercelli	2.148.727	2.070.606	96%	9,51	10,01	+5%	13.481,03	12.806,22	-5%	25,63	25,28	-1%	34.453,40	35.696,68	+4%	7,00	7,53	+8%
SC Ostetricia e Ginecologia Borgosesia	1.810.886	1.794.225	99%	8,84	7,67	-13%	14.018,52	12.153,10	-13%	16,07	17,55	+9%	21.671,38	25.504,32	+18%	5,27	3,60	-32%
SC Urologia	2.745.951	2.974.550	108%	8,58	8,50	-1%	14.831,80	14.982,70	+1%	6,40	6,40	+0%	9.992,83	9.800,30	-2%	6,70	6,21	-7%
SSD Dermatologia	1.180.379	1.187.270	101%	5,00	5,00	+0%	6.647,17	6.946,70	+5%	2,00	2,56	+28%	2.532,32	2.296,97	-9%	0,00	0,00	=
SSD Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva	834.647	900.777	108%	5,00	5,00	+0%	7.868,08	8.934,85	+14%	8,54	7,57	-11%	12.172,02	11.099,93	-9%	3,00	3,53	+18%
SSD Blocchi Operatori	-	-	0%	0,00	0,00	=	0,00	0,00	=	42,10	42,66	+1%	61.093,33	58.593,57	-4%	14,91	14,76	-1%
SSD Week-Day Surgery Multispecialistico	4.277.506	4.807.321	112%	1,00	1,00	+0%	1.576,97	1.511,47	-4%	10,85	11,38	+5%	13.835,33	16.073,55	+16%	4,95	5,00	+1%
AREA SERVIZI																		
SC Anestesia e Rianimazione	1.037.495	937.283	90%	25,84	28,27	+9%	38.541,03	41.885,35	+9%	33,51	32,06	-4%	46.198,28	46.109,08	-0%	4,00	4,00	+0%
SC Anatomia e Istologia Patologica	507.684	445.729	88%	6,25	7,84	+25%	10.479,62	13.181,90	+26%	7,92	7,90	-0%	12.276,62	11.991,17	-2%	0,23	1,00	+333%
SC Laboratorio Analisi	5.109.624	5.282.323	103%	8,92	8,80	-10%	13.715,80	12.757,80	-7%	29,53	29,53	+0%	42.719,20	42.807,07	+0%	5,45	4,78	-12%
SC Radiodiagnostica	3.207.727	3.216.940	100%	15,50	18,13	+17%	22.593,95	25.622,12	+13%	48,72	47,73	-2%	63.318,20	63.728,37	+1%	7,90	6,92	-12%
SC Farmacia Ospedaliera	-	-	0%	5,79	6,41	+11%	9.468,22	10.391,40	+10%	2,00	2,00	+0%	3.060,80	2.849,93	-7%	11,33	10,17	-10%
SSD Immunematologia e Servizio Trasfusio	817.659	726.103	89%	6,00	5,92	-1%	9.109,80	10.554,85	+16%	10,22	10,36	+1%	15.596,83	14.451,93	-7%	1,06	2,00	+88%
TOTALE	72.903.538	74.992.850	+103%	263,03	272,21	+4%	398.097,03	407.752,28	+102%	661,81	665,36	+1%	934.787,43	954.640,97	+102%	236,40	241,56	+102%
ORE LAVORATE/PRESENZE MEDIE							1.513,49	1.497,92	+99%				1.412,46	1.434,77	+102%		1.418,13	+100%

Struttura: DIREZIONE GENERALE Tel. 0161 5931 Fax. 0161 593768

Direttore: Dott.ssa Chiara Serpieri e-mail: direttore.generale@aslvc.piemonte.it

Indirizzo: C.so Mario Abbiate 21 – 13100 Vercelli





A.S.L. VC

Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284

www.aslvc.piemonte.it

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

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

ALLEGATO 3

alla **RELAZIONE AZIENDALE SOCIOSANITARIA**

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

Anno 2018

Sintesi dei principali indicatori di performance dell'ASL VC



valore osservato non in linea con l'atteso
in miglioramento
in linea con l'atteso



2015										2016										2017									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80

AREE SU CUI LAVORARE - 2018

- A Adesione screening (soprattutto mammella e cervice)
- B Vaccinazione HPV e antinfluenzale (sia negli anziani e pazienti a rischio che negli operatori sanitari)
- C Punto nascita Borgosesia (pochi parti)
- D Chirurgia oncologica (pochi casi tu. mammella)
- E Degenza post-operatoria nella colecistectomia laparoscopica (Borgosesia degenza >3 giorni)
- F Degenza ospedaliera: più ricoveri inappropriati in generale; ricoveri meno complessi in area medica. Soddisfacimento domanda dei residenti <55%
- G Utilizzo di farmaci biosimilari per ridurre la spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale
- H PDTA BPCO per riduzione tasso specifico di ospedalizzazione
- I PDTA polmonite per riduzione tasso specifico di ospedalizzazione
- J PDTA scompenso cardiaco: implementazione PDTA per riduzione tasso ospedalizzazione
- K Appropriatazza TC (overuse? Riduzione n° TC procapite)
- L Cure domiciliari per incrementare la % di anziani ultrasessantacinquenni in ADI
- M Contenimento della spesa per dispositivi medici
- N Gestione delle risorse umane: miglioramento del clima, riduzione delle assenze brevi, riduzione del turnover
- O Qualità percepita: miglioramento della gestione dei reclami e utilizzo dei report per focalizzare gli interventi di miglioramento



