



A.S.L. V.C.O.
Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

**Verbale n. 3 del 20.7.2020
dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)
dell'Asl VCO**

Con deliberazione del Direttore Generale n° 55 del 23.1.2018 si è provveduto, in conformità alla normativa vigente, alla costituzione dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) dell'ASL VCO, per il triennio 2018-2020, per lo svolgimento delle funzioni previste dall'art. 14 del D.lgs n. 150 del 27.10.2009 e smi, mediante emissione, con deliberazione n. 852 del 28.11.2017, di apposito avviso di selezione pubblica per titoli. Sono stati individuati n. 3 componenti, di cui uno con funzioni di Presidente, ovvero Dr. Claudio Bianco (Presidente), Dr.ssa Beatrice Borghese (componente), Dr.ssa Patrizia Marta (componente). Con deliberazione n. 532 del 30.5.2018 si è preso atto delle dimissioni della Dr.ssa Borghese, pervenute in data 23.4.2018, a causa di impegni sopravvenuti, e si è proceduto, dopo l'espletamento dell'iter valutativo, alla sostituzione del componente dimissionario con la Dr.ssa Patrizia Spadone, rettificando l'atto deliberativo n. 55/2018. Come risulta dalla richiamata deliberazione n. 532 i n. 3 componenti individuati, di cui uno con funzioni di Presidente, sono:

Presidente	Dr. Claudio Bianco
Componente	Dr.ssa Patrizia Marta
Componente	Dr.ssa Patrizia Spadone

Con atto deliberativo n. 789 del 2.8.2018 è stato approvato il Regolamento per il funzionamento dell'O.I.V. dell'ASL VCO.

Con atto deliberativo n. 790 del 2.8.2018 è stata ridefinita la composizione dell'Organismo previsto dall'art. 14, commi 9,10 del D.Lvo n. 150 del 27.10.2009, smi, denominato "Struttura Tecnica Permanente per la misurazione della Performance" costituito, a suo tempo, con deliberazione n. 126 del 31.3.2015, organismo a supporto dell'O.I.V.

*

L'incontro odierno è stato convocato, alle ore 14, presso la sede dell'Asl VCO, ad Omegna, 3° piano palazzo Beltrami, Via Mazzini 117, al fine di proseguire la valutazione degli obiettivi assegnati, dal Direttore Generale, per l'anno 2019, ai Responsabili di Struttura complessa, di Struttura semplice Dipartimentale, di Struttura semplice in Staff, funzione e di Dipartimento.

Risultano presenti alla seduta i componenti del Nucleo:

Dr.ssa Patrizia Marta (componente)

Dr.ssa Patrizia Spadone (componente)

Assente

Dr. Claudio Bianco

Segretario verbalizzante, Dr.ssa Giuseppina Primatesta.

L'O.I.V. prosegue la propria attività indirizzata alla valutazione degli obiettivi assegnati, per l'anno 2019, dal Direttore Generale ai Responsabili delle strutture complesse aziendali, dei Dipartimenti, delle Sos Dipartimentali, delle Sos in staff alla Direzione Generale.

Con deliberazione n. 433 del 30.5.19, sono state approvate le schede riguardanti gli obiettivi 2019 condivisi dal Direttore Generale con i Direttori di Struttura. Successivamente, con DGR n. 4-92 del 19.7.19 (e smi), la Regione ha assegnato gli obiettivi ai Direttori Generali per l'anno 2019. Detti obiettivi sono stati poi declinati ai Direttori di struttura a secondo della rispettiva competenza.

A causa dell'emergenza Covid 19 si è ritenuto, solo al termine della stessa, di richiedere ai Direttori di Struttura la relazione in merito alle azioni messe in atto per il raggiungimento degli obiettivi assegnati per l'anno 2019.

Il segretario O.I.V. illustra la struttura della scheda obiettivi 2019 (di cui alla richiamata deliberazione n. 433/2019) riferita, distintamente, all'ambito sanitario ed a quello amministrativo.

La scheda obiettivi per le strutture aziendali (Soc, Sos Dipartimentali e Sos in staff alla Direzione Generale) per l'anno 2019 è strutturata nelle seguenti sezioni:

1	Equilibrio economico finanziario
2	Governo produzione
3	Obiettivo specifico di Struttura
4	Obiettivi regionali
5	Elogi / Reclami
6	Azioni strategiche aziendali
7	Governo clinico – qualità – appropriatezza – rischio clinico
8	UPRI
9	Salute e sicurezza sul lavoro
10	Prevenzione corruzione / Miglioramento trasparenza

Per l'anno 2019 la Direzione Generale ha ritenuto che per i Direttori di Struttura che svolgono il ruolo di Direttori di Dipartimento (Dipartimento Patologie Mediche, Dipartimento Patologie Chirurgiche, Dipartimento Materno Infantile, Dipartimento dei Servizi Diagnostici e Terapie di Supporto, Dipartimento di Prevenzione) la scheda assuma anche una valenza dipartimentale, assegnando un peso maggiore alla sezione "obiettivi regionali".

Sezioni di seguito descritte:

1.	Equilibrio economico finanziario	Con atto n. 76 del 31.1.19 è stato adottato il Bilancio di previsione 2019, in seguito riadottato con atto n. 89 del 5.2.19. Si tratta di realizzare il governo della spesa in una logica di miglioramento continuo dell'appropriatezza. Viene assegnato, anche per il 2019, un budget di spesa per beni e servizi.
2.	Governo produzione	Si fa riferimento sia alle prestazioni di ricovero (ordinario e DH) sia alle prestazioni di specialistica ambulatoriale.
3.	Obiettivo specifico di Struttura	Si tratta di un obiettivo proposto dal Direttore di Struttura.
4.	Obiettivi regionali	Si tratta degli obiettivi che verranno assegnati dalla Regione ai Direttori Generali per l'anno 2019 e che verranno declinati alle singole strutture aziendali.
5.	Elogi - Reclami	E' prevista la presentazione, da parte di ogni Direttore di Struttura, di una iniziativa di comunicazione per l'anno 2019. E' necessaria una tempestiva risposta ai chiarimenti richiesti dall'U.R.P., che devono pervenire entro 10 giorni dal ricevimento della lettera inviata dall'U.R.P.
6.	Azioni strategiche aziendali	Si tratta di obiettivi che tengono conto della messa in atto di alcune azioni strategiche aziendali con particolare riguardo al rispetto della tempistica per l'invio dei flussi nazionali/regionali. In particolare si richiede il rispetto della tempistica per la chiusura delle SDO di ricovero e per il caricamento delle prestazioni ambulatoriali sugli applicativi aziendali. Si aggiungono gli adempimenti in materia di dematerializzazione.
7.	Governo clinico – qualità – appropriatezza – rischio clinico	Tale sezione comprende, seppure a livello esemplificativo: - la messa in atto delle indicazioni regionali per la gestione del rischio clinico e delle disposizioni fornite dall'Unità di Gestione del Rischio Clinico dell'ASL VCO; - applicazione degli adempimenti previsti dalla Rete Oncologica Piemontese (D.G.R. n. 51 – 2485 del 23.11.2015), tenendo conto dei relativi indicatori e standard; - il rispetto degli standard previsti nel Piano Nazionale Esiti (PNE); - la messa in atto delle 18 Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza del paziente; - il monitoraggio del Percorso Nascita con riguardo al Dipartimento Materno Infantile; - l'applicazione del Manuale del Ministero della Salute per la sicurezza in sala operatoria con riguardo al Dipartimento delle Patologie Chirurgiche.
8.	UPRI	Comprende la messa in atto, nel 2019, degli interventi richiesti dall'Unità di prevenzione del rischio infettivo (U.P.R.I.).
9.	Salute e sicurezza sul lavoro	Si tratta di predisporre una relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2019 in qualità di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato, con particolare attenzione: - al rispetto della normativa in materia di rischio antincendio; - alla formazione sulla sicurezza ed alla applicazione di quanto previsto dal <i>"Gruppo di coordinamento aziendale Salute e Sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro"</i> .
10.	Prevenzione corruzione/miglioramento	Riguarda la collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T 2019-2021 (aggiornamento 2019) adottato con deliberazione

trasparenza	n. 75 del 31.1.2019 e pubblicato sul sito internet aziendale nella sezione “ <i>Amministrazione Trasparente</i> ”. Si ricomprende tra le azioni da realizzare: - la conclusione del corso FAD anche da parte dei propri collaboratori – la compilazione di 2 relazioni utilizzando uno schema fornito dal RPCT – l’aggiornamento della scheda Agenas.
-------------	---

Dopo aver illustrato la composizione della scheda obiettivi 2019 il Segretario O.I.V. precisa che il Direttore Generale, con nota prot. n. 40185 del 10.7.20, diretta ai Responsabili di Soc, Sos Dipartimentali, Sos in staff, funzioni ha richiesto di compilare, entro il 28 luglio 2020, una relazione in merito al raggiungimento degli obiettivi 2019, specificando eventuali motivazioni che ne hanno impedito il totale raggiungimento allegando, laddove possibile, la documentazione a supporto. Nella stessa nota si è precisato che la relazione in merito agli obiettivi 2019 sarebbe stata trasmessa all’Organismo Indipendente di Valutazione che avrebbe potuto richiedere, se necessario, informazioni di approfondimento.

