



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

CHIARA SERPIERI

VERIFICA DEI RISULTATI AZIENDALI
DI CUI ALL'ART. 3 COMMA 6 D.LGS 502/92 E S.M.I

1 MAGGIO 2015 – 31 OTTOBRE 2016

STRUTTURA:
DIRETTORE:
Indirizzo:

DIREZIONE GENERALE
Dott.sa Chiara SERPIERI
C.so Mario Abbiate 21 – 13100 Vercelli

Tel. 0161 5931 Fax. 0161 593768.
e-mail: direzione.generale@aslvc.piemonte.it

Pag. 1 di 46



PREMESSA.....	3
1. RISULTATI CONSEGUITI IN RELAZIONE AGLI OBIETTIVI DI MANDATO	5
OBIETTIVO di MANDATO n. 1 -Adeguamento della Rete Ospedaliera	6
OBIETTIVO di MANDATO n. 2 - Prestazioni ambulatoriali.....	10
OBIETTIVO di MANDATO n. 3 - Riqualificazione della rete territoriale	15
OBIETTIVO di MANDATO n. 4 - Equilibrio economico-finanziario	22
OBIETTIVO di MANDATO n. 5 - Programma delle attività territoriali-distrettuali (PAT)	26
OBIETTIVO di MANDATO n. 6 - Piano Regionale della Prevenzione.....	27
2. RISULTATI RELATIVI AGLI OBIETTIVI ANNUALI.....	29
Obiettivi assegnati nell'anno 2015.....	29
Obiettivi assegnati nell'anno 2015.....	30
4. PROGETTI SPECIALI.....	32
Pazienti Fragili.....	32
Sportello Unico Sociosanitario	33
Farmaci, assistenza integrativa e assistenza protesica.....	36
Prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili	41
Tutela e Partecipazione dell'utente	43
ALLEGATI	46
Allegato 1 Relazione a consuntivo dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi assegnati nell'anno 2015	
Allegato 2 Autovalutazione sintetica dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi assegnati nell'anno 2016	



PREMESSA

Con DGR 34-1362 del 27 aprile 2015¹ la Regione Piemonte, ai sensi dell'art. 3 bis comma 8 del D. lgs. n. 502/1992 e s.m.i., ha conferito alla Dott.sa Chiara Serpieri l'incarico di Direttore Generale per la durata di tre anni con decorrenza dal 01.05.2015, individuando con il medesimo atto gli obiettivi di mandato da perseguire nel periodo vigenza dell'incarico. Gli obiettivi di mandato definiti e assegnati con la deliberazione regionale sopra citata sono stati successivamente integrati con:

- gli obiettivi economici, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali ai fini del riconoscimento della quota integrativa del trattamento economico per l'anno 2015 (DGR n. 12-2021 del 5 agosto 2015²) e per i quali, relativamente ai risultati conseguiti, la Conferenza dei Sindaci dell'ASL VC ha già espresso il proprio parere favorevole³;
- gli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali ai fini del riconoscimento della quota integrativa del trattamento economico per l'anno 2016 (DGR 30-3307 del 16.05.2016⁴).

Il D.lgs. n. 502/1992 e s.m.i., prevede che trascorsi diciotto mesi dalla nomina, la Regione verifichi i risultati aziendali conseguiti dal Direttore Generale ed il raggiungimento degli obiettivi definiti nel quadro della programmazione regionale e, sentito il parere della Conferenza dei Sindaci, proceda o meno alla sua riconferma.

Alla luce di quanto premesso, la presente relazione di mandato descrive i **risultati conseguiti nel periodo di esercizio di 18 mesi compreso fra il 1° maggio 2015 e il 31 ottobre 2016**, nel perseguimento degli obiettivi assegnati al Direttore Generale.

I risultati ottenuti in merito sono riportati come segue:

- **CAPITOLO 1:** risultati ottenuti in merito agli obiettivi di mandato di cui alla DGR n. 34-1362 del 27 aprile 2015;

¹DGR n. 34-1362 del 27 aprile 2015, "Art. 3 bis, d. lgs. n. 502/1992 e s.m.i. - Nomina del direttore generale dell'ASL VC."

²DGR 12-2021 del 5 agosto 2015 "Art. 3 bis, commi 5 ss. d. lgs. n. 502/1992 e s.m.i.. Assegnazione obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai direttori generali delle aziende sanitarie regionali finalizzati al riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2015.";

³ nota a firma del Presidente della Conferenza dei Sindaci dell'ASL VC prot. n. 30684 del 29.06.2016

⁴ DGR 30-3307 del 16 maggio 2016, n. 30-3307 "Art. 3 bis, commi 5 e ss. d.lgs n. 502/1992 e s.m.i.. Assegnazione obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai direttori generali/commissari delle aziende sanitarie regionali finalizzati al riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2016. Approvazione criteri e modalità di valutazione."



- **CAPITOLO 2:** risultati ottenuti in merito agli obiettivi annuali assegnati per l'anno 2015 di cui alla DGR n. 12-2021 del 5 agosto 2015 e assegnati per l'anno 2016 con DGR n. 30-3307 del 16 maggio 2016;
- **CAPITOLO 3:** dedicato ai "Progetti Speciali", in cui sono sintetizzati i principali interventi aziendali realizzati come ulteriore attività di efficientamento, di miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e delle capacità di presa in carico dei pazienti con modalità integrate e proporzionate al bisogno sanitario e sociosanitario.

La programmazione e realizzazione degli interventi che hanno consentito di realizzare i risultati descritti in questa sede sono state precedute da un'attività di analisi del contesto condotta nei primi tre mesi di mandato che ha evidenziato le priorità sintetizzate nella schematizzazione sottostante. Tutti gli interventi pianificati e in corso di attuazione sono quindi riconducibili a questa rappresentazione delle criticità e dei fabbisogni organizzativi e di saluti emersi e delle delle linee strategiche conseguentemente adottate.





1. RISULTATI CONSEGUITI IN RELAZIONE AGLI OBIETTIVI DI MANDATO

Gli obiettivi di mandato, il cui periodo di perseguimento si sviluppa sull'intero **arco temporale triennale con decorrenza dal 1° maggio 2015**, sono stati assegnati dalla Regione al Direttore Generale ai sensi dell'art. 3 bis comma 5 del D.lgs n.502/1992 e s.m.i., e riguardano i seguenti ambiti di intervento⁵:

- 1) adeguamento della Rete Ospedaliera;
- 2) rete delle prestazioni ambulatoriali;
- 3) riqualificazione della rete territoriale;
- 4) equilibrio Economico-Finanziario;
- 5) realizzazione e implementazione del Programma delle attività territoriali-distrettuali (PAT);
- 6) Piano Regionale di Prevenzione.

I risultati ottenuti nel periodo compreso fra il 1 maggio 2015 e il 31 ottobre 2016 **sono dettagliati nelle pagine che seguono.**

⁵DGR n. 6-3716 del 27 aprile 2012 “Determinazione compensi dei direttori generali, sanitari ed amministrativi delle AASSRR. Modifica Allegato D DGR n. 65-7819 del 17.12.2007. Art. 3 bis D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.. Nomina direttore generale dell'ASL VC”.



OBIETTIVO di MANDATO n. 1 –Adeguamento della Rete Ospedaliera

“Completa attuazione, con riferimento all’Azienda di competenza, e in integrazione con le altre Aziende presenti nell’area omogenea di afferenza, degli obiettivi deliberati dalle DGR 1-600/2014 e 1-924/2015 (e future integrazioni e modifiche come da cronoprogramma presente nella DGR 1-924/2015) in merito alla rimodulazione della rete ospedaliera, nei termini di efficienza, appropriatezza ed equità, con particolare riferimento alla rideterminazione del numero di discipline e relativi posti letto come specificato negli allegati alle succitate delibere.”

Risultati raggiunti

La Rete Ospedaliera aziendale, costituita dall’Ospedale di I livello di Vercelli e dall’Ospedale di Base di Borgosesia, è stata ri-progettata a partire dal mese di Luglio 2015 secondo un modello strutturato per aree omogenee e livelli di assistenza.

Dal mese di gennaio 2016 il progetto è in fase di realizzazione; la dotazione di posti letto complessiva a regime (31 dicembre 2016) corrisponderà a quella prevista dalla DGR 1-600/2014 e s.m.i., e cioè pari a **333** posti letto per acuti oltre ad 8 culle per il nido neonatale.

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

In particolare, alla luce delle valutazioni condotte sull’attività erogate e sulla base di precedenti esperienze descritte nella letteratura scientifica le aree di degenza sono state ridisegnate secondo i seguenti quattro livelli di intensità assistenziale:

1. livello a **bassa** intensità, in cui trattare i pazienti clinicamente stabili che non richiedono il monitoraggio costante dei parametri vitali e in cui sono prevalenti le attività infermieristiche di base;
2. livello a **media** intensità, per la gestione del paziente clinicamente stabile che non richiede il monitoraggio costante dei parametri vitali e in cui sono prevalenti le attività infermieristiche di media complessità (definita in relazione al rischio di complicanze);
3. livello ad **alta** intensità, destinato ai pazienti clinicamente instabili che richiedono un monitoraggio costante dei parametri vitali e in cui sono prevalenti le attività infermieristiche ad elevata complessità (definita in relazione al rischio di complicanze);
4. assistenza di tipo **intensivo per la gestione dei** pazienti clinicamente instabili dipendenti da presidi tecnologici e con alto rischio di complicanze.

A regime, le Strutture Complesse specialistiche risulteranno aggregate per grandi aree omogenee tenendo conto dei livelli omogenei delle prestazioni erogate, sia dal punto di vista dell’intensità clinica, che dei livelli assistenziali, così da garantire sia una migliore distribuzione dei case mix



produttivi (sulla base della vocazione delle singole Strutture), sia la condivisione di conoscenze e buone pratiche e di un livello di assistenza di uguale intensità nella medesima area.

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

Parimenti, tenuto conto dell'età media avanzata della popolazione residente nell'area nord dell'Azienda, è stato proposto di fornire la risposta ad un bisogno di salute di tale fascia di popolazione, prevedendo l'effettuazione anche presso il Presidio di Borgosesia degli interventi ambulatoriali di cataratta.

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

In entrambi i Presidi è stata realizzata l'attivazione di letti di Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria (CAVS) in grado di poter rispondere alle esigenze della popolazione in modo appropriato e collocati in sedi facilmente raggiungibili.

Dal punto di vista dell'evidenza amministrativa, la riorganizzazione della rete ospedaliera è documentata dai seguenti atti:

- delibera del Direttore Generale n. 72 del 29 gennaio 2016, con cui sono stati istituiti posti letto di CAVS presso i presidi dell'ASL a fronte della disattivazione di posti letto di lungodegenza (cod. 60) che saranno operativi in corso d'anno 2016;
- delibera del Direttore Generale n. 132 del 18 febbraio 2016 con cui si è iniziato il processo di rimodulazione dei posti letto secondo il modello di aggregazione precedentemente descritto che garantisce un'ottimale distribuzione dei case-mix produttivi e la condivisione di conoscenze e buone pratiche.

Dal punto di vista operativo gli atti amministrativi sono stati concretizzati nelle seguenti azioni:

OSPEDALE S. ANDREA DI VERCELLI

- In data 29 febbraio 2016 disattivazione dei 22 posti letto di lungodegenza;
- In data 1 marzo 2016 apertura di 18 posti letto CAVS;



- In data 29 febbraio 2016 disattivazione dei posti letto di degenza ordinaria di oncologia medica (10 pl), oncologia ematologica (6 pl) e di reumatologia (8 pl);
- In data 1 marzo 2016 alla attivazione dell'area di degenza medica (piano primo, n. 22 pl e piano sesto, n. 52 pl).

