



Responsabile I.A.S.

Governo Clinico Qualità Appropriately Rischio Clinico
Dott.ssa Margherita BIANCHI
tel. 0323-541535
Sede Operativa: Via Fiume, 18 Pallanza (VB)
e-mail: margherita.bianchi@aslvco.it

**RELAZIONE SINTETICA ANNO 2019 MONITORAGGIO QUALITÀ E
APPROPRIATEZZA: QUESTIONARIO ENTI DEL SSN – PUNTO 15.5.1**

L'ASL VCO ottempera alle disposizioni nazionali e regionali per il monitoraggio della qualità e dell'appropriatezza sanitaria tramite la definizione degli obiettivi di Budget discussi e condivisi con i Direttori di Dipartimento, di SOC e di SOSD.

Di seguito l'elenco sintetico dei processi monitorati relativi all'attività assistenziale e alla loro qualità come previsto dalla Legge n. 208/15, Comma 522:

PDTA Oggetto di Attività di Audit:

1. PDTA Oncologici secondo le indicazioni della Rete Oncologica Piemonte-Valle D'Aosta: PDTA Tumori della Mammella ASL VCO e *BREAST UNIT* (con Ospedale SS Trinità di Borgomanero - ASL Novara) coordinato dall'ASL VCO, esiti ottimi, inseriti nel monitoraggio dell'ASL VCO anche gli indicatori estetici (disponibili i dati come da obiettivi Qualità anno 2019).
2. PDTA Oncologici secondo le indicazioni della Rete Oncologica Piemonte-Valle D'Aosta Testa-Collo, Colon-retto, Gastrici, Urologici, Dermatologici, Ginecologici, Emolinfopatie croniche, Tiroide. Esiti positivi (OBIETTIVI QUALITÀ ed esiti monitoraggio indicatori per Rete Oncologica).
3. Percorso del Paziente Oncologico (applicazione della Raccomandazione Ministeriale n. 14): è stata effettuata dalla Responsabile IAS l'osservazione Diretta e la Verifica sul Campo come da nota Nota prot. 74942/2019 con conseguenti immediata messa in atto delle azioni di miglioramento.
4. PDTA RETE ONCOLOGICA del Paziente con dolore oncologico esiti buoni. Aggiornamento PO 34-HOS 02 Procedura Gestione Dolore in Cure Palliative REV 23_10_2019.
5. PDTA "Frattura di Femore nell'Anziano", come da Obiettivi assegnati dalla Regione Piemonte ai Direttori Generali per l'anno 2019 con DGR n. 4-92 del 19/07/2019 - Obiettivo 4.1 Area Ortopneumatologia - Strutture Complesse coinvolte: MCU, Anestesia Rianimazione, Ortopneumatologia, Cardiologia, Geriatria. **Esiti 52,4 %** casi di anziani operati entro 48 ore dall'accesso al PS - Standard > 70%. (OBIETTIVI QUALITÀ).
6. PDTA OCULISTICA in corso di Revisione PDTA "Cataratta" (aggiornamento terapia antibiotica, tracciabilità dispositivi medici) Nel 2019 sono stati eseguiti 901 interventi di Cataratta (1004 nel 2018). Non si è verificato alcun caso di oftalmite post-chirurgica, come già accaduto nel 2018 e 2017. Nel 5 dei 901 casi (0,55 %, in letteratura 2%) si è prodotta una rottura della capsula posteriore con contestuale posizionamento della IOL in Camera Anteriore in 2 dei suddetti casi ed in Camera Posteriore nei rimanenti 3 (tutti con esito favorevole). Attualmente in corso di redazione il PDTA "Trapianto di cornea".



Sono state recepite le osservazioni delle verifiche condotte presso il blocco operatorio di Domodossola in data 4-5-7-11-14-19 febbraio 2019 e della nota di “Sintesi Osservazione Diretta e Verifica su Campo con Azioni di Miglioramento” effettuate dalla Responsabile IAS con personale SOS UPRI come da nota prot. N. 48078/19.

