



**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](http://www.aslvc.piemonte.it)  
Posta certificata: [aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it](mailto:aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it)

---

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

# RELAZIONE AZIENDALE SOCIOSANITARIA

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

Anno 2017

(dati 2016)

Direttore Generale

Dott.sa Chiara Serpieri

rev. 21/6/2017

Parere del Collegio di Direzione espresso in data	28/06/2017
Parere del Consiglio dei Sanitari espresso in data	28/06/2017



**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](http://www.aslvc.piemonte.it)

Posta certificata: [aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it](mailto:aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it)

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

PREMESSA.....	3
1. IL CONTESTO .....	4
1.1 Il territorio e la popolazione .....	4
1.2 Il profilo di salute della popolazione.....	11
1.3 L'organizzazione aziendale .....	21
2. IL RENDICONTO ECONOMICO .....	24
L'analisi economica per livelli di assistenza (LEA).....	24
L'equilibrio economico .....	28
3. I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA .....	32
3.1 La riorganizzazione delle reti ospedaliera e territoriale .....	32
3.1.1. Macroprogetto "Ospedale" .....	32
3.1.2 Macroprogetto "Empowerment" .....	32
3.1.3 Macroprogetto "Paziente fragile" .....	36
3.1.4 Macroprogetto "Rete ambulatoriale" .....	39
3.1.5 Macroprogetto "Residenzialità" .....	42
3.1.6 Macroprogetto "Farmaci, assistenza integrativa e protesica".....	44
3.1.7 Macroprogetto "Prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili".....	48
3.2 Assistenza Collettiva .....	50
3.3 Assistenza Ospedaliera .....	60
3.4 Assistenza Distrettuale.....	63
4. LA PERFORMANCE AZIENDALE .....	70
5. FORMAZIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE .....	73
ALLEGATI .....	75



**A.S.L. VC**

Azienda Sanitaria Locale  
di Vercelli

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284

[www.aslvc.piemonte.it](http://www.aslvc.piemonte.it)

Posta certificata: [aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it](mailto:aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it)

---

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

## PREMESSA

La Relazione Sociosanitaria aziendale è lo strumento di accertamento e documentazione dei risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi definiti dalla programmazione socio-sanitaria regionale e aziendale, anche sulla base di un apposito insieme di indicatori di valutazione. Tale documento è predisposto dal Direttore Generale, previo parere del Collegio di Direzione e del Consiglio dei Sanitari, entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento e viene trasmesso alla Giunta regionale e alla Conferenza dei Sindaci<sup>1</sup>.

La Conferenza dei Sindaci esprime le proprie valutazioni sulla relazione socio-sanitaria e le trasmette alla Giunta regionale, anche ai fini della valutazione sull'operato del Direttore Generale.<sup>2</sup> Al riguardo, la nomina del Direttore Generale, Dott.sa Chiara Serpieri, decorre dal 1° maggio 2015<sup>3</sup> e la presente relazione socio-sanitaria descrive i risultati sanitari ed economici conseguiti nel 2016, contestualizzandoli nell'attuale cornice demografica, epidemiologica ed organizzativa dell'ASL VC.

La documentazione riportata negli allegati supporta il contenuto testuale mettendo in evidenza i principali dati di sintesi dell'attività svolta nel 2016.

---

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

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

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



## 1. IL CONTESTO

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

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

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

### 1.1 Il territorio e la popolazione

(aggiornamento in corso con i dati di popolazione al 31.12.2015)

La popolazione residente nell'ASL VC di Vercelli, al 31.12.2014, pari al 3,92% della popolazione piemontese, risulta di 173.309 abitanti, distribuiti in 92 Comuni suddivisi in due Distretti: il Distretto di Vercelli, con 45 Comuni e una popolazione pari a 102.588, e il Distretto della Valsesia, con 47 Comuni e una popolazione pari a 70.727.

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

Tale caratteristica contribuisce a determinare una densità di abitanti (83 abitanti/km<sup>2</sup>) nettamente inferiore a quella rilevata per la Regione Piemonte (174 abitanti/km<sup>2</sup>)<sup>4</sup>.

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

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

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

<sup>4</sup> FONTE: ISTAT - <http://www.istat.it/it/>

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

<sup>5</sup> FONTE: ORML Osservatorio regionale mercato e lavoro su dati ISTAT

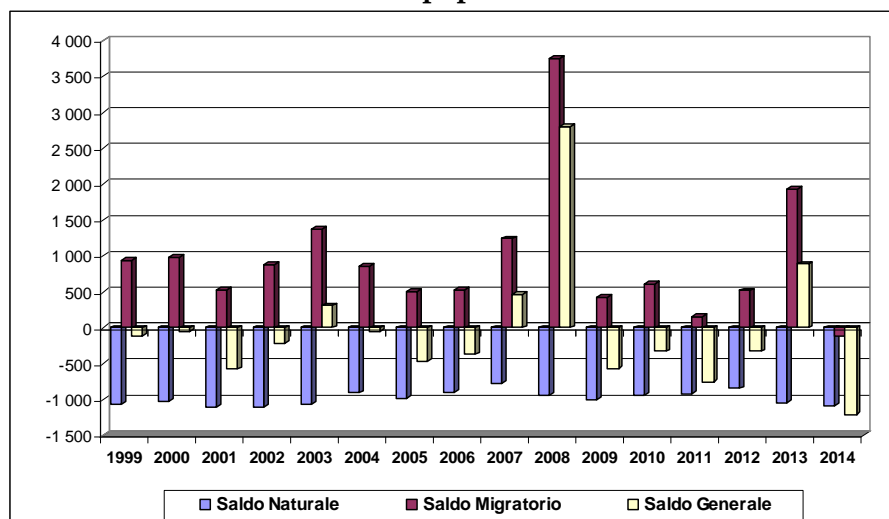


Le principali caratteristiche del contesto sin qui descritte sono riportate in tabella 1.1.<sup>6</sup>

**Tabella 1.1 - Il territorio e la popolazione assistita in breve**

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

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

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

[http://www.regione.piemonte.it/lavoro/osservatorio/dati\\_territo.htm](http://www.regione.piemonte.it/lavoro/osservatorio/dati_territo.htm)

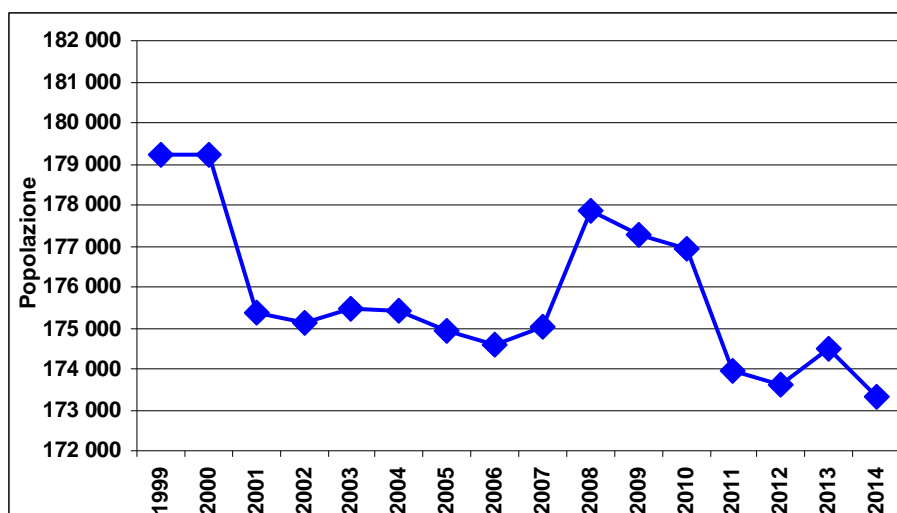
<sup>6</sup> ELABORAZIONE DATI e stesura report a cura della S.S. Epidemiologia - SSD UVOS 20.05.2016



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

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

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



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

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

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



**A.S.L. VC**

Azienda Sanitaria Locale  
di Vercelli

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

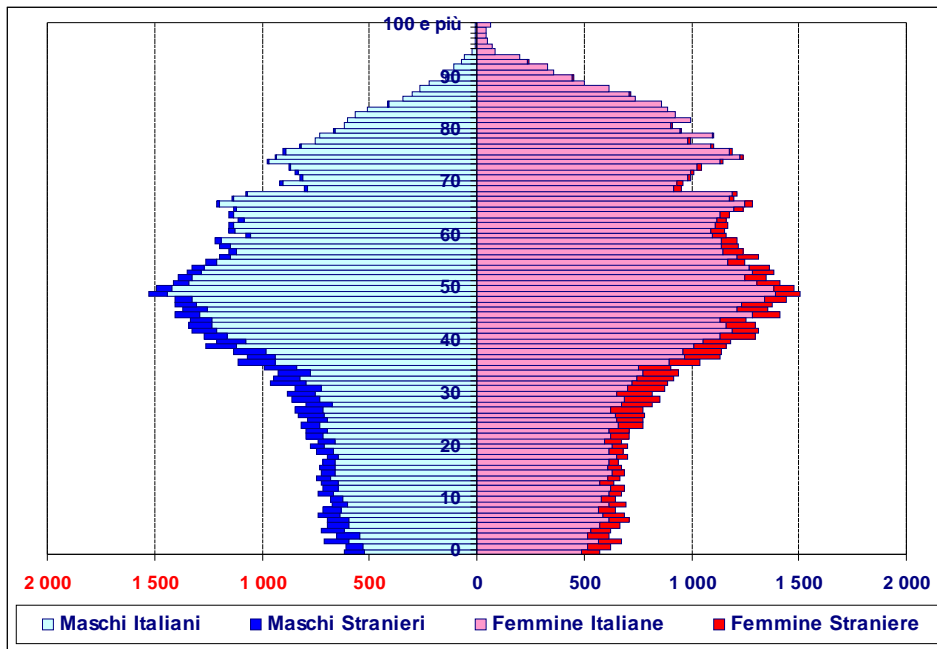
Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284

[www.aslvc.piemonte.it](http://www.aslvc.piemonte.it)

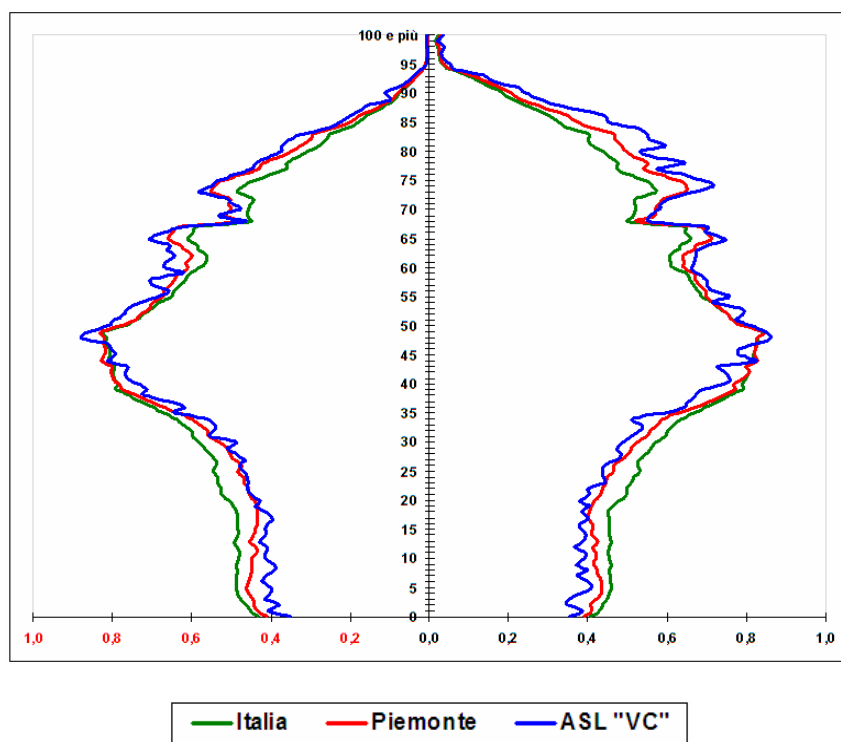
Posta certificata: [aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it](mailto:aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it)

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

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



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





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

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

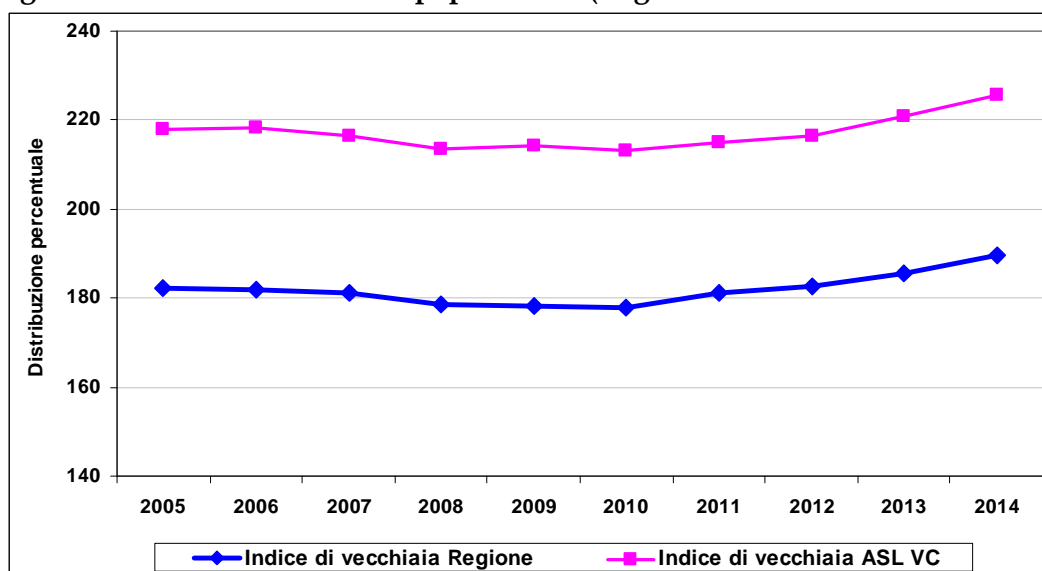
**Tabella 1.2 Popolazione residente nell'ASL Vercelli disaggregata per fasce d'età – Anno 2014**

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

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

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

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

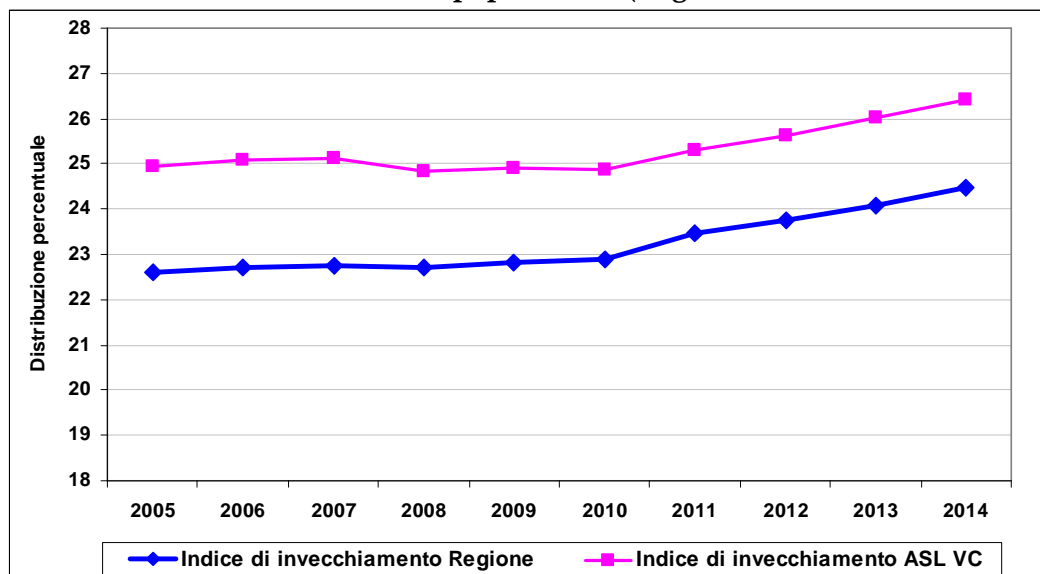






Il grafico 1.5 illustra nello stesso periodo l'indice di invecchiamento che riflette il peso relativo della popolazione anziana e presenta un andamento analogo all'indice di vecchiaia precedentemente descritto.

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



L'indice di carico sociale o di dipendenza strutturale, infine, stima la capacità delle fasce di età economicamente attive a mantenere le età inattive (studenti e pensionati). Tale indice rilevato per l'ASL VC nell'ultimo aggiornamento disponibile (anno 2014) è pari al 61,61% ed è di poco superiore a quello regionale pari al 59,67% (Fig. 1.6). Quest'ultimo indicatore è considerato un indice di rilevanza economica e sociale, che risente della struttura economica della popolazione <sup>7</sup>.

#### <sup>7</sup> Indicatori demografici strutturali

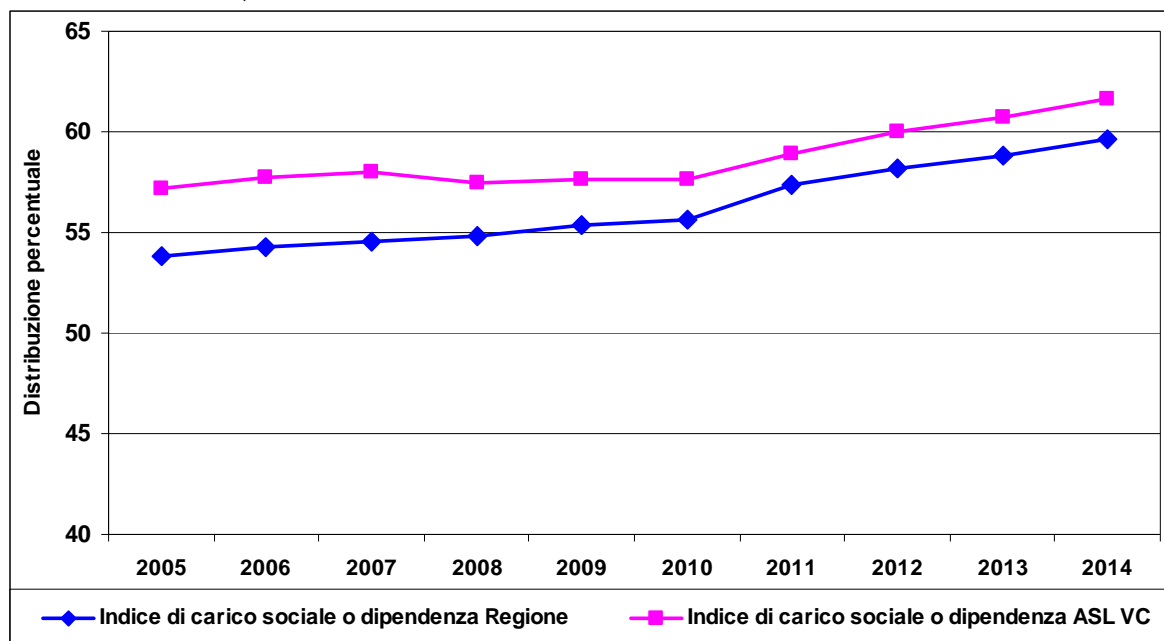
**Indice di vecchiaia:** indicatore sintetico del grado di invecchiamento della popolazione, della struttura per età della popolazione. Rapporto tra la popolazione anziana di 65 e più anni e la popolazione di età inferiore a 15 anni per 100 abitanti.

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

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



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





## 1.2 Il profilo di salute della popolazione

### Mortalità

I dati più aggiornati disponibili sulla mortalità a livello regionale e locale fanno riferimento all'anno 2013.

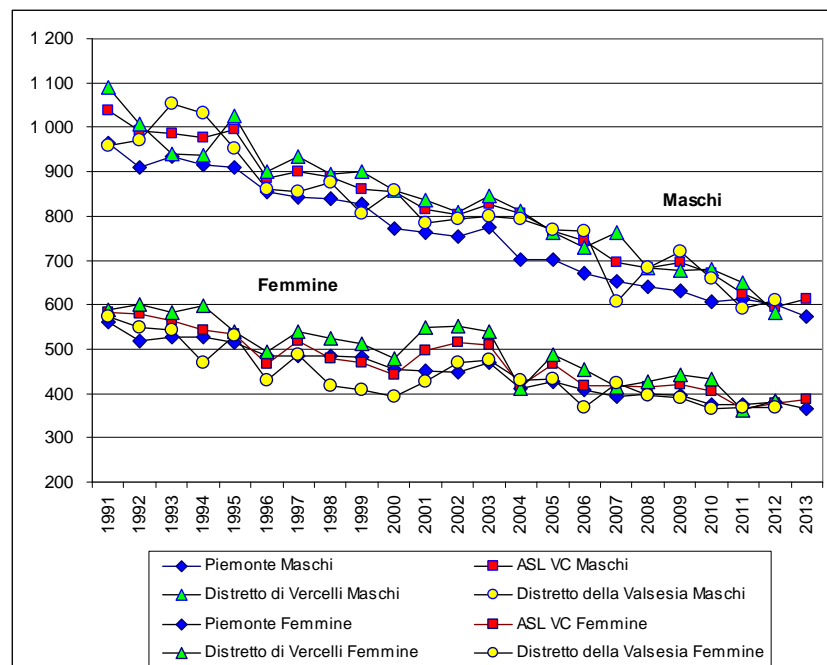
Nella ASL di Vercelli nel 2013 si sono osservati 2.279 decessi, pari al 4,60% dei decessi in Regione Piemonte. Si sono osservati 1.071 decessi fra i maschi, pari al 47% del totale in ASL e 1.208 fra le femmine, pari al 53% del totale in ASL.

Dal 2013 non sono più disponibili i dati di mortalità riferiti agli ex Distretti sanitari che costituivano la ASL di Vercelli ora organizzata in un unico Distretto sanitario.

Analizzando l'andamento della mortalità generale dal 1991 al 2013 si osserva come questa si sia progressivamente ridotta nel tempo sia in Piemonte sia nell'ASL VC, con una stabilizzazione negli ultimi tre anni.

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

**Figura 1.7.- Mortalità generale (tassi standardizzati per 100.000 abitanti di Regione, ASL VC, Distretti - Maschi e Femmine - Anni 1991-2013).**





La riduzione della **mortalità generale** è stata osservata sia nella popolazione maschile che in quella femminile. Nell'ASL VC i tassi standardizzati di mortalità (TS) registrati per i maschi sono infatti scesi da 1.037,42 decessi per 100.000 abitanti nel 1991 a 612,15 decessi per 100.00 abitanti nel 2013; nella popolazione femminile da 581,95 nel 1991 a 387,08 nel 2013.