La relazione è stata richiesta a luglio 2020 tenuto conto dell’emergenza Covid 19 e dell’impatto che la stessa ha avuto sull’intera azienda.

La segreteria O.I.V. ha richiesto a coloro i quali sono stati individuati Coordinatori di una serie di specifici obiettivi 2019, di indicare il grado di raggiungimento degli stessi da parte delle singole strutture aziendali. In particolare le lettere sono state indirizzate: - al Dr. De Stefano (rischio infettivo) – al Collaboratore Coordinatore Amministrativo esperto Sig. Nobili (Reclami/comunicazione) – alla Dr.ssa Succi (collaborazione per il monitoraggio PAC – rispetto della tempistica per la liquidazione delle fatture). Si è inoltre previsto la collaborazione (da realizzarsi anche attraverso colloqui/relazioni) dei Direttori/Responsabili che fanno parte della Struttura Tecnica permanente per la misurazione della performance (struttura la cui composizione è stata modificata con atto n. 790 del 2.8.2018) ovvero: della Dr.ssa Bianchi (Responsabile incarico professionale di altissima specializzazione “Governo clinico, qualità, appropriatezza, rischio clinico”), del Responsabile Sos Controllo di Gestione per quanto attiene report di spesa, di produzione e flussi informativi, specialistica, dei Direttori della Soc DSO, Dr. Francesco Garufi, della Soc Distretto VCO, Dr. Paolo Borgotti, del Dipartimento di Prevenzione, Dr. Giorgio Gambarotto).

*

I componenti dell’O.I.V. ritengono, dal punto di vista metodologico, di effettuare le valutazioni agendo nel rispetto delle modalità di seguito riportate prendendo atto, per ciascuna Struttura aziendale, della documentazione raccolta dalla segreteria dell’O.I.V. ovvero:

- della scheda obiettivi 2019, allegata all’atto deliberativo n. 433 del 30.5.19 con il quale sono stati approvati detti obiettivi;
- della relazione trasmessa dai Responsabili di Struttura a seguito della richiesta avanzata dal Direttore Generale con nota prot. n. 40185 del 10.7.20;
- del supporto dei componenti della Struttura funzionale Tecnica Permanente per la misurazione della performance (costituita con atto deliberativo n. 126 del 31.3.2015, atto integrato con deliberazione n. 790 del 2.8.2018);
- dei report messi a disposizione dalla Sos in staff alla Direzione Generale Controllo di Gestione;
- dei report messi a disposizione dai soggetti individuati come Coordinatori degli obiettivi (in precedenza richiamati) e delle valutazioni effettuate.

- della situazione generale dell'azienda nel corso del 2019, di specifiche criticità che si sono registrate in talune strutture richiedendo, ove ritenuto opportuno, specificazioni in merito alla Direzione Strategica.

Inoltre, eventuali obiettivi non richiamati in modo esplicito nei verbali si devono considerare raggiunti. In caso contrario (ovvero in caso di mancato raggiungimento o di raggiungimento parziale) si riporteranno, nei verbali, le motivazioni.

Tutta la documentazione che verrà analizzata sarà agli atti degli Uffici competenti e della segreteria O.I.V. Sulla scorta delle informazioni così ottenute l'O.I.V. valuterà il grado di raggiungimento degli obiettivi riservandosi di effettuare, ove ritenuto necessario, verifiche dirette rispetto ai dati rilevati ed alla documentazione pervenuta. Nel caso di difformità tra questi ultimi e gli esiti delle verifiche si dovrà analizzare lo scostamento riscontrato.

Per quanto riguarda gli obiettivi specifici assegnati a ciascuna Struttura e, in generale, gli obiettivi per i quali è prevista una relazione, i componenti O.I.V. incaricano il Segretario a richiedere integrazioni laddove detta relazione risulti troppo sintetica e non esaustiva.

I componenti O.I.V., dopo aver esaminato la documentazione (a campione), evidenzieranno, per ciascuna Struttura aziendale, gli obiettivi che risulteranno non completamente raggiunti e, rispetto agli stessi, dopo aver valutato quanto descritto nella relazione trasmessa dal Direttore di Struttura al Direttore Generale, e richieste, se necessario, integrazioni, formuleranno le relative valutazioni.

Come risulta dall'atto deliberativo n. 789 del 2.8.2018, riferito al Regolamento per il funzionamento dell'O.I.V. dell'ASL VCO, la valutazione finale di risultato verrà espressa come percentuale complessiva di raggiungimento, ottenuta effettuando la somma delle percentuali di raggiungimento dei singoli obiettivi moltiplicato per il valore del "peso" rispettivamente assegnato. La valutazione potrà concludersi in 4 modalità differenti: obiettivo raggiunto - 2. obiettivo parzialmente raggiunto (in termini percentuali) - 3. obiettivo non raggiunto per cause non imputabili alla Struttura, debitamente motivate - 4. obiettivo non raggiunto.

Terminata la valutazione gli esiti del controllo verranno trasmessi dalla segreteria al Direttore Generale che assumerà gli atti di competenza.

*

I componenti O.I.V., preso atto che le schede obiettivi per l'anno 2020 non sono ancora state declinate, anche in attesa degli obiettivi assegnati dalla Regione ai Direttori Generali, propongono di inserire negli obiettivi da concordare per l'anno 2020 (considerata l'emergenza Covid-19 che ha determinato un rinvio per quanto riguarda l'assegnazione di obiettivi per l'anno corrente), obiettivi legati all'emergenza (a titolo esemplificativo: - rispetto delle misure di sicurezza e utilizzo di D.P.I. distanziamento sociale, mascherina...).

*

Con la D.G.R. n. 4-92 del 19.7.2019 (integrata con la D.G.R. n. 12-156 del 2.8.2019) sono stati assegnati ai Direttori Generali delle aziende sanitarie regionali gli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi, di trasparenza per l'anno 2019 riportati nell'allegato A della medesima deliberazione ed elencati nella tabella di seguito riportata.