7. PDTA STEMI come da Obiettivi assegnati dalla Regione Piemonte ai Direttori Generali per l'anno 2019 con DGR n. 4-92 del 19/07/2019- Obiettivo 4.2 Area Cardiologica – Tempestività esecuzione PTCA
 - a. Indicatore esecuzione entro 2 giorni della PTCA nello STEMI: 81,7 Standard > 85%
 - b. Indicatore esecuzione entro 90 minuti della PTCA nello STEMI: 59,2% Standard > 85%
8. Percorso Nascita ASL VCO - OBIETTIVI QUALITÀ sono disponibili gli indicatori del Percorso nascita anno 2019 come da Allegato B alla DGR n. 34-8769 del 12/05/2008
9. Obiettivi assegnati dalla Regione Piemonte ai Direttori Generali per l'anno 2019 con DGR n. 4-92 del 19/07/2019 - Obiettivo 4.3 Appropriately Assistenza al Parto, Produzione di Parti Cesarei Primari: 21,5% - Standard 15%
10. Obiettivi assegnati dalla Regione Piemonte ai Direttori Generali per l'anno 2019 con DGR n. 4-92 del 19/07/2019- Obiettivo 4.4 Area Chirurgia Generale, Proporzioni di Colecistectomie Laparoscopiche con degenza post-operatoria entro 3 Giorni: 78% - Standard > 70%
11. Obiettivi assegnati dalla Regione Piemonte ai Direttori Generali per l'anno 2019 con DGR n. 4-92 del 19/07/2019- Obiettivo 4.7 Donazioni d'organo
 - a. Le segnalazioni di morte encefalica al 31-12-2019 sono state di 6 Morti Encefaliche presso il PO di Domodossola, con BDI pari al 32% (valore atteso 2019: 20-40%), mentre presso il PO di Verbania sono state segnalate 2 Morti Encefaliche, con BDI pari al 50% (valore atteso 20-40%) - In linea con l'obiettivo fissato su entrambi i Presidi Ospedalieri.
 - b. Le Opposizioni alla Donazione di Organi, presso il PO di Domodossola, sono state 2 su 6 accertamenti eseguiti pari al 33% - richiesto tasso di opposizioni alla donazione di organi inferiore al 33% - Obiettivo non raggiunto.
Presso il PO di Verbania vi è stata 1 Opposizione alla Donazione su 2 accertamenti eseguiti, in segnalazioni inferiori a tre la percentuale viene calcolata su tre anni, ovvero 1 opposizione / 8 morti encefaliche, pari al 12% - valore atteso: inferiore al 33% - Obiettivo raggiunto.
 - c. I donatori di cornee presso il PO di Domodossola sono stati 6 – valore atteso 4 – quindi in linea con l'obiettivo, mentre sul PO di Verbania sono stati 6 – valore atteso 8 - Obiettivo non raggiunto.
12. Obiettivi assegnati dalla Regione Piemonte ai Direttori Generali per l'anno 2019 con DGR n. 4-92 del 19/07/2019- Obiettivo 4.8 adesione al programma ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*) ERAS Isterectomia: arruolati 41 pz/dimessi 27. ERAS Chirurgia colon-rettale Verbania: arruolati 7 pz / dimessi 15. ERAS Chirurgia colon-rettale Domodossola: arruolati 0 /dimessi 6. La percentuale totale dei casi inseriti nel database è pari al 100% dell'arruolamento stimato sulla base delle SDO - Standard \geq al 90 %.



13. PDTA ORL Adeno-Tonsillectomia nei Pazienti Pediatrici come dà indicazioni della Regione Piemonte, esiti molto positivi, vedere nota prot. N. 37556 del 12/06/19.
14. PDTA DISTRETTO Continuità di Cura Ospedale Territorio con Consorzi Servizi Sociali e MMG-PLS. Esiti Esiti np OBIETTIVI QUALITÀ
15. PDTA PP 05-MCU 01 Trattamento delle Emorragie Digestive Superiori Acute in SOC MCU. Gli indicatori di processo sono raccolti, verificati e valutati annualmente utilizzando il Gestionale della SOC MCU (PSWEB).
 - a. N° Endoscopie d'Urgenza eseguite entro 6 ore dalla richiesta / N° Totale Richieste di Endoscopie d'Urgenza - Standard 80% Esiti np
 - b. N° Endoscopie Diagnostiche eseguite entro 24 ore dalla richiesta / N° Totale Richieste Endoscopie Diagnostiche - Standard 80% Esiti np
16. PDTA NEFROLOGIA Gestione Integrata Ospedale - Territorio della Malattia Renale Cronica con MMG. La percentuale di pazienti con malattia renale avanzata seguiti presso i nostri ambulatori sono stati: n° 479 di essi n° 42 pari a 8,7% sono stati avviati alla terapia dialitica. Dato in linea con lo standard prefissato (< 15%) dei pazienti con malattia renale avanzata (eGFR <30 ml/min), seguiti in ambito ambulatoriale. La percentuale di pazienti in dialisi domiciliare, pari al 13,7% rispetto al totale dei pazienti in trattamento sostitutivo in linea (≥ 12%) allo standard prefissato. Nei pazienti in dialisi peritoneale abbiamo registrato un tasso di peritoniti pari a 1 episodio ogni 73,6 mesi/catetere dato in ulteriore miglioramento rispetto all'anno precedente. Nell'anno 2019 n° 43 pazienti sono stati sottoposti ad emodialisi con CVC tunnelizzato (CVCT), per un totale di 10.180 giorni/catetere, dato in incremento rispetto allo scorso anno, in considerazione dell'aumento dei pazienti con scadente patrimonio vascolare periferico da avviare alla terapia dialitica. Sono state registrate n° 3 batteriemie CVCT correlata con un tasso di infezione che è risultato pari a 0,29/1000 giorni CVCT, in linea con lo standard prefissato (<1/1000 CVCT/anno).
17. PDTA GERIATRIA: DGR del 28.03.2012 n.° 27-3628 attuazione piano di rientro – La rete territoriale – continuità assistenziale: pz che dalla SOC MCU (Medicina e Chirurgia d'Urgenza) devono essere trasferiti in continuità assistenziale extraospedaliera (CAE). Indicatore N° casi con richiesta di trasferimento in CAE / Totale N° casi valutati nei tempi previsti: (1 gg lavorativo) X 100: a Vb, entro 2 gg lavorativi a Domodossola – Standard 95%. Esito 100% (414) dei casi entro i tempi richiesti, in particolare: sede di Verbania 288 richieste (media 10.50 ore DS ± 13.1), sede di Domodossola 126 richieste (media 19.72 ore DS ± 20.85).
18. PDTA GERIATRIA PP 14-GER 01 PDTA Neurolettici nelle RSA Gestione dei Neurolettici nelle RSA. Monitoraggio INDICATORI PDTA: verifica dei piani intermedi (MOD 01 di PP 14-GER 01 MODULO Monitoraggio pazienti ospiti in RSA o NAT in terapia con neurolettici atipici). Indicatori: Moduli compilati ed esaustivi da MMG/Piani terapeutici redatti*100. Moduli esaustivi compilati da MMG/piani terapeutici redatti*100. Esiti: 27 Moduli compilati esaustivi da MMG /201 piani terapeutici redatti 100= 13.5%. Per tutti i pazienti sottoposti a visita geriatrica in RSA/NAT per i quali si è reso necessario l'utilizzo di neurolettici atipici, sono stati stilati i piani terapeutici secondo il PDTA. La verifica effettuata ha evidenziato il persistere di una risposta bassa da parte del MMG secondo quanto richiesto dal PDTA. Nota prot. OBIETTIVI QUALITÀ