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

Nel 2013 nell'ASL VC, come nel resto della Regione, le malattie dell'apparato cardiocircolatorio si confermano essere le principali cause di morte (32% negli uomini e 42% nelle donne), a cui seguono le patologie neoplastiche (34% negli uomini e 24% nelle donne), e le malattie dell'apparato respiratorio (7,08% negli uomini e 6,04% nelle donne).

Considerando la popolazione maschile, fra le malattie dell'apparato cardiocircolatorio, le cause di morte più frequenti risultano le malattie ischemiche del cuore, sia in Regione Piemonte sia nella ASL VC. Nella popolazione femminile in Piemonte prevalgono invece le malattie cerebrovascolari mentre nella ASL VC le cause più frequenti si distribuiscono in ugual proporzione fra le malattie ischemiche del cuore e le cerebrovascolari.

Considerando i decessi per tumore maligno disaggregati per sesso e per sede di diagnosi rapportati a tutti i decessi da tumore maligno, nella popolazione maschile della ASL VC il tumore più frequente causa di morte interessa le sedi trachea, bronchi e polmoni (17,22%), seguito dai tumori del colon (6,02%) e da quelli del fegato e dotti biliari (4,35%).

Nella popolazione femminile il tumore causa più frequente di morte è quello della mammella (7,69%), seguito dai tumori di trachea, bronchi e polmoni (6,02%) e dai tumori del pancreas (4,85%)<sup>8</sup>.

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

## Stili di vita

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

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

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

Il Piano d'azione OMS prevede che gli Stati potenzino i Sistemi di Sorveglianza così da fornire regolarmente dati e informazioni. A livello nazionale, il Piano nazionale della prevenzione sin dal

<sup>8</sup> FONTE: S.S. UVOS - Area Epidemiologia per Analisi della Mortalità generale e per cause nell'ASL "VC" di Vercelli



2010 include l'implementazione e la messa a regime dei Sistemi di Sorveglianza sia tra gli obiettivi di salute da realizzare, sia tra gli strumenti per l'attuazione del Piano stesso.

A questo proposito attraverso il **Sistema di "Sorveglianza PASSI"**<sup>9</sup>, che si caratterizza come una sorveglianza di popolazione in sanità pubblica, a partire dal 2007, in Italia si rilevano dati relativi agli stili di vita e ai conseguenti fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili e sul grado di conoscenza e adesione ai programmi di intervento che il Paese sta realizzando per la loro prevenzione.

L'analisi dei dati aziendali di "Sorveglianza PASSI" per quanto riguarda il quadriennio 2012-2015 ha indagato aspetti quali l'attività fisica, l'abitudine al fumo, il consumo di alcol, le abitudini alimentari e la situazione nutrizionale. L'indagine compiuta mostra come i residenti intervistati abbiano uno stile di vita complessivamente sovrapponibile a quello rilevato a livello regionale in termini di:

- sedentarietà (il 31,3% del campione di intervistati è completamente sedentario);
- diffusione dell'abitudine al fumo (il 27,4% dei soggetti intervistati si dichiara "fumatore");
- eccesso ponderale, inteso come soprappeso o obesità (36,1% degli intervistati);
- percentuale di consumatori di alcol ad alto rischio (20,3%)<sup>10</sup>.
- consumo di frutta e verdura (9,1% di intervistati che dichiarano di consumare almeno 5 porzioni al giorno)<sup>11</sup>

Vi sono invece differenze statisticamente significative rispetto ai valori regionali relativamente alla percentuale, significativamente inferiore, di soggetti che riferisce sintomi di depressione nelle ultime due settimane (dato ASL VC 3,6% vs. Piemonte 5,7%).

I dettagli statistici espressi forma tabellare e grafica sono riportati per esteso a fondo capitolo (pag. 18).

---

<sup>9</sup>**Sorveglianza di popolazione PASSI** (Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia) è un sistema di sorveglianza, in continuo e attraverso indagini campionarie, della popolazione adulta. L'obiettivo è stimare la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali, oltre alla diffusione delle misure di prevenzione. Tutte le 21 Regioni o Province Autonome hanno aderito al progetto. Un campione di residenti di età compresa tra 18 e 69 anni viene estratto con metodo casuale dagli elenchi delle anagrafi sanitarie. Personale delle ASL, specificamente formato, effettua interviste telefoniche (25 al mese per ASL) con un questionario standardizzato. I dati vengono poi trasmessi in forma anonima via internet e registrati in un archivio unico nazionale. Complessivamente in Italia tra il 2012 e il 2015 sono state effettuate 149.710 interviste. Nell'ASL VC, tra il 2012 e il 2015, sono state effettuate 1.100 interviste.

Per maggiori informazioni: [www.epicentro.iss.it/passi](http://www.epicentro.iss.it/passi) <http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/prevenzione-e-promozione-della-salute/sorveglianza-epidemiologica/960-passi-fascia-deta-18-69-anni>

<sup>10</sup> Per la definizione di "consumatori di alcol ad alto rischio" vd. "Dati di dettaglio", da pag. 20

<sup>11</sup> per la quantificazione del consumo di verdura vd. "Stili di vita - dati di dettaglio, da pag. 20

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

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

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

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

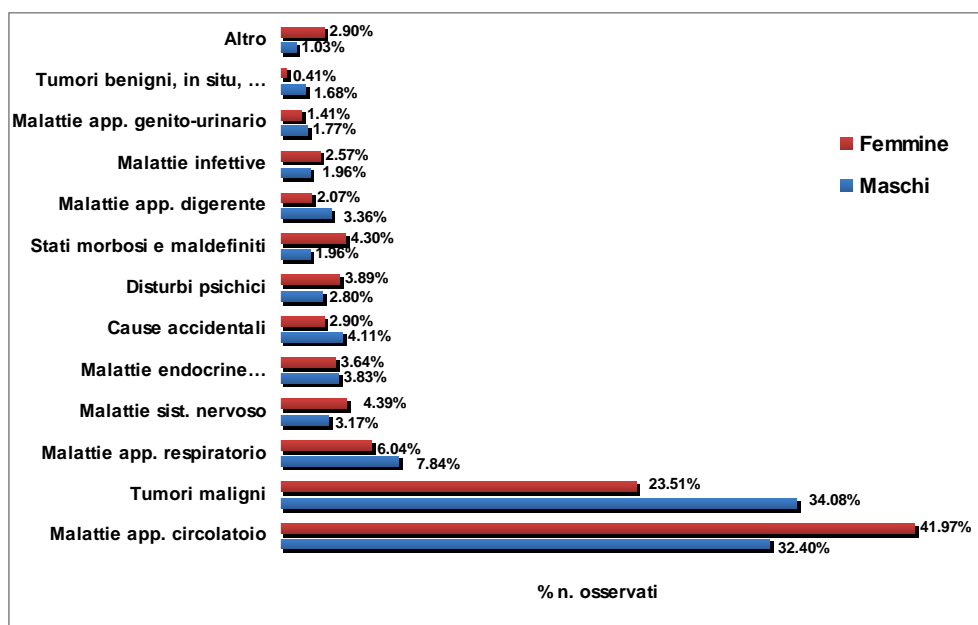
**SMR e Intervalli di Confidenza al 95% (IcI SMR - IcS SMR):** esprimono l'ambito di valori entro cui si colloca, con una probabilità del 95%, il vero valore del SMR. Qualora l'ambito dell'intervallo di confidenza includa il valore 100, il corrispondente valore del SMR viene convenzionalmente considerato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

**Tabella 1.3. Mortalità generale Regione Piemonte - ASL VC - Anno 2013**

Anno 2013		Popolazione	Osservati	Tasso grezzo	TS	SMR	IcI - SMR	IcS - SMR
Piemonte	Maschi	2 146 570	23 610	1 099.89	573.72	100	98.73	101.29
	Femmine	2 290 228	25 898	1 130.80	364.62	100	98.78	101.23
ASL VC	Maschi	83 995	1 071	1 275.08	612.15	106.22	99.94	112.79
	Femmine	90 387	1 208	1 336.48	387.08	101.59	95.93	107.50

\* TS: tasso standardizzato; SMR: rapporto standardizzato di mortalità; IcI: intervallo di confidenza inferiore; IcS: intervallo di confidenza superiore.

NOTA: I dati epidemiologici relativi all'anno 2013 rilevano che la mortalità generale della ASL VC, sia fra i maschi, sia fra le femmine, è risultata lievemente superiore rispetto al dato regionale, ma **l'eccesso rilevato non risulta statisticamente significativo.**

**Figura 1.8. Mortalità percentuale per cause maschi/femmine - ASL Vercelli - Anno 2013**

NOTA: Nella ASL VC le malattie dell'apparato circolatorio rappresentano la prima causa di morte in senso assoluto, la prima fra la popolazione femminile (41,97%), ma la seconda fra la popolazione maschile (32,40%).

Mentre i tumori maligni rappresentano la prima causa di morte fra la popolazione maschile (34,08%) e la seconda fra la popolazione femminile (23,51%)

**Tabella 1.4 Mortalità per malattie dell'apparato cardiocircolatorio - Regione Piemonte, ASL VC - Maschi - Anno 2013**

Malattie dell'apparato circolatorio Maschi	Osservati	Tasso grezzo	TS	SMR	IcI - SMR	IcS - SMR
Regione	7 719	359.60	177.38	100.00	97.78	102.26
ASL	347	413.12	178.16	103.99	93.31	115.55

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

**Tabella 1.5 Mortalità per malattie dell'apparato cardiocircolatorio - Regione Piemonte, ASL VC - Anno 2013**

Malattie dell'apparato circolatorio Femmine	Osservati	tasso grezzo	TS	SMR	IcI - SMR	IcS - SMR
Regione	10 232	446.77	117.93	100.00	98.07	101.96
ASL	507	560.92	131.93	105.82	96.79	115.47

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



**Tabella 1.6 Mortalità per tumori maligni – Regione Piemonte, ASL VC – Maschi – Anno 2013**

Tumori maligni Maschi	Osservati	tasso grezzo	TS	SMR	IcI - SMR	IcS - SMR
Regione	7 823	364.44	197.61	100.00	97.79	102.25
ASL	365	434.55	218.42	111.12	99.99	123.15

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

**Tabella 1.7 Mortalità per tumori maligni – Regione Piemonte, ASL VC – Femmine**

Tumori maligni Femmine	Osservati	Tasso grezzo	TS	SMR	IcI - SMR	IcS - SMR
Regione	6163	269	120.03	100.00	97.51	102.53
ASL	284	314.20	127.84	104.99	93.11	117.96

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

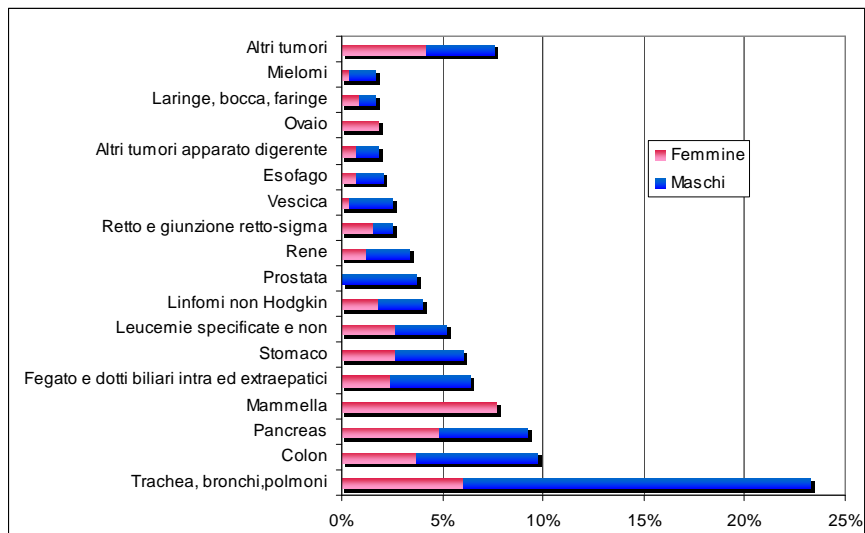
**Tabella 1.8. Mortalità percentuale per sede e per sesso calcolata sul totale dei tumori maligni – ASL VC – Anno 2013 (in ordine decrescente a livello complessivo, maschi+femmine)**

Sede	Femmine	Maschi
Trachea, bronchi,polmoni	6.02%	17.22%
Colon	3.68%	6.02%
Pancreas	4.85%	4.35%
Mammella	7.69%	0.00%
Fegato e dotti biliari intra ed extraepatici	2.34%	4.01%
Stomaco	2.68%	3.34%
Leucemie specificate e non	2.68%	2.51%
Linfomi non Hodgkin	1.84%	2.17%
Prostata	0.00%	3.68%
Rene	1.17%	2.17%
Retto e giunzione retto-sigma	1.51%	1.00%
Vescica	0.33%	2.17%
Esofago	0.67%	1.34%
Altri tumori apparato digerente	0.67%	1.17%
Ovaio	1.84%	0.00%
Laringe, bocca, faringe	0.84%	0.84%
Mielomi	0.33%	1.34%
Altri tumori	4.18%	3.34%





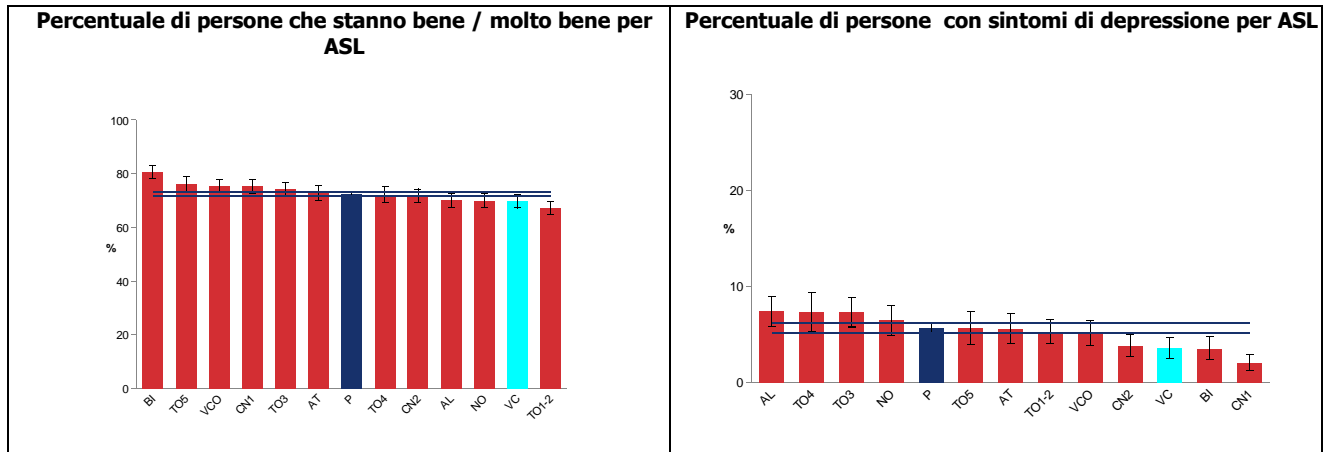
**Figura 1.9 Mortalità percentuale per tumori maligni per sede - ASL VC - Anno 2013**





**STILI DI VITA - DATI DI DETTAGLIO<sup>12</sup>**

**Figura. 1.10 Sorveglianza PASSI 2012-2015. Percezione dello stato di salute in Regione Piemonte.**



**NOTA:** La Sorveglianza Passi, nella ASL di Vercelli nel periodo 2012-2015, per quanto riguarda la “percezione del proprio stato di salute”, rileva che il 69,8% (IC95% 67,2-72,4) del campione di popolazione intervistato fra i 18 e i 69 anni d’età, rappresentativo della popolazione residente ritiene “buona/molto buona” la propria condizione di salute, percentuale fra le più basse a livello regionale (Piemonte 72,5% con IC95% 71,6-73,3). Per quanto riguarda la “salute mentale” il 3,6% (IC95% 2,5-4,7) il campione riferisce di aver avuto “sintomi di depressione nelle due ultime settimane”, percentuale in questo caso significativamente più bassa di quella del pool regionale (Piemonte 5,7% con IC95% 5,2-6,2).

<sup>12</sup> NOTA: Maggiori dettagli sono disponibili nei report aziendali Passi.

**Tabella 1.9 - Sorveglianza PASSI 2012-2015. Principali indicatori dello stile di vita.**

Indicatore	ASL VC	Regione Piemonte
Livello di attività fisica: percentuale di sedentari	31,3% (IC <sub>95%</sub> 28,6-34,1)	32,8% (IC <sub>95%</sub> 31,8-33,7)
Abitudine al fumo: percentuale di fumatori	27,4% (IC <sub>95%</sub> 24,8-30,1)	24,9 (IC <sub>95%</sub> 24,0-25,7)
Situazione nutrizionale: percentuale di persone in eccesso ponderale (sovrappeso e obesità)	36,1% (IC <sub>95%</sub> 33,4-38,8)	36,7 (IC <sub>95%</sub> 35,8-37,6)
Consumo di frutta e verdura: percentuale di persone che consumano almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno (five a day)	9,1% (IC <sub>95%</sub> 7,6-11,0)	10,7% (IC <sub>95%</sub> 10,1-11,3)
Bevitori a rischio: percentuale di bevitori a rischio (Nuova definizione INRAN)	20,3% (IC <sub>95%</sub> 18,1-22,7)	18,3% (IC <sub>95%</sub> 17,6-19,1)

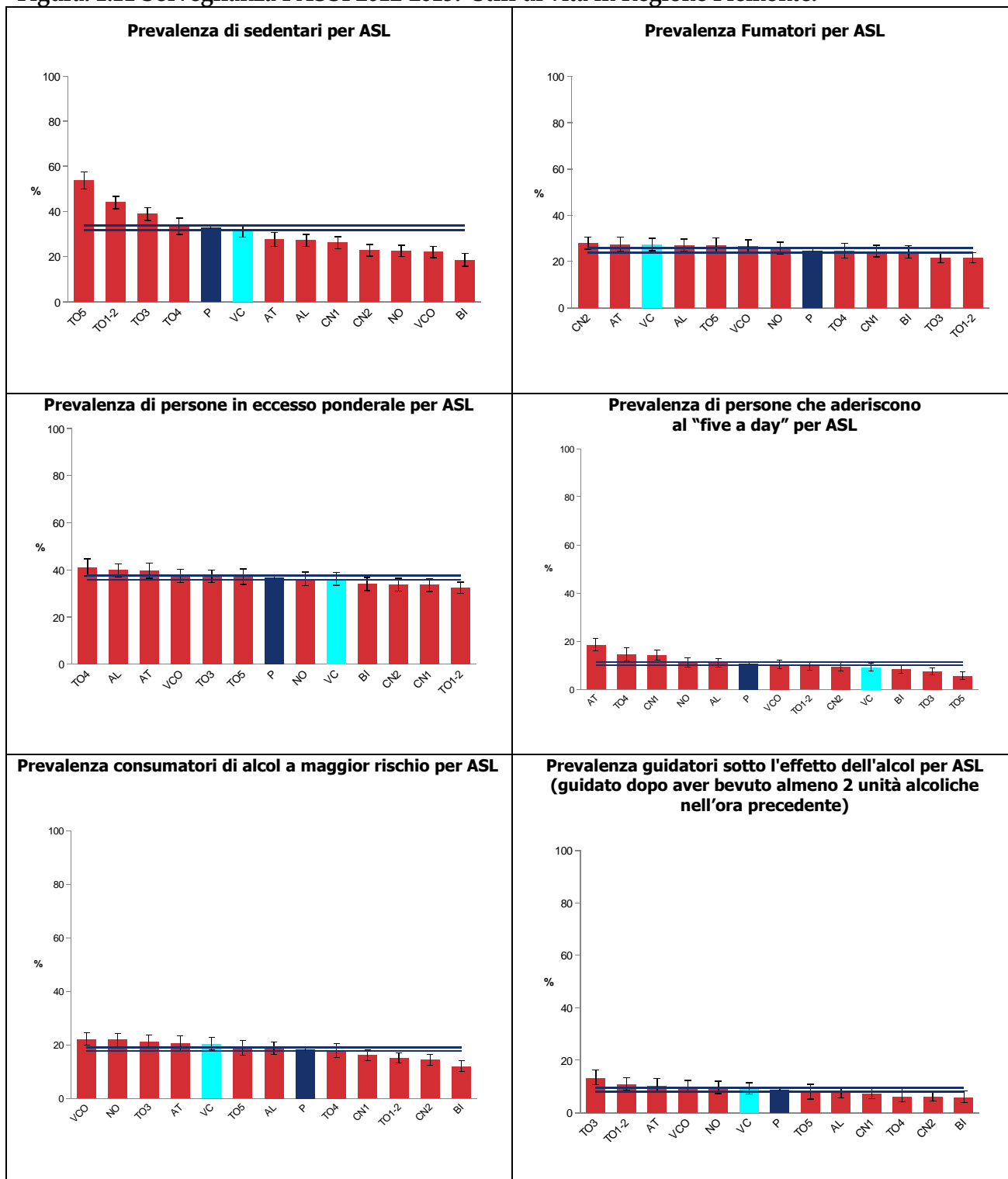
## NOTA:

Per “consumo di alcol a maggior rischio” si intende: consumo abituale elevato (per gli uomini pari a più di 2 unità alcoliche medie giornaliere, corrispondenti a più di 60 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni, e per le donne pari a più di 1 unità alcolica media giornaliera, corrispondente a più di 30 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni); consumo binge (consumo, almeno una volta negli ultimi 30 giorni, di 5 o più (per gli uomini) o 4 o più (per le donne) unità alcoliche in una singola occasione); consumo esclusivamente o prevalentemente fuori pasto.

Coloro che dichiarano di aver guidato dopo aver bevuto 2 unità alcoliche nell’ora precedente, nella ASL VC, sono pari al 9,2% (IC<sub>95%</sub> 7,2-11,6) percentuale molto prossima a quella del pool di ASL (Piemonte 8,8% con IC<sub>95%</sub> 8,1-9,6) (fig. 1.13).

