

Obiettivi Direttore Generale 2° semestre - Allegato alla DGR 13-3924 del 15/10/2021

1. Gestione delle Risorse Strategiche	2
1.1 OBIETTIVO – Completamento degli interventi ex DGR n. 7-1492 del 12 giugno 2020 (PL di terapia intensiva; semi-intensiva e PS): ASL; AO; AOU	2
1.2 OBIETTIVO – Potenziamento dell’Assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale M6C1-PNRR: ASL; AO; AOU	4
1.3 OBIETTIVO – Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)- M6C2 investimento 1.3 PNRR: ASL; AO; AOU	6
1.4 OBIETTIVO – Monitoraggio attivo del Nuovo Sistema di garanzia (NSG): ASL; AO; AOU	10
1.5 OBIETTIVO – Accessibilità ai medicinali biologici: ASL; AO; AOU	17
1.6 OBIETTIVO – Piano di rilancio delle attività di prevenzione: ASL.....	19
2. Covid-19.....	20
2.1 OBIETTIVO – Prevenire l’infezione da Covid 19 attraverso l’attività di vaccinazione: ASL; AO; AOU	20
2.2 OBIETTIVO – Prevenire l’infezione da covid 19 attraverso il prelievo e l’effettuazione di tamponi: ASL; AO; AOU	22
3. Accessibilità... ..	23
3.1 OBIETTIVO – Recupero delle prestazioni di Ricovero di area medica e chirurgica: ASL; AO; AOU	23
3.2 OBIETTIVO – Recupero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale: ASL; AO; AOU	24
4 Qualità dell’assistenza.....	26
4.1 OBIETTIVO - Area Osteomuscolare: ASL; AO; AOU	26
4.2 OBIETTIVO - Tempestività nell’effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI: ASL; AO; AOU	28
4.3 OBIETTIVO - Appropriatezza nell’assistenza al parto: ASL; AO; AOU	29
4.4 OBIETTIVO - Donazioni d’organo: ASL; AO; AOU	31
4.5 OBIETTIVO – Miglioramento nella gestione e misurazione del boarding: ASL; AO; AOU	35

1. Gestione delle Risorse Strategiche

1.1 OBIETTIVO – Completamento degli interventi ex DGR n. 7-1492 del 12 giugno 2020 (PL di terapia intensiva; semi-intensiva e PS): ASL; AO; AOU

AZIONI INTRAPRESE

INDICATORI	1. PL terapia intensiva	Interventi programmati e realizzati al 31.12.2021
	2. PL terapia semi-intensiva	Interventi programmati e realizzati al 31.12.2021
	3. Interventi adeguamento PS	Interventi programmati e realizzati al 31.12.2021
	4. completamento provvedimenti	Provvedimenti idonei a garantire il rispetto del calendario previsto per gli esercizi successivi da adottare entro il 31.12.2021

In relazione alla tabella sopra descritta si comunica che con protocollo 0002008 del 13/01/2022 l'ASL di Vercelli ha trasmesso quanto riportato rispetto agli indicatori richiesti.

- Indicatori 1 (PL terapia intensiva) e 2 (PL terapia semi-intensiva) Ospedale S. Andrea di Vercelli: **I posti letto sono stati attivati entro la scadenza fissata nella colonna "Valore atteso"**
- **Indicatore 1** (PL terapia intensiva) e **indicatore 2** (PL terapia semi-intensiva) Ospedale di Borgosesia: **I posti letto non sono stati attivati entro il 31/12/2021.**

Il ritardo è dovuto a:

- 1) Rimodulazione dei quadri economici di spesa con Decreto del Ministero della Salute del 28 settembre 2021, con cui è stata autorizzata la rimodulazione dei piani di attuazione, di cui all'art. 2 del Decreto Legge 34 del 19 maggio 2020.
- 2) Necessità di spostamento di alcune attività presenti presso l'ospedale in strutture esterne tramite locazione passiva, al fine di poter ampliare le aree oggetto di intervento dei lavori. Stato di fatto al 21/12/2021: in validazione la Progettazione Esecutiva - Previsione di ultimazione lavori: 31/07/2022

- **Indicatore 3** (Interventi adeguamento PS): Ospedale S. Andrea di Vercelli: **I lavori non sono stati ultimati entro il 31/12/2021.**

Il ritardo è dovuto a:

- 1) Rimodulazione dei quadri economici di spesa con Decreto del Ministero della Salute del 28 settembre 2021, con cui viene autorizzata la rimodulazione dei piani di attuazione, di cui all'art. 2 del Decreto Legge 34 del 19 maggio 2020.

Stato di fatto al 21/12/2021: lavori in corso - Previsione di ultimazione lavori: 30/06/2022

- **Indicatore 3** (Interventi adeguamento PS): Ospedale di Borgosesia: **I lavori non sono stati ultimati entro il 31/12/2021.**

Il ritardo è dovuto a:

- 1) Rimodulazione dei quadri economici di spesa con Decreto del Ministero della Salute del 28 settembre 2021, con cui è stata autorizzata la rimodulazione dei piani di attuazione, di cui all'art. 2 del Decreto Legge 34 del 19 maggio 2020.
- 2) Spostamento di alcune attività presenti presso l'ospedale in strutture esterne tramite locazione passiva, al fine di poter ampliare le aree oggetto di intervento dei lavori

Stato di fatto al 21/12/2021: in validazione la Progettazione Esecutiva - Previsione di ultimazione lavori: 31/05/2022

- **Indicatore 4:** il piano di interventi non rispetta completamente le date indicate nelle voci precedenti.

1. Gestione delle Risorse Strategiche

1.2 OBIETTIVO – Potenziamento dell'Assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale M6C1-PNRR: ASL; AO; AOU

AZIONI INTRAPRESE

INDICATORI	
	1 (ASL) Ricognizione siti idonei per Cdc; COT e OdC entro il 10 settembre 2021
	2 (ASL) Individuazione siti di realizzazione concordati con la Direzione Sanità e Welfare per Cdc; COT e OdC entro il 1° dicembre 2021
	3 (AO/AOU) verbale di incontro ed esiti con la ASL di riferimento

Con riferimento agli indicatori n. 1 - 2 sopra descritti la S.C. Distretto Sanitario, con la Direzione Generale, supportata dalla S.C. Risorse Umane e S.S. Controllo Gestione, in condivisione con la S.C. ICT ha avviato la mappatura dei siti territoriali dislocati nell'ambito della ASL VC.

Si è proceduto, partendo dalle realtà attuali già in essere, a valutare sia sotto l'aspetto orografico, sia di densità di popolazione l'ubicazione più funzionale, anche in riferimento alla dislocazione dei due presidi ospedalieri (Vercelli-Borgosesia), la redistribuzione e l'individuazione delle Cdc, COT e OdC. A tal riferimento è stato inviato il file analitico con la richiesta di individuazione di realizzazione delle strutture nelle seguenti date:

03/09/2021 prot. num. 0048370

13/09/2021 prot. num. 0050249

03/11/2021 prot. num. 0061208

In sintesi, alla luce dell'analisi e in accordo con i competenti uffici regionali, saranno realizzati, sul territorio, i seguenti servizi:

1) CASE DI COMUNITÀ

Sedi

- **Vercelli:** i locali sono stati individuati nella Palazzina di proprietà della ASL VC - Via Crosa ove verranno fatte confluire le attività, le risorse, individuate dal PNRR (COT, CENTRALE ADI, MEDICINA di GRUPPO, PUA, ambulatori specialistici, sportelli front-line etc...). La Palazzina di Via Crosa, è collocata in centro città con ampia fruibilità di accesso e parcheggio

per utenza, nonché baricentrica rispetto alle attività ospedaliere e poliambulatoriali ora erogate presso la Piastra Poliambulatoriale della S.C. Distretto Sanitario ASL VC.

- **Santhià (VC):** presso ex Ospedale. In tale sede operano ADI, Medicina di Gruppo, Attività Distrettuali (CUP, SCELTA REVOCA, PROTESICA)
- **Varallo Sesia (VC):** è prevista una Casa di Comunità ove operano MMG, Attività Specialistica e attività Distrettuali.

2) OSPEDALE DI COMUNITÀ

- Sarà realizzato presso la struttura dell'ex Ospedale di Gattinara (VC), sede attuale della S.S. Hospice e sede di CAVS e CAL, nonché di attività specialistiche ambulatoriali e radiologiche. In tale sede è già presente sportello degli Assistenti sociali ed attività distrettuali (CUP, scelta e revoca, protesica ecc.) e MMG.

3) CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI

- Vercelli: la COT sarà collocata nella Casa di Comunità di Via Crosa.
- Serravalle Sesia, in quanto baricentrica rispetto a Borgosesia - Gattinara e Coggiola sarà la sede della seconda COT. In tale sede è già attiva la Medicina di équipe con attività ambulatoriali da parte dei MMG.

Un'altra attività prevista a livello aziendale, è il potenziamento delle sedi di Coggiola e Cigliano (punti di erogazione delle prestazioni Distrettuali) rispetto alle attività di telemedicina e con una ottimizzazione dei servizi.

Sul Territorio della Alta Valsesia è previsto il Centro Medico di Alagna (già attivo) con presenza di IFEC, Telemedicina, MMG.