N°	FOCUS	INDICATORE	ATTESO 2015	OSSERVATO 2015 (salvo diverso riferimento temporale)	ATTESO 2016	OSSERVATO 2016 (salvo diverso riferimento temporale)	ATTESO 2017	OSSERVATO 2017 (salvo diverso riferimento temporale)	RIFERIMENTO PER L'INDICATORE E IL VALORE ATTESO (normativo o bibliografico)
1	Salute sul luogo di lavoro	Percentuale di aziende presenti sul territorio ispezionate ai fini della sicurezza sui luoghi di lavoro rispetto alle aziende da ispezionare previste dalla Regione Piemonte	≥5%	5,81%	≥5%	5,78%	≥5%	5,33%	DD 548 del 30.5.2014
2	Salute sul luogo di lavoro	Percentuale di aziende presenti sul territorio ispezionate congiuntamente con gli enti competenti ai fini della sicurezza sui luoghi di lavoro (INAIL, Vigili del Fuoco, ecc.) rispetto al totale delle aziende ispezionate	≥10%	20,53%	≥10%	20,79%	≥10%	22,47%	DD 548 del 30.5.2014
3	Salute sul luogo di lavoro	Numero di cantieri edili presenti sul territorio da ispezionare ai fini della sicurezza sui luoghi di lavoro	112	112	101	101	≥5%	6%	DD 548 del 30.5.2014 Piano Regionale Prevenzione in Edilizia 2014-2015
4	Screening oncologici	Tasso di copertura da inviti dello screening mammografico popolazione target 50-69	75%	80%	85%	79% (valore ASL VC)	100%	96% (valore ASL VC)	Piano Organizzazione Aziendale anno 2013-2015, Piano Regionale Prevenzione 2015, PLP ASL VC 2014, 2015, 2016 e 2017, DGR 30-3307/2016 e DGR 101-5530/2016 (assegnazione obiettivi al Direttore Generale per l'anno 2016)
5	Screening oncologici	Tasso di adesione dello screening mammografico popolazione target 50-69	47%	51%	51%	50% (valore ASL VC)	51%	49% (valore ASL VC)	Piano Organizzazione Aziendale anno 2013-2015, Piano Regionale Prevenzione 2015, PLP ASL VC 2014, 2015, 2016 e 2017, DGR 30-3307/2016 e DGR 101-5530/2016 (assegnazione obiettivi al Direttore Generale per l'anno 2016)
6	Screening oncologici	Tasso di copertura da inviti dello screening per il tumore della cervice uterina (PAP test) popolazione target 25-64	75%	95%	80%	90% (valore ASL VC)	100%	108% (valore ASL VC)	Piano Organizzazione Aziendale anno 2013-2015, Piano Regionale Prevenzione 2015, PLP ASL VC 2014, 2015, 2016 e 2017, DGR 30-3307/2016 e DGR 101-5530/2016 (assegnazione obiettivi al Direttore Generale per l'anno 2016)
7	Screening oncologici	Tasso di adesione dello screening per il tumore della cervice uterina (PAP test) popolazione target 25-64	-	-	-	-	-	-	Piano Organizzazione Aziendale anno 2013-2015 e Piano Locale Prevenzione ASL VC Anno 2014 e Anno 2015



N°	FOCUS	INDICATORE	ATTESO 2015	OSSERVATO 2015 (salvo diverso riferimento temporale)	ATTESO 2016	OSSERVATO 2016 (salvo diverso riferimento temporale)	ATTESO 2017	OSSERVATO 2017 (salvo diverso riferimento temporale)	RIFERIMENTO PER L'INDICATORE E IL VALORE ATTESO (normativo o bibliografico)
8	Screening oncologici	Tasso di adesione dello screening per il tumore della cervice uterina (PAP test + HPV) popolazione target 25-64	51%	33%	47%	38% (valore ASL VC)	47%	44% (valore ASL VC)	Piano Organizzazione Aziendale anno 2013-2015, Piano Regionale Prevenzione 2015, PLP ASL VC 2014, 2015, 2016 e 2017, DGR 30-3307/2016 e DGR 101-5530/2016 (assegnazione obiettivi al Direttore Generale per l'anno 2016)
9	Screening oncologici	Tasso di copertura da inviti dello screening per il tumore colorettale (sigmoidoscopia e fobt) popolazione target 58 e 59-69	-	-	-	-	-	-	Piano Organizzazione Aziendale anno 2013-2015 e Piano Locale Prevenzione ASL VC Anno 2014
10	Screening oncologici	Tasso di copertura da inviti dello screening per il tumore colorettale (sigmoidoscopia) popolazione target 58	82%	91%	85%	84% (valore ASL VC)	100%	111% (valore ASL VC)	Piano Organizzazione Aziendale anno 2013-2015, Piano Regionale Prevenzione 2015, PLP ASL VC 2014, 2015, 2016 e 2017, DGR 30-3307/2016 e DGR 101-5530/2016 (assegnazione obiettivi al Direttore Generale per l'anno 2016)
11	Screening oncologici	Tasso di adesione dello screening per il tumore colorettale (Sigmoidoscopia e Fobt) popolazione target 58 e 59-69	32%	41%	40%	55% (valore ASL VC)	40%	43% (valore ASL VC)	Piano Organizzazione Aziendale anno 2013-2015, Piano Regionale Prevenzione 2015, PLP ASL VC 2014, 2015, 2016 e 2017, DGR 30-3307/2016 e DGR 101-5530/2016 (assegnazione obiettivi al Direttore Generale per l'anno 2016)
12	Vaccinazioni	Tasso di copertura del vaccino anti-papilloma virus umano (anti-HPV) in età adolescenziale (12 anni)	80%	68%	80%	69%	80%	75%	Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale 2012-2014, 2015-16, 2017-19
13	Vaccinazioni	Tasso di copertura del vaccino anti-papilloma virus umano (anti-HPV) in età adolescenziale (16 anni)	≥70,6%	71%	≥70,6%	76%	>70,6%	71%	Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale 2012-2014, 2015-16, 2017-19
14	Vaccinazioni	Tasso di copertura vaccinale anti-morbillo, rosolia e parotite (anti-MPR) a 24 mesi d'età	95%	86%	95%	87%	95%	94%	Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale 2012-2014, 2015-16, 2017-20



N°	FOCUS	INDICATORE	ATTESO 2015	OSSERVATO 2015 (salvo diverso riferimento temporale)	ATTESO 2016	OSSERVATO 2016 (salvo diverso riferimento temporale)	ATTESO 2017	OSSERVATO 2017 (salvo diverso riferimento temporale)	RIFERIMENTO PER L'INDICATORE E IL VALORE ATTESO (normativo o bibliografico)
15	Vaccinazioni	Tasso di copertura vaccinale per vaccino esavalente (anti-difterite, tetano, pertosse, poliomielite, epatite B ed Haemophilus influenzae b) rilevata a 6 anni d'età	95%	97%	95%	96%	95%	96%	Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale 2012-2014, 2015-16, 2017-21
16	Vaccinazioni	Tasso di copertura della vaccinazione antinfluenzale fra gli ultrasessantacinquenni	75%	47,7%	75%	48,3%	75%	50,3%	Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale 2012-2014, 2015-16, 2017-22
17	Allocazione delle risorse	Risorse destinate al livello di assistenza collettiva	N.D.	€ 9 117 906.00	N.D.	€ 9 145 859.34	N.D.	€ 9 093 256,00	Riferimento per l'anno 2014; DGR 38-812 del 22 dicembre 2014. Riferimento per l'anno 2015; DGR n. 34-2054 del 1.09.2015 e s.m.i.
18	Allocazione delle risorse	% di risorse economiche destinate all'assistenza collettiva	5%	3,1%	5%	3,1%	5%	3,0%	Riferimento per l'anno 2014; DGR 38-812 del 22 dicembre 2014; il 4% si riferisce alle risorse effettivamente stanziati dalla Regione per l'ASL VC. Riferimento per l'anno 2015; DGR n. 34-2054 del 1.09.2015 e s.m.i. Il 51% si riferisce al valore di riparto previsto a livello nazionale. Riferimento per l'anno 2016 e 2017: Intesa Conferenza Stato-Regione, 14 aprile 2016.
19	Gravidanza	Percentuale di parti cesarei primari (parti cesarizzate) rispetto al totale di parti di donne residenti con nessun parto cesareo	≤25%	21% Ospedale di Vercelli (22% per residenti)	≤20%	18% Ospedale di Vercelli (17% per residenti)	≤20%	17% Ospedale di Vercelli (17% per residenti)	Indicatore e atteso 2014; DRG 34-6516 del 14/10/2013 (Obiettivi assegnati al Direttore Generale nel 2013). Indicatore e atteso 2016 sono stati calcolati come indicato in DGR 30-3307 DEL 16/5/2016 che cita l'indicatore n. 37 di PNE (Obiettivi assegnati al Direttore Generale, anno 2016). Il valore indicato è riferito alla produzione.
20	Gravidanza			25% Ospedale di Borgosesia (21% per residenti)		22% Ospedale di Borgosesia (22% per residenti)		19% Ospedale di Borgosesia (18% per residenti)	
21	Gravidanza			569 Ospedale di Vercelli		525 Ospedale di Vercelli		524 Ospedale di Vercelli	Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010
22	Gravidanza	Numero di parti per Punto Nascita	≥500	417 Ospedale di Borgosesia	≥500	380 Ospedale di Borgosesia	≥500	332 Ospedale di Borgosesia	