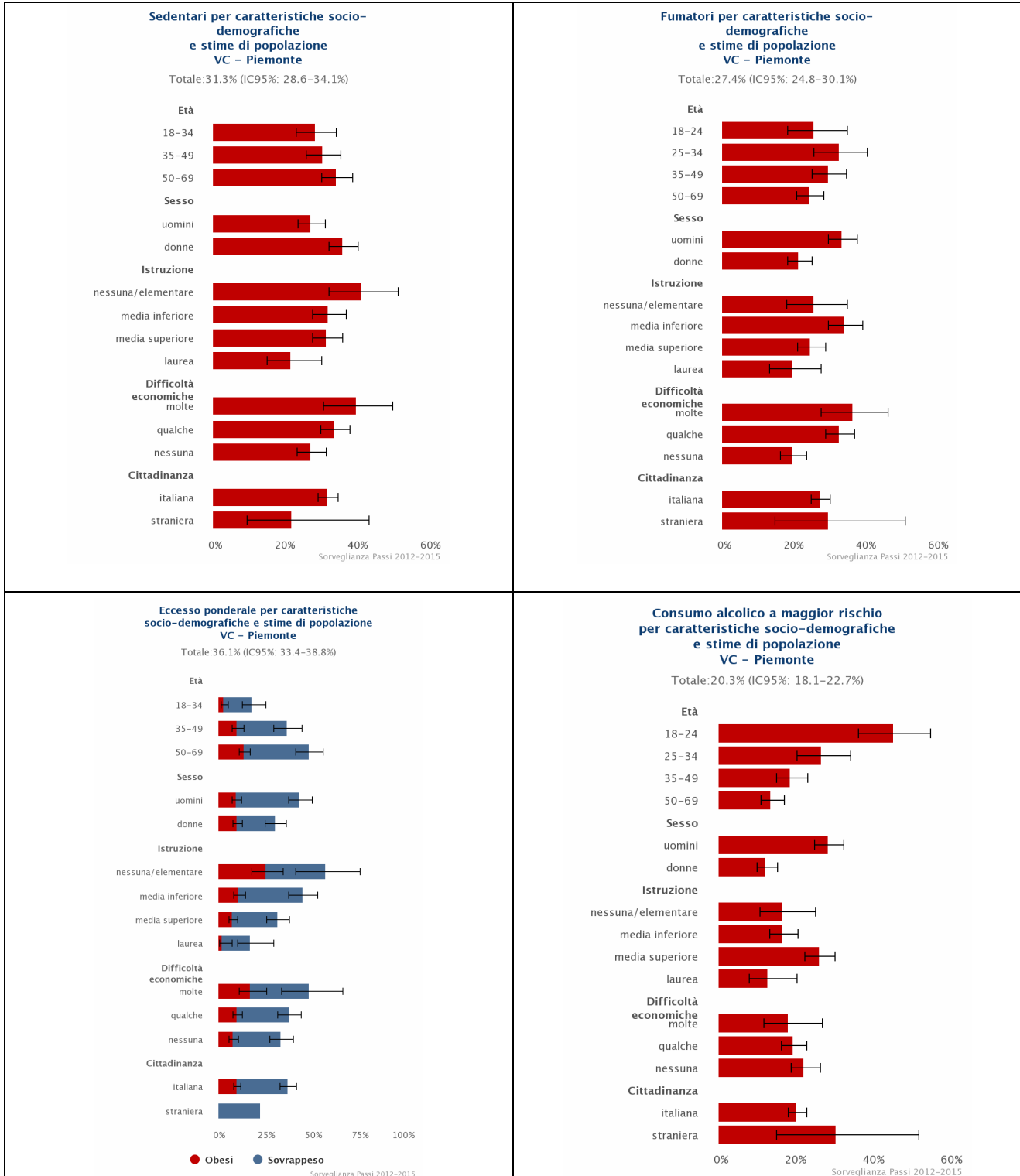


**Figura. 1.11 Sorveglianza PASSI 2012-2015. Stili di vita in Regione Piemonte.**





**Figura. 1.12 Sorveglianza PASSI 2012-2015. Distribuzione per caratteristiche socio-demografiche dei principali fattori di rischio nella ASL VC.**





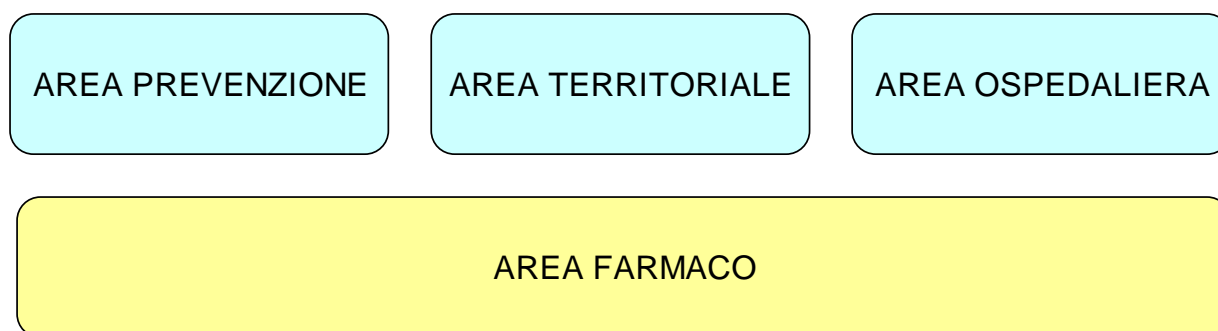
## 1.3 L'organizzazione aziendale

In coerenza con gli atti della programmazione regionale<sup>13</sup> l'ASL VC ha proceduto nel 2015 con ridefinizione del proprio assetto organizzativo attraverso l'adozione del nuovo Atto Aziendale<sup>14</sup>, recepito in via definitiva a livello regionale con DGR n. 53-2487 del 23.11.2015.

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

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

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



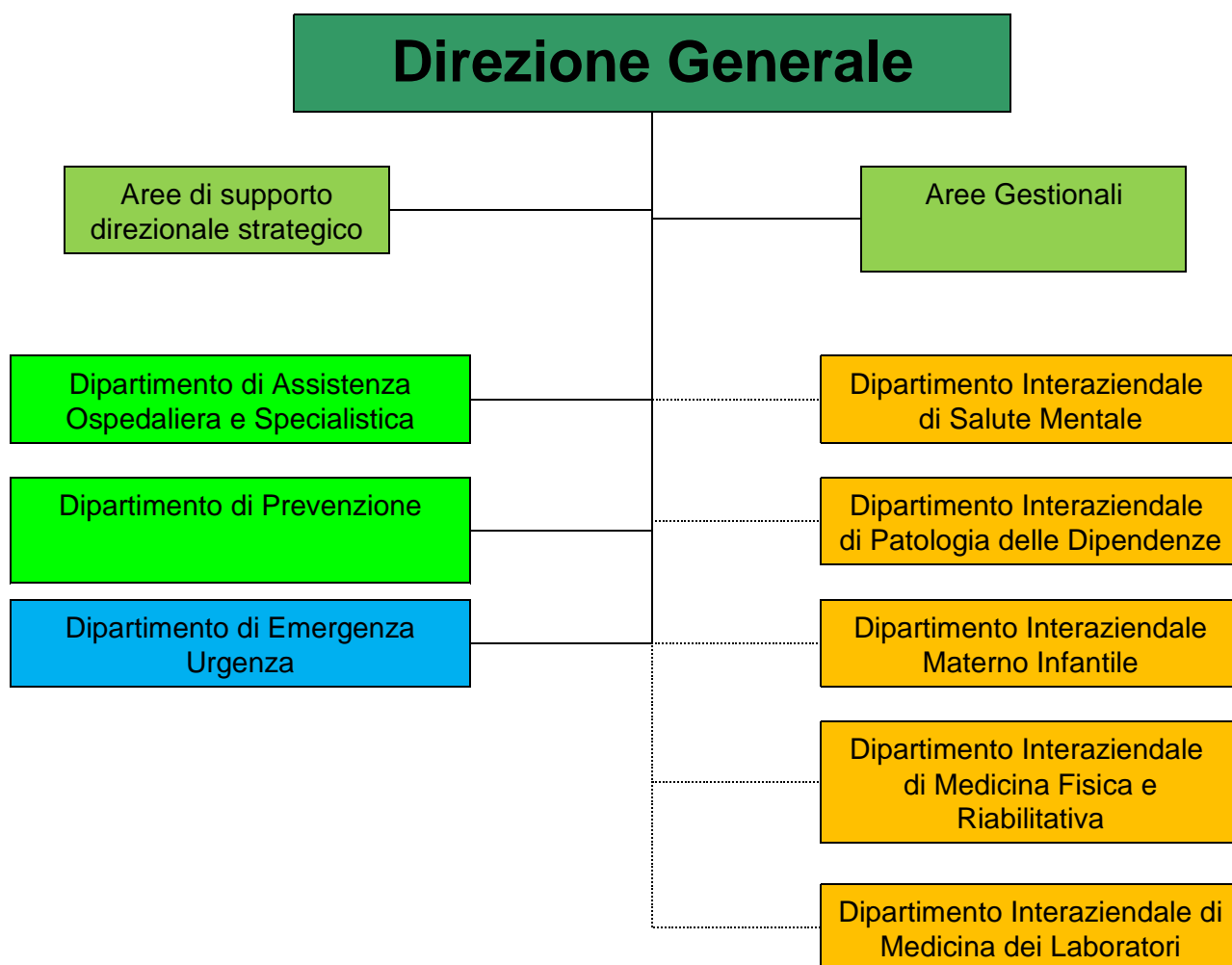
A livello gestionale la Direzione si avvale di un'organizzazione strutturata in 8 Dipartimenti, di cui 5 interaziendali, in Aree di supporto strategico e in Aree Gestionali (fig. 1.16).

<sup>13</sup> DD.GG.RR. 1-600/2014 e 1-924/2015; 26-1353/2015

<sup>14</sup> Deliberazione del Direttore Generale n. 817 del 30.10.2015



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



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

Rispetto alle strutture attive al 31/12/2014 (49 strutture complesse e 50 strutture semplici dipartimentali e non dipartimentali<sup>15</sup>) il nuovo atto aziendale prevede che siano operative n. 40 strutture complesse e n. 43 strutture semplici complessivamente.

<sup>15</sup> FONTE: SS Performance e Valutazione 16.6.2016. Nota: Per attive si intendono le strutture effettivamente funzionanti e provviste di responsabile o facente funzione.



## 2. IL RENDICONTO ECONOMICO

### L'analisi economica per livelli di assistenza (LEA)

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

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

I macro livelli di assistenza che le ASL dovevano garantire nel 2016, recentemente ridefiniti con il DPCM 12 gennaio 2017<sup>16</sup>, sono sotto riportati (tab. 2.1).

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

Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) <sup>17</sup>	% consumo atteso di risorse economiche <sup>18</sup>
<b>ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO</b>	
Comprende tutte le attività di <b>prevenzione</b> rivolte alle collettività ed ai singoli (tutela dagli effetti dell'inquinamento, dai rischi infortunistici negli ambienti di lavoro, sanità veterinaria, tutela degli alimenti, profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce, medicina legale)	5%
<b>ASSISTENZA DISTRETTUALE</b>	
Comprende le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio, dalla medicina di base all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi ai servizi territoriali consultoriali (consultori familiari, Ser.D., servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili, ecc.), alle strutture semiresidenziali e residenziali (residenze per gli anziani e i disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche).	51%
<b>ASSISTENZA OSPEDALIERA</b>	
Comprende l'assistenza ospedaliera, in pronto soccorso, in ricovero ordinario, in day hospital e day surgery, in strutture per la lungodegenza e la riabilitazione	44%

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

<sup>16</sup>DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502"

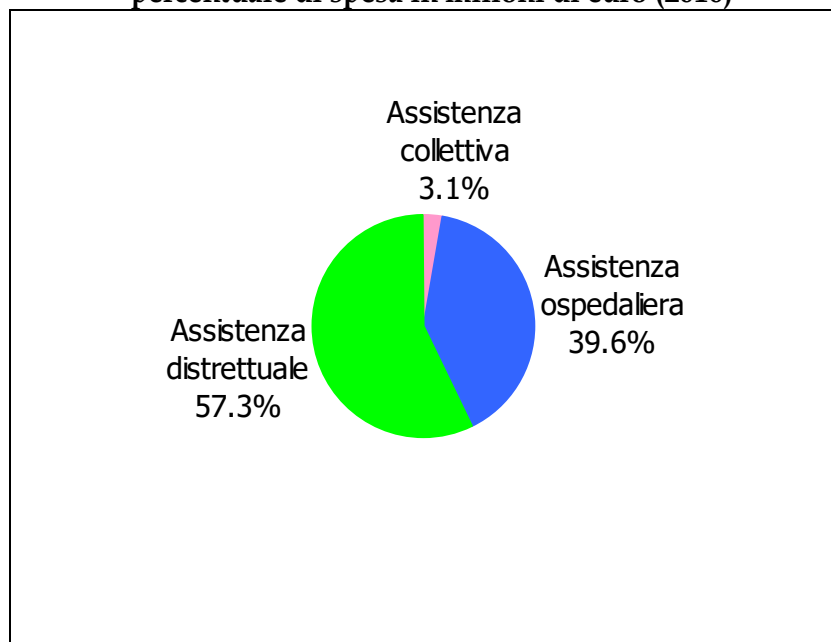
<sup>17</sup> Come previsti e denominati nel dal DPCM del 29 novembre 2001.

<sup>18</sup> La % effettiva di riparto a livello aziendale non è attualmente determinabile. Viene riportata la proporzione di riparto utilizzata a livello nazionale come riferimento: 5%, 51%, 44% citata nel documento "Intesa, ai sensi dell'art. 115, comma 1, lett. A) del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione CIPE concernente il riparto tra le Regioni sulla disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale per l'anno 2016".



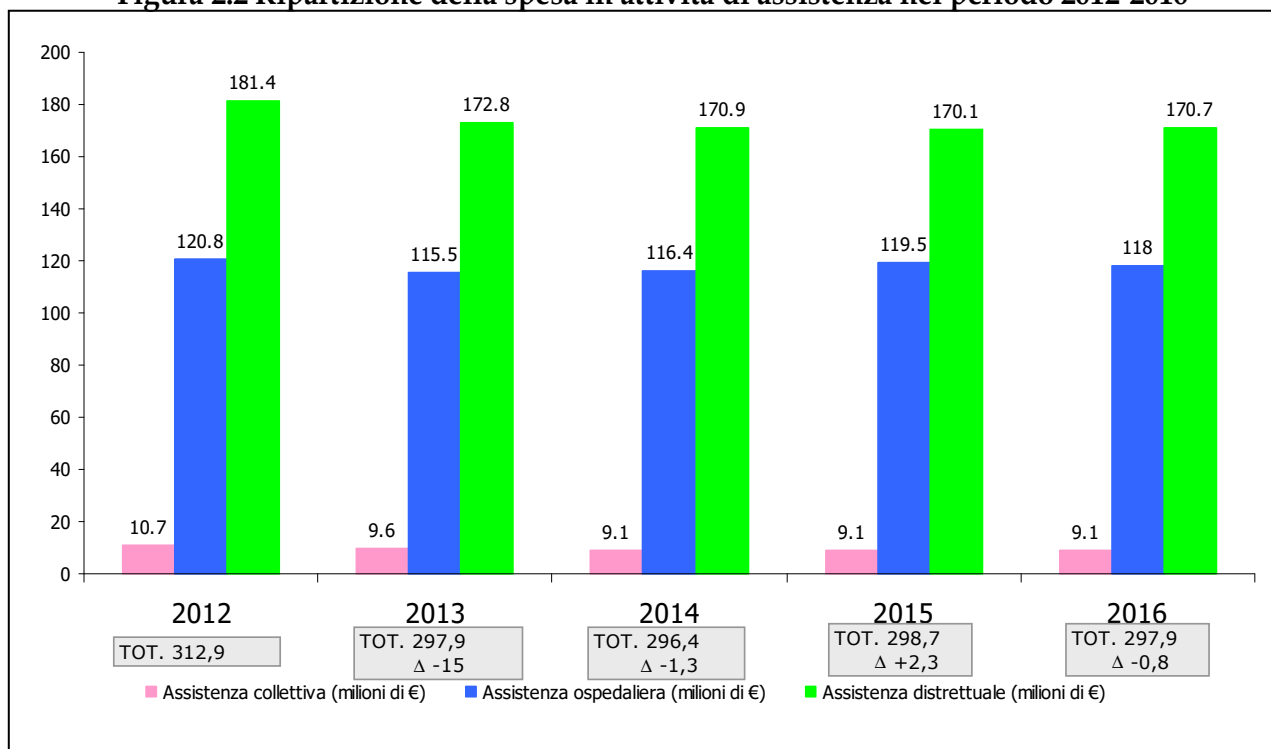


**Figura 2.1 Ripartizione delle attività di assistenza per percentuale di spesa in milioni di euro (2016)**



Fonte: PIA (SS Programmazione e controllo di gestione 30.5.2017)

**Figura 2.2 Ripartizione della spesa in attività di assistenza nel periodo 2012-2016**



Fonte: PIA (SS Programmazione e controllo di gestione 30.5.2017)



**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](http://www.aslvc.piemonte.it)

Posta certificata: [aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it](mailto:aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it)

---

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

Nel 2016 i costi globali dell'assistenza si sono riallineati a quelli del 2014, passando da 298.707.860 € nel 2015 a 297.875.716€ nel 2016.

La riduzione dei costi rispetto all'anno precedente ha riguardato l'assistenza ospedaliera, mantenendo complessivamente invariata l'allocazione percentuale osservata delle risorse economiche nei tre LEA (atteso: 4% per l'assistenza collettiva; 44% per l'assistenza ospedaliera e 52% per l'assistenza distrettuale) (tabella 2.2).

Nel macrolivello Assistenza Collettiva risultano invece incrementati gli investimenti nei sotto settori riguardanti la Medicina Legale e l'attività di screening.

Nel Macrolivello Assistenza Distrettuale, che presenta complessivamente costi superiori rispetto all'anno precedente, sono state incrementate le risorse destinate all'assistenza farmaceutica, ai pazienti psichiatrici e ai pazienti con bisogni attinenti all'area materno-infantile.

Relativamente all'assistenza residenziale per anziani, l'incremento osservato nel 2015 era stato influenzato da un massiccio intervento di inserimenti in struttura effettuato a fine 2014 che, pur determinando un incremento delle giornate di assistenza, aveva creato uno squilibrio nei tempi di attesa rilevati nei due distretti. Ad oggi, a seguito di azioni di riequilibrio dell'offerta, è stata ripristinata la situazione originaria ritenendo l'equità di accesso sull'intero territorio aziendale un valore aggiunto da garantire prioritariamente. In particolare, si ritiene che ogni miglioramento nel settore non possa che concretizzarsi con una riduzione dei tempi di inserimento uniforme in tutta l'azienda.

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

Codice	Livello	Costo per livello				Incidenza % su costo totale				
		2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Z391	Ma - Igiene e Sanità Pubblica	3 548 378	3 655 428	3 770 674	3 655 571					
Z392	Mb - Veterinaria	3 424 626	3 453 621	3 394 442	3 306 609					
Z393	Mc - Centri Multizonali veterinari PMPV			0						
Z394	Md - Centri Multizonali epidemiologia Sepi	152 458	130 034	164 814	161 441					
Z396	Jb - Medicina del lavoro			0						
Z397	N - Medicina Legale	1 227 340	990 098	877 867	1 088 862					
Z398	O - Screening	1 268 800	909 320	910 108	933 376					
Z399	<b>P - Totale Assistenza Collettiva</b>	<b>9 621 603</b>	<b>9 138 501</b>	<b>9 117 906</b>	<b>9 145 859</b>	<b>3.4%</b>	<b>3.2%</b>	<b>3.1%</b>	<b>3.1%</b>	<b>3.1%</b>
Z400	Q - Medicina di base	21 248 818	20 939 347	20 526 537	19 840 421					
Z401	R - Assistenza Farmaceutica tot.	47 792 771	45 926 153	46 719 276	49 146 693					
Z402	T - Assistenza specialistica (compreso C2)	56 952 415	60 875 022	60 859 714	60 370 921					
Z403	Ua - Assistenza distrettuale SERT	1 928 728	2 045 000	2 130 005	2 165 126					
Z404	Ub - Assistenza distrettuale DSM	6 509 029	5 358 184	6 094 303	6 951 804					
Z405	Va - Assistenza distrettuale Anziani	17 326 750	17 418 154	18 294 515	18 169 453					
Z406	Vb - Assistenza distrettuale Materno-Infantile	1 511 097	1 401 319	1 147 944	1 376 358					
Z407	Vc - Assistenza distrettuale Disabili	5 091 349	5 277 376	4 878 905	3 400 705					
Z408	Vd - Assistenza distrettuale 118	6 083 356	2 713 390	179 843	566 893					
Z409	V - Altra Assistenza distrettuale	8 366 137	8 912 172	9 272 410	8 759 763					
Z410	<b>W - Totale Assistenza distrettuale</b>	<b>172 810 450</b>	<b>170 866 116</b>	<b>170 103 451</b>	<b>170 748 137</b>	<b>58.0%</b>	<b>58.0%</b>	<b>57.6%</b>	<b>56.9%</b>	<b>57.3%</b>
Z411	I - Costi strutturali DEA	9 321 025	9 995 093	8 747 824	8 924 899					
Z412	Ricoveri ordinari e diurni	106 161 541	106 428 659	110 738 679	109 056 821					
Z413	<b>X - Totale Assistenza Ospedaliera</b>	<b>115 482 567</b>	<b>116 423 753</b>	<b>119 486 504</b>	<b>117 981 720</b>	<b>38.6%</b>	<b>38.8%</b>	<b>39.3%</b>	<b>40.0%</b>	<b>39.6%</b>
Z418	<b>Totale</b>	<b>297 914 620</b>	<b>296 428 370</b>	<b>298 707 860</b>	<b>297 875 716</b>					
	<b>Totale al netto di Z408 Vd - Assistenza distrettuale 118</b>	<b>291 831 264</b>	<b>293 714 980</b>	<b>298 528 017</b>	<b>297 308 823</b>					

Fonte: SS Programmazione e controllo di gestione 30.5.2017



**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](http://www.aslvc.piemonte.it)

Posta certificata: [aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it](mailto:aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it)

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

## L'equilibrio economico

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

Il bilancio consuntivo 2016 presenta un risultato economico di gestione in utile per euro 348mila=.