Obiettivi assegnati per l'anno 2019 dalla Regione ai Direttori Generali	
	Premessa
1.	Budget
Ob. 1.1	Equilibrio economico finanziario e sostenibilità del SSR
2.	Prossimità e integrazione dei percorsi
Ob. 2.1	Continuità assistenziale e Programma regionale cronicità

3.	Accessibilità
Ob. 3.1	Tempi di attesa ricoveri
Ob. 3.2	Tempi di attesa specialistica ambulatoriale
Ob. 3.3	Riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in Dea/PS
4.	Qualità dell'assistenza
Ob. 4.1	Area osteomuscolare
Ob. 4.2	Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI
Ob. 4.3	Appropriatezza nell'assistenza al parto dei Punti Nascita
Ob. 4.4	Area chirurgia generale: colecistectomia laparoscopica
Ob. 4.5	Screening oncologici
Ob. 4.6	Vaccini
Ob. 4.7	Donazioni d'organo
Ob. 4.8	Protocollo ERAS
Ob. 4.9	Umanizzazione
5.	Gestione della spesa relativa ai beni: farmaci e DM
Ob. 5.1	Affidabilità dati rilevati da flussi informativi della farmaceutica
Ob. 5.2	Assistenza farmaceutica territoriale ed ospedaliera: appropriatezza prescrittiva e riduzione variabilità
Ob. 5.3	Miglioramento della qualità del flusso informativo dei dispositivi medici
6.	Digitalizzazione del SSR
Ob. 6.1	Implementazione progetto FES-Sol e CUP unico regionale
Obiettivo con carattere di lateralità	
Rispetto tempi di pagamento di cui all'art. 1, comma 865 della Legge n. 145/2018 (legge di Bilancio 2018)	

Il Direttore Generale, in conformità a quanto richiesto dalla Regione con la DGR n. 4-92/2019 (e s.m.i.), ha predisposto, entro il 29 febbraio 2019, una relazione in merito alle azioni messe in atto per il perseguimento degli obiettivi assegnati dalla Regione per l'anno 2019 corredata dalla documentazione a supporto. Tale relazione è stata inviata in Regione con lettera prot. n. 13854 del 28.2.2020. Occorre rilevare che i dati riportati nella relazione si riferiscono al dicembre 2019 o alla data specifica indicata nel caso in cui non fossero ancora disponibili i dati a dicembre 2019.

Si procede ora ad esaminare la relazione al fine di verificare i risultati raggiunti in merito a ciascun obiettivo, risultati riportati, seppure in maniera sintetica. Tali risultati sono stati, dalla segreteria O.I.V. aggiornati in base a nuove evidenze emerse successivamente alla data dell'invio della relazione in Regione (ovvero il 28 febbraio).

Ob.	Equilibrio economico finanziario e sostenibilità del SSR
1.1	<p>Il bilancio di verifica al 31 12 2019 presentava una perdita pari a 3.486.219 che, rettificata dalla diverse voci (spese non sanitarie extra LEA (parte non finanziata- Finanziamento Epatite C (parte non finanziata) - Finanziamento L. 210/92) - Applicazione CCNL rinnovo contratto dirigenza medica sanitaria (comprensiva di irap) anno 2019/differenza con accantonamento 2019) ha portato ad un risultato di € 2.368.318. Tuttavia, dall'analisi del conto consuntivo 2019 (adottato con deliberazione n. 393 dell'11.6.20), emerge il pareggio di bilancio.</p> <p><u>Si precisa inoltre che:</u> si è registrato un incremento della produzione rispetto al 2018 - per la programmazione e la realizzazione degli investimenti sanitari finanziati con storno contributi indistinti ci si è attenuti alla quota di contributi finanziata pari a 1.116 migliaia di euro; - si è realizzato, nel corso del 2019, in sinergia con l'Ufficio Legale, un monitoraggio continuo e costante dell'eventuale contenzioso aziendale per assicurare adeguatezza fondo rischi ed oneri; - per quanto attiene il rispetto dei tempi di pagamento l'indicatore annuale 2019 si attesta su un risultato pari a -16 (pagamento a 44 giorni).</p>

	L'obiettivo è stato raggiunto.
Ob. 2.1	<p>Continuità assistenziale e Programma regionale cronicità</p> <p>Sono attivi (Indicatore 1.), sin dal 2016, vedi la deliberazione n. 533 del 30.12.2016, il Nucleo Ospedaliero di continuità assistenziale ed il Nucleo Distrettuale di continuità delle cure, come previsti dall'All. A ex DGR 27-3628/2012 e smi.</p> <p>La <u>proposta del Piano aziendale cronicità</u> è stata trasmessa in Regione con nota prot. n. 67144 del 30.10.19. L'obiettivo è stato raggiunto.</p>
Ob. 3.1	<p>Tempi di attesa ricoveri</p> <p>Obiettivo 3.1: Tempi di attesa ricoveri</p> <p>Si tratta di un obiettivo coordinato e monitorato dal Direttore della Soc DSO. Dal report annuale (<i>Fonte dati: Soc Controllo di Gestione Asl Vco</i>) relativo al periodo gennaio-dicembre 19 confrontato con il report relativo al periodo gennaio-settembre 19 e con il report relativo al periodo gennaio-luglio 19 e gennaio-maggio 19 si evidenzia una tendenza alternante tra diminuzione e aumento della percentuale dei casi trattati verso lo standard in classe A ed un aumento per quasi tutti i casi trattati verso lo standard in classe B.</p> <p><u>Per la classe A</u> (14 interventi su 17 effettuati in azienda) <u>raggiungono l'obiettivo gli interventi per tumore della mammella, tumori dell'utero, biopsia cutanea del fegato, emorroidectomia sul presidio San Biagio.</u></p> <p>Non hanno raggiunto lo standard gli interventi per tumore maligno della prostata, retto, tiroide, ernia inguinale, colecistectomia laparoscopica e emorroidectomia. Pur non raggiungendo lo standard hanno avuto un miglioramento: angioplastica coronarica, coronarografia e protesi di anca presso il S. Biagio di Domodossola. Dal report annuale si rilevano: - valori superiori all'80% per gli interventi di angioplastica coronarica, coronarografia e tumori del retto a Verbania; - valori oltre il 70% per intervento per melanoma e tumore maligno della tiroide; - valori del 70% per gli interventi per tumore del colon.</p> <p>Rimane molto critica la situazione per altri interventi ed in particolare vi sono valori inferiori al 50% per interventi di colecistectomia laparoscopica sui due presidi, di protesi d'anca, emorroidectomia e riparazione ernia inguinale all'ospedale Castelli di Verbania.</p> <p><u>Per la classe B</u> (10 interventi su 17 effettuati in azienda) raggiunge l'obiettivo soltanto l'intervento per biopsia cutanea del fegato. Presenta un valore superiore all'85% l'intervento per tumore maligno della prostata. Tutti gli altri sono al disotto dello standard con valori ad esempio al sotto del 10% per gli interventi di emorroidectomia e riparazione ernia inguinale presso il presidio Castelli e del 22% e per gli interventi di protesi d'anca presso il presidio San Biagio.</p> <p>Ostacoli che si sono frapposti al raggiungimento dell'obiettivo</p> <p>Per la protesi d'anca ha inciso, significativamente, la grave carenza di personale ortopedico sul presidio di Domodossola, con gravi difficoltà a reperire dirigenti medici. Per gli altri interventi la criticità maggiore è rappresentata dall'impossibilità ad aumentare il numero e la durata delle sedute operatorie, soprattutto per carenza di anestesisti.</p> <p>Per quanto riguarda gli interventi di riparazione di ernia inguinale e di emorroidectomia, il 2019 è il primo anno nel quale vengono inseriti nel monitoraggio dei tempi di attesa. Per motivi legati alla carenza di personale infermieristico non è stato possibile potenziare, h24, il Day surgery multidisciplinare di Domodossola ed attivare il Day surgery multidisciplinare di Verbania. Ciò, unitamente alle difficoltà ad incrementare le sale operatorie, ha determinato il risultato, dovendosi privilegiare gli interventi maggiori in particolare oncologici.</p>