19. PDTA GERIATRIA: PP 14-GER 02 “Diagnosi Precoce Demenze”. Monitoraggio INDICATORI PDTA: % di pazienti avviati a valutazione NP di II Livello, per diagnosi precoce di demenza / Totale diagnosi. Numero prime visite UVA nel primo semestre 2019 per valutare nuovi pazienti con presunto deficit cognitivo sono state complessivamente 521. % di pazienti avviati a valutazione NP di II livello: 53 pazienti (10.17%) sono stati sottoposti a valutazione NP di II livello in quanto meritevoli di tale approfondimento per diagnosi precoce. N. Diagnosi: 32, nel 61% dei casi si è giunti a una conclusione diagnostica di demenza, con netta prevalenza delle forme degenerative (81.2%).
20. PDTA NPI Gestione Autismo con Associazione di Volontariato e Pubblica Tutela, RSA - OBIETTIVI QUALITÀ:
- N° 15 casi affidati ai Servizi specialistici (x 100/anno -standard 70%)/N° 15 PTI validati
 - N° 0 BdS a sostegno del PTI / N°0 PTI validati dalla UMV-S (X 100/anno - standard 30%)
 - N° 25 casi coaffidati ai Centri Privati accreditati / N° 25 PTI validati dalla UMV-S = 100% (x 100/anno – standard 70%)
 - N° 0 casi affidati ai servizi sociali/ N° 0 PTI validati dalla UMV-S = 100%(x100/anno standard < 50%)
21. PDTA SOC NPI Gestione Percorso Adolescenti: OBIETTIVI QUALITÀ. L’ambulatorio è stato attivato ad ottobre 2018.
- N° 0 di adolescenti inviati dal MMG e/o PLS/ N° 6 adolescenti che afferiscono alla Casa della Salute
 - N° 2 adolescenti inviati alla SOC NPI / N° 6 adolescenti che afferiscono alla Casa della Salute
 - N° 0 adolescenti inviati al SERD / N° 6 adolescenti che afferiscono alla Casa della Salute
 - N° 0 adolescenti inviati al DSM / N° 6 adolescenti che afferiscono alla Casa della Salute
 - N°1 adolescenti preso in carico presso la Casa della Salute / N° 6 adolescenti che afferiscono alla Casa della Salute
22. PDTA PP 29-NPI 01 Gestione del ricovero ospedaliero urgente in paziente afferente alla SOC NPI (*i dati relativi alla SOC MCU sono stati forniti dalla SOC SMT*)
- N° 11 pz dimessi dalla SOC MCU / 25 pz accettati dalla SOC MCU - 44%
 - N° 05 pz ricoverati presso SPDC / 25 Totale pz accettati dalla SOC MCU - 20%
 - N° 09 pz ricoverati presso Pediatria / 25 Totale pz accettati dalla SOC MCU – 36%
 - N° 13 pz dimessi con presa in carico territoriale/ 14 Totale pz dimessi dal PO di Verbania - 93%;
23. PDTA SERD Presa in carico pz alcolista o con patologie alcolcorrelate. Esiti dei 5 indicatori: ottimi.
- Numero di richieste di consulenza alcolologica al SerT/Numero di ricoveri con diagnosi alla dimissione inerente un Disturbo da uso di alcol e/o patologia alcol-correlata%
 - Standard > 50%
 - Risultato: 72/117 = 61%



- b. Numero di consulenze tossicologiche effettuate entro 48 h lavorative dalla richiesta/
Numero di consulenze richieste
 - i. Standard > 90%
 - ii. Risultato: $72/72 = 100\%$
- c. Numero di nuovi utenti in carico al Servizio Dipendenze nell'anno/Numero totale
utenti %
 - i. Standard Non Applicabile
 - ii. Risultato: $120/309 = 39\%$
- d. N. pazienti presi in carico dopo consulenza / Numero di consulenze effettuate %
 - i. Standard Non Applicabile
 - ii. Risultato: $72/72 = 100\%$
- e. Età media dei pazienti in carico al Servizio Dipendenze
 - i. Le fasce di età più rappresentate sono dai 40 ai 59 anni, soli 4 pazienti sono
compresi nella fascia d'età tra i 20 e i 29 anni.

24. PDTA SERD Presa in carico minori e giovani adulti per valutazione disturbi uso sostanze
Esiti dei 6 indicatori: ottimi.

- a. N. di Minori e Giovani Adulti che hanno intrapreso il percorso / N. di richieste di
valutazione di M e GA
 - i. Standard: non applicabile
 - ii. Risultato: 35/35
- b. N. di M e GA che hanno completato il percorso / N. di M e GA che hanno intrapreso
il percorso
 - i. Standard: 50%
 - ii. Risultato: 62% - 22 /35
- c. N. di casi di genitori di M. coinvolti/N. totale M che hanno iniziato il percorso
 - i. Standard: non applicabile
 - ii. Risultato: 70% 7/10
- d. N. di casi di genitori di M. coinvolti/N. totale M. che hanno completato il percorso
 - i. Standard: non applicabile
 - ii. Risultato: 100% 7/7
- e. N. di casi di genitori di GA coinvolti/N. totale GA che hanno completato il percorso
 - i. Standard: non applicabile
 - ii. Risultato: 100% 15/15; N. 11 genitori coinvolti in pazienti che stanno
proseguendo il programma
- f. N. di casi di genitori di G.A. coinvolti/N. totale G.A. che hanno iniziato il percorso
 - i. Standard: non applicabile
 - ii. Risultato: 90% - 26/29