Tale risultato deriva da un'oculata e attenta operazione di gestione sui costi da parte dell'Azienda, pur in presenza di un volume di ricavi inferiore a quello dell'esercizio precedente.

L'Azienda ha garantito una qualità costante delle prestazioni e dei servizi erogati, ponendo il paziente al centro del proprio operato e contemporaneamente ha esercitato una forte opera di contrazione dei costi nell'ottica di pieno efficientamento delle risorse disponibili.

Si evidenzia pertanto una riduzione dei costi interni pari a € 4.185,00= e una riduzione dei costi esterni pari a € 2.662,00=.

Pur agendo su entrambe le categorie di costi (addirittura contenendo il costo del personale ben entro i limiti fissati dal tetto di spesa imposto dalla D.G.R. regionale), l'azienda non avrebbe potuto chiudere con tale risultato se non svolgendo un attento lavoro di verifica e analisi sulle poste presenti nello stato patrimoniale e in particolare sui debiti verso fornitori che non avevano più ragione d'essere.

Sono state accertate infatti le condizioni per poter espungere dal bilancio debiti non dovuti. In particolare è stato iscritto, tra gli altri, il significativo importo di euro 932.150,89= al ricavo voce di aggregato EA0230 "Insussistenze attive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi" (rif. nota protocollo ASL "VC" nr.0023965 del 16.05.2017 in cui si evince che le due vertenze promosse da un fornitore nei confronti dell'ASL "VC" avanti a TAR Piemonte e Consiglio di Stato sono state respinte senza seguito a vantaggio dell'ASL "VC").

L'A.S.L. "VC" in applicazione all'art.30 del D. Lgs.118/2011 e ssmii, intende accantonare l'eccedenza di utile a riserva per finalità di finanziamento degli investimenti nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e della normativa contabile vigente.

Tale utile di esercizio sarà impiegato per l'acquisto di letti per i degenti al fine di continuare e perseguire l'auspicata umanizzazione dei reparti ospedalieri e contribuire alla riduzione del rischio di Movimentazione Pazienti.

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

**Tabella 2.3 Bilancio di esercizio anno 2015 e 2016**

ID	CONTO ECONOMICO	ANNO 2014 CONSUNTIVO (€/1000)	ANNO 2015 CONSUNTIVO (€/1000)	ANNO 2016 CONSUNTIVO (€/1000)	DIFFERENZA 2016 - 2015 (€/1000)
A1.1	Contributi F.S.R. indistinto	296.333	297.456	297 218	-238
A1.2	Contributi F.S.R. vincolato	5.707	3.600	4 019	419
<b>A1</b>	<b>Contributi F.S.R.</b>	<b>302.040</b>	<b>301.056</b>	<b>301 237</b>	<b>181</b>
A2.1	Saldo mobilità in compensazione infra	-20.014	-20.239	-24 498	-4 259
A2.2	Saldo mobilità non in compensazione infra	-371	-1.022	-967	55
A2.3	Saldo mobilità in compensazione extra	-7.320	-9.224	-8 882	342
A2.4	Saldo mobilità non in compensazione extra	-11	-7	-1	6
A2.5	Saldo infragruppo regionale	-2.894	-3.955	-5 014	-1 059
A2.6	Saldo mobilità internazionale	0	0	0	0
<b>A2</b>	<b>Saldo Mobilità</b>	<b>-30.610</b>	<b>-34.447</b>	<b>-39 362</b>	<b>-4 915</b>
A3.1a	Ulteriori Trasferimenti Pubblici - Ministero	0	0	0	0
A3.1b	Ulteriori Trasferimenti Pubblici - Regione o Provincia Autonoma	2.930	2.634	2 872	238
A3.1c	Ulteriori Trasferimenti Pubblici - Altro	257	154	397	243
A3.1	Ulteriori Trasferimenti Pubblici	3.187	2.788	3 269	481
A3.2	Ticket	5.814	4.982	4 506	-476
A3.3	Altre Entrate Proprie	3.791	6.168	3 590	-2 578
<b>A3</b>	<b>Entrate Proprie</b>	<b>12.792</b>	<b>13.938</b>	<b>11 365</b>	<b>-2 573</b>
A4.1	Ricavi Intramoenia	2.166	2.284	2 279	-5
A4.2	Costi Intramoenia	1.970	1.939	1 930	-9
<b>A4</b>	<b>Saldo Intramoenia</b>	<b>196</b>	<b>345</b>	<b>349</b>	<b>4</b>
A5.1	Rettifica contributi F.S.R. per destinazione ad investimenti	-1.873	-2.127	-1 583	544
A5.2	Rettifica ulteriori Trasferimenti Pubblici per destinazione ad investimenti	0	0	0	0
<b>A5</b>	<b>Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti</b>	<b>-1.873</b>	<b>-2.127</b>	<b>-1 583</b>	<b>544</b>
A6.1	Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	272	266	124	-142
A6.2	Accantonamenti per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizio in corso	271	112	200	88
<b>A6</b>	<b>Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati</b>	<b>1</b>	<b>154</b>	<b>-76</b>	<b>-230</b>
<b>A</b>	<b>Totale Ricavi Netti</b>	<b>282.546</b>	<b>278.919</b>	<b>271 930</b>	<b>-6 989</b>
B1.1a	Personale Sanitario - Dipendente	82.768	81.358	81 469	111
B1.1b	Personale Non Sanitario - Dipendente	238	119	135	16
B1.1	Personale Sanitario	83.006	81.477	81 604	127
B1.2a	Personale Non Sanitario - Dipendente	22.429	22.022	21 888	-134
B1.2b	Personale Non Sanitario - Non Dipendente	0	0	0	0
B1.2	Personale Non Sanitario	22.429	22.022	21 888	-134
<b>B1</b>	<b>Personale</b>	<b>105.435</b>	<b>103.499</b>	<b>103 492</b>	<b>-7</b>
<b>B2</b>	<b>Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati</b>	<b>16.069</b>	<b>17.404</b>	<b>18 253</b>	<b>849</b>



ID	CONTO ECONOMICO	ANNO 2014 CONSUNTIVO (€/1000)	ANNO 2015 CONSUNTIVO (€/1000)	ANNO 2016 CONSUNTIVO (€/1000)	DIFFERENZA 2016 - 2015 (€/1000)
B3.1	Altri Beni Sanitari	18.836	18.899	17 978	-921
B3.2	Beni Non Sanitari	2.883	2.252	2 011	-241
B3.3a.1	Pulizia, Riscaldamento e Smaltimento rifiuti	4.141	4.077	3 899	-178
B3.3a.2	Manutenzioni e riparazioni	4.642	4.669	5 526	857
B3.3a.3	Altri servizi appaltati	4.620	4.579	4 167	-412
B3.3a	Servizi Appalti	13.403	13.325	13 592	267
B3.3b	Servizi Utenze	3.390	3.276	3 105	-171
B3.3c	Consulenze	1.422	1.447	1 033	-414
B3.3d	Rimborsi, Assegni e Contributi	2.043	2.017	2 058	41
B3.3e	Premi di assicurazione	1.726	2.111	1 881	-230
B3.3f	Altri Servizi Sanitari e Non	3.656	4.001	4 224	223
B3.3g	Godimento Beni di Terzi	3.184	3.315	2 357	-958
B3.3	Servizi	28.824	29.492	28 250	-1 242
<b>B3</b>	<b>Altri Beni e Servizi</b>	<b>50.543</b>	<b>50.643</b>	<b>48 239</b>	<b>-2 404</b>
B4.1	Ammortamenti e Sterilizzazioni	1.140	960	674	-286
B4.2	Costi Sostenuti in Economia	0	0	0	0
<b>B4</b>	<b>Ammortamenti e Costi Capitalizzati</b>	<b>1.140</b>	<b>960</b>	<b>674</b>	<b>-286</b>
<b>B5</b>	<b>Accantonamenti</b>	<b>3.223</b>	<b>3.082</b>	<b>1 326</b>	<b>-1 756</b>
<b>B6</b>	<b>Variazione Rimanenze</b>	<b>414</b>	<b>295</b>	<b>-286</b>	<b>-581</b>
<b>B</b>	<b>Totale Costi Interni</b>	<b>176.824</b>	<b>175.883</b>	<b>171 698</b>	<b>-4 185</b>

<b>C1</b>	<b>Medicina Di Base</b>	<b>20.294</b>	<b>19.664</b>	<b>19 807</b>	<b>143</b>
<b>C2</b>	<b>Farmaceutica Convenzionata</b>	<b>26.505</b>	<b>26.283</b>	<b>25 563</b>	<b>-720</b>
C3.1	Prestazioni da Privato - Ospedaliera	18.031	17.130	16 656	-474
C3.2a	Prestazioni da Privato - Ambulatoriale (assistenza specialistica)	5.790	5.273	5 343	70
C3.2b	Prestazioni da Sumaisti	1.713	1.637	1 628	-9
C3.2	Prestazioni da Privato - Ambulatoriale	7.503	6.910	6 971	61
C33	Prestazioni da Privato - Riabilitazione Extra Ospedaliera	4.194	4.386	4 203	-183
C34a	Trasporti Sanitari Da Privato	555	608	654	46
C34b	Assistenza Integrativa e Protesica da Privato	3.834	4.025	3 597	-428
C3.4c.1	Assistenza Psichiatrica Residenziale e Semiresidenziale da Privato	2.547	2.655	2 789	134
C3.4c.2	Distribuzione di Farmaci e File F da Privato	682	812	830	18
C3.4c.3	Assistenza Termale da Privato	0	0	0	0
C3.4c.4	Prestazioni Socio-Sanitarie da Privato	14.215	14.762	13 503	-1 259
C3.4c	Prestazioni da Privato - Altro	17.444	18.229	17 122	-1 107
C34	Altre Prestazioni da Privato	21.833	22.862	21 373	-1 489
<b>C3</b>	<b>Prestazioni da Privato</b>	<b>51.561</b>	<b>51.288</b>	<b>49 203</b>	<b>-2 085</b>
<b>C</b>	<b>Totale Costi Esterni</b>	<b>98.360</b>	<b>97.235</b>	<b>94 573</b>	<b>-2 662</b>



ID	CONTO ECONOMICO	ANNO 2014 CONSUNTIVO (€/1000)	ANNO 2015 CONSUNTIVO (€/1000)	ANNO 2016 CONSUNTIVO (€/1000)	DIFFERENZA 2016 - 2015 (€/1000)
<b>D</b>	<b>Totale Costi Operativi (B+C)</b>	<b>275.184</b>	<b>273.118</b>	<b>266 271</b>	<b>-6 847</b>
<b>E</b>	<b>Margine Operativo (A-D)</b>	<b>7.362</b>	<b>5.801</b>	<b>5 659</b>	<b>-142</b>
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie	1	-1	4	5
F2	Saldo Gestione Finanziaria	1.451	887	346	-541
F3	Oneri Fiscali	8.246	8.230	8 220	-10
F4.1	Componenti Straordinarie Attive	2.752	3.739	3 677	-62
F4.2	Componenti Straordinarie Passive	418	939	418	-521
F4	Saldo Gestione Straordinaria	-2.334	-2.800	-3 259	-459
<b>F</b>	<b>Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie</b>	<b>7.364</b>	<b>6.316</b>	<b>5 311</b>	<b>-1 005</b>
<b>G</b>	<b>Risultato Economico (E-F)</b>	<b>-2</b>	<b>-515</b>	<b>348</b>	<b>863</b>
<b>H</b>	<b>Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>I</b>	<b>Risultato Economico con risorse aggiuntive LEA (G+H)</b>	<b>-2</b>	<b>-515</b>	<b>348</b>	<b>863</b>

Fonte: dati estratti dalla procedura FEC (Flussi Economici Contabili) della Regione Piemonte (SC Politiche e gestione delle risorse economiche, 15.6.2017).





## 3. I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

### 3.1 La riorganizzazione delle reti ospedaliera e territoriale

Nel 2016 sono proseguiti i lavori dei 7 Macroprogetti aziendali attivati nel 2015 per dare concreta applicazione alla normativa regionale di riordino delle reti assistenziali<sup>19</sup>.

Contestualmente la Direzione ha dato piena applicazione al proprio Atto Aziendale<sup>20</sup>, portando a regime la nuova organizzazione che costituisce la cornice all'interno della quale devono essere inseriti i nuovi modelli di funzionamento ospedaliero e territoriale.

Le macroaree di intervento e lo stato di avanzamento al 31.12.2016 sono riportate nelle pagine che seguono.

#### 3.1.1. Macroprogetto “Ospedale”

Sul tema, la Direzione aveva già nel 2015 costituito un apposito Gruppo di Progetto<sup>21</sup> avente il mandato di predisporre una proposta applicativa delle DD.GG.RR. di riordino della Rete Ospedaliera<sup>18</sup>, nel rispetto dei principi di equità, sicurezza, prossimità e sostenibilità.

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

Nel 2016 è iniziata l'applicazione del progetto di riorganizzazione dei due Presidi avendo presente l'esigenza di rispettare la centralità del paziente. 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);

<sup>19</sup> DGR 1-600/2014, DGR 1-924/2015, DGR 26-1653/2015 sulla base del Decreto Legge n. 95 del 6 luglio 2012 convertito nella Legge n. 135 del 7 agosto 2012

<sup>20</sup> Delibera del Direttore Generale n. 817 del 29 ottobre 2015

<sup>21</sup> Delibere del Direttore Generale n. 582 del 20 luglio 2015 e n. 592 del 22 luglio 2015





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.

Alcune prestazioni sono state mantenute 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.

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"), ortoinfeziologia, che vanno a costituire punti cardine del Presidio.

In entrambi i Presidi è stata prevista l'implementazione di letti di tipo territoriale 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 Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria (CAVS) presso i presidi dell'ASL a fronte della disattivazione di posti letto di lungodegenza (cod. 60);
- 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.

Le azioni conseguenti per l'**Ospedale di Vercelli** sono state:

- disattivazione dei 22 posti letto di lungodegenza (in data 29 febbraio 2016);
- apertura di 18 posti letto CAVS (in data 1 marzo 2016);
- disattivazione dei posti letto di degenza ordinaria di oncologia medica (10 pl), oncologia ematologica (6 pl) e di reumatologia (8 pl) (in data 29 febbraio 2016);



- attivazione dell'area di degenza medica (piano primo, n. 22 pl e piano sesto, n. 52 pl), in data 1 marzo 2016.

Mediante tali azioni il personale di assistenza e di supporto è stato riorganizzato secondo logiche di ottimizzazione. Il percorso previsto è stato quindi sospeso per quanto riguarda l'area chirurgica in considerazione del bisogno emerso di accompagnare tale ristrutturazione organizzativa da adeguato percorso di formazione. Pertanto è iniziato un percorso formativo, a cura di SDA Bocconi, che ha coinvolto personale dirigenziale e del comparto, sia dell'area medica sia dell'area chirurgica, per permettere la piena ed ottimale implementazione del modello organizzativo ed assistenziale scelto.

L'attività di degenza nell'Ospedale di Borgosesia è stata invece rimodulata come segue:

- trasformazione dei 4 posti di UTIC in posti letto monitorizzati (di area medica e chirurgica) dal 1 gennaio 2016;
- disattivazione dei 4 posti letto di lungodegenza dal 30 giugno 2016;
- incremento dei posti letto della SC Medicina generale da 23 a 27 alla data del 1 luglio 2016, fino ai previsti 30 posti letto a far data dal 1 ottobre 2016;
- completo affidamento dell'attività relativa alla terapia oncologica alla SC Oncologia dal 1 novembre 2016;
- apertura di 18 posti letto CAVS dal 28 dicembre 2016.

### **3.1.2 Macroprogetto "Empowerment"**

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

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

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



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

In seguito alla compilazione della check-list sono state rilevate le criticità presenti. Esse hanno costituito il focus del piano di miglioramento<sup>22</sup> predisposto nel 2016 e di cui è prevista l'attuazione a partire dal 2017.

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

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

Al mese di Giugno 2016 il Progetto è pienamente operativo.

Per quanto riguarda gli aspetti di "**salute organizzativa**" che coinvolgono il personale dell'azienda, è proseguita l'Indagine sul Benessere Organizzativo già avviata nel 2014<sup>23</sup> e, con il supporto di un Gruppo di Lavoro *ad hoc*<sup>24</sup>, si è agito per incrementare l'adesione all'indagine da parte dei dipendenti dell'azienda, attraverso la individuazione di postazioni ulteriori a garanzia dell'anonimato, la sensibilizzazione degli operatori attraverso incontri e comunicazioni ed altre iniziative specifiche. L'obiettivo di questo sottoprogetto è *in primis* supportare le funzioni aziendali competenti<sup>25</sup> nel raggiungimento di adeguati tassi di adesione all'indagine, nella diffusione dei risultati e nell'attuazione degli interventi di miglioramento della salute organizzativa ritenuti prioritari dalla Direzione. In seconda istanza, quello di collaborare con le strutture e gli organi/organismi aziendali per perfezionare nel corso del tempo la qualità informativa dei dati raccolti raccogliendo eventuali ed ulteriori indicatori.

Un primo risultato positivo relativo all'anno 2016 è stato il quasi raddoppio della percentuale di risposta al questionario rispetto all'anno precedente, che induce a considerare di avere imboccato una direzione adeguata. Sulla base dell'analisi dei risultati è stato effettuato un censimento di tutte

---

<sup>22</sup> Piano di miglioramento discusso ed approvato nell'ambito del Collegio di Direzione ed è stato deliberato in data 30 dicembre 2016 con delibera n. 1212 ad oggetto "Adozione del piano di miglioramento rispetto alle criticità rilevate presso le strutture di degenza del Presidio Ospedaliero Sant'Andrea dell'ASL VC a seguito della valutazione partecipata del grado di umanizzazione". Il Piano di miglioramento è stato trasmesso al Settore Assistenza Specialistica e Ospedaliera della Regione Piemonte in data 10 gennaio 2017 con nota prot. n. 1025

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

<sup>24</sup> Gruppo di lavoro composto da operatori della Psicologia, Psichiatria e SerD

<sup>25</sup> SS Valutazione e performance, Comitato Unico di Garanzia, Medico Competente, Organismo Indipendente di Valutazione.



le azioni già in essere finalizzate al benessere in Azienda e che stanno diventando “buone pratiche”: formazione sul burn out, narrazione, musicoterapia, arte terapia.

Inoltre il gruppo di lavoro sta predisponendo una procedura che permetta di accogliere le richieste di intervento presso le Strutture che lamentano una sofferenza relativa a conflittualità relazionale, così da poter diversificare gli interventi nei vari ambiti a seconda delle esigenze.

### 3.1.3 Macroprogetto “Paziente fragile”

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

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

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

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

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

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

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



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

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

In particolare, nel 2016 è stata data priorità all’implementazione dello **Sportello Unico Sociosanitario (SUSS)**<sup>26</sup>.

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<sup>27</sup> 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.

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

- uniformi per operatività e funzioni;

<sup>26</sup> 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”

<sup>27</sup> **SEDI AZIENDALI attive dal 3.10.2016:**

1. Vercelli ospedale
2. Vercelli distretto
3. Borgosesia ospedale
4. Borgosesia distretto
5. Varallo casa salute
6. Scopello
7. Coggiola poliambulatorio
8. PSP Gattinara
9. PSP Santhià

#### **SEDI Comunali**

1. Santhià CISAS
2. Vercelli Comune





- 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 3.10.2016-31.12.2016 vengono rappresentati nelle tabelle sottostanti.

**Tabella 5 - Bisogni espressi dall'attivazione del servizio (3.10.2016- 31.12.2016)**

Tipologia di bisogno espresso	n. schede paziente
U01. Assistenza medico/infermieristica domiciliare	404
S01. Informazioni generali e orientamento ai servizi	205
U06. Ospitalità in strutture residenziali o semiresidenziali	163
S02. Supporto per domande e pratiche amministrative	108
U02. Assistenza socioassistenziale domiciliare	103
P10. Prodotti alimentari senza glutine	99
P06. Ausili assorbenti	98
P08. Materiale di medicazione	56
P07. Cateteri e materiale per stomizzati	49
Z. Altro	40
S04. Servizi di supporto (mensa, trasporto sociale, ...)	34
S03. Sostegno economico e ad esigenze abitative	32
P01. Carrozzina/Deambulatore	27
S05. Supporto alle relazioni	22



Tipologia di bisogno espresso	n. schede paziente
U05. Ricovero temporaneo (sollevio alla famiglia per brevi periodi)	19
P14. Altri ausili/presidi	15
P11. Prodotti alimentari per specifiche patologie	12
P05. Protesi oculare/acustica	9
P02. Letto ortopedico	7
P03. Busto/Collare	4
U03. Assistenza fisioterapica e riabilitazione domiciliare	2
P09. Presidi per diabetici	1
S07. Reclami / suggerimenti	1
<b>Totale generale</b>	<b>1510</b>

Tabella 6 – Risposte fornite dall’attivazione del servizio (3.10.2016- 31.12.2016)

Tipologie risposte	totale
E. Raccolta documentazione	768
A. Informazione	477
F. Accoglimento domanda	220
B. Counseling/orientamento	195
C. Consegnà modulistica	143
D. Supporto compilazione domanda	127
Z. Altro	67
<b>Totale generale</b>	<b>1997</b>

Nel 2016, infine, risultano coinvolti nella fase sperimentale del progetto un gruppo di Medici di Medicina Generale e un gruppo di circa 40 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.

### 3.14 Macroprogetto “Rete ambulatoriale”

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

I progetti riguardano:

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



La **riorganizzazione delle sedi ambulatoriali**, 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 ospedalieri<sup>28</sup>:

- **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;
- **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 periferiche<sup>29</sup> 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.

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 sono stati un criterio decisionale di particolare rilievo.

<sup>28</sup> DM n. 70 del 2.04.2015 "Regolamento recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi dell'assistenza ospedaliera"

<sup>29</sup> 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.





La condivisione del progetto condotta con i professionisti sanitari e i 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 specialistiche<sup>30</sup> in ogni punto di erogazione preesistente 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 lavorate<sup>31</sup> 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.

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 2015<sup>32</sup> con il parere favorevole dei 92 Sindaci dei Comuni presenti sul territorio aziendale.

<sup>30</sup> ad esclusione della branca di Medicina di Laboratorio

<sup>31</sup> 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.

<sup>32</sup> 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"



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 Santhià,
2. alla valutazione della possibilità di attivare una seconda UCCP nel Presidio Sanitario Polifunzionale di Gattinara;

In parallelo è stata altresì valutata la possibile organizzazione in AFT dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS).