N°	FOCUS	INDICATORE	ATTESO 2015	OSSERVATO 2015 (salvo diverso riferimento temporale)	ATTESO 2016	OSSERVATO 2016 (salvo diverso riferimento temporale)	ATTESO 2017	OSSERVATO 2017 (salvo diverso riferimento temporale)	RIFERIMENTO PER L'INDICATORE E IL VALORE ATTESO (normativo o bibliografico)
23	Infarto Miocardico Acuto	Percentuale di PTCA (angioplastica coronarica percutanea transluminale) effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di IMA STEMI (infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST)	≥75%	91% (87,5% per residenti)	≥85%	92,5% (91,5% per residenti)	≥85%	86% (87% per residenti)	Indicatore e atteso 2014: DRG 34-6516 del 14/10/2013, DGR DGR 30-3307 del 16/5/2016 e DGR 101-5530/2017 (Obiettivi assegnati al Direttore Generale).
24	Fratture di femore	Percentuale di interventi di riduzione della frattura di femore effettuati entro le 48 ore dal ricovero nei pazienti di età ≥ 65 anni	≥80%	53% Ospedale di Vercelli (53% per residenti)	≥70%	73% Ospedale di Vercelli (78% per residenti)	≥70%	74% Ospedale di Vercelli (74% per residenti)	Indicatore e atteso 2014: DRG 34-6516 del 14/10/2013, DGR DGR 30-3307 del 16/5/2016 e DGR 101-5530/2017 (Obiettivi assegnati al Direttore Generale).
25				71% Ospedale di Borgosesia (53% per residenti)	≥81% per residenti)	82% Ospedale di Borgosesia (81% per residenti)	≥86% per residenti)	85% Ospedale di Borgosesia (86% per residenti)	
26	Chirurgia neoplastica	Numero di interventi chirurgici per carcinoma della mammella	≥ 150	54 Ospedale di Vercelli (anno 2014)	≥ 150	65 Ospedale di Vercelli (anno 2015)	≥ 150	54 Ospedale di Vercelli (anno 2016)	Decreto Ministero Salute 2 aprile 2015, n. 70 sugli standard ospedalieri. Fonte dati: PNE (flusso SDO)
27				18 Ospedale di Borgosesia (anno 2014)	≥ 70%	14 Ospedale di Borgosesia (anno 2015)	≥ 70%	6 Ospedale di Borgosesia (anno 2016)	
28	Chirurgia addominale	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	≥ 70%	90,12% Ospedale di Vercelli	≥ 70%	91,25% (adj) Ospedale di Vercelli	≥ 70%	83,88% (adj) Ospedale di Vercelli	Decreto Ministero Salute 2 aprile 2015, n. 70 sugli standard ospedalieri. Fonte dati: PNE (flusso SDO); il dato "aggiustato" ed è disponibile solo per l'ospedale di Vercelli
29				55,56% Ospedale di Borgosesia	≥ 70%	40,91% Ospedale di Borgosesia	≥ 70%	62,5% Ospedale di Borgosesia	
30	Chirurgia Otorinolaringoiatrica	Tasso di ospedalizzazione per tonsillectomia (*1000)	<=6,00	4.16	<=6,00	5.52	<=6,00	1,55	Decreto Ministero Salute 2 aprile 2015, n. 70 sugli standard ospedalieri. Fonte dati: PNE (flusso SDO; tasso aggiustato). Viene utilizzato come riferimento il valore osservato relativo al 2014



N°	FOCUS	INDICATORE	ATTESO 2015	OSSERVATO 2015 (salvo diverso riferimento temporale)	ATTESO 2016	OSSERVATO 2016 (salvo diverso riferimento temporale)	ATTESO 2017	OSSERVATO 2017 (salvo diverso riferimento temporale)	RIFERIMENTO PER L'INDICATORE E IL VALORE ATTESO (normativo o bibliografico)
31	Appropriatezza del ricovero in ospedale	Percentuale di DRG chirurgici a rischio di inappropriatezza	≤4,1%	2.75%	≤4,1%	2.79%	≤4,1%	3,87%	ad hoc, sulla base della DGR4-2495 del 3.08.2011. Come valore atteso è stato riportato il consuntivo dell'anno 2013.
32	Appropriatezza del ricovero in ospedale	Percentuale di DRG medici a rischio di inappropriatezza	≤6,6%	4.70%	≤6,6%	6.43%	≤6,6%	11,1%	ad hoc, sulla base della DGR4-2495 del 3.08.2011. Come valore atteso è stato riportato il consuntivo dell'anno 2013.
33	Soddisfacciamento della domanda di ricovero in acuzie	Percentuale di ricoveri ospedalieri erogati dagli Ospedali dell'ASL VC a favore dei residenti nell'ASL VC	≥ 59%	57.6%	≥ 59%	58.2%	≥ 59%	55,0%	ad hoc. Come valore atteso degli anni 2014 e 2015 è stato riportato il consuntivo dell'anno 2013
34	Complessità della casistica	Peso medio dei ricoveri medici	≥ 1,00	1.05	≥ 1,00	1.01	≥ 1,00	0,99	Come valore atteso è stato utilizzato il peso medio calcolato nell'anno 2013
35		Peso medio dei ricoveri chirurgici	≥ 1,53	1.52	≥ 1,53	1.52	≥ 1,53	1,55	Come valore atteso è stato utilizzato il peso medio calcolato nell'anno 2014