25. PDTA DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE Percorso Nascita e Raccomandazioni
del Ministero n. 6 e 13: esiti buoni (vedere procedure Ostetricia-Ginecologica OBIETTIVI
QUALITÀ a pag. 8/12). Sono state vaccinate con DTP 386 gravide su una coorte di nuovi
nati residenti nel 2019 di 861 (45%). In occasione della Giornata Nazionale della Salute
della Donna, posticipata alla settimana dal 13 al 18 luglio a causa emergenza epidemiologica
da Covid-19, l'ASL VCO (Bollini Rosa) offre servizi gratuiti dedicati,
quali visite ginecologiche con ecografie pelviche nei giorni 16/07/20 e 17/07/20 presso
ambulatorio di Ostetricia Ginecologia (prenotazione telefonica al numero 0323/541625) e
attività di consulenza telefonica fornita da medici specialisti in psichiatria nei giorni
13/14/17/18 luglio 2020 dalle ore 13.30 alle 15.00 nell'ambito dell'iniziativa "Call line



SPDC- i colori dell'anima: uno spazio di ascolto dedicato ai disturbi dell'umore femminili"
Contatto telefonico al numero 0323/541282.

26. PDTA SPDC – SMT Supporto a Famiglie con Pazienti Psichiatrici. Da verificare anno in corso Nota OBIETTIVI QUALITÀ In SPDC è stato attivato uno spazio dedicato giornaliero, accessibile su prenotazione, entro il quale i medici di reparto svolgono colloqui con i familiari dei degenti. All'ingresso ed alle dimissioni del paziente dal SPDC viene coinvolto il nucleo familiare. In tutti questi casi i colloqui familiari hanno impronta psicoeducazionale oltre che di restituzione, col consenso del paziente, delle risultanze cliniche
27. PDTA SOS Psicologia “Attività psicologica nell’ambito del progetto MaReA. Assistenza psicologica e valutazione dei pazienti candidati al trapianto di rene con donatori viventi in collaborazione con SOC Nefrologia” in cui il sostegno psicologico si innesta nell'ambito di un programma più ampio relativo appunto alla malattia renale avanzata. Negli ambulatori di Nefrologia vengono individuate le coppie di pazienti papabili per il trapianto da vivente, così come quelli da donatore cadavere, sempre negli ambulatori di Nefrologia nei Centri Dialisi o di servizio di Dialisi Peritoneale sono selezionati i pazienti per una valutazione psicologica; Applicazione DGR 15-7071 del 4.2.2014 con riguardo alla assistenza psicologica e valutazione dei pazienti candidati al trapianto di rene con donatori viventi in collaborazione con SOC Nefrologia. Non ci sono stati nel 2019 pazienti candidati al trapianto da donatori vivente. È continuata valutazione di screening psicologico per i pazienti MA.Re.A. attraverso un questionario ANSIA - Depressione utilizzato dal gruppo dei trapianti di rene di ASO Novara. Valutazioni psicodiagnostiche N° 21. Due pazienti sono stati seguiti per un percorso di psicoterapia individuale di sostegno e familiare per problemi di adattamento alla patologia renale e conseguente terapia dialitica. Opuscoli consegnati da dati MA.Re.A.: circa 80 (dato fornito da coordinatrici Progetto MareA Ospedale di Domodossola e Verbania).
28. PDTA SOS Psicologia: Consulenza Psicologica Percorso Nascita dati di attività relativo al percorso nascita.
- N° gravide seguite dalla psicologa del consultorio 164 di cui:
 - Consultorio di Verbania 91 gravide;
 - Consultori di Domodossola 59 gravide;
 - Consultorio di Omegna 14.
 - N° totale colloqui psicologici con puerpere 184 di cui:
 - Consultorio di Verbania 148 puerpere;
 - Consultorio di Domodossola 18;
 - Consultorio di Omegna 18.

Verbania: Colloqui in gravidanza 98, Colloqui nel post partum 74
Domodossola: Colloqui in gravidanza 31, Colloqui nel post partum 18
Omegna: Colloqui in gravidanza 35, Colloqui nel post partum 14
 - Consulenze in reparto di ginecologia effettuate per problemi di sospetta depressione post-partum: n. 12 colloqui.
29. PDTA SOS Psicologia **Breast Cancer Unit:** presa in carico dei pazienti e dei loro famigliari inviati dal CAS Oncologico tramite le Schede di Valutazione della Complessità Psicosociale del malato oncologico con intervento sul singolo paziente o sui suoi familiari tramite colloqui psicologici individuali di *counselling*, di sostegno e di psicoterapia. I dati sono riportati nella tabella a seguire per un **totale di 669 prestazioni.**



Anno 2019	<i>Day Hospital</i>	<i>Reparto Oncologico</i>	<i>Rsa Domodossola</i>
MALATI	507	78	12
CAREGIVER	67	17	3
Totale	574	95	15

Breast Cancer Unit nuovi casi n. 33 pazienti. I nuovi casi visti in oncologia n. 148 (dati CAS), schede psicosociali positive 146. Totale nuovi casi oncologici n. 1.339.