	<p>Per il tumore della prostata l'innalzamento significativo, improvviso, del numero dei pazienti in lista, tenuto conto della attrattività della SOC Urologia, e del significativo incremento della domanda, non ha permesso un rapido smaltimento della lista per varie motivazioni. Tra queste si ricomprende: - la difficoltà, in atto, a poter garantire un incremento del numero delle sale operatorie; - ai tempi ed alle risorse necessarie ad acquisire nuova strumentazione per gli interventi di chirurgia miniinvasiva laparoscopica.</p>
<p>Ob. 3.2</p>	<p>Tempi di attesa specialistica ambulatoriale</p> <p><u>Sub obiettivo 1</u>: adeguamento del tempo medio di attesa (indice di performance) allo standard regionale: $\text{Somatoria (data prenotazione - data erogazione) / N}^\circ \text{ prestazioni}$.</p> <p>L'ASL VCO, con atto n. 712 del 16.7.2018, ha costituito un gruppo di lavoro per il governo delle liste di attesa. Per il perseguimento di questo sub-obiettivo sono state intraprese, nel corso dell'anno 2019, le seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - con nota prot. ASL n. 3494 del 18/01/2019 è stata predisposta ed inviata apposita comunicazione a tutti i prescrittori (MMG/PLS, medici divisionali ambulatoriali e specialisti ambulatoriali convenzionati) in merito alla obbligatorietà di dover indicare sulle DEM il tipo di accesso: primo accesso e accesso successivo o secondo; - è stata avviata la pianificazione per la costruzione di agende esclusive per le visite specialistiche con posti riservati per il secondo accesso; - sono state pubblicate ed assegnate, nel mese di giugno 2019, nuove ore di Specialistica Ambulatoriale per le branche a maggior criticità dei TA; - è stata avviata l'analisi e trasmesso il progetto "<i>Punto di accettazione</i>", in concerto con la DSO, per l'attivazione, all'interno del CUP a sportello, di un operatore dedicato per la gestione di agende esclusive per il secondo accesso. - sono stati installati, presso i PP.OO. Di Verbania e Domodossola, n. 2 Totem per la prenotazione a CUP. <p>La Regione ha indicato le tipologie di prestazioni in relazione alle quali monitorare i tempi di attesa ovvero visite specialistiche ed esami di diagnostica strumentale. Con riguardo all'adeguamento del tempo medio di attesa (indice di performance) allo standard regionale, dai report al 31.12.19 predisposti dalla Struttura Controllo di Gestione si evidenziano le seguenti criticità: 17 prestazioni e 7 visite.</p> <p>Al 31.12.2019, come risulta dalla rilevazione del giorno indice del 9 gennaio 2020, (con riguardo alle prestazioni monitorate) lo sfioramento rispetto allo standard regionale si rileva per n. 4 visite (chirurgica – gastroenterologia – fisiatria – odontoiatrica) e N. 3 esami (colonscopia – biopsia endoscopica – polipectomia).</p> <p>I Direttori di Struttura hanno relazionato in merito a questo obiettivo.</p> <p>L'obiettivo dei tempi di attesa delle coronarografie – come ha evidenziato il Direttore della Soc Cardiologia, Dr. Lupi - ha presentato delle criticità nella prima metà dell'anno 2019 per la limitata disponibilità della sala di emodinamica (h8). il passaggio, nella seconda metà del 2019, ad H 12 e l'apertura di 2 pl supplementari dedicati all'attività di emodinamica ha permesso di riportare i tempi di attesa della coronarografia, nella seconda metà del 2019, nell'ambito del rispetto della tempistica.</p> <p>La difficoltà di mantenere i tempi previsti per la prima visita cardiologica, elettrocardiogramma, ecocardiografia, holter ECH e test ergonometrico ha risentito della carenza di personale medico (2 gravidanze, 1 dirigente medico con lunga malattia per neoplasia, un dirigente medico con gravi limitazioni di servizio, un dirigente medico con legge 104).</p> <p>Il Direttore della Soc Chirurgia, Dr. Zonta, ha osservato che l'allungamento dei tempi di attesa, per</p>

	<p>quanto riguarda il reparto a Domo, è imputabile alla carenza di organico medico (nel 2019 solo 5 medici in attività che ha limitato la possibilità di ampliare l'apertura degli ambulatori). Tutte le prestazioni prenotate in classe U e B sono state garantite. Per quanto attiene il reparto a Verbania l'allungamento dei tempi di attesa oltre che alla carenza di personale è imputabile all'aumento della domanda da parte dell'utenza ed ai limitati spazi fisici presso il poliambulatorio di Verbania. Tutte le prestazioni prenotate in classe U e B sono state garantite.</p> <p>Il Direttore della Sosd Endoscopia Digestiva, Dr. Facciotto, evidenzia che sono state messe in atto sedute aggiuntive per ridurre le liste di attesa. Le prestazioni endoscopiche sono legate alla disponibilità di personale medico e infermieristico, alla disponibilità di attrezzature e sale endoscopiche. Nel corso del 2019 si è ridotta la disponibilità di n. 2 dirigenti medici per i permessi della legge n. 104 (media 4 giorni al mese). Vi sono stati problemi di attrezzature (soprattutto della lava endoscopi). Sono state garantite nei tempi richiesti tutte le priorità B.</p> <p>Il Direttore della Soc Neurologia, Dr.ssa Julita, osserva che i tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali sono stati rispettati salvo i mesi di ottobre e novembre. A tale proposito si segnala: - dal 1° ottobre 2019 è stato avviato il CUP regionale e sono stati saturati tutti gli ambulatori liberi anche da parte di pazienti fuori ASL. Il personale della neurologia risultava in carenza di n. 3 unità tuttavia sono stati implementati gli ambulatori, con notevoli sacrifici da parte del personale e, a dicembre, si è ritornati negli standard regionali.</p> <p>Il Direttore della Soc Oculistica, Dr. Protti, osserva che la carenza di personale ha determinato degli sforamenti nei tempi di attesa.</p> <p>Il Direttore della Soc Ortopedia e Traumatologia osserva che le prestazioni ambulatoriali sono state fornite nei tempi richiesti. Il Direttore della Soc Ortopedia di Verbania, Dr. Reggiori osserva che, le prestazioni ambulatoriali sono state fornite con tempistiche variabili nell'arco del 2019. Dall'arrivo del Direttore, 16 settembre 2019, sono state progressivamente aumentate le prestazioni ambulatoriali di prime visite riducendo i tempi di attesa per la prima visita in classe P e D.</p> <p>Il Direttore della Soc ORL, Dr. Scotti, ha precisato che la criticità si è verificata il mese di agosto e nel mese di dicembre. La media annuale è ben sotto i 30 giorni richiesti.</p> <p>Il Direttore della Soc Radiologia ha osservato che le carenze di personale dirigente medico, un fermo macchina di 40 giorni per l'impianto di RM dovuta alla sostituzione dell'apparecchiatura, la vetustà di alcuni impianti (TC sede di Domo) hanno portato ad una sofferenza nei tempi di attesa per gli esami RM e per quelli di alto coinvolgimento medico.</p> <p>Il Direttore della Sosd Radioterapia, Dr Ballarè, osserva che, per le classi U e B, i dati sono coerenti con l'indice di performance di erogazione delle prestazioni. Dai tempi di attesa per la prima visita radioterapica monitorati dalla Regione, nel corso del 2019, si è verificato che il dato medio di attesa è di 5 giorni con tempo di attesa minimo di 1 giorno.</p> <p><u>Sub obiettivo 2:</u> Implementazione del modello RAO per gastroenterologia. L'obiettivo specifico risulta raggiunto.</p> <p><u>Sub obiettivo 3:</u> Partecipazione dei referenti aziendali per i tempi di attesa al gruppo regionale per la definizione del nuovo modello di monitoraggio regionale dei tempi di attesa della specialistica ambulatoriale. Obiettivo raggiunto.</p>
<p>Ob. 3.3</p>	<p>Riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in Dea / PS</p> <p>La <u>permanenza media in DEA</u> è stata di 228,5 minuti al 31.12.2019 (<i>Fonte dati: programma gestionale DEA PSWEB</i>). Il dato: - rispetta pienamente lo standard regionale (inferiore a 360 min); - è inferiore anche al 2018 ove la permanenza media è stata di 269,8 minuti. L'obiettivo è, quindi, raggiunto.</p>