N°	FOCUS	INDICATORE	ATTESO 2015	OSSERVATO 2015 (salvo diverso riferimento temporale)	ATTESO 2016	OSSERVATO 2016 (salvo diverso riferimento temporale)	ATTESO 2017	OSSERVATO 2017 (salvo diverso riferimento temporale)	RIFERIMENTO PER L'INDICATORE E IL VALORE ATTESO (normativo o bibliografico)
36	Fabbisogno di assistenza ospedaliera in regime di ricovero/appropriata altezza d'utilizzo dell'ospedale	Tasso di ospedalizzazione (numero di ricoveri *1000 residenti)	<160	140	<160	126	<160	123	DGR 1-924 del 23.01.2015 "Integrazioni alla D.G.R. 1-600 del 19.11.2014 "Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale".
37	Consumo dei farmaci in ospedale	Spesa per il consumo ospedaliero di farmaci durante il ricovero o la prestazione ambulatoriale (Consumo Ospedaliero)	€ 5 281 858	€ 7 245 277	€ 5 281 858	€ 6 714 687	€ 5 281 858	€ 6 255 673	D.G.R. n. 53-7644 del 21/05/2014. Fonte per l'osservato: File F (flusso F e flusso H). Per gli anni 2015, 2016 e 2017, non essendo stato definito a livello regionale un aggiornamento del tetto, è stato richiamato il valore atteso dell'anno 2014 indicato nella DGR 53-7644/2014
38	Consumo dei farmaci in ospedale	Spesa per il consumo ospedaliero di farmaci H prescritti in dimissione ricovero o dopo visita ambulatoriale (DD farmaci H, Distribuzione Diretta farmaci H)	€ 4 899 031	€ 5 727 524	€ 4 899 031	€ 5 934 639	€ 4 899 031	€ 4 612 614	D.G.R. n. 53-7644 del 21/05/2014. Fonte per l'osservato: File F (flusso F e flusso H). Per gli anni 2015, 2016 e 2017, non essendo stato definito a livello regionale un aggiornamento del tetto, è stato richiamato il valore atteso dell'anno 2014 indicato nella DGR 53-7644/2014
39	Consumo dei farmaci in ospedale	Spesa complessiva per il consumo di farmaci (CO + DD farmaci H)	€ 10 180 889	€ 12 972 801	€ 10 180 889	€ 12 649 326	€ 10 180 889	€ 10 868 287	D.G.R. n. 53-7644 del 21/05/2014. Fonte per l'osservato anno 2014: Verbale Tavolo per il Governo dei Programmi Operativi - monitoraggio al IV trim. 2014 - del 22.2.2015. Per gli anni 2015 e 2016, non essendo stato definito a livello regionale un aggiornamento del tetto, è stato richiamato il valore atteso dell'anno 2014 indicato nella DGR 53-7644/2014.
40	Allocazione delle risorse	Risorse destinate al livello di assistenza ospedaliera	N.D.	€119 486 504.00	N.D.	€ 117 981 719.66	N.D.	€ 117 365 389,00	Riferimento per l'anno 2014: DGR 38-812 del 22 dicembre 2014. Riferimento per l'anno 2015: DGR n. 34-2054 del 1.09.2015 e s.m.i.
41	Allocazione delle risorse	% di risorse economiche destinate all'assistenza ospedaliera	44%	40%	44%	40%	44%	39%	Riferimento per l'anno 2014: DGR 38-812 del 22 dicembre 2014; il 49% si riferisce alle risorse effettivamente stanziata dalla Regione per l'ASL VC. Riferimento per l'anno 2015: DGR n. 34-2054 del 1.09.2015 e s.m.i. Il 51% si riferisce al valore di riparto previsto a livello nazionale. Riferimento per l'anno 2016 e 2017: Intesa Conferenza Stato-Regione, 14 aprile 2016.



N°	FOCUS	INDICATORE	ATTESO 2015	OSSERVATO 2015 (salvo diverso riferimento temporale)	ATTESO 2016	OSSERVATO 2016 (salvo diverso riferimento temporale)	ATTESO 2017	OSSERVATO 2017 (salvo diverso riferimento temporale)	RIFERIMENTO PER L'INDICATORE E IL VALORE ATTESO (normativo o bibliografico)
42	Ricoveri prevenibili	Tasso di ospedalizzazione per diabete mellito *100.000 residenti	≤ 120	61 (anziché 10: dati aggiornati con mobilità passiva extraregionale)	≤ 120	73	≤ 120	59	DGR 10-11303 del 27.04.2009
43	Ricoveri prevenibili	Tasso di ospedalizzazione per asma *100.000 residenti	≤ 20	9 (anziché 10: dati aggiornati con mobilità passiva extraregionale)	≤ 20	7	≤ 20	5	DGR 10-11303 del 27.04.2009
44	Ricoveri prevenibili	Tasso di ospedalizzazione per broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) (età compresa fra 50 e 75 anni) *100.000 residenti	≤ 38	54 (anziché 53: dati aggiornati con mobilità passiva extraregionale)	≤ 38	67	≤ 38	39	Sistema di valutazione della performance dell'Ist. Superiore S. Anna di Pisa. Il valore atteso rappresenta il valore regionale rilevato in Toscana nel periodo 2012-2014
45	Ricoveri prevenibili	Tasso di ospedalizzazione per polmonite (età compresa fra 15 e 75 anni) *100.000 residenti	≤ 106	180 (anziché 178: dati aggiornati con mobilità passiva extraregionale)	≤ 106	136	≤ 106	150	Sistema di valutazione della performance dell'Ist. Superiore S. Anna di Pisa. Il valore atteso rappresenta il valore regionale rilevato in Toscana nel periodo 2012-2014
46	Ricoveri prevenibili	Tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco (età compresa fra 50 e 75 anni) *100.000 residenti	≤ 161	201	≤ 161	198	≤ 161	189	Sistema di valutazione della performance dell'Ist. Superiore S. Anna di Pisa. Il valore atteso rappresenta il valore regionale rilevato in Toscana nel periodo 2012-2015
47	Assistenza farmaceutica	Spesa media procapite per farmaci (per residente nell'ASL VC)	≤ 190,39	€ 187,33	≤ 190,39	€ 185,55	≤ 190,39	181,01	Il valore "Atteso" è quello indicato nella DGR 17-7488 di applicazione dei Programmi Operativi 2013-2015.