Al 31.12.2016 risultano avviati i primi interventi di coinvolgimento dei MMG per l'istituzione delle AFT, ma la mancanza dell'Accordo Collettivo Nazionale 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.

Allo stato attuale, con la D.G.R. n. 3-4287 del 29/11/2016, la Regione Piemonte ha fornito le linee d'indirizzo per lo sviluppo del nuovo modello organizzativo dell'Assistenza primaria attraverso la sperimentazione delle Case della Salute richiedendo alle aziende sanitarie di presentare i progetti per la loro attivazione entro il 31 gennaio 2017. L'ASL VC ha presentato i progetti per l'attivazione di n. 5 Case della Salute strutturali nelle sedi di:

- Cigliano;
- Santhià;
- Gattinara;
- Varallo;
- Coggiola.

Infine, per quanto concerne la **centralizzazione delle chiamate di continuità assistenziale** (numero unico 116117) sono state attuate le valutazioni richieste dall'Azienda Capofila ASL NO<sup>33</sup> per la centralizzazione del servizio. Nello specifico l'ASL VC ha partecipato agli incontri di programmazione delle attività di riorganizzazione e fornito i dati aziendali utili al censimento delle modalità di registrazione degli interventi erogati in continuità assistenziale.

### 3.1.5 Macroprogetto "Residenzialità"

Il Macroprogetto si articola in due sub-progetti:

1. **Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria (CAVS)**, che si propone di rivalutare il fabbisogno di posti letto di CAVS aziendale e implementare l'offerta attualmente erogata;
2. **Percorso dei pazienti in residenzialità, semiresidenzialità e cure domiciliari** il cui obiettivo generale è di uniformare le modalità di presa in carico del paziente con bisogno di assistenza residenziale, semiresidenziale e domiciliare.

<sup>33</sup> DDG n. 998 del 30.12.2015



Nel 2016, in linea con il cronoprogramma, sono stati complessivamente attivati e **portati a regime 36 posti letto di CAVS<sup>34</sup>**, di cui 18 nell'Ospedale di Vercelli e altrettanti nell'Ospedale di Borgosesia. Tali posti letto, come precisato dalla DGR 26-1653/2015, rappresentano un setting in cui prevale la componente assistenziale rispetto alla parte clinico-internistica, che, pur presente in modo significativo, deve seguire specifici criteri di tipo clinico, assistenziale, riabilitativo e socio-ambientale.

L'iter della loro messa a regime si è concretizzato in fasi successive:

- attivazione di 18 p.l. di CAVS nell'ospedale di Vercelli dal mese di febbraio 2016;
- attivazione di 10 p.l. di CAVS nell'ospedale di Borgosesia dal mese di aprile 2016;
- attribuzione delle funzioni di CAVS ai 10 p.l. Country Hospital di Varallo nel mese di giugno 2016;
- successiva riallocazione dei 10 p.l. di CAVS di Varallo nell'Ospedale di Borgosesia a fine Dicembre 2016, come intervento di miglioramento dell'accessibilità del servizio effettuato a seguito di approfondimenti sui bisogni di salute e sulla tipologia di utenza assistita nell'area nord del territorio.

Relativamente al sottoprogetto inerente la presa in carico dei pazienti con bisogni residenziali le attività realizzate nel 2016 hanno riguardato il proseguimento della rivalutazione dei pazienti.

Nel corso del 2016 il Ser.D ha avuto in carico n. 19 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. 7 pazienti.

Al 31.12.2016, a seguito delle valutazioni compiute **nell'area delle dipendenze**, solo 12 pazienti risultavano ancora ospitati presso le strutture comunitarie, distribuiti nei seguenti setting:

---

<sup>34</sup> Gli atti formali di attivazione dei p.l. di CAVS sono:

- DDG n. 72 del 29.12.2015 con cui sono stati deliberati n. 18 p.l. nel PO di Vercelli e n. 10 pl nel P.O. Borgosesia dal 01.04.2016;
- DDG n. 566 del 23.6.2016 con cui 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".
- La DDG n. 1207 del 30.12.2016 che rappresenta l'atto formale con cui:
  1. è stata revocata la DDG n. 566 del 23.6.2016 disattivando, dal 29.12.2016, le funzioni di CAVS per i casi di moderata intensità clinico-assistenziale assunte dal Country Hospital di Varallo, poi denominato CAVS Valsesia;
  2. è stata integrata la DDG n. 72 del 29.12.2015 con l'incremento di n. 8 posti letto CAVS del P.O. di Borgosesia;
  3. è stato ridefinito il numero totale di posti letto CAVS attivati presso i PP.OO dell'ASL VC che risultano in totale n. 36, così distribuiti: n. 18 posti letto presso il P.O. di Vercelli e n. 18 posti letto presso il P.O. di Borgosesia, attivi dal 29.12.2016.



- 9 pazienti in Comunità Terapeutica Residenziale;
- 2 pazienti in Comunità Terapeutica Residenziale per comorbidità psichiatrica;
- 1 paziente Comunità per pazienti affetti da HIV.

Anche **nell'area psichiatrica**, in ottemperanza alla D.G.R. 30-1517 del 3 giugno 2015 di riordino della rete dei servizi residenziali psichiatrici, è proseguita la rivalutazione dei pazienti ospiti delle diverse strutture al fine di monitorare l'appropriatezza del ricorso ai servizi di residenzialità 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.

Nel corso dell'anno 2016, complessivamente, sono stati rivalutati tutti i pazienti assistiti in regime residenziale o semiresidenziale.

In particolare, a seguito della rivalutazione residenziale, sono state effettuate 20 variazioni di setting assistenziale con n. 8 trasferimenti fra strutture, 12 dimissioni e n. 21 nuovi inserimenti nelle varie strutture. In ambito semiresidenziale, invece, nello stesso anno sono stati attivati n. 16 nuovi progetti individuali e ne sono stati chiusi n. 8.

### 3.1.6 Macroprogetto “Farmaci, assistenza integrativa e protesica”

Nel 2016 il macroprogetto ha sviluppato le linee operative programmate tese a perseguire i seguenti obiettivi strategici per il governo dell'assistenza farmaceutica:

- promuovere l'utilizzo razionale ed appropriato del farmaco sia in ospedale che sul territorio;
- implementare la distribuzione diretta del farmaco ai pazienti alla dimissione dal ricovero, dal pronto soccorso e dopo visita ambulatoriale;
- promuovere l'utilizzo appropriato di protesi e ausili e supportare le decisioni strategiche con analisi quantitative riguardanti l'assistenza protesica (tipologia di prestazioni, costi, caratteristiche dell'utenza).

Gli interventi di **promozione dell'uso appropriato del farmaco** hanno portato al mantenimento dei tetti di spesa farmaceutica convenzionata e farmaceutica territoriale, con l'evidente riscontro economico evidenziato nella tabella sottostante.

#### Mantenimento tetto regionale di spesa 2014 di cui alla DGR 17-7488 del 23.04.2014

Spesa SSN convenzionata anno 2016 Fonte dati CNU	Tetto di spesa farmaceutica convenzionata (DGR 17-7488 del 23.04.2014)	% spesa vs programmato	Scostamento in €
€ 25.537.876,58	€ 26.678.390,00	-4.3%	€ -1.140.513,42

Spesa SSN territoriale anno 2016	Tetto di spesa farmaceutica	% spesa vs	Scostamento in €
----------------------------------	-----------------------------	------------	------------------



Fonte dati CNU	convenzionata (DGR 17-7488 del 23.04.2014)	programmato	
€ 33.526.022,78	€ 34.330.475,13	-2.3%	-804.452,35

Il dato aziendale 2016 di spesa netta pro-capite pesata, senza integrativa è stato pari ad € 139.9, in diminuzione del 2.2% rispetto all'anno precedente, ma non ancora allineato al valore regionale che è di € 135.8 (fonte dati flussi CNU, Settore farmaceutico Regione Piemonte).

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).

A seguito dell'attivazione di un percorso interno di audit con i medici di medicina generale finalizzato alla riduzione della variabilità interaziendale è stata ottenuta una riduzione di spesa, nel 2016 rispetto al 2015, pari ad € 889.629 complessivi, pur non essendo arrivati al target regionale per tutti i parametri (vd. tabella sottostante).

**Obiettivo 8 parametri territoriali DGR 30-3307/2016**

Indicatore	Valore atteso dell'obiettivo	Consuntivo 2016 (fonte dati Cruscotto Tessera Sanitaria)	Δ economico anno 2016 vs anno 2015
<b>1. Inibitori di Pompa Acida (ATC A02BC)</b>	Valore di spesa per i farmaci Inibitori di Pompa Acida (ATC A02BC) <= € 2.286.059	€ 2.261.284,40	-€ 343.398,92
<b>2. Antibatterici per uso sistemico (ATC=J01)</b>	Spesa per 100 assistibili per i farmaci Antibatterici per uso sistemico (ATC=J01) <= € 828,27	€ 901,50	-€ 110.039,12
<b>3. Renina-angiotensina II associati e non (ATC=C09C e ATC=C09D)</b>	Costo medio per confezione per le sostanze ad azione sul sistema Renina-angiotensina II associati e non (ATC=C09C e ATC=C09D) <=€ 11,38	€ 12,03	-€ 115.068,05
<b>4. Inibitori della HMG CoA reduttasi (ATC=C10AA)</b>	Costo medio per confezione per gli Inibitori della HMG CoA reduttasi (ATC=C10AA) <= € 10,66	€ 10,96	-€ 101.413,73
<b>5. Antidepressivi (ATC=N06A)</b>	Spesa per 100 assistibili per i farmaci Antidepressivi (ATC=N06A) <= € 756,98	€ 712,48	-€ 196.646,35
<b>6. Farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie (ATC=R03A)</b>	Spesa per assistibile per le specialità medicinali appartenenti al gruppo dei Farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie (ATC=R03) <= € 7,86	€ 8,32	-€ 23.063,73

In parallelo, nel 2016 sono stati avviati due progetti finalizzati all'analisi di indicatori di appropriatezza prescrittiva.

Il primo si collega alle attività promosse da AIFA nell'elaborazione del Rapporto Nazionale sull'uso dei farmaci (OsMed), per verificare l'attività prescrittiva che ruota intorno al paziente, non solo come prescrizione di farmaci, ma anche come prestazioni di laboratorio analisi, accessi e dimissioni ospedaliere, mobilità. L'obiettivo del progetto è la strutturazione di report mirati per i





medici di medicina generale (MMG), tali da consentire una visione globale anche alla Direzione strategica aziendale. I risultati della verifica del I report inviato a tutti i MMG sugli indicatori per ipertensione e dislipidemie sono oggetto di confronto con la ditta CliCon che supporta, iso-risorse, ASL Vercelli nel progetto.

Il secondo vede coinvolti i farmacisti della Farmaceutica Territoriale dell'ASL "VC" e gli epidemiologi afferenti all'Università del Piemonte Orientale nell'analisi delle prescrizioni dei farmaci dell'apparato respiratorio, in termini di aderenza, occasionalità, costi delle nuove terapie, appropriatezza rispetto alle indicazioni registrate per asma e/o broncopneumopatia ostruttiva (BPCO), a partire dai database della farmaceutica, dall'anno 2013 fino ad oggi. Sempre in area territoriale, tra gli interventi di promozione dell'appropriatezza dei farmaci è stato ripreso lo slogan "Antibiotici: maneggiare con cura", con il quale l'OMS ha lanciato la prima settimana mondiale per promuovere un uso responsabile degli antibiotici. A livello locale, in collaborazione con i Pediatri di Libera scelta, è stato predisposto del materiale informativo da affiggere negli ambulatori e da consegnare alle famiglie.

Infine, in area ospedaliera, la promozione dell'uso appropriato dei farmaci è stata focalizzata sul trattamento della trombosi venosa profonda, per cui il monitoraggio degli indicatori del relativo Percorso Diagnostico Terapeutico (PDTA) ha evidenziato l'aderenza all'atteso.

Per quanto riguarda gli interventi **di implementazione della distribuzione diretta dei farmaci ai pazienti**, nel 2016 sono stati ottenuti i seguenti risultati:

- implementazione della distribuzione diretta a pazienti ospiti nelle RSA con arruolamento di 12 strutture per un totale di 1186 pazienti e con un beneficio in termini di incremento dell'appropriatezza prescrittiva quantificabile in una riduzione del 50% delle prescrizioni (minor costo pari a circa € 5.850). Il monitoraggio delle terapie correlato all'erogazione dei farmaci in distribuzione diretta ha inoltre evidenziato che, a fronte di un aumento di circa 200 pazienti, la spesa si è ridotta di € 52.810 in un anno (vd. tabella sottostante).

**Spesa farmaci per pazienti ricoverati in RSA**

	2015	2016	differenza 2016 vs 2015
N° pazienti	981	1186	205
<b>Spesa farmaceutica convenzionata e DPC per ospiti RSA fonte dati DataBasePrescrizioni S2Italia</b>			
Spesa convenzionata	€ 184.057,26	€ 184.651,35	€ 594,09
Spesa DPC	€ 44.592,62	€ 34.848,80	-€ 9.743,82
<b>Spesa farmaceutica Distribuzione Diretta per ospiti RSA fonte dati Oliamm</b>			
Spesa DD	€ 157.075,71	€ 113.414,71	-€ 43.661,00
<b>2016 vs 2015 -€ 52.810,73</b>			

- implementazione della distribuzione diretta dopo visita ambulatoriale cardiologia e reumatologica presso la Piastra ambulatoriale di Vercelli, relativamente ai soli



farmaci presenti nel Prontuario Terapeutico Aziendale. I dati disponibili evidenziano un incremento della distribuzione diretta con riverbero positivo anche sul contenimento dei costi. In particolare, l'analisi effettuata sulle dispensazioni erogate in distribuzione diretta dalla piastra ha evidenziato che l'ASL, in assenza di questo intervento, avrebbe sostenuto un maggior costo complessivo sui due ambulatori pari ad € 3.650 (+48%).

- incremento della distribuzione diretta di eparine a basso peso molecolare (EBPM) alla dimissione dai reparti e dal Pronto Soccorso. Tra i risultati rilevanti si segnala, in particolare, l'incremento dal 9% al 53% della percentuale di pazienti dimessi dal Pronto Soccorso con EBPM consegnate in distribuzione diretta (naturalmente tra coloro per i quali era presente l'indicazione clinica).
- incremento della distribuzione diretta dei farmaci stimolanti la crescita dei globuli rossi e bianchi alla dimissione dai reparti (eritropoietina, EPO; filgrastim biosimilare)<sup>35</sup>.

La promozione dell'appropriatezza prescrittiva nell'area **dell'assistenza integrativa e protesica** è proseguita nel 2016 con la messa a regime di strumenti utili al governo dell'offerta e dei consumi, tra cui:

- formazione dei medici fisiatristi alla consultazione del fascicolo del paziente "Protesweb" al momento della prescrizione dell'ausilio come supporto informativo in grado di orientare il professionista verso una scelta più appropriata;
- implementazione della distribuzione diretta di dispositivi monouso per assorbenza che ha portato al risparmio di 4.066,00€ al 31.12.2016 e all'incremento del 2% degli utenti serviti al domicilio dalla ditta aggiudicataria di gara, anziché tramite fornitura indiretta;
- strutturazione di una reportistica periodica che ha consentito di monitorare tempestivamente le prestazioni erogate e portare alle razionalizzazioni della spesa sotto riportate. Rispetto al 2015 si osserva, in particolare, una riduzione della spesa integrativa procapite (14,45€ spesa integrativa procapite pesata Anno 2016; vs. 12,93 € Anno 2016).

Andamento spesa pro-capite protesica e integrativa

	<b>pro-capite protesica</b>	<b>pro-capite protesica pesata</b>	<b>pro-capite integrativa</b>	<b>pro-capite integrativa pesata</b>
anno 2015	€ 22,92	€ 20,44	€ 16,91	€ 14,45
anno 2016	€ 22,94	€ 20,46	€ 15,14	€ 12,93

- standardizzazione delle modalità aziendali di fornitura degli ausili non personalizzati e delle modalità di erogazione dell'assistenza integrativa e protesica<sup>36</sup> a garanzia di un'assistenza uniforme ed equa su tutto il territorio aziendale.

<sup>35</sup> % confezioni erogate di Filgrastim biosimilare rispetto al totale di confezioni di Filgrastim erogate (atteso>90%; osservato 2016: 100%); % DDD erogate di EPO biosimilare/totale DDD erogate di EPO (atteso>70%; osservato 2016: 97,5%)

<sup>36</sup> Emissione 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 revisione della procedura aziendale dell'assistenza integrativa e protesica (DIS.PG.0300.06).



### 3.1.7 Macroprogetto “Prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili”

Nel 2016 sono proseguiti i 5 progetti che costituiscono il Macroprogetto “Prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili”, inserito anche nel PAT 2016 dell’ASL VC.

I lavori progettuali si collocano nell’ambito del macroobiettivo “Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili” del Piano nazionale della prevenzione -PNP 2014-2018 (CSR 156, 13.11.2014). Tale obiettivo risulta declinato a livello regionale e a livello locale (PRP 2015-2018 – DGR n.25-1513, 03.06.2015, **PLP ASL VC 2015 - DDG n. 618, 30.07.2015**).

Di seguito sono sintetizzati i progetti attuati a livello aziendale e i relativi risultati raggiunti al 31.12.2017:

- **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.  
Il Progetto è stato condotto con condivisione dell’obiettivo da parte di tutti i corresponsabili, alcune criticità, già palesate in fase di programmazione (scarsità di risorse umane), hanno causato la ridefinizione del cronoprogramma con posticipo delle scadenze di alcune azioni al 2017, in particolare la presentazione alle Scuole di progetti come da procedura che disciplini la collaborazione tra ASL e Scuole.
- **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).  
Tutti i corresponsabili hanno partecipato attivamente alla realizzazione delle varie azioni rendendo possibile l’avvio dei corsi di Attività fisica Adattata (AFA) da ottobre 2016. Sono stati formalizzati i rapporti fra la ASL e gli Enti locali e le Associazioni coinvolte. Restano da riconsiderare le modalità di offerta dei corsi AFA per ottenere un’adesione soddisfacente ed effettuare valutazioni di efficacia e gradimento.
- **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.  
Il progetto è stato condotto nel rispetto delle attività programmate con particolare riferimento al Piano nazionale della prevenzione e ai suoi indicatori centrali. Tutti i corresponsabili del progetto, ognuno rispetto alle proprie competenze, hanno svolto l’attività programmata. E’ stato possibile informare e aggiornare gran parte dei medici di medicina generale della ASL sugli obiettivi del Progetto, in occasione degli incontri con le Equipe territoriali, con supporto di report realizzati con analisi di dati locali e





offrendo l'opportunità di acquisire competenze di Counselling motivazionale breve, di cui si sono fornite prove di efficacia, utili al raggiungimento di tale obiettivi attraverso la partecipazione all'evento formativo accreditato ECM loro rivolto che si concluderà nel 2017.

- **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. L'attività mirata a raggiungere l'incremento dei livelli di adesione agli screening mammografico, cervico-vaginale e colo-rettale si è sviluppata nel corso dell'anno, in attesa della ridefinizione dell'organizzazione degli screening in Regione Piemonte (approvata con DGR 27-3570 del 04/07/2016), considerando come obiettivo prioritario l'implementazione dell'adesione allo screening cervico-vaginale, che vede nella nostra realtà una elevata adesione allo screening spontaneo a scapito di quello organizzato, e di quello coloretale relativamente all'esame della sigmoidoscopia, per il quale la limitata adesione è imputabile alla sua invasività. Sono stati realizzati interventi di sensibilizzazione degli specialisti coinvolti e dei MMG e di riorganizzazione delle sedi ambulatoriali.
  
- **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. Il Progetto è stato realizzato con la partecipazione attiva di tutti i Referenti di Programma del PLP (Deliberazione DG n. 979-23.12.15, come da Determinazione regionale n. 751-19.11.2015) e del Referente del Settore aziendale Comunicazione. Sono stati definiti e approvati metodi e realizzati interventi di "Comunicazione in tema di Prevenzione" (realizzazione di eventi formativi, realizzazione di un open day "Giornata della prevenzione, realizzazione di azioni comunicative rivolte agli stakeholder, definizione di un'area specifica dedicata alle attività di prevenzione sul sito web aziendale) partendo dal presupposto che il Programma Governance del PLP 2015 promuove fra le altre Azioni la "Comunicazione e partecipazione a sostegno delle politiche per la salute", con l'obiettivo di "Migliorare la comunicazione e la collaborazione interistituzionale relativa agli obiettivi di piano e favorire la partecipazione sociale alle decisioni e alle politiche per la salute" a partire dal miglioramento degli aspetti comunicativi all'interno dell'ambito sanitario.



## 3.2 Assistenza Collettiva

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

Tutte le attività di prevenzione rivolte alla collettività sono riconducibili a quanto programmato nel **Piano locale della prevenzione** annualmente sviluppato sul modello indicato dal vigente **Piano regionale della Prevenzione** (PRP 2015-2018) (Determinazione regionale D.D. 14-14.01.2016) che a sua volta intende mettere in opera tutti gli sforzi necessari per proteggere il quadro delle garanzie sociali faticosamente costruite fino ad oggi, per continuare a rispettare la vision enunciata nel **Piano nazionale della prevenzione** (PNP 2014-2018) (Intesa n. 156/CSR 13.11.2014) con i principi che devono improntare l'operato della sanità pubblica.

L'attuazione del PRP richiede la messa in atto delle azioni previste a livello delle ASL attraverso l'elaborazione dei Piani Locali di Prevenzione (PLP), Piani che rappresentano lo strumento di attuazione a livello locale delle politiche di prevenzione con l'integrazione di strategie e azioni e la collaborazione di servizi e competenze diversi per il raggiungimento di obiettivi comuni.

Nel Dipartimento di Prevenzione, che comprende i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (SISP), Igiene degli alimenti e Nutrizione (SIAN), Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di lavoro (SpreSAL), Servizi Veterinari, Medicina Legale, Medicina dello Sport e la struttura Unità di Valutazione e Organizzazione Screening (UVOS), gli interventi di Prevenzione a favore della popolazione del territorio vengono quindi messi in campo attraverso la realizzazione di 10 Programmi organizzati per Macroaree che corrispondono ai Programmi in cui è articolato il Piano Locale della Prevenzione<sup>37</sup>.