30. PDTA Ictus OBIETTIVI QUALITÀ

- | | |
|---|-------------------|
| a. Appropriatelyzza accesso <i>Stroke Unit</i> Casi Ictus Standard 80% | Esito 85% |
| b. Tempo medio gestione intensiva in <i>Stroke Unit</i> Standard 72 ore | Esito 48/72 ore |
| c. Degenza media: Standard < 12 giorni | Esito 9,98 giorni |
| d. Audit Clinico Tasso Mortalità | Esito 9,1% |



PROCEDURE oggetto di monitoraggio e/o Audit:

1. SOC Anatomia Patologica: "Progetto *Breast Unit*: Applicazione PDTA Aziendale Tumore Mammella
 - a. % Più di 10 linfonodi ascellari asportati: Standard 95% Esito 100%
 - b. % Pezzo operatorio orientato: Standard 99% Esito 100%
 - c. Margini chirurgici indenni da malattia: Standard > 90% Esito 100%
2. SOC Anatomia Patologica: "Applicazione PDTA Aziendale Monitoraggio PDTA Tumori Colon Retto
 - a. % n. di 12 linfonodi asportati: Standard > 95% Esiti 96%
 - b. Margini chirurgici indenni da malattia: Standard 95% Esiti 98%
3. Distretto: Esecuzione ECG 12 Derivazioni a Domicilio; Esiti np
4. SOC Distretto: Esecuzione Rx a Domicilio; n. 118 prestazioni, di cui 40 in RSA, 39 in abitazione privata
5. SOC DSPO Gestione Documentazione Sanitaria:
 - a. Check List Sala operatoria. Sono state verificate n. 274 cartelle cliniche di pazienti sottoposti ad interventi chirurgici, con scelta casuale. Nel 70% dei casi era presente in cartella la check list compilata in modo completo, nel 30% dei casi era incompleta (esiti ottimi per Orto-traumatologia Domodossola, Nefrologia Verbania).
 - b. Qualità delle Cartelle Cliniche. Sono state verificate n. 612 cartelle cliniche pari al 5% dei ricoveri dei due P.O., numerose le non conformità (esame obiettivo incompleto, assenza firme, consensi incompleti, diario clinico non compilato).
6. SOC DSPO Validazione e Pubblicazione:
 - a. *Programma Patient Blood Management*
 - b. Procedura Consenso Informato REV2019
7. SOC DSPO Trasporti secondari intra ed extra ospedalieri con particolare riguardo ai trasporti pediatri compreso STEN; esiti buoni
 - a. Sono stati verificati i moduli relativi a 373 trasporti secondari, nel 39% dei casi era presente tutta la documentazione (scheda trasporto, Classificazione di Eherenwerth, *check list* trasporti), il 61% della modulistica era incompleto. Non è stato introdotto un registro trasporti.
8. SOC Farmacia gestione farmaci e terapie farmacologiche (es. progetto PRORA, Farmacovigilanza e Dispositivovigilanza, Raccomandazioni ministeriali etc.); esiti positivi.

È stata pubblicata la PO 03-FARM 14 "Procedura per la segnalazione di reazione avversa a farmaci e vaccini (*Adverse Drug Reaction-ADR*)", si sono tenuti due eventi formativi in data 03/10/2019 a Domodossola e in data 31/10/2019 a Verbania, dal titolo "*Governo clinico e Vigilanza del Farmaco e Dispositivo Medico: sviluppo di competenze sui problemi correlati alla rilevazione delle segnalazioni*".

Si è concluso il processo di formazione dei medici prescrittori circa l'utilizzo di Prescrivo WEB con l'arruolamento della SOC Urologia inserendo nel programma n° 6 specifici protocolli chemioterapici dedicati.

Sono stati rivisti e aggiornati tutti i protocolli oncologici ed onco-ematologici conseguentemente alla revisione delle Linee Guida dell'emesi e delle terapie di supporto.

È stata attivata la prescrizione informatizzata di n° 40 protocolli di farmaci oncologici orali. Sono stati adottati sacchetti fotoprotettori per i preparati chemioterapici fotosensibili in sostituzione dei fogli di alluminio e buste di sicurezza per il confezionamento secondario di tutti i chemioterapici antiblastici allestiti presso l'U.Ma.C.A..

Sono in corso di validazione la procedura aziendale "*Ricognizione e Riconciliazione della terapia farmacologica*" con l'obiettivo di aumentare la sicurezza dei pazienti e la qualità delle cure, l'appropriatezza prescrittiva e terapeutica nei passaggi tra diversi *setting* clinico-assistenziali, riducendo gli eventi avversi correlati al trattamento farmacologico e migliorando la *compliance* dei pazienti in politerapia e la procedura aziendale "*Procedura operativa aziendale per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli*" con l'obiettivo generale di prevenire gli errori in terapia per la qualità e sicurezza del percorso terapeutico con lo scopo di condividere l'adozione di una terminologia comune tra operatori sanitari.

9. SOC MCU PO 05-MCU 01

- a. N° pazienti con disturbi oculari inviati allo specialista ambulatoriale/ N° totale pz accettati con disturbi oculari: Esiti np
- b. N° pazienti con disturbi otorinolaringoiatrici inviati allo specialista ambulatoriale/ N° totale pz accettati con disturbi otorinolaringoiatrici: Esiti np

10. SOC Nefrologia: Applicazione della procedura di venipuntura *buttonhole*, è avvenuta secondo le modalità indicate nel documento di riferimento (PO 30 NEF 03). Per ciascun paziente arruolato è stata redatta opportuna scheda di sorveglianza, debitamente compilata a ciascuna seduta dialitica. La metodica è stata applicata a n° 17 pazienti, per un totale di 5356 giorni fav, non si è registrato alcun caso di infezione dell'accesso vascolare. La metodica proposta costituisce, per i pazienti eleggibili, una valida e gradita opzione, correlata ad una bassa incidenza di complicanze, se applicata con il rigido rispetto della procedura.