N°	FOCUS	INDICATORE	ATTESO 2015	OSSERVATO 2015 (salvo diverso riferimento temporale)	ATTESO 2016	OSSERVATO 2016 (salvo diverso riferimento temporale)	ATTESO 2017	OSSERVATO 2017 (salvo diverso riferimento temporale)	RIFERIMENTO PER L'INDICATORE E IL VALORE ATTESO (normativo o bibliografico)
48	Assistenza farmaceutica	Spesa farmaceutica territoriale	≤ 34.330.475,13 €	€ 34 241 125	≤ 34.330.475,13 €	€ 33 619 756	≤ 34.330.475,13 €	€ 33 086 431	Il valore "Atteso" è quello indicato nella DGR 17-7488 di applicazione dei Programmi Operativi 2013-2015, nonché nella DGR n. 17-7488 del 23/4/2014 (Obiettivi assegnati al Direttore Generale, anno 2014).
49	Assistenza farmaceutica	Percentuale di farmaci ACE INIBITORI (C09AA) a brevetto scaduto sul totale degli stessi farmaci prescritti (DDD)	>99%	99,1%	>99%	99,4%	>99%	99,4%	DGR 25-6992 del 30.12.2013 "Approvazione dei Programmi Operativi 2013.15" - cap. 17 - Assistenza farmaceutica. La fonte dati per il valore "osservato" è "Sfera_AIFA" (SC Farmaceutica territoriale)
50	Assistenza farmaceutica	Percentuale di farmaci ACE INIBITORI associati a DIURETICO (C09BA) a brevetto scaduto sul totale degli stessi farmaci prescritti (DDD)	>88%	81,1%	>88%	89,3%	>88%	92,2%	DGR 25-6992 del 30.12.2013 "Approvazione dei Programmi Operativi 2013.15" - cap. 17 - Assistenza farmaceutica. La fonte dati per il valore "osservato" è "Sfera_AIFA" (SC Farmaceutica territoriale)
51	Assistenza farmaceutica	Percentuale di farmaci SARTANI (C09CA) a brevetto scaduto sul totale degli stessi farmaci prescritti (DDD)	>76%	86,6%	>76%	86,1%	>76%	96,2%	DGR 25-6992 del 30.12.2013 "Approvazione dei Programmi Operativi 2013.15" - cap. 17 - Assistenza farmaceutica. La fonte dati per il valore "osservato" è "Sfera_AIFA" (SC Farmaceutica territoriale)
52	Assistenza farmaceutica	Percentuale di farmaci SARTANI associati a diuretico (C09DA) a brevetto scaduto sul totale degli stessi farmaci prescritti (DDD) Anno 2015: 84,3% fonte dati Sfera	> 62%	84,3%	> 62%	83,6%	> 62%	94,7%	DGR 25-6992 del 30.12.2013 "Approvazione dei Programmi Operativi 2013.15" - cap. 17 - Assistenza farmaceutica. La fonte dati per il valore "osservato" è "Sfera_AIFA" (SC Farmaceutica territoriale)
53	Assistenza farmaceutica	Percentuale di farmaci STATINE (C10AA) a brevetto scaduto sul totale degli stessi farmaci prescritti (DDD)	> 62%	77,6%	> 62%	80,6%	> 62%	83,3%	DGR 25-6992 del 30.12.2013 "Approvazione dei Programmi Operativi 2013.15" - cap. 17 - Assistenza farmaceutica. La fonte dati per il valore "osservato" è "Sfera_AIFA" (SC Farmaceutica territoriale).



N°	FOCUS	INDICATORE	ATTESO 2015	OSSERVATO 2015 (salvo diverso riferimento temporale)	ATTESO 2016	OSSERVATO 2016 (salvo diverso riferimento temporale)	ATTESO 2017	OSSERVATO 2017 (salvo diverso riferimento temporale)	RIFERIMENTO PER L'INDICATORE E IL VALORE ATTESO (normativo o bibliografico)
54	Assistenza farmaceutica	Percentuale di farmaci INIBITORI DEL RE- UPTAKE DELLA SEROTONINA (N06AB) a brevetto scaduto sul totale degli stessi farmaci prescritti (DDD)	> 53%	60,0%	> 53%	95,5%	> 53%	95,5%	DGR 25-6992 del 30.12.2013 "Approvazione dei Programmi Operativi 2013.15" - cap. 17 - Assistenza farmaceutica. La fonte dati per il valore "osservato" è "Sfera_AIFA" (SC Farmaceutica territoriale). E' stata apportata una rettifica di errore materiale sul dato osservato nel 2015 (60,0% anziché 95,1%)
55	Assistenza farmaceutica	Percentuale di ALTRI FARMACI ANTIDEPRESSIVI (N06AX) a brevetto scaduto sul totale degli stessi farmaci prescritti (DDD)	> 53%	60,0%	> 53%	82,6%	> 53%	81,4%	DGR 25-6992 del 30.12.2013 "Approvazione dei Programmi Operativi 2013.15" - cap. 17 - Assistenza farmaceutica. La fonte dati per il valore "osservato" è "Sfera_AIFA" (SC Farmaceutica territoriale). E' stata apportata una rettifica di errore materiale sul dato osservato nel 2014 (53,4% anziché 81,2%)
56	Assistenza specialistica ambulatoriale	Numero di prestazioni ambulatoriali specialistiche procapite (per residente nell'ASL VC)	≤14,03	15,09	≤14,03	13,45	≤14,03	13,47	DGR 15-7486 del 23.04 2014 relativa ai Programmi Operativi per l'Assistenza Specialistica Ambulatoriale. Fonte per il valore osservato: Verbale Tavolo per il Governo dei Programmi Operativi - monitoraggio al IV trim. 2014 - del 22.2.2015
57	Assistenza specialistica ambulatoriale	Numero di prestazioni ambulatoriali di Risonanza Magnetica procapite (per residente nell'ASL VC)	≤ 6,49	6,26	≤ 6,49	5,20	≤ 6,49	5,64	DGR 15-7486 del 23.04 2014 relativa ai Programmi Operativi per l'Assistenza Specialistica Ambulatoriale (la DGR 28-772/2014 di assegnazione degli obiettivi del DG assegna un valore atteso ≤ 7,88). Fonte per il valore osservato: Verbale Tavolo per il Governo dei Programmi Operativi - monitoraggio al IV trim. 2014 - del 22.2.2015.
58	Assistenza specialistica ambulatoriale	Numero di prestazioni ambulatoriali TC procapite (per residente nell'ASL VC)	≤5,02	5,40	≤5,02	5,56	≤5,02	5,88	DGR 15-7486 del 23.04 2014 relativa ai Programmi Operativi per l'Assistenza Specialistica Ambulatoriale (la DGR 28-772/2014 di assegnazione degli obiettivi del DG assegna un valore atteso ≤ 5,15)
59	Assistenza specialistica ambulatoriale	Numero di prestazioni ambulatoriali procapite di Laboratorio, cod. branca 98 (per residente nell'ASL VC)	≤ 10,32	10,71	≤ 10,32	9,10	≤ 10,32	9,11	DGR 15-7486 del 23.04 2014 relativa ai Programmi Operativi per l'Assistenza Specialistica Ambulatoriale. Fonte per il valore osservato: Verbale Tavolo per il Governo dei Programmi Operativi - monitoraggio al IV trim. 2014 - del 22.2.2015
60	Assistenza specialistica ambulatoriale	Numero di prestazioni ambulatoriali procapite di Terapia Fisica (per residente nell'ASL VC)	≤ 18,51	16,87	≤ 18,51	17,71	≤ 18,51	17,15	DGR 15-7486 del 23.04 2014 relativa ai Programmi Operativi per l'Assistenza Specialistica Ambulatoriale. Fonte per il valore osservato: Verbale Tavolo per il Governo dei Programmi Operativi - monitoraggio al IV trim. 2014 - del 22.2.2015