Mediante tali azioni il personale di assistenza e di supporto è stato riorganizzato secondo logiche di ottimizzazione. Al momento è in corso un percorso formativo, a cura di SDA Bocconi, che coinvolge personale dirigenziale e del comparto per permettere la piena ed ottimale implementazione del modello organizzativo ed assistenziale scelto.

A fronte della rilevata esistenza di criticità anche strutturali derivanti dalla pressante cadenza dei singoli interventi previsti e della necessità di irrobustire i percorsi formativi di supporto alle modifiche organizzative, nel contempo è stato deciso di rivedere il cronoprogramma degli spostamenti strutturali per permettere una ristrutturazione che consenta la fruizione di ambienti più in linea con le aspettative moderne (camere singole/doppie con servizi igienici dedicati, con gas medicali centralizzati e trattamento dell'aria). Pertanto gli spazi lasciati liberi dalla lungodegenza già disattivata saranno utilizzati come spazi - cuscinetto a disposizione per permettere gli interventi strutturali sugli altri ambiti degenziali secondo la seguente sequenza:

1. esecuzione lavori dialisi al piano primo;
2. interventi al sesto piano con spostamento di pazienti al secondo (ex lungodegenza) in due tranche di 26;
3. spostamento area medica dal primo al sesto piano a lavori ultimati del sesto piano;
4. spostamento del Day Hospital oncologico dal terzo al primo piano (ex neurologia);
5. Interventi edilizi per centralizzare il blocco operatorio e la centrale di sterilizzazione al secondo piano;
6. interventi al secondo piano degenze chirurgiche (iniziando da ex lungodegenza);
7. interventi al terzo piano dipartimento materno infantile;
8. spostamento ortotraumatologia/ORL a secondo piano;
9. spostamento pediatria/neonatologia al terzo piano;
10. interventi al quarto piano per piastra ambulatoriale interna;
11. spostamento diabetologia al quarto piano piano;
12. interventi di adeguamento del Day Hospital medico;
13. interventi di ampliamento degli spogliatoi al quinto piano.

Nel contempo, si è effettuato un lavoro tecnico di revisione degli interventi strutturali necessari alle realizzazioni di cui sopra, nonché rispetto alle necessità di adeguamento della struttura ospedaliera alle norme antincendio ed antisismiche. Ciò ha condotto alla definizione di un MasterPlan (Piano Direttorio) dei lavori che si sviluppa su un arco di cinque anni, quindi anche oltre i limiti temporali del mandato di Direzione, nella ricerca di coerenza ed ottimizzazioni degli interventi.

Inoltre, si è proceduto alla elaborazione di piano di interventi alternativo, che prevede l'utilizzo di modalità e procedure più snelle consentite nell'ambito della attuale normativa contrattoriale per i



lavori e per la analisi delle quali sono in corso al momento della presente relazione le necessarie interlocuzioni tecniche con gli uffici regionali competenti.

Dopo le opportune verifiche tecniche, il secondo periodo di mandato vedrà l'avvio delle procedure scelte secondo i cronoprogrammi definiti.

OSPEDALE SS PIETRO e PAOLO DI BORGOSIESIA

- in data 1 gennaio 2016 trasformazione dei 4 posti di UTIC in posti letto monitorizzati (di area medica e chirurgica);
- in data 30 giugno 2016 disattivazione dei 4 posti letto di lungodegenza;
- in data 1 luglio 2016 incremento dei posti letto della SC Medicina generale da 23 a 27. I previsti 30 posti letto della struttura saranno operativi a far data dal 1 ottobre 2016;
- dal 1 novembre l'attività relativa alla terapia oncologica è completamente gestita dalla SC Oncologia.
- Dalla metà del mese di dicembre p.v. è prevista la attivazione di 20 posti letto di CAVS al quarto piano dell'ospedale, oggi non ancora utilizzato, con contestuale chiusura dei CAVS di Varallo.

Tutte le operazioni descritte sono state accompagnate da profondi ripensamenti dei percorsi dei pazienti sia intra ospedalieri che inter ospedalieri, anche con riferimento alle altre sedi ospedaliere di quadrante.

L'attività erogata nel contempo e necessariamente è stata ed è reindirizzata in termini di appropriatezza, in coerenza con l'assetto organizzativo conseguito.



OBIETTIVO di MANDATO n. 2 – Prestazioni ambulatoriali

“Sviluppo della rete relativa alle prestazioni ambulatoriali secondo una logica di appropriatezza e nella prospettiva di integrazione ospedale/territorio e di area omogenea, anche ai fini del miglioramento delle liste di attesa.”

Risultati raggiunti

La riorganizzazione della rete ambulatoriale dell'ASL VC si colloca nell'ambito degli interventi contestuali di riorganizzazione ed efficientamento della rete ospedaliera e territoriale attuati in applicazione delle recenti normative regionali di riordino (D.G.R. 1-600/2014, 1-924/2014, 26-1653/2015) ed è finalizzata a soddisfare il bisogno sanitario dei residenti garantendo la sostenibilità del sistema.

A tale scopo, è stato progettato un percorso di razionalizzazione della rete ambulatoriale aziendale basato su criteri espliciti e condivisi con gli stakeholder che ha previsto i seguenti step:

- caratterizzazione dell'Offerta aziendale e della Domanda dei residenti nella fase precedente alla riorganizzazione attraverso indicatori proxy di efficienza, di accessibilità e di bisogno di salute. Ciò ha consentito di evidenziare lo stato dell'arte e di condividere le priorità di riorganizzazione con gli stakeholder (personale, Comuni, associazioni di volontariato);
- individuazione di standard di livello di erogazione a complessità crescente per classificare le sedi ambulatoriali aziendali e semplificare l'approccio alla riorganizzazione ;
- ridisegno dell'organizzazione aziendale allocando le risorse in coerenza con gli standard di livello predefiniti per massimizzare l'efficienza della rete;
- avvio della riorganizzazione della rete ambulatoriale aziendale.

La riorganizzazione, che sarà completamente a regime entro il 2017, prevede una classificazione dei punti di erogazione basata su 3 livelli a complessità crescente applicando una logica analoga a quella utilizzata per classificare i presidi ospedalieri⁶:

- **punti di erogazione di base**, per l'erogazione di prestazioni prevalentemente monospecialistiche e monodisciplinari a bassa complessità (visite specialistiche che richiedono un contesto tecnologicamente ed organizzativamente poco articolato);
- **punti di erogazione di I livello**, per l'erogazione di prestazioni specialistiche di base, di prestazioni richiedenti una maggior dotazione tecnologica (es. radiografia del torace), di prestazioni di assistenza primaria e con la possibilità di erogare “pacchetti di prestazioni” a completamento della visita iniziale;

⁶ DM n. 70 del 2.04.2015 “Regolamento recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi dell'assistenza ospedaliera”



- **punti di erogazione di II livello**, localizzati nei Presidi Ospedalieri dove sono concentrate le alte specialità e le tecnologie ad alto costo.

Sulla base del modello sopra descritto sono stati individuati 7 punti di erogazione aziendali di prestazioni specialistiche, a fronte dei 12 punti di erogazione precedentemente esistenti.

Per quanto riguarda la **localizzazione sul territorio dei punti di erogazione** di diverso livello, la scelta è risultata naturale per le sedi di II livello (n. 2 punti di erogazione localizzati nell'Ospedale di Vercelli/Piastra Ambulatoriale e nell'Ospedale di Borgosesia) e per le sedi di I livello (n. 3 punti di erogazione localizzati nei Presidi Sanitari Polifunzionali di Santhià di Gattinara e nella Casa della Salute di Varallo).

La scelta della localizzazione delle sedi ambulatoriali di Livello Base, invece, è risultata più complessa e relativamente discrezionale riguardando tecnologie sanitarie più facilmente mobilizzabili. A questo riguardo, il processo decisionale che ha portato all'identificazione delle 2 sedi ambulatoriali di Livello Base (a fronte delle iniziali possibili 7 sedi periferiche⁷ in cui venivano erogate prestazioni specialistiche) è stato soprattutto guidato dal modello di lettura dell'Offerta e della Domanda precedentemente citato e da una più dettagliata analisi della produttività per singola branca specialistica e singola sede di erogazione, tesa a massimizzare l'efficienza allocativa. Nella fase di riallocazione delle sedi ambulatoriali la presenza di Strutture Private Accreditate attive nell'ambito delle branche specialistiche caratterizzanti il Livello Base è stata considerata un'ulteriore risorsa qualificante dell'insieme di prestazioni specialistiche complessivamente garantite dall'ASL VC. Non influente criterio di decisione non poteva non essere la dimensione e lo stato strutturale delle sedi, la loro prossimità ad altre sedi, la agibilità delle vie di comunicazione, la possibilità di concentrare pluralità di prestazioni tra loro coerenti con i pacchetti di servizio mediamente utilizzati.

L'analisi condotta con i professionisti sanitari e rappresentanti delle istituzioni locali in 44 riunioni tecniche per un totale di 81 ore d'aula ha preso in considerazione i seguenti aspetti:

- la produttività delle diverse branche specialistiche⁸ in ogni punto di erogazione pre-esistente per evidenziare eventuali opportunità di efficientamento. Nello specifico, è stato utilizzato come indicatore il rapporto fra il numero di prestazioni prodotte e le ore medico lavorate⁹

⁷ Per semplificazione, sono state definite "centrali" le 5 sedi di erogazione situate nell'Ospedale di Vercelli/Piastra Ambulatoriale, nell'Ospedale di Borgosesia, nel Presidio Sanitario Polifunzionale di Santhià, nel Presidio Sanitario Polifunzionale di Gattinara e nella Casa della Salute di Varallo. Sono state definite "periferiche" le sedi di erogazione di prestazioni specialistiche erogate in strutture aziendali di minore complessità localizzate nei Comuni di: Scopello, Cigliano, Grignasco, Romagnano Sesia, Coggiola, Serravalle Sesia, Roasio.

⁸ ad esclusione della branca di Medicina di Laboratorio

⁹ è stato assunto che il personale non medico (infermieri, ostetriche e altro personale di supporto) non fosse un input rilevante ai fini della produzione di visite ambulatoriali.



individuando, in accordo con i professionisti e l'eventuale normativa di riferimento, lo standard di riferimento ottimale;

- la possibilità di ottimizzare l'allocazione delle risorse umane, soprattutto in caso di inefficienza e in relazione al bisogno della popolazione residente nell'area;
- le eventuali necessità di investimenti tecnologici e/o strutturali per garantire lo standard minimo di prestazioni secondo il modello di classificazione proposto.

Per ciascuna delle tre tipologie di Punti di Erogazione il confronto con i medici specialisti e la condivisione degli standard di prestazioni da erogare su base oraria, in relazione alle diverse specialità, ha portato al perfezionamento del numero e della tipologia di "alte specializzazioni" presenti nei tre livelli di erogazione e ad una diversa allocazione delle risorse umane nelle sedi ambulatoriali (Tabella 1).

Inoltre, a seguito della condivisione con gli specialisti dello standard di prestazioni da erogare per un'ora di attività, della riallocazione delle risorse umane eventualmente necessaria per aderire allo standard e del completamento della dotazione tecnologico-strumentale ove richiesto, è stata successivamente definita la produzione ambulatoriale attesa a regime nei nuovi Punti di Erogazione e, come tale, proporzionalmente assegnata ai Direttori di Struttura Complessa tra gli obiettivi di budget dell'anno 2016.

Il processo di condivisione del modello di riorganizzazione è stato realizzato anche nei confronti delle Associazioni di Volontariato e i rappresentanti istituzionali dei Comuni afferenti al territorio aziendale. A questo riguardo, è stato oggetto di discussione nell'ambito della Conferenza di Partecipazione Aziendale, delle Unità di Coordinamento Distrettuale, della Conferenza dei Sindaci e nell'ambito di Tavoli di Lavoro aperti agli stakeholder interessati (n. 3 sedute del Tavolo di Lavoro di 8 ore complessivamente a cui hanno partecipato, oltre alla Direzione Generale, i Direttori di Distretto, le strutture di staff della Direzione e i rappresentanti di 6 Comuni).