11. SOC Nefrologia: Applicazione della procedura Prevenzione del Danno Renale da Mezzo di Contrasto (CIN) nella popolazione con ridotta funzione renale nel 100% dei pazienti valutati su indicazione di Medici di Medicina Generale, altri Specialisti ospedalieri o ambulatoriali, Nefrologi medesimi. Il protocollo di nefroprotezione (infusione endovenosa di sodio bicarbonato più assunzione di N-acetilcisteina per os) è stato applicato in ambito ambulatoriale presso le sedi ospedaliere di Verbania e di Domodossola su n° 131 pazienti per un totale di n° 148 TC con utilizzo di mezzo di contrasto e conseguente ciclo di terapia come su specificato. In tutti i casi è stato effettuato il controllo della funzione renale a 48 ore e a 7 giorni con evidenza in n° 4 casi di nefropatia da mezzo di contrasto con rialzo dei parametri di funzione renale (Cr_s dopo mdc > del 25% rispetto alla *baseline*), dato rientrato dopo ciclo di terapia infusione con soluzione polialina ev nei giorni successivi all'esame. La procedura per esecuzione di TC è stata effettuata anche in n° 19 pazienti in ambito di ricovero in relazione al più marcato grado di insufficienza renale (eGFR < 30 ml/min), aspetto che ha richiesto come da protocollo un ciclo di nefroprotezione più prolungato in termini di infusione di sodio bicarbonato ev. In n° 2 casi è stato necessario eseguire una terapia infusione prolungata per il verificarsi di un quadro di IRA da mezzo di contrasto, successivamente regredita e non necessitante di trattamento dialitico.

12. SOC Nefrologia: Revisione Procedura Operativa per la gestione del paziente con Insufficienza Renale Acuta in Unità di Terapia Intensiva (UTI) in collaborazione con la SOC Anestesia e Rianimazione, per la gestione clinica dei pazienti con quadro di IRA (PO 30 NEF 02 REV 2019)

degenti in Unità di Terapia Intensiva (UTI) che necessitano di terapia depurativa extracorporea. Lo scopo è stato quello di integrare l'attività del personale medico ed infermieristico delle Dialisi e delle Terapie Intensive, definendo i compiti specifici per ogni figura professionale e definendo la più adeguata modalità operativa sui presidi Ospedalieri di Verbania e Domodossola. La terapia emodepurativa tramite CRRT/SLEDD abbinata all'utilizzo dei più recenti *device* che utilizzano membrane di ultima generazione con coefficiente di *siving* e capacità *adsorbitive* differenti, costituisce il trattamento d'eccellenza per i pazienti affetti da IRA con o senza Shock Settico ricoverati in UTI. Le evoluzioni tecnologiche nel campo specifico della gestione clinica dell'IRA in Area Critica hanno richiesto un adeguamento sia in termini di compiti e responsabilità, ma anche di timing e tipologia di intervento adeguate alla realtà operativa dell'ASL VCO.

13. SOC Nefrologia: Incremento dell'utilizzo dei farmaci biosimilari vs originatori, nel rispetto delle direttive regionali. In ottemperanza alle direttive regionali tutti i pazienti con quadro di anemia secondaria ad insufficienza renale cronica necessitante di terapia stimolante di eritropoiesi (ESA) sono stati avviati a terapia con farmaci biosimilari a parte pochi casi da riferire a soggetti non responder o con intolleranze al farmaco non originator. Nella fattispecie dei n° 436 pazienti globalmente trattati n° 423 (n° 113 IRC in emodialisi, n° 11 IRC in dialisi peritoneale, 305 IRC in trattamento conservativo, n° 4 pazienti portatori di trapianto renale) pari al 97% sono stati trattati con ESA biosimilare; n° 13 (n° 2 IRC in emodialisi, n° 10 IRC in trattamento conservativo, n° 1 paziente portatore di trapianto renale) pari al 3%, con farmaco originator.
14. SOC Oncologia: Monitoraggio dell'applicazione aderenza alle tempistiche di effettuazione dei GIC e di somministrazione dei protocolli chemioterapici per:
 - a. Tumori della Laringe 28 casi discussi, 90% entro 15 gg dalla diagnosi istologica - Standard 90%,
 - b. Tumori della Mammella 342 casi discussi (pre-post operatori) entro 15 gg dalla diagnosi istologica 100% - Standard 90%.
 - c. Tumori del Colon e del Retto: **137** casi discussi 70% entro 15 gg dalla diagnosi istologica - Standard 90%.
12. SOC Ostetricia Ginecologia validazione e pubblicazione anno 2019:
 - a. Procedura Accesso Diretto in SOC Ostetricia
 - b. Procedura Taglio Cesareo in Urgenza Emergenza
 - c. Procedura Parto di Prova in Progresso Taglio Cesareo
 - d. Revisione procedura gestione PROM e pPROM
 - e. Revisione procedura Emorragia Post Partum
 - f. Revisione procedura STAM
13. SOC Ostetricia Ginecologia: esiti applicazione delle procedure
 - a. Procedura Induzione del Travaglio di Parto: tasso induzioni farmacologiche: 18% - atteso indicatore <30%
 - b. Procedura "Prevenzione della Ritenzione di Garze e di Strumentario nel sito chirurgico in sala parto": indicatore 100%
 - c. Revisione procedura Emorragia post partum indicatori: n° isterectomie/n° parti con EPP: 0%, n° donne trasfuse/n° parti vaginali: 0.7%, n° ricoveri in TI per EPP da parto vaginale/n° parti vaginali: 0%



