



A.S.L. VC

Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284

www.aslvc.piemonte.it

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

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

**RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE
SUL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI ASSEGNATI
NELL'ANNO 2018
(D.G.R. N.26-6421 DEL 26 GENNAIO 2018)**

| | |
|---|----|
| PREMESSA..... | 2 |
| OBIETTIVO 1.1 Attuazione della programmazione – ASL;AO;AOU | 2 |
| OBIETTIVO 2.1 Attivazione delle Case della Salute programmate - ASL..... | 10 |
| OBIETTIVO 2.2 Linee di indirizzo del Piano Regionale Cronicità ASL; AO; AOU..... | 14 |
| OBIETTIVO 3.1 Tempi di attesa Ricoveri – ASL; AO; AOU | 16 |
| OBIETTIVO 3.2 Tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali - ASL; AO; AOU | 20 |
| OBIETTIVO 3.3 Riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in DEA/PS - ASL AO; AOU | 28 |
| OBIETTIVO 4.1 Area Osteomuscolare – ASL; AO; AOU..... | 34 |
| OBIETTIVO 4.2 Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI – ASL; AO; AOU..... | 36 |
| OBIETTIVO 4.3 Appropriata assistenza nell'assistenza al parto..... | 37 |
| OBIETTIVO 4.4 Area Chirurgia Generale: colecistectomia laparoscopica – ASL; AO; AOU | 39 |
| OBIETTIVO 4.5 Screening oncologici – ASL; AO; AOU | 40 |
| OBIETTIVO 4.6 Donazioni d'organo - ASL; AO; AOU..... | 45 |
| OBIETTIVO 4.7 Umanizzazione – ASL; AO; AOU | 50 |
| OBIETTIVO 5.1 Assistenza Farmaceutica Territoriale ed Ospedaliera: appropriatezza prescrittiva e riduzione della variabilità ASL/AO/AOU | 53 |
| OBIETTIVO 5.2 Miglioramento della qualità del flusso informativo dei dispositivi medici ASL/AO/AOU | 57 |
| OBIETTIVO 5.3 Contenimento della spesa aziendale per l'acquisto di Dispositivi Medici ASL/AO/AOU | 59 |
| OBIETTIVO 6.1 PNA - Dichiarazione pubblica di interessi – ASL; AO; AOU..... | 65 |
| OBIETTIVO 7.1 Fascicolo sanitario elettronico e Servizi on Line – ASL; AO; AOU | 66 |

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

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284

www.aslvc.piemonte.it

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

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

PREMESSA

Con D.G.R. n.26-6421 del 26 gennaio 2018, 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 2018. Si provvede di seguito a relazionare in merito allo stato di livello di raggiungimento degli obiettivi così attribuiti.

OBIETTIVO 1.1 Attuazione della programmazione – ASL;AO;AOU

| SETTORI REFERENTI | Programmazione Economico Finanziaria Controllo di gestione e monitoraggio costi per i Livelli di Assistenza delle ASR; |
|------------------------------|--|
| DESCRIZIONE | <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. 113 – 6305 del 22 Dicembre 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; ▪ attuazione del piano di efficientamento annuale e triennale, ove stabilito dalla D.G.R. n. 35 – 5329/2017 e smi per i presidi a gestione diretta delle ASL e per l'AOU Città della Salute e delle Scienze di Torino; ▪ 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. |
| INDICATORI | <ol style="list-style-type: none"> 1. Spesa consuntiva 2018 (costi al netto delle componenti finanziarie e straordinarie attive, ed inclusivi delle rettifiche dei contributi c/esercizio per destinazione investimenti non finanziati da specifici atti regionali); 2. Produzione sanitaria consuntiva 2018 (attività di Ricovero, Ambulatoriale e PS non seguito da ricovero). |
| VALORE DELL'OBIETTIVO | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sub-obiettivo 1): Spesa consuntiva 2018 (costi al netto delle componenti finanziarie e straordinarie attive, ed inclusivi delle rettifiche dei contributi c/esercizio per destinazione investimenti non finanziati da specifici atti regionali) poste pari o inferiore rispetto alla programmazione declinata per componenti economiche nel Bilancio Preventivo 2018. ▪ Sub-obiettivo 2): Produzione sanitaria consuntiva 2018, prestazioni di Ricovero e Ambulatoriali e PS non seguito da ricovero, pari o superiore rispetto alla programmazione definita nei Piani di efficientamento 2018 delle AO e dei presidi a gestione diretta delle ASL. |
| FONTE DATI | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Flusso informativo relativo alle attività di ricovero (SDO) e Ambulatoriale (Flusso C) – valorizzazione inclusiva di ticket e quota aggiuntiva a ricetta ▪ CE Consuntivo 2018 ▪ D.G.R. n. 113 – 6305 del 22 Dicembre 2017 e s.m.i. |
| SCALA | <p>Il punteggio sarà attribuito in proporzione al livello di coerenza rilevato a consuntivo 2018, da calcolare applicando i seguenti criteri:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sub-obiettivo 1). <ul style="list-style-type: none"> – il valore minimo (0 punti) è attribuito per uno scostamento complessivo pari o superiore al valore minore tra: in valore assoluto 5 milioni di euro o in termini percentuali +1,00%; – mentre il valore massimo (13 punti) è attribuito per uno scostamento pari o inferiore in valore assoluto 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



| | |
|------------------|---|
| | euro o in termini percentuali allo 0,00%. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sub-obiettivo 2). <ul style="list-style-type: none"> – il valore minimo (0 punti) è attribuito per uno scostamento complessivo pari o inferiore al valore minore tra: in valore assoluto -7 milioni di euro o in termini percentuali -1,00%; – il valore massimo, pari a 7 punti, è attribuito per uno scostamento complessivo pari o superiore in valore assoluto a 0 euro o in termini percentuali allo 0,00%. |
| TRAKING | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontri di monitoraggio obiettivi |
| PUNTEGGIO | 13/100 – Sub-obiettivo 1) 7/100 – Sub-obiettivo 2) |
| NOTE | Per l'AOU Città della Salute si rimanda agli obiettivi di programmazione sanitaria ed economicofinanziaria 2018 che sono stati definiti nel Piano di efficientamento triennale approvato con D.G.R. 112-6304 del 22 dicembre 2018 e s.m.i.. |

OBIETTIVO RAGGIUNTO: SI (autovalutazione 20/20 punti)

Sub-obiettivo 1

VALORE OSSERVATO

Il sub-obiettivo 1) Spesa consuntiva 2018 (costi al netto delle componenti finanziarie e straordinarie attive, ed inclusivi delle rettifiche dei contributi c/esercizio per destinazione investimenti non finanziati da specifici atti regionali) doveva essere pari o inferiore rispetto alla programmazione declinata per componenti economiche nel Bilancio Preventivo 2018.

L'ultima versione inserita nel programma FEC regionale del Bilancio di Previsione 2018 è la Prev.2018 V.2.

Il dato relativo al BIVE IV° trimestre 2018 ammonta a euro 279.953,00= mentre quello relativo alla Prev.2018 V.2 ammonta a euro 279.484,09=

Il delta risulta pertanto superiore di euro 468,91= (i dati sono espressi in migliaia di euro)

| | |
|---|--|
| Totale Costi Interni (B1+B2+B3+B4+B5+B6 (variazione delle rimanenze) | |
| C.E. IV° trimestre 2018 | € 182.769,00= |
| C.E. Consuntivo 2017 | € 175.303,00= |
| Delta IV° trim.2018 vs cons.2017 | € 7.466,00= |
| Incremento IV° trimestre 2018 vs C.E. Consuntivo 2017: | + € 7.466,00= meglio dettagliato così come segue: |
| Delta IV° trim.2018 vs cons.2017 | Totale costi interni € 7.466,00= |
| B1 | Personale + € 1.818,00= (di cui € 1.432,00= incremento contrattuale comparto sanità) |
| B2 | Prodotti farmaceutici - € 157,00= |
| B3 | Altri beni e servizi € 4.400,00= (vaccini, dispositivi medici in vitro e manutenzioni) |
| B4 | Ammortamenti e costi capitalizzati € 0 |
| B5 | Accantonamenti - € 49,00= (di cui € 1.164,00= relativi ai contratti dirigenza e convenzionati) |

**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

B6

Variazione rimanenze + € 1.454,00=

| C Totale Costi Esterni (C1+C2+C3) | |
|--|--------------|
| C.E. IV° trimestre 2018 | € 96.134,00= |
| C.E. Consuntivo 2017 | € 95.830,00= |
| Delta IV° trim.2018 vs cons.2017 | + € 304,00= |

| D Totale Costi Operativi (B+C) | |
|---------------------------------------|---------------|
| C.E. IV° trimestre 2018 | € 278.903,00= |
| C.E. Consuntivo 2017 | € 271.133,00= |
| Delta IV° trim.2018 vs cons.2017 | + € 7.770,00= |

| E Margine Operativo (A-D) | |
|----------------------------------|----------------|
| C.E. IV° trimestre 2018 | - € 3.089,00= |
| C.E. Consuntivo 2017 | + € 7.668,00= |
| Delta IV° trim.2018 vs cons.2017 | - € 10.757,00= |

| Margine Operativo | | | |
|-------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| | CE IV trim.2018 | CE Consuntivo 2017 | CE Consuntivo 2016 |
| Ricavi | € 275.814,00= | € 278.801,00 | € 271.930,00= |
| Costi interni | € 182.769,00= | € 175.303,00= | € 171.698,00= |
| Costi Esterni | € 99.134,00= | € 95.830,00= | € 94.573,00= |
| Totale costi operativi | € 278.903,00= | € 271.133,00= | € 266.271,00= |
| Margine Operativo 1 | - € 3.089,00= | + € 7.668,00= | + € 5.659,00= |
| Extralea (non finanziati) | € 1.997,00= | | |
| Rinnovo contratto comparto | € 1.432,00= | | |
| Delta payback non finanziato | € 1.637,00= | | |
| Fondo erosione regionale fall. Faro | € 1.185,00= | | |
| Margine Operativo 2 | + € 3.162,00= | + € 7.668,00= | + € 5.659,00= |

Risultato Economico (E-F)

A conclusione di quanto sopra esposto il C.E. IV° trimestre 2018 presenta un risultato di gestione con una perdita di esercizio pari a € 8.261,00= vs CE Consuntivo 2017 pari a un utile di € 1.785,00=.

La perdita a C.E. Bilancio Preventivo Economico Annuale anno 2018 v.2 ammontava a euro 13.253,00=.

Tale risultato, ove la Regione Piemonte riconoscesse finanziate le voci già oggetto di finanziamento negli esercizi precedenti, nonché quelle indipendenti dalla competenza gestionale dell'Azienda porterebbe a uno sbilancio di € 2.010,00=, correlato a un incremento di produzione stimato a novembre 2018 di circa il medesimo importo.

| | CE IV trimestre 2018 |
|---|----------------------|
| Risultato di esercizio del conto economico al 31.12.2018 | - € 8.261,00 |
| Spese non sanitarie (ivi incluso l'acquisto di prestazioni) | + € 1.997,00 |

Pagina 4

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

| | |
|---|-------------------|
| sociali) | |
| Rinnovo contratto comparto | + € 1.432,00 |
| Delta payback non finanziato | + € 1.637,00 |
| Fallimento Faro fondo erosione regionale 2012 | + € 1.185,00 |
| Risultato di esercizio rettificato | - 2.010,00 |

In riferimento all'efficientamento dell'attività dei due ospedali ad una prima analisi, sulla base delle rilevazioni di preconsuntivo per l'anno 2018, è possibile anticipare che i due presidi complessivamente intesi conseguono un rapporto tra risultato di esercizio (saldo tra Costi di Produzione ed Entrate Proprie del Presidio) e il totale Entrate con un continuo trend in riduzione in quanto, precedentemente posizionato a -40% circa nel 2016 e a circa -30% per l'anno 2017, appare attestarsi a -26% circa nel 2018.



P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

| ID | CONTO ECONOMICO | CONSUNTIVO 2013 | CONSUNTIVO 2014 | CONSUNTIVO 2015 | CONSUNTIVO 2016 | CONSUNTIVO 2017 | IV TRIM 2018 | delta IV trim.2018 vs. consuntivo 2017 | PREV 2018 V2 | delta IV trim.2018 vs. prev.2018 v.2 |
|-----------|---|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|----------------|--|----------------|--|
| | | A | B | C | D | E | F | G=F-E | H | I=H-F |
| A1.1 | Contributi F.S.R. indistinto | 287 740 | 296 333 | 297 456 | 297 218 | 299 006 | 302 069 | 3 063 | 298 236 | 3 833 |
| A1.2 | Contributi F.S.R. vincolato | 5 905 | 5 707 | 3 600 | 4 019 | 8 399 | 6 939 | -1 460 | 7 634 | -695 |
| A1 | Contributi F.S.R. | 293 645 | 302 040 | 301 056 | 301 237 | 307 405 | 309 008 | 1 603 | 305 870 | 3 138 |
| A2.1 | Saldo mobilità in compensazione infra | -17 442 | -20 015 | -20 239 | -24 498 | -25 046 | -25 597 | -551 | -25 945 | 348 |
| A2.2 | Saldo mobilità non in compensazione infra | -598 | -371 | -1 022 | -967 | -1 075 | -1 187 | -112 | -1 101 | -86 |
| A2.3 | Saldo mobilità in compensazione extra | -7 947 | -7 320 | -9 244 | -8 882 | -8 177 | -8 046 | 131 | -8 431 | 385 |
| A2.4 | Saldo mobilità non in compensazione extra | -18 | -11 | -7 | -1 | -1 | -5 | -4 | -1 | -4 |
| A2.5 | Saldo infragruppo regionale | -3 824 | -2 894 | -3 955 | -5 014 | -5 302 | -5 405 | -103 | -5 806 | 401 |
| A2.6 | Saldo mobilità internazionale | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| A2 | Saldo Mobilità | -29 829 | -30 611 | -34 447 | -39 362 | -39 601 | -40 240 | -639 | -41 285 | 1 045 |
| A3.1a | Ulteriori Trasferimenti Pubblici - Ministero | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| A3.1b | Ulteriori Trasferimenti Pubblici - Regione o Provincia Autonoma | 6 004 | 2 930 | 2 634 | 2 872 | 2 199 | 928 | -1 271 | 887 | 41 |
| A3.1c | Ulteriori Trasferimenti Pubblici - Altro | 320 | 257 | 154 | 397 | 387 | 233 | -154 | 148 | 85 |
| A3.1 | Ulteriori Trasferimenti Pubblici | 6 324 | 3 187 | 2 788 | 3 269 | 2 586 | 1 161 | -1 425 | 1 035 | 126 |
| A3.2 | Ticket | 5 957 | 5 814 | 4 982 | 4 506 | 4 631 | 4 576 | -55 | 4 292 | 284 |
| A3.3 | Altre Entrate Proprie | 4 268 | 3 791 | 6 168 | 3 590 | 5 115 | 2 900 | -2 215 | 3 814 | -914 |
| A3 | Entrate Proprie | 16 549 | 12 792 | 13 938 | 11 365 | 12 332 | 8 637 | -3 695 | 9 141 | -504 |
| A4.1 | Ricavi Intramoenia | 2 301 | 2 166 | 2 284 | 2 279 | 2 201 | 2 486 | 285 | 2 571 | -85 |
| A4.2 | Costi Intramoenia | 2 025 | 1 970 | 1 939 | 1 930 | 2 001 | 2 336 | 335 | 2 321 | 15 |
| A4 | Saldo Intramoenia | 276 | 196 | 345 | 349 | 200 | 150 | -50 | 250 | -100 |
| A5.1 | Rettifica contributi F.S.R. per destinazione ad investimenti | -365 | -1 873 | -2 127 | -1 583 | -1 169 | -1 050 | 119 | -1 889 | 839 |
| A5.2 | Rettifica ulteriori Trasferimenti Pubblici per destinazione ad investimenti | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| A5 | Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti | -365 | -1 873 | -2 127 | -1 583 | -1 169 | -1 050 | 119 | -1 889 | 839 |
| A6.1 | Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti | 154 | 272 | 266 | 124 | 154 | 585 | 431 | 473 | 112 |
| A6.2 | Accantonamenti per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizio in corso | 233 | 271 | 112 | 200 | 520 | 1 276 | 756 | 992 | 284 |
| A6 | Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati | -79 | 1 | 154 | -76 | -366 | -691 | -325 | -519 | -172 |
| A | Totale Ricavi Netti | 280 197 | 282 545 | 278 919 | 271 930 | 278 801 | 275 814 | -2 987 | 271 568 | 4 246 |
| B1.1a | Personale Sanitario - Dipendente | 84 286 | 82 768 | 81 358 | 81 469 | 81 326 | 81 773 | 447 | 82 029 | -256 |
| B1.1b | Personale Non Sanitario - Dipendente | 311 | 238 | 119 | 135 | 338 | 654 | 316 | 557 | 97 |
| B1.1 | Personale Sanitario | 84 597 | 83 006 | 81 477 | 81 604 | 81 664 | 82 427 | 763 | 82 586 | -159 |
| B1.2a | Personale Non Sanitario - Dipendente | 22 885 | 22 429 | 22 022 | 21 888 | 21 644 | 22 699 | 1 055 | 22 134 | 565 |
| B1.2b | Personale Non Sanitario - Non Dipendente | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| B1.2 | Personale Non Sanitario | 22 885 | 22 429 | 22 022 | 21 888 | 21 644 | 22 699 | 1 055 | 22 134 | 565 |
| B1 | Personale | 107 482 | 105 435 | 103 499 | 103 492 | 103 308 | 105 126 | 1 818 | 104 720 | 406 |
| B2 | Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati | 16 071 | 16 069 | 17 404 | 18 253 | 18 450 | 18 293 | -157 | 19 633 | -1 340 |
| B3.1 | Altri Beni Sanitari | 18 396 | 18 836 | 18 899 | 17 978 | 18 820 | 19 611 | 791 | 20 578 | -967 |
| B3.2 | Beni Non Sanitari | 3 378 | 2 883 | 2 252 | 2 011 | 1 891 | 2 106 | 215 | 2 366 | -260 |
| B3.3a.1 | Pulizia, Riscaldamento e Smaltimento rifiuti | 3 864 | 4 141 | 4 077 | 3 899 | 3 849 | 3 819 | -30 | 3 869 | -50 |
| B3.3a.2 | Manutenzioni e riparazioni | 4 118 | 4 642 | 4 669 | 5 526 | 6 058 | 7 020 | 962 | 6 382 | 638 |
| B3.3a.3 | Altri servizi appaltati | 4 565 | 4 620 | 4 579 | 4 167 | 3 931 | 3 999 | 68 | 3 936 | 63 |
| B3.3a | Servizi Appalti | 12 547 | 13 403 | 13 325 | 13 592 | 13 838 | 14 838 | 1 000 | 14 188 | 650 |
| B3.3b | Servizi Utenze | 3 541 | 3 390 | 3 276 | 3 105 | 2 883 | 3 185 | 302 | 2 933 | 252 |
| B3.3c | Consulenze | 906 | 1 422 | 1 447 | 1 033 | 1 078 | 1 895 | 817 | 1 208 | 687 |
| B3.3d | Rimborsi, Assegni e Contributi | 3 271 | 2 043 | 2 017 | 2 058 | 2 100 | 1 981 | -119 | 1 799 | 182 |
| B3.3e | Premi di assicurazione | 1 725 | 1 726 | 2 111 | 1 881 | 2 113 | 2 075 | -38 | 2 073 | 2 |
| B3.3f | Altri Servizi Sanitari e Non | 3 725 | 3 656 | 4 001 | 4 224 | 4 555 | 5 972 | 1 417 | 5 888 | 84 |
| B3.3g | Godimento Beni di Terzi | 3 170 | 3 184 | 3 315 | 2 357 | 2 762 | 2 777 | 15 | 2 686 | 91 |
| B3.3 | Servizi | 28 885 | 28 824 | 29 492 | 28 250 | 29 329 | 32 723 | 3 394 | 30 774 | 1 949 |
| B3 | Altri Beni e Servizi | 50 685 | 50 543 | 50 643 | 48 239 | 50 040 | 54 440 | 4 400 | 53 718 | 722 |
| B4.1 | Ammortamenti e Sterilizzazioni | 1 297 | 1 140 | 960 | 674 | 573 | 573 | 0 | 573 | 0 |
| B4.2 | Costi Sostenuti in Economia | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| B4 | Ammortamenti e Costi Capitalizzati | 1 297 | 1 140 | 960 | 674 | 573 | 573 | 0 | 573 | 0 |
| B5 | Accantonamenti | 1 708 | 3 223 | 3 082 | 1 326 | 3 442 | 3 393 | -49 | 2 345 | 1 048 |
| B6 | Variazione Rimanenze | -160 | 414 | 295 | -286 | -510 | 944 | 1 454 | 0 | 944 |
| B | Totale Costi Interni | 177 057 | 176 824 | 175 883 | 171 698 | 175 303 | 182 769 | 7 466 | 180 989 | 1 780 |