Si precisa che sul territorio dell'ASL di Vercelli sono già attive n.8 Infermiere di Comunità (ora operative presso le sedi di Santhià, Cigliano e Borgo D'Ale). In proiezione futura saranno previste un totale di 28 IFEC con progetti di monitoraggio di macro aree, implementazione strumenti di telemedicina, che si inseriranno nei percorsi assistenziali tramite l'integrazione e l'interazione delle attività con MMG, specialisti ospedalieri e assistenti sociali.

1. Gestione delle Risorse Strategiche

1.3 OBIETTIVO – Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)- M6C2 investimento 1.3 PNRR: ASL; AO; AOU

AZIONI INTRAPRESE

INDICATORI	sub-obiettivo 1.3.1	Conferimento nel FSE delle lettere di dimissione ospedaliera (LDO), i verbali di pronto soccorso (VPS), i referti di anatomia patologica (AP) ed i referti di radiologia (RIS) e relative immagini.
	sub-obiettivo 1.3.2	Trasmissione della relazione sullo stato di implementazione delle prestazioni ambulatoriali erogate in Televisita e definizione della programmazione delle attività per l'annualità 2022.
VALORE DELL'OBIETTIVO	sub-obiettivo 1.3.1	<ul style="list-style-type: none"> Trasmissione della documentazione aziendale attestante l'avvio degli interventi informatici entro settembre 2021. Conferimento della documentazione sanitaria entro il 31.12.2021.
	sub-obiettivo 1.3.2	<ul style="list-style-type: none"> Relazione di sintesi inviata entro il 31.12.2021. Adozione del modulo PagoPA Mod 3 per le prestazioni prenotate a CUP entro il 30.11.2021.

Sub-obiettivo 1.3.1

Per quanto concerne il sub-obiettivo 1.3.1, l'ASL VC ha ottemperato a quanto richiesto fin dal dicembre 2020. In particolare, si riporta di seguito la cronologia dei vari conferimenti al FSE:

1. LDO da dicembre 2019
2. Referti di Anatomia Patologica da dicembre 2019;
3. VPS da agosto 2020;
4. Referti di Radiologia da luglio 2020;
5. Immagini radiologiche da ottobre 2020.
6. Referti di specialistica ambulatoriale da dicembre 2020

Per quanto concerne il servizio ROL (ritiro referti on-line), già nel 2020 si è provveduto a garantire il ritiro dei Referti di Radiologia e delle relative Immagine in conformità a quanto richiesto dalla Direzione Sanità della Regione Piemonte.

Inoltre, nel corso del 2021 sono stati digitalizzati e conferiti al FSE i referti di Diabetologia e gli atti operatori.

In relazione alla trasmissione della documentazione aziendale attestante l'avvio degli interventi informatici In relazione all'informatizzazione degli interventi, è stato trasmesso il protocollo n.65700 del 24.11.2021

Nel corso del 2021 è stata redatta una procedura (indicizzata dalla SS Qualità con identificativo ICT.PO.2776.00) che disciplina l'erogazione delle prestazioni sanitarie in Telemedicina. In tale procedura è stato indicato il Campo di Applicazione, sono state introdotte le diverse Definizioni sul tema, definite le Modalità Operative, individuate le Responsabilità, specificate le Modalità di Verifica e gli Indicatori.

Successivamente sulla piattaforma CUP Unico Regionale sono state configurate le agende riservate alle prestazioni in Telemedicina. In particolare sono state create le agende di seguito elencate:

Descrizione struttura	Descrizione Presidio	Descrizione erogatore
TELEMEDICINA - ACCETTAZIONE PNEUMOLOGIA - VERCELLI	OSPEDALE S'ANDREA VERCELLI	OSPEDALE S'ANDREA Pneumologia
TELEMEDICINA - ACCETTAZIONE PEDIATRIA - VERCELLI	OSPEDALE S'ANDREA VERCELLI	OSPEDALE S'ANDREA Pediatria
TELEMEDICINA - AMBULATORIO CURE PALLIATIVE - GATTINARA	CASA DELLA SALUTE - GATTINARA	CASA DELLA SALUTE GATTINARA CURE PALLIATIVE
TELEMEDICINA - AMBULATORIO ONCOLOGIA -RISERVATA INF	OSPEDALE S'ANDREA VERCELLI	OSPEDALE S'ANDREA Oncologia
TELEMEDICINA - AMBULATORIO ONCOLOGICA -RISERVATA MEDICI	OSPEDALE S'ANDREA VERCELLI	OSPEDALE S'ANDREA Oncologia
TELEMEDICINA - AMBULATORIO PSICOLOGICO IN NEFROLOGIA	OSPEDALE S'ANDREA VERCELLI	OSPEDALE S'ANDREA PSICOLOGIA
TELEMEDICINA - CENTRO OSTEOPOROSI RRF - PIASTRA AMBULATORIALE VERCELLI	OSPEDALE S'ANDREA VERCELLI	OSPEDALE S'ANDREA Recupero e riabilitazione funzionale
TELEMEDICINA - CENTRO OSTEOPOROSI RRF BORGOSIESA	OSP.SS.PIETRO PAOLO BORGOSIESA	OSP SS.PIETRO E PAOLO-BORGOS. Recupero e riabilitazione funz
TELEMEDICINA - COLLOQUI PSICOONCOLOGIA	OSPEDALE S'ANDREA VERCELLI	OSPEDALE S'ANDREA PSICOLOGIA
TELEMEDICINA - CONTROLLO DIABETOLOGIA BORGOSIESA	OSP.SS.PIETRO PAOLO BORGOSIESA	OSP SS.PIETRO E PAOLO-BORGOS. Malattie endocrine,del ricambi
TELEMEDICINA - CONTROLLO DIABETOLOGIA VERCELLI	OSPEDALE S'ANDREA VERCELLI	OSPEDALE S'ANDREA Malattie endocrine,del ricambio e della nu
TELEMEDICINA - CONTROLLO ENDOCRINOLOGIA BORGOSIESA	OSP.SS.PIETRO PAOLO BORGOSIESA	OSP SS.PIETRO E PAOLO-BORGOS. Malattie endocrine,del ricambi
TELEMEDICINA - CONTROLLO ENDOCRINOLOGIA VERCELLI	OSPEDALE S'ANDREA VERCELLI	OSPEDALE S'ANDREA Malattie endocrine,del ricambio e della nu
TELEMEDICINA - EMATOLOGIA VERCELLI	OSPEDALE S'ANDREA VERCELLI	OSPEDALE S'ANDREA Medicina generale
TELEMEDICINA - FITTIZIA PSICOLOGIA - CASA CIRCONDARIALE	CASA CIRCONDARIALE	CASA CIRCONDARIALE PSICOLOGIA
TELEMEDICINA - MEDICINA	OSPEDALE S'ANDREA VERCELLI	OSPEDALE S'ANDREA Medicina generale
TELEMEDICINA - NEFROLOGIA-VISITE E VISITE XUREMICI CRON. - VERCELLI	OSPEDALE S'ANDREA VERCELLI	OSPEDALE S'ANDREA Nefrologia
TELEMEDICINA - NEUROLOGIA VERCELLI	OSPEDALE S'ANDREA VERCELLI	OSPEDALE S'ANDREA Neurologia
TELEMEDICINA - PSICOLOGIA - GATTINARA	CASA DELLA SALUTE - GATTINARA	CASA DELLA SALUTE GATTINARA PSICOLOGIA
TELEMEDICINA - PSICOLOGIA - VARALLO	CASA DELLA SALUTE - VARALLO	CASA SALUTE - VARALLO PSICOLOGIA
TELEMEDICINA - PSICOLOGIA CLINICA - VERCELLI	DISTRETTO	DISTRETTO VERCELLI - PIASTRA PSICOLOGIA
TELEMEDICINA - PSICOLOGIA IN AREA CONSULTORIALE	DISTRETTO	DISTRETTO VERCELLI - PIASTRA PSICOLOGIA
TELEMEDICINA - PSICOLOGIA SANTHIA'	CASA DELLA SALUTE - SANTHIA'	CASA DELLA SALUTE - SANTHIA' Psicologia
TELEMEDICINA - PSICOLOGIA SER.T. - VERCELLI	SERT	SER.D. VERCELLI - CORSO PRESTINARI PSICOLOGIA
TELEMEDICINA - PSICOLOGIA SERT BORGOSIESA	STRUTTURA POLIFUNZIONALE BORGOSIESA - CASCINE AGNONA	STRUTTURA POLIFUNZIONALE BORGOSIESA - CASCINE AGNONA PSICOLO
TELEMEDICINA - PSICOLOGIA TERR BORGOSIESA	STRUTTURA POLIFUNZIONALE BORGOSIESA - CASCINE AGNONA	STRUTTURA POLIFUNZIONALE BORGOSIESA - CASCINE AGNONA PSICOLO
TELEMEDICINA - PSICOONCOLOGIA BORGOSIESA	OSP.SS.PIETRO PAOLO BORGOSIESA	OSP SS.PIETRO E PAOLO-BORGOS. PSICOLOGIA
TELEMEDICINA - VISITA PROTETICA RRF - VERCELLI	OSPEDALE S'ANDREA VERCELLI	OSPEDALE S'ANDREA Recupero e riabilitazione funzionale
TELEMEDICINA - VISITA PROTETICA RRF (NON VISITA FISIATRICA SOLO PROTETICA)	CASA DELLA SALUTE - SANTHIA'	CASA DELLA SALUTE - SANTHIA' RRF
TELEMEDICINA - VISITA RRF PER PRESCRIZIONE AUSILI - OSP. BORGOSIESA	OSP.SS.PIETRO PAOLO BORGOSIESA	OSP SS.PIETRO E PAOLO-BORGOS. Recupero e riabilitazione funz
TELEMEDICINA - VISITA RRF PRESCRIZIONE AUSILI - GATTINARA	CASA DELLA SALUTE - GATTINARA	CASA DELLA SALUTE GATTINARA Recupero e riabilitazione funzio