N°	FOCUS	INDICATORE	ATTESO 2015	OSSERVATO 2015 (salvo diverso riferimento temporale)	ATTESO 2016	OSSERVATO 2016 (salvo diverso riferimento temporale)	ATTESO 2017	OSSERVATO 2017 (salvo diverso riferimento temporale)	RIFERIMENTO PER L'INDICATORE E IL VALORE ATTESO (normativo o bibliografico)
61	Assistenza specialistica ambulatoriale	Consumo complessivo di prestazioni ambulatoriali (euro)	€ 35.128.696,00	€34.924.723,00	non rilevato	€34.444.107,64	€ 35.128.696,00	€ 35.875.541,96	DGR 44-3399 del 30.05.2016
62	Assistenza specialistica ambulatoriale	Consumo di prestazioni di Risonanza Magnetica con indicazioni di rischio di non appropriatezza (euro per assistito pesato)	€ 4,73	€ 4,86	non rilevato	non rilevato	non rilevato	non rilevato	DGR 44-3399 del 30.05.2016
63	Assistenza specialistica ambulatoriale	Consumo di prestazioni di RRF di terapia fisica strumentale (cod. 93) (euro per assistito pesato)	€ 0,40	€ 0,42	non rilevato	non rilevato	non rilevato	non rilevato	DGR 44-3399 del 30.05.2016
64	Assistenza specialistica ambulatoriale	Consumo di prestazioni di laboratorio (cod. 90-91) (euro per assistito pesato)	€ 37,40	€ 40,06	non rilevato	non rilevato	non rilevato	non rilevato	DGR 44-3399 del 30.05.2016 - Prestazioni incluse: Elettroterapia antalgica 10 min (cod. 93.39.4), TENS 30 min (cod. 93.39.5), Magnetoterapia (cod. 93.39.8), Ultrasonoterapia (cod. 93.39.9), Terapia UV (cod. 99.82), Laserterapia antalgica (cod. 99.99.1)
65	Cure domiciliari	Percentuale di anziani ultrasessantacinquenni trattati in Assistenza domiciliare integrata (ADI)	≥4%	4,33%	≥4%	4,24%	≥4%	3,65%	DGR 25-6992 del 30.12.2013 "Approvazione dei Programmi Operativi 2013-2015..." e Ministero della Salute, Adempimenti LEA - "Griglia indicatori LEA"
66	Allocazione delle risorse	Spesa sostenuta nel livello di assistenza distrettuale	ND	€170.103.451,00	ND	€170.748.136,90	ND	€ 174.382.445,00	Riferimento per l'anno 2014: DGR 38-812 del 22 dicembre 2014. Riferimento per l'anno 2015: DGR n. 34-2054 del 1.09.2015 e s.m.i.
67		% di risorse economiche destinate all'assistenza distrettuale	51%	57%	51%	57%	51%	58%	Riferimento per l'anno 2014: DGR 38-812 del 22 dicembre 2014; il 4% si riferisce alle risorse effettivamente stanziata dalla Regione per l'ASL VC. Riferimento per l'anno 2015: DGR n. 34-2054 del 1.09.2015 e s.m.i. Il 51% si riferisce al valore di riparto previsto a livello nazionale. Riferimento per l'anno 2016 e 2017: Intesa Conferenza Stato-Regione, 14 aprile 2016.



N°	FOCUS	INDICATORE	ATTESO 2015	OSSERVATO 2015 (salvo diverso riferimento temporale)	ATTESO 2016	OSSERVATO 2016 (salvo diverso riferimento temporale)	ATTESO 2017	OSSERVATO 2017 (salvo diverso riferimento temporale)	RIFERIMENTO PER L'INDICATORE E IL VALORE ATTESO (normativo o bibliografico)
68	Consumo di dispositivi medici	Rispetto del tetto di spesa per i dispositivi medici	≤13.784.000 €	14 971 706 €	≤13.784.000 €	14 135 589 €	≤9.231.000 €	14 337 345 €	DGR 44-7635 del 21/05/2014. Per l'anno 2015 e 2016, non essendo stato definito a livello regionale un aggiornamento del tetto, è stato richiamato il valore atteso dell'anno 2014 indicato nella DGR 44-7635/2014. Per l'anno 2017: DGR 101-5530/2017 (assegnazione obiettivi ai Direttori Generali)
69	Ricoveri prevenibili	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC	<=3%	3,7%	<=3%	4,0%	<=3%	4,4%	ad hoc. E' stata calcolata la percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni nell'ambito della produzione dell'ASL VC per stesso istituto e stessa MDC. Come valore di riferimento per il 2015- 2017 viene riportato il valore osservato nel 2014.
70	Qualità dei flussi informativi	Spesa aziendale per Dispositivi medici da flusso DMRP rispetto ai costi rilevati da CE (voci B.1.A.3.1 - dispositivi medici - e B.1.A.3.2 dispositivi medici impiantabili attivi)	>65 %	94,36%	>65 %	96,57%	>90 %	91,75%	D.G.R. n. 28-772 del 15/12/2014 e D.G.R. 101-5530/2017 (assegnazione degli obiettivi al Direttore Generale)
71	Gestione delle risorse umane	Tetto di spesa complessiva per il personale	€ 113 619 000	€ 113 547 824.00	€ 114 035 000	€ 113 475 061.00	€ 113.500.000	€ 103.044.000	DGR n.36 - 1483 del 25.5.2015 "Modificazione DGR n. 11-7089 del 10.02.2014. Disposizioni alle aziende sanitarie sul contenimento dei costi delle Risorse Umane ed approvazione per gli anni 2015 e 2016 dei relativi tetti di spesa"
72	Gestione delle risorse umane	Tasso di assenza per malattia (ore assenza per contratto*100)	<=4%	4,6%	<=4%	4,9%	<=4%	4,5%	Indicatore: rif. "Linee guida per la redazione del Bilancio Sociale della Aziende Sanitarie - ARESS - Regione Piemonte". Come valore atteso per gli anni 2015-2017 è stato indicato il valore osservato per il 2013
73	Gestione delle risorse umane	Tasso di assenza per malattie brevi (<10 giorni) (ore assenza per malattie brevi/ore lavorabili da contratto *100)	<0,63%	0,70%	<=0,63%	0,74%	<0,63%	0,73%	Indicatore: rif. "Linee guida per la redazione del Bilancio Sociale della Aziende Sanitarie - ARESS - Regione Piemonte". Come valore atteso per gli anni 2015-2017 è stato indicato il valore osservato per il 2013
74	Gestione delle risorse umane	Pari opportunità di genere - Percentuale di donne con ruolo dirigente o quadro	50%± 3	51,7%	50%± 3	53,0%	50%± 3	55,0%	Indicatore: rif. "Linee guida per la redazione del Bilancio Sociale della Aziende Sanitarie - ARESS - Regione Piemonte".