**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

| ID | CONTO ECONOMICO | CONSUNTIVO 2013 | CONSUNTIVO 2014 | CONSUNTIVO 2015 | CONSUNTIVO 2016 | CONSUNTIVO 2017 | IV TRIM 2018 | delta IV trim.2018 vs. consuntivo 2017 | PREV 2018 V2 | delta IV trim.2018 vs. prev.2018 v.2 |
|-----------|--|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------|--|-------------------|--|
| | | A | B | C | D | E | F | G=F-E | H | I=H-F |
| C1 | Medicina Di Base | 21 241 | 20 294 | 19 664 | 19 807 | 19 666 | 19 396 | -270 | 19 666 | -270 |
| C2 | Farmaceutica Convenzionata | 27 696 | 26 505 | 26 283 | 25 563 | 25 323 | 24 350 | -973 | 25 006 | -656 |
| C3.1 | Prestazioni da Privato - Ospedaliera | 18 580 | 18 031 | 17 130 | 16 656 | 17 140 | 17 003 | -137 | 16 934 | 69 |
| C3.2a | Prestazioni da Privato - Ambulatoriale (assistenza specialistica) | 5 712 | 5 790 | 5 273 | 5 343 | 6 724 | 7 163 | 439 | 7 156 | 7 |
| C3.2b | Prestazioni da Sumaisti | 1 752 | 1 713 | 1 637 | 1 628 | 1 544 | 1 575 | 31 | 1 750 | -175 |
| C3.2 | Prestazioni da Privato - Ambulatoriale | 7 464 | 7 503 | 6 910 | 6 971 | 8 268 | 8 738 | 470 | 8 906 | -168 |
| C3.3 | Prestazioni da Privato - Riabilitazione Extra Ospedaliera | 4 031 | 4 194 | 4 386 | 4 203 | 4 256 | 4 756 | 500 | 4 690 | 66 |
| C3.4a | Trasporti Sanitari Da Privato | 462 | 555 | 608 | 654 | 659 | 713 | 54 | 675 | 38 |
| C3.4b | Assistenza Integrativa e Protetica da Privato | 3 626 | 3 834 | 4 025 | 3 597 | 3 541 | 3 549 | 8 | 3 682 | -133 |
| C3.4c.1 | Assistenza Psichiatrica Residenziale e Semiresidenziale da Privato | 2 495 | 2 547 | 2 655 | 2 789 | 2 938 | 3 448 | 510 | 2 935 | 513 |
| C3.4c.2 | Distribuzione di Farmaci e File F da Privato | 582 | 682 | 812 | 830 | 891 | 952 | 61 | 936 | 16 |
| C3.4c.3 | Assistenza Termale da Privato | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| C3.4c.4 | Prestazioni Socio-Sanitarie da Privato | 13 397 | 14 215 | 14 762 | 13 503 | 13 148 | 13 229 | 81 | 13 175 | 54 |
| C3.4c | Prestazioni da Privato - Altro | 16 474 | 17 444 | 18 229 | 17 122 | 16 977 | 17 629 | 652 | 17 046 | 583 |
| C3.4 | Altre Prestazioni da Privato | 20 562 | 21 833 | 22 862 | 21 373 | 21 177 | 21 891 | 714 | 21 403 | 488 |
| C3 | Prestazioni da Privato | 50 637 | 51 561 | 51 288 | 49 203 | 50 841 | 52 388 | 1 547 | 51 934 | 454 |
| C | Totale Costi Esterni | 99 574 | 98 360 | 97 235 | 94 573 | 95 830 | 96 134 | 304 | 96 606 | -472 |
| | | | | | | | | | | 0 |
| D | Totale Costi Operativi (B+C) | 276 631 | 275 184 | 273 118 | 266 271 | 271 133 | 278 903 | 7 770 | 277 595 | 1 308 |
| | | | | | | | | | | 0 |
| E | Margine Operativo (A-D) | 3 566 | 7 361 | 5 801 | 5 659 | 7 668 | -3 089 | -10 757 | -6 027 | 2 938 |
| | | | | | | | | | | 0 |
| F1 | Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie | -1 | 1 | -1 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| F2 | Saldo Gestione Finanziaria | 513 | 1 451 | 887 | 346 | 86 | 17 | -69 | 0 | 17 |
| F3 | Oneri Fiscali | 8 546 | 8 246 | 8 230 | 8 220 | 8 314 | 8 294 | -20 | 8 618 | -324 |
| F4.1 | Componenti Straordinarie Attive | 4 823 | 2 752 | 3 739 | 3 677 | 3 542 | 3 858 | 316 | 1 531 | 2 327 |
| F4.2 | Componenti Straordinarie Passive | 1 119 | 418 | 939 | 418 | 1 025 | 719 | -306 | 141 | 578 |
| F4 | Saldo Gestione Straordinaria | -3 704 | -2 334 | -2 800 | -3 259 | -2 517 | -3 139 | -622 | -1 390 | -1 749 |
| F | Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie | 5 354 | 7 364 | 6 316 | 5 311 | 5 883 | 5 172 | -711 | 7 228 | -2 056 |
| | | | | | | | | | | 0 |
| G | Risultato Economico (E-F) | -1 788 | -3 | -515 | 348 | 1 785 | -8 261 | -10 046 | -13 255 | 4 994 |
| | | | | | | | | | | 0 |
| H | Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA | 1 731 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | | | | | | | | | 0 |
| I | Risultato Economico con risorse aggiuntive LEA (G+H) | -57 | -3 | -515 | 348 | 1 785 | -8 261 | -10 046 | -13 255 | 4 994 |
| | | | | | | | | | | 0 |
| | | | | | | | | | | 0 |
| | | | | | | | | | | 0 |
| | DATO PER OBIETTIVI DIRETTORE GENERALE | 276 996.00 | 277 057.00 | 275 245.00 | 267 854.00 | 272 302.00 | 279 953.00 | | 279 484.09 | 468.91 |

Sub-obiettivo 2

VALORE OSSERVATO

Per quanto concerne la **Produzione**, nel 2018 si osserva un incremento complessivo del suo valore di +1.442.656€ rispetto all'atteso (produzione anno 2017 euro 72.808.118 vd. tabella sottostante).

**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

| Attività | Sede | Anno | | |
|-------------------------------------|------------|------------|------------|------------|
| | | Anno 2017 | Anno 2018 | Variazione |
| Attività di ricovero (*) | Vercelli | 32.288.119 | 33.617.159 | +1.329.039 |
| | Borgosesia | 12.348.312 | 12.824.796 | +476.484 |
| | ASL | 44.636.431 | 46.441.954 | +1.805.523 |
| Attività ambulatoriale | Vercelli | 17.695.455 | 18.117.815 | +422.360 |
| | Borgosesia | 6.787.024 | 6.820.557 | +33.533 |
| | ASL | 24.482.479 | 24.938.372 | +455.892 |
| Attività PS non seguita da ricovero | Vercelli | 2.423.095 | 2.611.720 | +188.625 |
| | Borgosesia | 1.266.112 | 1.404.827 | +138.715 |
| | ASL | 3.689.207 | 4.016.547 | +327.339 |
| TOTALE | Vercelli | 52.406.670 | 54.346.693 | +1.940.024 |
| | Borgosesia | 20.401.448 | 21.050.180 | +648.731 |
| | ASL | 72.808.118 | 75.396.873 | +2.588.755 |

(*) 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)

L'incremento risulta sia per l'attività di degenza che ambulatoriale ed è correlato in particolare allo sviluppo di attività strategiche o innovative quali la radiologia interventistica, attività di ortoinfettivologia, interventi chirurgici in regime ambulatoriale, attività di oculistica.

Per quanto riguarda l'attività di degenza, l'incremento di produzione a favore dei residenti e il conseguente recupero di mobilità passiva evidenzia un recupero di fiducia degli utenti. Inoltre, l'incremento anche a favore di residenti fuori ASL è indice positivo di maggior attrattività e migliore immagine dei presidi ospedalieri dell'azienda.

Nella tabella seguente sono riportati i dati di produzione, mobilità attiva e passiva per gli anni 2017 e 2018 sia in termini sia di casistica che di valore.

**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

| | | Presidio Vercelli | | | Presidio Borgosesia | | | ASL Vercelli | | |
|---------------------------------|----------------------------|-------------------|--------------|--------------|---------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|
| | | 2017 | 2018 | Scost | 2017 | 2018 | Scost | 2017 | 2018 | Scost |
| Casi | Produzione (*) | 10.211 | 10.542 | 3,2% | 4.747 | 4.818 | 1,5% | .958 | 15.360 | 2,7% |
| | di cui mobilità attiva | 2.526 | 2.706 | 7,1% | 1.047 | 989 | -5,5% | 3.573 | 3.695 | 3,4% |
| | di cui residenti ASL | 7.685 | 7.836 | 2,0% | 3.700 | 3.829 | 3,5% | 11.385 | 11.665 | 2,5% |
| | % produzione residenti | 75,3% | 74,3% | -1,2% | 77,9% | 79,5% | 2,0% | 76,1% | 75,9% | -0,2% |
| | Mobilità ASL | 11.384 | 11.376 | -0,1% | 11.384 | 11.376 | -0,1% | 11.384 | 11.376 | -0,1% |
| | Domanda residenti | 19.069 | 19.212 | 0,7% | 15.084 | 15.205 | 0,8% | 22.769 | 23.041 | 1,2% |
| | Grado copertura ASL | 40,3% | 40,8% | 1,2% | 24,5% | 25,2% | 2,7% | 50,0% | 50,6% | 1,2% |
| Grado copertura mobilità | 59,7% | 59,2% | -0,8% | 75,5% | 74,8% | -0,9% | 50,0% | 49,4% | -1,2% | |

| | | Presidio Vercelli | | | Presidio Borgosesia | | | ASL Vercelli | | |
|---------------------------------|----------------------------|-------------------|--------------|--------------|---------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|
| | | 2017 | 2018 | Scost | 2017 | 2018 | Scost | 2017 | 2018 | Scost |
| Valore | Produzione (*) | 32.288 | 33.617 | 4,1% | 12.348 | 12.825 | 3,9% | 44.636 | 46.442 | 4,0% |
| | di cui mobilità attiva | 7.984 | 8.871 | 11,1% | 2.188 | 2.232 | 2,0% | 10.172 | 11.102 | 9,1% |
| | di cui residenti ASL | 24.305 | 24.747 | 1,8% | 10.160 | 10.593 | 4,3% | 34.465 | 35.340 | 2,5% |
| | % produzione residenti | 75,3% | 73,6% | -2,2% | 82,3% | 82,6% | 0,4% | 77,2% | 76,1% | -1,4% |
| | Mobilità ASL | 47.918 | 48.015 | 0,2% | 47.918 | 48.015 | 0,2% | 47.918 | 48.015 | 0,2% |
| | Domanda residenti | 72.222 | 72.762 | 0,7% | 58.078 | 58.608 | 0,9% | 82.383 | 83.355 | 1,2% |
| | Grado copertura ASL | 33,7% | 34,0% | 1,1% | 17,5% | 18,1% | 3,3% | 41,8% | 42,4% | 1,3% |
| Grado copertura mobilità | 66,3% | 66,0% | -0,5% | 82,5% | 81,9% | -0,7% | 58,2% | 57,6% | -1,0% | |

LEGENDA

- A) % **PRODUZIONE PER RESIDENTI**: PRODUZIONE PER RESIDENTI ASL / PRODUZIONE TOTALE PRESIDIO
 B) **GRADO COPERTURA ASL**: PRODUZIONE PER RESIDENTI ASL / (PRODUZIONE RESIDENTI ASL + MOBILITA TOTALE)
 C) **GRADO COPERTURA MOBILITA**: MOBILITA' / (PRODUZIONE RESIDENTI ASL + MOBILITA TOTALE)

FONTE: FLUSSO SDO ASL E FLUSSO SDO MOBILITA'

**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 - ASL | |
|--|---|
| 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> <p>1. n. 32 progetti prevedono nuove realizzazioni nella tipologia di Case della Salute; 2. n. 34 progetti prevedono invece interventi di potenziamento, riconversione/riorganizzazione, sviluppo di esperienze organizzative oggi già esistenti.</p> <p>Nell'ambito dei progetti, nonché di successivo incontro regionale, le Direzioni ASL hanno previsto l'attivazione/potenziamento entro il 2017 di 44 CS delle restanti 22 nel corso del 2018.</p> |
| INDICATORI | <p>1. Numero strutture attivate e/o potenziate su numero strutture da attivare entro il 31.12.2018 come da determinazione regionale di validazione dei progetti.</p> <p>NB. 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.</p> <p>2. Presentazione relazione di attività e costi sostenuti per l'avvio e/o lo sviluppo delle CS nel 2018 entro il 31.01.2019, secondo lo schema-tipo regionale; primo monitoraggio degli indicatori di processo e di esito, come previsti dalla determinazione regionale di validazione dei progetti CS;</p> |
| FONTE DATI | Documentazione prodotta dalle Asl |
| VALORE DELL'OBIETTIVO | <p>1. Attivazione, entro il 31 dicembre 2018, del 100% delle CS come da cronoprogramma 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.</p> <p>2. Invio alla Regione entro i 10 gg. successivi a data di scadenza prevista (31.1.2019) delle Relazioni di attività e spesa, unitamente agli indicatori di processo e di esito.</p> |
| SCALA | <p>1. SI/NO (0-1) 2. SI/NO (0-1)</p> |
| TRACKING | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontri di monitoraggio obiettivi ▪ 31.12.2018 |
| PUNTEGGIO | <p>5/100 per le ASL "laboratorio" individuate per i progetti del PRC 8/100 per le restanti ASL</p> <p>Il punteggio complessivo dell'obiettivo si compone di 80% del punteggio per il primo indicatore e di 20% del punteggio per il secondo indicatore</p> |

OBIETTIVO RAGGIUNTO: SI (Autovalutazione 8/8 punti)**VALORE OSSERVATO****1. Numero strutture attivate e/o potenziate su numero strutture da attivare entro il 31.12.2018** come da determinazione regionale di validazione dei progetti.

Pagina 10

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



Con DD 881 del 17/12/2018, la delibera del Direttore Generale n. 1034 del 08/11/2017 contenente i progetti, il regolamento di funzionamento, i protocolli operativi relativi alle 5 Case della Salute sono stati validati e agli atti del settore competente dell'Assessorato alla Sanità – **Obiettivo Raggiunto.**

2. Presentazione relazione di attività e costi sostenuti per l'avvio e/o lo sviluppo delle CS nel 2018 entro il 31.01.2019, secondo lo schema-tipo regionale; primo monitoraggio degli indicatori di processo e di esito, come previsti dalla determinazione regionale di validazione dei progetti CS;

Trasmissione con Pec prot. 7536 del 08/02/2019 dell'All. D alla DD 438 del 30/06/2017 contenente tutti i dati richiesti al 31/12/2018 comprensivi anche dei dati relativi alle attività e ai costi. L'invio del primo monitoraggio di processo ed esito previsto dall'indicatore è stato posticipato al 1° semestre 2019 come previsto come previsto dalla DD 881 del 17/12/2018. – **Obiettivo Raggiunto.**

AZIONI INTRAPRESE

A seguito dell'attivazione di tutte le 5 Case della Salute previste dai progetti aziendali e validate dalla Regione Piemonte avvenuta il 1 dicembre 2017, nel corso dell'anno 2018 sono state implementate attività relative alle Cure Primarie, alla presa in carico della cronicità, alla specialistica ambulatoriale. Nel mese di Febbraio dell'anno 2018, l'ASL VC ha acquistato un gestionale che realizza un'integrazione reale del percorso di presa in carico e assistenza nei confronti del paziente fragile garantendo la definizione del Piano Assistenziale Individuale, finalizzato a rispondere ai bisogni di salute del singolo paziente.

Entro dicembre 2019, la soluzione informatica adottata consentirà la gestione e la rappresentazione dei *work flow* correlati ai PDTA nonché la tracciabilità delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie erogate all'assistito, collocato nella rispettiva classe di fragilità all'interno dei percorsi assistenziali.

È stato attivato in 4 Case della Salute lo Sportello Unico Socio Sanitario (SUSS), realizzato in cooperazione con gli Enti Gestori locali delle funzioni sociali, che rappresenta la porta unitaria di accesso all'articolato mondo dei servizi sociosanitari. Il SUSS è dedicato prioritariamente a quei soggetti non autosufficienti e alle loro famiglie (anziani non autosufficienti, minori e adulti affetti da patologie invalidanti che determinano notevoli limitazioni della loro autonomia).

È stato avviato un gruppo di lavoro aziendale coordinato dall'Osservatorio Epidemiologico - ASL Vercelli in collaborazione con Dipartimento di Medicina Traslationale dell'Università del Piemonte Orientale - che ha definito il modello di Infermieristica di Famiglia e Comunità, da applicare nelle Case della Salute dell'ASL VC, andando a identificare il ruolo dell'Infermiere di Famiglia e Comunità così declinato:

- ruolo di governo del processo di cura
- ruolo di gestione della prevenzione primaria



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

- ruolo di attivatore e facilitatore delle reti formali e informali e dei servizi
- ruolo di *case manager* incluse nei PDTA attivi
- ruolo generale di punto di riferimento alla cittadinanza della comunità presa in carico
- ruolo di prevenzione e promozione della salute

Sono state, inoltre, definite le attività dell'IFEC correlate ai ruoli sopraelencati.

A seguito della definizione dei ruoli e delle attività dell'IFEC, il 1 dicembre 2018 n.2 IFEC sono stati inseriti presso la Casa della Salute di Santhià. Tali figure collaboreranno strettamente con i MMG per la presa in carico dei pazienti "fragili", garantendo interventi personalizzati nel rispetto dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali e azioni pro-attive svolgendo un ruolo di prevenzione e promozione della salute.

Il riconoscimento del Gruppo Cure Primarie Misto composto da n.7 MMG e n.2 PLS da parte della Regione Piemonte presso la Casa della Salute di Santhià, ha comportato la sostituzione dei loro gestionali con un gestionale comune e con utilizzo della stessa cartella clinica informatizzata a partire da settembre 2018.

Nel mese di Dicembre 2018 i Medici della Casa della Salute di Santhià, hanno concluso la formazione sul gestionale e condividono le informazioni sanitarie degli assistiti.

Nel corso dell'anno 2018 sono stati inseriti 3 MMG presso la Casa della Salute di Gattinara che si aggiungono ai 2 MMG e ai 2 PLS già presenti alla data di attivazione del 1 dicembre 2017.

Il progetto di completamento del Progetto di riordino della rete ambulatoriale dell'ASL VC coerente con le scelte strategiche del superiore livello regionale che ha confermato il rafforzamento dei presidi territoriali aziendali nell'ambito della Rete delle Case della Salute, è da ritenersi concluso al 31/12/2018 con la macro-allocazione dei punti di erogazione ambulatoriali coincidenti con le Case della Salute a cui si aggiungono le 2 sedi ospedaliere.

La tabella successiva che si limita ad esporre i dati della specialistica per esterni, mostra un aumento dei volumi di attività, nonostante la forte contrazione del personale specialistico di radiologia.

**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

SPECIALISTICA AMBULATORIALE PER ESTERNI (modalità C) - dettaglio sedi Totale Anno

| | >>>>>CASE DELLA SALUTE<<<<< | | | | | | | | | |
|----------------------------|-----------------------------|------------------|---------------|------------------|---------------|------------|----------------------|---------------|----|------|
| | 2017 | | 2018 | | Scostamento % | | Scostamento assoluto | | | |
| | N° | Val. | N° | Val. | N° | Val. | N° | Val. | N° | Val. |
| SEDE DI SANTHIA : | | | | | | | | | | |
| Laboratorio | 675 | 1 844 | 813 | 2 207 | +20% | +20% | 138 | 363 | | |
| Anatomia patologica | - | - | - | - | == | == | - | - | | |
| Radiologia | 5 639 | 119 781 | 4 731 | 122 545 | -16% | +2% | 908 | 2 764 | | |
| Specialistica | 46 766 | 1 356 951 | 48 977 | 1 419 474 | +5% | +5% | 2 211 | 62 524 | | |
| Interventi Ambulatoriali | - | - | - | - | == | == | - | - | | |
| Totale Santhia | 53 080 | 1 478 575 | 54 521 | 1 544 226 | +3% | +4% | 1 441 | 65 650 | | |
| SEDE DI CIGLIANO : | | | | | | | | | | |
| Laboratorio | - | - | - | - | == | == | - | - | | |
| Anatomia patologica | 2 | 28 | - | - | -100% | -100% | 2 | 28 | | |
| Radiologia | 5 | 31 | 5 | 31 | +0% | +0% | - | - | | |
| Specialistica | 4 014 | 66 878 | 3 988 | 65 505 | -1% | -2% | 26 | 1 374 | | |
| Interventi Ambulatoriali | - | - | - | - | == | == | - | - | | |
| Totale Cigliano | 4 021 | 66 938 | 3 993 | 65 536 | -1% | -2% | 28 | 1 402 | | |
| SEDE DI VARALLO : | | | | | | | | | | |
| Laboratorio | 65 | 202 | 34 | 105 | -48% | -48% | 31 | 97 | | |
| Anatomia patologica | - | - | - | - | == | == | - | - | | |
| Radiologia | 147 | 5 897 | 123 | 4 904 | -16% | -17% | 24 | 993 | | |
| Specialistica | 9 184 | 206 774 | 9 398 | 216 961 | +2% | +5% | 214 | 10 187 | | |
| Interventi Ambulatoriali | - | - | - | - | == | == | - | - | | |
| Totale Varallo | 9 396 | 212 873 | 9 555 | 221 970 | +2% | +4% | 159 | 9 098 | | |
| SEDE DI COGGIOLA : | | | | | | | | | | |
| Laboratorio | 6 | 25 | 11 | 45 | +83% | +83% | 5 | 21 | | |
| Anatomia patologica | - | - | - | - | == | == | - | - | | |
| Radiologia | 62 | 2 616 | 49 | 2 052 | -21% | -22% | 13 | 564 | | |
| Specialistica | 1 237 | 21 961 | 1 289 | 22 345 | +4% | +2% | 52 | 384 | | |
| Interventi Ambulatoriali | - | - | - | - | == | == | - | - | | |
| Totale Coggiola | 1 305 | 24 602 | 1 349 | 24 443 | +3% | -1% | 44 | 159 | | |
| SEDE DI GATTINARA : | | | | | | | | | | |
| Laboratorio | 1 037 | 2 782 | 964 | 2 604 | -7% | -6% | 73 | 177 | | |
| Anatomia patologica | - | - | - | - | == | == | - | - | | |
| Radiologia | 6 997 | 171 221 | 5 544 | 152 893 | -21% | -11% | 1 453 | 18 328 | | |
| Specialistica | 50 814 | 1 710 428 | 51 581 | 1 732 802 | +2% | +1% | 767 | 22 374 | | |
| Interventi Ambulatoriali | - | - | - | - | == | == | - | - | | |
| Totale Gattinara | 58 848 | 1 884 430 | 58 089 | 1 888 299 | -1% | +0% | 759 | 3 869 | | |