A fine anno 2021 la Direzione Generale ha avviato un'attività di ricognizione delle prestazioni erogate in Telemedicina dalla quale sono emersi i seguenti dati:

1. S.S.D. Endocrinologia e Diabetologia sedi di Vercelli e Borgosesia: n. 97;
2. S.C. Psichiatria sedi di Vercelli e Borgosesia: n. 158;
3. S.C. Pediatria (tutte le sedi): n. 128;

4. S.C. Distretto (visite psicologia c/o RSA): n. 149;
5. S.C. Psicologia CdS Gattinara: n. 97;
6. S.C. Psicologia CdS Varallo: n. 31;
7. S.C. Psicologia CdS Santhià: n. 79;
8. S.C. Psicologia P.O. Borgosesia: n. 19;
9. S.S.D NPI Vercelli: n. 311;
10. S.S.D NPI Varallo: n. 1107;
11. S.S.D NPI Gattinara: n. 571;
12. S.C. Nefrologia: n. 8;
13. S.C. RRF: n.10.

Inoltre, presso tutte le sedi della S.C. Pediatria sono stati seguiti in telemedicina 9 bambini e in particolare:

- 5 neonati da madre Covid positiva;
- 2 bambini di 4 anni;
- 1 bambino di 2 anni appartenenti a nuclei familiari Covid positivi;
- 1 bambina di 1 anno e mezzo “fragile” in ventilazione domiciliare e, pertanto, telemonitorata per gli “stacchi” dal supporto ventilatorio.

Sub-obiettivo 1.3.2

In riferimento all’adozione del modulo PagoPA mod. 3 per le prestazioni prenotate al CUP entro il 30/11/2021 si trasmette la relazione svolta dalla S.C. Politiche e Gestione delle Risorse Economiche. Il riferimento sulla rendicontazione degli interventi di digitalizzazione promossi a livello aziendale sono stati trasmessi con protocollo n. 0013209 del 05.03.2021



Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti anno 2021

Art.33, d.lgs. n.33/2013 DPCM 22/09/2014

Indicatore annuale dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi e forniture, da pubblicare secondo le indicazioni di cui al DPCM 22/09/2014

Indicatore annuale dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi e forniture, denominato "indicatore annuale di tempestività dei pagamenti" (art.9 comma 1).

L'indicatore di tempestività dei pagamenti [...] è calcolato come la somma, per ciascuna fattura emessa a titolo corrispettivo di una transazione commerciale, dei giorni effettivi intercorrenti tra la data di scadenza della fattura o richiesta equivalente di pagamento e la data di pagamento ai fornitori moltiplicata per l'importo dovuto, rapportata alla somma degli importi pagati nel periodo di riferimento (art.9 comma 3).

Art.33, d.lgs. n.33/2013 DPCM 22/09/2014

- (meno) 10,95 giorni (dalla data di scadenza della fattura)

Al netto di:

- fatture anni 2019 e 2020 fornitori privati accreditati (pagate in seguito a riconoscimento della produzione da parte della Regione Piemonte con successiva emissione di note di credito da parte dei fornitori. Le note di credito non rientrano nel calcolo dell'indice);
- fatture vetuste di aziende sanitarie e ospedaliere (quasi esclusivamente appartenenti alla Regione Piemonte) recanti "data fattura" a far data dal 1997: così facendo l'azienda ha proceduto a chiudere tutte le posizioni debitorie pregresse verso gli altri enti del servizio sanitario regionale.

Si puntualizza che poiché l'azienda nel corso dell'esercizio 2021 ha disposto di buona liquidità di cassa, si è provveduto, peraltro come sempre auspicato e invitato da parte della Corte dei Conti, a effettuare una puntuale e attenta revisione delle fatture giacenti in contabilità.

La ragioneria ha chiesto ai servizi aziendali, responsabili della liquidazione delle fatture, di sollecitare i fornitori a inviare all'azienda eventuali note di credito onde effettuare storni parziali delle fatture e procedere poi al pagamento delle stesse.

1. Gestione delle Risorse Strategiche

1.4 OBIETTIVO - Monitoraggio attivo del Nuovo Sistema di garanzia (NSG): ASL; AO; AOU

AZIONI INTRAPRESE

INDICATORI	sub-obiettivo 1.4.1	Completezza e Qualità dei dati dichiarati nel flusso STS24, ovvero assenza di correzione rilevata nell'annualità 2022 rispetto ai dati dichiarati per l'annualità 2021. Risccontro tempestivo di eventuali rilievi segnalati dal Ministero per l'annualità 2020.
	sub-obiettivo 1.4.2	Trasmissione del Piano degli interventi di breve, medio e lungo periodo da avviare/avviati per migliorare la performance aziendale desumibile dagli indicatori del Nuovo sistema di garanzia

Indicatore P10Z - Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino

Area A: l'Area A è fonte per gli indicatori 1-6 della scheda indicatori (fonti dati: Anagrafe Nazionale Zootecnica e Anagrafe Apistica Nazionale). Gli indicatori sono monitorati periodicamente dal Responsabile di Struttura per valutare lo stato di raggiungimento degli stessi. Nell'anno 2021 sono stati effettuati il 100% dei controlli previsti come riportato nella tabella allegata alla presente relazione. Per raggiungere l'obiettivo per noi considerato prioritario, e considerata la carenza di personale (emergenza covid e termine rapporto di lavoro per veterinario convenzionato) si sono dovute tralasciare alcune attività non contabilizzate nel Nuovo Sistema di Garanzia (es. animali di affezione, sinantropi, allevamenti minori).

Nel breve e medio periodo si prevede di portare a compimento il piano degli interventi riportati nel NSG senza tralasciare altre attività non presenti nell'obiettivo qualora l'organico venga reintegrato.

Area C: l'Area C è fonte per gli indicatori 7 e 8 della scheda indicatori (Flusso informativo PNAA e Flusso informativo farmacosorveglianza). Gli indicatori sono monitorati periodicamente sul Sistema Informativo dal quale si desumono gli allevamenti da controllare e i campioni del Piano Alimentazione Animale da effettuare. Per gli indicatori di pertinenza il raggiungimento è stato del 100% per l'anno in corso come riportato nella tabella allegata. Per il raggiungimento dell'obiettivo sono state dirottate le risorse disponibili a scapito di alcune attività che non hanno ricadute dirette sulla sicurezza alimentare (controllo farmaco su strutture di animali d'affezione, animali esotici, benessere animali d'affezione, educazione sanitaria.).



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

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284

www.aslvc.piemonte.it

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

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

Nel medio e lungo periodo si chiede di aumentare l'organico veterinario e tecnico della prevenzione di una unità rispettivamente per garantire l'efficienza di attività quali il Piano Nazionale Residui e la farmacovigilanza mirata al contenimento dell'antimicrobicoresistenza, attività queste non contabilizzate nel Nuovo Sistema di Garanzia.



VOCE PIATTAFORMA VETINFO	ANAGRAFE / FLUSSO INFORMATIVO	FONTE	AZIENDE/ATTIVITÀ DA CONTROLLARE - CAMPIONI DA EFFETTUARE	AZIENDE/ATTIVITÀ CONTROLLATE - CAMPIONI EFFETTUATI	PERCENTUALE CONTROLLI EFFETTUATI SU PREVISTI	AGGIUSTAMENTO	PERCENTUALE
1	% AZIENDE BOVINE CONTROLLATE PER ANAGRAFE	SSD VETERINARIO AREA A	11	15	100	X 0,1	10
2	% AZIENDE OVICAPRINE CONTROLLATE PER ANAGRAFE	SSD VETERINARIO AREA A	14	18	100	X 0,05	5
3	% CAPI OVICAPRINI CONTROLLATI PER ANAGRAFE	SSD VETERINARIO AREA A	5% di 8.000	539	100	X 0,05	5
4	% AZIENDE SUINE CONTROLLATE PER ANAGRAFE	SSD VETERINARIO AREA A	0	1	100	X 0,1	10
5	% AZIENDE EQUINE CONTROLLATE PER ANAGRAFE	SSD VETERINARIO AREA A	34	34	100	X 0,1	10
6	% ALLEVAMENTI APISTICI CONTROLLATI PER ANAGRAFE	SSD VETERINARIO AREA A	14	14	100	X 0,1	10
7	FLUSSO INFORMATIVO PNA	SSD VETERINARIO AREA C	54	54	100	X 0,3	30
8	FLUSSO INFORMATIVO FARMACOSORVEGLIANZA	SSD VETERINARIO AREA C	57	60	100	X 0,2	20
						TOTALE	100

Indicatore P14C - Indicatore composito sugli stili di vita (fonte PASSI)

Nel corso dell'anno 2021, nella nostra ASL, è stata regolarmente condotta l'attività di Sorveglianza Passi, con il coordinamento presso l'Osservatorio Epidemiologico e l'effettuazione delle 275 interviste previste da parte di operatori formati, appartenenti a diverse strutture aziendali.