Il progetto è stato inserito come parte integrante del Programma delle Attività Territoriali 2016 dell'ASL VC assunto formalmente dalla Direzione Aziendale a fine Dicembre 2015¹⁰ con il parere favorevole dei 92 Sindaci dei Comuni presenti sul territorio aziendale.

Il modello definito presentato alla Conferenza dei Sindaci a ottobre 2016 e come predetto avrà la sua realizzazione nel corso del 2017. Le azioni di implementazione si presentano particolarmente complesse in relazione alla necessità di far combinare gli esiti di azioni diverse per tempo e per luogo e per interlocutore.

Il punto di forza che sostiene l'intero impianto di riprogrammazione della rete è rappresentato dai suoi fondamenti oggettivi e condivisi largamente tra Direzione, Specialisti e interlocutori esterni, sulla base di criteri precedentemente condivisi anch'essi.

Il punto di criticità, oltre alla complessità naturale degli interventi, è dato dalla resistenza che un progetto così ampio inevitabilmente incontra nei confronti di fasce di interessi che faticano a

¹⁰ Delibera del Direttore Generale n. 995 del 23.12.2015 "Approvazione della proposta del Programma delle Attività Territoriali (PAT) di cui alla DGR 26-1653 del 29.06.2015"



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

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

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

intravedere “sulla carta” i benefici degli interventi stessi restando ancorati a esperienze negative del passato. Ciò richiede un paziente e continuo lavoro di confronto leale che naturalmente la Direzione Aziendale con tutti i suoi collaboratori assicura.

Tuttavia, gli indicatori di performance rilevati periodicamente rassicurano che il percorso intrapreso non solo non è negativo, ma anzi capace di rafforzare la risposta ai bisogni di salute come rappresentato, a mero titolo di esempio, dalla diminuzione media dei tempi di attesa delle prestazioni rese.

Di tali risultati si darà ampiamente conto nella Relazione Sanitaria che verrà presentata nel prossimo mese di giugno 2017 a valere per l'anno 2016.



Tab. 1 Standard di prestazioni erogate nei Punti di Erogazione Ambulatoriale di Base, di I livello e di II Livello: variazioni dell'ipotesi iniziale a seguito di valutazione della compatibilità con gli specialisti.

	LIVELLO BASE				I LIVELLO						II LIVELLO			
	Coggiola		Cigliano		PSP Santhià		PSP Gattinara		Casa Salute Varallo		Ospedale /Piastra Vercelli		Ospedale Borgosesia	
	IPOTESI INIZIALE	DOPO CONFRONTO	IPOTESI INIZIALE	DOPO CONFRONTO	IPOTESI INIZIALE	DOPO CONFRONTO	IPOTESI INIZIALE	DOPO CONFRONTO	IPOTESI INIZIALE	DOPO CONFRONTO	IPOTESI INIZIALE	DOPO CONFRONTO	IPOTESI INIZIALE	DOPO CONFRONTO
PREST. INFERMIERISTICHE	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
CONSULTORIO	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
CARDIOLOGIA					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
visita	X		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ECG	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ecocardiografia											X	X	X	X
DIABETOLOGIA	X		X		X	X	X	X			X	X	X	X
PNEUMOLOGIA					X		X				X	X	X	X
UROLOGIA	X		X		X	X	X	X		X	X	X	X	X
OCULISTICA	X		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
DERMATOLOGIA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ORTOPEDIA	X		X		X	X	X	X			X	X	X	X
RADIOLOGIA					X	X	X	X			X	X	X	X
Rx tradizionale					X	X	X	X			X	X	X	X
mammografia											X	X	X	X
ecografia					X	X	X	X			X	X	X	X
NEUROLOGIA					X	X	X	X			X	X	X	X
OTORINOLARINGOIATRIA					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ODONTOSTOMATOLOGIA					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
FKT					X	X	X	X			X	X	X	X
ENDOCRINOLOGIA											X	X	X	X
MALATTIE INFETTIVE											X	X		
REUMATOLOGIA											X	X	X	X
MEDICINA											X	X	X	X
GASTROENTEROLOGIA											X	X	X	X
CHIRURGIA						X		X			X	X	X	X
NEFROLOGIA						X		X			X	X		
NUTRIZIONE											X	X		X

LEGENDA: in giallo sono evidenziati i cambiamenti successivi alla valutazione di compatibilità della proposta iniziale con gli specialisti. In fucsia sono evidenziate le branche che, in quella sede, sono comunque garantite dalla presenza di erogatori privati accreditati. In rosso sono evidenziate le prestazioni specialistiche che è stato possibile riallocare a seguito del confronto con gli specialisti.



OBIETTIVO di MANDATO n. 3 – Riqualificazione della rete territoriale

“Completa attuazione, con riferimento all’Azienda di competenza, e in integrazione con le altre Aziende presenti nell’area omogenea di afferenza, degli obiettivi previsti dalla DGR 1-600/2014 “linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale” e dai futuri provvedimenti giuntali in materia di riqualificazione della rete territoriale, con particolare riferimento alla Continuità Assistenziale.”

Risultati raggiunti

Tra le linee di indirizzo definite dalla DGR 1-600/2014 e s.m.i. in merito alla riqualificazione della rete territoriale si evidenziano i seguenti punti qualificanti:

- la definizione di una dimensione del distretto tale da consentire un’adeguata e coordinata gestione dei numerosi fattori concorrenti alla continuità delle cure e alla generale funzione di tutela
- la ridefinizione della Continuità Assistenziale (ex Guardia medica) in conformità con le Linee di Indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza-urgenza in rapporto alla continuità assistenziale¹¹, anche attraverso l’istituzione di un numero unico in grado di assicurare la presa in carico delle esigenze non urgenti continuativamente nell’arco delle 24 ore;
- la ridefinizione dell’assetto dell’Assistenza Primaria anche secondo forme organizzative monodisciplinari (AFT, Aggregazioni Funzionali Territoriali) e multiprofessionali (UCCP, Unità Complesse di Cure Primarie);
- la definizione del riassetto dell’assistenza domiciliare e dell’assistenza residenziale anche per agevolare la riorganizzazione della rete ospedaliera;
- una più completa definizione dei Percorsi Diagnostico terapeutici Assistenziali (PDTA) per le patologie croniche.

Distretto Unico

Relativamente alla definizione di un distretto di dimensioni adeguate a consentire la gestione coordinata dei diversi interventi di riorganizzazione della rete territoriale e di integrazione con la rete ospedaliera è stata prevista l’attivazione di un **unico Distretto Sanitario aziendale**, con bacino

¹¹ Così come sancite dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 7 febbraio 2013 (repertorio atti n. 36/CSR), ripreso dalla L. 135/2012 e ulteriormente sviluppate nel Patto per la Salute 2014-2016



d'utenza coincidente con la popolazione residente¹². Il Distretto unico, previsto dall'Atto Aziendale vigente¹³, è stato attivato con DDG n. 946 del 4.11.2016 .

Ciò consentirà di rafforzare le politiche di uniformazione dell'offerta e di rispetto dei criteri definiti come qualificanti in termini di equità distributiva, qualità e quantità delle prestazioni sanitarie offerte.

Continuità assistenziale

In riferimento alla riorganizzazione della rete di continuità assistenziale (**ex Guardia Medica**), nel periodo di metà mandato sono state attuate le valutazioni necessarie per la centralizzazione del servizio. Nello specifico l'ASL VC ha seguito le indicazioni dell'Azienda capofila (ASL NO) partecipando agli incontri di programmazione delle attività di riorganizzazione e fornendo i dati aziendali utili al censimento delle modalità di registrazione degli interventi erogati in continuità assistenziale¹⁴.

Sulla base dell'analisi condotta, considerato che il numero delle postazioni ora attive ed il relativo n. di ore/medico rispetta gli standard richiesti, è possibile ipotizzare una revisione del numero delle sedi aziendali di (ex) Guardia Medica che potrebbero scendere da 7 a 6.

Cure Primarie: AFT e UCCP

Relativamente all'area delle **Cure Primarie** la progettualità dell'ASL VC è stata orientata

1. al consolidamento in UCCP della precedente sperimentazione del Centro di Assistenza Primaria (CAP) avviato nel Presidio Sanitario Polifunzionale di Santhià¹⁵,
2. alla valutazione della possibilità di attivare una seconda UCCP nel Presidio Sanitario Polifunzionale di Gattinara.
3. In parallelo è stata altresì valutata la possibile organizzazione in AFT dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS).

Ad oggi sono stati avviati i primi interventi di coinvolgimento dei MMG per l'istituzione delle AFT, ma la mancanza dell'Accordo Collettivo Nazionale e la scarsa compliance di Medici interessati ne rende difficoltosa la concretizzazione, sebbene sia possibile ipotizzare per tali forme aggregative in molti casi un insieme di servizi ritenuti utili sia per i medici stessi che per la popolazione di riferimento.

¹² Al 31.12.2015 sul territorio dell'ASL VC si rilevano 172.012 residenti, pari al 3,91% della popolazione piemontese (fonte: Piemonte STATistica e B.D.D.E - PISTA, all'ultimo aggiornamento disponibile del 31.12.2015).

¹³ Deliberazione del Direttore Generale n. 817 del 30.10.2015 "Adozione dell'atto aziendale di cui all'art. 3 , comma 1 bis, del Dlgs n. 502/1992 e s.m.i a seguito del recepimento dei rilievi regionali di cui alla DGR n. 43-2297 del 19.10.2015

¹⁴ attualmente la registrazione avviene su registri cartacei con tutte le limitazioni del caso relative all'archiviazione, ricerca e consultazione delle prestazioni erogate

¹⁵ Riconoscimento regionale con Determina Dirigenziale n. 613 del 7.08.2013 e successiva DDG n. 923 del 6.11.2013 "Attivazione del Centro di Assistenza Primaria (CAP) di Santhià"



Per l'attuale CAP di Santhià è stata verificata la rispondenza ai requisiti previsti dalla DGR 26-1653/2015 e potrebbe pertanto essere confermata la sua trasformazione in UCCP.

Per quanto riguarda la UCCP di Gattinara anche in tale sede sono presenti i Servizi richiesti dalla normativa regionale vigente e verrà valutata a breve la possibilità di una sua effettiva attivazione. Sebbene la normativa non richieda la presenza fisica dei MMG all'interno della sede legale che verrà qualificata come sede di UCCP, le disponibilità strutturali inducono ad ipotizzare la realizzazione di sedi di AFT che consentano di completare l'offerta di servizi diurni alla popolazione.

In ogni caso, le azioni che verranno intraprese saranno coerenti con le indicazioni derivanti dal Tavolo Regionale dei Direttori Sanitari che ha il mandato di garantire uniformità di indirizzi operativi in merito sul territorio piemontese.

Residenzialità e domiciliarità

Nell'ambito della riorganizzazione delle attività di **assistenza residenziale e domiciliare** sono stati intraprese diverse azioni di riorganizzazione.

Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria (CAVS)

Una delle prime azioni intraprese è consistita nella rivalutazione del bisogno sanitario dei pazienti in carico ai servizi ospedalieri e territoriali aziendali rispetto ai criteri di indicazione all'assistenza erogata in regime di CAVS. È stato necessario rivalutare la più opportuna allocazione interna dei 40 posti letto CAVS assegnati all'ASL VC¹⁶ dal livello regionale e successivamente avviarne la completa messa a regime.