Si tratta di:

- Guadagnare Salute Piemonte - Scuole che promuovono salute
- Guadagnare Salute Piemonte - Comunità ed ambienti di vita
- Guadagnare Salute Piemonte - Comunità ed ambienti di lavoro
- Guadagnare Salute Piemonte - Promozione della Salute e prevenzione nel setting sanitario
- Screening di popolazione (Screening oncologici, screening neonatali, ecc)
- Lavoro e salute
- Ambiente e salute
- Prevenzione e controllo della malattie trasmissibili (vaccinazioni, Sorveglianza malattie infettive, Infezioni Ospedaliere)
- Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare

<sup>37</sup> Piano Locale della Prevenzione 2016 – Programmi di prevenzione 2016 ASL VC - *Epi ASLVC/5/2016*  
Piano Locale della Prevenzione 2016 – Rendicontazione attività di realizzate anno 2016 ASL VC - *Epi ASLVC/1/2017*.



- Governance, organizzazione e monitoraggio del Piano regionale di Prevenzione

A novembre 2015 la Regione Piemonte, con DD n. 751 “Piani della Prevenzione e della Sicurezza Alimentare nell’organizzazione delle Aziende Sanitarie piemontesi”, ha richiesto alle Direzioni Generali delle ASL di definire a livello aziendale il coordinamento del PLP con la formalizzazione del **Gruppo di Progetto del Piano Locale di Prevenzione** sulla base di criteri indicati.

Il Gruppo di Progetto del Piano Locale di Prevenzione risulta pertanto costituito dal Responsabile del Gruppo di Progetto (Coordinatore del PLP), dai Referenti di Programma e da Operatori con Funzioni trasversali al PLP. Tali soggetti sviluppano e coordinano tutte le attività inerenti il PLP; inoltre è compito del Gruppo di Progetto del PLP far sì che tutti gli strumenti della programmazione locale con riferimento ad attività di prevenzione (PAT, PAISA, ecc.) convergano verso l’obiettivo di governo unico della prevenzione.

Le attività di seguito sinteticamente descritte attribuite a singole Strutture sono parte delle azioni prioritariamente programmate nel PLP in coerenza con gli obiettivi del PRP e del PNP in esso recepiti.

L’attività svolta nel periodo in esame (anno 2016) è riassunta nell’allegato 2 e brevemente descritta di seguito. Essa è costituita dalle azioni prioritariamente programmate nel PLP in coerenza con gli obiettivi del PRP e del PNP in esso recepiti.

### **Attività epidemiologica e di screening**

Tra i più rilevanti risultati ottenuti con il supporto della struttura UVOS si segnalano:

- il proseguimento dell’attività di prevenzione dei tumori con gli **Screening oncologici** i cui risultati ottenuti sono sintetizzati nell’allegato 2; si evidenzia che nel 2015 lo screening cervico-vaginale ha visto l’introduzione, come test primario, dell’HPV-test che ha coinvolto il 40% a random della popolazione femminile tra i 30 e i 64 anni;
- la rendicontazione dell’attività programmata dal “Piano Locale della Prevenzione 2015” ed è stato realizzato il coordinamento della programmazione e dell’attuazione del “**Piano Locale della Prevenzione 2016: Programmi di prevenzione 2016**”. A seguito della Determinazione dirigenziale regionale n. 751 del 19/11/2015 “Piani della Prevenzione e della Sicurezza Alimentare nell’organizzazione delle Aziende Sanitarie Piemontesi”, l’Azienda ha adottato la Deliberazione n. 979 del 23 Dicembre 2015 con la quale sono stati individuati il Responsabile del Gruppo di progetto del Piano Locale della Prevenzione (PLP), nella figura del Responsabile SSdUVOS e i nuovi Referenti delle Aree di programma dello stesso. Il responsabile del gruppo di progetto, coordinatore del PLP, con le funzioni trasversali di epidemiologia e promozione della salute, ha lavorato in collaborazione con tutti i referenti di programma e dei vari gruppi di lavoro al fine di supportare metodologicamente l’elaborazione dei programmi e monitorare l’andamento



dell'attività con la consapevolezza che gli "obiettivi di salute" programmati, per il loro raggiungimento, necessitano di una "forte rete di alleanze".

- il proseguimento delle **attività di epidemiologia finalizzate alla rilevazione dei bisogni** locali di salute e la predisposizione di reportistica contenente dati demografici e di mortalità dell'ASL e dati sulla frequenza dei fattori di rischio per la salute della popolazione residente, in particolare derivati dall'attività di sorveglianza di popolazione Passi in un'ottica di trasversalità della funzione di Epidemiologia a supporto del PLP.

Nel 2016 sono stati realizzati i seguenti Report inoltrati ai vari responsabili delle aree di interesse: "Profili Demografici 2014 della ASL "VC" di Vercelli e dei Distretti di Vercelli e della Valsesia" - Epi ASL VC/10/2016; "Attenzione degli operatori sanitari agli stili di vita" - Epi ASL VC/4/2016; "La Sorveglianza Passi e i Programmi Guadagnare salute - Rapporto locale 2011-2014 - ASL "VC"-Vercelli" - Epi ASL VC/6/2016; "L'attività fisica nella ASL VC di Vercelli - I dati del Sistema di Sorveglianza PASSI 2012-15" - Epi ASL VC/7/2016; "Sicurezza domestica nella ASL VC di Vercelli-I dati del Sistema di Sorveglianza PASSI 2012-15" - Epi ASL VC/8/2016; "Progetto SELFIE - Analisi "Questionario rilevazione conoscenze" - Epi ASL VC/1/2016 e Epi ASL VC/3/2016; "L'abitudine al fumo fra gli operatori della ASL di Vercelli - Epi ASL VC/9/2016". Il contributo alla stesura del Macroprogetto n. 1 "Prevenzione delle Malattie Croniche non Trasmissibili" inserito nel PAT 2016 ( Delibera DG ASLVC n. 995-23.12.15);

- la rendicontazione l'attività programmata dal "Piano Locale della Prevenzione 2015" ed è stato realizzato il coordinamento della programmazione e dell'attuazione del "**Piano Locale della Prevenzione 2016: Programmi di prevenzione 2016**". A seguito della Determinazione dirigenziale regionale n. 751 del 19/11/2015 "Piani della Prevenzione e della Sicurezza Alimentare nell'organizzazione delle Aziende Sanitarie Piemontesi", l'Azienda ha adottato la Deliberazione n. 979 del 23 Dicembre 2015 con la quale sono stati individuati il Responsabile del Gruppo di progetto del Piano Locale della Prevenzione (PLP), nella figura del Responsabile SSdUVOS e i nuovi Referenti delle Aree di programma dello stesso. Il responsabile del gruppo di progetto, coordinatore del PLP, con le funzioni trasversali di epidemiologia e promozione della salute, ha lavorato in collaborazione con tutti i referenti di programma e dei vari gruppi di lavoro al fine di supportare metodologicamente l'elaborazione dei programmi e monitorare l'andamento dell'attività con la consapevolezza che gli "obiettivi di salute" programmati, per il loro raggiungimento, necessitano di una "forte rete di alleanze".
- il coordinamento del **Macroprogetto n. 1 "Prevenzione delle Malattie Croniche Non Trasmissibili"** del Programma delle Attività Territoriali - **PAT 2016** (Deliberazione DG ASL VC n. 995 - 23.12.15), costituito da 5 Progetti per 2 dei quali gli è anche stata assegnata la responsabilità della realizzazione.
- Il settore Epidemiologia ha inoltre proseguito il coordinamento, il monitoraggio e l'analisi dell'attività di "**Sorveglianza PASSI**", Sorveglianza di popolazione sui fattori di rischio per la salute legati a fattori comportamentali, con l'obiettivo di fornire informazioni per la programmazione degli interventi di prevenzione e per il monitoraggio delle attività realizzate con il Piano Locale della Prevenzione. Come programmato, nella ASL, sono state realizzate le 275 interviste telefoniche somministrate a un campione casuale della



popolazione di 18-69 anni d'età residente nella ASL di Vercelli e si è provveduto all'aggiornamento e alla formazione degli operatori dedicati e all'analisi dei dati;

- il proseguimento dell'attività del **Registro Tumori delle Province di Biella e di Vercelli**, accreditato dall'Associazione Italiana Registri Tumori in data 19 novembre 2014. Nel corso del 2016 sono state effettuate l'analisi, la codifica e la registrazione dei casi di tumore relativi al triennio 2010-2012. Oltre alla registrazione dei dati relativi all'anno di incidenza 2010 è quasi completa anche quella dei dati relativi all'anno di incidenza 2011.

L'attività di **Prevenzione e Promozione della Salute** coordinata dal RePES è proseguita sviluppando attività e progetti compresi nei Programmi "Guadagnare Salute" del Piano Locale della Prevenzione 2016 (Programmi 1-2-3-4 ). Come ogni anno per le attività relative al **setting Scuola** è stato predisposto il Catalogo inviato a tutte le scuole di ogni ordine e grado del territorio della nostra ASL. I progetti proposti alle scuole sono stati n. 25. Hanno aderito alle attività proposte nell'A.S. 2016/17 n. 27 Istituti Scolastici sui n. 37 presenti sul territorio (73%) per un totale di n. 3870 studenti degli Istituti Scolastici del territorio e n. 144 docenti.

La promozione dell'attività fisica, inserita nelle azioni del **setting Comunità**, si è sviluppata con l'organizzazione di n. 15 gruppi di cammino, il supporto alla genitorialità nei primi 1000 giorni di vita si è realizzato negli incontri pre e post parto con n. 749 donne.

Sono state implementate n. 7 iniziative rivolte al benessere dei lavoratori, come la prevenzione della Sindrome del burnout, il progetto sul benessere organizzativo e il monitoraggio sull'atteggiamento nei confronti del fumo.

Le attività rivolte al setting Sanitario hanno compreso la formazione sul counselling motivazionale, iniziative per la sensibilizzazione alla disassuefazione dal fumo, il monitoraggio dei livelli di allattamento al seno.

Tutto il lavoro è stato svolto in modo trasversale tra i diversi servizi sanitari che hanno collaborato partecipando a gruppi di lavoro multidisciplinari e multisettoriali.





**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](http://www.aslvc.piemonte.it)

Posta certificata: [aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it](mailto:aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it)

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

## Igiene e Sanità Pubblica

L'impegno profuso nelle attività di istituto, già evidenziato nella edizione precedente si è ulteriormente accresciuto nel corso del 2016, per cui si segnala:

- in accordo con le indicazioni regionali si sono implementate tutte le attività di controllo sulle attività a rischio sanitario;
- implementazione delle procedure di profilassi delle malattie infettive, con particolare riguardo a: tubercolosi, morbillo, legionellosi, malattie trasmesse da alimenti.
- organizzazione della campagna di vaccinazione anti-influenzale e raccolta dei dati relativi;
- aumento delle coperture vaccinali relative alla vaccinazione anti-varicella, alla vaccinazione anti-Epatite B tra pazienti nefropatici e i soggetti utilizzatori di sostanze da abuso come risultato della collaborazione con Servizio Dialisi e SERD; analogamente è cresciuta la quota di soggetti a rischio vaccinati contro le infezioni da Pneumococco e Meningococco; nella fascia infantile netto incremento della vaccinazione contro le infezioni da Meningococco.
- all'interno del Piano dedicato alla prevenzione degli incidenti domestici è proseguita la partecipazione al progetto "Affyfiutapericoli" dedicato al settore scolastico e l'attività di formazione indirizzata ai nuovi genitori, in collaborazione con i consultori familiari;
- particolare impegno è stato profuso nell'attività di partecipazione ai lavori della Commissione aziendale di vigilanza sulle strutture sanitarie e socio-assistenziali, con conseguente miglioramento dei parametri assistenziali forniti dalle stesse strutture.

Un impegno altrettanto gravoso è stato ancora rappresentato dall'attività di controllo sanitario dei migranti giunti nel nostro territorio nell'ambito della campagna nazionale di aiuto.

## Sicurezza Alimentare

Le attività che riguardano la **sicurezza alimentare**, che coinvolge **Servizio dell'Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN)** e **Servizio Veterinario, Aree A, B e C**, vengono gestite mediante la predisposizione e l'attuazione del "Piano Aziendale integrato dei controlli di sicurezza alimentare (P.A.I.S.A.)". Tale Piano, definito nei primi mesi dell'anno, sulla base del corrispondente Piano Regionale (P.R.I.S.A.), e sviluppato nel corso dell'intero anno solare, comprende la descrizione delle dotazioni organiche e funzionigramma, la previsione del numero e tipologia dei controlli ufficiali da effettuarsi mediante ispezioni ed audit ed i criteri con i quali sono stati individuati, il Piano di campionamento ufficiale con tipologia della matrice ed analisi da eseguire, le attività di controllo sui prodotti fitosanitari, sulle acque minerali e sulle acque destinate al consumo umano, nonché la descrizione delle attività in ambito nutrizionale.

Pare utile evidenziare un notevole incremento dell'attività di ispezione delle carni dei bovini macellati, che ha superato gli 85.000 capi in ragione della presenza del maggior impianto per volume di macellazione di bovini del Piemonte ed uno dei maggiori in Italia. Tale attività istituzionale assorbe molte risorse umane prevalentemente in Area B, ma anche in Area C (Piano Residui e Controllo benessere animale).

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



- Progetto regionale per il proseguimento delle azioni attuate da parte dei SIAN (Legge n. 123/2005 Protezione soggetti affetti da Celiachia) per la somministrazione dei pasti senza glutine nelle mense delle strutture scolastiche e ospedaliere e nelle mense delle strutture pubbliche anno 2016: attuazione e svolgimento del nuovo progetto annuale;
- “Con meno sale la salute sale”: il progetto è continuato e sono stati effettuati incontri con l’Associazione Panificatori per promuovere la produzione e la vendita di pane con un contenuto ridotto di sale o senza sale.
- Okkio alla salute 2016: il servizio ha partecipato alla sorveglianza biennale nazionale, interessando 23 classi delle scuole primarie del territorio della ASL VC.

## Sanità animale

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

Nell’Area A di Sanità Animale si evidenzia il notevole impegno rappresentato, fra gli altri, dal controllo di filiera del settore avicolo, molto rappresentato sul territorio dell’ASL VC, che richiede un’attenzione particolare per l’applicazione di tutte le misure di prevenzione dell’ingresso di importanti patologie (prima fra tutte l’influenza aviaria), che oltre a costituire delle potenziali zoonosi, determinano gravi risvolti negativi sull’economia di settore, non solo locale ma anche di gran parte del territorio regionale a causa dell’adozione di misure restrittive di carattere sanitario (blocco delle movimentazioni degli animali).

## Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro

Sono stati raggiunti gli obiettivi definiti dalle Linee di Indirizzo per la Pianificazione delle attività di prevenzione, vigilanza, formazione e assistenza della Regione Piemonte.

Questo S.Pre.S.A.L. ha proseguito l’attività di implementazione dei sistemi informativi già in uso (flussi INAIL-Regione, INFOR.MO, SPRESALWEB, Comunicazioni dei Medici Competenti ex art. 40 D.Lgs 81/08). Il Servizio ha inviato allo S.Pre.S.A.L. di Alessandria tutti gli infortuni mortali, nonché di quelli gravi, indagati e ricostruiti con il modello Infor.Mo. Questo Servizio ha ricostruito n. 2 infortuni.

Il Servizio ha provveduto all’inserimento completo della sezione riferita alla rimozione di m.c.a. e all’implementazione ulteriore della registrazione infortuni. Sono stati migliorati alcuni passaggi riguardanti l’organizzazione dell’inserimento dati tra personale amministrativo, tecnico e medico. Si è provveduto alla verifica dei dati inseriti da parte dei Medici Competenti nell’applicativo INAIL relativamente alle comunicazioni inviate ex art. 40 D.Lgs 81/08 per utilizzare tali dati al fine di implementare la definizione della mappa dei principali rischi occupazionali presenti sul proprio territorio e prendere visione della relativa sorveglianza sanitaria effettuata.



**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](http://www.aslvc.piemonte.it)

Posta certificata: [aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it](mailto:aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it)

---

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

E' proseguita la collaborazione iniziata nel 2014 con la Regione e il Comune di Vercelli circa il sistema on-line di invio della notifica preliminare cantieri (ex art. 99 D. Lgs 81/08) in sinergia con il sistema MUDE (Modello Unico Digitale per l'Edilizia), al fine di favorire sistemi di semplificazione a favore di cittadini e imprese che devono trasmettere documentazioni e/o comunicazioni alla P.A. Il Servizio nel corso dell'anno ha continuato l'impiego dell'applicativo Spresalweb relativamente alla sezione dedicata alla gestione delle attività inerenti le Malattie Professionali utilizzando il progetto MALPROF. Gli operatori del Servizio hanno continuato a implementare le registrazioni sull'applicativo Spresalweb delle malattie professionali andando a completare anche i nuovi campi richiesti dalle informazioni necessarie per MALPROF.

Sono proseguite anche quest'anno le attività di sostegno da parte del Servizio alle figure di RLS e RLST attraverso incontri su specifiche problematiche oggetto di richiesta da parte dei rappresentanti dei lavoratori e il coinvolgimento degli RLS nel corso dell'attività di vigilanza svolta dal Servizio.

Le attività di sostegno della prevenzione sono proseguite attraverso il mantenimento costante delle attività di informazione e assistenza attraverso gli sportelli informativi ed incontri con le associazioni datoriali, di categoria e gli ordini professionali.

2 Dirigenti Medici del Servizio hanno partecipato al Corso "Le linee di indirizzo operativo in materia di stress lavoro-correlato", come previsto dalla programmazione regionale

E' proseguito anche per il 2016 il progetto "Sicurezza negli edifici scolastici" così come richiesto dalla Procura della Repubblica di Vercelli. In particolare sono stati eseguiti n. 5 sopralluoghi nelle Scuole Elementari, n. 8 nelle Scuole Medie e n. 1 in un Istituto Superiore.

L'Attività dell'OPV Provinciale è proseguita attraverso la programmazione dell'attività di vigilanza sulla base della specificità territoriale.

E' proseguita inoltre la modalità di acquisizione di informazioni dall'INPS per quanto riguarda la ricostruzione della storia lavorativa risultante dall'estratto conto per le inchieste di Malattie Professionali. E' stata rendicontata al settore Regionale competente l'attività svolta nel 2016.

La programmazione delle attività ha tenuto conto delle indicazioni regionali che si basano sul "Piano Regionale di Prevenzione in Edilizia" per gli anni 2014/2015 e sul Piano Nazionale della Prevenzione in Edilizia 2014-2018 e sono stati effettuati 101 sopralluoghi in altrettanti cantieri edili.

Una priorità importante per il Servizio è stata la vigilanza e il controllo in materia di amianto, nei casi di lavori di rimozione/bonifica, ma anche in caso di esposizione per altri fattori (ambienti di lavoro con presenza di manufatti contenenti amianto, quali pannelli, tubazioni, controsoffitti, rivestimenti, caldaia, ecc.). Nel caso di lavori di rimozione/bonifica, il Servizio ha esercitato anche una importante funzione preventiva, sia dei lavoratori che della popolazione e l'ambiente in generale, attraverso la valutazione dei piani di lavoro ex art. 256 DLgs 81/08 predisposti ed inviati dalle imprese autorizzate che eseguiranno i lavori ( nel 2016 n. 293) e delle notifiche ex art. 250 DLgs. 81/08 ( nel 2016 n. 103).

Riguardo l'attività coordinata e congiunta con gli altri Enti, in particolare DTL, VV.F., INPS, INAIL, le linee di intervento che si sono seguite per la vigilanza sono state:





- effettuazione di un numero di interventi di vigilanza congiunta pari al 20% del numero dei cantieri da controllare assegnati dalla programmazione regionale: nel 2016 sono stati effettuati n. 21 sopralluoghi congiunti.

La scelta dei cantieri da vigilare congiuntamente, prioritariamente sulla base delle notifiche preliminari pervenute alle strutture SPreSAL, valutate con DTL e INPS sulla base delle informazioni presenti negli archivi informatici di questo ente, hanno consentito di individuare i cantieri in cui operano le aziende più critiche relativamente all'irregolarità contributiva.

Riguardo l'attività di informazione e assistenza il Servizio ha proseguito la sua attività di diffusione delle buone pratiche e informazione/assistenza alle figure strategiche della prevenzione, sulla base delle risorse disponibili e delle esigenze che scaturiscono dal territorio.

Il Servizio ha continuato a elaborare i dati relativi all'attività svolta in edilizia, attraverso l'utilizzo dell'applicativo SPRESALWeb, al fine di fornire alla Regione la reportistica richiesta dalle schede nazionali e regionali.

L'attività dello S.Pre.S.A.L. nel 2016 si è basata sul raggiungimento degli obiettivi prioritari di formazione, informazione e vigilanza individuati nell'ambito del PNPAS 2014-2018 ed è stata così articolata:

- attività di controllo nel settore agricolo, in particolare, aziende agricole, contoterzisti, aziende di commercio e riparazione macchine agricole, nella quota del 5% del totale delle aziende controllate;
- attivazione dei controlli avvenuta sia a seguito di segnalazione di infortunio sul lavoro che su avvistamento (condizione di mancato rispetto della normativa in materia di salute e sicurezza sul lavoro rilevabile già dall'esterno);
- attività di controllo mirata prioritariamente a macchine ed attrezzature (scale di accesso alla sala mungitura) agricole nelle aziende con attività prevalente "allevamento di bovini", nella quota del 10% del totale delle Aziende controllate;
- attività congiunta, in almeno il 50% dei controlli programmati per il S.I.A.N. pari a n. 10 aziende con presenza di lavoro dipendente e che utilizzano prodotti pericolosi per la salute degli operatori (prodotti fitosanitari);
- attività ispettiva programmata a livello locale:

n. 5 aziende con sopralluogo congiunto con S.I.A.N. ; (50% di 10 aziende programmate dal S.I.A.N.)

n. 1 azienda con sopralluogo congiunto con D.T.L. ; (5% dei sopralluoghi programmati per ASL VC pari a n. 24 aziende agricole);

n. 2 aziende con attività prevalente "allevamento bovini" (10% dei sopralluoghi programmati per ASL VC pari a n. 24 aziende agricole);

n. 1 azienda con attività prevalente "commercio di macchine nuove ed usate" (5% dei sopralluoghi programmati per ASL VC pari a n. 24 aziende agricole);

- attività ispettiva su n. 24 aziende agricole, così suddivisa:

n. 6 aziende con lavoro dipendente

n. 18 aziende art. 21 D. Lgs 81/08 e s.m.i..