I dati rilevati concorreranno, a livello regionale, alla definizione dell'Indicatore composito sugli stili di vita, con riferimento alle indicazioni del Ministero della Salute "Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA" - *Metodologia e Risultati dell'anno 2018 - luglio 2020*.

Indicatore P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per mammella, cervice uterina e colon retto

In merito all'attività facente capo a Prevenzione Serena, rispetto alla precedente rendicontazione risulta utile riassumere la situazione per singolo screening:

- 1) screening cervico-vaginale;** riguardo a questa attività non è risultato necessario un implemento delle risorse disponibili in quanto i numeri dell'eventuale recupero di adesione si basano sui dati 2019 in cui si aveva una popolazione inevitabile superiore a quella attuale, che era stata assorbita con inviti superiori al 100% (come confermato anche dai dati forniti dal CPO).
Inoltre il completo passaggio dal pap-test (a scadenza ogni 3 anni) al test HPV (a scadenza ogni 5 anni) ha ridotto ulteriormente il numero di donne inevitabili.
Questo fa sì che al momento non esistano vere liste di attesa sulle donne che devono eseguire lo screening cervico-vaginale.
Diverso è il discorso sulle donne aderenti all'invito, che hanno comunque dimostrato una flessione nella partecipazione allo screening anche legata al timore di contrarre l'infezione da Sars-cov2 nelle strutture sanitarie.
Al momento i dati sono ancora parziali e non ancora validati dal CPO, comunque risultano invitate n. 11.964 donne con 4248 adesioni al 30/11/2021 (dati Paddi) con assorbimento dell'utenza in lista d'attesa.
- 2) screening mammografico;** a questo proposito la criticità evidenziata era legata alla necessità di reperire un terzo TSRM per implementare l'attività nelle sedi di Santhià, Gattinara e Borgosesia e di avere spazi più ampi di utilizzo dei mammografi in quelle sedi.
Queste due problematiche si sono risolte con un terzo tecnico acquisito in Convenzione dall'Azienda e con cinque giorni in più di disponibilità dei mammografi come concordato con il Direttore della SOC Radiologia (2 giorni in più a Santhià, 1 a Gattinara e 2, aggiungendo anche il sabato, nella sede di Borgosesia).
Risultano invitate n. 19.177 utenti con adesione al 30/11/2021 di 8353 donne (dati PADDI).
Gli inviti sono già definitivi mentre per l'adesione PADDI fornisce dati fino al 30/11/2021 e comunque l'attività è tuttora in corso con ultima seduta di screening il 28/12/2021 e chiaramente con tutto il mese di dicembre ancora da conteggiare.
- 3) screening colorettales;** in questo screening la problematica più importante riguardava la

Gastroenterologia di Borgosesia a cui normalmente fa riferimento tutta la zona di Gattinara e la Valsesia/Valsessera.

Questa sede era stata chiusa fino a pochi mesi fa perché trasformata in Reparto Covid per l'emergenza.

Dal 21/06/2021 è ripresa l'attività con conferma dei posti che erano riservati allo screening nel periodo pre-pandemia.

Chiaramente si è cercato di effettuare un recupero con utilizzo soprattutto dei posti forniti dalla sede di Vercelli.

Come dati parziali sono state effettuate n. 381 sigmo, 3194 FIT su un monte inviti di 4232 sigmo e 11732 inviti FIT.

Quello che si può evidenziare è il completo recupero delle liste di attesa relative a parte del 2020 e tutto il 2021 nei tre screening.

All'ultimo GOI effettuato non risultava più popolazione invitabile relativa all'anno 2020 e 2021.

Indicatore D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3)

Somma di MIS_CASI		
DIM LIVELLO CIA	DIM TIPO CURA	Totale
0	ADI + Unità Operativa di Cure Palliative (UOCP)	36
	Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	730
	Servizio Infermieristico Domiciliare (SID)	1192
0 Totale		1958
1	ADI + Unità Operativa di Cure Palliative (UOCP)	50
	Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	398
	Servizio Infermieristico Domiciliare (SID)	503
1 Totale		951
2	ADI + Unità Operativa di Cure Palliative (UOCP)	30
	Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	187
	Servizio Infermieristico Domiciliare (SID)	169
2 Totale		386
3	ADI + Unità Operativa di Cure Palliative (UOCP)	13
	Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	26
	Servizio Infermieristico Domiciliare (SID)	10
3 Totale		49
4	ADI + Unità Operativa di Cure Palliative (UOCP)	47
	Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	99
	Servizio Infermieristico Domiciliare (SID)	62
4 Totale		208
		3552

Le azioni di miglioramento suggerite relativamente al flusso in oggetto riguardano i pazienti con diagnosi neoplastica.

Il flusso FARSIAD infatti ne rileva solo una parte andando ad alimentare la numerosità dei casi ADIUOCP o ADI con diagnosi neoplastica. Non vengono incluse le seguenti categorie di soggetti:

- pazienti che si rivolgono ad altri centri e poi vengono seguiti dal medico curante al di fuori della tipologia di cura ADI o ADIUOCP
- pazienti che vengono seguiti in regime di ADP
- pazienti che vengono seguiti solo privatamente
- pazienti che per motivi di riservatezza non accettano registrazioni di diagnosi neoplastiche.

Inoltre, appare rilevante potenziare la formazione relativa alla corretta codifica delle diagnosi, coinvolgendo le professionalità di competenza.

Indicatore D27Z - Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche.

La S.C. Psichiatria ha rendicontato correttamente alla struttura S.S. ICT per l'anno 2020/2021 i dati relativi all'attività del flusso STS24 per le strutture residenziali e semiresidenziali di propria competenza:

STS24 Gruppo Appartamento di Vercelli a gestione mista (tramite C.M. Service Srl)

STS24 Gruppo Appartamento di Gattinara a gestione mista (tramite "Anteo" Impresa Cooperativa Sociale)

STS24 Gruppo Appartamento di Varallo a gestione mista (tramite "Anteo" Impresa Cooperativa Sociale)

STS24 Centro Diurno di Vercelli – semiresidenziale – gestione diretta

STS24 Centro Diurno di Santhià – semiresidenziale – gestione diretta

STS24 Centro Diurno di Borgosesia – semiresidenziale – gestione diretta

STS24 Centro Diurno di Gattinara – semiresidenziale – gestione diretta.

Le strutture residenziali a gestione privata e contrattualizzata, del territorio della nostra ASL, trasmettono direttamente alla S.S. ICT e alla S.S. Vigilanza le schede STS24 compilate e aggiornate per l'anagrafe regionale.

I ricoveri e le dimissioni residenziali degli psichiatrici, disposti dalla nostra S.C. Psichiatria a favore di Assistiti vercellesi in carico ai C.S.M., come da sollecito regionale inviato in questo anno a tutti i DSM, sono stati corretti ed aggiornati rispetto al periodo richiesto, dal 01/01/20 a tutt'oggi, intervenendo sui fattori di errore (censimento regionale sui codici STS24 attivi o inattivi).

Nello specifico si è comunicato alla S.S. ICT un'incongruenza relativamente al centro diurno psichiatrico di Santhià il cui codice di inserimento non corrisponde al codice 041026 ma bensì al codice 060195.

Tale monitoraggio attivo delle attività erogate e dichiarate dalle strutture nel flusso STS.24 dell'assistenza psichiatrica proseguirà nell'anno 2022 in modo continuo.

Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche.

In merito al presente punto, tramite la S.S. Programmazione e Controllo di Gestione, sono state estrapolate le percentuali, “grezze” per diagnosi principale, come da previsione in DGR 13-3924 del 15/10/2021. I dati osservati sono i seguenti: 6% nel 2019; 3% nel 2020; 8% del 2021.

Al fine di migliorare la performance dei ricoveri psichiatrici in S.P.D.C., desumibile dal suddetto indicatore, verrà avviato un monitoraggio costante di questo dato nel breve, medio e lungo periodo, prevedendo interventi correttivi di migliore efficacia ed efficienza terapeutica delle degenze, e di prevenzione territoriale dei re-ingressi tramite i C.S.M.

Indicatore D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore

Indicatore D30Z ti mando i dati di cui dispongo relativi all'attività in Cure Palliative Domiciliari della SSDU Cure Palliative e Hospice, dati che dovrebbero essere integrati con quelli del Distretto.

Prestazioni ADI+UCP (SIAD) nei 12 mesi 2021: **1007**

Prestazioni per esterni C – Flusso Mobs nei 12 mesi 2021: **1811** (prestazione ambulatoriali)

Per l'attività residenziale si fa riferimento a quanto sotto riportato premettendo che per inagibilità delle stanze il n. di PL disponibili dal 28.07.2021 al 04.08.2021 è stato di n.7.