Allo stato attuale, analizzato il bisogno di salute e il contesto locale in cui già risultavano attivi 10 p.l. di CAVS convenzionati in area vercellese¹⁷, è stato ritenuto opportuno per il miglior percorso dei pazienti ed economicamente più efficiente andare a regime dismettendo definitivamente l'utilizzo dei posti letto esterni ed attivare 18 dei 20 posti letto CAVS possibili all'interno del Presidio Ospedaliero di Vercelli e 18 dei 20 restanti posti letto nell'Ospedale di Borgosesia¹⁸.

Nelle more della realizzazione di quanto sopra, con Deliberazione del D.G. n. 566 del 23.6.2016 sono state attribuite al Country Hospital di Varallo (n. 10 posti letto) le funzioni di CAVS per i casi di moderata intensità clinico - assistenziale. La struttura ha contestualmente assunto la nuova denominazione di "CAVS della Valsesia".

¹⁶ D.G.R. 30-3016 del 7.3.2016 "Modifiche ed integrazioni alla DGR n. 77-2775 del 29 dicembre 2015 recante "Definizione del fabbisogno della funzione extraospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria. Modifica alla DGR n. 6-5519/2013. Modifiche ed integrazioni agli allegati A), B) e C) alla DGR n. 13-2022 del 5 agosto 2015".

¹⁷ 10 p.l. di CAVS presso la RSA di Albano Vercellese

¹⁸ DDG n. 72 del 29.12.2015 con cui sono stati istituiti n. 18 p.l. CAVS nell'Ospedale di Vercelli, attivi dal 01.02.2016, e n. 10 p.l. nell'Ospedale di Borgosesia di prossima attivazione. La procedura di invio in CAVS è descritta nel documento interno "Accesso e gestione dei pazienti in CAVS a gestione diretta (DMPG.1906.00)"



Allo stato attuale risultano funzionanti posti letto CAVS nell'Ospedale di Vercelli e i posti letto della struttura di Varallo che, tuttavia, entro l'anno verranno chiusi con contestuale attivazione dei posti letto al quarto piano del presidio ospedaliero di Borgosesia.

Residenzialità psichiatrica

Nell'area della residenzialità psichiatrica, in ottemperanza alla D.G.R. 30-1517 del 3 giugno 2015 di riordino della rete dei **servizi residenziali psichiatrici**, nel periodo di metà mandato si è provveduto alla rivalutazione dei pazienti ospiti delle diverse strutture al fine di monitorare l'appropriatezza del ricorso ai servizi di residenzialità psichiatrica identificando il setting più idoneo in considerazione dei bisogni terapeutico-riabilitativi, dei margini di recupero e di reinserimento, dei bisogni assistenziali, del contesto sociale, della presenza di eventuali fenomeni di cronicizzazione.

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

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

Ulteriori e successivi aggiornamenti hanno rilevato 70 pazienti in carico alla S.C. Psichiatria (31.08.2016), senza necessità di variazione del setting assistenziale.

Residenzialità e semiresidenzialità per pazienti con dipendenze

La rivalutazione dell'appropriatezza del setting assistenziale è stata effettuata anche nell'area delle Dipendenze patologiche.

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

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

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

- n. 8 in Comunità Terapeutica Residenziale Tipo art 12 S.T.R.A.;



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

Aggiornamenti successivi alla data del 31.08.2016 hanno evidenziato la dimissione di n. 1 paziente e il mantenimento dell'assistenza residenziale per n. 14 pazienti, di cui 4 in assistenza integrata con i servizi psichiatrici.

Residenzialità e semiresidenzialità per pazienti disabili

L'appropriatezza del setting assistenziale è stata valutata dai Distretti in relazione ai bisogni terapeutico-riabilitativi, ai margini di recupero e di possibilità di reinserimento.

Al 31.8.2016, a seguito della rivalutazione condotta su un totale di n. 90 pazienti disabili in assistenza residenziale e n. 110 pazienti disabili in assistenza semiresidenziale, sono state disposte le seguenti variazioni di setting:

- n. 2 pazienti trasferiti da struttura semiresidenziale a struttura residenziale;
- n. 10 pazienti dimessi dal regime residenziale per disabili (n. 2 decessi, n. 1 paziente di competenza S.C. Psichiatria, n. 1 paziente al domicilio, n. 6 pazienti trasferiti in diversa struttura per disabili);
- n. 2 dimissioni di pazienti dal regime di semiresidenzialità (n. 1 decesso, n. 1 dimissione al domicilio);
- n. 8 trasferimenti di pazienti in RSA per anziani non autosufficienti;
- n. 9 nuovi inserimenti di pazienti in RSA (valutati in UVG come assimilabili ad anziani non autosufficienti);
- n. 1 nuovo inserimento in Centro Diurno per anziani (valutato in UVG come assimilabile ad anziano non autosufficienti).

Alla stessa data risultavano inoltre i seguenti nuovi inserimenti:

- n. 2 in struttura residenziale + n. 6 per trasferimento da altra struttura per disabili;
- n. 5 in struttura semiresidenziale;
- n. 2 minori in Comunità Riabilitativa Protetta.

Residenzialità e semiresidenzialità per anziani

Nel periodo oggetto della presente relazione si è provveduto, in collaborazione con gli Enti Gestori, alla rivalutazione dei pazienti affetti da Alzheimer inseriti nel nucleo NAT per verificare se le condizioni clinico-assistenziali fossero compatibili con il profilo di cura erogato all'anziano non autosufficiente. A seguito di tale valutazione, alla data del 31.08.2016, n. 4 anziani risultavano trasferiti dal nucleo NAT al regime residenziale di RSA.



L'attività erogata nell'area della residenzialità e semiresidenzialità rivolta agli anziani è evidenziata dall'andamento crescente del numero di giornate di assistenza (vd. tabella seguente).

Poiché sin dall'inizio del mandato si è agito in questo ambito con interventi che, a parità di risorse, sono stati rivolti all'equità di accesso alle prestazioni, si prevede che l'incremento osservato nel 2015 venga parzialmente riassorbito nel 2016, avendo nel frattempo uniformato sul territorio aziendale i tempi di attesa per l'inserimento in struttura, che rispettano sempre gli standard richiesti dalla normativa regionale di riferimento. Ciò significa che il valore 2016 costituirà base di riferimento per le politiche future in questo ambito.

Tabella 2. Giornate erogate di assistenza residenziale e semiresidenziale

ASSISTENZA AGLI ANZIANI	2012	2013	2014	2015	2015/2014
Assistenza territoriale semiresidenziale (n° giornate)	2.324	2.418	2.257	2.275	101%
Assistenza territoriale residenziale (n° giornate)	245.567	245.008	263.554	273.813	104%
a favore di malati terminali	2.228	2.175	1.994	1.769	89%
a favore di (Ospedale di Comunità)*	2.789	2.992	3.019	2.981	99%
a favore di (continuità assistenziale)	10.845	4.133	1.227	2.235	182%

LEGENDA:

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

Cure domiciliari

Le cure domiciliari rappresentano l'ambito strategico di intervento per conseguire equità di accesso alle cure e evoluzione delle cure stesse verso setting più adatti al trattamento della cronicità e della fragilità in genere.

Le azioni attuate in questo ambito riguardano:

- l'assegnazione di risorse aggiuntive di personale infermieristico necessario a garantire l'uniformità delle modalità di erogazione del Servizio Cure Domiciliari sul territorio aziendale (attività garantita dalle ore 8 alle ore 20 per i 365 giorni dell'anno);
- la definizione di istruzioni operative per garantire la corretta ed uniforme rendicontazione nell'applicativo SAO ADI e a flusso C delle prestazioni fisioterapiche erogate sul territorio aziendale;



- la standardizzazione delle modalità di presa in carico del paziente riabilitativo in regime domiciliare¹⁹.

Entro la fine dell'anno 2016 i risultati dovrebbero essere conseguiti al 100%, in particolare per l'attivazione della estensione dell'orario sull'intero territorio.

¹⁹ Procedura aziendale, in fase di emissione interna, agli atti del Sistema Qualità al codice identificativo "Percorso RRF-ADI (RRF.PG.1994.00)"



OBIETTIVO di MANDATO n. 4 - Equilibrio economico-finanziario

“Obiettivo da perseguire attraverso:

- a. Il monitoraggio attivo del contenzioso in essere al fine di gestire efficacemente l'eventuale rischio di soccombenza.*
- b. La progressiva riduzione nel triennio, in un intervallo compreso tra il 15% e il 40% secondo le percentuali definite dagli obiettivi fissati annualmente dalla Regione anche ai fini dell'attribuzione della quota integrativa al trattamento economico, della quota di FSR assegnata a titolo di riequilibrio programmato, come previsto dalla DGR 38-812/2014 e aggiornato dalla DGR 16-1310/2015, integrata dal risultato economico del bilancio di esercizio 2014 al fine di perseguire l'obiettivo di pareggio sostanziale di bilancio aziendale. Per le Aziende già in equilibrio di bilancio l'obiettivo è da intendersi in termini di mantenimento. Gli obiettivi di razionalizzazione, nei termini di efficienza, appropriatezza ed equità, dovranno essere preventivamente concordati con la Regione in sede di definizione degli accordi ai sensi dell' art. 8 quinquies, comma 2, del d. lgs. n. 502/1992 e in sede di bilancio preventivo economico da predisporre ai sensi dell'art. 25 d. lgs. 118/2011. Le risorse che verranno liberate saranno finalizzate prevalentemente per investimenti e progetti di rilevanza strategica regionale e/o per area omogenea.”*

Risultati raggiunti

Monitoraggio del contenzioso

È stata effettuata la ricognizione del contenzioso per la gestione del fondo rischi e oneri del S.S.N. il cui esito è stato trasmesso alla Direzione Sanità della Regione Piemonte con nota Prot. 15327 del 30/03/2016. Si è inoltre proseguito con le modalità indicate dal vigente Piano di miglioramento approvato nel 2015 e trasmesso esso stesso alla Regione Piemonte con nota Prot. n. 54273 del 01/12/2016

Bilancio Consuntivo esercizio 2015

Il Bilancio consuntivo è stato adottato dall'A.S.L. "VC" con deliberazione del Direttore Generale nr.498 del 06.06.2016 ed è stato successivamente approvato con D.G.R. Regione Piemonte nr.73-3811 del 04.08.2016.

Il bilancio consuntivo 2015 presenta un risultato economico di gestione in perdita per euro 516.979,48= per le motivazioni meglio dettagliate qui di seguito:

- ante approvazione D.G.R. n.44-3352 del 23.05.2016 l'Azienda Sanitaria Locale "VC" presentava un pareggio di bilancio;



- con l'approvazione della D.G.R. n.44-3352 del 23.05.2016 è stata ridotta (rispetto all'importo assegnato con D.G.R. n.35-3152 dell'11.04.2016) la quota relativa ai Contributi Extra Fondo Sanitario Regionale per l'importo complessivo di euro 516.979,00= (così composta: euro 180.076,00= relativa a "Ulteriore contributo regionale finalizzato alla copertura della legge 210/92" ed euro 336.903,00= relativa a "Riduzione per i contributi regionali finalizzati agli ulteriori interventi e servizi destinati a soggetti in condizione di specifiche fragilità sociali che sono stati impegnati in CoFi nell'esercizio 2016 (Quota parte degli importi riportati nella DD n.925-A1407A del 30.12.2015)";
 - l'applicazione della D.G.R. n.44-3352 del 23.05.2016 ha comportato pertanto una modifica sul risultato di esercizio con una perdita di euro 516.979,00=, pari al minor contributo erogato.
- Con D.G.R. nr.73-3811 del 04.08.2016 la Regione Piemonte ha deliberato di coprire tale perdita con le risorse a residuo passivo nel bilancio regionale 2016.