Tabella 1. Ob.2.1 Attività Case delle Salute 2017-2018

**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

| OBIETTIVO 2.2 Linee di indirizzo del Piano Regionale Cronicità ASL; AO; AOU | |
|--|--|
| SETTORE REFERENTE | Assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale |
| DESCRIZIONE | <p>La Regione Piemonte vede tra i suoi obiettivi prioritari il recepimento del PNC – Piano Nazionale Cronicità a livello regionale che, armonicamente rispetto a quanto previsto dalla cornice normativa vigente (DM70/2015; L189/2012, Nuovo Patto per la Salute e Nuovi LEA), si prefigge di rispondere ai seguenti obiettivi,</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Collegare la prevenzione con le cure primarie ▪ Integrare sociale e sanitario ▪ Abilitare il lavoro in team ▪ Aumentare la domiciliarizzazione ▪ Empowerment, risultati di salute e contrasto alle disuguaglianze ▪ Dare valore a chi produce valore: accessibilità, continuità, completezza, aderenza, coordinazione, tempestività. <p>Muovendo dalle metodologie proprie della “clinical governance” e dai principi della “learning organization”, la nuova programmazione sarà sviluppata a partire dal lavoro realizzato all’interno dello specifico Programma Formativo: dalle comunità di pratica individuate nell’ambito delle Aziende laboratorio e dai gruppi di lavoro multiprofilo guidati da un Core team regionale. I gruppi di lavoro multiprofilo svilupperanno i contributi di pianificazione a corredo della stesura dei progetti aziendali delle Comunità di pratica su temi specificatamente individuati all’interno di quattro macroaree (stratificazione, infrastrutture, regole, capitale sociale) e sviluppati dalle quattro ASL Laboratorio individuate dalla Regione (Città di Torino; CN1; VCO; TO3).</p> <p>Pertanto, alle Direzioni di ASR è attribuito l’obiettivo di favorire e di realizzare quanto presentato, secondo una logica di sinergia che veda la partecipazione attiva dei professionisti e del territorio al Programma Formativo e sperimentale.</p> |
| INDICATORI | <p>Per le ASL “Laboratorio”:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Costituzione della Comunità di pratica e partecipazione agli incontri formativi dei professionisti individuati nella Comunità di pratica. 2. Produzione del progetto aziendale sui temi chiave assegnati. <p>Per le altre ASL; AO; AOU:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pubblicazione aggiornata, rispetto alle comunicazioni della Direzione Sanità nel merito, della <i>call to action</i> dei professionisti nella bacheca online dei dipendenti e di ogni aggiornamento richiesto dal Core group regionale. 2. Partecipazione agli incontri formativi e informativi dei professionisti promossi dalla Direzione Sanità |
| FONTI DATI | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Documentazione aziendale e regionale ▪ Snapshot che dimostrino il costante aggiornamento della bacheca web e la diffusione della <i>call to action</i> a livello aziendale |
| VALORE DELL’OBIETTIVO | <p>Per le ASL “Laboratorio”:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ≥ 85% 2. Progetto prodotto <p>Per le altre ASL; AO; AOU:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 100% 2. ≥ 85% |
| SCALA | <p>Per le ASL “Laboratorio”:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SI/NO 2. SI/NO <p>Per le altre ASL; AO; AOU:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SI/NO 2. SI/NO |
| TRACKING | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontri di monitoraggio obiettivi ▪ 31.12.2018 |
| PUNTEGGIO | <p>5/100 per le ASL “laboratorio” individuate per i progetti del PRC 2/100 per le restanti ASL; AO; AOU;</p> <p>Il punteggio complessivo dell’obiettivo si compone di 80% del punteggio per il primo indicatore e di 20% del punteggio per il secondo indicatore</p> |
| NOTE | |



A.S.L. VC

Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284

www.aslvc.piemonte.it

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

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

OBIETTIVO RAGGIUNTO: SI (Autovalutazione 2/2 punti)

VALORE OSSERVATO

Pubblicazione aggiornata, rispetto alle comunicazioni della Direzione Sanità nel merito, della *call to action* dei professionisti nella bacheca online dei dipendenti e di ogni aggiornamento richiesto dal Core group regionale.

AZIONI INTRAPRESE

Partecipazione agli incontri formativi e informativi dei professionisti promossi dalla Direzione Sanità: L'ASL VC ha partecipato a tutti gli incontri programmati dalla Regione, per l'anno 2018.

- Seminario su Piano Cronicità a Torino il 12 marzo 2018
- 1° incontro su Piano Cronicità regionale a Torino il 19 aprile 2018
- 2° incontro su Piano Cronicità regionale a Torino il 26 giugno 2018



| OBIETTIVO 3.1 Tempi di attesa Ricoveri – ASL; AO; AOU | |
|--|--|
| SETTORE REFERENTE | Assistenza specialistica e ospedaliera |
| DESCRIZIONE | <p>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 30gg) e B (max 60gg) 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. Per l'annualità 2018 le procedure oggetto di monitoraggio sono integrate con i codici previsti dal PNE secondo la tabella allegata.</p> <p>Di seguito si elencano le procedure oggetto dell'obiettivo (cfr. Tabella di riferimento):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ interventi chirurgici tumore mammella ▪ interventi chirurgici tumore prostata ▪ interventi chirurgici tumore colon ▪ interventi chirurgici tumore retto ▪ interventi chirurgici tumori dell'utero ▪ by-pass aortocoronarico ▪ angioplastica coronarica (PTCA) ▪ endoarteriectomia carotidea ▪ intervento protesi d'anca ▪ interventi chirurgici tumore del polmone <p>Con riferimento alle procedure elencate riferite all'area oncologica, si esplicita che:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la classe di priorità deve essere fornita dal CAS nel momento in cui viene posta l'indicazione all'intervento chirurgico. • a seguito della prima visita/prestazione effettuata per un sospetto diagnostico, e pertanto garantita secondo le priorità previste dalla normativa nazionale e regionale in materia, nel caso in cui venga confermata la consistenza del sospetto dovrà essere garantito, nel rispetto della libera scelta dell'utente, l'avvio di un percorso diagnostico e terapeutico (PDT) del paziente che dovrà essere completato entro i tempi massimi di attesa previsti per almeno il 90% dei casi. <p>Si rappresenta inoltre che la Regione procederà al monitoraggio dei tempi di attesa dei Percorsi Diagnostico Terapeutici secondo la metodologia del PNGLA relativamente alle seguenti patologie: tumore Mammella; tumore Colon Retto; tumore del Polmone.</p> |
| INDICATORE | <ol style="list-style-type: none"> 1. Per tipologia di intervento con codice di priorità A: N° interventi effettuati entro 30 gg/N° totale interventi effettuati nel 2018 2. Per tipo di intervento con codice di priorità B: N° interventi effettuati entro 60 gg/N° totale interventi effettuati nel 2018 |
| VALORE DELL'OBIETTIVO | <ol style="list-style-type: none"> 1. ≥ 90% per singola tipologia di intervento con codice di priorità A 2. ≥ 90% per singola tipologia di intervento con codice di priorità B |
| FONTE DATI | Flusso SDO 2018 |
| SCALA | Ogni singola tipologia d'intervento che ha raggiunto il valore obiettivo comporta l'assegnazione di 1/n del punteggio complessivo dell'obiettivo. |
| TRAKING | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontri di monitoraggio obiettivi ▪ 31.12.2018 |
| PUNTEGGIO | 5/100 ASL 8/100 AO/AOU |
| NOTE | |

**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 – Codici di riferimento delle diagnosi e delle procedure oggetto di monitoraggio e valutazione

| | | | | |
|------------|--|---|---|--------------------------------------|
| 49 | interventi chirurgici tumore mammella | 174*; 2330; 19881 | 852*; 854*; 8533;8534;8535;8536 | |
| 50 | interventi chirurgici tumore prostata | 185; 19882 | 603;604;605;6061;6062;6069;6029;6096;6097 | |
| 51c | interventi chirurgici tumore colon | 153*; 1975 | 457*; 459*; 461*; 485;4603;4604 | 4849;485; 486* |
| 51r | interventi chirurgici tumore retto | 154*; 1975 | 486*; 4849; 485 | 457*; 459*; 461*; 458; 4603; 4604 |
| 52 | interventi chirurgici tumori dell'utero | 179;1986;19882; 180*; 182*; 183*; 184* | 683*; 684*; 685*; 686*; 687*; 688 e 689; | |
| 53 | by-pass aortocoronarico | | 361* | |
| 54 | angioplastica coronarica (PTCA) | | 0066;3601;3602;3605;3606;3607 3609 | |
| 55 | endoarteriectomia carotidea | | 3810;3811;3812 | |
| 56 | intervento protesi d'anca | | 0070;0071;0072;0073;0085;0086;0087;8151; 8152;8153 | |
| 57 | interventi chirurgici tumore del polmone | 162*; 1970 | 323*; 324*; 325*; 326*; 329*; 3229 | |



OBIETTIVO RAGGIUNTO: Parziale (autovalutazione 4/5 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 | 100% | 70 | - | |
| 50 - Tumori prostata | 95% | 40 | 25% | 4 |
| 51 C -Tumore colon | 96% | 50 | 100% | 1 |
| 51 R -Tumore retto | 94% | 16 | - | |
| 52 -Tumore utero | 96% | 27 | - | |
| 53 - Bypass aortocoronarico | - | NE | - | NE |
| 54 - Angioplastica coronarica | 100% | 163 | 100% | 56 |
| 55 - Endoarteriectomia carotidea | - | NE | - | NE |
| 56 - Protesi dell'anca | 100% | 22 | 41% | 41 |
| 57 - Tumore polmone | - | NE | - | NE |
| Totale (atteso ≥90%) | 98% | | 74% | |
| N° interventi erogati entro i tempi di attesa raggiunte | 7 | | 2 | |
| N° interventi monitorati | 10 | | 10 | |
| N° interventi eseguiti presso l'ASL VC | 7 | | 4 | |

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, come nel caso dell'urologia che ha la disponibilità di sala rispettivamente 3 giorni alla settimana, ovvero, nel caso della ortopedia, la grande quantità di casi traumatologici trattati può aver influito in un lieve ritardo nei casi a priorità B;
- in ogni caso la performance dell'anno 2018 è nettamente migliore rispetto all'anno 2017, raggiungendo il 100% per i casi a priorità A.

AZIONI INTRAPRESE

Dal mese di novembre 2017, è stato implementato un nuovo modello di gestione dei pericoveri 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.



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

Sono state implementate azioni di revisione dei tempi connessi alla attuazione dei PDTA interaziendali, nonché uno stretto monitoraggio con feedback al Direttore della SC Oncologia, in qualità di referente per i percorsi oncologici, dei casi di tumore Mammella e tumore Colon Retto trattati chirurgicamente.

Dalle azioni predette è scaturito il miglioramento del rispetto dei tempi di attesa dell'anno 2018 e dalle quali ci si attende un ulteriore miglioramento nel corso dell'anno 2019.

**OBIETTIVO 3.2 Tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali - ASL; AO; AOU**

| | |
|------------------------------|---|
| SETTORE REFERENTE | Assistenza specialistica e ospedaliera |
| DESCRIZIONE | <p>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.</p> <p>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.</p> <p>L'obiettivo si compone di tre sub-obiettivi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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): <ul style="list-style-type: none"> 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/AOU l'obiettivo è da intendersi nella prospettiva della produzione. Percorsi di follow up. Stante l'implementazione del flusso DEM, sarà oggetto di valutazione l'evidenza di almeno 5 percorsi di follow-up per i quali lo specialista svolga le fasi di prescrizione, prenotazione (presa in carico) ed erogazione della prestazione. <p>Ai fini del sub-obiettivo sono prese in considerazione 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. <p>Il miglioramento previsto dall'obiettivo si intende ad invarianza delle risorse economiche assegnate con D.G.R. n. 113 – 6305 del 22 Dicembre 2017 e s.m.i.</p> <p>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.</p> |
| INDICATORE | <ol style="list-style-type: none"> $1. \quad \sum \frac{(\text{data prenotazione} - \text{data erogazione})}{\text{N}^\circ \text{ prestazioni}}$ prescrizione, prenotazione (presa in carico) e erogazione del follow-up a cura dello specialista su percorsi identificati dall'Azienda. |
| VALORE DELL'OBIETTIVO | <ol style="list-style-type: none"> Cfr. tabella seguente evidenza di almeno (>=) 5 percorsi di follow-up implementati |
| FONTE DATI | <ol style="list-style-type: none"> Flusso C Documentazione aziendale e/o visite on site |
| SCALA | <ol style="list-style-type: none"> 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% (escluse RM e TC). Ognuna delle N prestazioni oggetto di monitoraggio pesa 1/N del relativo punteggio. SI/NO |

**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

| | |
|-----------|--|
| TRACKING | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontri di monitoraggio obiettivi ▪ 31.12.2018 |
| PUNTEGGIO | <ol style="list-style-type: none"> 1. 10/100 2. 2/100 |
| NOTE | |

| DESCRIZIONE PRESTAZIONE | CODICE | BRANCA | STANDARD REGIONALE INDICE DI PERFORMANCE IN GIORNATE |
|---|---|--------|---|
| VISITA CARDIOLOGIA | 89.7 | 08 | 30 |
| VISITA CHIRURGIA VASCOLARE | 89.7 | 14 | 30 |
| VISITA ENDOCRINOLOGICA | 89.7 | 19 | 30 |
| VISITA NEUROLOGICA | 89.13 | 32 | 30 |
| VISITA OCULISTICA | 95.02 | 34 | 30 |
| VISITA ORTOPEDICA | 89.7 | 36 | 30 |
| VISITA GINECOLOGICA | 89.26 | 37 | 30 |
| VISITA OTORINOLARINGOIATRICA | 89.7 | 38 | 30 |
| VISITA UROLOGICA | 89.7 | 43 | 30 |
| VISITA DERMATOLOGICA | 89.7 | 52 | 30 |
| VISITA FISIATRICA | 89.7 | 56 | 30 |
| VISITA GASTROENTEROLOGICA | 89.7 | 58 | 30 |
| VISITA PNEUMOLOGICA | 89.7 | 68 | 30 |
| MAMMOGRAFIA | 87.37.1; 87.37.2 | | 40 |
| TC SENZA E CON CONTRASTO TORACE | 87.41; 87.41.1 | | 30 |
| TC SENZA E CON CONTRASTO ADDOME (COMPLETO; INFERIORE, SUPERIORE) | 88.01.6; 88.01.5; 88.01.4; 88.01.3; 88.01.2; 88.01.1 | | 30 |
| TC SENZA E CON CONTRASTO CAPO | 87.03; 87.03.1 | | 30 |
| TC SENZA E CON CONTRASTO RACHIDE E SPECO VERTEBRALE | 88.38.2; 88.38.1 | | 30 |
| TC SENZA E CON CONTRASTO BACINO | 88.38.5 | | 30 |
| RMN CERVELLO E TRONCO ENCEFALICO | 88.91.1; 88.91.2 | | 30 |
| RMN PELVI, PROSTATA E VESCICA | 88.95.4; 88.95.5 | | 30 |
| RMN MUSCOLOSCELETRICA | 88.94.1; 88.94.2; 88.94.A; 88.94.B | | 30 |
| RMN COLONNA VERTEBRALE | 88.93; 88.93.1 | | 30 |
| ECOGRAFIA CAPO E COLLO | 88.71.4 | | 40 |
| ECOCOLORDOPPLER CARDIACA | 88.72.6 | | 40 |
| ECOCOLORDOPPLER DEI TRONCHI SOVRA AORTICI | 88.73.5 | | 40 |
| ECOCOLORDOPPLER DEI VASI PERIFERICI | 88.77.2 | | 30 |
| ECOGRAFIA ADDOME | 88.74.1; 88.75.1; 88.76.1 | | 30 |
| ECOGRAFIA MAMMELLA | 88.73.1; 88.73.2 | | 30 |
| ECOGRAFIA OSTETRICA-GINECOLOGICA | 88.78; 88.78.2 | | 11 |

Pagina 21

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



| | | |
|--|--|----|
| COLONSCOPIA | 45.23; 45.23.1;45.25; 45.42 | 30 |
| SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE | 45.24 | 30 |
| ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA | 45.13; 45.16 | 30 |
| ELETTROCARDIOGRAMMA | 89.52 | 30 |
| ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (HOLTER) | 89.50 | 40 |
| ELETTROCARDIOGRAMMA DA SFORZO | 89.41; 89.43 | 40 |
| AUDIOMETRIA | 95.41.1 | 30 |
| SPIROMETRIA | 89.37.1; 89.37.2 | 40 |
| FONDO OCULARE | 95.09.1 | 60 |
| ELETTROMIOGRAFIA | 93.08.1; 93.08.2; 93.08.3; 93.08.4; 93.08.5; 93.08.6; 93.08.7; 93.08.8; 93.08.A; 93.08.B; 93.08.C; 93.09.1; 93.09.2 | 30 |

OBIETTIVO RAGGIUNTO: parziale (autovalutazione 10/12 punti)

Indicatore 1: adeguamento del tempo medio di attesa

VALORE OSSERVATO

ANNO 2018

1. Tempi di attesa

Nell'ambito delle n. 40 prestazioni oggetto di monitoraggio, l'analisi dei dati interni relativi all'anno 2018 evidenzia quanto segue:

- i tempi di attesa sono soddisfatti per 32 delle 40 prestazioni, pari al 80% delle prestazioni monitorate (vs. 85% nel 2017);
- 8 prestazioni presentano un tempo di attesa superiore allo standard (vs. 6 prestazioni nel 2017) 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 3 tipologie di visite (oculistica, endocrinologia, neurologica) e 5 tipologie di prestazioni diagnostiche (mammografia, ecografia capo e collo, ecografia addome, ecografia mammella, peraltro per questa ultima di soli 0,8 giorni, audiometria). 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.

Si segnala il rientro nello standard del tempo di attesa per colonscopia con un incremento di produzione pari al 27%.

**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

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.