Quadro G - Attività residenziale

Tipo assistenza	Numero posti	Numero utenti	Utenti in lista d'attesa	Ammissioni nel periodo	Giornate di assistenza	Dimissioni
Assistenza ai malati terminali	10	200	272	191	2637	11

E' verosimile che lo stesso paziente possa afferire a più di 1 flusso all'interno del STS24 (es. MOBS e ADI+UOCP).

1. Gestione delle Risorse Strategiche

1.5 OBIETTIVO – Accessibilità ai medicinali biologici: ASL; AO; AOU

INDICATORI	Biologici a brevetto scaduto – acquisti diretti e convenzionata ASL e AO. Spesa in regime di distribuzione diretta/DPC/CO (insulina glargine, bevacizumab, trastuzumab, rituximab, pegfilgrastim, adalimumab, etanercept, teriparatide, somatropina, follitropina alfa) e in regime di assistenza farmaceutica convenzionata (insulina lispro, teriparatide) nel periodo luglio-dicembre 2021 – spesa di riferimento calcolata in base ai consumi rilevati nel I SEM 2021 per il prezzo di aggiudicazione dei medicinali oggetto di valutazione (acquisti diretti) e al prezzo al pubblico (convenzionata).
-------------------	---

Farmacia Territoriale

VALORE OSSERVATO: dalla piattaforma PADDI è stato possibile ricavare il valore osservato nel periodo luglio – ottobre 2021, che è pari a 83,98%.

AZIONI INTRAPRESE: il risparmio ottenuto è il risultato di una serie di azioni intraprese, nel corso degli anni (in particolare dal 1 giugno 2018), dai farmacisti per garantire l'appropriatezza prescrittiva, attraverso le numerose informative inoltrate sia ai MMG/PLS PLS sia agli specialisti prescrittori ospedalieri e ambulatoriali e l'invio alla Commissione Appropriatezza Prescrittiva aziendale delle ricette ritenute irregolari, evidenziando le non conformità rispetto alle condizioni/limitazioni previste dalle norme nazionali e regionali, incluse le note AIFA e le indicazioni riportate nel riassunto delle caratteristiche del prodotto.

In particolare è stato chiarito che l'AIFA, con determina n. DG/629/2018 del 20 aprile 2018, ha recepito il secondo position paper da cui si evince che i biosimilari sono prodotti secondo gli standard qualitativi richiesti per gli altri biologici in conformità a quanto prescritto dalle GMP. I biosimilari avendo lo stesso rapporto rischio - beneficio degli originatori sono con essi interscambiabili sia per i pazienti *naive* che per quelli già in trattamento.

È stato anche precisato che la prescrizione deve fondarsi sulle evidenze scientifiche disponibili, sull'uso ottimale delle risorse e sul rispetto dei principi di efficacia clinica, di sicurezza e appropriatezza. Pertanto è stato sottolineato che è dovere del medico prescrittore scegliere, a parità di efficacia terapeutica, la specialità medicinale meno onerosa per il SSN.

È stato inoltre aggiunto che qualora il medico prescriva un prodotto diverso da quello aggiudicatario di gara è tenuto a redigere una sintetica ma esaustiva relazione contenente le documentate ragioni che rendono necessaria la somministrazione di quel determinato farmaco.

Sono state inviate, nel dettaglio, le informative sulle prescrizioni di:

- EBPM (prot. 50809 del 08/10/2018)
- insulina lispro (prot. 51835 del 12/10/2018 e prot. 33440 del 29/05/2020);
- teriparatide (prot. 52400 del 16/10/2018 e prot. 36696 del 01/07/2021);
- insulina lispro e teriparatide (prot. 43388 del 15/07/2020)
- insulina lispro, pegfilgrastim e teriparatide (prot. 73500 del 24/11/2020)
- follitropina alfa (prot. 81245 e 81252 del 29/12/2020);
- follitropina alfa e menotropina (prot. 14438, 14287, 14433, 14437, 14395 dell'11/03/2021).

In ogni caso si proseguirà con il monitoraggio puntuale sia della spesa farmaceutica in generale sia di quella dei biosimilari attenzionati e, d'accordo con il Direttore del Distretto, in occasione degli UCAD e delle Commissioni di Appropriatelyzza prescrittiva, si richiamerà l'attenzione sugli aspetti sopra descritti.

Farmacia Ospedaliera

VALORE OSSERVATO

83,98% valore aggiornato al 30/11/2021

Fonte: Piattaforma per l'Analisi Dati Decisionali Integrati della Sanità (PADDI)

AZIONI INTRAPRESE

- Immediato recepimento delle aggiudicazioni SCR
- Coinvolgimento tempestivo dei Medici Specialisti prescrittori relativamente alle nuove aggiudicazioni di gara SCR e verifica della loro corretta applicazione.

1. Gestione delle Risorse Strategiche

1.6 OBIETTIVO - Piano di rilancio delle attività di prevenzione: ASL

AZIONI INTRAPRESE

INDICATORI		
	1	Trasmissione della relazione riepilogativa delle misure messe in atto per lo sviluppo delle azioni previste dal Panflu e il recupero delle prestazioni dei dipartimenti di prevenzione, entro il 29.10.2021
	2	Trasmissione, entro il 31.12.2021, della relazione riepilogativa delle proposte di attività di prevenzione organizzate su base interaziendale per area di programmazione; per il quadrante della Provincia di Torino, al fine di assicurare uniformità del bacino di utenza, le attività organizzative interaziendali riguarderanno la ASL Città di Torino e la ASLTO5, mentre la ASLTO3 e la ASLTO4 le proposte riguarderanno l'attuale configurazione territoriale.

In riferimento all'indicatore n. 1 l'ASL di Vercelli ha trasmesso la relazione riepilogativa delle misure messe in atto rispetto alle azioni previste dal PANFLU tramite prot. num. 0060518 del 29/10/2021.

In riferimento all'indicatore n. 2 si fa riferimento all'ALL. 1 **“Proposta di Documento interdipartimentale delle attività di prevenzione tra le ASL del AREA Nord-Est Piemonte in ottemperanza Obiettivo 1.6, D.G.R. 13-3924 (Piano di rilancio delle attività di prevenzione - ASL)”**.

2. Covid-19

2.1 OBIETTIVO - Prevenire l'infezione da Covid 19 attraverso l'attività di vaccinazione: ASL; AO; AOU

VALORE OSSERVATO

INDICATORI	1.	Numero di vaccinazioni effettuate/numero di vaccinazioni previste dallo standard per Azienda Sanitaria (e a livello territoriale) nel periodo
	2.	<p>Numero di squadre vaccinali messe a disposizione da parte delle AO/AOU al DIRMEI.</p> <p>Le AO/AOU mettono a disposizione del DIRMEI il numero di squadre vaccinali richiesto dal DIRMEI.</p> <p>Il DIRMEI assegna le squadre vaccinali alle ASR che necessitano di un supporto nella vaccinazione.</p> <p>Le AO/AOU garantiscono la collaborazione richiesta, di settimana in settimana.</p>

Tabella riassuntiva delle vaccinazioni effettuate durante il II semestre 2021 e totali

VACCINAZIONI 2021		
	ANNUALE (1/1/2021-31/12/2021)	2° SEMESTRE 2021 (01/07/2021-31/12/2021)
1° dosi	124,861	35,863
2° dosi	117,055	64,086
3° dosi	50,421	50,421
Dosi totali	292,337	150,370

AZIONI INTRAPRESE

In riferimento all'indicatore n. 1, durante il secondo semestre sono stati aperti i punti vaccinali di Vercelli-Santa Chiara, Borgovercelli-Globo (terminato il 14/10), Borgosesia-Via Sesone ed occasionalmente Gattinara-San Rocco, palestra scolastica usata saltuariamente fino a settembre, data in cui hanno ripreso le attività scolastiche.

Altro punto attivato risulta quello di Santhià, sede Alpini che è stata aperta uno/due giorni a settimana sempre.

Il 14/10 è stata aperta la sede di Caresanablot.

Ci sono state giornate dedicate ad Alagna, sia per i soggetti in vacanza che per i residenti per essere pronti alla stagione turistica invernale con il ciclo vaccinale completato, sia la giornata "Vaccini sulla neve" il 30 dicembre.

Inoltre per tutto il secondo semestre sono continuate le vaccinazioni a domicilio dei soggetti non trasportabili e alla Piastra Ambulatoriale le vaccinazioni dei soggetti allergici in collaborazione con l'allergologo e il rianimatore.

Fino alla fine del 2021 i medici ospedalieri e territoriali dell'ASL VC hanno dato un supporto per portare a termine gli obiettivi aziendali, insieme ai medici USCA, SISP, MMG e volontari.

Dal mese di ottobre è stata indicata la terza dose a 180 giorni, quindi è ricominciata l'attività vaccinale recandosi in tutte le RSA, disponendo in Piastra e Ospedale di Borgosesia date ad accesso diretto per i sanitari; mentre i soggetti immunocompromessi che potevano ricevere la dose di richiamo a 28 giorni dalla seconda sono stati rivaccinati presso i reparti di riferimento.

Dal giorno 23/11 la terza dose è stata anticipata a cinque mesi e dal 24/12 a quattro mesi.

Sono stati aperti anche punti vaccinali per supportare l'attività aggiuntiva, presso l'ospedale di Gattinara e di Pray.