Si ritiene di sottolineare che nell'ambito dell'esercizio economico 2015 sono stati conseguiti ei risultati della prima tranche di efficientamento richiesti per €1.399.000, pari al 5% dell'importo complessivamente costituente obiettivo di mandato.

Bilancio di Previsione esercizio 2016

Il bilancio di previsione è stata adottato dall'A.S.L. "VC" con deliberazione del Direttore Generale nr.997 del 29.12.2015 e ha subito delle modifiche/aggiornamenti in occasione della redazione del C.E. III° trimestre 2016.

C.E. Conto Economico III° trimestre 2016

Il C.E. III° trimestre 2016 presenta un risultato di gestione con una perdita di esercizio pari a € 9.741,00= vs III° trimestre 2015 pari a € 8.521,00=

Tale risultato, nettizzato della spesa che la Regione Piemonte dovrebbe finanziare con finanziamento ad hoc, ammonterebbe al seguente importo:

Tabella 3.

	Importo III trimestre 2016	Previsione 2016	Andamento aritmetico anno 2016
Risultato di esercizio del conto economico al 30.09.2016	-9.741.000,00	-13.829.000,00	-12.988.000,00
Oneri per il sostenimento delle rate di mutuo relative al disavanzo 2000	665.963,00	887.951,00	887.951,00
Spese non sanitarie (ivi incluso l'acquisto di prestazioni sociali)	1.309.942,00	no ricavi/no costi	1.746.589,00
Costi per l'acquisto di farmaci relativi alle terapie di cura dell'epatite C cronica*	362.792,00	1.200.000,00	725.584,00
Risultato di esercizio rettificato	-7.402.303,00	-11.741.049,00	-9.627.876,00

* = a far data dal 01.07.2016.



Piano di efficientamento biennio 2015-2016

Si riporta sintesi delle azioni relative al piano, precisando nuovamente che:

per quanto riguarda l'Esercizio 2015 l'obiettivo di efficientamento 2015 (pari a € 1.398.621,00=, 5% quota F.S.R. indistinta ripartita per riequilibrio programmato) è da considerarsi pienamente raggiunto, stante la chiusura in pareggio del Bilancio di Esercizio 2015, come meglio dettagliato al paragrafo relativo al Bilancio Consuntivo 2015.

per quanto riguarda l'esercizio 2016, come meglio esplicitato dalla tabella successiva, l'obiettivo si ritiene raggiungibile parimenti per l'intera somma fino al conseguimento del 20% complessivamente richiesto per il periodo di riferimento.



Tabella 4. Manovre di efficientamento 2016 (importo€/mln)

Manovre di efficientamento 2016 (importo €/mln)				(30/09/2016) dato previsto e proiettato al 31/12/2016		differenza	
	Tipo Manovra	Impatto sui Costi B	Saldo Netto C=A-B				
A. Obiettivo di efficientamento S.S.R. biennio 2015-2016				-5.595,00			20% quota FSR indistinta ripartita per riequilibrio programmato
A1. Obiettivo di efficientamento S.S.R. 2015				-1.399,00	raggiunto		5% quota FSR indistinta ripartita per riequilibrio programmato
A2. Obiettivo di efficientamento S.S.R. 2016				-4.196,00			15% quota FSR indistinta ripartita per riequilibrio programmato
B. Interventi di razionalizzazione dei fattori produttivi biennio 2015-2016				-4.445,00			
C. Interventi di sistema biennio 2015-2016				-1.150,00			
Dettaglio delle azioni individuate							
Azione 1 - incremento utilizzo farmaci biosimilari in sostituzione delle molecole originator	R	300	-300	243		-57	meno risparmio del previsto
Azione 2 riduzione spesa per l'utilizzo dei farmaci per le maculopatie degenerative senili	R	450	-450	341		-109	meno risparmio del previsto
Azione 3 applicazione determina AIFA nr. 1267/2015 sulla rinegoziazione dei prezzi	A	200	-200	328		128	più risparmio del previsto
Azione 4 – riduzione della spesa per la rinegoziazione dei contratti di fornitura ai sensi della L.125/2015	A	200	-200	200		0	uguale al previsto
Azione 5 – riduzione della spesa per adesione gare aggregate	A	360	-360	406		46	più risparmio del previsto
Azione 6 – razionalizzazione spesa farmaceutica territoriale	R	1750	-1.750,00	687		-1.063,00	meno risparmio del previsto
Azione 7 – minor accantonamenti per interessi moratori	R	425	-425	425		0	uguale al previsto
Azione 8 – minor accantonamenti rischi	R	460	-460	460		0	uguale al previsto
Azione 9 – razionalizzazione spesa per integrativa e protesica	A	300	-300	50		-250	meno risparmio del previsto
C. Interventi di sistema				-4.445,00	3.140,00	-1.305,00	
Dettaglio delle azioni individuate							
Azione 10 – razionalizzazione per effetto della riorganizzazione della rete ospedaliera	A	680	-680	700		20	più risparmio del previsto
Azione 11 – razionalizzazione per effetto della riorganizzazione della rete territoriale	A	470	-470	340		-130	meno risparmio del previsto
D. Check (A+B+C)				-1.150,00	1.040,00	-110	
totale risparmi monitorati al 30.09.2016 e proiettati al 31.12.2016					4.180,00		
obiettivo esercizio 2016					4.196,00		
differenza da recuperare in corso d'anno per il raggiungimento del piano					16,00		



OBIETTIVO di MANDATO n. 5 - Programma delle attività territoriali-distrettuali (PAT)

“Il Programma, di durata coincidente con quella del P.S.S.R., predisposto dal Distretto, deve essere aggiornato ogni anno contestualmente alla definizione del bilancio, ed essere redatto secondo i criteri e le modalità di cui all'art. 3-quater del d. lgs. n. 502/1992 e s.m.i.

Il PAT, definito sulla base di uno schema-tipo regionale (da approvarsi con apposito provvedimento), individua gli obiettivi da perseguire, in attuazione delle strategie aziendali, come stabiliti nei relativi atti di programmazione regionale da emanarsi entro il 30/06/2015 con DGR.

Sulla base del fabbisogno rilevato nell'area di riferimento, saranno definite le attività da svolgere per conseguire tali obiettivi e la relativa distribuzione delle risorse assegnate in una logica di efficienza, appropriatezza ed equità.

Il PAT individua inoltre, sulla base di indicatori misurabili definiti a livello regionale, in allegato al suddetto schema tipo, le modalità di verifica e valutazione degli effettivi risultati raggiunti rispetto agli obiettivi prefissati, al fine di rendere possibili periodici riadeguamenti delle attività”

Risultati raggiunti

Nel 2015 l'ASL VC ha predisposto il **primo Programma delle Attività Territoriali (PAT)** da realizzare nel 2016, in coerenza con gli indirizzi della programmazione strategica aziendale e regionale e con le risorse assegnate²⁰.

Nel PAT sono individuati gli indicatori di tutela concordati con la Regione Piemonte per valutare il raggiungimento degli obiettivi di tutela prefissati per il 2016 ciascun Livello e sottolivello Essenziale di Assistenza. La tabella degli indicatori inizialmente definita in accordo con le indicazioni regionali è stata successivamente revisionata dal Tavolo Regionale dei Direttori Sanitari e, come tale, costituisce la base della rendicontazione utilizzata nel 2016²¹.

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

²⁰ Deliberazione del Direttore Generale n. 995 del 23.12.2015 “Approvazione della proposta del Programma delle Attività Territoriali-Distrettuali (PAT) di cui alla DGR 26-1653 del 29.06.2015.”

²¹ vd. allegato 4 “Indicatori del PAT” della Relazione Sociosanitaria, trasmessa alla Direzione Sanità- Regione Piemonte e al Presidente della Conferenza dei Sindaci con nota prot. 30656 del 29.06.2016



OBIETTIVO di MANDATO n. 6 – Piano Regionale della Prevenzione

“Attuazione, con riferimento all’Azienda di competenza, e in integrazione con le altre Aziende presenti nell’area omogenea di afferenza, di tutti i macro-obiettivi e di tutti gli obiettivi centrali del Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018, approvato con DGR 40-854 del 29/12/2014 di recepimento del Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018, nel rispetto dei criteri e delle scadenze previste dal documento per la valutazione dei Piani della Prevenzione approvato dalla Conferenza Stato Regioni il 25 marzo 2015 – Rep atti CSR/56. Nello specifico occorre adottare annualmente il piano locale della prevenzione in coerenza con gli indirizzi del Piano Regionale e nel rispetto dei tempi e delle regole per la valutazione finalizzata alla certificazione del Piano regionale da parte del Ministero della Salute.”

Risultati raggiunti

L’azienda ha ottemperato alle disposizioni regionali con la predisposizione del Piano Locale della Prevenzione – Programmazione 2015 (delibera n. 618 del 30/07/2015) contenente, in relazione ai dieci macro-obiettivi del Piano Regionale della Prevenzione (PRP), le azioni necessarie al raggiungimento degli obiettivi prefissati nell’anno. I Programmi sono preceduti da un capitolo sulla demografia e sul profilo di salute che caratterizzano la popolazione della ASL, a seguire ogni Programma, in accordo con le indicazioni regionali, è introdotto da un “Quadro strategico”, cui segue una sintesi delle “Azioni previste” e per ogni “Azione” sono definiti gli obiettivi, la descrizione puntuale delle attività previste a “livello regionale” e a “livello locale”, la popolazione target degli interventi, i soggetti coinvolti e gli indicatori di processo, regionali e aziendali.

Le azioni programmate sono state poi regolarmente rendicontate con il “PLP anno 2015 – rendicontazione attività realizzate anno 2015” in cui per ogni programma sono dettagliati l’azione, gli obiettivi dell’azione, le attività locali programmate e gli indicatori di processo utilizzati nel PLP qualora misurabili. Tale rendicontazione è stata inviata in Regione con nota del 24/03/2016 prot. N 14797 a firma del Direttore Generale.

Come da Determinazione Regionale n. 751 del 19/11/2015 con Deliberazione del Direttore Generale N. 979 del 23 dicembre 2015 la ASL di Vercelli ha formalizzato la costituzione del Gruppo di progetto del PLP individuando il coordinatore e i Referenti del Gruppo di progetto (un Referente per ognuno dei dieci Programmi del PLP e i Referenti con funzioni trasversali di supporto).

Anche per l’anno 2016 con delibera n. 686 del 25/07/2016 è stato adottato il Piano Locale della Prevenzione – Programmazione 2016 in continuità con le azioni sviluppate con il PLP 2015 ed in coerenza con il PRP 2014-2018.

Il Gruppo di progetto, con il supporto delle funzioni trasversali di epidemiologia, promozione della salute e formazione, ha realizzato l’elaborazione dei programmi al fine del raggiungimento delle azioni previste dal PRP 2016 con la definizione degli obiettivi, delle azioni e degli indicatori per la valutazione. Tra le attività rappresentate quelle di maggior rilievo sono interventi di promozione di corretti stili di vita in diversi ambiti, programmi di prevenzione secondaria di tumori e diabete,



A.S.L. VC

Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284

www.aslvc.piemonte.it

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

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

interventi per la prevenzione di incidenti stradali e domestici, per la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, per la prevenzione di esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute, per la prevenzione delle infezioni e malattie infettive prioritarie, per la sicurezza alimentare e dalle sorveglianze di popolazione.

Per ogni programma sono riportati la popolazione target, gli attori coinvolti e il gruppo di lavoro.

Si rimanda nella successiva sezione "Progetti speciali" al capitolo "Prevenzione malattie croniche non trasmissibili" per un approfondimento su alcune delle azioni più importanti sviluppate in questa Azienda in relazione a quanto previsto nella programmazione PLP 2016.