- d. Revisione procedura STAM: Da Verbania eseguiti correttamente per indicazione, tempistica e mezzo di soccorso e personale 5 STAM (5 a AOU Maggiore Carità Novara), 100% con esito positivo. Da Domodossola eseguiti correttamente per indicazione, tempistica e mezzo di soccorso e personale 4 STAM (2 a Verbania e 2 a AOU Maggiore Carità Novara) 100% con esito positivo
 - e. Procedura gestione prolasso di funicolo: monitoraggio indicatore: eseguito: 0%
 - f. Procedura ipertensione in gravidanza: monitoraggio indicatore: n° preeclampsie lievi/parti totali: 8/595: 1.3%; n° preeclampsie gravi/parti totali: 6/595: 1.0%; n° eclampsie/parti totali: 0%
14. SOC Pediatria PO 19-PED 14 *Follow Up* neonato pretermine e/o con patologia (*dati forniti da SOC NPI*)
- a. N° 2 bambini con anomalia di sviluppo con necessità di *counselling* abilitativo /N°39 totale bambini visti in *follow up*
 - b. N° 4 bambini con evidente patologia che necessita di presa in carico riabilitativa/N°39 totale bambini visti in *follow up*.
15. SOC Pediatria "La Promozione, la Protezione e il Sostegno dell'allattamento al seno, dell'Alimentazione dei Bambini e della Genitorialità sia in ambito Ospedaliero che Territoriale" REV2017: esiti positivi, tasso di allattamento esclusivo al seno alla dimissione dall'ospedale dal Nido 95,7%, dalla Patologia Neonatale 75%. Dai BDS ai 4-5 mesi il 67,6 % dei lattanti è allattato esclusivamente al seno ed ai BDS dei 15-18 mesi il 30,4 % assume ancora latte materno.
16. SOC Radiodiagnostica: Applicazione e Monitoraggio della Procedura "Esami Radiologia Convenzionale a Domicilio": sono stati effettuati 76 test radiologici sul Distretto dell'ASL di cui 37 in Strutture Private Accreditate e 39 al Domicilio dei Pazienti. Dei 76 esami radiologici n. 42 sono stati effettuati nel Verbano, n. 28 in Ossola e n. 6 nel Cusio. Il 62% degli esami sono stati radiografie del Torace e il 25% radiografie dell'anca e del femore in seguito a interventi di artroprotesi.
17. SOC Radiodiagnostica Applicazione e monitoraggio Procedura Nefropatie da MDC esiti positivi (vedere dati SOC Nefrologia)
18. SOC RRF: Applicazione e monitoraggio della procedura aziendale *counselling* fisioterapico nel tumore della mammella secondo PDTA aziendale: erogate tutte le n. 100 richieste di *counselling*: esiti ottimi
19. SOC RRF: Attivazione e monitoraggio del trattamento fisioterapico nel tumore della mammella secondo PDTA aziendale: erogate le richieste esiti positivi
20. SOC RRF: Attivazione e monitoraggio del trattamento fisioterapico della Frattura di Femore nei pazienti < 65 aa secondo PDTA aziendale: erogate tutte le n. 136 a VB e n 107 a DO richieste per un totale di n. 243 nei tempi previsti dal PDTA: esiti positivi
21. SOC RRF: Attivazione e monitoraggio del trattamento fisioterapico della PDTA Tumori Testa Collo: erogate tutte le n. 11 richieste nei tempi previsti dal Percorso di Cura: esiti positivi



-
22. SOC RRF: Attivazione e monitoraggio del trattamento fisioterapico nei Pazienti con Ictus secondo PDTA aziendale: erogate tutte le n. richieste nei tempi previsti dal Percorso di Cura esiti positivi
23. SOC RRF: Attivazione e monitoraggio del trattamento logopedico Disfagia Neurologica-Presbifagia, erogate tutte le n. 17 a VB e n 53 a DO richieste per un totale di n. 70 nei tempi previsti dal PDTA, esiti positivi
24. SOC RRF: Attivazione e monitoraggio del trattamento fisioterapico percorso Fast track in chirurgia ortopedica secondo PDTA aziendale, erogate le n. 2 richieste del COQ
25. SOC RRF: Attivazione e monitoraggio del trattamento fisioterapico percorso Ricoveri riabilitativi respiratori, esiti positivi
26. SOC SERD PO 40-SERD 02 Verifica Assenza alcoldipendenza nei lavoratori a rischio. Esiti dei 3 indicatori: ottimi.
Indicatore di Struttura: A tutti i lavoratori inviati dal medico competente viene applicata la procedura di accertamento.
a. Standard: 100% - Risultato: 1/1 = 100%
Indicatore di Processo: Rispetto dei tempi previsti
a. Standard: 90% Risultato 1/1 = 100%
Indicatore di Esito: Numero di casi positivi/totale casi anno
a. Risultato: 1/1 positivo con esito di presa in carico al SERD.
26. SOC SERD PO 40-SERD 01 Inserimento in strutture residenziali accreditate pazienti con dipendenze patologiche: Esiti dei 6 indicatori: ottimi:
Obiettivo 1 L'equo utilizzo delle risorse, a vantaggio dei pazienti in carico alle tre sedi del SERD è finalità del servizio.
a. Indicatore di Processo: Rispetto della frequenza stabilita per le riunioni tra i referenti delle tre sedi SerD – Standard 100% raggiunto
b. Indicatore di risultato: Tutte le scelte di inserimento terapeutico sono state esaminate e condivise dal gruppo di lavoro come da Procedura Operativa. - Standard: 100% raggiunto, documentato dai report delle riunioni del Gruppo di Lavoro SerD.
Obiettivo 2 Trasparenza nelle scelte che prevedono un impegno di spesa
Indicatore di Processo:
a. I pazienti che richiedono l'inserimento in Comunità Terapeutica vengono messi a conoscenza del processo decisionale
b. Standard 100% raggiunto; 29/29 ogni paziente firma un modulo in cui dichiara di essere stato informato del processo decisionale; i moduli firmati sono tenuti nel fascicolo sanitario del paziente.
Obiettivo 3 Verifica degli esiti alla dimissione dalla comunità
a. Indicatore di Processo: Tutti i pazienti dimessi dalla comunità Terapeutica sono valutati dal Gruppo di Lavoro Aziendale per verificare l'efficacia dei trattamenti ricevuti. Standard: 70% - Risultato: 100% 15/15;
b. Indicatore di Risultato: n. di pazienti che hanno completato il programma residenziale / totale pazienti che lo hanno iniziato - Standard: 70% - Risultato: 24% 7/29
Nota: Le analisi più recenti (O.E.D. - Piemonte) riportano che i soggetti inseriti in C.T. interrompono il programma nelle seguenti percentuali: SRLA 11%, S.T.R. 38%,