**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](http://www.aslvc.piemonte.it)

Posta certificata: [aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it](mailto:aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it)

---

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

Sono stati effettuati i 426 controlli sulle aziende comprese quelle in edilizia e agricoltura. Naturalmente è proseguita l'attività di indagine per gli infortuni sul lavoro. Ugualmente per quanto riguarda le malattie professionali. Si sono mantenuti i livelli di attività relativi al rilascio di pareri e autorizzazioni a seguito di richiesta dell'utenza.

### **Medicina Legale**

Tra i risultati significativi ottenuti si evidenzia il sempre maggior potenziamento dell'attività di controllo e pertanto certificatoria da parte della Commissione Medico Legale per i casi di revisione ex art. art. 186 del Codice della Strada (guida in stato di ebbrezza alcolica) e art 187 del Codice della strada (guida in stato di ebbrezza da stupefacenti). L'introduzione a pieno regime dei controlli mediante analisi tossicologica su matrice cheratinica capello o pelo (gold standard) nei casi di controlli per art 186 CdS permette una maggior individuazione di soggetti a rischio o palesemente abusatori di bevande alcoliche.

### **Medicina dello Sport**

Relativamente all'attività di Medicina dello Sport, volta a tutelare la salute nell'ambito attività sportive agonistiche e a promuovere nella popolazione un corretto stile di vita, nel 2016 sono proseguite le attività istituzionali. In particolare si segnala l'effettuazione di N° 1837 visite medico sportive svolte nelle sedi di Vercelli e Borgosesia nell'ambito dei controlli preventivi e periodici previsti dalla vigente normativa (DM del 18.2.82 e D.M. 04.03.93), in caso di attività agonistiche organizzate dalle Federazioni sportive nazionali del C.O.N.I. e dagli Enti di promozione sportiva).

### **Prevenzione delle dipendenze patologiche**

Nell'ambito delle attività di prevenzione e promozione della salute svolte dalla **S.C. Ser.D. di Vercelli** e **S.S. Ser.D. di Borgosesia** per il trattamento delle dipendenze da sostanze e comportamentali, si pongono in evidenza in particolare:

- la prevenzione rivolta ai giovani ed alle famiglie, all'interno dei Centri di Informazione e Consulenza (CIC) e le consulenze di classe nelle scuole superiori del territorio dell'ASL VC;
- la collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione sui progetti di promozione degli stili di vita salutari e prevenzione dei comportamenti a rischio rivolti alla fascia giovanile, in coerenza con il Piano Locale Prevenzione ASL VC 2016 e Piano Regionale Prevenzione 2015/18.
- il coordinamento e la partecipazione al progetto nazionale "Unplugged" sui comportamenti a rischio e sulla promozione delle life skills;
- la partecipazione al progetto nazionale "Diari della salute" sui fattori di rischio e sui fattori protettivi in adolescenza;



- la prevenzione selettiva su gruppi di soggetti inviati al servizio da parte della prefettura per sensibilizzare sui rischi connessi all'uso/abuso di sostanze leggere in termini di salute e conseguenze legali;
- il coordinamento delle attività del Ser.D. e Dipartimento di Prevenzione dell'ASL VC atto a garantire la realizzazione di una campagna vaccinale contro l'epatite B nei soggetti a rischio di contrarre la malattia;
- l'incremento dei prelievi ematici per screening infettivologici al fine di raggiungere un tasso di screening di almeno il 90% nella popolazione a rischio;
- il consolidamento del gruppo di lavoro operante con gli utenti afferenti all'ambulatorio per il trattamento farmacologico del tabagismo nelle sedi di Ser.D. Santhià e Borgosesia;
- l'implementazione dell'ambulatorio per il trattamento del Gioco d'Azzardo Patologico presso la sede Ser.D. di Santhià;
- il consolidamento di uno spazio di pratica di mindfulness, volto a migliorare la qualità della vita lavorativa degli operatori sanitari, e parallelamente, la qualità delle prestazioni erogate, in un'ottica di promozione del benessere organizzativo.

Relativamente **all'area psicologica**, si rimanda all'allegato 2 in cui sono riportati i dati dell'attività svolta non solo nell'ambito della prevenzione, ma anche dell'assistenza ospedaliera e territoriale (ALL 2, pag. 15).

Nell'ambito degli **interventi tecnico-logistici** volti a migliorare i percorsi extra-ospedalieri dei pazienti e l'efficienza organizzativa, inoltre, si segnala lo studio di fattibilità per l'attivazione della Casa della Salute presso il Presidio Sanitario Polifunzionale di Gattinara, e l'ampliamento della Casa della salute di Varallo<sup>38</sup>.

---

<sup>38</sup> Fonte SC Innovazione tecnologica e strutturale 18.04.2017



### 3.3 Assistenza Ospedaliera

Una breve sintesi dei dati di attività ospedaliera nell'anno 2016 è esposta in allegato 2, mentre in allegato 3 sono riportati i principali indicatori di performance.

L'andamento della produzione mette in evidenza una netta riduzione dei ricoveri attribuibile a diversi interventi concomitanti programmati tra cui il proseguimento della conversione in regime ambulatoriale di alcuni interventi chirurgici e l'implementazione della riorganizzazione della rete ospedaliera.

A questo riguardo la riduzione dei posti letto ha influito, in particolare, sulla cessazione della produzione di alcuni tipi di ricovero, tra cui:

- ricoveri oncologici di degenza ordinaria, anche in osservanza della DGR 51- 2485 del 23 novembre 2015;
- ricoveri in postacuzie (cod. 60), la cui produzione ospedaliera è completamente cessata entro il 30 giugno 2016<sup>39</sup> ed è stata in parte riassorbita da ricoveri di tipo territoriale in regime di Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria (CAVS) attivata da marzo 2016<sup>40</sup> in osservanza a quanto previsto dalla DGR n. 27-3628 del 28 marzo 2012.

I dati di efficienza presentano una riduzione della degenza media rispetto all'anno precedente (complessivamente<sup>41</sup> 6,8 giornate vs 7,0) con una lieve riduzione della occupazione media che scende dal 74% al 72% (Vercelli 75%; Borgosesia 66%).

Tali dati risultano associati ad una lieve contrazione del valore complessivo della produzione e peso medio dei ricoveri rispetto al 2015 come temporaneo effetto dell'attività di riorganizzazione (vd. ALL. 2 per la produzione dei ricoveri in numero di dimessi e valore; ALL. 3 per peso medio dei ricoveri). Nel 2017, infatti, l'analisi preliminare della produzione evidenzia un'attività ospedaliera in marcata ripresa.

<sup>39</sup> Ospedale di Vercelli: 28 febbraio 2017; Ospedale di Borgosesia 30 giugno 2017

<sup>40</sup> posti letto in Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria (CAVS) per un totale di 36 letti (18 a Vercelli a far data dal 1 marzo 2016 e 18 a Borgosesia a far data dal 28 dicembre 2016)

<sup>41</sup> Anno 2016 - degenza media Ospedale di Vercelli: 7,1 giorni; degenza media Ospedale di Borgosesia: 6,1 giorni



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

	2014	2015	2016
Tasso di ricovero grezzo <sup>1</sup>	143 *1000	140*1000	133*1000
Tasso di ricovero standardizzato <sup>2</sup>	134	131	125
Peso medio dei DRG medici <sup>3</sup>	1,02	1,05	1,01
Peso medio dei DRG chirurgici <sup>3</sup>	1,51	1,52	1,52
% DRG medici a rischio di inappropriatelyzza <sup>3</sup>	6,18%	4,70%	6,43%
% DRG chirurgici a rischio di inappropriatelyzza <sup>3</sup>	4,08%	2,75%	2,79%

	Ospedale VC	Ospedale Borgosesia	Ospedale VC	Ospedale Borgosesia	Ospedale VC	Ospedale Borgosesia
% parti cesarei primari <sup>3</sup>	22%	36%	22%	25%	18%	22%
% interventi per frattura di femore in età >65 anni entro 48 ore <sup>3</sup>	42%	57%	53%	71%	73%	82%
% PTCA eseguite entro 24 ore (in caso di IMA STEMI) <sup>3</sup>	77%	-	87,5%		91,5%	-
Valore medio per ricoveri (€) <sup>4</sup>	3.111	2.621	3.135	2.635	3.126	2.545
Valore complessivo dei ricoveri (€)	34.105.446	14.936.298	33.221.876	14.262.716	30.932.229	12.603.685

<sup>1</sup> Fonte: SS programmazione e controllo di Gestione 20.06.2017. Tasso grezzo calcolato sulla popolazione al 31.12.2013 (n. 174.508 residenti).

<sup>2</sup> Fonte: SS programmazione e controllo di Gestione 20.06.2017. Tasso calcolato sulla popolazione al 31.12.2013 (n. 174.508 residenti); criteri di standardizzazione: popolazione Regione 2011; popolazione ASL 2011.

<sup>3</sup>vd. anche ALL. 3 – Indicatori di performance

<sup>4</sup>calcolato sulla base del Report Consuntivo 12 mesi 2016 definitivo di SS Programmazione e controllo di gestione

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

Nell'anno 2016 sono state mantenute le azioni volte al raggiungimento di obiettivi di appropriatezza dei ricoveri, di sicurezza dei pazienti e umanizzazione delle cure. A tal proposito si evidenzia:

- Revisione del percorso del paziente oncologico con definizione e condivisione dei PDTA per le patologie per le quali l'Ospedale S. Andrea è riconosciuto dalla Rete Oncologica "Centro di riferimento" e delle modalità operative del Centro Accoglienza e Servizi con ridefinizione delle sedi logistiche (Vercelli e Borgosesia) e degli operatori assegnati (medici, infermieri ed amministrativi);
- Realizzazione del Progetto Rianimazione Aperta: Il progetto "**Rianimazione aperta**" s'inquadra nell'ambito più complessivo di un percorso di "umanizzazione dell'assistenza" che fa parte del progetto di "rete degli ospedali per la promozione della salute H.P.H. (Health Promoting Hospital)"; un programma dell'O.M.S. al quale aderiscono gli ospedali di diversi paesi europei.
- Estensione delle attività di cessione del latte umano di Banca del Latte Umano Donato (B.L.U.D.) alla A.O.U. di Novara per l'assistenza ai neonati ricoverati presso la TIN.
- Adesione al percorso UNICEF BFHI/BFCI "Ospedale amico dei Bambini / Comunità amica dei Bambini" finalizzato a migliorare le pratiche assistenziali rendendo i genitori dei piccoli pazienti protagonisti e sostenendoli nelle scelte di cura dei propri bambini.



- Revisione delle modalità organizzative ed operative cui deve attenersi il personale coinvolto in caso di emergenza ostetrica, presso il PO di Borgosesia con completa attivazione della sala operatoria dedicata in prossimità alla sala parto posta al III piano del presidio
- Attuazione del “Programma Aziendale Infezioni Correlate all'assistenza” (atto deliberativo di presa d'atto n. 00419 del 12/05/2016) raggiungendo l'obiettivo regionale sulla base degli indicatori prescritti per la Sorveglianza e Controllo I.C.A. - anno 2016; in particolare si evidenzia la strutturazione di un corso di formazione per incrementare il tasso di adesione all'igiene delle mani che sarà offerto a tutto il personale dell'Azienda nel corso dell'anno 2017 in modalità FAD.
- Collaborazione con la Struttura Rischio Clinico: anche nell'anno 2016 è continuata la stretta collaborazione con la SSaVD Risk Management, in particolare riguardo alla implementazione dell'uso dei braccialetti identificativi per tutti i pazienti trattati nel Presidio.

Per quanto riguarda i macroesiti si rappresenta:

- **intervento sulla frattura di femore pazienti ultrasessantacinquenni:** sono stati resi operativi correttivi mirati alla possibilità di effettuare l'intervento chirurgico nei tempi previsti. Tale attività è diventata operativa nel secondo semestre dell'anno; conseguentemente la percentuale di casi trattati chirurgicamente entro le 48 ore è aumentata rispetto all'anno 2015 superando così, nel secondo semestre, il valore obiettivo (70%):
  - sede di Borgosesia - dato annuo aumento dal 71% all'81%;
  - sede di Vercelli - dato annuo aumento dal 53% al 78%;
  - ASL VC - dato annuo aumento dal 59% al 79%;
- **incidenza di parti cesarei:** sono stati resi operativi correttivi mirati al contenimento del numero dei parti cesarei primari, sia di tipo organizzativo e strutturale sia orientati alla condivisione del percorso con la donna anche di tipo empatico. In conseguenza di ciò la percentuale dei parti cesarei primari si è ridotta rispetto all'anno 2015, raggiungendo quindi l'obiettivo di un numero di parti cesarei primari inferiore al 20%:
  - sede di Borgosesia riduzione dal 25% al 22%
  - sede di Vercelli riduzione dal 22% al 18%
  - ASL VC riduzione dal 23% al 19%
- **attività di emodinamica:** nell'anno 2016 le PTCA effettuate entro 0-1 giorno in caso di STEMI sono passate dall'88% al 91% migliorando la performance e mantenendo il raggiungimento dell'obiettivo che pone il limite minimo dell'85%;
- **attività del Pronto Soccorso:** i casi trattati presso il Pronto Soccorso sono complessivamente sovrapponibili a quelli dell'anno 2015, continuando il decremento dei codici bianchi che passano dal 6 al 5% degli accessi complessivi che risultano aumentati di circa 450 passaggi.





### 3.4 Assistenza Distrettuale

Il principale risultato raggiunto nel 2016 in questo ambito riguarda la realizzazione del primo Programma delle Attività Territoriali (PAT), redatto nel 2015 in coerenza con gli indirizzi della programmazione strategica aziendale e regionale e con le risorse assegnate.

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 definiti nel 2015 dall'azienda è stata successivamente revisionata in sede regionale. Gli indicatori del PAT revisionati, in estratto, sono riportati in allegato 4 (vd. "Indicatori del PAT", ALL. 4). (Distretto: VERIFICA % anziani in ADI al 31.12.2016).

Nel 2016 sono state realizzate le azioni previste nei Macroprogetti prioritari, già descritti nelle pagine precedenti, utili per armonizzare a livello locale gli indirizzi della pianificazione nazionale e regionale.

Fino al 15.11.2016 erano attive la S.C. Distretto di Vercelli e la S.C. Distretto della Valsesia.

Con deliberazione n. 946 del 4.11.2016 "Obiettivo del Direttore Generale n. 1.2 di cui alla DGR n. 12 - 2021 del 5.8.2015 Attuazione del piano di riduzione delle Strutture Complesse di cui alla D.D.G. n. 1000 del 30.12.2015: Riorganizzazione dell' Area Territoriale", a far data dal 16.11.2016 si è provveduto alla disattivazione della S.C. Distretto di Vercelli e la S.C. Distretto della Valsesia e, contestualmente, all'attivazione della S.C. Distretto collocata dall'Atto Aziendale nell' Area Territoriale.

La S.C. Distretto comprende le seguenti SS.SS.:

- SS Residenzialità
- SS Convenzioni
- SS Integrativa e Protesica
- SS Medicina Penitenziaria
- SS Cure Palliative e Hospice
- SS Diabetologia Integrata
- SS Diabetologia e Nutrizione Clinica

Con Deliberazione n. 944 del 3.11.2016 "Attribuzione di incarico quinquennale di direzione della S.C. Distretto", l'incarico è stato affidato alla Dott.ssa Francesca Gallone

Tra le ulteriori attività realizzate nel 2016 non comprese nel PAT, né nei Macroprogetti, preme inoltre evidenziare le seguenti realizzate nel periodo 1.1.2016 – 15.11.2016:

#### DISTRETTO DI VERCELLI

- prosecuzione delle operazioni di controllo inerenti alla corretta codifica delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) da parte delle strutture private accreditate, segnalate dagli uffici regionali, "Casa di Cura S. Rita" - Vercelli e "CRRF Mons. Luigi Novarese" - Moncrivello, al fine di verificare la congruenza tra il contenuto del tracciato informatico SDO e quello della cartella clinica, ai sensi della D.G.R. n. 35-6651 del 11.11.2013 e nel rispetto della normativa nazionale e regionale in materia. Tale verifica, oltre alla corretta codifica SDO, ha permesso di valutare la congruenza tra prestazione e scelta del setting assistenziale.



In particolare nel 2016 sono state valutate le SDO relative al terzo gruppo 2015, i controlli finali 2015 e le SDO di primo gruppo 2016 (in totale 635 SDO). Inoltre sono state inviate le valutazioni ultime relative ad abbattimenti tariffari pertinenti alle SDO dell'anno 2011.

Il nucleo di verifica ricoveri esterni (NCRE) ha provveduto a notificare agli uffici regionali, alla Direzione Generale Aziendale e alle Strutture esaminate eventuali abbattimenti dei rimborsi dovuti. Tutte le operazioni di verifica si sono svolte nella tempistica prevista e agli uffici regionali è stata trasmessa la documentazione relativa alle verifiche secondo la prevista calendarizzazione.

Inoltre, per i ricoveri di Recupero e Rieducazione funzionale (RRF) il NCRE, unitamente agli specialisti fisiatrici, ha eseguito valutazione di congruità per tutti i trasferimenti di pazienti da reparti per acuti, di post acuzie e da domicilio.

- prosecuzione dell'attività della continuità assistenziale tramite il N.D.C.C. (Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure), istituito con Determina n. 36 del 21/10/2013 presso la sede del Distretto. Fino al 31 marzo 2016 l'Asl "Vc" disponeva di 10 posti letto presso la R.S.A. di Albano V.se; dal 1° marzo sono stati attivati n. 18 posti letto CAVS presso Ospedale S.Andrea Vercelli con utilizzo nel corso del 2016 di 4637 giornate e residue 149 giornate ( completamento del percorso per ospiti già inseriti al 31/03/2016) presso Cava di Albano.
- prosecuzione dell'attività del Centro di Assistenza Primaria (C.A.P.) per la sede di Santhià (all'interno del Presidio Sanitario Polifunzionale) di cui alla programmazione approvata nel 2013 ai sensi della Determinazione Regionale n. 613 del 7 agosto 2013. La progettualità dell'ASL ha previsto il consolidamento del CAP in Casa della Salute e futura attivazione di altre 4 Case della Salute.
- prosecuzione delle attività di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica), ISI, Medicina Penitenziaria, CUP con inserimento nel CUP aziendale di agende di prenotazione per visite e prestazioni diagnostiche con tempi di attesa critici presso le sedi ASL, ed erogate dalle strutture private accreditate insite sul territorio dell'ASL VC .

## DISTRETTO DELLA VALSESIA

- continuità delle cure post-acuzie per i propri residenti, con la collaborazione dei servizi aziendali interessati, secondo specifica procedura organizzativa per la realizzazione del percorso integrato di continuità di cura Ospedale-Territorio, in applicazione al modello previsto dalla D.G.R. n. 27-3628 del 28.3.2012, tramite il tramite il N.D.C.C. (Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure), istituito con Determina n. 36 del 21/10/2013 presso la sede del Distretto.
- attività del Country Hospital di Varallo, fino alla sua conversione in CAVS, così come dettagliate nel Macroprogetto Residenzialità e in ALL. 2;
- attività afferenti al Servizio Cure Domiciliari;
- attività afferenti al Servizio di Assistenza protesica e Integrativa;
- nell'ambito dell' Assistenza Pediatrica di libera scelta: proseguimento dell'ambulatorio svolto a cura dei pediatri operanti nell'ambito distrettuale, il sabato mattina non festivo, presso i locali siti nel P.O. di Borgosesia il 8.2.2014 con orario 10.00 – 13.00, ha consentito di accertare un





minor ricorso al locale pronto soccorso di assistiti di età pediatrica. Gli accessi nel 2015 sono stati pari a n. 637 (n. 635 nel 2015);

- appropriatezza prescrittiva: i MMG e i PLS, tramite trasmissione delle comunicazioni predisposte dalle diverse Strutture Aziendali e discussione nelle Commissioni distrettuali UCAD e Appropriatezza Prescrittiva, sono stati informati sulle modalità prescrittive ad esempio di laboratorio, radiodiagnostica, farmaceutica nonché delle diverse procedure aziendali di interesse comune. In particolare il 22.11.201, in riunione congiunta delle equipe territoriali dei MMG, si è svolto un progetto formativo aziendale organizzato dalla S.C. Farmaceutica Territoriale sull' applicativo informatico "Cruscotto integrato", relativo all'appropriatezza prescrittiva farmaceutica, di laboratorio e specialistica .
- controllo della spesa farmaceutica convenzionata: la spesa lorda pro capite dei M.M.G. afferenti al Distretto si conferma inferiore alla media regionale.

Infine, in **entrambi i Distretti** sono proseguite le seguenti attività di rilievo:

- erogazione dei contributi per malati di Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) di cui alla DGR 23-3624 del 28 marzo 2012 ("Progetto di continuità assistenziale per i pazienti con SLA e loro famiglie") pari a 67.820,00 euro per n. 7 pazienti residenti nel vercellese e pari a 75.192,74 euro per n. 6 pazienti residenti nell'area della Valsesia. Per tale patologia è stato prevista, a partire dal 2017, una rivalutazione delle attuali modalità di presa in carico per sviluppare una progettualità di rete, anche in raccordo con le Associazioni di Volontariato;
- rilascio delle credenziali ai cittadini per l'utilizzo dei servizi sanitari on-line (D.G.R. n. 28-6947 del 23 dicembre 2013 e nota regionale prot. 4603 del 27/02/2014: scelta del medico on line; taccuino personale del cittadino; accesso al programma di screening dei tumori femminili; ticket on line) presso gli sportelli amministrativi distrettuali di Borgosesia, Gattinara, Coggiola, Varallo, Scopello, Vercelli, Santhià e Cigliano;
- registrazione in appositi portali informatici e trasmissione telematica dei dati riguardanti la Gestione Integrata del Diabete (G.I.D.), le vaccinazioni anti-influenzali e il Piano caldo regionale 2015.
- collaborazione al **recupero delle somme da autocertificazione per esenzione da reddito** ai sensi dell'art. 1 del D.M. 11.12.2009 (verifica delle esenzioni dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per reddito, tramite il supporto del Sistema Tessera Sanitaria), accogliendo gli utenti e fornendo loro chiarimenti ed eventuale documentazione relativa alle richieste di recupero crediti<sup>42</sup>;

<sup>42</sup> In relazione al recupero delle somme di soggetti autocertificati a seguito di verifica con esito negativo si segnala che sono in corso di recupero le annate 2011 e 2012. Si è contattato, a parte gli irreperibili, il 100% dei soggetti per un importo da recuperare pari a euro 121.643,76= per i controlli relativi all'anno 2011 ed euro 372.317,12= per i controlli relativi all'anno 2012.