Nel secondo semestre sono aumentate sempre le categorie con accesso libero alla vaccinazione: prime dosi, categorie aventi diritti quali insegnanti, forze dell'ordine, sanitari, ultraottantenni.

Il 16 dicembre sono iniziate le vaccinazioni pediatriche che, come richiesto, sono state svolte in luoghi diversi da quelle degli adulti e con la collaborazione dei Pediatri di Base che vaccinano presso le sedi ASL. Piastra Ambulatoriale e Ambulatori dell'Ospedale di Borgosesia sono le sedi individuate. L'azienda dispone di report che monitorano costantemente l'attività e le coperture vaccinali elaborati dall'Osservatorio Epidemiologico dell'ASL VC.

2. Covid-19

2.2 OBIETTIVO – *Prevenire l'infezione da covid 19 attraverso il prelievo e l'effettuazione di tamponi: ASL; AO; AOU*

VALORE OSSERVATO

INDICATORI	1.	Numero di tamponi effettuati/numero di tamponi previsti dallo standard per Azienda Sanitaria (e a livello territoriale) nel periodo, secondo indicazione del DIRMEI;
	2.	Numero di tamponi processati/standard aziendale di riferimento nel periodo, secondo indicazione del DIRMEI

In relazione agli indicatori n. 1 – 2, il laboratorio ha ampiamente superato lo standard di esecuzione di tamponi molecolari per l'ASL VC previsto dalla Regione e relazionato al DIRMEI. È passato dalla processazione di 250 tamponi al giorno previsti a 500 tamponi con punte di 900 tamponi al giorno. La refertazione è avvenuta entro le 24 ore nel 100% dei casi.

AZIONI INTRAPRESE

Per poter far fronte alla crescente richiesta di tamponi molecolari il laboratorio si è dotato di un secondo termociclatore per l'amplificazione del genoma virale ed ha mantenuto il settore Covid aperto h 14 con turnistica sia di personale tecnico che dirigente.

3. Accessibilità

3.1 OBIETTIVO - Recupero delle prestazioni di Ricovero di area medica e chirurgica: ASL; AO; AOU

VALORE OSSERVATO

INDICATORI	
	1 Per ricovero tipo DRG C (dimissioni nel periodo dal 15/8/2020 al 31/12/2020 - dimissioni nel periodo dal 15/8/2019 al 31/12/2019) + (dimissioni 2021 - dimissioni 2019)
	2 Per ricovero tipo DRG M (dimissioni nel periodo dal 15/8/2020 al 31/12/2020 - dimissioni nel periodo dal 15/8/2019 al 31/12/2019) + (dimissioni 2021 - dimissioni 2019)

In relazione all'indicatore n. 1, il valore dell'indicatore di recupero calcolato sulla coorte dei DRG chirurgici di tipo C programmati, per la produzione erogata dall'ASL di Vercelli, si attesta a -2917, rispetto al valore atteso di +1006, come da DGR 2-1980 settembre 2020.

Si rappresenta che nel corso dei periodi indicati per la rilevazione è stata attivata una convenzione tra la ASL VC e il privato convenzionato Policlinico di Monza Clinica S. Rita per l'erogazione congiunta di attività chirurgica; l'indicatore di recupero calcolato includendo anche i DRG erogati dal privato con operatore chirurgico ASL VC si attesta a -1985.

In relazione all'indicatore n. 2, il valore dell'indicatore di recupero calcolato sulla coorte dei DRG medici di tipo M programmati, per la produzione erogata dall'ASL di Vercelli, si attesta a -277, rispetto al valore atteso di +116, come da DGR 2-1980 settembre 2020.

AZIONI INTRAPRESE

Si rappresenta che nel corso del secondo semestre 2021 il recupero delle prestazioni di ricovero è stato inficiato dalla recrudescenza pandemica, che ha impedito all'azienda di dedicare a tale obiettivo la completa capacità produttiva, a causa dalla riconversione dei posti letto di ricovero ordinario e di terapia intensiva in posti letto COVID dedicati e alla conseguente gestione di pazienti a maggior intensità di cura.

ALL 2 Piano di recupero liste di attesa

3. Accessibilità

3.2 OBIETTIVO – Recupero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale: ASL; AO; AOU

VALORE OSSERVATO

INDICATORI	1	(n° prestazioni ambulatoriali nel periodo dal 15/8/2020 al 31/12/2020 – n° prestazioni ambulatoriali nel periodo dal 15/8/2019 al 31/12/2019) + (prestazioni ambulatoriali 2021 – prestazioni ambulatoriali 2019)
	2	$\frac{\text{numero agende pubbliche}}{\text{numero agende totali}} \times 100$

In riferimento all'indicatore n.1, il valore dell'indicatore di recupero calcolato sulla coorte delle prestazioni ambulatoriali presenti nell'elenco dei codici monitorati dal PNGLA per la produzione erogata dall'ASL di Vercelli si attesta a -58.607 rispetto a un valore atteso di +22.971.

AZIONI INTRAPRESE

Si rappresenta che nel corso del secondo semestre 2021 il recupero delle prestazioni ambulatoriali è stato inficiato dalla recrudescenza pandemica, che ha impedito all'azienda di dedicare a tale obiettivo la completa capacità produttiva, data la sospensione nell'erogazione delle prestazioni in classe D e P disposta dal 10/03/21 (Prot. 13951 del 10/03/21) e dal 28/10/21 (Prot. Interno 64789 del 29/10/21) e la necessità di garantire la campagna vaccinale, che ha impegnato spazi di erogazione presso le sedi distrettuali dell'ASLVC, nonché risorse umane, sia mediche sia infermieristiche sommandosi alla precedente carenza di personale medico specialista – chirurgia generale, neurologia, cardiologia.

Indicatore 1 - ALL. 2 Piano di recupero liste di attesa

In riferimento all'indicatore n. 2, viene indicato quanto segue:

Relativamente alla percentuale di agende di prime visite non rese pubbliche, si evidenzia che tali agende sono state riservate a percorsi per patologie specifiche quali; asma grave, malattie rare, linfedema, osteoporosi ecc., per le quali esistono in azienda percorsi di presa in carico del paziente che prevedono al loro interno "prime visite" (Pneumologica, Fisiatrica ecc...) che, vista la specificità dell'ambulatorio e l'assenza di codici catalogo dedicati, non possono essere rese Pubbliche.

Indicatore 2 – Tabelle agende

INDICATORI	1	(n° prestazioni ambulatoriali nel periodo dal 15/8/2020 al 31/12/2020 – n° prestazioni ambulatoriali nel periodo dal 15/8/2019 al 31/12/2019) + (prestazioni ambulatoriali 2021 – prestazioni ambulatoriali 2019)	-58,607
	2	$\frac{\text{numero agende pubbliche}}{\text{numero agende totali}} \times 100$	TOTALI 295 PUBBLICHE 219 PERCENTUALE 74,23%
VALORE DELL'OBIETTIVO		Valori previsti per prestazioni ambulatoriali nell'Allegato B) Tabella B.2 della DGR 23 settembre 2020, n. 2-1980	
		100% prime visite; 75% diagnostica *	92,96 % Prime Visite 76,24 % Diagnostica

SPECIFICHE PER PRIME VISITE				
Codice Struttura		ESCLUSIVA	Descrizione struttura	GIUSTIFICATIVI
206_1003_001	1° vis	S	VISITA DERM VALUTAZIONE NEI	Non esiste codice catalogo dedicato
206_1345_001	1° vis	S	AMB.MALATTIE RARE PNEUMOLOGIA - VERCELLI	In attesa integrazione codice catalogo
206_1346_001	1° vis	S	AMBULATORIO LINFEDEMA - RRF-VERCELLI	Non esiste codice catalogo dedicato
206_1376_001	1° vis	S	DISTURBI RESPIRATORI DEL SONNO - VERCELLI	In attesa integrazione codice catalogo
206_1394_001	1° vis	S	VALUTAZIONE NEI-VERCELLI	Non esiste codice catalogo dedicato
206_1432_001	1° vis	S	CENTRO OSTEOPOROSI RRF - PIASTRA AMBULATORIALE VERCELLI	In attesa integrazione codice catalogo
206_1437_001	1° vis	S	ASMA GRAVE - PNEUMOLOGIA	Non esiste codice catalogo dedicato
206_1804_001	1° vis	S	VISITE DISFAGIA VERCELLI	Non esiste codice catalogo dedicato
206_2123_002	1° vis	S	CARDIOLOGIA - DR. SALIS CAP SANTHIA'	Ambulatorio dedicato a percorso MMG- Casa della Salute di Santhià
206_4228_004	1° vis	S	CENTRO OSTEOPOROSI RRF BORGOSIESA	In attesa integrazione codice catalogo

N.B.

Le suddette agende sono state mantenute "esclusive" in quanto, pur avendo inserito l'avviso del quesito diagnostico, questo non viene tenuto in considerazione quando la prenotazione viene effettuata da Sito o APP. Pertanto le prestazioni vengono comunque erogate allorché le prenotazioni delle prestazioni in oggetto vengono profilate e inserite nelle agende generali della disciplina. Quanto sopra appare in accordo con l'obiettivo volto alla riduzione delle liste di attesa delle prime visite o indagini diagnostiche, creando così un percorso dedicato a pazienti nuovi o privi del quesito diagnostico in parola fornendo percorsi di presa in carico dedicati.