Tab.1 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'

| Monitoraggio tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali Anno | | | | | | | | |
|--|-----------------------------|-----------|-----------|------------------|-----------|------------------|------------|------|
| Descrizione prestazione | Standard DGR 26- 6421 | Anno 2015 | Anno 2017 | | Anno 2018 | | Scost 2015 | |
| | | Num | Num | Giorni Attesa | Num | Giorni Attesa | Num | % |
| visita cardiologia | 30 | 8 039 | 7 312 | 24,6 | 7 186 | 16,3 | - 853 | -11% |
| visita chirurgia vascolare | 30 | 1 055 | 915 | 9,0 | 869 | 13,6 | - 186 | -18% |
| visita endocrinologica | 30 | 2 207 | 1 319 | 40,8 | 1 315 | 41,9 | - 892 | -40% |
| visita neurologica | 30 | 3 312 | 3 480 | 28,4 | 3 203 | 34,3 | - 109 | -3% |
| visita oculistica | 30 | 9 867 | 8 052 | 39,9 | 7 949 | 32,1 | - 1 918 | -19% |
| visita ortopedica | 30 | 7 122 | 7 115 | 28,5 | 7 175 | 26,1 | 53 | 1% |
| visita ginecologica | 30 | 6 454 | 5 655 | 20,4 | 5 372 | 17,2 | - 1 082 | -17% |
| visita otorinolaringoiatrica | 30 | 7 555 | 6 585 | 18,7 | 6 233 | 20,1 | - 1 322 | -17% |
| visita urologica | 30 | 4 079 | 3 371 | 20,1 | 3 410 | 17,9 | - 669 | -16% |
| visita dermatologica | 30 | 9 655 | 8 626 | 28,6 | 8 561 | 29,9 | - 1 094 | -11% |
| visita fisiatrica | 30 | 10 366 | 9 067 | 22,9 | 8 686 | 23,4 | - 1 680 | -16% |
| visita gastroenterologica | 30 | 1 682 | 1 834 | 21,3 | 1 697 | 24,1 | 15 | 1% |
| visita pneumologica | 30 | 2 682 | 2 748 | 26,6 | 2 865 | 22,0 | 183 | 7% |
| Mammografia | 40 | 1 693 | 1 262 | 54,9 | 1 296 | 50,7 | - 397 | -23% |
| TC senza e con contrasto Torace | 30 | 2 669 | 3 241 | 25,1 | 3 726 | 29,1 | 1 057 | 40% |
| TC senza e con contrasto Addome | 30 | 2 958 | 3 155 | 23,3 | 3 475 | 25,6 | 517 | 17% |
| TC senza e con contrasto capo | 30 | 1 757 | 1 712 | 22,2 | 1 902 | 21,8 | 145 | 8% |
| TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale | 30 | 681 | 733 | 10,9 | 752 | 17,1 | 71 | 10% |
| TC del bacino | 30 | 148 | 177 | 14,3 | 176 | 18,0 | 28 | 19% |
| RMN Cervello e tronco encefalico | 30 | 1 898 | 1 764 | 19,2 | 1 880 | 26,0 | - 18 | -1% |
| RMN pelvi, prostata e vescica | | 163 | 197 | 24,5 | 317 | 28,5 | 154 | 94% |

Pagina 23

**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

| | | | | | | | | |
|--|----|--------|--------|------|--------|------|---------|------|
| | 30 | | | | | | | |
| RMN Muscoloscheletrica | 30 | 4 091 | 3 251 | 11,0 | 3 561 | 14,1 | - 530 | -13% |
| RMN Colonna vertebrale | 30 | 3 922 | 3 659 | 11,7 | 4 108 | 17,3 | 186 | 5% |
| Ecografia capo e collo | 40 | 4 993 | 4 380 | 40,8 | 4 715 | 43,0 | - 278 | -6% |
| Ecocolordoppler cardiaca | 40 | 6 560 | 6 926 | 38,4 | 7 507 | 37,5 | 947 | 14% |
| Ecocolordoppler tronchi sovraortici | 40 | 7 374 | 6 871 | 32,6 | 6 590 | 33,7 | - 784 | -11% |
| Ecocolordoppler dei vasi periferici | 30 | 8 396 | 7 825 | 11,9 | 8 120 | 17,1 | - 276 | -3% |
| Ecografia addome | 30 | 10 221 | 9 159 | 28,6 | 8 600 | 31,9 | - 1 621 | -16% |
| Ecografia Mammella | 30 | 2 587 | 2 122 | 29,7 | 2 508 | 30,8 | - 79 | -3% |
| Ecografia Ostetrico-Ginecologica | 11 | 2 760 | 2 698 | 1,6 | 2 383 | 0,9 | - 377 | -14% |
| Colonscopia | 30 | 4 314 | 4 939 | 33,2 | 5 459 | 24,6 | 1 145 | 27% |
| Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile | 30 | 214 | 149 | 22,3 | 187 | 19,9 | - 27 | -13% |
| Esofagogastroduodenoscopia | 30 | 1 993 | 1 913 | 27,6 | 1 986 | 26,5 | - 7 | 0% |
| Elettrocardiogramma - | 30 | 17 564 | 15 745 | 23,8 | 15 708 | 20,3 | - 1 856 | -11% |
| Elettrocardiogramma dinamico (holter) | 40 | 3 004 | 2 762 | 28,6 | 3 102 | 32,1 | 98 | 3% |
| Elettrocardiogramma da sforzo | 40 | 2 360 | 2 110 | 40,0 | 2 394 | 32,7 | 34 | 1% |
| Audiometria | 30 | 2 166 | 1 876 | 52,1 | 2 666 | 49,8 | 500 | 23% |
| Spirometria | 40 | 2 809 | 2 421 | 35,1 | 2 848 | 38,5 | 39 | 1% |
| Fondo oculare | 60 | 2 527 | 1 974 | 43,5 | 1 923 | 43,3 | - 604 | -24% |
| Elettromiografia | 30 | 14 424 | 12 054 | 3,2 | 8 227 | 6,6 | - 6 197 | -43% |

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: 41.9 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 Neurologica** (criticità: 34.3 giorni di attesa vs. standard di 30 giorni). Nel corso dell'anno 2018 l'allungamento del tempo di attesa è prevalentemente dovuto alla



mancata/ridotta offerta presso la sede di Borgosesia, a seguito di importanti problematiche di acquisizione delle risorse umane necessarie.

- 3. Visita Oculistica** (criticità: 32.1 giorni di attesa vs. standard di 30 giorni). Nel corso dell'anno 2018 sono state ricoperte 24 delle 36 ore settimanali di specialista convenzionata necessarie e pubblicate, che hanno determinato una riduzione del tempo di attesa rispetto all'anno 2017 pur non raggiungendo ancora lo standard.

Occorre sottolineare, tuttavia, che nell'ambito delle prestazioni indicate come "fuori standard" e descritte in tab. 2, alcune, monitorate al 31.12.2018, soddisfano pienamente gli standard predefiniti, riducendo lo scostamento in corso d'anno.

Nell'ambito delle 27 PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE monitorate, è stato rilevato uno scostamento dallo standard riguardante i tempi di attesa per 5 prestazioni:

- 1. Mammografia** (criticità: 50,7 giorni di attesa vs. standard di 40 giorni).
- 2. Diagnostica ecografica del capo e del collo** (criticità: 43 giorni di attesa vs. standard di 40 giorni).
- 3. Ecografia addome** (criticità: 31.9 giorni di attesa vs. standard di 30 giorni).
- 4. Ecografia mammella** (criticità: 30.8 giorni di attesa vs. standard di 30 giorni).

Nel corso dell'anno 2018 l'Azienda ha riscontrato importanti problematiche di acquisizione delle risorse umane necessarie, nonostante le azioni messe in campo (concorsi ecc..).

- 5. Esame audiometrico tonale** (criticità: 49.8 giorni di attesa vs. standard di 30 giorni). Nel corso dell'anno 2018, superata la criticità del tecnico audiometrista a marzo, l'attività è stata erogata regolarmente con implementazione della produzione pari a +23% rispetto all'anno 2015.

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, ha proseguito le azioni di miglioramento sia relative all'offerta che alla domanda:

- 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;



P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

- 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.

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.

Tab2.Obiettivo 3.2

| Monitoraggio tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali Anno 2018 e dicembre 2018 | | | | | | | | | | | |
|--|----------------------|-----------|---------------|-----------|---------------|-----------|---------------|------------|------|---------------|---------------|
| Descrizione prestazione | Standard DGR 26-6421 | Anno 2015 | | Anno 2017 | | Anno 2018 | | Scost 2015 | | Dicembre 2018 | |
| | | Num | Giorni Attesa | Num | Giorni Attesa | Num | Giorni Attesa | Num | % | Num | Giorni Attesa |
| visita endocrinologica | 30 | 2 207 | 40,8 | 1 319 | 40,8 | 1 315 | 41,9 | - 892 | -40% | 106 | 17,1 |
| visita neurologica | 30 | 3 312 | 28,4 | 3 480 | 28,4 | 3 203 | 34,3 | - 109 | -3% | 224 | 34,0 |
| visita oculistica | 30 | 9 867 | 39,9 | 8 052 | 39,9 | 7 949 | 32,1 | - 1 918 | -19% | 582 | 28,9 |
| Mammografia | 40 | 1 693 | 54,9 | 1 262 | 54,9 | 1 296 | 50,7 | - 397 | -23% | 132 | 23,2 |
| Ecografia capo e collo | 40 | 4 993 | 40,8 | 4 380 | 40,8 | 4 715 | 43,0 | - 278 | -6% | 402 | 42,8 |
| Ecografia addome | 30 | 10 221 | 28,6 | 9 159 | 28,6 | 8 600 | 31,9 | - 1 621 | -16% | 693 | 31,1 |
| Ecografia Mammella | 30 | 2 587 | 29,7 | 2 122 | 29,7 | 2 508 | 30,8 | - 79 | -3% | 170 | 21,3 |
| Audiometria | 30 | 2 166 | 52,1 | 1 876 | 52,1 | 2 666 | 49,8 | 500 | 23% | 185 | 20,0 |

Indicatore 2: prescrizione, prenotazione (presa in carico) ed erogazione del follow-up a cura dello specialista su percorsi identificati dall’Azienda

AZIONE INTRAPRESE

In ottemperanza a quanto previsto dalle normative Regionali, sono stati individuati n. 5 percorsi di follow-up per i quali lo Specialista svolge le fasi di prescrizione presa in carico ed erogazione della prestazione.

I n. 5 percorsi attivati hanno tenuto conto della rilevanza Aziendale, sia in termini numerici che di obiettivi strategici e sono:



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

1. percorso Ortoinfettivologico
2. percorso Sclerosi Multipla
3. percorso Sindrome Coronarica Acuta
4. percorso Scompenso Cardiaco
5. percorso Fisioterapico con disabilità 2

I percorsi sono finalizzati alla presa in carico dei pazienti, sia all'atto delle dimissioni ospedaliere che a seguito di prestazioni ambulatoriali.

**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 DEA/PS - ASL AO; AOU | |
|---|--|
| 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. 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 consolidare un percorso di monitoraggio, valutazione e revisione delle modalità di gestione dei DEA/PS, e dei processi organizzativi correlati al DEA/PS (boarding da parte delle Unità Organizzative ospedaliere; percorsi di dimissione; presa in carico territoriale), 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> <p>Tale obiettivo si colloca altresì nel percorso di adeguamento della normativa regionale rispetto agli indirizzi in materia formulati dalla Commissione Emergenza Urgenza presso il Ministero della Salute e ad oggi in corso di approvazione da parte della Conferenza delle Regioni.</p> |
| INDICATORE | <p>Tempo medio di permanenza in PS:</p> $\frac{\text{(data/ora di dimissione dal PS – data/ora di accesso al PS)}}{\text{N° di accessi in PS}}$ <p>Sono esclusi dalla selezione i giunti cadavere.</p> |
| 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 2018 tra valore di partenza (dato anno 2017) e target regionale (valore obiettivo).</p> <p>Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è maggiore del 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>Qualora, nello specifico presidio sede di DEA/PS, la percentuale annuale di pazienti OBI sul totale degli accessi in DEA/PS del presidio stesso sia compresa tra il 5% e il 10%, il tempo di OBI sarà scorporato dalla valutazione del singolo presidio che presenta tale risultato.</p> |
| TRACKING | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontri di monitoraggio obiettivi ▪ 31.12.2018 |
| PUNTEGGIO | ASL 5/100 AO/AOU 6/100 |



| | |
|-------------------------------|---|
| 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>Ai fini del computo delle appropriate tempistiche di OBI sarà considerata la compilazione dei seguenti campi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 119.0 Data inizio OBI ▪ 120.0 Ora inizio OBI ▪ 121.0 Data indicazione al ricovero/dimissione ▪ 122.0 Ora indicazione al ricovero/dimissione |
| RIFERIMENTI PRINCIPALI | <p>Ministero della Salute. Progetto Mattoni SSN - Pronto Soccorso e sistema 118: Milestone 1.2.2 - Analisi dell'attività, descrizione dell'offerta, valutazioni di esito e di appropriatezza.2007.</p> <p>DD 885 del 23 dicembre 2016, All. 2 "flusso informativo specialistica ambulatoriale e altre prestazioni tracciati record b, c, c2, c4, c5 - Disciplinare tecnico strutture pubbliche"</p> <p>Linee di indirizzo sulla gestione dell'OBI della SIMEU.2004.</p> <p>Pronto Soccorso: spazi, processi, relazioni – una visione unitaria. Documenti dell'Agenzia Regionale della Sanità Toscana. N°94, giugno 2017.</p> <p>Asaro PV, Lewis LM, Boxerman SB. The Impact of Input and Output Factors on Emergency Department Throughput. ACADEMIC EMERGENCY MEDICINE 2007; 14:235–242</p> <p>Fogarty, Saunders, Cummins. The effect of boarders on emergency department process flow. J Emerg Med. 2014 May;46(5):706-10.</p> <p>Liu, Milne, Yun, Walsh. The boarding experience from the patient perspective: the wait. Emerg Med J. 2015 Nov;32(11):854-9.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> |

OBIETTIVO RAGGIUNTO: Parzialmente (autovalutazione 4,8/5 punti)

VALORE OSSERVATO

- DEA I di Vercelli: 5,83 ore nel 2018 (atteso ≤ 6 ore; 5,33 ore nel 2017)
- PS di Base di Borgosesia: 3,88 ore nel 2017 (atteso ≤ 4 ore; 3,85 ore nel 2017)

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

AZIONI INTRAPRESE

I tempi di attesa osservati nell'anno 2018 sono minimamente incrementati presso entrambi i presidi, ma in considerazione del maggior numero di casi trattati (VC +543 e BGS +183) e della maggior complessità degli stessi.

Nel corso dell'anno 2018 presso l'Ospedale di Vercelli, è diventata operativa la funzione di bed management che ha permesso di ridurre la durata della degenza media della medicina generale (da 10,8 a 10,6 giorni) con incremento dei pazienti ricoverati (da 1229 a 1295) presso la medesima: dagli



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

ultimi mesi dell'anno, le azioni hanno riguardato anche altre strutture dell'area medica con risultati buoni che fanno presupporre un miglioramento dei flussi pazienti per l'anno 2019.



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:

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

3.3. Monitoraggio tempi di permanenza dei pazienti in PS Anno 2018

Table with columns: COLORE TRIAGE, Bianco, Verde, Giallo, Rosso, Nero, Totale, Totale al netto dei giunti cadavere. Rows include years 2017 and 2018 for various triage categories.

Table with columns: Bianco, Verde, Giallo, Rosso, Nero, Totale, Totale al netto dei giunti cadavere. Rows include years 2017 and 2018 for various triage categories, including Borgosesia.

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: direttore.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

3.3: Monitoraggio tempi di permanenza dei pazienti in PS - AL NETTO DEI CASI IN OBI Anno 2018

| VERCELLI | COLORE TRIAGE «»» | | Bianco | | | Verde | | | Giallo | | | Rosso | | | Nero | | | Totale | | | Totale al netto dei giunti cadavere (colore triage NERO) | | | |
|----------|-------------------|------|-------------|--------------------|--------------------|-------------|--------------------|--------------------|-------------|--------------------|--------------------|-------------|--------------------|--------------------|-------------|--------------------|------------------------|-------------|--------------------|--------------------|--|--------------------|--------------------|-------|
| | COLORE DIMISSIONE | «»» | N° passaggi | HH totali passaggi | HH medie passaggio | N° passaggi | HH totali passaggi | HH medie passaggio | N° passaggi | HH totali passaggi | HH medie passaggio | N° passaggi | HH totali passaggi | HH medie passaggio | N° passaggi | HH totali passaggi | HH medie passaggio | N° passaggi | HH totali passaggi | HH medie passaggio | N° passaggi | HH totali passaggi | HH medie passaggio | |
| VERCELLI | Bianco | 1 | 2018 | 811 | 1 621 | 2,00 | 372 | 610 | 1,64 | 2 | 3 | 1,33 | - | - | 0,00 | - | - | 0,00 | 1 185 | 2 234 | 1,89 | 1 185 | 2 234 | 1,89 |
| | | 1 | 2017 | 1 178 | 2 022 | 1,72 | 358 | 614 | 1,72 | 1 | 4 | 4,00 | - | - | 0,00 | - | - | 0,00 | 1 537 | 2 640 | 1,72 | 1 537 | 2 640 | 1,72 |
| | Verde | 2 | 2018 | 792 | 2 124 | 2,68 | 27 671 | 96 359 | 3,48 | 1 708 | 10 207 | 5,98 | 114 | 850 | 7,46 | - | - | 0,00 | 30 285 | 109 540 | 3,62 | 30 285 | 109 540 | 3,62 |
| | | 2 | 2017 | 984 | 2 855 | 2,90 | 28 370 | 122 960 | 4,33 | 1 542 | 10 932 | 7,09 | 89 | 1 159 | 13,03 | - | - | 0,00 | 30 985 | 137 907 | 4,45 | 30 985 | 137 907 | 4,45 |
| | Giallo | 3 | 2018 | - | - | 0,00 | 508 | 3 606 | 7,10 | 3 269 | 16 585 | 5,07 | 53 | 320 | 6,04 | - | - | 0,00 | 3 830 | 20 511 | 5,36 | 3 830 | 20 511 | 5,36 |
| | | 3 | 2017 | 4 | 31 | 7,76 | 645 | 8 038 | 12,46 | 4 632 | 44 816 | 9,68 | 85 | 1 335 | 15,70 | - | - | 0,00 | 5 366 | 54 220 | 10,10 | 5 366 | 54 220 | 10,10 |
| | Rosso | 4 | 2018 | - | - | 0,00 | 22 | 169 | 7,68 | 46 | 208 | 4,53 | 463 | 1 229 | 2,66 | - | - | 0,00 | 531 | 1 607 | 3,03 | 531 | 1 607 | 3,03 |
| | | 4 | 2017 | - | - | 0,00 | 49 | 971 | 19,82 | 106 | 1 398 | 13,19 | 680 | 6 862 | 10,09 | - | - | 0,00 | 835 | 9 231 | 11,05 | 835 | 9 231 | 11,05 |
| | Nero | 5 | 2018 | - | - | 0,00 | 3 | 20 | 6,66 | 13 | 75 | 5,77 | 34 | 98 | 2,88 | - | - | 0,00 | 50 | 193 | 3,86 | 50 | 193 | 3,86 |
| | | 5 | 2017 | - | - | 0,00 | 24 | 569 | 23,71 | 70 | 1 465 | 20,92 | 131 | 1 385 | 10,57 | - | - | 0,00 | 225 | 3 419 | 15,19 | 225 | 3 419 | 15,19 |
| Totale | TOTT | 2018 | 1 603 | 3 745 | 2,34 | 28 576 | 100 764 | 3,53 | 5 038 | 27 078 | 5,37 | 664 | 2 498 | 3,76 | - | - | 0,00 | 35 881 | 134 084 | 3,74 | 35 881 | 134 084 | 3,74 | |
| | TOTT | 2017 | 2 166 | 4 908 | 2,27 | 29 446 | 133 153 | 4,52 | 6 351 | 58 615 | 9,23 | 985 | 10 741 | 10,90 | - | - | 0,00 | 38 948 | 207 417 | 5,33 | 38 948 | 207 417 | 5,33 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | HH medie passaggi 2018 | | | 3,74 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | Valore Atteso 2018 | | | 6,00 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | % Raggiungimento | | | 100% | | | | |

| BORGOSESIA | COLORE TRIAGE «»» | | Bianco | | | Verde | | | Giallo | | | Rosso | | | Nero | | | Totale | Totale | Totale | Totale al netto dei giunti cadavere (colore triage NERO) | | | |
|------------|-------------------|------|-------------|--------------------|--------------------|-------------|--------------------|--------------------|-------------|--------------------|--------------------|-------------|--------------------|--------------------|-------------|--------------------|------------------------|-------------|--------------------|--------------------|--|--------------------|--------------------|------|
| | COLORE DIMISSIONE | «»» | N° passaggi | HH totali passaggi | HH medie passaggio | N° passaggi | HH totali passaggi | HH medie passaggio | N° passaggi | HH totali passaggi | HH medie passaggio | N° passaggi | HH totali passaggi | HH medie passaggio | N° passaggi | HH totali passaggi | HH medie passaggio | N° passaggi | HH totali passaggi | HH medie passaggio | N° passaggi | HH totali passaggi | HH medie passaggio | |
| BORGOSESIA | Bianco | 1 | 2018 | 223 | 433 | 1,94 | 221 | 289 | 1,31 | 5 | 20 | 3,93 | - | - | 0,00 | - | - | 0,00 | 449 | 741 | 1,65 | 449 | 741 | 1,65 |
| | | 1 | 2017 | 212 | 440 | 2,07 | 152 | 187 | 1,23 | - | - | 0,00 | - | - | 0,00 | - | - | 0,00 | 364 | 627 | 1,72 | 364 | 627 | 1,72 |
| | Verde | 2 | 2018 | 185 | 504 | 2,72 | 16 717 | 42 712 | 2,55 | 2 105 | 8 811 | 4,19 | 40 | 181 | 4,54 | - | - | 0,00 | 19 047 | 52 208 | 2,74 | 19 047 | 52 208 | 2,74 |
| | | 2 | 2017 | 185 | 428 | 2,31 | 17 085 | 53 418 | 3,13 | 2 375 | 16 363 | 6,89 | 63 | 771 | 12,24 | - | - | 0,00 | 19 708 | 70 980 | 3,60 | 19 708 | 70 980 | 3,60 |
| | Giallo | 3 | 2018 | - | - | 0,00 | 213 | 1 094 | 5,14 | 1 100 | 4 814 | 4,38 | 63 | 235 | 3,73 | - | - | 0,00 | 1 376 | 6 143 | 4,46 | 1 376 | 6 143 | 4,46 |
| | | 3 | 2017 | - | - | 0,00 | 285 | 3 177 | 11,15 | 1 091 | 7 431 | 6,81 | 115 | 733 | 6,38 | - | - | 0,00 | 1 491 | 11 341 | 7,61 | 1 491 | 11 341 | 7,61 |
| | Rosso | 4 | 2018 | - | - | 0,00 | 1 | 12 | 12,47 | 28 | 128 | 4,58 | 88 | 362 | 4,11 | - | - | 0,00 | 117 | 502 | 4,29 | 117 | 502 | 4,29 |
| | | 4 | 2017 | - | - | 0,00 | 4 | 27 | 6,80 | 14 | 72 | 5,13 | 52 | 216 | 4,16 | - | - | 0,00 | 70 | 315 | 4,50 | 70 | 315 | 4,50 |
| | Nero | 5 | 2018 | - | - | 0,00 | 1 | 9 | 9,22 | 12 | 47 | 3,90 | 25 | 106 | 4,24 | - | - | 0,00 | 38 | 162 | 4,27 | 38 | 162 | 4,27 |
| | | 5 | 2017 | - | - | 0,00 | 5 | 51 | 10,26 | 8 | 51 | 6,38 | 24 | 106 | 4,43 | - | - | 0,00 | 37 | 209 | 5,64 | 37 | 209 | 5,64 |
| Totale | TOTT | 2018 | 408 | 937 | 2,30 | 17 153 | 44 116 | 2,57 | 3 250 | 13 819 | 4,25 | 216 | 884 | 4,09 | - | - | 0,00 | 21 027 | 59 756 | 2,84 | 21 027 | 59 756 | 2,84 | |
| | TOTT | 2017 | 397 | 868 | 2,19 | 17 531 | 56 860 | 3,24 | 3 488 | 23 917 | 6,86 | 254 | 1 827 | 7,19 | - | - | 0,00 | 21 670 | 83 472 | 3,85 | 21 670 | 83 472 | 3,85 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | HH medie passaggi 2018 | | | 2,84 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | Valore Atteso 2018 | | | 4,00 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | % Raggiungimento | | | 100% | | | | |