- attuazione delle misure in relazione alla Legge 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione". I Distretti, in ottemperanza a quanto previsto dal Piano triennale adottato dall'ASL VC, ha predisposto, nei tempi previsti (primo semestre entro il 30 giugno e secondo semestre entro il 31 dicembre), la relazione di competenza, secondo il modello fornito dal Responsabile Anticorruzione.

Per quanto attiene alla **Salute Mentale**, oltre all'attività già descritta nell'ambito del Macroprogetto residenzialità, nel corso dell'anno 2016 è stato soddisfatto il bisogno di salute della popolazione del territorio di competenza mediante:

- articolazione operativa da parte dei CSM di Vercelli e di Borgosesia per i pazienti ricoverati in SPDC;
- coordinamento delle funzioni di residenzialità offerte dai Gruppi Appartamento di Vercelli, Gattinara, Valduggia e Varallo con i programmi terapeutico-riabilitativi dei Centri di Salute Mentale e dei Centri Diurni nella prospettiva della continuità assistenziale;
- mantenimento di programma di interventi specifici e dedicati, svolti presso il Gruppo Appartamento di Varallo;
- il mantenimento dell'attivazione di percorsi di cura per soggetti autori di reato per soggetti con diagnosi psichiatrica;
- il servizio di consulenza a cadenza settimanale presso la Casa Circondariale di Vercelli, e coordinamento operativo con altri servizi attraverso la S.S. Medicina Penitenziaria;
- il rapporto tra le funzioni ambulatoriale del CSM di Borgosesia e semi-residenziale del Day Hospital territoriale di Borgosesia in articolazione con il Pronto Soccorso e i reparti dell'Ospedale di Borgosesia;
- mantenimento delle funzioni ambulatoriali territoriali di Santhià e Gattinara per utenti che, pur essendo grandi utilizzatori dei servizi psichiatrici, non sono in grado di raggiungere le sedi di Vercelli e Borgosesia;
- la prosecuzione, secondo i criteri del Piano Locale della Prevenzione (PLP) 2016, di interventi di promozione dell'attività fisica (gruppo di cammino per pazienti psichiatrici formati anche come walking leaders);
- la prosecuzione, secondo i criteri del PLP 2016 dei programmi di prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare negli istituti scolastici secondari attraverso moduli di formazione per insegnanti e moduli di formazione al Peer Education per studenti

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

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



- il raccordo operativo con Associazioni di Volontariato per la Promozione della Salute Mentale Diapsi di Vercelli per pazienti in carico presso la SC Psichiatria attualmente inseriti in programmi occupazionali e lavorativi.

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

- nell'area dei “Disturbi dello Sviluppo”, in collaborazione con AIFA (Associazione Famiglie ADHD) è proseguito il Progetto “Sportello ADHD” per la gestione del disturbo da deficit di attenzione con iperattività, che integra sia a livello diagnostico che della presa in carico, con la collaborazione di tecnici qualificati messi a disposizione dalla Associazione delle Famiglie ADHD, i Medici della SC di NPI nella stesura del progetto terapeutico per i pazienti che giungono all’osservazione con il sospetto di disturbo dell’attenzione;
- in collaborazione con la S.C. di Pediatria e la SSvD di Psicologia dell’Azienda, è stato aggiornato il programma di follow-up integrato per neonati pretermine o con sofferenza perinatale che ha visto anche una giornata di formazione e aggiornamento allestita con le ASL del quadrante per costruire un programma comune di follow-up;
- Nell’ambito del programma formativo per gli operatori scolastici sull’utilizzo dei farmaci in urgenza per interrompere le crisi epilettiche sono proseguiti gli incontri di formazione. Il modello ed i risultati della formazione per gli operatori scolastici sono stati oggetto della relazione al Convegno Triregionale della Lega contro l’Epilessia tenutosi a Genova il 26 Novembre 2016.
- in collaborazione con la SSvD di Psicologia è stato implementato l’Ambulatorio Adolescenza, rivolto alla fascia d’età 14-24 anni che si propone di offrire un adeguato luogo di incontro e di cura per alcune patologie emergenti in questa area peculiare (disturbi comportamento alimentare, passaggi all’atto, devianza, disturbi del Sé);
- nel quadro della collaborazione tra le Strutture di NPI e di Psicologia per l’età evolutiva per tutte le patologie e disabilità di sviluppo, tra cui i Disturbi dello Spettro Artistico<sup>43</sup>, è stato impostato un apposito “Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA)” che applica a livello locale le indicazioni contenute nella recente normativa<sup>44</sup>. Nel 2016 sono state gettate le basi organizzative e di sviluppo dei Nuclei Territoriali “Disturbi Pervasivi di Sviluppo” con l’integrazione di figure professionali con competenza specifica, Psicologi, Educatori e Logopedista. Il modello della presa in carico multidisciplinare integrata sarà completato ed a regime nel 2017 ed avverrà attraverso la formulazione e supervisione del progetto psicoeducativo secondo le tecniche cognitivo comportamentali.

<sup>43</sup> 93 pazienti in carico alla NPI con disturbi dello spettro autistico

<sup>44</sup> DGR 26-1653 del 29.6.2015 a favore dei pazienti affetti da disturbi di sviluppo cronici, in particolare dello Spettro Autistico



## Assistenza ai minori vittime di abuso o maltrattamenti

Nel 2016 è proseguito il programma di presa in carico dei minori vittime di abuso o maltrattamento a cui collaborano attivamente la SC NPI, le strutture di emergenza ospedaliera (DEA), la SC di Pediatria e la SSD Psicologia. I principali dati che riguardano l'assistenza psicologica sono riportati in allegato 2.

## Assistenza ai pazienti con dipendenze

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

- la costante pubblicizzazione del Centro Interdipartimentale per la Prevenzione ed il Trattamento del Tabagismo con conseguente aumento dell'utenza presso le sedi ambulatoriali di Vercelli, Santhià e Borgosesia;
- il consolidamento delle attività dell'ambulatorio per il trattamento del Gioco d'Azzardo Patologico presso la sede Ser.D. di Santhià;
- il proseguimento di un spazio sperimentale di pratica di mindfulness, volto a migliorare la qualità della vita lavorativa degli operatori sanitari, e parallelamente, la qualità delle prestazioni erogate, in un'ottica di promozione del benessere organizzativo.

## Sistema informativo ed informatico

Nel 2016 sono stati realizzati diversi interventi sul **sistema informatico** aziendale per migliorare l'accessibilità ai servizi sanitari nell'ambito dei tre LEA e la tracciabilità delle procedure sanitarie e amministrative:

- **Ricetta Elettronica:** implementazione del sistema aziendale per la gestione del ciclo completo della ricetta per la prescrizione di laboratorio e specialistica dematerializzata; in particolare sono stati realizzati tutti gli adeguamenti applicativi necessari a consentire la prescrizione ai medici prescrittori dipendenti e convenzionati, alla presa in carico delle impegnative dematerializzate e alla corretta gestione delle prestazioni erogate;
- **Aggiornamento sistema PACS per la gestione dell'attività di radiodiagnostica:** il sistema è stato completamente aggiornato sia dal punto di vista applicativo che di Hardware garantendo migliori prestazioni e funzionalità a supporto dell'attività della struttura di radiodiagnostica in tutte le sedi aziendali;
- **Pagamenti ticket per la compilazione dei modelli 730:** nel corso dell'anno sono state implementati gli adeguamenti applicativi per consentire l'invio informatico al MEF dei pagamenti dei ticket a seguito di prestazioni ambulatoriali erogate dall'azienda;
- **Cartella clinica Oncologica:** nell'ambito dell'implementazione del sistema sanitario aziendale è stata configurato il SW per la gestione della cartella clinica oncologica;



**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](http://www.aslvc.piemonte.it)

Posta certificata: [aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it](mailto:aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it)

---

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

- **Riorganizzazione rete laboratori:** nell'ambito dell'attività di riorganizzazione è continuata l'attività di integrazione informatica *ad hoc* tra i sistemi di laboratorio dell'ASL VC e quelli dell'ASO di Novara;
- **Libera professione:** nel corso dell'anno è stato messo a regime l'applicativo LPWeb per la gestione delle prenotazioni e della fatturazione delle prestazioni di libera professione in ottemperanza della D.G.R. n. 20 - 1086 del 23/02/2015;
- **Richiesta elettronica giustificativi di assenza del personale:** è stato effettuato un aggiornamento del programma in uso in modo i dipendenti possano effettuare elettronicamente la richiesta di giustificativo di assenza da postazioni esterne all'azienda.



## 4. LA PERFORMANCE AZIENDALE

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

In via indicativa vale la pena di notare come nel 2016 il 69% degli indicatori rilevati sia positivo o in miglioramento rispetto al valore atteso<sup>45</sup> (rispetto al 55,5% nel 2014 e al 60% nel 2015).

A livello macro-organizzativo nel 2016 viene complessivamente mantenuta la tendenza al riallineamento verso l'atteso delle risorse percentualmente consumate nei tre livelli di assistenza rispetto ai riferimenti nazionali<sup>46</sup>. In percentuale, infatti, risultano conservate rispetto all'anno precedente le risorse aziendali destinate all'assistenza ospedaliera rispetto all'assistenza distrettuale<sup>47</sup>, mentre rimangono percentualmente stabili le risorse destinate alla prevenzione. Tale andamento indica la necessità di proseguire la rivalutazione dell'allocatione delle risorse nei tre livelli di assistenza sinora effettuata.

Entrando più nel dettaglio, **nell'Area dell'Assistenza Collettiva** le opportunità di miglioramento riguardano anche nel 2016 il tasso di adesione delle donne al Pap test e i tassi di copertura vaccinale (vaccinazioni in età infantile e vaccinazione antinfluenzale). Mentre nel primo caso il tasso di adesione allo screening dei tumori della cervice uterina potrebbe essere sottostimato per via dell'abitudine delle donne ad effettuare l'accertamento presso il proprio ginecologo di fiducia senza ricorrere al servizio gratuito offerto dal programma di screening aziendale, nel caso delle coperture vaccinali i tassi osservati inducono ad implementare ulteriormente azioni efficaci soprattutto per incrementare:

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

**Nell'Area Ospedaliera** si conferma la buona performance evidenziata già nel 2015 in diverse aree specialistiche: in area ostetrica con una bassa percentuale di tagli cesarei primari; in area della chirurgia addominale elevata proporzione di colecistectomie per via laparoscopica, in area cardiologica con un'adeguata tempestività di esecuzione dell'angioplastica in caso di infarto miocardico acuto (IMA STEMI), ecc.

Gli interventi di miglioramento, già avviati e tuttora in corso anche nell'ambito dei macroprogetti precedentemente descritti, riguardano invece i seguenti aspetti:

- tempestività di esecuzione degli interventi di riduzione della frattura di femore nell'anziano (che 2016 si presenta in netto miglioramento);

<sup>45</sup> Tra quelli per cui è stato possibile effettuare un confronto con un valore atteso

<sup>46</sup> 5% assistenza collettiva; 44% assistenza ospedaliera e 51% assistenza distrettuale

<sup>47</sup> ASSISTENZA OSPEDALIERA: atteso 44%; osservato 2014: 39,3% osservato 2015: 40,0%; ASSISTENZA DISTRETTUALE: atteso: 51%; osservato 2014: 57,6% ; osservato 2015: 56,9%; ASSISTENZA COLLETTIVA: atteso: 5%; osservato 2014: 3,1%; osservato 2015: 3,1%.





- numero di parti per punto nascita, che nell'Ospedale di Borgosesia si registrano ad un valore inferiore alla soglia minima richiesta dagli standard nazionali e regionali;
- spesa per il consumo di farmaci durante il ricovero o la prestazione ambulatoriale che è stata contenuta rispetto al 2015 ma che si presenta ancora superiore all'atteso;
- elevata mobilità passiva, tale per cui gli ospedali aziendali risultano soddisfare meno del 50% del fabbisogno di prestazioni dei residenti. Il dato osservato presenta un andamento peggiorativo nel 2016 e riflette le preferenze dei cittadini a rivolgersi con elevata frequenza presso altre strutture ospedaliere, anche extra-regionali (ad es. per interventi per tumore al seno che, nei nostri ospedali, è inferiore al volume minimo atteso).

Relativamente all'**Assistenza Ambulatoriale Specialistica** nel 2016 si rilevano i risultati positivi ottenuti dai numerosi interventi rivolti alla riorganizzazione delle attività ambulatoriali e all'incremento dell'appropriatezza prescrittiva (vd. macroprogetto "Rete Ambulatoriale" e attività distrettuali). Gli indicatori utilizzati come proxy della performance di quest'area, infatti, appaiono sostanzialmente miglioramenti rispetto all'atteso (soprattutto per gli accertamenti di laboratorio e di risonanza magnetica). Un andamento critico è invece evidenziato per le TC, ambito nel quale sono state intrapresi numerosi interventi di riorganizzazione il cui effetto non risulta ancora visibile nel periodo preso in esame.

Per quanto riguarda l'**Assistenza Distrettuale** e, in particolare, **Assistenza Farmaceutica Territoriale**, si confermano nel 2016 risultati ampiamente positivi grazie alla costante azione di monitoraggio condotta e che porteranno nel 2017 a ridefinire ulteriori e più sfidanti indicatori di performance.

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

La Qualità Percepita dall'utente è stata rilevata indirettamente attraverso il **numero di reclami presentati all'URP** (Ufficio Relazioni con il Pubblico) che, anche nel 2016, permane dimezzato rispetto al 2014.

Nell'ambito della **gestione delle risorse umane**, a fronte del rispetto del tetto di spesa per il personale anche nel 2016, si osserva rispetto al 2015 una riduzione del tasso di turnover (da 5,7% a 4,8%) oltre al mantenimento di alcuni indicatori positivi quali la percentuale di donne con ruolo apicale e il tasso di adesione all'indagine sul benessere organizzativo (sostanzialmente in linea con l'aderenza rilevata nel 2015 ancorché non vengano ancora raggiunti livelli ottimali: 14% nel 2014,





25,6% nel 2015 e 23,4% nel 2016). Risulta tuttavia sotto osservazione l'andamento delle assenze per malattia per cui viene evidenziato un andamento peggiorativo rispetto al 2013. Ciò può essere il riflesso delle condizioni di stress derivanti dal processo di riorganizzazione aziendale e di rimodulazione degli assetti organizzativi che ormai perdura da lungo tempo, così come l'effetto del progressivo incremento degli operatori di età superiore ai 50 anni, più suscettibili all'insorgenza delle patologie correlate all'età (dal 44% nel 2014 al 50% nel 2016).

In un'ottica strategica di promozione della salute, nel 2016 è stata avviata la specifica programmazione di interventi rivolti ai dipendenti che proseguiranno nel 2017 (ad es. percorsi per la segnalazione di eventuali situazioni di disagio lavorativo, iniziative di promozione dell'attività fisica, ecc.).

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

Il livello di segnalazione degli incidenti e dei "quasi incidenti" (i cosiddetti "near miss") evidenzia un buon livello di sensibilizzazione del personale, con una media annuale di n. 185 eventi segnalati negli anni 2010-2014 (in particolare: n. 157 segnalazioni nel 2016, di cui 13 riguardanti dei near miss, vs. n. 185 segnalazioni nel 2015, di cui 5 riguardanti dei near miss e vs. n. 208 segnalazioni nel 2014, di cui 3 riguardanti dei near miss).

Tra le azioni poste in essere nel 2016 si segnala il proseguimento delle seguenti attività:

- Programma Regionale per la gestione del rischio clinico 2014/2015 che prevede il monitoraggio sistematico della check-list in Sala Operatoria e del percorso dei pazienti chirurgici degenti presso le Strutture Chirurgiche dell'ASL VC;
- formazione aziendale multi professionale e multidisciplinare per gli Operatori dell'ASL;
- farmacovigilanza in relazione alle segnalazioni di sospette reazioni avverse a farmaci (ADR) (n. 272 segnalazioni di sospette ADR pervenute nel 2016 vs. 407 segnalazioni di sospette ADR pervenute nel 2015) e di vigilanza sulla sicurezza dei dispositivi medici (DM) (n. 7 segnalazioni di incidente correlato all'utilizzo di DM nel 2016, a seguito delle quali, sono state messe in atto le procedure di comunicazione previste vs. n. 8 segnalazioni di incidente correlato all'utilizzo di DM nel 2015).



## 5. FORMAZIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE

In tale contesto l'ASL VC è stata chiamata nell'anno 2015 a definire il nuovo Atto Aziendale e le principali linee di sviluppo strategico per l'Azienda. Nel corso dell'anno 2016 l'Azienda è stata sottoposta ad un forte stress organizzativo, conseguente non solo al processo di adeguamento dell'organizzazione aziendale ai nuovi assetti definiti nell'Atto Aziendale, ma anche alle rilevanti pressioni dell'ambiente esterno nel quale l'azienda sanitaria si trova ad operare, caratterizzato da:

- stress economico, che richiede sempre maggiore accuratezza ed appropriatezza nei consumi dei percorsi di cura ed attenzione nelle scelte di investimento tecnologico;
- evoluzione delle problematiche clinico-assistenziali associabili ad una demografia ed epidemiologia dei pazienti in continua evoluzione e ad una progressione delle possibilità tecniche. E' evidente come oggi si assista ad un costante invecchiamento della popolazione, ad un aumento delle malattie croniche e ad una conseguente complessità dell'assistenza erogabile ai pazienti, che specialmente in età anziana sono caratterizzati dalla compresenza di patologie, da condizioni di fragilità e di non autosufficienza;
- evoluzione tecnologica, che caratterizza ogni fase del percorso clinico assistenziale, dalla diagnostica al trattamento, e richiede da un lato la costante capacità da parte dei professionisti di approfondire le proprie conoscenze e rivedere le modalità con le quali i processi clinico-assistenziali sono erogati, dall'altro la necessità di programmare l'utilizzo dei setting assistenziali, quali ad esempio ambulatori e aree di degenza, al fine di garantire che tutti i pazienti possano usufruire nel proprio trattamento di nuovi strumenti e delle innovazioni tecnologiche;
- cambiamenti nella demografia professionale nel settore sanitario, dalla disponibilità di medici al rapporto nello skill mix tra infermieri e OSS;
- necessità di garantire una visione complessiva del flusso dei pazienti che attraversano le aree produttive dell'ospedale, in diversi momenti del percorso clinico assistenziale;
- necessità di garantire il coordinamento dei processi clinico assistenziali, di fronte all'emergere di nuove possibilità terapeutiche e tecnologiche che possono produrre stratificazione non necessaria di prestazioni, variabilità non giustificata di approccio risolutivo al problema del paziente e "guerre di territorio" tra specialità e professionisti convergenti sui medesimi problemi di salute.

Tali rilevanti cambiamenti si sono tradotti in nuove sfide per l'ASL VC, in particolare per ciò che concerne le trasformazioni dell'ospedale secondo logiche di gestione operativa e principi di intensità di cure. A supporto del processo di riorganizzazione delle attività di ricovero e degenza per intensità di cure, nel corso dell'anno 2016 è stato attivato specifico percorso di formazione, per la realizzazione del quale è stato attivato rapporto di collaborazione e cooperazione, per il necessario supporto scientifico e didattico, con l'Università SDA Bocconi di Milano.

L'obiettivo del progetto formativo è stato duplice:

- formare i Direttori di struttura Complessa, i Responsabili di Struttura Semplice e i coordinatori infermieristici dell'ASL VC sulle logiche organizzative e di governo dei processi produttivi aziendali sulla base di nuovi modelli e principi orientati verso la suddivisione delle aree produttive (posti letto, sale operatorie, slot di diagnostica, ecc.)



secondo principi di intensità delle cure, di classificazione per bisogni omogenei dei pazienti, di organizzazione in base alla degenza attesa e/o separando i percorsi in emergenza da quelli programmati;

- accompagnare due gruppi di lavoro costituiti da varie professionalità (mediche, infermieristiche e amministrative) coinvolte nel delicato processo di riorganizzazione delle aree produttive chirurgiche e mediche secondo i principi sopra indicati.
- Adottando logiche di gestione per processi, intensità di cura, operations e lean management, SDA Bocconi ha supportato metodologicamente, nell'analisi della situazione esistente e nella scelta delle soluzioni organizzative e di riprogettazione dei processi, i gruppi di lavoro dell'azienda su diverse tematiche rilevanti:
- il gruppo formato dai professionisti dell'Area medica ha definito due progetti relativi a: 1) la creazione e la definizione delle modalità operative di un Admission and discharge team (AD TEAM) dell'Ospedale di Vercelli per facilitare le procedure di bed management in ingresso e di dimissioni protette in uscita dall'ospedale; 2) la definizione di aree ad intensità di cura condivise tra i reparti medici, in particolare l'area high care medica;
- il gruppo formato dai professionisti dell'Area chirurgica ha definito due progetti relativi a: 1) gestione secondo logiche lean del pre-ricovero chirurgico; 2) strumenti operativi per l'ottimizzazione dell'utilizzo delle sale operatorie.

I risultati positivi prodotti dall'esperienza sopra descritta sono stati determinanti nella scelta operata dall'Azienda di proseguire, anche per il corrente anno 2017, secondo una logica di continuità rispetto all'intervento formativo precedente, nell'azione di formazione e accompagnamento dei gruppi di lavoro aziendali in ulteriori progetti di riorganizzazione secondo logiche per processi, intensità di cura, operations e lean management.

Vercelli, 28 giugno 2017

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



**A.S.L. VC**

Azienda Sanitaria Locale  
di Vercelli

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284

[www.aslvc.piemonte.it](http://www.aslvc.piemonte.it)

Posta certificata: [aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it](mailto:aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it)

---

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

## ALLEGATI

- Allegato 1 – Relazione del Direttore Generale sul raggiungimento degli obiettivi assegnati nell'anno 2016 (D.G.R. N. 30-3307 del 16.05.2016)
- Allegato 2 - Sintesi dei principali dati di attività dell'ASL VC (consuntivo anno 2016)
- Allegato 3 - Sintesi dei principali indicatori di performance dell'ASL VC
- Allegato 4 – Indicatori del Programma delle Attività Territoriali (PAT) 2016