4 Qualità dell'assistenza

4.1 OBIETTIVO - Area Osteomuscolare: ASL; AO; AOU

VALORE OSSERVATO

INDICATORE	Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 48 ore dal ricovero o dall'accesso in PS
	Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore
VALORE DELL'OBIETTIVO	Tasso aggiustato > 70%

Il valore dell'indicatore calcolato per il secondo semestre 2021 per la produzione erogata dall'ASL di Vercelli si attesta a 58% rispetto al valore di partenza relativo al secondo semestre 2020 di 43% (miglioramento del 36%).

Tuttavia, vengono presentate nella sezione successiva le indicazioni cliniche e la numerosità del campione per le quali non è possibile rispettare la tempistica prevista nell'indicatore (48 ore).

AZIONI INTRAPRESE

P.O. Vercelli

L'intervento precoce dei pazienti fratturati di femore si correla con l'outcome, in particolare, ma non solo, nei pazienti ultra sessantacinquenni; questi ultimi sono spesso affetti da comorbilità di natura cardiologica, pneumologica e neurologica, che possono complicare notevolmente il decorso intraospedaliero.

Dopo una attenta analisi di 133 pazienti sottoposti ad intervento chirurgico per frattura prossimale di femore si evince che:

- 87 sono stati operati entro le 48 ore

I rimanenti sono stati operati oltre le 48 ore per i seguenti motivi:

- 27 pazienti con problemi di assunzione di farmaci antiaggreganti con tempi di attesa oltre le 48 ore per poter eseguire congrua anestesia;
- 12 pazienti con instabilità clinica da compensare prima dell'intervento chirurgico.

Solo in 7 pazienti l'intervento è stato eseguito dopo le 48 ore per problemi organizzativi non volendo stressare oltre il limite l'occupazione delle sale di urgenza/emergenza per patologie come in questo caso che non hanno le caratteristiche cliniche. Si fa presente che questa dilatazione dei tempi chirurgici non ha portato a una percentuale di complicanze superiori nell'immediato e nel periodo post chirurgico.

Sulla base di queste evidenze l'obiettivo si può ritenere raggiunto.

P.O. Borgosesia

In relazione all'obiettivo in oggetto, dopo attenta analisi della totalità dei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico per frattura di femore, non operati nelle 48 ore, per l'anno 2021 presso il P.O. SS. Pietro e Paolo di Borgosesia si evince che:

- 4 non sono stati operati per controindicazioni cliniche all'intervento;
- 5 non sono stati operati per il necessario svezzamento preoperatorio, che va oltre le 48 ore, da utilizzo cronico di farmaci antiaggreganti (plavix, clopidogrel etc);
- 6 non sono stati operati per il necessario svezzamento preoperatorio, che va oltre le 48 ore, da utilizzo cronico di farmaci anticoagulanti (coumadin, NAO etc);
- 1 non operato per indisponibilità di sala;
- 1 non operato per errore nella trascrizione della diagnosi ed errata produzione della sdo (trattasi di frattura periprotetica);

4. Qualità dell'assistenza

4.2 OBIETTIVO - Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI: ASL; AO; AOU

VALORE OSSERVATO

INDICATORE	Numero di episodi di STEMI, in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro 2 giorni. ----- Numero di episodi di STEMI
VALORE DELL'OBIETTIVO	Tasso grezzo $\geq 85\%$

Il valore dell'indicatore calcolato per il secondo semestre 2021 per la produzione erogata dall'ASL di Vercelli si attesta a 94% rispetto al valore atteso di 85%.

AZIONI INTRAPRESE

Le azioni intraprese per garantire il mantenimento del trend positivo dell'Azienda in relazione all'effettuazione della PTCA nei casi di IMA STEMI entro 48 h, si basano sull'adozione delle seguenti indicazioni di carattere clinico-organizzativo:

- assegnazione dell'obiettivo alle strutture coinvolte, mettendo a disposizione anche prestazioni aggiuntive, nei casi di carenza dell'organico medico;
- monitoraggio del percorso DEA dedicato al dolore toracico mirato alla precoce identificazione dell'IMA STEMI;
- accesso tempestivo in UTIC e successiva attivazione in urgenza h 24, 7 giorni su 7 della sala di emodinamica per l'esecuzione della procedura di coronarografia ed eventuale angioplastica

Le strategie descritte, prevedono da anni un monitoraggio costante, mediante database in dotazione alla Sala di Emodinamica ed un secondo database indipendente per un controllo incrociato dei dati.

4. Qualità dell'assistenza

4.3 OBIETTIVO - Appropriately nell'assistenza al parto: ASL; AO; AOU

VALORE OSSERVATO

INDICATORE	$\frac{\text{N}^\circ \text{ parti con cesareo primario}}{\text{N}^\circ \text{ parti con nessun pregresso cesareo}} \times 100$
-------------------	--

Il valore dell'indicatore calcolato per il secondo semestre 2021 per la produzione erogata dall'ASL di Vercelli si attesta a 14,6% rispetto al valore atteso di 15%.

AZIONI INTRAPRESE

- Sensibilizzazione e formazione del personale dipendente e dei gettonisti presso le S.C. di Ginecologia ed Ostetricia dell'ASL di Vercelli
- Monitoraggio tempestivo bilanci di salute della gravida
- Monitoraggio delle condizioni cliniche (nullipara con presentazione podalica) per le quali è indicato il parto cesareo; nell'anno 2021 si sono registrati 11 casi. Inoltre nel 2021 ci sono stati n. 2 cesarei per pregressa miomectomia laparoscopica (codice 654.61 e 654.91) che dal punto di vista del management vengono trattati come pregressi tagli cesarei.

VALORE OSSERVATO

In riferimento alla coerenza tra cartella SDO e scheda CEDAP con DRG di parto da 370 a 375, la percentuale risulta 100%.

AZIONI INTRAPRESE

- mensilmente è stata inviata al Controllo di Gestione richiesta di rendere disponibili i dati aggiornati al 9 del mese, giorno nel quale la Regione pubblica i dati
- conseguentemente i dati venivano visualizzati da Intranet nel percorso: ASL VC Report Controllo di Gestione A- ORGANIZZAZIONE 2021 STADS SC Direzione Medica di Presidio Report CEDAP Indicatori di monitoraggio CEDAP- SDO Anno 2021- Aggiornamento al 9 (del mese in corso)

- a cura della DMPO venivano predisposti due file distinti, uno per l'Ostetricia di Vercelli e l'altro per l'Ostetricia di Borgosesia che venivano inviati attraverso posta elettronica alle Coordinatrici Ostetriche incaricate. Ciascuno dei due file conteneva esclusivamente i Report di pertinenza.
- nel caso in cui si fosse reso necessario modificare le SDO, la DMPO rendeva estraibile la SDO, la modificava o la faceva modificare e provvedeva ad un nuovo e successivo invio in Regione
- nel caso in cui si fosse reso necessario aprire un CEDAP, la DMPO inviava richiesta al CSI via posta elettronica e faceva modificare il CEDAP, dopo aver dato riscontro alle Ostetriche riguardo alla diponibilità di operatività del Certificato.

4. Qualità dell'assistenza

4.4 OBIETTIVO - Donazioni d'organo: ASL; AO; AOU

INDICATORE	<ol style="list-style-type: none"> 1. 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. 2. Opposizioni alla donazione di organi nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero/segnalazioni di morte encefalica nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero. 3. n° donatori di cornea obiettivo nel 2019/2
-------------------	--

BDI 88%

OPPOSIZIONI 43%

DONAZIONI CORNEE 3

VALORE OSSERVATO

- Morti encefaliche: nel 2020 il BDI è risultato pari all' 88 % (atteso 20–40%). Sono stati segnalati 7 casi di ME su 8 compatibili.
- Opposizioni alla donazione: abbiamo registrato 3 opposizioni alla donazione (43 % di opposizioni/espressioni contrarie espresse in vita, pari a 3 casi su 7 segnalati). Le 3 opposizioni sono così articolate: 1 opposizione registrata al SIT al momento del rinnovo della CI presso Regione Lombardia, 1 opposizione degli aventi diritto in assenza di testimonianza in vita, 1 opposizione in vita testimoniata da aventi diritto.
- Prelievi di cornea: nel 2020 sono stati effettuati n. 3 prelievi di cornee (tutte nel presidio di Vercelli e in Rianimazione, 1 DBD e 2 DCD) a fronte di un atteso di n. 8 donatori. Il seguente obiettivo non risulta raggiunto in quanto entrambi i presidi sono stati coinvolti per la maggior parte dell'anno nella gestione dei pazienti COVID che sono esclusi dalla possibilità di donazione. Inoltre la poca possibilità di contatto diretto con i familiari aventi diritto inficia negativamente circa la non opposizione alla richiesta di donazione.

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”.
- Corsi di sensibilizzazione al procurement attivo, di comunicazione del lutto e di richiesta di donazione per gli operatori della S.C. Anestesia e Rianimazione e Blocchi Operatori organizzati a Torino dalla Regione (CRP).
- Procurement attivo di cerebrolesi senza chance terapeutica.
- Utilizzo dello IEP aziendale (Infermiere Esperto di Procurement nella figura del Dott. Biagio Santoro) per sensibilizzazione dei reparti al procurement di cornee
- Avvio di stesura di linee guida aziendali condivise con il CRT sulla desistenza terapeutica e mantenimento potenziale DCD (Donation after Cardiac Death)

Tutte le sopra citate attività/azioni proseguiranno nel 2022.