FONTE 2017 : FLUSSO INTERNO HITECH

FONTE 2018: FLUSSO C2 REGIONALE

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

3.3. Monitoraggio% OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA dei pazienti in PS Anno 2018

| COLORE DIMISSIONE | COLORE TRIAGE >>> | | | Bianco | | | Verde | | | Giallo | | | Rosso | | | Nero | | | Totale | | | |
|-------------------|-------------------|------------|-------|-------------|------------|--------|-------------|------------|-------|-------------|------------|-------|-------------|------------|-------|-------------|------------|--------|-------------|------------|-------|------|
| | N° passaggi | Di cui OBI | % | N° passaggi | Di cui OBI | % | N° passaggi | Di cui OBI | % | N° passaggi | Di cui OBI | % | N° passaggi | Di cui OBI | % | N° passaggi | Di cui OBI | % | N° passaggi | Di cui OBI | % | |
| VERCELLI | Bianco | 1 | 2018 | 811 | - | 0,0% | 372 | - | 0,0% | 2 | - | 0,0% | - | - | 0,0% | - | - | 0,0% | 1 185 | - | 0,0% | |
| | | 1 | 2017 | 1 197 | 1 | 0,1% | 364 | - | 0,0% | 1 | - | 0,0% | - | - | 0,0% | - | - | 0,0% | 1 562 | 1 | 0,1% | |
| | Verde | 2 | 2018 | 795 | 3 | 0,4% | 28 891 | 1 221 | 4,2% | 1 961 | 253 | 12,9% | 170 | 56 | 32,9% | - | - | 0,0% | 31 817 | 1 533 | 4,8% | |
| | | 2 | 2017 | 973 | 5 | 0,5% | 28 386 | 1 274 | 4,5% | 1 543 | 227 | 14,7% | 89 | 37 | 41,6% | - | - | 0,0% | 30 991 | 1 543 | 5,0% | |
| | Giallo | 3 | 2018 | - | - | 0,0% | 738 | 230 | 31,2% | 4 515 | 1 246 | 27,6% | 141 | 88 | 62,4% | - | - | 0,0% | 5 394 | 1 564 | 29,0% | |
| | | 3 | 2017 | 4 | 1 | 25,0% | 651 | 196 | 30,1% | 4 686 | 1 283 | 27,4% | 85 | 44 | 51,8% | - | - | 0,0% | 5 426 | 1 524 | 28,1% | |
| | Rosso | 4 | 2018 | - | - | 0,0% | 34 | 12 | 35,3% | 104 | 58 | 55,8% | 761 | 299 | 39,3% | - | - | 0,0% | 899 | 369 | 41,0% | |
| | | 4 | 2017 | - | - | 0,0% | 56 | 36 | 64,3% | 125 | 68 | 54,4% | 813 | 352 | 43,3% | - | - | 0,0% | 994 | 456 | 45,9% | |
| | Nero | 5 | 2018 | - | - | 0,0% | 18 | 15 | 83,3% | 67 | 54 | 80,6% | 140 | 106 | 75,7% | - | - | 0,0% | 225 | 175 | 77,8% | |
| | | 5 | 2017 | - | - | 0,0% | - | - | 0,0% | - | - | 0,0% | - | - | 0,0% | - | - | 0,0% | - | - | 0,0% | |
| Totale TOTT | | 2018 | 1 606 | 3 | 0,2% | 30 053 | 1 478 | 4,9% | 6 649 | 1 611 | 24,2% | 1 212 | 549 | 45,3% | - | - | 0,0% | 39 520 | 3 641 | 9,2% | | |
| | | 2017 | 2 174 | 7 | 0,3% | 29 461 | 1 506 | 5,1% | 6 355 | 1 578 | 24,8% | 987 | 433 | 43,9% | - | - | 0,0% | 38 977 | 3 524 | 9,0% | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0,00 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 6,00 |

| COLORE DIMISSIONE | COLORE TRIAGE >>> | | | Bianco | | | Verde | | | Giallo | | | Rosso | | | Nero | | | Totale | Totale | Totale |
|-------------------|-------------------|------------|------|-------------|------------|--------|-------------|------------|--------|-------------|------------|-------|-------------|------------|-------|-------------|------------|--------|-------------|------------|--------|
| | N° passaggi | Di cui OBI | % | N° passaggi | Di cui OBI | % | N° passaggi | Di cui OBI | % | N° passaggi | Di cui OBI | % | N° passaggi | Di cui OBI | % | N° passaggi | Di cui OBI | % | N° passaggi | Di cui OBI | % |
| BORGOGESIA | Bianco | 1 | 2018 | 223 | - | 0,0% | 221 | - | 0,0% | 5 | - | 0,0% | - | - | 0,0% | - | - | 0,0% | 449 | - | 0,0% |
| | | 1 | 2017 | 219 | 1 | 0,5% | 154 | - | 0,0% | - | - | 0,0% | - | - | 0,0% | - | - | 0,0% | 373 | 1 | 0,3% |
| | Verde | 2 | 2018 | 187 | 3 | 1,6% | 17 172 | 455 | 2,6% | 2 365 | 260 | 11,0% | 61 | 21 | 34,4% | - | - | 0,0% | 19 785 | 739 | 3,7% |
| | | 2 | 2017 | 183 | - | 0,0% | 17 096 | 420 | 2,5% | 2 378 | 70 | 2,9% | 61 | 1 | 1,6% | - | - | 0,0% | 19 718 | 491 | 2,5% |
| | Giallo | 3 | 2018 | - | - | 0,0% | 279 | 66 | 23,7% | 1 308 | 208 | 15,9% | 75 | 12 | 16,0% | - | - | 0,0% | 1 662 | 286 | 17,2% |
| | | 3 | 2017 | - | - | 0,0% | 285 | 296 | 103,9% | 1 095 | 154 | 14,1% | 117 | 2 | 1,7% | - | - | 0,0% | 1 497 | 452 | 30,2% |
| | Rosso | 4 | 2018 | - | - | 0,0% | 2 | 1 | 50,0% | 32 | 4 | 12,5% | 99 | 11 | 11,1% | - | - | 0,0% | 133 | 16 | 12,0% |
| | | 4 | 2017 | - | - | 0,0% | 6 | 18 | 300,0% | 17 | 13 | 76,5% | 75 | 5 | 6,7% | - | - | 0,0% | 98 | 36 | 36,7% |
| | Nero | 5 | 2018 | - | - | 0,0% | 2 | 1 | 50,0% | 15 | 3 | 20,0% | 29 | 4 | 13,8% | - | - | 0,0% | 46 | 8 | 17,4% |
| | | 5 | 2017 | - | - | 0,0% | - | - | 0,0% | - | - | 0,0% | - | - | 0,0% | - | - | 0,0% | - | - | 0,0% |
| Totale TOTT | | 2018 | 410 | 3 | 0,7% | 17 676 | 523 | 3,0% | 3 725 | 475 | 12,8% | 264 | 48 | 18,2% | - | - | 0,0% | 22 075 | 1 049 | 4,8% | |
| | | 2017 | 406 | 1 | 0,2% | 17 741 | 734 | 4,1% | 3 492 | 237 | 6,8% | 253 | 8 | 3,2% | - | - | 0,0% | 21 892 | 980 | 4,5% | |

FONTE 2017 : FLUSSO INTERNO HITECH

FONTE 2018: FLUSSO C2 REGIONALE

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:

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

OBIETTIVO 4.1 Area Osteomuscolare – ASL; AO; AOU

| | |
|------------------------------|--|
| 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 70 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 2018 l'indicatore oggetto dell'obiettivo è espresso in termini di produzione sia per le AO/AOU che per le ASL.</p> <p>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.</p> <p>Per il 2018 l'indicatore è calcolato valutando il tempo a partire dall'arrivo in PS.</p> <p>Inoltre, ai fini della valutazione dell'obiettivo <u>sarà oggetto di valutazione, quale criterio di accesso al punteggio, anche l'indicatore PNE:</u></p> <p><u>Frattura della tibia e del perone: tempi di attesa per intervento chirurgico</u></p> |
| INDICATORE | $\frac{\text{Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 2 giorni dall'arrivo in PS (differenza tra data della procedura e data di arrivo in PS \leq 2 \text{ giorni})}{\text{Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore}}$ |
| VALORE DELL'OBIETTIVO | Tasso aggiustato > 70% |
| FONTI DATI | Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) e Flusso C2 |
| SCALA | <p>Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2018 tra il valore di partenza (dato anno 2017) e il valore obiettivo.</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><u>Criteri di accesso al punteggio dell'obiettivo per Azienda.</u></p> <p>1. Frattura della tibia e del perone: tempi di attesa per l'intervento chirurgico (gg). Qualora tale indicatore si attesti in un valore basso (6-8 gg) o molto basso (>=8 gg), secondo gli standard di qualità definiti dal PNE nel Treemap, il punteggio conseguito dell'obiettivo sarà decurtato del 10%.</p> |
| TRACKING | Incontri di monitoraggio obiettivi 31.12.2017 |
| PUNTEGGIO | ASL 4/100 AO; AOU 5/100 AOU S.Luigi 7/100 |
| NOTE | |

**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@ec.aslvc.piemonte.it

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

| | |
|-----------------------------------|--|
| RIFERIMENTI PRINCIPALI | <p>Belotti, LMB; Bartoli S; Trombetti S; Montella MT; Toni A; De Palma R. Factors influencing surgical delay after hip fracture in hospitals of Emilia Romagna Region, Italy: a multilevel analysis. Hip International. Jan/Feb2013, 23(1): 15-21.</p> <p>Johansen, A., Tsang, C., Boulton, C., Wakeman, R. and Moppett, I. (2017), Understanding mortality rates after hip fracture repair using ASA physical status in the National Hip Fracture Database. Anaesthesia. doi:10.1111/anae.13908</p> <p>Piano Nazionale Esiti - Treemap</p> <p>Ryan, Devon J. BA; Yoshihara, Hiroyuki MD, PhD; Yoneoka, Daisuke MS§; Egol, Kenneth A. MD; Zuckerman, Joseph D. MD. Delay in Hip Fracture Surgery: An Analysis of Patient-Specific and Hospital-Specific Risk Factors Journal of Orthopaedic Trauma: August 2015 - Volume 29 - Issue 8 - p 343-348</p> <p>Tzortziou Brown V, Underwood M, Mohamed N, Westwood O, Morrissey D. Professional interventions for general practitioners on the management of musculoskeletal conditions. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 5. Art. No.: CD007495. DOI: 10.1002/14651858.CD007495.pub2.</p> |
|-----------------------------------|--|

OBIETTIVO RAGGIUNTO: NO (autovalutazione)**VALORE OSSERVATO**

La proporzione dei pazienti ultrasessantacinquenni trattati chirurgicamente per frattura di femore entro 48 ore dall'ingresso in pronto soccorso è stata pari, nell'anno 2018, al 66% (Vercelli 72%; Borgosesia 54%). Il valore aziendale si presenta in peggioramento rispetto al precedente anno 2017 (69% dall'ingresso in PS e 78% dal ricovero) a causa della performance negativa del presidio di Borgosesia che è passato dal 70% al 54% dei pazienti operati a 48 ore dall'ingresso in pronto soccorso, pur in presenza di un miglioramento presso il presidio di Vercelli (dal 69% al 72%), in ragione di una grave carenza di specialisti ortopedici.

AZIONI INTRAPRESE

Presso la SC Ortopedia-Traumatologia di Borgosesia si è determinata in corso d'anno una grave situazione di carenza dell'organico medico con conseguenti risultati non positivi che non sono stati risolti nonostante l'impegno e il supporto della SC Ortopedia - Traumatologia di Vercelli che ha accolto casi da operare già dal mese di agosto 2018 e ha partecipato alle sedute operatorie presso Borgosesia dal mese di ottobre 2018. Al momento, nell'attesa di ripristinare un organico medico consono, nonché affidare la direzione della struttura ad un nuovo direttore, è stato predisposto un piano di intervento che garantisca la presenza di un ortopedico a Borgosesia e due a Vercelli dalle 8 alle 20, anche con il ricorso a prestazioni aggiuntive, nonché in pronta disponibilità al fine di assicurare l'ideoneo e tempestivo intervento ai pazienti che ne abbiano necessità.

**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 Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI – ASL; AO; AOU | |
|---|--|
| SETTORE REFERENTE | Assistenza specialistica ed ospedaliera |
| DESCRIZIONE | <p>Proporzione di episodi di STEMI trattati con PTCA entro 2 giorni.</p> <p>La tempestività dell'effettuazione dell'angioplastica percutanea su pazienti con diagnosi di IMA STEMI, cruciale per la sopravvivenza del paziente, deve pertanto essere fatta oggetto di monitoraggio insieme alle altre indicazioni sul percorso del paziente come definito per le reti di patologie tempo dipendenti quali la rete IMA STEMI (DM/70 del 2.4.2015).</p> <p>L'indicatore è espresso in termini di produzione per le AO e di tutela per le ASL</p> <p>Per il 2018 si utilizzerà la procedura del PNE calcolando il periodo di 2 giorni tra la data/ora di ingresso alla prima struttura che riceve il paziente (qualunque essa sia) e la data/ora 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 <i>record linkage</i> con il codice identificativo anonimo.</p> |
| INDICATORE | <p>Numero di episodi di STEMI, in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro 2 giorni.</p> <p>-----</p> <p>Numero di episodi di STEMI</p> |
| VALORE DELL'OBIETTIVO | Tasso grezzo $\geq 85\%$ |
| Fonte DATI | Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) |
| SCALA | <p>Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2018 tra il valore di partenza (dato anno 2017) e il valore obiettivo.</p> <p>Se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.</p> |
| TRACKING | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitoraggio trimestrale ▪ 31.12.2018 |
| PUNTEGGIO | ASL 4/100 AO; AOU 5/100 AOU S. Luigi 7/100 |
| 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. |

OBIETTIVO RAGGIUNTO: SI (autovalutazione 4/4 punti)**VALORE OSSERVATO: 97,8%****AZIONI INTRAPRESE**

Continua il trend positivo dell'Azienda nel garantire l'effettuazione della PTCA nei casi di IMA STEMI. Le azioni sono state quindi quelle del mantenimento dei risultati raggiunti, assegnando alle strutture coinvolte obiettivi specifici, mettendo a disposizione anche prestazioni aggiuntive, nei casi in cui l'organico medico si sia trovato in condizioni di carenza.

**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 4.3 Appropriately nell'assistenza al parto | |
|---|---|
| SETTORE REFERENTE | Assistenza Sanitaria e Socio Sanitaria territoriale Settore Assistenza Specialistica e Ospedaliera |
| DESCRIZIONE | <p>Alla luce della Delibera del 2008 in merito al Percorso nascita (DGR 34-8769 del 12.05.2008 e s.m.i), che ha preceduto l'Accordo Stato Regioni del 2010, 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>In particolare viene posta attenzione al Bilancio di Salute materno-fetale alla 36°-37° settimana, strumento che permette alla donna e all'operatore del Punto Nascita di confrontarsi sulle aspettative per il travaglio e per il parto e sugli elementi clinici che ne guideranno l'assistenza. Con riferimento a tale strumento si richiama quanto riportato nell'Agenda di Gravidanza (pag. 112): "A 36-37 settimane il Bilancio di Salute materno-fetale va programmato presso il Punto Nascita scelto per il parto. In questo bilancio viene predisposta la cartella clinica ospedaliera che verrà successivamente utilizzata durante il ricovero per la nascita e si compilano alcune parti del Certificato di Assistenza al Parto...".</p> <p>L'obiettivo è misurato in una prospettiva di produzione sia per le ASL che per le AO/AOU.</p> <p>Per le Aziende con più di un Punto nascita il punteggio totale conseguito sarà equamente diviso per il numero dei Punti nascita aziendali.</p> |
| INDICATORE | $\frac{\text{N° parti con cesareo primario}}{\text{N° parti con nessun pregresso cesareo}} \times 100$ |
| VALORE OBIETTIVO | maternità di II livello o comunque con >=1000 parti: tasso aggiustato ≤ 25,00% maternità di I livello o comunque con <1000 parti: tasso aggiustato ≤ 15,00% |
| FONTE DATI | CEDAP- SDO |
| SCALA | <p>Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2018 tra valore di partenza (dato anno 2017) e target regionale (valore obiettivo). 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><u>Criteri di accesso al punteggio dell'obiettivo per Azienda.</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 100% 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. Bilancio di salute alla 36°-37° settimana ≥ 52% per ciascun punto nascita aziendale. Qualora tale criterio non fosse soddisfatto, il punteggio conseguito dall'obiettivo sarà decurtato del 50%. |
| TRACKING | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontri di monitoraggio obiettivi ▪ 31.12.2018 |
| PUNTEGGIO | ASL 4/100 AO; AOU 5/100 (esclusa AOU S.Luigi) |

**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

| | |
|----------------------------------|--|
| 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 BIBLIOGRAFICI | 2014, Antenatal and postnatal mental health NICE guideline CG192 2014, Intrapartum care NICE guideline CG190 Piano Nazionale Esiti - Treemap Who Statement on Cesarean Section Rates. Human Reproduction Programme (http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/en) http://epoc.cochrane.org/ Mulaku N M. Do non-clinical interventions reduce unnecessary caesarean sections rates? A SUPPORT Summary of a systematic review. May 2016. www.supportsummaries.org https://www.choosingwiselyitaly.org/index.php/it/le-raccomandazioni |

OBIETTIVO RAGGIUNTO: Parzialmente, pur in coerenza fra SDO e CEDAP (autovalutazione 1,78/4 punti) (Punto nascita di Borgosesia 1,78/2 - punto nascita di Vercelli 0/2)

VALORE OSSERVATO

- Rispettato il prerequisito formale della coerenza;
- Rispettato il prerequisito relativo al Bilancio di salute alla 36°-37° settimana $\geq 52\%$ per ciascun punto nascita aziendale;
- Il numero dei parti effettuati presso i punti nascita dell'ASL VC è stato 781 (punto nascita di Vercelli: 513; punto nascita di Borgosesia: 268);
- La proporzione di parti con taglio cesareo primario a livello aziendale è stata pari al 18%, valore invariato rispetto al precedente anno 2017 (punto nascita di Borgosesia anno 2017: 19% anno 2018: 17%, punto nascita di Vercelli anno 2017: 18% anno 2018: 18%)

AZIONI INTRAPRESE

Mantenimento ed implementazione delle azioni intraprese nel corso degli anni precedenti (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). Tali azioni non sono state però sufficienti a produrre un miglioramento aziendale anche in considerazione della grave situazione degli organici medici delle due strutture di ostetricia e ginecologia che hanno sicuramente impattato sul non raggiungimento dell'obiettivo e per la difficoltà ad armonizzare comportamenti di dirigenti con elevato turn over e con contratti diversi.

**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 4.4 Area Chirurgia Generale: colecistectomia laparoscopica – ASL; AO; AOU | |
|--|---|
| SETTORE REFERENTE | Assistenza Specialistica e Ospedaliera |
| DESCRIZIONE | PERCENTUALE DI COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE CON DEGENZA POST-OPERATORIA INFERIORE A 3 GIORNI. il DM 70 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 al 70% e un volume minimo di interventi per struttura complessa pari a 100/anno. L'indicatore oggetto dell'obiettivo è espresso in termini di produzione sia per le AO/AOU che per le ASL. |
| INDICATORE | Intervento chirurgico per colecistectomia laparoscopica con dimissione entro 3 giorni ricoveri per colecistectomia laparoscopica |
| VALORE OBIETTIVO | Tasso aggiustato >70% |
| FONTE DATI | Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) |
| SCALA | Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2018 tra il valore di partenza (dato anno 2017) e il valore obiettivo. 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 ▪ 31.12.2018 |
| PUNTEGGIO | ASL 4/100 AO; AOU 5/100 AOU S. Luigi 6/100 |
| NOTE | |

OBIETTIVO RAGGIUNTO: SI (Autovalutazione 4/4 punti)**VALORE OSSERVATO: 92%****AZIONI INTRAPRESE**

Le SSCC di Chirurgia Generale dell'ASL VC utilizzano essenzialmente un approccio per via laparoscopica per la colecistectomia, che garantisce tempi di ripresa del paziente rapidi con dimissioni entro i termini previsti dall'obiettivo. Il valore osservato è stabile nel tempo, anche nell'anno 2017 era pari al 92% e pare non ulteriormente migliorabile in considerazione delle potenziali variabili, sanitarie e sociali dei pazienti.