N°	FOCUS	INDICATORE	ATTESO 2015	OSSERVATO 2015 (salvo diverso riferimento temporale)	ATTESO 2016	OSSERVATO 2016 (salvo diverso riferimento temporale)	ATTESO 2017	OSSERVATO 2017 (salvo diverso riferimento temporale)	RIFERIMENTO PER L'INDICATORE E IL VALORE ATTESO (normativo o bibliografico)
75	Gestione delle risorse umane	Indice di turn-over del personale (n cessazioni/personale*100)	<=2,9%	5,7%	<=2,9%	4,8%	<=2,9%	7,2%	Indicatore: rif. "Linee guida per la redazione del Bilancio Sociale della Aziende Sanitarie - ARESS - Regione Piemonte". Come valore atteso per gli anni 2015-2017 è stato indicato il valore osservato per il 2013
76	Gestione delle risorse umane	Tasso di adesione all'indagine sul benessere organizzativo	345%	25,6%	345%	23,4%	345%	23,5%	Come valore atteso è stato utilizzato il valore rilevato in analoghe indagini condotte dal Ministero della Salute nel 2014 e nel 2015 (http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_minpag_1076_listafile_itemName_2_file.pdf)
77	Rischio clinico	Tasso di aderenza alle raccomandazioni chirurgia sicura	>80%	100%	>80%	94,9%	>90%	95,0%	I valori di riferimento indicati sono definiti in base a D.D. n. 45/DB2000 del 27 gennaio 2014. "Programma reg. per la gestione del rischio clinico 2014/2015"
78	Rischio clinico	Indice di rischio per sinistri	ND	ND	ND	ND	ND	ND	Il valore di riferimento indicato è quello rilevato per la Regione Piemonte (Fonte: Dati Assicurativi, MARSH, anno 2014. Non disponibile per l'anno 2015)
79	Qualità percepita	Numero di reclami	≤ 453	244	≤ 453	253	≤ 453	318	Come valore atteso è stato utilizzato il numero medio di reclami pervenuti nel periodo 2013-2014
80	Qualità percepita	Proporzione di reclami con risoluzione immediata	>80%	66,8%	>80%	63,6%	>80%	48,4%	Come valore atteso è stato utilizzato il dato storico più favorevole



A.S.L. VC

Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284

www.aslvc.piemonte.it

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

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

ALLEGATO 4

alla **RELAZIONE AZIENDALE SOCIOSANITARIA**

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

Anno 2018

Indicatori riportati nel Programma Attività territoriali (PAT)
dell'ASL VC* e relativi valori osservati al 31.12.2017

ESTRATTO

*così come ridefiniti a marzo 2016
nell'ambito del tavolo regionale dei Direttori sanitari



P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

Livello assistenziale	Codice La	Descrizione livello di assistenza	Indicatore di tutela	Popolazione di riferimento	Numera-tore 2014	Denomina-tore 2014	Valore indicatore 2014	Numera-tore 2016	Denomina-tore 2016	Valore atteso indicatore 2016	Valore di confronto regionale - ATTESO 2016 (mediana)	Valore osservato numeratore 2016	Valore osservato denominatore 2016	Valore osservato indicatore 2016
Ass. collettiva	10500a		Copertura vaccinale nei bambini (ciclo base)	coorte nati due anni prima monitorati per 2 anni	1.266	1.385	91.4%	1.115	1.190	93.7%	95%	1108	1170	94.70%
	10500b		Copertura vaccinale nei bambini (MPR)	coorte nati due anni prima monitorati per 2 anni	1.193	1.385	86.1%	1.079	1.190	90.7%	90%	1066	1170	87.70%
Ass. distrettuale	20100	Guardia medica (Continuità Assistenziale)	N Visite	Popolazione non pesata	43.140	173.309	0.25	43.140	173.390	0.25	0.1	23.727	172.012	0.14
Ass. distrettuale	20201a	Medicina generale - Medicina generica	N MMG in AFT rispetto al totale di MMG	N° MMG	-	-	-	-	-	-	1	0	0	0
Ass. distrettuale	20201b		N MMG in UCCP rispetto al totale di MMG	N° MMG	-	-	-	-	-	-	0.6	0	0	0
Ass. distrettuale	20202a	Pediatria di libera scelta	N PDL in AFT rispetto al totale di PDL	N° PDL	-	-	-	-	-	-	1	0	0	0
Ass. distrettuale	20202b		N PDL in UCCP rispetto al totale di PDL	N° PDL	-	-	-	-	-	-	0.75	0	0	0
Ass. distrettuale	20401	Ass. farmaceutica - Assistenza farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate	Costo netto dell'assistenza farmaceutica	Popolazione pesata come da riparto (ass farm)	26.444.000	202.826	130.38	24.755.000	202.826	122.05	132	€ 25.758.362.57	202.826	127.00
Ass. distrettuale	20402a	Ass. farmaceutica - Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica (DPC)	Costo netto dell'assistenza farmaceutica	Popolazione pesata come da riparto (ass farm)	4.388.000	202.826	21.63	5.285.000	202.826	26.06	23.05	€ 4.096.002.99	202.826	20.19
Ass. distrettuale	20402b	Ass. farmaceutica - Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica (distrib diretta)	Costo netto dell'assistenza farmaceutica	Popolazione pesata come da riparto (ass farm)	12.151.000	202.826	59.91	12.013.000	202.826	59.23	55.00	€ 3.765.390.43	202.826	18.56



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: aslvercell@pec.aslvc.piemonte.it