STRUTTURA:

DIREZIONE GENERALE

Tel. 0161 5931

Fax. 0161 593768

DIRETTORE:

Dott.sa Chiara SERPIERI

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

Indirizzo:

C.so Mario Abbiate 21 – 13100 Vercelli

Pag. 28 di 46



2. RISULTATI RELATIVI AGLI OBIETTIVI ANNUALI

Obiettivi assegnati nell'anno 2015

Gli obiettivi economici, di salute e di funzionamento dei servizi sono stati assegnati dalla Regione Piemonte ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali ai fini del riconoscimento della quota integrativa del trattamento economico per l'anno 2015 sono stati assegnati con DGR n. 12-2021 del 5 agosto 2015 e riguardano le seguenti aree operative:

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

La dettagliata descrizione dei risultati ottenuti, trasmessa in Regione Piemonte con nota prot. 4571 del 29/1/2016, è riportata integralmente in allegato 1.

Al riguardo, la Conferenza dei Sindaci dell'ASL VC ha già espresso il proprio parere favorevole, formalizzato con nota prot. n. 30684 del 29.06.2016.

Sulla base dell'autovalutazione interna del raggiungimento degli obiettivi assegnati al momento della stesura della presente relazione, anche a seguito del monitoraggio eseguito a livello regionale, cui si rimanda, si ritiene che sia stato conseguito un **punteggio complessivo non inferiore a 87/100**.



Obiettivi assegnati nell'anno 2016

Gli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali sono stati definiti a livello regionale il 16 maggio 2016²².

I **risultati conseguiti** al riguardo vengono riportati schematicamente secondo l'ultimo aggiornamento disponibile del mese di settembre 2016 (allegato 2) e, allo stato di avanzamento attuale, precauzionalmente si ritiene che entro la fine del 2016 sia raggiungibile un **punteggio complessivo non inferiore a 82/100**.

Tra le aree più rilevanti di intervento si segnala, nell'ambito della **riorganizzazione della Rete dei Laboratori**, il proseguimento del processo di centralizzazione degli accertamenti specialistici sui Centro HUB di riferimento, grazie al quale sarà possibile ottenere delle rilevanti economie di scala. Ad oggi risultano già trasferiti all'Hub di riferimento tutti i settori specialistici ed è stato avviato l'iter di gestione centralizzata delle gare per l'alta automazione (ematologia, coagulazione, chimica-clinica ed immunometria). Nel caso specifico, esse verranno gestite a livello di AIC3, con l'AOU Novara come stazione appaltante. La prima gara riguardante l'ematologia è stata indetta con D.D.G. dell'AOU NO n. 541 del 27/09/2016.

Ulteriori interventi, complessi e trasversali a numerosi servizi, hanno riguardato l'avvio della **riorganizzazione della Rete Oncologica**, così come disciplinata dalla DGR 51-2485/2015²³.

Essi riguardano:

- la riorganizzazione del servizio dedicato alla presa in carico globale dei pazienti oncologici denominato "Centro Accoglienza e Servizi (CAS)", che è stato potenziato in termini di risorse umane e strutturali dedicate, e la programmazione dell'attività attesa a regime;
- la definizione del Regolamento di Funzionamento del CAS e della strutturazione di un monitoraggio sistematico di specifici indicatori di attività e di qualità delle prestazioni erogate in area oncologica;
- il riallineamento dell'organizzazione interna rispetto alla norma regionale relativa ai requisiti necessari per essere riconosciuti quali Centri di Riferimento, anche in termini di volume degli interventi chirurgici. Ciò ha implicato il ridisegno dei percorsi di diagnostico-

²² DGR n. 30-3307 del 16 maggio 2016

²³ DGR, n. 51-2485 del 23 novembre 2015 "Individuazione dei Centri Hub e avvio della ridefinizione delle attribuzioni dei Centri autorizzati alla prescrizione dei farmaci oncologici sottoposti a Registro AIFA, nell'ambito del Dipartimento della Rete Oncologica del Piemonte della Valle d'Aosta. Recepimento dell'Intesa 144/CSR del 30.11.2014 e attuazione, delle disposizioni di cui al D.M. 70/15 (per le attività di Rete Oncologica) e della DIR.2011/24/EU.



terapeutici ed assistenziali (PDTA) per le principali condizioni oncologiche, anche attraverso il raccordo e l'integrazione con le aziende afferenti all'AIC 3²⁴;

- l'individuazione di un nuovo percorso di invio del paziente al CAS, condiviso con tutti i Responsabili dei Gruppi Interdisciplinari di Cura (GIC), coerente con la riorganizzazione dei percorsi di cura²⁵.

Gli interventi sopra descritti sono documentati dal progetto di Riorganizzazione del CAS²⁶, dai PDTA recentemente predisposti²⁷ e dai numerosi verbali di incontri finalizzati alla condivisione delle modalità operative di carattere clinico e organizzativo.

Non può non rilevarsi che l'ambito di riorganizzazione delle attività oncologiche costituisca il principale nodo di criticità da affrontare nella riorganizzazione complessiva del sistema, con riferimento in particolare ai percorsi ospedalieri ma non solo.

Anzitutto la prescrizione della rete ospedaliera circa la soppressione di letti di degenza dedicati alla attività oncologica ha posto problematiche di revisione dei criteri di ingresso, di percorso e di gestione dei pazienti nell'ambito della più vasta area Medica, che hanno visto grandi conflittualità tra clinici tuttora non risolte. Si deve dare atto che tutti PDTA prescritti sono stati elaborati e/o revisionati come necessario, perlomeno quelli di pertinenza aziendale.

Secondariamente, il lavoro di revisione svolto e documentato presso la Direzione della Rete Oncologica Regionale aveva evidenziato anche sui CAS criticità sia strutturali che gestionali: ma, mentre le criticità strutturali sono state con il tempo risolte con un ampliamento degli spazi fisici e di tempo dedicato ai servizi in entrambe le sedi, oltre alla assegnazione di personale dedicato soprattutto alla gestione dei servizi amministrativi di supporto, precedentemente deficitario, non sono ancora completamente risolte le problematiche di gestione clinica. Al momento della stesura della presente relazione sono state implementate ulteriori azioni di miglioramento che ci si augura possano consentire rapidamente il risultato atteso.

²⁴ I seguenti PDTA sono stati oggetto di revisione aziendale in quanto l'ASL VC risulta Centro di Riferimento: 1. PDTA GIC tumori dello Stomaco, 2. PDTA GIC tumori coloretali, 3. PDTA GIC tumori urologici, 4. PDTA GIC tumori testa-collo, 5. PDTA GIC tumori della tiroide, 6. PDTA GIC tumori cutanei. I seguenti PDTA sono stati oggetto di revisione aziendale, in attesa di revisione interaziendale da parte dell'AOU NO in qualità di Centro di Riferimento: 7. PDTA GIC tumori ematologici; 8. PDTA GIC tumori ginecologici

²⁵ PDTA CAS, identificato nel Sistema Qualità aziendale alla voce "PDTA CAS (ONC.PDTA.1955.00)"

²⁶ progetto trasmesso alla Rete Oncologica con nota prot. 20470 del 29.04.2016

²⁷ DDG n. 942 del 31.10.2016 "Approvazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici assistenziali (PDTA) per il trattamento dei tumori del colon retto, dello stomaco, cutanei, della testa e del collo, della tiroide e delle ghiandole endocrine, urologici e per i compiti del Centro Accoglienza e Servizi (CAS)"



3. PROGETTI SPECIALI

Pazienti Fragili

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

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

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

Con uno sforzo metodologico e concettuale capace di tenere insieme caratteristiche di pazienti e patologie appartenenti ad ambiti disciplinari anche molto diversi tra di loro, per la **definizione di Paziente Fragile** sono stati utilizzati criteri che da un lato tenessero conto della prevalenza in questa area della popolazione anziana ma anche della area trasversale della disabilità e di alcune categorie particolari della popolazione, a partire dai neonati pre-termine per arrivare agli adolescenti o a soggetti con problematiche psichiatriche, di dipendenza, infettive, a detentori di animali da compagnia da allevamento. Per alcune fasce di popolazione “fragile” sono stati definiti appositi sottoprogetti (es.: Alzheimer).

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

Le classi identificate sono caratterizzate da livelli di fragilità crescente intesa come perdita o compromissione progressivamente crescente dell’autonomia e della qualità della vita, riflettendo contestualmente livelli crescenti di consumo di risorse. Per ciascuna classe di fragilità sono definiti dei criteri espliciti di inclusione; i pazienti individuati sulla base di tali criteri a partire dai flussi informativi già strutturati e disponibili a livello aziendale sono risultati in totale sono circa 12.092.



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

Per ogni Classe di fragilità sono quindi in corso di predisposizione dei percorsi standard di riferimento per la gestione globale e coordinata della complessità dei bisogni del paziente in funzione delle capacità residue e delle necessità prevalenti (accessi ambulatoriali, supporto alla domiciliarità, residenzialità). Per ogni “macro percorso” sono state individuati gli snodi organizzativi critici per l’adeguata presa in carico (es. Sportello Unico, CAS per pazienti oncologici, Centrale della Continuità delle Cure).

Per ciascuno di questi snodi/servizi è in corso la definizione di specifiche istruzioni operative e/o regolamenti di funzionamento finalizzati a migliorare l’accesso da parte dei pazienti fragili.

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

Sportello Unico Sociosanitario

I Distretti di Vercelli e della Valsesia, unitamente agli enti gestori, hanno progettato e implementato la riorganizzazione dello Sportello Unico Sociosanitario (SUSS)²⁸.

Il progetto di riorganizzazione, formalizzato in data 14 settembre 2016 con la sottoscrizione di un apposito protocollo e attivato il 3 ottobre 2016, prevede 11 punti di accesso di cui 9 ubicati presso i locali dell’ASL e i restanti presso le sedi degli Enti Gestori ed è rivolto principalmente ai cittadini residenti nel territorio dell’ASL VC che vertono in condizioni di fragilità. In tal senso, quindi, il SUSS costituisce la prima interfaccia, unica e integrata, tra il paziente fragile individuato nell’ambito del progetto precedentemente descritto e i servizi sociosanitari e sociali erogati dall’ASL e dagli Enti Gestori.

Lo SUSS rappresenta, cioè, una porta unitaria di accesso all’articolato sistema dei servizi sociosanitari dedicato prioritariamente a quei soggetti che vertono in condizioni di non autosufficienza e alle loro famiglie e precisamente anziani non autosufficienti, minori e adulti affetti da patologie invalidanti che determinano notevoli limitazioni della loro autonomia.

L’implementazione e il potenziamento dell’integrazione tra i servizi sociali e sanitari del territorio dei Distretti di Vercelli e Valsesia sono stati necessari per superare le criticità legate alla dispersione geografica del territorio, le difficoltà di accesso ai servizi, l’incremento delle situazioni ad alta complessità socio sanitaria e alla frammentazione amministrativa.