**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 4.5 Screening oncologici – ASL; AO; AOU

| | |
|--------------------------|---|
| SETTORE REFERENTE | Prevenzione e Veterinaria Assistenza specialistica e ospedaliera |
| DESCRIZIONE | <p>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.</p> <p>Analogamente, la copertura da esami viene calcolata come numero di esami di screening eseguiti diviso la popolazione target annuale.</p> <p>Essendo tuttora 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.</p> <p>La popolazione target e gli intervalli di screening sono i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 | COBERTURE INVITI: N° persone invitate + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale. COBERTURA ESAMI: N° persone sottoposte al test di screening, incluse le adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale. |
| VALORE OBIETTIVO | Cfr. tabella allegata |
| FONTI DATI | Banca dati CSI – CRPT Piemonte |
| SCALA | <p>Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2018 tra valore minimo (come indicato in tabella) e il valore obiettivo. Se il valore dell'indicatore è inferiore al valore minimo, l'obiettivo è 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.</p> <p>Ogni indicatore partecipa per 1/6 del punteggio complessivo.</p> |
| TRACKING | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontri di monitoraggio obiettivi ▪ 31.12.2018 |
| PUNTEGGIO | 5/100 |
| NOTE | <p>Gli obiettivi vengono valutati a livello dei SEI PROGRAMMI di 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'AO Mauriziano partecipa solo per lo screening del cancro del colon-retto).</p> <p>Gli indicatori descritti sono tra quelli previsti entro il Piano Regionale della Prevenzione.</p> |

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

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

| | ATTESO | MINIMO |
|---|---------------|---------------|
| SCREENING MAMMOGRAFICO ETÀ 50-69 ANNI COPERTURA INVITI: NUMERO DI DONNE INVITATE AD EFFETTUARE IL TEST DI SCREENING + ADESIONI SPONTANEE / POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUALE | 100% | 97% |
| SCREENING MAMMOGRAFICO ETÀ 50-69 ANNI COPERTURA ESAMI: NUMERO DI DONNE SOTTOPOSTE AL TEST DI SCREENING + ADESIONI SPONTANEE / POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUALE | 51% | 45.9% |
| SCREENING CERVICO-VAGINALE ETÀ 25-64 ANNI COPERTURA INVITI: NUMERO DI DONNE INVITATE AD EFFETTUARE IL TEST DI SCREENING + ADESIONI SPONTANEE / POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUALE (SONO CONTEGGIATI TRA GLI INVITI SIA QUELLI RELATIVI AL PAP-TEST CHE AL TEST PER L'HPV PRIMARI) | 100% | 97% |
| SCREENING CERVICO-VAGINALE ETÀ 25-64 ANNI COPERTURA ESAMI: NUMERO DI DONNE SOTTOPOSTE AL TEST DI SCREENING + ADESIONI SPONTANEE / POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUALE (SONO CONTEGGIATI TRA I TEST DI SCREENING SIA I PAP TEST CHE IL TEST PER L'HPV PRIMARI) | 47% | 42.3% |
| SCREENING COLO-RETTALE ETÀ 58 ANNI COPERTURA INVITI: NUMERO PERSONE INVITATE A SIGMOIDOSCOPIA + ADESIONI SPONTANEE / POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUALE | 100% | 97% |
| SCREENING COLO-RETTALE ETÀ 58-69 ANNI COPERTURA ESAMI: NUMERO PERSONE SOTTOPOSTE A SIGMOIDOSCOPIA O FIT (INCLUDE ADESIONI SPONTANEE) / POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUALE | 40% | 36% |

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

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

OBIETTIVO RAGGIUNTO: parziale (autovalutazione 3/5 punti)**VALORE OSSERVATO**

I risultati osservati sono riportati nella tabella che segue.

Tab.1 Obiettivo 4.5 - Valori attesi per tipologia di screening e valori osservati consolidati per CPO al 31.12.2018

| Tipologia di screening | 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 | | | 59% | | 84,1% | 100% | 100% | 97% |
| SCREENING MAMMOGRAFICO | | | | | | | | |
| Copertura da esami: Numero donne sottoposte a test di primo livello / popolazione bersaglio 50-69 anni | | | 42% | | 57% | 51% | 51% | 45.9% |
| SCREENING CERVICO-VAGINALE: | | | | | | | | |
| Copertura da inviti: Numero donne invitate ad effettuare il test di screening + adesioni spontanee / popolazione | | | 114% | | 99,6% | 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 | | | 46% | | 37,5% | 47% | 47% | 42% |
| SCREENING COLO-RETTALE: | | | | | | | | |
| Copertura da inviti: Numero persone invitate a sigmoidoscopia + adesioni spontanee / popolazione bersaglio 58 anni | | | 100% | | 104,7% | 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 | | | 40% | | 48,8% | 40% | 40% | 36% |



A.S.L. VC

Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

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

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

AZIONI INTRAPRESE

Nel corso del 2018 si è proseguito nell'attività di sensibilizzazione per favorire l'adesione agli screening, sia a livello di Medici di Medicina Generale che a livello di popolazione.

In questa ottica, sono stati effettuati contatti telefonici per utenti con lettera di convocazione non recapitata dal postalizzatore e stipula di convenzione con gruppo di volontariato "Insieme" per sollecitare le utenti non aderenti allo screening cervico-vaginale, al fine di proporre date personalizzate rispetto ai loro impegni e consigliare l'adesione.

Nell'ambito della Festa dei Popoli, organizzata ogni anno dal Centro Territoriale per il volontariato in collaborazione con il Comune di Vercelli, si è provveduto ad esporre l'utilità di aderire agli screening di prevenzione, favorendo un maggiore coinvolgimento della popolazione.

SCREENING MAMMOGRAFICO

Fin dall'inizio del 2018 si è dovuta ridurre in modo significativo l'attività di screening mammografico, a causa della carenza di radiologi dipendenti che avevano in carico la lettura delle mammografie.

Questo ha portato all'effettuazione di n.2901 mammografie nei primi nove mesi dell'anno con disponibilità sempre più ridotte, fino ad una totale sospensione dell'attività nei mesi di luglio /agosto e ripresa il 17 settembre.

Per ovviare a queste problematiche e con l'intervento della Direzione Generale, sono state stipulate Convenzioni con altre Aziende per l'effettuazione delle letture di primo livello ed i controlli di secondo livello per gli approfondimenti successivi alla mammografia.

Nello specifico sono state stipulate le seguenti Convenzioni:

- (i) Del. n. 598 del 29/06/2018 per la lettura delle mammografie da parte di A.O.U. Novara per le sedi di Santhià, Gattinara e Borgosesia.
- (ii) Del. n. 599 del 29/06/2018 per la lettura delle mammografie da parte dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Città della Salute di Torino per la sede di Vercelli.
- (iii) Del. n. 603 del 04/07/2018 per attività di screening mammografico di secondo livello presso il Presidio Ospedaliero di Vercelli da parte di ASL TO4.
- 4) Del. n. 632 del 12/07/2018 per l'attività di screening mammografico di secondo livello presso il Presidio Ospedaliero di Vercelli da parte dell'Azienda Ospedaliera Città della Salute di Torino.

Quanto sopra ha permesso di effettuare un parziale recupero delle Signore da invitare con il risultato di n. 2618 donne screenate negli ultimi tre mesi dell'anno, pur dovendo sospendere l'attività dal 1 dicembre 2018 presso la sede di Vercelli a causa dell'istanza di fallimento della Ditta Im3D che forniva il mammografo, ottenendo di concludere il 2018 con n. 5519 donne screenate di cui 4708 nella fascia obiettivo (50-69 anni) del Direttore Generale e n. 811 nelle altre fasce di età (45-49 e 70-75).



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

Si segnala che i dati definitivi verranno validati nella riunione del 12/02/2019 dal Coordinatore del programma 5 (che comprende oltre alla nostra ASL anche l'ASL BI di Biella, ASL Novara, l'AOU Novara e il VCO) e potrebbero subire delle minime variazioni.

In merito a questo obiettivo si può evidenziare che, come programma 5, è stata raggiunta la copertura da esami prevista, con una percentuale del 57% di donne aderenti nella fascia target 50-69 anni.

Per quanto riguarda la copertura da inviti si è raggiunto l'84,1% di copertura (obiettivo non raggiunto) in parte dovuto alle problematiche della nostra ASL, dell'ASL BI e dell'AOU Novara che ha chiuso una delle sue due unità operative per un tempo prolungato dovuto alla sostituzione delle apparecchiature radiologiche.

1) screening citologico

Come screening citologico si è raggiunta la copertura da inviti con una percentuale di lettere inviate pari al 99,6% anche grazie alla possibilità da parte della nostra ASL di invitare un numero di donne superiore a quanto richiesto (114%) che ha compensato le difficoltà di ASL NO e VCO.

Per quanto riguarda la copertura esami, l'obiettivo non è stato raggiunto (37,5%) nonostante la nostra ASL (46%) e l'ASL BI (53%) insieme avessero ottenuto un buon risultato.

Quanto sopra per problematiche relative alle altre ASL del Programma (ASL NO 35% e ASL VCO 33%).

2) screening colo-rettale

Riguardo a questo screening sono stati raggiunti entrambi gli obiettivi previsti come Programma 5 con inviti pari al 104,7% e adesione pari al 48,8%

**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 4.6 Donazioni d'organo - ASL; AO; AOU

| | |
|--------------------------|---|
| SETTORE REFERENTE | Assistenza Specialistica e Ospedaliera |
| DESCRIZIONE | <p>Piena attuazione, attraverso il Coordinamento Ospedaliero delle donazioni e dei prelievi di organi e tessuti, dei parametri fissati dal Coordinamento Regionale delle donazioni e dei Prelievi di organi e tessuti finalizzati a migliorare nel 2018 il procurement di organi e cornee rispetto al 2017. In considerazione della tipologia di attività, si prevede per il 2018 il raggiungimento aziendale dei seguenti obiettivi di governo regionale:</p> <p>1. Segnalazioni di soggetti in Morte Encefalica (BDI%) Per ogni Presidio Ospedaliero in elenco, viene valutato il BDI (vedi indicatore 1). Per i Presidi Ospedalieri con più rianimazioni viene valutato il BDI complessivo. BDI atteso nel 2018: a. Tra il 20 e il 40 % per i P.O. senza neurochirurgia b. Superiore al 40 % per i P.O. con neurochirurgia La valutazione del BDI sarà effettuata sugli ultimi tre anni per i P.O. con meno di tre diagnosi di ingresso compatibili nel 2018.</p> <p>2. Non opposizioni alla donazione di organi Nel 2017 il Piemonte si è caratterizzato per un tasso di opposizione alla donazione di organi del 34%, ben superiore alla media nazionale. Pertanto, per migliorare il procurement di organi, viene inserito come obiettivo di governo regionale il controllo delle opposizioni alla donazione di organi. Per ogni Presidio Ospedaliero in elenco, tasso di opposizione alla donazione di organi inferiore al 33 % delle segnalazioni di morte encefalica. La valutazione sarà effettuata sugli ultimi tre anni per i P.O. con meno di tre segnalazioni di morte encefalica nel 2018. Al fine di supportare il raggiungimento di questo obiettivo, il Coordinamento Regionale delle donazioni e dei Prelievi incontrerà nei primi mesi del 2018 i Coordinamenti Ospedalieri delle donazioni e dei prelievi che nel 2017 hanno evidenziato un tasso di opposizione alla donazione di organi elevato.</p> <p>3. Donatori di Cornee Considerati i decessi ospedalieri del primo semestre 2017 fra i 5 e i 75 anni compresi, proiettato il dato al 31 dicembre 2017, considerato il numero di posti letto degli ospedali della Regione nel 2017: a. Per i Presidi Ospedalieri senza neurochirurgia e con meno di 400 posti letto: un numero di donatori pari al 10 % dei decessi ospedalieri del 2017 fra i 5 e i 75 anni compresi b. Per i Presidi Ospedalieri con neurochirurgia e per i Presidi Ospedalieri senza neurochirurgia ma con più di 400 posti letto: un numero di donatori pari al 12% dei decessi ospedalieri del 2017 fra i 5 e i 75 anni compresi</p> |
| INDICATORE | <ol style="list-style-type: none"> BDI = N° morti encefaliche segnalate nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero/N° decessi di soggetti ricoverati nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero con una patologia compatibile con l'evoluzione verso la morte encefalica. N° di opposizioni alla donazione di organi nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero/N° di segnalazioni di morte encefalica nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero. N° donatori di cornea nel 2018/ totale decessi ospedalieri del 2017 fra i 5 e i 75 anni compresi. |
| VALORE OBIETTIVO | Cfr. tabelle seguenti |
| FONTE DATI | report CRT annuale e CSI Piemonte |
| SCALA | <ol style="list-style-type: none"> Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto: <ol style="list-style-type: none"> Per gli ospedali con neurochirurgia: SI/NO 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. |

Pagina 45

STRUTTURA: DIREZIONE GENERALE

DIRETTORE: dott.sa Chiara SERPIERI

Indirizzo:

C.so Mario Abbiate n. 21 - 13100

Tel. 0161/593775 - 0161/593595

Fax: 0161/593768

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

VERCELLI

**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. SI/NO 3. SI/NO Ogni sub-obiettivo pesa, rispetto al punteggio dell'obiettivo, rispettivamente il: 1. 40% 2. 30% 3. 30% |
| TRACKING | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontri di monitoraggio obiettivi ▪ 31.12.2018 |
| PUNTEGGIO | 3/100 |
| 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. |

Tabella 1 Ob.4.6 - Donazioni d'organo: valori obiettivo per ASL

| ASL | Denominazione presidio | 1. SEGNALAZIONI DI SOGGETTI IN MORTE ENCEFALICA (BDI%) | 2. OPPOSIZIONE ALLA DONAZIONE DI ORGANI | 3. DONATORI DI CORNEE |
|-------------------------|--|--|---|------------------------------|
| ASL | Denominazione presidio | atteso al 31 dicembre | atteso al 31 dicembre | atteso al 31 dicembre |
| CITTA' DI TORINO | OSPEDALE MARTINI | 20 - 40 % | < 33 % | n.10 donatori |
| | OSPEDALE MARIA VITTORIA | 20 - 40 % | < 33 % | n.15 donatori |
| | TORINO NORD EMERGENZA SAN GIOVANNI BOSCO | > 40 % | < 33 % | n.32 donatori |
| TO3 | OSPEDALE CIVILE "E. AGNELLI" | 20 - 40 % | < 33 % | n.10 donatori |
| TO3 | OSPEDALE DEGLI INFERMI | 20 - 40 % | < 33 % | n.12 donatori |
| TO4 | PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI CIRIE' | 20 - 40 % | < 33 % | n.10 donatori |
| TO4 | OSPEDALE CIVICO DI CHIVASSO | 20 - 40 % | < 33 % | n.15 donatori |
| TO4 | OSPEDALE CIVILE DI IVREA | 20 - 40 % | < 33 % | n.15 donatori |
| TO5 | OSPEDALE MAGGIORE | 20 - 40 % | < 33 % | n.10 donatori |
| TO5 | OSPEDALE SANTA CROCE | 20 - 40 % | < 33 % | n.7 donatori |
| VC | OSPEDALE SANT'ANDREA | 20 - 40 % | < 33 % | n.13 donatori |
| BI | OSP. DEGLI INFERMI DI BIELLA | 20 - 40 % | < 33 % | n.20 donatori |
| NO | ISTITUTO S.S. TRINITA'-BORGOMANERO | 20 - 40 % | < 33 % | n.11 donatori |

**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

| | | | | |
|------------|---|-----------|--------|---------------|
| VCO | OSPEDALE SAN BIAGIO | 20 - 40 % | < 33 % | n.6 donatori |
| VCO | STABILIMENTO OSPEDALIERO CASTELLI | 20 - 40 % | < 33 % | n.7 donatori |
| CN1 | OSPEDALE DI MONDOVI' | 20 - 40 % | < 33 % | n.6 donatori |
| CN1 | OSP. MAGGIORE S.S. ANNUNZIATA SAVIGLIANO | 20 - 40 % | < 33 % | n.9 donatori |
| CN2 | OSPEDALE SAN LAZZARO- ALBA | 20 - 40 % | < 33 % | n.8 donatori |
| AT | PRESIDIO OSP. CARDINAL G. MASSAIA | 20 - 40 % | < 33 % | n.32 donatori |
| AL | OSPEDALE SANTO SPIRITO CASALE | 20 - 40 % | < 33 % | n.11 donatori |
| AL | OSPEDALE SS. ANTONIO E MARGHERITA TORTONA | 20 - 40 % | < 33 % | n.5 donatori |
| AL | OSPEDALE SAN GIACOMO NOVI | 20 - 40 % | < 33 % | n.9 donatori |
| AL | OSP. MONS. GIOVANNI GALLIANO ACQUI T.ME | 20 - 40 % | < 33 % | n.8 donatori |

**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@ec.aslvc.piemonte.it

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

Tabella 2 Ob.4.6 - Donazioni d'organo: valori obiettivo per AO; AOU

| | | 1. SEGNALAZIONI DI SOGGETTI IN MORTE ENCEFALICA (BDI%) | 2. OPPOSIZIONE ALLA DONAZIONE DI ORGANI | 3. DONATORI DI CORNEE |
|--|--|--|---|-----------------------|
| | Denominazione presidio | atteso al 31 dicembre | atteso al 31 dicembre | atteso al 31 dicembre |
| AOU CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO AO SS. ANTONIO E BIAGIO E C. ARRIGO | CENTRO TRAUMATOLOGICO ORTOPEDICO | > 40 % | < 33 % | n.7 donatori |
| | OSP. INFANTILE REGINA MARGHERITA | > 40 % | < 33 % | n.1 donatore |
| | OSPEDALE S. ANNA | 20 - 40 % | < 33 % | n.1 donatore |
| | OSP. S. GIOV. BATTISTA MOLINETTE | > 40 % | < 33 % | n.74 donatori |
| | OSP. CIVILE SS. ANTONIO E BIAGIO | > 40 % | < 33 % | n.43 donatori |
| AO ORDINE MAURIZIANO | OSPEDALE MAURIZIANO UMBERTO I TORINO | 20 - 40 % | < 33 % | n.24 donatori |
| AO S. CROCE E CARLE | AZ. OSPEDAL. S. CROCE E CARLE | > 40 % | < 33 % | n.37 donatori |
| AOU S. LUIGI GONZAGA | AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITA' S. LUIGI | 20 - 40 % | < 33 % | n.31 donatori |
| AOU MAGGIORE DELLA CARITA' NOVARA | OSPEDALE MAGGIORE DELLA CARITA' | > 40 % | < 33 % | n.37 donatori |

OBIETTIVO RAGGIUNTO: Parziale (autovalutazione 2/3 punti)**VALORE OSSERVATO**

- **Morti encefaliche:** nel 2018 il BDI è risultato pari al 100% (atteso 20-40%), a fronte di un 50% rilevato nel 2017. Sono stati segnalati 6 casi di ME su 6 compatibili.
- **Non opposizioni alla donazione:** abbiamo registrato il 50% di opposizioni alla donazione pari a 3 casi su 6 segnalati.
- **Prelievi di cornea:** nel 2018 sono stati effettuati n. 25 prelievi di cornee (n. 16 nel presidio di Vercelli e n. 9 nel presidio di Borgosesia) a fronte di un atteso di n. 13 donatori. Nel 2018 erano stati effettuati n. 18 donatori.



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

- Corso di formazione aziendale per gli operatori dei reparti dei due presidi "La donazione di cornee ed altri tessuti: identificazione e gestione del potenziale donatore e coordinamento delle fasi di prelievo" (7 edizioni a Vercelli e 4 a Borgosesia nel 2018 e in programma ulteriori edizioni per l'anno 2019).
- Corsi di sensibilizzazione al *procurement* attivo, di comunicazione del lutto e di richiesta di donazione per gli operatori della S.C. Anestesia e Rianimazione organizzati a Torino dalla Regione (CRP).
- *Procurement* attivo di cerebrolesi senza chance terapeutica.

Tutte le sopra citate attività/azioni proseguiranno nel 2019.

**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 4.7 Umanizzazione – ASL; AO; AOU

| SETTORE REFERENTE | Direzione Sanità |
|-------------------|---|
| DESCRIZIONE | <p>Il nuovo Patto per la salute 2014-2016 (Intesa rep. n. 82/CSR del 10 luglio 2014), all'articolo 4, recante "Umanizzazione delle cure", prevede che le Regioni, nel rispetto della centralità della persona nella sua interezza fisica, psicologica e sociale, si impegnano ad attuare interventi di umanizzazione in ambito sanitario che coinvolgano gli aspetti strutturali, organizzativi e relazionali dell'assistenza. Nell'atto si conviene, tra l'altro, la predisposizione di un programma annuale di umanizzazione che comprenda la definizione di almeno un'attività progettuale in tema di formazione del personale ed un'altra in tema di cambiamento organizzativo.</p> <p>Il Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2015, approvato con DCR n. 167-14087 del 3 aprile 2012, ha previsto l'adozione di strumenti finalizzati allo sviluppo del processo di empowerment attraverso il rafforzamento delle sue tre componenti fondamentali: il "controllo" riferito alla capacità di influenzare le decisioni che riguardano la propria esistenza; la "consapevolezza critica" consistente nella comprensione del funzionamento delle strutture di potere e dei processi decisionali, di come i fattori in gioco vengono influenzati e le risorse mobilitate; la "partecipazione" attinente all'operare insieme agli altri per ottenere risultati desiderati e condivisi. 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. 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>Nell'annualità 2017 la Regione, unitamente alle ASR, ha partecipato alla 3ª fase del progetto nazionale che prevedeva, a livello aziendale, un'ulteriore fase di valutazione con riguardo a nuovi item definiti da AGENAS nonché un generale aggiornamento della checklist sulla base delle nuove risultanze aziendali conseguenti alle azioni di miglioramento implementate a livello aziendale.</p> <p>Nell'annualità 2017, inoltre, la Regione, con DGR n. 101-5530 del 3.8.2017, ha assegnato ai Direttori Generali delle ASR ulteriori obiettivi, non specificamente oggetto del monitoraggio realizzato nell'ambito del programma nazionale, idonei a misurare la qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie con riferimento alla personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza. In particolare il monitoraggio ha riguardato i progetti aziendali di sostegno ai pazienti nella fase successiva alle dimissioni (con particolare attenzione alle patologie croniche: paziente post ictus, con malattie cardiovascolari, parkinson, psichiatriche, ecc...), l'istituzione nelle unità operative delle strutture ospedaliere di luoghi/orari predefiniti per il colloquio clinico fra medici curanti e parenti dei ricoverati, l'istituzione di Commissioni miste conciliative per far fronte alle segnalazione pervenute e fornire adeguate informazioni nell'ottica della conciliazione dei conflitti.</p> <p>Anche con riguardo all'annualità 2018 si ritiene, in coerenza con la normativa e gli atti sopracitati, nonché in continuità con le iniziative in tema di umanizzazione avviate a livello regionale nel corso degli ultimi anni, di prevedere nell'ambito degli obiettivi da assegnare per l'annualità 2018 ai Direttori generali delle ASR uno specifico obiettivo finalizzato alla verifica della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie con riferimento all'umanizzazione dell'assistenza.</p> <p>Le attività di coordinamento a livello regionale delle equipe territoriali nonché la valutazione ed il monitoraggio delle azioni di miglioramento saranno realizzate dalla Cabina di regia regionale.</p> |
| INDICATORE | <p>1. Aggiornamento Piani di miglioramento aziendali sulla base delle risultanze della 3ª fase del programma nazionale di valutazione partecipata della qualità delle strutture di ricovero nonché delle eventuali criticità evidenziate in sede di attuazione degli ulteriori obiettivi di umanizzazione assegnati con DGR n. 101 del 3.8.2017 e di eventuali altri item definiti a livello regionale.</p> <p>Implementazione/completamento azioni correttive di rilevanza aziendale individuate nei Piani di miglioramento</p> |
| VALORE OBIETTIVO | 1. Azioni di miglioramento implementate/completate. |
| FONTE DATI | Documentazione trasmessa dalle ASR; verifiche effettuate dalle equipe territoriali e dalla Cabina di Regia Regionale. |

**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 | <ul style="list-style-type: none">- azioni implementate 100% 5 PUNTI- azioni implementate > 50% < 100% 2,5 PUNTI- azioni implementate < 50% 0 PUNTI |
| TRACKING | <ul style="list-style-type: none">▪ Incontri di monitoraggio obiettivi▪ 31.12.2018 |
| PUNTEGGIO | 5/100 |
| NOTE | |

OBIETTIVO RAGGIUNTO: parzialmente (autovalutazione 3,5/5 punti)**AZIONI INTRAPRESE**

Il Piano di miglioramento dell'anno 2017 fu redatto per tutti gli item critici e a tutte le strutture aziendali furono assegnati obiettivi in funzione di tale piano di miglioramento.