<p>Ob 4.1</p>	<p>Area osteomuscolare (frattura collo femore)</p> <p>Fratture di femore operate entro 2 giorni = 123 - Fratture di femore operate oltre 2 giorni = 104 Totale fratture di femore = 227 Indicatore: $123/227 = 54,2\%$ Valore obiettivo: tasso aggiustato > 70%</p> <p><u>Ostacoli che si sono frapposti al raggiungimento dell'obiettivo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - grave carenza di personale medico Anestesista Rianimatore che non sempre ha permesso di organizzare sedute aggiuntive al fine di inserire i pazienti nei tempi previsti, e necessità di rispettare le turnazioni degli anestesisti-rianimatori secondo le disposizioni di legge; - in alcuni casi le situazioni cliniche sono risultate talmente instabili e compromesse che hanno richiesto ulteriori accertamenti specialistici e conseguenti trattamenti terapeutici che hanno allungato i tempi di inserimento dei pazienti in lista operatoria nei tempi previsti (vedi problematiche settiche); - i Direttori delle Strutture Ortopedia e Traumatologia del Presidio di Verbania e di Domodossola hanno segnalato che il dato da utilizzare dovrebbe essere al netto dei pazienti in trattamento con NAO- dicumarolo- antiaggreganti piastrinici che, necessitando di una sospensione, allungano i tempi per inserire i pazienti in lista operatoria (Bridge terapia). Di norma questi pazienti, secondo dati recenti, sono circa il 50% dei ricoveri per fratture di femore quindi, se il dato venisse aggiornato secondo questi criteri, si otterrebbe un dato di circa il 72% ovvero $108/150 = 72\%$; - presenza, spesso, di un solo anestesista - rianimatore preposto per le urgenze (si rinvia al piano emergenza dell'ASL VCO) e, in alcuni casi, viene utilizzato per il trasporto di pazienti affetti da patologie tempo dipendenti presso altre ASL di competenza (NCH - vascolari - CCH). Ciò ha determinato il conseguente spostamento, nel tempo, di interventi chirurgici meno urgenti sul piano clinico ovvero quello clinico - organizzativo. Occorre segnalare che il Dipartimento delle Patologie Chirurgiche ha effettuato alcune sedute aggiuntive al sabato mattina con utilizzo dei fondi "Decreto Balduzzi ", cercando di arginare il problema. In altri casi, con le medesime modalità di utilizzo delle risorse economiche del decreto Balduzzi, si è organizzato un prolungamento delle sedute operatorie ordinarie di ortopedia e traumatologia.
<p>Ob 4.2</p>	<p>Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI</p> <p>Il Direttore della SOC Cardiologia, nell'organizzazione dell'attività della Struttura, anche tenuto conto dell'obiettivo da raggiungere, ha incrementato, nel corso del 2019, l'orario di apertura del laboratorio di emodinamica sino alle ore 20,00.</p> <p>Indicatore: N° episodi di STEMI in cui il pz abbia eseguito una PTCA entro 2 giorni / N° episodi di STEMI</p> <p>Valore obiettivo: tasso grezzo $\geq 85\%$ - <u>La valutazione va effettuata anche entro 90 minuti</u></p> <p>Risultati raggiunti: entro 2 giorni : 81,7%: entro 90 minuti: 59,2%</p> <p>Il Direttore della SOC Cardiologia ha prodotto una relazione in merito agli ostacoli che hanno determinato il mancato raggiungimento dell'obiettivo <u>evidenziando che la criticità principale è da ricondursi ai casi trattati fuori ASL</u>. Partendo dalla discrepanza tra i dati in possesso della Regione Piemonte e l'esperienza clinica della SOC Cardiologia è stata eseguita un'analisi "post hoc" sui dati STEMI dell'ASL VCO disponibili per i primi 3 trimestri del 2019. Dall'analisi dei dati disponibili è emersa una gestione da parte della SOC di Cardiologia dell'ASL VCO in linea con l'obiettivo della DG, con 2 casi trattati >48h e 3 casi non trattati (tutti per motivazione clinica inoppugnabile) su 50 casi gestiti "in ASL" secondo l'indicazione dell'obiettivo regionale (90,0%). A questi vanno aggiunti il caso legato ad errore di compilazione SDO e i 2 casi rivascolarizzati chirurgicamente fuori ASL (48/53, 90,5%).</p>

Lo scostamento osservato dipende, pertanto, dalla gestione dello STEMI fuori ASL e dall'esclusione dei casi inviati da Verbania a Domodossola che avrebbero ulteriormente modificato, in senso favorevole, il quoziente dell'indicatore in questione. E' stata sinteticamente riportata la relazione del Dr. Lupi che è disponibile, nella versione più dettagliata ed integrale, presso la segreteria O.I.V.

Obiettivo 4.3: Appropriatezza nell'assistenza al parto

Valore obiettivo: tasso aggiustato $\leq 15\%$

Fonte dati: Controllo di Gestione Asl Vco - Dati al 31.12.2019

Parti cesarei senza pregresso cesareo = 138 - Parti naturali senza pregresso cesareo = 504

Totale parti senza pregresso cesareo = 642 Indicatore: $138/642 = 21,5\%$

Nella valutazione del raggiungimento dell'obiettivo, ove non raggiunto lo standard richiesto, è previsto l'incremento del dato 2019 rispetto al dato 2018.

Il tasso al 31.12.19 rilevato dal Controllo di Gestione è del 21,4% in diminuzione rispetto al dato relativo al primo semestre 2019 (22.3%). Il tasso rilevato al 31.12.2018 era del 20,2%.

Per quanto attiene i due criteri di accesso, il Direttore del Dipartimento Materno Infantile ha segnalato che: - il bilancio di salute alla 36-37 è pari all'84,2% per Domo ed all'85,3% per Verbania. - E' stata rilevata un'anomalia in quanto nel programma Cedap il numero di parti riportato è superiore al numero effettivo di parti.

L'obiettivo non è stato raggiunto per una serie di motivazioni segnalate già da tempo dal Direttore della Soc Ostetricia e Ginecologia e dal Direttore del Dipartimento Materno Infantile ovvero: - l'esistenza di due punti nascita funzionalmente dispersivi e difficilmente gestibili; - l'organico medico della SOC Ostetricia costantemente in situazione di carenza, anzi di emergenza, con ricambio di personale, quasi sempre giovane e costantemente da formare; - la necessità di ricorrere a consulenze di professionisti esterni per la copertura dei turni di guardia; questi medici "gettonisti" rappresentano il 100% dell'organico dell'ospedale S. Biagio di Domodossola; - l'impossibilità a fornire, per carenza di anestesisti strutturati, costantemente, la partoanalgesia, che è uno strumento molto utile nella gestione del travaglio.

Obiettivo 4.4: Colectomia laparoscopica

Valore obiettivo: tasso aggiustato $> 70\%$

Fonte dati: Controllo di Gestione Asl Vco - Dati al 31.12.2019 : 78%

Obiettivo raggiunto.

Obiettivo 4.5: Screening oncologici

Fonte dati: Report forniti dal CPO Torino

Screening mammografico (50-69 anni)

Cop. Inviti n° donne invitate + spontanee 13.149/popolazione bersaglio 12.882 = 102,1 % (raggiunto)

Copert. Esami n° test eseguiti + spontanee 7.644/popolazione bersaglio 12.882 = 59,3 % (raggiunto)

Screening cervico-vaginale (25-64 anni)

Copert. Inviti n° donne invitate + spontanee 12.958/popolaz. bersaglio 15.044 = 86,1 (non raggiunto)

Copert. Esami n° test eseguiti + spontanee 4.702/popolaz. bersaglio 15.044 = 31,3 % (non raggiunto)

Screening colo-rettale (58-69 anni)

Copert. Inviti (58 anni) n° persone invitate 2.593/popolazione bersaglio 2.629 = 98,6 % (raggiunto).
opert. Esami (58-69 anni) n° persone esaminate 2.633/popolazione bersaglio 4.152 = 63,4 (non raggiunto)

Tutti i programmi dovranno comunque essere valutati complessivamente, a livello di quadrante, pertanto i risultati sono condizionati alle attività svolte nelle ASL BI, VC e NO. Il Direttore della Soc Sisp ritiene che l'azienda abbia messo in atto tutte le azioni possibili ottenendo buoni risultati.

Obiettivo 4.6: Copertura vaccinale

Fonte dati: Programma Aster

- 1) coorte 2017 vaccinati per 1° MPRV 954/n° residenti 2017 995 = 95,8 % (raggiunto)
- 2) coorte 2012 vaccinati per 2° MPR 1.200/n° residenti 2012 1.263 = 95,0 % (raggiunto)
- 3) Fem. 2007 vaccinate per HPV ciclo completo 577/n° res. 2007 696 = 82,9 % (raggiunto)

Obiettivo 4.7: Donazioni d'organo

Indicatore 1: segnalazione di soggetti in morte encefalica (BDI%) - **Valore obiettivo:** per i n. 2 presidi Asl VCO 20-40% per ciascun presidio

Indicatore 2: non opposizioni alla donazione di organi - **Valore obiettivo:** per i n. 2 presidi Asl VCO < 33% per ciascun presidio

Indicatore 3: donatori di cornee - **Valore obiettivo:** per i n. 2 presidi Asl VCO donatori: 4 Presidio Domo e 8 Presidio VB.