Segue tabella con valori obiettivo.



Obiettivo 4,4 - Donazioni d'organo: valori obiettivo per ciascun coordinamento ospedaliero ASL
ASL - OBIETTIVO 2021

Denominazione presidio	1.	2.	3.
	Segnalazioni di soggetti in Morte Encefalica (BDI%) atteso al 31 dicembre	Opposizione alla donazione di organi atteso al 31 dicembre	Donatori di Cornea atteso al 31 dicembre
CITTA' DI TORINO OSPEDALE MARTINI	20 - 40 %	< 33 %	n. 5 donatori
OSPEDALE MARIA VITTORIA	20 - 40 %	< 33 %	n. 6 donatori
OSPEDALE SAN GIOVANNI BOSCO	> 40 %	< 33 %	n.17 donatori
TO3 OSPEDALE CIVILE "E. AGNELLI"	20 - 40 %	< 33 %	n.6 donatori
TO3 OSPEDALE DEGLI INFERMI	20 - 40 %	< 33 %	n.6 donatori
TO4 PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI CIRIÉ'	20 - 40 %	< 33 %	n.6 donatori
TO4 OSPEDALE CIVICO DI CHIVASSO	20 - 40 %	< 33 %	n.6 donatori
TO4 OSPEDALE CIVILE DI IVREA	20 - 40 %	< 33 %	n.9 donatori
TO5 OSPEDALE MAGGIORE	20 - 40 %	< 33 %	n.4 donatori
TO5 OSPEDALE SANTA CROCE	20 - 40 %	< 33 %	n.4 donatori
VC OSPEDALE SANT'ANDREA	20 - 40 %	< 33 %	n.8 donatori
BI NUOVO OSP. DEGLI INFERMI	20 - 40 %	< 33 %	n.13 donatori
NO ISTITUTO S.S. TRINITA'-BORGOMANERO	20 - 40 %	< 33 %	n.3 donatori
VCO OSPEDALE SAN BIAGIO	20 - 40 %	< 33 %	n.2 donatori
VCO STABILIMENTO OSPEDALIERO CASTELLI	20 - 40 %	< 33 %	n.4 donatori
CN1 OSPEDALE DI MONDOVI'	20 - 40 %	= 33 %	n.3 donatori
CN1 OSP. MAGGIORE S.S. ANNUNZIATA SAVIGLIANO	20 - 40 %	< 33 %	n.3 donatori
CN2 OSPEDALE MICHELE E PIETRO FERRERO-VERDUNO	20 - 40 %	< 33 %	n.5 donatori
AT PRESIDIO OSP. CARDINAL G. MASSAIA	20 - 40 %	< 33 %	n.17 donatori
AL OSPEDALE SANTO SPIRITO CASALE	20 - 40 %	< 33 %	n.6 donatori
AL OSPEDALE SS. ANTONIO E MARGHERITA TORTONA	20 - 40 %	< 33 %	n.2 donatori
AL OSPEDALE SAN GIACOMO NOVI	20 - 40 %	< 33 %	n.4 donatori
AL OSP. MONS. GIOVANNI GALLIANO ACQUI T.ME	20 - 40 %	< 33 %	n.2 donatori



AO AOU - OBIETTIVO 2021

Denominazione presidio		1. Segnalazioni di soggetti in Morte Encefalica (BDI%) atteso al 31 dicembre	2. Opposizione alla donazione di organi atteso al 31 dicembre	3. Donatori di Cornee atteso al 31 dicembre
AOU CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO	CENTRO TRAUMATOLOGICO ORTOPEDICO	> 40 %	< 33 %	n.4 donatori
	OSP. INFANTILE REGINA MARGHERITA	> 40 %	< 33 %	n.2 donatore
	OSPEDALE S. ANNA	20 - 40 %	< 33 %	n.1 donatore
AO SS. ANTONIO E BIAGIO E C. ARRIGO	OSP. S. GIOV. BATTISTA MOUINETTE	> 40 %	< 33 %	n.38 donatori
AO ORDINE MAURIZIANO	OSP. CIVILE SS. ANTONIO E BIAGIO	> 40 %	< 33 %	n.15 donatori
AO S. CROCE E CARLE	OSPEDALE MAURIZIANO UMBERTO I- TORINO	20 - 40 %	< 33 %	n.13 donatori
AOU S. LUIGI GONZAGA	AZ. OSPEDAL. S. CROCE E CARLE	> 40 %	< 33 %	n.20 donatori
AOU MAGGIORE DELLA CARITA' NOVARA	AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITA' S. LUIGI	20 - 40 %	< 33 %	n.13 donatori
	OSPEDALE MAGGIORE DELLA CARITA'	> 40 %	< 33 %	n.20 donatori

4. Qualità

4.5 OBIETTIVO – Miglioramento nella gestione e misurazione del boarding: ASL; AO; AOU

VALORE OSSERVATO

INDICATORI	4.5.1	Attivazione dei percorsi di fast-track in tutti i PO sede di PS/DEA dell'ASR
	4.5.2	differenza tra data-ora dimissione e data-ora indicazione al ricovero diversa da 0,00 NB: salvo casi specifici e considerati tutti gli accessi seguiti da ricovero nel periodo di riferimento

Rispetto all'indicatore 4.5.1, i percorsi Fast-Track in DEA a Vercelli sono attivi da più di 10 anni, come da richiesta specifica della Regione Piemonte. Tale processo è giunto a completamento nel febbraio 2022 con la pubblicazione della procedura dedicata che sancisce l'ulteriore potenziamento di quasi tutti i percorsi "Fast-Track" al fine di ridurre al minimo il ritorno dei pazienti in DEA dagli ambulatori specialistici.

In particolare, si segnala che il potenziamento del Fast-Track Ortopedico-Traumatologico, avviato di fatto negli ultimi mesi del 2021, ha contribuito e sta contribuendo in modo sostanziale alla riduzione del sovraffollamento del DEA con l'invio diretto di molti pazienti in Sala Gessi dove vengono valutati direttamente dallo specialista OT. Da qui senza mai transitare dai locali DEA vengono inviati ad ulteriori accertamenti, trattati e dimessi direttamente, senza pertanto la necessità di essere valutati dal medico MeCAU né in entrata né in fase di dimissione. Questo riduce significativamente il numero di pazienti presenti nei locali DEA sia in attesa di valutazione (perché i pazienti assegnati al Fast-Track attendono direttamente nell'area antistante la Sala Gessi) sia in attesa di dimissione, che prima poteva comportare lunghe attese a percorso diagnostico-terapeutico già completato.

Tale modifica organizzativa ha, di fatto, risolto la necessità di un terzo medico MeCAU dedicato ai codici a bassa intensità (per la maggior parte traumi minori) durante le ore di attività del Fast-Track OT, consentendo al personale medico specializzato in Emergenza-Urgenza di dedicarsi ai codici maggiori ed a quella quota di codici minori che presentano comunque complessità clinica più rilevante.

Nei mesi di ottobre la differenza tra ora di dimissione e ora di decisione del ricovero è stata diversa da 0,00 nel 48% dei casi, mentre a novembre e dicembre nel 45% dei casi.

Questo dato non soddisfacente è dovuto al fatto che tale annotazione non è resa obbligatoria dal programma HiTech psNet, se non a chiusura del verbale. Il medico, pertanto, decide il ricovero ma dimentica di annotarlo e lo scrive unicamente nelle consegne; i subentranti in turno non sono obbligati a controllare. Pertanto, di frequente, l'ora in cui viene deciso il ricovero e l'ora dell'effettivo ricovero o coincidono o sono molto più brevi di quanto effettivamente è stato il boarding reale.

I dati della permanenza in DEA sono i seguenti:

- Media totale di tutti i pazienti ricoverati: 12 ore e 30 minuti circa. Se si estrapolano i pazienti tenuti in OBI la permanenza media di tali pazienti, prima del ricovero è di 24 ore e 15 minuti

La permanenza media di tutti i pazienti non ricoverati (compresi i pazienti tenuti in OBI e poi dimessi) è di 4 ore e 40 minuti.

È possibile già così dare una dimensione al boarding, che si attesta a circa 20 ore medie, con punte di 72 ore.

AZIONI INTRAPRESE

In ottemperanza alla DGR n.7-3088/2021 è stato approntato il documento sulla gestione del sovraffollamento in DEA dove, in base ai dati di ricovero degli anni precedenti, sono stati stabiliti i fabbisogni di posti letto settimanali e quindi giornalieri, per i ricoveri da DEA in area medica, chirurgica e area critica, sia per Vercelli che per Borgosesia. Tale documento è in fase di condivisione con la Direzione strategica aziendale. Infine, vengono raccolti dal DIRMEI i dati di affollamento dei DEA regionali, in cui viene annotato, tra gli altri, il numero di pazienti presenti in attesa di ricovero.

Vercelli, 25.02.2022

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott.ssa Eva COLOMBO)
firmato in originale