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

Livello assistenziale	Codice La	Descrizione livello di assistenza	Indicatore di tutela	Popolazione di riferimento	Numera-tore 2014	Denomina-tore 2014	Valore indicatore 2014	Numera-tore 2016	Denomina-tore 2016	Valore atteso indicatore 2016	Valore di confronto regionale - ATTESO 2016 (mediana)	Valore osservato numeratore 2016	Valore osservato denominatore 2016	Valore osservato indicatore 2016
Ass. distrettuale	20500	Assistenza integrativa	Totale costo netto di assistenza integrativa per mille abitanti	Popolazione pesata come da riparto (ass farm) / 1000	4 029 000	202.826	19 864.32	3 879 000	202.826	19 124.77	16 435.98	€ 12 933.35	202.827	12 933.35
Ass. distrettuale	20601	Assistenza specialistica - Attivita' clinica	Numero di prestazioni per abitante	Popolazione pesata come da riparto (prestaz. amb)	637 075	194 310	3.28	618 654	194 310	3.18	3.42	650 968	193 890	3.36
Ass. distrettuale	20602	Assistenza specialistica - Attivita' di laboratorio	Numero di prestazioni per abitante	Popolazione pesata come da riparto (prestaz. amb)	1 915 065	194 310	9.86	1 781 010	194 310	9.17	10.03	1 520 651	193 890	7.84
Ass. distrettuale	20603a	Assistenza specialistica - Attivita' di diagnostica strumentale e per immagini	Numero di prestazioni per abitante	Popolazione pesata come da riparto (prestaz. amb)	179 337	194 310	0.92	177 543	194 310	0.91	0.92	159 620	193 890	0.82
Ass. distrettuale	20603b		Numero di prestazioni di RM per 100 residenti	Popolazione pesata come da riparto (prestaz. amb)	11 876	194 310	0.06	11 228	194 310	0.06	0.08	9 305	193 890	0.05
Ass. distrettuale	20700	Assistenza protesica	Costo netto dell'assistenza protesica per mille abitanti	Popolazione pesata come da riparto (prestaz. amb) /1000	4 661 520	194.310	23 990	4 561 520	194.310	23 475	19 462.14	3 975 664.77	194 310	20.46
Ass. distrettuale	20801	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza programmata a domicilio (ADI) livello 03 e 04	% di anziani >= 65 anni trattati in ADI	Popolazione >= 65 anni	161	45 787	0.35%	184	45 787	0.40%	3.45% (valore massimo)	585	45 975	1.27%
Ass. distrettuale	20802	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza alle donne, famiglia, coppie (consulteri)	N prestazioni di consultorio per mille abitanti	Popolazione totale	14 244	173.309	82.19	14 244	173.309	82.19	70.03	13 147	172 012	76.43
Ass. distrettuale	20803	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza psichiatrica	Utenti in carico nei centri di salute mentale per 1.000 abitanti	Popolazione >18 / 1000	1 905	147.434	12.92	1 810	147.434	12.28	12.71	2 588	147.83	17.51



Livello assistenziale	Codice La	Descrizione livello di assistenza	Indicatore di tutela	Popolazione di riferimento	Numera-tore 2014	Denomina-tore 2014	Valore indicatore 2014	Numera-tore 2016	Denomina-tore 2016	Valore atteso indicatore 2016	Valore di confronto regionale - ATTESO 2016 (mediana)	Valore osservato numeratore 2016	Valore osservato denominatore 2016	Valore osservato indicatore 2016
Ass. distrettuale	20805	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai tossicodipendenti	N° utenti in carico	Popolazione totale da 15 a 64 anni	859	107 236	8.01	1 200	107 236	11.19	8.97	865	106 105	8.15
Ass. distrettuale	20806	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza agli anziani livello 01 02 e SID	% di anziani >= 65 anni trattati a domicilio (oltre ADI livello 20801)	Popolazione secca >= 65 anni	1 054	45 787	2.30%	1 115	45 787	2.44%	4.41%	1363	45 975	2.96%
Ass. distrettuale	20901	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza psichiatrica	N° giornate di semiresidenzialità per assistenza psichiatrica	Popolazione >18	9 138	147 434	0.06	11 000	147 434	0.07	0.05	8 399	147 830	0.06
Ass. distrettuale	20903	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza ai tossicodipendenti	N° giornate di semiresidenzialità per assistenza ai tossicodip	Popolazione da 15 a 64 anni	-	107 236	-	-	107 236	-	0.01	-	106 105	-
Ass. distrettuale	21001	Ass. territoriale residenziale - Assistenza psichiatrica	N° giornate di residenzialità per assistenza psichiatrica	Popolazione >18	28 621	147 434	0.19	26 618	147 434	0.18	0.28	20 384	147 830	0.14
Ass. distrettuale	21002	Ass. territoriale residenziale - Assistenza riabilitativa ai disabili	N° giornate di residenzialità per assistenza ai disabili	Popolazione totale	35 012	173 309	0.20	35 012	173 309	0.20	0.30	34 533	172 012	0.20
Ass. distrettuale	21003	Ass. territoriale residenziale - Assistenza ai tossicodipendenti	N° giornate di residenzialità per assistenza ai tossicodipendenti	Popolazione da 15 a 64 anni	4 867	107 236	0.05	4 867	107 236	0.05	0.07	4 088	106 105	0.04
Ass. distrettuale	21004	Ass. territoriale residenziale - Assistenza agli anziani	N° giornate per assistenza agli anziani => 65 anni	Popolazione >= 65 anni	267 988	45 787	5.85	280 000	45 787	6.12	5.1	256 287	45 975	5.57
Ass. ospedaliera	30100	Attività di pronto soccorso (accessi)	N° accessi al PS per mille assistiti	Popolazione pesata come da riparto (ricoveri)/1000	55 523	181.212	306.40	55 000	181.212	303.51	372.18	57 454	179.86	319.44



Livello assistenziale	Codice La	Descrizione livello di assistenza	Indicatore di tutela	Popolazione di riferimento	Numera-tore 2014	Denomina-tore 2014	Valore indicatore 2014	Numera-tore 2016	Denomina-tore 2016	Valore atteso indicatore 2016	Valore di confronto regionale - ATTESO 2016 (mediana)	Valore osservato numeratore 2016	Valore osservato denominatore 2016	Valore osservato indicatore 2016
Ass. ospedaliera	30201	Ass. ospedaliera per acuti in Day Hospital e Day Surgery	Tasso di ricoveri per 1000 assistiti	Popolazione pesata come da riparto (ricoveri)	5 860	181.212	32.34	5 400	181.212	29.80	41.01	5 362	179.86	29.81
Ass. ospedaliera	30202a	Ass. ospedaliera per acuti in degenza ordinaria escluso DRG 391	Tasso di ricoveri per 1000 assistiti	Popolazione pesata come da riparto (ricoveri)	16 769	181.212	92.54	16 700	181.212	92.16	88.96	16 232	179.86	90.25
Ass. ospedaliera	30202b		Percentuale parti cesari primari	Totale parti primari	182	677	26.9%	169	670	25.2%	21%	113	598.00	18.9%
Ass. ospedaliera	30202c		Percentuale pazienti >= 65 anni con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 GG in RO	Popolazione >= 65 anni con diagnosi di frattura del collo del femore	88	190	46.3%	165	200	82.5%	56%	141	179.00	78.8%
Ass. ospedaliera	30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti	Tasso di ricoveri per 1000 assistiti	Popolazione pesata come da riparto (ricoveri)	1 774	181.212	9.79	1 604	181.212	8.85	1.82	1 528	179.86	8.50
Ass. ospedaliera	30500	Ass. ospedaliera per riabilitazione	Tasso di ricoveri per 1000 assistiti	Popolazione pesata come da riparto (ricoveri)/1000	1 413	181.212	7.80	1 353	181.212	7.47	6.96	1 347	179.86	7.49

ERRATA CORRIGE rispetto all'All. 4 della Relazione Sociosanitaria 2016: 181.212 anziché 203.171

NOTA: sommando i livelli codice 20801+20806 si ottiene una percentuale di assistenza domiciliare erogata pari al 4,24% (dato rilevato nel gennaio 2017)