Risultati raggiunti

Le segnalazioni di Morte Encefalica al 31.12.19 sono state:

- di 6 Morti Encefaliche presso il PO San Biagio di Domodossola, con BDI pari al 32% (valore atteso 2019: 20-40%);
- presso il PO Castelli di Verbania sono state segnalate 2 Morti Encefaliche, con BDI pari al 50% (valore atteso 2019: 20-40%). Pertanto in linea con l'obiettivo fissato su entrambi i presidi.

Per quanto riguarda le Opposizioni alla Donazione di Organi:

- presso il PO di Domodossola sono state 2 su 6 accertamenti eseguiti pari al 33% (per il 2019 è richiesto un tasso di opposizione alla donazione di organi inferiore al 33%): obiettivo non superato.
- presso il PO di Verbania vi è stata 1 Opposizione alla Donazione su 2 accertamenti eseguiti pari al 50% (valore atteso per il 2019 inferiore al 33%): obiettivo superato perché, essendo state le segnalazioni di Morte Encefalica inferiori a tre, si valuta su tre anni, ovvero 1 opposizione/8 morti encefaliche (12%).

Per quanto riguarda i Donatori di cornee:

- presso il PO di Domodossola sono stati 6 (valore atteso per il 2019: 4);
- presso il PO di Verbania sono stati 6 (valore atteso per il 2019: 8).

L'ASL VCO è rimasta quindi in linea con l'obiettivo tenendo conto che, a Domodossola, sono stati effettuati n. 2 prelievi in più del valore atteso e, a Verbania, n. 2 prelievi in meno.

Sono state messe in atto una serie di azioni per raggiungere l'obiettivo: - invito diretto a tutti i medici Rianimatori dei presidi di Verbania e di Domodossola, in accordo con il Direttore della SOC Anestesia – Rianimazione, a segnalare alla Direzione Sanitaria ogni caso di Morte Encefalica; - attivazione della Commissione per l'Accertamento di Morte Cerebrale, in accordo con i Direttori delle SC di Anestesia – Rianimazione e di Neurologia, in tutti i casi di morte cerebrale in Rianimazione; - valutazione potenziali

donatori in morte cerebrale e proposta di donazione di organi e, se compatibile con l'età, anche delle cornee e della cute.

Nel mese di settembre 2019 il Referente aziendale per questa attività, in collaborazione con il Direttore della Soc DIPSA, ha organizzato un incontro con i Coordinatori Infermieristici di entrambi i Presidi di Verbania e di Domodossola consegnando ed illustrando il Protocollo Operativo per il prelievo di cornee in morte cardiaca. Ciò al fine di sensibilizzare il personale infermieristico in merito alla necessità di segnalare ogni morte cardiaca compatibile con la donazione di cornee, per età e per condizioni cliniche, ed ottenere un incremento delle cornee prelevate. Per proseguire con tale attività sono state identificate le figure infermieristiche esperte nel procurement, previste nella DGR n. 466 del 7.6.20.

Ostacoli che si sono frapposti al completo raggiungimento dell'obiettivo

Nel corso del 2019 si è constatato, in tutta la Regione Piemonte, così come nell'ASL VCO, una diminuzione di pazienti con accidenti cerebrovascolari che esitano in morte cerebrale. La presenza della SOC Neurologia presso il PO di Domodossola fa sì che, la maggior parte dei pazienti con accidenti cerebrovascolari del territorio del Verbano o del Cusio che poi esitano in morte cerebrale, vengano dirottati sul Presidio di Domodossola, se non addirittura verso l'A.O. Maggiore di Novara. Da ciò ne deriva una disparità di Accertamenti di Morte Encefalica e di Donatori di Organi sui due Presidi. Si ritiene, quindi, una criticità l'assegnazione degli obiettivi suddivisi per presidi e non per l'intera Azienda.

Per quanto attiene il prelievo di cornee si segnala che, presso il Presidio di Verbania, nel corso del 2019, vi sono state tre opposizioni alla donazione da parte degli aventi diritto.

Le figure infermieristiche esperte nel procurement, previste nella DGR n. 466 del 7.6.2019, al fine di affiancare il Coordinatore Ospedaliero nello svolgimento dei compiti e nel raggiungimento degli obiettivi, a tutt'oggi, non sono state assegnate al Coordinamento Ospedaliero.

La cronica difficoltà ad incrementare i donatori di cornee deriva da una ridotta sensibilizzazione dei medici afferenti alle varie Strutture a segnalare i potenziali donatori di cornee in Morte Cardiaca per la preoccupazione dell'eccessivo impegno loro richiesto in caso di eventuale procedura da avviare, che comporterebbe un ulteriore aggravio alla loro attività già difficile per carenza di personale medico. Tuttavia l'azienda è rimasta quindi in linea con l'obiettivo effettuando n. 2 prelievi in più a Domo.

Obiettivo 4.8: Adesione al programma ERAS

Indicatore e Valore obiettivo:

N° pz inseriti nel database elettronico di raccolta dati (int.colonretto +isterectomia) nel 2019

N° pz da SDO con interventi programmati (int.colon-retto+isterectomia) nel 2019

Valore obiettivo: >=90%

Fonte dati: I dati sul numero dei pazienti arruolati sono stati estrapolati dalla piattaforma epiclin; i dati sul numero delle dimissioni sono stati forniti dalla Soc Controllo di Gestione.

Il livello di partecipazione è misurato in base al rapporto fra il numero dei pazienti registrati sulla piattaforma EPICLIN nel 2019, rispetto al numero di dimissioni totali nel trimestre ottobre-dicembre 2019 (valore atteso uguale o superiore al 90% a livello aziendale, considerato l'insieme dei due studi ERAS in corso).

Per ERAS isterectomia sono stati arruolati 41 pazienti, dimissioni totali 27.

Per ERAS Chirurgia colon-rettale Verbania sono stati arruolati 7 pazienti, dimissioni totali 15.

Per ERAS Chirurgia colon-rettale Domodossola sono stati arruolati 0 pazienti, dimissioni totali 6.

La percentuale totale dei casi inseriti nel database è pari al 100% dell'arruolamento stimato sulla base delle SDO, per tale motivo l'obiettivo si considera raggiunto.

Obiettivo 4.9: Umanizzazione dei percorsi ed empowerment del paziente

La Regione Piemonte ha trasmesso all’Azienda Sanitaria una checklist di valutazione partecipata predisposta dalla Cabina di regia regionale, con l’obiettivo di rilevare il grado di umanizzazione dei percorsi assistenziali nell’ambito della continuità ospedale-territorio e della gestione del paziente in P.S., unitamente al format regionale utile per la definizione delle potenziali azioni di miglioramento per aree critiche con punteggio inferiore rispetto a quello individuato come gold standard. L’equipe locale, costituita dall’Azienda Sanitaria e formata da rappresentanti dell’ASL e rappresentanti di Cittadinanzattiva – Tribunale per i Diritti del Malato, ha completato il processo di valutazione partecipata dei percorsi assistenziali con la compilazione del suddetto format e l’individuazione di due azioni di miglioramento, che vengono di seguito riportate:

<p style="text-align: center;">1. Informazioni generali Azienda</p> <p>item 36 – i Medici di Medicina Generale sono integrati nel sistema informatizzato? item 38 – i Pediatri di Libera Scelta sono integrati nel sistema informatizzato?</p>
<p>Azione di miglioramento individuata: integrazione nel sistema informatizzato con riguardo alla trasmissione di informazioni cliniche ai Medici di Medicina Generale e ai Pediatri di Libera Scelta, con la priorità per i referti radiologici e degli esami di laboratorio, consentendo alle Case della Salute e agli ambulatori dei MMG e dei PLS di diventare “Punto assistito”.</p> <p>Strutture coinvolte: Soc Distretto e Sos ICT - Da realizzarsi entro dicembre 2020</p>
<p style="text-align: center;">2. Item A1.5</p> <p>Esistono protocolli di azione definiti per la fase di dimissione del paziente?</p>
<p>Azione di miglioramento individuata: predisposizione e validazione del protocollo per la definizione delle procedure da seguire per la dimissione del paziente, per ogni tipologia di paziente, secondo le caratteristiche cliniche e socio sanitarie, per l’identificazione della tipologia di struttura più idonea dove inviare il paziente.</p> <p><u>Strutture coinvolte:</u> Soc Distretto – Soc DSO – Soc DIPSA - Da realizzarsi entro giugno 2020.</p>

La Direzione Generale, dopo aver presentato, in data 2 dicembre 2019, al Collegio di Direzione, i risultati della rilevazione e le azioni di miglioramento condivise con l’equipe locale ha approvato, con deliberazione n. 1020 del 23.12.19, il Piano di Miglioramento. L’obiettivo è stato raggiunto.