²⁸ Sportello Unico dell’accesso ai servizi distrettuali ai sensi della DGR 55-9323 del 28.7.2008 “Definizione delle modalità e dei criteri dell’utilizzo da parte delle A.S.L. e dei Soggetti gestori delle funzioni socio assistenziali, delle risorse assegnate a livello nazionale, al “Fondo per le non autosufficienze” per l’anno 2007 ed attribuite alla Regione Piemonte”



I **Punti di Accesso- Sportelli SUSS** diffusi in maniera capillare sul territorio si presentano:

- uniformi per operatività e funzioni;
- universalistici sia rispetto al bisogno dell'utenza sia nei confronti del sistema dell'offerta, ossia non specialistici nelle competenze e capaci, dunque, di accogliere ogni tipo di domanda sia sociale sia sanitaria;
- flessibili nella capacità di fornire risposte e/o di attivare un percorso di risposta;
- facilmente accessibili al cittadino/utente;
- promotori della "cultura della presa in carico della persona";
- in grado di fornire risposte personalizzate ed individualizzate sulle prestazioni offerte, sui percorsi necessari per accedervi e sulla documentazione richiesta ;
- strumento di collegamento tra i diversi settori/servizi competenti;
- osservatorio dei bisogni del territorio di pertinenza, per favorire e facilitare una pianificazione e programmazione dell'offerta coerente con la domanda ed i bisogni;
- capaci di orientare le scelte dei cittadini.
- riducono i possibili disagi nell'accesso ai servizi riconducibili a diversità culturali, linguistiche ed economiche dei cittadini fragili

Le attività che vengono erogate negli 11 punti di accesso dello SUSS possono essere così riassunte:

- accoglienza dell'utenza;
- ascolto attivo delle richieste e dei bisogni;
- prima lettura del bisogno espresso dal cittadino;
- informazione relativamente ad opportunità, risorse, prestazioni e possibili agevolazioni nonché sul sistema dei servizi esistenti ed accessibili;
- orientamento nell'utilizzo dell'informazione fornita verso il canale più adatto per ottenere una risposta adeguata da altri servizi;
- accompagnamento e verifica della effettiva presa in carico da parte dei servizi competenti.

I dati di attività relativi ai bisogni espressi e alle risposte fornite dallo sportello unico socio sanitario negli 11 punti di accesso nel periodo 3.10.2016-31.10.2016 vengono rappresentati nelle tabelle sottostanti.

Tabella 5 – Bisogni espressi

Tipologia di bisogno espresso	n. schede paziente
U01. Assistenza medico/infermieristica domiciliare	139
S01. Informazioni generali e orientamento ai servizi	69
U06. Ospitalità in strutture residenziali o semiresidenziali	61
S02. Supporto per domande e pratiche amministrative	34
U02. Assistenza socioassistenziale domiciliare	34



Tipologia di bisogno espresso	n. schede paziente
P06. Ausili assorbenti	32
Z. Altro	19
P07. Cateteri e materiale per stomizzati	17
P08. Materiale di medicazione	15
P01. Carrozzina/Deambulatore	14
S04. Servizi di supporto (mensa, trasporto sociale, ...)	9
S05. Supporto alle relazioni	8
S03. Sostegno economico e ad esigenze abitative	7
P14. Altri ausili/presidi	6
U05. Ricovero temporaneo (solievo alla famiglia per brevi periodi)	5
P11. Prodotti alimentari per specifiche patologie	4
P02. Letto ortopedico	3
P03. Busto/Collare	2
P05. Protesi oculare/acustica	2
P09. Presidi per diabetici	1
P10. Prodotti alimentari senza glutine	1
U03. Assistenza fisioterapica e riabilitazione domiciliare	1
	483

Tabella 6 - Risposte fornite

Tipologie risposte	totale
E. Raccolta documentazione	252
A. Informazione	171
F. Accoglimento domanda	76
B. Counseling/orientamento	49
C. Consegna modulistica	49
D. Supporto compilazione domanda	46
Z. Altro	11
Totale generale	654



Farmaci, assistenza integrativa e assistenza protesica

I dati del monitoraggio periodico del consumo di risorse farmaceutiche degli ultimi anni testimoniano lo sforzo compiuto dall'Azienda per conseguire performance migliori e più allineate alla media obiettivo regionale. Durante il periodo del mandato sono state poste le basi ed avviate ulteriori azioni necessarie a garantire l'uso razionale ed appropriato del farmaco e del dispositivo medico nell'ASL.

Lo specifico progetto avviato nel 2015 si basa su una gestione trasversale ed uniforme del farmaco, dei dispositivi medici e del materiale di protesica all'interno dell'ASL di Vercelli, ormai organizzata in un unico Distretto, ma che è articolata su due presidi ospedalieri all'interno dei quali sono presenti una Farmacia Ospedaliera ed una Farmaceutica Territoriale,

Sono state, pertanto, condivise alcune azioni tra i diversi attori coinvolti che vengono di seguito sintetizzate.

Area "Interventi di assistenza farmaceutica territoriale"

Azione 1. Monitoraggio dei profili prescrittivi

L'attività di monitoraggio delle prescrizioni in medicina generale è stata svolta ponendo particolare attenzione alle classi farmaceutiche attenzionate dalla Regione, che sono poi diventate obiettivi delle Direzioni Generali (DGR 30-3307 del 16 maggio 2016).

Nello specifico sono state discusse nelle commissioni distrettuali di Appropriatezza Prescrittiva i dati relativi alle seguenti categorie: farmaci inibitori di pompa protonica, antibatterici per uso sistemico, sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina II, inibitori della HMG CoA redattasi, antidepressivi, farmaci per i disturbi ostruttivi delle vie respiratorie, insuline ed analoghi per iniezione, ad azione lenta, fattori di stimolazione delle colonie, altri preparati antianemici - eritropoietina, inibitori del fattore di necrosi tumorale alfa - TNF α , Somatropina ed agonisti della Somatropina.

In quelle sedi si è concordato che i prospetti dei singoli medici venissero inviati ai referenti di equipe, al fine di realizzare un percorso di audit interno e ridurre in tal modo, la variabilità interaziendale.

Il dato aziendale di spesa lorda pro-capite pesata nel I semestre 2016 è stato pari ad € 84,05, in diminuzione del 3,24% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, ma non allineato al valore regionale che è di € 82,91 (fonte dati flussi CNU, Settore farmaceutico Regione Piemonte).

Azione 2. Distribuzione diretta alle strutture residenziali assistenziali (RSA)

Il numero delle RSA attualmente inserite nel percorso di distribuzione diretta previa verifica dell'appropriatezza prescrittiva da parte della Farmaceutica Territoriale (SFT) sono 11, per un totale di circa 900 pazienti.

La valorizzazione economica dell'erogato da parte dell'ASL nel I semestre 2016 è stato pari ad € 47.573.



Qualora gli stessi farmaci fossero stati prescritti sul territorio dai medici di medicina generale per i pazienti ospiti delle RSA ed erogati in convenzionata o DPC il costo sarebbe stato pari ad € 182.633 (+284%).

Supportati da un database dedicato, completo delle terapie degli ospiti, il SFT effettua i controlli di appropriatezza prescrittiva sulle richieste farmaci, prima di procedere all'inoltro della richiesta cumulativa alla Farmacia Ospedaliera. Verificato che i farmaci richiesti siano inseriti nel prontuario terapeutico aziendale, si controllano le quantità rispetto alla posologia indicata, i formalismi circa la rimborsabilità SSN, inclusa la presenza e la validità dei Piani Terapeutici. Infine si analizzano le politerapie dei pazienti over 65 anni rispetto ai criteri di Beers.

Per fornire un'informazione di ritorno sulle criticità osservate, viene inviato alla singola struttura un documento, denominato "Controlli di appropriatezza prescrittiva", che rappresenta un report di farmacovigilanza attiva, in linea con la prevenzione dell'errore in terapia e le raccomandazioni ministeriali (raccomandazione AIFA n. 17 "Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologia", in particolare), finalizzato a dettagliare e ridurre le situazioni a rischio d'inappropriatezza e/o inappropriate riscontrate, rispetto alle quali si sospende momentaneamente la fornitura dei medicinali, in attesa di ricevere di opportune controdeduzioni da parte del prescrittore.

Azione 3. Distribuzione diretta dopo visita ambulatoriale

È proseguito il percorso di distribuzione diretta del primo ciclo di terapia, dopo visita ambulatoriale cardiologica o reumatologica, dei soli farmaci presenti nel Prontuario Terapeutico Aziendale, con l'obiettivo di ridurre la prescrizione sul territorio, come convenzionata e/o DPC e monitorare l'appropriatezza.

Accanto alla distribuzione del farmaco viene consegnato al paziente un foglio di terapia che prevede l'integrazione tra terapia domiciliare e nuova terapia ("Scheda di terapia") e la possibilità di ulteriori informazioni in caso di soggetti anziani e/o in politerapia, limitando le criticità di gestione della terapia per il paziente, con particolare riferimento agli errori di terapia farmacologica nei cosiddetti momenti di transizione di cura.

L'analisi effettuata ha evidenziato che l'ASL avrebbe sostenuto un maggior costo pari a + 38% per l'ambulatorio di cardiologia e di + 49% per quello di reumatologia, in caso di prescrizioni sul territorio dei farmaci invece erogati in distribuzione diretta.

Azione 4. Distribuzione diretta Eparine a Basso Peso Molecolare (EBPM)

Il percorso di monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva delle EBPM dopo dimissione da Pronto Soccorso (PS) è stato attivato a far data dal novembre 2015 e prevede la distribuzione diretta del I ciclo di eparine e la verifica dell'appropriatezza da parte della Farmaceutica Territoriale.

I verbali di dimissione da PS sono stati controllati per l'appropriatezza prescrittiva, riscontrando 81 prescrizioni in label e 66 off-label, tutte per fibrillazione atriale, per le quali è stato chiesto di compilare lo specifico modulo off-label aziendale, qualora non allegato al verbale stesso.



Si è, inoltre, provveduto ad informare i prescrittori circa le indicazioni previste in scheda tecnica relativamente alla rimborsabilità.

Azione 5. Percorso educativo “Non uso responsabile degli antibiotici”

In collaborazione con i Pediatri di Libera Scelta si è ripreso lo slogan “Antibiotici: maneggiare con cura”, con il quale l'OMS ha lanciato, nello scorso mese di novembre, la prima settimana mondiale per promuovere un uso responsabile degli antibiotici.

Negli ambulatori dei Pediatri di Libera scelta convenzionati è stata affissa una locandina che richiama, oltre ad un comportamento prescrittivo attento da parte del prescrittore stesso, alla necessità di una campagna informativa rivolta alle famiglie degli assistiti, per promuovere un uso razionale degli antibiotici. Copia della locandina, in formato di volantino, viene consegnato alle famiglie.

Area “ Interventi di assistenza farmaceutica Ospedaliera”

Azione 1. Appropriately prescrittiva

La Farmacia Ospedaliera, in ottemperanza all'azione 9.6.2 dei Programmi Operativi 2013-2015 e alla Delibera n. 995/2015 ha eseguito il monitoraggio, nei primi 6 mesi 2016, in termini di consumo e/o di spesa di particolari categorie di farmaci (fattori stimolanti la crescita della serie granulocitaria, stimolanti l'eritropoiesi, Eparine Basso Peso Molecolare, Inibitori Pompa Protonica) distribuiti direttamente alla dimissione o dopo visita ambulatoriale e registrati in File F con i codici 011 e 022.

Azione 2. Continuità assistenziale

Nel 2015 è stato istituito un gruppo di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale che si è occupato della elaborazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale sul trattamento della Trombosi Venosa Profonda.

Il documento “Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trombosi venosa profonda”(MED.PE.1832.00), dopo aver superato le fasi di verifica, autorizzazione ed emissione, è stato pubblicato,sulla intranet aziendale, nel gennaio u.s., che corrisponde alla sua data di applicazione.

Azione 3. Sicurezza del trattamento farmacologico

È stata predisposta una reportistica trimestrale, che viene diffusa a tutti gli operatori sanitari, relativa al farmaco alla tipologia di reazione ed alla gravità, agli eventi avversi intercorsi presso ASL VC.

Nel I semestre 2016 i principi attivi con il maggior numero di segnalazioni sono risultati: warfarin (n=14; 6,3%), acido acetilsalicilico (n=10; 4,6%), l'associazione amoxicillina/acido clavulanico (n=9; 3,8%), furosemide (n=8; 2,9%), bisoprololo (n=6; 2,5%), clopidogrel (n=6; 2,5%); insulina glargine (n=6; 2,5%).