A fronte della implementazione del Piano, su **73 azioni correttive** ne furono realizzate 59.

Relativamente a quelle mancanti sono stati assegnati obiettivi alle strutture coinvolte con i seguenti risultati:

Sono stati conclusi i seguenti progetti:

- Percorso paziente fragile
- Nuovo centro della memoria
- Traduzione multilingua di documentazione informativa per i pazienti

Sono in corso i seguenti progetti:

- Percorso disabili con parcheggio interno dedicato: la implementazione è stata rimandata ad inizio anno 2019 in quanto il percorso previsto dal progetto è stato temporaneamente utilizzato per il passaggio dei pazienti in ingresso al DEA a causa della impraticabilità dell'ingresso proprio causa lavori di ristrutturazione, che è indipendente dalle attività dell'ASL.
- Area verde attrezzata: sono stati acquistati tutti gli arredi necessari, ma la piantumazione e la messa a dimora delle nuove siepi è stata rimandata a marzo 2019 al fine di garantire l'attecchimento delle piante
- Sala lettura/biblioteca: la implementazione è soggiacente allo spostamento della dialisi presso i nuovi locali individuati all'interno del presidio che, pur previsto entro l'anno 2018, ha subito rallentamenti tecnici e si prevede per metà 2019



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

- Convenzione per servizio di barbiere/parrucchiere è stata esperita una gara di appalto che è andata deserta. Tale risultato è indipendente dalle attività dell'ASL
- Posizionamento di tende divisorie nelle camere di degenze: l'implementazione è quasi terminata, avendo dato la priorità a camere di degenza a più di due letti.

**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 5.1 Assistenza Farmaceutica Territoriale ed Ospedaliera: appropriatezza prescrittiva e riduzione della variabilità ASL/AO/AOU

| | |
|------------------------------|---|
| 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". Conseguentemente (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> <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>Farmaci ambito ospedaliero</p> <ol style="list-style-type: none">6. ATC=J01 (Antibatterici per uso sistemico in ambito ospedaliero);7. ATC=J02 (Antimicotici per uso sistemico in ambito ospedaliero). |
| INDICATORE | <p>Per le 5 ATC in ambito territoriale: spesa 2017 – spesa di riferimento calcolata sulla spesa pro capite del best performer.</p> <p>Per le 2 ATC in ambito ospedaliero: rapporto fra le giornate di terapia a richiesta motivata ed il totale delle giornate di terapia.</p> |
| VALORE DELL'OBIETTIVO | <p>La spesa in regime convenzionale nel 2018 per i farmaci:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Inibitori di Pompa Acida (ATC=A02BC)2. Antibatterici per uso sistemico in ambito territoriale (ATC=J01)3. Betabloccanti, Calcio-Antagonisti, Sostanze ad azione sul sistema Renina- Angiotensina (ATC=C07, C08 e C09)4. Antidepressivi (ATC=N06A)5. Farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie (ATC=R03) <p>ha quale riferimento la spesa pro-capite (per popolazione pesata) registrata dall'ASL best performer nel 2017 per singola molecola. Ogni ASL deve ridurre di almeno il 50% lo scostamento tra la propria spesa pro-capite (per popolazione pesata) e quella di riferimento dell'azienda best performer;</p> |

**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@ec.aslvc.piemonte.it

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

| | |
|-------------------|---|
| | Farmaci ambito ospedaliero L'obiettivo 2018 per i farmaci antibatterici (ATC=J01) e antimicotici (ATC=J02) ad uso sistemico in ambito ospedaliero ha quale riferimento il rapporto fra le giornate di terapia dei farmaci soggetti a richiesta motivata dell'AO/AOU sul totale delle giornate di terapia rispettivamente dei gruppi ATC J01 e J02 registrati nella AO/AOU best performer nel periodo 01 ottobre 2016 - 30 settembre 2017. Ogni singola AO/AOU deve riportare nel 2018 una percentuale pari o comunque non superiore a quella di riferimento dell'azienda best performer. L'obiettivo si considera raggiunto anche in presenza di uno scostamento rispetto al valore best performer non superiore al 10 %. |
| FONTE DATI | Flussi informativi regionali: Flusso ricette prescrizioni farmaceutiche e Flusso H |
| SCALA | ATC da 1 a 5: per ogni singola ATC, il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2018 tra valore di partenza (spesa 2017) 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 2017. 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 2017. |
| TRACKING | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontri di monitoraggio obiettivi. Periodicamente il settore competente provvederà ad inviare alle singole aziende i dati inerenti l'obiettivo; ▪ valutazione finale sulla base dei dati al 31.12.2018. |
| PUNTEGGIO | ASL 5/100 AO; AOU 3/100 |
| 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 4/5 punti)**VALORE OSSERVATO**

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

Tabella 1. Obiettivo 5.1 - 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 2017 e spesa pro-capite ASL best performer - ATC = A02BC (Inibitori pompa acida) | € 9,75 - 11,80 | 1 | €10,93 | Raggiunto all'89,1% |
| Riduzione di almeno il 50% dello scostamento tra spesa convenzionata ASL VC anno 2017 e spesa pro-capite ASL best performer - ATC = J01 (Antibatterici per uso sistemico in ambito territoriale) | € 7,52 - 8,33 | 1 | € 8,06 | Raggiunto al 93,3% |
| Riduzione di almeno il 50% dello scostamento tra spesa convenzionata ASL VC anno 2017 e spesa pro-capite ASL best performer - ATC = C07, C09, C09 (Betabloccanti, Calcio-antagonisti, Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina) | € 29,06 - 31,64 | 1 | € 30,49 | Raggiunto al 95,3% |
| Riduzione di almeno il 50% dello scostamento tra spesa convenzionata ASL VC anno 2017 e spesa pro-capite ASL best performer - ATC = N06A (Antidepressivi) | € 6,62 - 6,92 | 0 | € 7,12 | NO |
| Riduzione di almeno il 50% dello scostamento tra spesa convenzionata ASL VC anno 2017 e spesa pro-capite ASL best performer - ATC = R03 (Farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie) | € 13,46 - 13,60 | 1 | € 13,01 | Raggiunto al 103% |



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

Per monitorare la variabilità prescrittiva dei gruppi terapeutici individuati dalla Direzione Sanità della Regione Piemonte sono stati estratti ed analizzati, mensilmente, i dati forniti dal Sistema Tessera Sanitaria attivato dal MEF.

Ad integrazione dei dati di spesa sono stati valutati anche i consumi in termini di quantità di farmaci prescritti espresse attraverso l'indicatore DDD/1000 abitanti die: numero medio di dosi di farmaco consumate giornalmente da 1000 abitanti. In particolare sono stati considerati e messi a confronto i dosaggi a maggior impatto sulla spesa. La fonte è rappresentata dal database IQUVIA fornito dalla ditta IMS HEALTH con cui l'ASL VC ha rinnovato la convenzione (Deliberazione n. 563 del 12 giugno 2017).

Poiché nel primo semestre 2018 l'obiettivo si raggiungeva solo per gli inibitori di pompa acida (A02BC) e per i farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie (R03) è stata inviata a tutti gli specialisti ospedalieri la nota prot. 34603 del 4 luglio 2018, per incentivarli a prescrivere, dopo dimissione da ricovero ospedaliero o dopo visita ambulatoriale, i farmaci relativi al primo ciclo completo di terapia, perché l'implementazione della distribuzione diretta riduce la spesa farmaceutica convenzionata.

Per gli inibitori di pompa acida e gli antibiotici, in particolare i fluorochinoloni, sono state inoltre inviate le seguenti comunicazioni sia ai MMG (Medici Medicina Generale) sia agli specialisti ospedalieri: n. 34185 del 2 luglio 2018, n. 34706 del 4 luglio 2018, n. 55891 del 5 novembre 2018, n. 59368 del 21 novembre 2018 contenenti richiami sull'appropriatezza prescrittiva.

Inoltre, d'accordo con il Direttore del Distretto, durante gli incontri dell'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali, organizzati a Vercelli in data 27.07.2018, 05.10.2018 e 14.12.2018 e a Borgosesia in data 25.07.2018, 10.10.2018 e 05.12.2018, nei quali è stata richiamata l'attenzione dei MMG sulla prescrizione dei gruppi terapeutici sottoposti a monitoraggio.

In particolare è stato distribuito a tutti i MMG un report in cui è stato descritto l'andamento degli indicatori riportati nella Tabella 1 e sono state inserite, nella sezione "Discussione", le eventuali azioni correttive.

Con il Responsabile aziendale del Rischio Clinico sono stati organizzati audit aziendali, in presenza dei medici prescrittori di farmaci appartenenti ai gruppi terapeutici oggetto di monitoraggio, finalizzati a individuare uno strumento idoneo ad assicurare la loro prescrizione appropriata a seguito di dimissione ospedaliera o di visita specialistica ambulatoriale.

Il documento output di tali incontri "Rapporto di audit - appropriatezza prescrittiva dei farmaci" è stato diffuso a tutte le strutture aziendali.

Il complesso delle azioni attivate ha comportato, nel 2018, una riduzione sia di tutta la spesa convenzionata pro-capite dell'ASL VC del 4% (valore regionale 5%) sia, rispetto alla best performer, della spesa relativa a tutte le classi di farmaci sottoposte a monitoraggio tranne che per gli antidepressivi (Tabella 1), per i quali è stato osservato che le prescrizioni provengono prevalentemente dagli specialisti privati. Sarà adottata, quale azione di miglioramento, la stesura



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

di un documento di appropriatezza sulla prescrizione dei farmaci antidepressivi improntato sui seguenti criteri:

- nessuna differenza di efficacia tra i principali antidepressivi di nuova generazione, ma solamente caratteristiche diverse in termini di latenza terapeutica ed effetti indesiderati;
- individuazione, da parte delle più autorevoli linee guida internazionali, degli SSRI quali farmaci di prima scelta;
- coniugazione del rapporto beneficio/rischio con il rapporto beneficio/costo;
- preferenza del farmaco a costo minore a parità di efficacia e di applicabilità al singolo paziente.

**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 5.2 Miglioramento della qualità del flusso informativo dei dispositivi medici ASL/AO/AOU

| | |
|------------------------------|---|
| 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 2016" a cura del Ministero della salute. |
| INDICATORE | <p>1. Rapporto tra i dati di consumo aziendale dei dispositivi medici ed i costi rilevati dal modello di conto economico. I dati riguardano i dispositivi medici (B.1.A.3.1) e i dispositivi medici impiantabili attivi (B.1.A.3.2). Ovvero:</p> <p style="text-align: center;">Flusso Consumi DMRP 2018 (esclusa la CND W – Dispositivi medico-diagnostici in vitro)</p> <hr style="width: 50%; margin: auto;"/> <p style="text-align: center;">CE 2018 (Voci B.1.A.3.1 + B.1.A.3.2);</p> <p>2. Compilazione dei campi "Identificativo Contratto" e "Codice CIG" del tracciato Contratti (DMRP-Contratti) del flusso regionale DMRP (rispettivamente campo 16.0 e campo 32.0 del Tracciato Contratti indicato nel Disciplinare regionale del flusso DMRP, reperibile su Sistema Piemonte all'indirizzo http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/143-flussiinformativi-regionali/3068-nuovi-flussi) con un CIG per lotto.</p> <p>3. Compilazione del campo "Forma di negoziazione" del tracciato Contratti del flusso regionale DMRP, per ognuno dei record inviati al flusso (campo 20.0 del Tracciato Contratti indicato nel Disciplinare regionale del flusso DMRP, reperibile su Sistema Piemonte).</p> |
| VALORE DELL'OBIETTIVO | <p>1. Coerenza, con un margine di tolleranza del +/- 5%, tra la spesa aziendale per DM rilevata da flusso DMRP rispetto ai costi imputati da CE alle voci:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ B.1.A.3.1 (dispositivi medici); ▪ B.1.A.3.2 (dispositivi medici impiantabili attivi); <p>2. Almeno il 95% dei codici CIG inseriti nei campi "Identificativo Contratto" e "Codice CIG" inviati al flusso DMRP-Contratti nel 2018 deve trovare corrispondenza nell'archivio dei codici CIG rilasciati dall'ANAC;</p> <p>3. Almeno il 95% dei record inviati al flusso DMRP-Contratti nel 2018 deve presentare la compilazione del campo "Forma di negoziazione".</p> |
| FONTE DATI | Flusso DMRP/CE - Tracciati Contratti e Consumi |
| SCALA | <p>1. SI/NO (1-0)</p> <p>2. SI/NO (1-0)</p> <p>3. SI/NO (1-0)</p> <p>Ogni sub-obiettivo pesa, rispetto al punteggio dell'obiettivo, rispettivamente il:</p> <p>1. 40%</p> <p>2. 30%</p> <p>3. 30%</p> |
| TRACKING | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontri di monitoraggio obiettivi; ▪ Riunioni periodiche svolte con referenti del settore regionale responsabile, ASR e CSI nel 2018; ▪ valutazione finale sulla base dei dati al 31.12.2018. |

**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@ec.aslvc.piemonte.it

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

| | |
|------------------|------------------------------------|
| PUNTEGGIO | ASL 3/100 AO; AOU 5/100 |
| NOTE | |

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

1. La coerenza rilevata nell'ultimo monitoraggio disponibile di gennaio 2019 è del 95,99%.
2. La coerenza rilevata nell'ultimo monitoraggio disponibile di dicembre 2018 è del 100%.
3. Poiché sono stati compilati tutti i dati richiesti alla ditta Engineering in base a quanto indicato nell'obiettivo ed inseriti nella procedura, si stima un raggiungimento del 100%.

AZIONI INTRAPRESE

1. Nel corso del primo semestre sono state individuate le singole voci all'interno della procedura che non confluiscono nel flusso dei dispositivi medici. Nel corso di tale analisi è stato riscontrato che i kit che confluiscono nel conto economico preso in esame, non dispongono di codice repertorio, in quanto trattasi di aggregato di singoli dispositivi codificati però con un unico prodotto come offerto nelle sedi di gara (previsto anche dal Ministero della Salute). Nel corso dell'anno la Farmacia Ospedaliera ed il Provveditorato hanno provveduto a correggere alcune anomalie riscontrate in anagrafica prodotti. Inoltre sono stati collocati nel conto di materiale sanitario tutti i prodotti che non dispongono di codice repertorio e che pertanto non potevano venire considerati dispositivi.
2. Dall'ultima reportistica pervenuta dalla Regione, si registra una corrispondenza del 100% (al netto degli smart CIG)
3. Con la società che gestisce il software Amministrativo si è provveduto a fare inserire tale campo ed a farlo valorizzare con un valore atteso pari al 100%

**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 5.3 Contenimento della spesa aziendale per l'acquisto di Dispositivi Medici ASL/AO/AOU

| | |
|------------------------------|--|
| 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>I dati di Conto Economico dei primi nove mesi del 2017, comprendenti le voci BA0220 (Dispositivi medici) e BA0230 (Dispositivi medici impiantabili attivi), evidenziano il mancato rispetto del tetto di spesa previsto dalla normativa vigente.</p> <p>Inoltre, in considerazione dell'aggiudicazione della gara organizzata dalla società di committenza regionale (SCR), rispetto alla fornitura di presidi per l'autocontrollo della glicemia e servizi connessi per le Aziende del Servizio Sanitario Regionale, 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 a consolidare l'utilizzo appropriato dei presidi oggetto di gara da parte della società di committenza regionale (SCR). In proposito occorre sottolineare che i due sub-obiettivi non intendono 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 | <ol style="list-style-type: none"> Spesa per Dispositivi Medici (voce di CE considerata: BA0220 e BA0230): mantenimento della spesa dell'anno 2017. Presidi per l'autocontrollo della glicemia e servizi connessi per le aziende del SSR: <ol style="list-style-type: none"> rapporto fra il numero delle strisce per la rilevazione della glicemia erogate da ogni singola azienda sanitaria in regime convenzionale sul totale delle strisce erogate; rapporto tra le "strisce SCR" e le "strisce Consip". |
| VALORE DELL'OBIETTIVO | <ol style="list-style-type: none"> Spesa per Dispositivi Medici (voce di CE considerata: BA0220 e BA0230): per ogni singola Azienda, ha quale riferimento i valori di CE di Consuntivo dell'anno 2017. Ogni singola Azienda deve mantenere o ridurre il proprio valore. Per i presidi per l'autocontrollo della glicemia e servizi connessi per le aziende del SSR il valore obiettivo è rappresentato: <ol style="list-style-type: none"> dalla riduzione per ogni ASL di almeno il 50% dello scostamento tra la propria percentuale con quella dell'azienda best performer, riferita all'anno 2017, relativa al numero di strisce erogate in regime convenzionale sul totale delle strisce erogate (convenzionale + DpC). Per l'ASL best performer il raggiungimento dell'obiettivo prevede il miglioramento/mantenimento del dato 2017; Per ogni ASL il rapporto tra le "strisce SCR" e le "strisce Consip" non può presentare uno scostamento uguale o superiore al 20% rispetto al valore dell'azienda best performer fatto registrare nel 2018. |
| FONTE DATI | Flusso DMRP/CE |
| SCALA | <ol style="list-style-type: none"> Spesa per Dispositivi Medici (voce di CE considerata: BA0220 e BA0230): SI/NO (0-1). 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 come da Consuntivo CE 2017. La valutazione terrà in considerazione la produzione delle prestazioni sanitarie riferite alle categorie di DM oggetto di monitoraggio. Presidi per l'autocontrollo della glicemia e servizi connessi per le aziende del SSR: <ol style="list-style-type: none"> il raggiungimento del sub-obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2018 tra valore di partenza (2017) 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 2017; |

Pagina 59

STRUTTURA: DIREZIONE GENERALE

DIRETTORE: dott.sa Chiara SERPIERI

Indirizzo:

C.so Mario Abbiate n. 21 - 13100

Tel. 0161/593775 - 0161/593595

Fax: 0161/593768

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

VERCELLI

**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

| | |
|------------------|---|
| | b) SI/NO (0-1). Ogni sub-obiettivo pesa, rispetto al punteggio dell'obiettivo, rispettivamente il: 1. 60% 2. 40% |
| TRACKING | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontri di monitoraggio obiettivi. Periodicamente il settore competente provvederà ad inviare alle singole aziende i dati inerenti l'obiettivo; ▪ Riunioni periodiche svolte con referenti del settore regionale responsabile, ASR e CSI nel 2018; ▪ valutazione finale sulla base dei dati al 31.12.2018. |
| PUNTEGGIO | 5/100 |
| 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: SI (autovalutazione 5/5 punti)**Indicatore 1. Mantenimento spesa per Dispositivi Medici (voce di CE considerata: BA0220 e BA0230)****VALORE OSSERVATO**

Spesa complessiva pari a euro 11.218 a fronte di un preconsuntivo 2017 complessivo per entrambe le voci di costo pari a Euro 11.437

La spesa per dispositivi medici (BA0220 DM) rilevata nel 2018 è di 9.783,00 (€/000) a fronte di un atteso ≤ € 10.030,00 (€/000), mentre quella relativa ai dispositivi medici impiantabili attivi (BA0230) è 1.435,00 (€/000) a fronte di un atteso ≤ € 1.407,00 (€/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.

A fronte di un incremento di attività, si prevede una diminuzione del valore imputato a questi costi in quanto i prodotti senza codice repertorio sono confluiti nel conto 3 10 01 43 altro materiale sanitario. La somma dell'importo dei due conti è inferiore a quella dell'anno precedente.