Obiettivo 5.1: Affidabilità dati rilevati da flussi informativi della farmaceutica

5.1.1 - Il dato disponibile sulla piattaforma PADDI evidenzia uno scostamento dell’1,8% tra i costi aziendali rilevati dal CE ed i flussi informativi. Questo valore che rientra comunque nel massimo scostamento ammissibile annuale (+/-3%) è stato analizzato e si è riscontrata un’anomala contabilizzazione degli emoderivati di produzione regionale. Si è proceduto ad apportare le correzioni al fine di ridurre la % di scostamento.

5.1.2. – Il dato disponibile sulla piattaforma regionale PADDI riguardante il flusso della DD risulta essere in linea nell’anno 2019 con il valore di scostamento ottimale (0%) ad esclusione del mese di febbraio (-2%) che rientra nel massimo scostamento ammissibile di +/-2% limitatamente a 2 mesi su 12.

Il flusso relativo al CO risulta avere uno scostamento superiore al massimo ammissibile (2%) per i primi tre mesi del 2019. Dopo un’analisi dettagliata del flusso di ritorno dalla Regione si sono apportate modifiche correttive con il risultato di azzerare gli scostamenti nei successivi mesi dell’anno. Gli obiettivi risultano raggiunti.

Obiettivo 5.2 Assistenza farmaceutica territoriale ed ospedaliera: appropriatezza prescrittiva e riduzione variabilità

5.2.1 – Nell’anno 2019 il numero di confezioni di PPI da 28 compresse, rispetto al totale delle confezioni prescritte, è stato pari al 57,94% (*Fonte dati: PADDI*).

Analizzando i dati mensili si rileva che già dal mese di settembre la percentuale di confezioni da 28 compresse supera il 60% rispetto al totale delle confezioni prescritte. Nel mese di dicembre la percentuale è salita fino a superare il 70%.

5.2.2 -

5.22 J01 - Antibatterici per uso sistemico - Spesa Convenzionata					
popolazione pesata A.S.L.VCO al 31/12/2018	spesa anno 2018	spesa pro-capite anno 2018	spesa anno 2019	spesa pro-capite anno 2019	best performer spesa pro-capite anno 2018
174.349	1.202.359	6,90	1.182.983	6,79+	6,72

L’obiettivo risulta essere raggiunto in quanto il valore della spesa procapite annua (6,79) è compreso tra il valore di partenza anno 2018 (6,90) ed il valore dell’obiettivo (best performer pari a 6,72). (*Fonte dati: PADDI*)

5.2.3 - Non applicabile aziende sanitarie.

5.2.4 - Sono stati realizzati n° 4 eventi formativi e informativi rivolti ai Medici di Medicina Generale e Farmacisti di comunità. Obiettivo raggiunto.

Obiettivo 5.3: Miglioramento della qualità del flusso informativo dei dispositivi medici (obiettivo raggiunto)

5.3.1 - Fonte dati: PADDI - aggiornamento dicembre 2019		
COSTI IV trim. 2019 DISPOSITIVI MEDICI IN FLUSSO DMRP CONSUMI (escluse CND W e Z -ad eccezione della Z13) [A]	SPESA IV trim. 2019 PER DISPOSITIVI MEDICI IN VOCI CE B.1.A.3.1 + B.1.A.3.2 [B]	INDICATORE OBIETTIVO Incidenza costi rilevati su spesa CE (escluse CND W e Z -ad eccezione della Z13) - [C = A / B]
€ 8.941.776	€ 9.031.441	<u>99,0%</u> (Ob. raggiunto in quanto l’indicatore è compreso tra 95% e 110%)

*

5.3.2 - Fonte dati: PADDI - aggiornamento dicembre 2019				
RECORD CONTRATTI 2019 [A]	RECORD CONTRATTI [A] CON SMART CIG [B]	RECORD CONTRATTI OGGETTO DI MONITORAGGIO (PRIVI DI SMART CIG) [C = A - B]	RECORD CONTRATTI [C] CON FORMA DI NEGOZIAZIONE COMPILATA E CIG AVENTE RISCANTRO IN OSSERVATORIO CONTRATTI RP [D]	INDICATORE OBIETTIVO Incidenza record con forma di negoz. compilata e CIG avente riscontro in OSS.RP (al netto degli Smart CIG) [E = D / C]

2.976	0	2.976	2.956	<u>99,3%</u>
99,3% (Ob. raggiunto in quanto l'indicatore è superiore all'85% richiesto)				

Obiettivo 6.1: Fascicolo sanitario elettronico e servizi on line

Indicatori e Valori obiettivo

Indicatore 1. Avvio di tutte le iniziative di digitalizzazione, archiviazione nel deposito repository aziendale e alimentazione FSE-Sol e realizzazione dell'alimentazione nel FSE, entro il 31.12.19, di almeno 2 dei seguenti documenti clinico sanitari: LDO, VPS, AP e Radiologia.

Indicatore 2. Avvio, entro il 31.12.19, fatto salva eventuale deroga regionale, del sistema regionale omogeneo di gestione delle agende e delle prenotazioni sanitarie adesione alla convenzione sottoscritta da SCR in esito alla gara 63/2015.

Indicatore 3. Informare e promuovere l'utilizzo dei servizi digitali realizzati: - ritiro referti on line utilizzato per almeno il 5% dei cittadini che hanno effettuato, presso la struttura pubblica, un esame di laboratorio, nel periodo luglio-dicembre 2019; - espressione del consenso alimentazione FSE per almeno il 20% dei cittadini che hanno effettuato, presso la struttura pubblica, un esame di laboratorio nel periodo luglio-dicembre 2019.

Azioni intraprese per raggiungere l'obiettivo:

- FSE-Sol** - Valutazione upgrade tecnologico modulo storico paziente presente nel SITO aziendale nativamente integrato col sistema di gestione consenso centralizzato.
- CUP Regionale** - Attività propedeutiche al passaggio al nuovo sistema regionale secondo il cronoprogramma condiviso con il fornitore e in accordo con il tavolo tecnico regionale
- Informare e promuovere l'utilizzo dei servizi digitali realizzati** - Organizzata giornata di informazione ai dipendenti in collaborazione col CSI Piemonte - Aggiornamento sistema LIS per: - Gestione ROL permanente - Gestione referto ritirato/non ritirato.

Risultati raggiunti

Indicatore 1. Con Determinazione n. 491 del 22/05/2019 è stato affidato il SERVIZIO UPGRADE TECNOLOGICO MODULI "REPOSITORY, VIEWER E PRIVACY MANAGER" alla DITTA GPI SPA. I moduli sono stati installati. Sono in corso le attività di configurazione del sistema per la successiva messa in produzione. Obiettivo raggiunto.

Indicatore 2. In produzione dal 30 settembre 2019. Obiettivo raggiunto.

Indicatore 3. E' stata data ampia informazione sull'utilizzo dei servizi digitali redigendo un opuscolo collocato presso i Laboratori Analisi dell'ASL VCO; - sono state coinvolte le Associazioni di Volontariato per diffondere le informazioni al riguardo (tra le altre Associazioni è stato coinvolto anche il Tribunale per i Diritti del Malato) e sono stati redatti comunicati stampa. Altre iniziative sono in corso. - E' stato effettuato l'aggiornamento LIS con collaudo.