Entrando nel dettaglio degli apparati/organi colpiti (tab. 4), le reazioni più segnalate sono state quelle a carico della cute e del tessuto sottocutaneo (14%), seguite dalle patologie del sistema nervoso (13%), da quelle gastrointestinali (13%) e dai disturbi psichiatrici (11%).

La provvisorietà dei dati rappresentati non permette ancora di trarre conclusioni definitive. Per quanto riguarda il numero delle segnalazioni ricevute nel primo semestre 2016 si evidenzia una riduzione rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente (-10,6%); la ASL VC si è collocata al primo posto, a livello regionale, nel ranking delle ASL/ASO per numero di segnalazioni inserite nella RNF.

Area “Interventi di assistenza integrativa e protesica”

Azione 1. Reportistica

È stato creato un report che viene aggiornato con cadenza trimestrale da tutte le parti coinvolte (Distretti, Farmacia Ospedaliera e Farmaceutica Territoriale) con assemblaggio dei dati da parte dell'Area del farmaco.

Il dato del I semestre 2016 per ASL VC corrisponde ad € 10,16 come spesa pro-capite protesica pesata da riparto prestazioni ambulatoriali (-6% rispetto allo stesso periodo anno 2015) e ad € 6,58 come spesa pro-capite integrativa pesata da riparto assistenza farmaceutica (-8% rispetto allo stesso periodo anno 2015).

Azione 2. Sviluppo ed implementazione dell'utilizzo degli strumenti informatici

E' stata verificata (31.08.2016) con i Fisiatri l'avvenuta abilitazione degli stessi da parte del CSI all'utilizzo dell'applicativo regionale Protes per la consultazione della scheda utente al momento della prescrizione dell'ausilio e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva.

E' in corso l'organizzazione di un incontro formativo per i prescrittori interessati.

Azione 3. Implementazione distribuzione diretta monouso assorbenza

E' stata implementata la distribuzione diretta di dispositivi monouso per assorbenza (- 270 impegnative per fornitura indiretta attraverso ortopedie nel 2016 rispetto al 2015 con risparmio al 31.08.2016 di € 8.300,00).

Azione 4. Mappatura strutture

Risulta tuttora in corso un'indagine per costruire una mappa per quanto previsto dal punto ed acquisire l'elenco degli assistiti non residenti ospiti nelle RSA.

Azione 5. Revisione Piani Terapeutici assorbenza

Ai sensi della D.G.R. 12 gennaio 2015 n. 20-891 e D.G.R. 29 dicembre 2015 n. 44- 2745 sono stati effettuati al 29/08/2016 n. 1077 nuovi piani terapeutici per fornitura di materiale per assorbenza con conseguente razionalizzazione della spesa e miglioramento dell'appropriatezza; risulta in corso la revisione dei restanti piani obsoleti.



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

Azione 6. Procedura finalizzata a fornitura ausili alla dimissione

L'azione n. 6 è stata completata con la pubblicazione della procedura aziendale DIS.PO.1886 "Fornitura ausili non personalizzati nell'ambito di percorsi assistenziali integrati ospedale-territorio" attiva dal 01/06 u.s..

E' stata inoltre rivista la procedura aziendale dell'assistenza integrativa e protesica (DIS.PG.0300.06).

STRUTTURA:

DIREZIONE GENERALE

Tel. 0161 5931

Fax. 0161 593768

DIRETTORE:

Dott.sa Chiara SERPIERI

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

Indirizzo:

C.so Mario Abbiate 21 – 13100 Vercelli

Pag. 40 di 46



Prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili

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

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

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

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

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

A tal fine sono stati pianificati 5 progetti specifici, 4 dei quali, recependo il “macroobiettivo” prevedono azioni di promozione di stili di vita salutari e di interventi di prevenzione e hanno come target:

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

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

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



A.S.L. VC

Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284

www.aslvc.piemonte.it

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

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

- Progetto n°: 1.1 **Guadagnare salute setting Scuola**. Obiettivo generale: Migliorare l'efficacia delle attività di prevenzione e promozione della salute rivolte agli Istituti Scolastici del territorio dell'ASL VC.
- Progetto n°: 1.2 **Guadagnare salute setting Comunità**. Obiettivo generale: Promuovere l'attività fisica in pazienti over 65 anni: Realizzare un percorso efficace di miglioramento del proprio stato di salute, alternativo all'uso improprio delle strutture sanitarie tramite corsi di Attività Fisica Adattata (AFA).
- Progetto n°: 1.3 **Sorveglianze di popolazione**. Obiettivo generale: Prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili: coinvolgimento e partecipazione dei medici di medicina generale per una cultura condivisa in un sistema di rete.
- Progetto n°: 1.4 **Screening Oncologici**. Obiettivo generale: Copertura della popolazione bersaglio dei tre programmi di screening oncologici "Prevenzione Serena", inseriti nei LEA: particolare attenzione all'incremento dei livelli di adesione agli screening mammografico, cervico-vaginale e colo-rettale al fine di raggiungere i valori attesi.
- Progetto n°: 1.5 **Piano di Comunicazione sulle attività di prevenzione**. Obiettivo generale: Promozione della cultura della prevenzione e aumento della consapevolezza delle funzioni e potenzialità del Piano Locale della Prevenzione tra gli operatori sanitari, i decisori, gli stakeholder e la cittadinanza.

STRUTTURA:

DIREZIONE GENERALE

Tel. 0161 5931

Fax. 0161 593768

DIRETTORE:

Dott.sa Chiara SERPIERI

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

Indirizzo:

C.so Mario Abbiate 21 – 13100 Vercelli

Pag. 42 di 46



Tutela e Partecipazione dell'utente

Tra le attività di tutela e partecipazione dell'utente presidiate nel periodo in esame si ricordano:

- il rinnovo della Conferenza di Partecipazione quale strumento partecipativo alle attività di programmazione, controllo e valutazione dei servizi sanitari delle organizzazioni dei cittadini e del volontariato impegnato nella tutela del diritto alla salute (ai sensi dell'art. 14, comma 2, del DLgs 502/92 in merito alle forme di partecipazione)²⁹. La seduta di insediamento è avvenuta il 16 novembre 2015;
- la revisione del Regolamento di funzionamento della Conferenza di partecipazione³⁰;

La Qualità Percepita dall'utente è stata rilevata indirettamente attraverso il **numero di reclami presentati all'URP** (Ufficio Relazioni con il Pubblico) che, nel 2015, si è pressoché dimezzato rispetto al 2014³¹.

²⁹ DDG n. 816 del 28.10.2015 "Rinnovo componenti Conferenza Aziendale di Partecipazione dell'Azienda Sanitaria Locale di Vercelli degli organismi di rappresentanza degli utenti, del terzo settore e dell'imprenditorialità sociale" e successiva integrazione con DDG n. 949 del 07.11.2016 "Integrazione e rinnovo dei rappresentanti della componenti Conferenza Aziendale di Partecipazione dell'Azienda Sanitaria Locale di Vercelli degli organismi di rappresentanza degli utenti, del terzo settore e dell'imprenditorialità sociale nominati con DDG 816 del 28.10.2015".

³⁰ Regolamento Aziendale della Conferenza aziendale di Partecipazione identificato nel Sistema Qualità alla voce "Conf. Az. Partecipazione (URP.RE.1190.03)"

³¹ Da 456 reclami registrati nel 2015 a 244 reclami registrati nel 2014



CONCLUSIONI

Con riferimento all'ampio ventaglio di obiettivi da conseguire e di azioni da implementare in forma programmata e coordinata, non può non essere sottolineato l'ingente impegno cui viene sottoposta l'intera struttura aziendale, nelle sue diverse articolazioni e competenze.

In particolare deve essere segnalato come si siano sovrapposti, con contemporaneità, obiettivi di riorganizzazione dell'architettura dei servizi e obiettivi di rimodulazione qualitativa e quantitativa dei servizi resi, richiedendo un continuo sforzo di tensione e tenuta sugli obiettivi a fronte di un contesto in cambiamento. Se da un lato, ciò costituisce il principale motivo sfidante di un livello elevato di managerialità, non può non evidenziarsi che i livelli di competenze professionali soffrono per natura di un tale contesto in divenire. In tali situazioni, il livello di resistenza al cambiamento, già indicato dalla letteratura come normalmente elevato, tende a divenire rigidità o peggio, a volte, ad ingenerare meccanismi di opposizione emotiva.

Essendo consapevoli di operare in un contesto caratterizzato dalle dinamiche sopra espresse, la Direzione Strategica, ottimamente supportata dai propri collaboratori, ha scelto consapevolmente linee organizzative e funzionali semplificanti, riduzione dei ruoli di responsabilità, riorganizzazioni per funzioni, approccio preventivo e proattivo per la risoluzione dei problemi, supportando i percorsi decisionali da un lato con il maggior grado di oggettività possibile consentite dalla scienza condivisa, dall'altro con l'accompagnamento da parte di primarie agenzie formative dei percorsi stessi, in un'ottica di continuo confronto con realtà simili e diverse.

Non si può inoltre che riconfermare una valutazione assolutamente positiva circa la scelta strategica, effettuata nell'ambito della stesura dell'Atto Aziendale, di una collaborazione stretta ed un coinvolgimento istituzionale dei principali attori del sistema in ambito di medicina e ricerca clinica operanti sul territorio di riferimento. Quindi non si può che ricordare con estrema soddisfazione il conseguito "Protocollo di intesa" che ha fatto convergere l'impegno di ASL VC con il Comune di Vercelli e la Università del Piemonte Orientale per lo sviluppo dell'offerta formativa e sanitaria sul nostro territorio. E' di questi giorni il perfezionamento di atti che porteranno alla effettiva attivazione dei corsi e delle collaborazioni in tempi brevi.



Si conferma una valutazione positiva anche rispetto ad alcune scelte organizzative effettuate anch'esse nell'Atto Aziendale: il Dipartimento Specialistico, le Aree di attività, la filiera specialistica che "cattura" anche gli specialisti territoriali, il Distretto unico aziendale e la sua organizzazione per funzioni e non per aree territoriali, la semplificazione, il concentramento organizzativo delle funzioni amministrative e di supporto. Un'altra delle sfide manageriali più basiche e classiche, fare del vincolo della ristrettezza di risorse una opportunità del cambiamento.

Quanto al cambiamento in sé, si ritiene di poter dire che la iniziale naturale diffidenza sia stata per lo più superata in favore di un sempre maggiore grado di coinvolgimento e il conseguimento di un miglior clima di fiducia di operatori e stakeholder.

Preziosi sono stati e saranno in particolare i contributi delle Associazioni che hanno chiesto di entrare nella Conferenza di Partecipazione rinnovata e che collaborano con serietà ed impegno nell'unico interesse dei pazienti. Altrettanto prezioso il ruolo dei rappresentanti delle istituzioni che per lo più hanno accettato di essere coinvolti personalmente o per mezzo dei propri collaboratori su temi difficili da comprendere per i non addetti ai lavori e ancora più difficili da comunicare e far comprendere ai propri cittadini.

Dobbiamo doverosamente infine ringraziare tutti i collaboratori dell'Azienda e le loro organizzazioni che a volte con fatica anche personale hanno accettato di sfidare nuovi obiettivi e nuove prospettive e di uscire in mare aperto...

Auspichiamo che, qualsiasi siano state le ns. inefficienze o insufficienze, si possa valutare che, tra le tante possibili, siano state assunte decisioni che sono coerenti con i presupposti di ricerca di cui abbiamo parlato all'inizio, nell'unico interesse di miglioramento dei servizi per i ns. pazienti.

Vercelli, 21 novembre 2016

Chiara Serpieri
Direttore Generale
(f.to in originale)



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

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

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

ALLEGATI

Allegato 1

Relazione dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi assegnati nell'anno 2015

Allegato 2

Autovalutazione sintetica dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi assegnati nell'anno 2016