AZIONI INTRAPRESE

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

**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@ec.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€).

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

VALORE OSSERVATO

- a) i dati presentati dal Settore Farmaceutico regionale nel corso dell'incontro svoltosi a Torino il 19 gennaio 2018, hanno evidenziato che la scrivente ASL ha l'incidenza più bassa di presidi distribuiti in convenzionata (CONV) rispetto alla Distribuzione per Conto (DPC) (12,5%): per tale motivo è stata individuata come *best performer*.

Tabella 1. Consuntivo 2018 della percentuale di strisce per l'automonitoraggio della glicemia in CONV vs Totale (DPC + CONV).

| ASL | PEZZI | | TOTALE (DPC + CONV) | % CONV SU TOTALE OSSERVATO | % CONV SU TOTALE ATTESO |
|---------------|-------------------|------------------|---------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| | DPC | CONV | | | |
| ASL AL | 3.414.975 | 1.114.755 | 4.529.730 | 24,6% | 12,50% |
| ASL AT | 1.566.400 | 269.317 | 1.835.717 | 14,7% | |
| ASL BI | 1.947.925 | 214.500 | 2.162.425 | 9,9% | |
| ASLE CN1 | 2.742.050 | 687.443 | 3.429.493 | 20,0% | |
| ASL CN2 | 1.164.475 | 322.417 | 1.486.892 | 21,7% | |
| ASL NO | 2.835.325 | 965.851 | 3.801.176 | 25,4% | |
| ASL EX TO1 | 4.139.325 | 1.254.545 | 5.393.870 | 23,3% | |
| ASL EX TO2 | 4.868.525 | 864.462 | 5.732.987 | 15,1% | |
| ASL TO3 | 5.590.800 | 1.515.029 | 7.105.829 | 21,3% | |
| ASL TO4 | 4.572.375 | 1.486.277 | 6.058.652 | 24,5% | |
| ASL TO5 | 2.624.175 | 731.718 | 3.355.893 | 21,8% | |
| ASL VC | 1.534.375 | 201.725 | 1.736.100 | 11,6% | |
| ASL VCO | 716.050 | 268.646 | 984.696 | 27,3% | |
| TOTALE | 37.716.775 | 9.896.685 | 47.613.460 | 20,8% | |

Poiché per l'ASL best performer il raggiungimento dell'obiettivo prevedeva il miglioramento o il mantenimento del dato 2017, l'ASL VC lo ha raggiunto perché addirittura ha avuto un miglioramento rispetto all'atteso ovvero 11,6% vs 12,50% (Tabella 1). **RAGGIUNTO**



- b) i dati inviati dal Settore Farmaceutico regionale, il 28 gennaio 2019, evidenziano che per l'ASL VC il rapporto tra le "strisce SCR" (Biochemical) e le "strisce Consip" (Sanofi) è pari al 49,2%, con uno scostamento superiore al 20% rispetto al valore dell'azienda best performer ASL TO3 (80,5%) (Tabella 2). **RAGGIUNTO**

Tabella 2. Valore medio 2018 della percentuale di strisce per l'automonitoraggio della glicemia Biochemical vs Totale (Sanofi + Biochemical).

| ASL | PEZZI DPC | | TOTALE | % SANOFI SU TOTALE |
|----------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| | SANOFI | BIOCHEMICAL | | |
| ASL AL | 1.639.875 | 1.775.100 | 3.414.975 | 52,0% |
| ASL AT | 592.800 | 973.600 | 1.566.400 | 62,2% |
| ASL BI | 548.325 | 1.399.600 | 1.947.925 | 71,9% |
| ASLE CN1 | 1.230.450 | 1.511.600 | 2.742.050 | 55,1% |
| ASL CN2 | 482.625 | 681.850 | 1.164.475 | 58,6% |
| ASL NO | 1.820.525 | 1.014.800 | 2.835.325 | 35,8% |
| ASL EX TO1 | 1.604.025 | 2.535.300 | 4.139.325 | 61,2% |
| ASL EX TO2 | 2.179.575 | 2.688.950 | 4.868.525 | 55,2% |
| ASL TO3 | 1.089.850 | 4.500.950 | 5.590.800 | 80,5% |
| ASL TO4 | 1.653.875 | 2.918.500 | 4.572.375 | 63,8% |
| ASL TO5 | 1.451.875 | 1.172.300 | 2.624.175 | 44,7% |
| ASL VC | 780.075 | 754.300 | 1.534.375 | 49,2% |
| ASL VCO | 182.900 | 533.150 | 716.050 | 74,5% |
| TOTALE | 15.256.775 | 22.460.000 | 37.716.775 | 59,5% |

AZIONI INTRAPRESE

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

- a) Il centro prescrittore S.S. Diabetologia e Malattie Endocrine, in tutte le sedi dell'ASL, ha collaborato attivamente al miglioramento del dato del 2017.
- b) I dati presentati dal Settore Farmaceutico regionale nel corso dell'incontro di Torino del 19 gennaio 2018 (prima che fosse pubblicata la D.G.R. n. 26-6421 del 26 gennaio 2018) hanno evidenziato, per l'ASL VC, un rapporto pari al 10% tra "strisce SCR" (Biochemical) e "strisce Consip" (Sanofi), compatibile con le indicazioni stabilite dalla circolare del Settore Farmaceutico Regionale n. 18652/A1404A del 14 settembre 2017, avente ad oggetto "Presidi per l'autocontrollo della glicemia. Disposizioni", che testualmente affermava "il sistema informatico RRD è aggiornato con i nuovi prodotti aggiudicati, pertanto i servizi di diabetologia possono indicare nei nuovi PAG il nuovo glucometro ed il corrispondente pungidito....." e poi ancora "resta inteso che le strisce Sanofi della



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@nec.aslvc.piemonte.it

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

precedente gara Consip continuano ad essere rese disponibili agli assistiti dotati dei rispettivi glucometri, fino a nuova comunicazione".

Gli specialisti diabetologi, recependo tali indicazioni, al fine di una gestione efficiente delle risorse, non hanno correttamente ritenuto di sostituire il glucometro Sanofi con quello Biochemical se non al rinnovo di PAG (annuale), atteso che il ciclo di vita di un reflottometro è pari a 1500 misurazioni (circa 1 anno).

Dopo la pubblicazione della succitata D.G.R. il sub obiettivo è stato monitorato mensilmente (figura 1), mantenendo però l'indicazione che i servizi di diabetologia **possono (non devono)** indicare nei nuovi PAG il nuovo glucometro ed il corrispondente pungidito.

Poiché, a giugno 2018, la differenza tra l'ASL VC e la best performer (ASL TO3) sfiorava il 40% (46% vs 85%), la SC Farmaceutica Territoriale ha chiesto in Regione un parere dirimente, finalizzato a sapere se i pazienti con glucometro Sanofi ancora funzionante e con PAG attivo dovessero essere richiamati per la sostituzione dell'apparecchio.

Avuta risposta affermativa dal Settore Farmaceutico Regionale, la SC Farmaceutica Territoriale ha coinvolto attivamente il Responsabile della S.S. Diabetologia e Malattie Endocrine, inviandogli diverse comunicazioni (nota prot. n. 35914 dell'11 luglio 2018, mail del 12 luglio e del 20 luglio 2018, mail del 28 settembre 2018) per indurlo a sostituire i glucometri della ditta Sanofi (ancora funzionanti) con quelli della Biochemical (SCR), in modo da favorire la distribuzione di queste ultime rispetto a quelle della Sanofi.

Di conseguenza (come si evince dalla figura 1), da giugno a dicembre si è registrato un'impennata del 45% (dal 46% al 91%), che ha consentito a dicembre quasi di annullare la differenza con l'ASL best performer (97% vs 91%).

Si può affermare, senza tema di smentite, che l'ASL di Vercelli ha tracciato un percorso virtuoso in termini di utilizzo efficace ed efficiente delle risorse: basti considerare che, a differenza di tutte le altre AA.SS.LL. del Piemonte, le scorte di strisce Sanofi del magazzino farmaceutico della DPC di Asti sono state utilizzate appunto dall'ASL di Vercelli.

Peraltro, la questione è stata ripetutamente posta all'attenzione durante gli incontri dei Direttori Generali in Regione.

Alla luce delle suesposte considerazioni, tenuto conto che le indicazioni del Settore Farmaceutico Regionale sono state date a luglio (mail dell'11 luglio 2018 acquisita al protocollo aziendale con n. 35844 di pari data) e preso atto dell'evidente miglioramento, l'obiettivo è da ritenersi raggiunto (Figura 1).



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

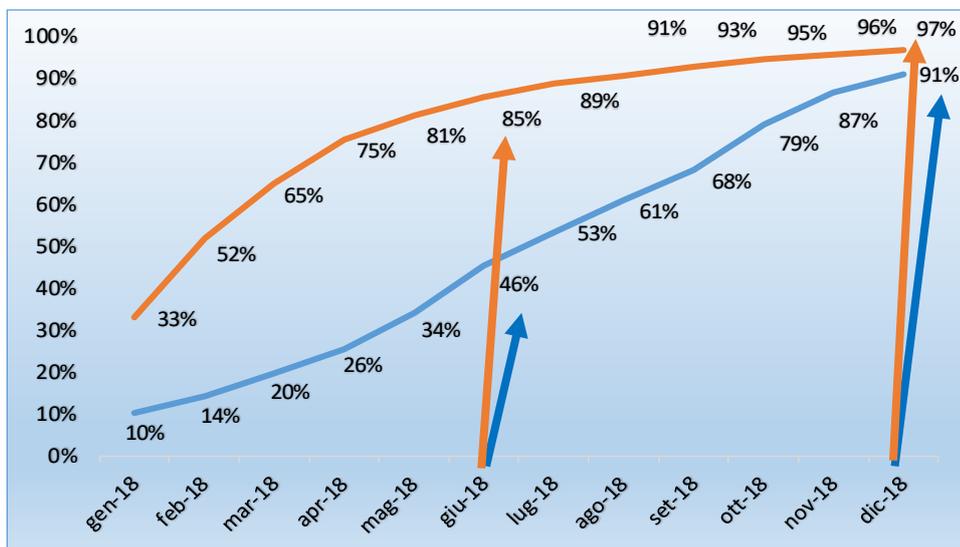


Figura 1. Andamento mensile della percentuale di strisce per l'automonitoraggio della glicemia Biochemical vs Totale (Sanofi + Biochemical).

**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 6.1 PNA - Dichiarazione pubblica di interessi – ASL; AO; AOU

| | |
|------------------------------|---|
| SETTORE REFERENTE | Sistemi Organizzativi e Risorse Umane del SSR |
| DESCRIZIONE | <p>“Al fine di agevolare un’omogenea applicazione di tale ulteriore misura da parte dei Soggetti destinatari del presente approfondimento, si rende disponibile sul sito istituzionale dell’Agenas una modulistica standard che costituisce in sé un modello di riferimento per l’identificazione da parte del dichiarante delle attività/interessi/relazioni da rendersi oggetto di dichiarazione pubblica. Tali modelli di dichiarazione possono essere introdotti dal management aziendale per assicurare la conforme adozione e utilizzati dai responsabili per la prevenzione della corruzione e della trasparenza per favorire l’implementazione di un flusso di informazioni su cui poter orientare le attività di controllo. Inoltre, poiché trattasi di strumento di garanzia del professionista sul piano individuale e della governance amministrativa a livello aziendale, se ne raccomanda la compilazione con cadenza annuale, salvo eventuali sopravvenute esigenze di aggiornamento.” - Determinazione A.N.AC n.12/2015, Aggiornamento al PNA 2015 – sezione sanità.</p> <p>Per favorire la compilazione di tale modulistica, AGENAS ha predisposto un apposito box «PNA –Sanità» al link http://pna-sanita.agenas.it/ dove è presente l’applicativo per la compilazione on line della modulistica, il relativo manuale di istruzioni, le domande/risposte frequenti (FAQ).</p> <p>Le Aziende aderenti dovranno inviare un foglio excel con l’elenco dei nominativi dei professionisti tenuti alla compilazione per la specifica azienda. Il foglio excel dovrà essere compilato secondo il modello scaricabile dal sito sopra descritto.</p> <p>I fogli excel dovranno pervenire per il tramite del Responsabile della Prevenzione della Corruzione aziendale al seguente indirizzo e-mail: pna-sanita@agenas.it</p> <p>Ogni professionista indicato riceverà le credenziali per accedere all’applicativo di compilazione web della modulistica inserendo nell’apposita area presente sempre nella pagina http://pnasanita.agenas.it/ lo stesso indirizzo e-mail indicato dall’Azienda.</p> |
| INDICATORE | <p style="text-align: center;">Utenti che hanno terminato la compilazione</p> <hr style="width: 50%; margin: auto;"/> <p style="text-align: center;">Utenti abilitati alla compilazione</p> |
| VALORE DELL’OBIETTIVO | 80% |
| FONTE DATI | Applicativo informatico: pna-sanita.agenas.it |
| SCALA | SI/NO (1/0) |
| TRACKING | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontri di monitoraggio obiettivi ▪ 31.12.2018 |
| PUNTEGGIO | 3/100 |

OBIETTIVO RAGGIUNTO: SI (autovalutazione 3/3 punti)**VALORE OSSERVATO** su 78 utenti abilitati hanno terminato la compilazione n. 74 dirigenti**AZIONI INTRAPRESE**

I solleciti inoltrati e l’aiuto fornito per la compilazione della dichiarazione, hanno consentito il raggiungimento dell’obiettivo.

**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 7.1 Fascicolo sanitario elettronico e Servizi on Line – ASL; AO; AOU

| | |
|--------------------------|--|
| SETTORE REFERENTE | Controllo di gestione e monitoraggio costi per i Livelli di Assistenza delle ASR |
| DESCRIZIONE | <p>Il progetto Fascicolo Sanitario Elettronico e servizi on line (FSE-Sol) rientra nel piano di “Strategia Digitale Italiana 2014-2020”, che prevede in Italia lo sviluppo di soluzioni di sanità digitale integrate, caratterizzate da una forte interazione dei sistemi informativi sanitari regionali e delle Aziende Sanitarie.</p> <p>Con il Programma SIRSE (approvato con DGR 21 aprile 2008, n. 15-8626) la Regione Piemonte ha inteso definire e assumere le linee di indirizzo degli interventi organizzativi e progettuali per lo sviluppo dei sistemi informativi del Servizio Sanitario Regionale piemontese, tenendo conto delle iniziative di evoluzione della Società dell’Informazione che la Regione aveva da tempo avviato sugli altri comparti della pubblica amministrazione, includendone il Fascicolo Sanitario Elettronico.</p> <p>Il Programma SIRSE ha definito un modello piemontese di “sanità in rete” nel quale le tecnologie ICT costituiscono fattore abilitante per la realizzazione dei nuovi modelli assistenziali identificati dai decisori del livello nazionale e regionale, in quanto capaci di facilitare l’accesso alle informazioni cliniche e la fruizione dei servizi di interesse sia da parte degli operatori sanitari che dei cittadini. Tale modello si basa sull’interoperabilità, ovvero sulla capacità di un sistema informativo di dialogare con altri sistemi informativi, in modo trasparente per l’utente e indipendentemente dalle tecnologie di realizzazione, rendendo accessibili in maniera diffusa dati, informazioni e servizi.</p> <p>Attraverso l’attuazione degli interventi declinati nella <u>Misura 3, Asse II, Ob. II.2c.2.1 di cui alla D.G.R. n. 19- 4900 del 20/4/2017</u>, la Regione Piemonte, in particolare, ha avviato un’importante progetto di evoluzione e diffusione sul territorio piemontese del Fascicolo Sanitario Elettronico e dei Servizi on-Line (FSE - SoL), che coinvolge i Cittadini, gli Operatori delle Aziende Sanitarie, i Medici di medicina generale e i Pediatri di libera scelta. Il fascicolo sanitario elettronico costituisce l’architettura informativa che abilita, anche, la realizzazione dei servizi digitali a corollario per cittadini e operatori sanitari. In quest’ambito rientrano diversi obiettivi concreti, raggiungibili tramite processi articolati quali, a titolo esemplificativo: la creazione dell’ecosistema dei servizi digitali fruibili in multicanalità (web, smartphone, tablet totem) nonché fruibili direttamente dai sistemi utilizzati dagli operatori sanitari.</p> <p>Il perseguimento dei citati obiettivi richiede, tra l’altro, un governo aziendale attivo che assicuri la realizzazione degli interventi preliminari di cui al Piano operativo aziendale per l’alimentazione del FSE-SoL Piemontese. Nell’ambito degli interventi di natura organizzativa, a titolo indicativo e non esaustivo, si richiamano i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ digitalizzazione completa dei documenti clinici riferiti alle prestazioni di “laboratorio analisi”, “radiologia”, “anatomia patologica”, “diabetologia” e “ricovero ospedaliero (lettera di dimissione)” al fine di assicurare al Fascicolo Sanitario elettronico la disponibilità di un primo nucleo informativo attraverso i software oggetto di intervento. (es. compilazione elettronica delle lettere di dimissione e/o dei referti, e apposizione della firma digitale (certificato digitale) ai documenti clinici; ▪ allestimento ed avvio delle sedi destinate ai “punti assistito” finalizzati a supportare il cittadino/utente nell’utilizzo degli strumenti di sanità digitale. <p>Inoltre, in attuazione tra l’altro al DM 2 novembre 2011 e le disposizioni regionali conseguenti, la ricetta cartacea, di cui al decreto 17 marzo 2008, è sostituita dalla ricetta dematerializzata generata dal medico prescrittore. In proposito, nel corso dell’esercizio 2018, gli Enti del SSR dovranno definire e porre in essere i necessari interventi finalizzati a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • completa dematerializzazione delle prescrizioni delle ricette mediche, da parte di tutti i medici autorizzati, nel rispetto delle normative nazionali che regolamentano la prescrizione medica (es. formazione, monitoraggio attivo, ecc); • garantire il completamento, nel rispetto delle normative nazionali, del ciclo di vita delle ricette dematerializzate (presa in carico ed erogazione) da parte di tutti gli erogatori autorizzati. |

**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

| | |
|------------------------------|--|
| INDICATORE | 1. Realizzazione, entro le tempistiche programmate, degli interventi preliminari declinati nel Piano operativo aziendale per l'alimentazione del FSE-SoL Piemontese. Le dichiarazioni aziendali saranno verificate attraverso il riscontro della documentazione clinica digitalizzata (laboratorio analisi, radiologia, anatomia patologica, diabetologia e lettera di dimissione ospedaliera) che sarà resa disponibile, entro il 31 dicembre 2018, nella piattaforma regionale del FSE-SoL. |
| VALORE DELL'OBIETTIVO | 100% |
| FONTI DATI | piattaforma regionale del FSE-SoL |
| SCALA | ▪ SI/NO (1-0) |
| TRACKING | ▪ Incontri di monitoraggio obiettivi ▪ 31.12.2018 |
| PUNTEGGIO | 3/100 |
| NOTE | |

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

L'ASLVC, Regione Piemonte e CSI Piemonte hanno sottoscritto in data 28 marzo 2018 il Piano Operativo prot. n. 17454 avente ad oggetto "Piano operativo FSE-SoL - Digitalizzazione e archiviazione documenti clinici prodotti dal LIS" costituente parte integrale e sostanziale del "Protocollo d'Intesa "Fascicolo sanitario elettronico e Servizi on line integrazione dei laboratori analisi" entrambi approvati con deliberazione del Direttore Generale n. 243 del 28 marzo 2018.

In data 20 dicembre 2018, a seguito delle attività di collaudo sono state validate con esito positivo le funzionalità d'integrazione tra Repository aziendale e il Fascicolo sanitario elettronico.

AZIONI INTRAPRESE

Con riferimento al progetto che prevede l'integrazione tra il sistema dipartimentale LIS ed il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) l'azienda ha effettuato gli interventi tecnici e organizzativi a carico della scrivente entro le tempistiche condivise ed in particolare le più rilevanti:

- l'aggiornamento del sistema dipartimentale LIS per l'apposizione della firma digitale di tipo PADES;
- l'aggiornamento delle integrazioni per la trasmissione del nuovo documento pdf, delle informazioni che consentono al cittadino ed al medico di regolamentare le politiche di accesso al documento clinico di un episodio di diagnosi e cura, nonché di quelle richieste dall'Infrastruttura Nazionale di Interoperabilità;



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

- interoperabilità delle informazioni relative alla gestione del consenso in coerenza con le modalità informative-informatiche

L'implementazione del sistema ha richiesto, inoltre, le seguenti attività interne:

- partecipazione attiva agli incontri di pianificazione delle attività e di contestualizzazione dei requisiti generali;
- validazione delle attività e specifiche tecnico-operative con le relative previsioni di spesa, riferite agli interventi che coinvolgono l'Azienda;
- pianificazione delle attività interne alla nostra Azienda, a titolo esemplificativo i fermi dei servizi, la formazione/informazione del personale;
- verifica, al termine delle attività di realizzazione, del corretto funzionamento delle funzionalità del prodotto (front office, back office, stampe, generazione flussi, etc.), ivi comprese le eventuali personalizzazioni specifiche per la nostra azienda già presenti ex-ante l'intervento in oggetto;
- verifica, al termine delle attività di realizzazione, del corretto funzionamento delle componenti di integrazione tra il sistema dipartimentale oggetto di intervento e le altre soluzioni interne o esterne al dominio della nostra azienda con le quali esso interagisce;
- coordinamento della presenza dei soggetti interni alla nostra organizzazione ed esterni (nostri fornitori) necessari per la corretta esecuzione delle attività di cui sopra, nonché per la gestione delle infrastrutture hardware e del software di base e d'ambiente sulle quali le stesse operano;
- sottoscrizione del verbale di corretta esecuzione delle attività

Vercelli, 25 febbraio 2019

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