Per l'indicatore 3, pur avendo messo in atto le azioni sopra descritte non è stato raggiunto. Infatti per il ritiro dei referti on line si doveva ottenere il risultato che almeno il 5% dei cittadini che hanno effettuato presso la struttura pubblica un esame di laboratorio da luglio a dicembre 2019 utilizzavano il servizio mentre si richiedeva l'espressione del consenso per l'alimentazione del FSE per almeno il 20%

Obiettivo Rispetto tempi di pagamento (art. 1, comma 865, L. n. 145/2018)

L'indicatore annuale 2019 si attesta su un risultato pari a -16 (pagamento a 44 giorni) come risulta dall'indicatore di tempestività dei pagamenti I°, II°, III°, IV trimestre 2019 e all'intero anno 2019. Tali dati sono pubblicati nel sito internet aziendale, nella sezione Amministrazione Trasparente). Obiettivo raggiunto.

*

Relativamente agli obiettivi assegnati dalla Regione al Direttore Generale e declinati alle Strutture aziendali coinvolte, i componenti O.I.V. prendono atto della relazione (conservata presso la Segreteria O.I.V.), aggiornata con le nuove evidenze derivanti dai nuovi dati disponibili (vedi il conto consuntivo 2019) così come sopra rappresentato, e osservano che risultano raggiunti gli obiettivi:

Ob: 1.1 – 2.1 – 3.3 – 4.4 - 4.6 -4.8 – 4.9- 5.1 -5.2 – 5.3 a cui si aggiunge l'obiettivo con carattere di lateralità "Rispetto tempi di pagamento di cui all'art. 1, comma 865 della Legge n. 145/2018".

I componenti OIV, nel verificare che risultano parzialmente raggiunti i seguenti obiettivi: 4.5; 4.7; 3.1; 3.2; 4.2; 4.1; 4.3; 6.1 effettuano le seguenti considerazioni.

Gli obiettivi 4.5 (screening oncologici) e 4.7 (donazioni d'organo) sono stati raggiunti parzialmente seppure si rileva che tutte le azioni possibili sono state messe in atto come risulta da quanto sopra specificato. Per quanto riguarda i Donatori di cornee l'ASL VCO è rimasta quindi in linea con l'obiettivo tenendo conto che, a Domodossola, sono stati effettuati n. 2 prelievi in più del valore atteso e, a Verbania, n. 2 prelievi in meno. I componenti OIV ritengono esaustive le motivazioni addotte non prevedendo alcuna decurtazione.

Per quanto attiene l'obiettivo 3.1 (rispetto dei tempi di attesa dei ricoveri) il Direttore della Soc DSO, Dr. Garufi, Coordinatore dell'obiettivo, dopo aver dimostrato di aver effettuato un costante monitoraggio nel corso del 2019 (si vedano, a titolo esemplificativo, le lettere inviate ai Direttori di Struttura riepilogative dell'andamento dell'obiettivo e la proposta di azioni correttive: note del 9 ottobre 2019 prot. 62033 indirizzata al Direttore Soc ORL; - prot. n. 62030 indirizzata al Direttore Soc Ortopedia Verbania; - prot. n. 62029 indirizzata al Direttore Soc Ortopedia Domodossola; - prot. n. 61913 indirizzata al Direttore Soc Urologia creando una buona sinergia con i Direttori di Struttura coinvolti) ha messo in evidenza gli ostacoli che si sono frapposti al raggiungimento richiamando (per le protesi d'anca) la grave carenza di personale ortopedico, con gravi difficoltà a reperire dirigenti medici. Per gli altri interventi la criticità maggiore è rappresentata dall'impossibilità ad aumentare il numero e la durata delle sedute operatorie, soprattutto per carenza di anestesisti. Per il tumore della prostata l'innalzamento significativo, improvviso, del numero dei pazienti in lista, tenuto conto della attrattività della SOC Urologia, e del significativo incremento della domanda, non ha permesso un rapido smaltimento della lista.

I componenti OIV ritengono esaustive le motivazioni addotte non prevedendo alcuna decurtazione.

Per quanto attiene l'obiettivo 3.2 i componenti O.I.V. invitano il segretario O.I.V. a verificare, con il Referente della Specialistica ambulatoriale, Dr. Petrone, che ha svolto una funzione di coordinamento, la messa in atto, da parte delle strutture aziendali coinvolte, di tutte le azioni necessarie per il mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni negli standard.

Relativamente all'obiettivo 4.2 riguardante la tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI

Il Direttore della SOC Cardiologia, Dr. Lupi, che negli anni pregressi aveva raggiunto l'obiettivo, ha prodotto una relazione in merito agli ostacoli che hanno determinato il mancato raggiungimento dell'obiettivo

evidenziando che la criticità principale è da ricondursi ai casi trattati fuori ASL. I componenti OIV ritengono esaustive le motivazioni addotte non prevedendo alcuna decurtazione.

Per quanto attiene la frattura di femore obiettivo 4.1 i componenti OIV prendono atto che l'ostacolo non è solo legato alla carenza di ortopedici (si è dovuto ricorrere, per coprire i turni, ad una Cooperativa, che ha messo a disposizione dirigenti medici ortopedici) ma anche per situazioni cliniche risultate talmente instabili e compromesse che hanno richiesto ulteriori accertamenti specialistici prima di poter intervenire. I Direttori dei reparti di Ortopedia di Verbania e di Domodossola, Dr Reggiori e Dr Uderzo, hanno segnalato che il dato da utilizzare dovrebbe essere al netto dei pazienti in trattamento con NAO - dicumarolo-antiaggreganti piastrinici che, necessitando di una sospensione prima di poter intervenire chirurgicamente, allungando i tempi.

I componenti OIV, prendono atto delle motivazioni ritenendo di operare una decurtazione di 0,5 punti, rispettivamente, per la Soc Ortopedia e Traumatologia di Verbania di Domodossola, invitando i Direttori delle Strutture Ortopedia e Traumatologia di Domo e di Verbania a verificare la possibilità di mettere in atto ulteriori azioni in modo da migliorare il risultato per l'anno 2020.

Con riguardo all'obiettivo 4.3 "Appropriatezza nell'assistenza al parto" la carenza di organico medico della SOC Ostetricia (sempre in situazione di emergenza al punto da dover ricorrere a consulenze di professionisti esterni per la copertura dei turni di guardia), l'esistenza di due punti nascita funzionalmente dispersivi e difficilmente gestibili, hanno contribuito al mancato raggiungimento dell'obiettivo. I componenti OIV ritengono di operare una decurtazione di 0,5 punti per la Soc Ostetricia e Ginecologia e di 1 punto per il Direttore di Dipartimento Materno Infantile (coordinatore dell'obiettivo), invitando il Direttore di Dipartimento, in sinergia con il Direttore della Struttura Ostetricia e Ginecologia, a verificare la possibilità di mettere in atto ulteriori azioni in modo da migliorare il risultato per l'anno 2020.

Relativamente all'obiettivo 6.1 "implementazione progetto FES-Sol e CUP unico regionale" il Direttore della Soc Logistica e Servizi Informatici, Dr. Bonisoli, ha segnalato di aver declinato l'obiettivo al Responsabile della Sos ICT con funzioni di coordinatore. I componenti OIV, preso atto della relazione del Responsabile della Sos ICT, verificano che l'indicatore n. 3 non è stato raggiunto non perseguendo la % richiesta dalla Regione (vedi anche la nota regionale del 18.9.19 prot. asl vco n. 57616 del 19.9.19) per quanto attiene il ritiro dei referti on line da parte dei cittadini e per l'espressione del consenso per l'alimentazione del FSE. Ritenendo che ci potevano essere altre azioni da mettere in atto per poter se non raggiungere almeno avvicinarsi allo standard richiesto (le percentuali raggiunte sono molto basse) si ritiene di operare una decurtazione di 5 punti.

La seduta si conclude alle ore 18,15.

Letto, confermato e sottoscritto.

I Componenti O.I.V. presenti all'incontro:

Componente	Dr.ssa Patrizia Marta Firmato in originale
Componente	Dr.ssa Patrizia Spadone Firmato in originale
Segretario Verbalizzante	Dr.ssa Giuseppina Primatesta Firmato in originale