Strutture per pazienti comorbili con patologie psichiatriche 60%; inoltre il 48% dei percorsi terapeutici residenziali sono interrotti entro i primi 6 mesi.

Nel 2019 hanno interrotto un programma terapeutico residenziale 8 dei 29 pazienti inseriti, il 27% inseriti in STR 21 dei 36 pazienti che nel 2019 hanno seguito un programma residenziale, il 51 %, lo stanno proseguendo nel 2020, quindi complessivamente ci si scosta poco dagli standard regionali.

27. SOC SERD: Verifica Assenza Tossicodipendenza nei Lavoratori a Rischio: esiti positivi
Indicatore di Struttura: A tutti i lavoratori inviati dal medico competente viene applicata la procedura di accertamento.
a. Standard: 100%
b. Risultato: 2/2 = 100%
Indicatore di Processo: Rispetto dei tempi previsti
a. Standard: 90%
b. Risultato: 2/2 = 100%
Indicatore di Esito: N. casi positivi/totale casi anno
a. Risultato: 2/2
28. SOC Urologia procedura gestione visita urologica: esiti positivi
29. SOC Urologia procedura modalità di raccolta e gestione biopsia prostatica: esiti buoni
30. SOS ICT “Gestione della Indisponibilità della Cartella Clinica Elettronica” esiti discreti
31. SOS Malattie Infettive: Appropriately consumo degli antibiotici e antifungini - Indicatore regionale 11; esiti positivi
32. SOS Malattie Infettive: Controllo resistenze agli antibiotici e antifungini - Indicatore regionale 9A, 9B e 10; controllo resistenze agli antibiotici e antifungini in quanto sono stati comunicati i dati epidemiologici riferiti alla ASL VCO in due edizioni (18/10/2019 presso P.O. di Domodossola e 12/11/2019 presso P.O di Verbania). I suddetti incontri hanno dato punteggio ECM ai partecipanti.
33. SOS UPRI Attività di prevenzione-gestione del rischio infettivo come previsto dalle Schede di Budget: Il programma di attività è stato elaborato secondo le indicazioni regionali che prevedono l’applicazione di indicatori riguardanti diversi aspetti della lotta alle ICA.
Il programma è stato deliberato dalla DG. Le attività svolte rientrano negli ambiti di SORVEGLIANZA, CONTROLLO e FORMAZIONE: Alcune attività sono state declinate come obiettivo aziendale ai Direttori delle SOC e SOS nello specifico:
Attività di formazione Partecipazione dei medici assegnati alla struttura al corso FAD ASL “ATB resistenza e buon uso dell’antibiotico” corso disponibile sulla piattaforma MEDMOOD oppure al corso “Antimicrobial Stewardship: un approccio basato sulle competenze” disponibile sulla piattaforma FADINMED. È stata considerata valida anche la partecipazione a corsi sull’antibiotico resistenza diversi da quelli sopraelencati. Evidenza di partecipazione del personale identificato di alcune SOC al corso residenziale “NON TI VEDO MA SO CHI SEI E COSA FAI” Evidenza di partecipazione del personale ditta MARKAS (ditta trasporti interni) ai momenti formativi su “PRECAUZIONI STANDARD E AGGIUNTIVE PER CONTENERE LA DIFFUSIONE DEI MICROORGANISMI” obiettivo declinato al DIPSA.
Attività di controllo Redazione di procedura per la pulizia e disinfezione delle sonde ecografiche intracavitarie e delle apparecchiature ecografiche in uso presso i Consultori.



Obiettivo declinato alla SOS DIP. Attività Consulitoriale. Redazione di procedura per la gestione dell'analisi dei campioni ematici sottoposti a indagine microbiologica (emocoltura). Obiettivo declinato alla SOC Laboratorio.

34. SOS UPRI Procedura Accessi e Percorsi Interni ai Blocchi Operatori: Nel mese di febbraio dell'anno 2019 è stato effettuato il controllo dell'applicazione degli accessi presso il blocco operatorio di Domodossola (relazione già trasmessa). Le criticità rilevate sono state analizzate e in seguito sono state intraprese azioni correttive. Il previsto controllo di verifica programmato nel mese di febbraio 2020 è stato rinviato a causa dell'emergenza COVID 19. Nel mese di agosto 2019 è stato effettuato il controllo di verifica sul blocco operatorio di Verbania (prima rilevazione luglio agosto 2018). Dalla verifica risulta che le azioni migliorative sono state applicate parzialmente. L'attività di formazione ritenuta essenziale per modificare i comportamenti degli operatori non è stata attivata per problematiche organizzative della SOS Formazione.
35. SOSD Consultorio: Consulenza psico-sessuale: Tutte le richieste di consulenza psicologia fatte al servizio consulitoriale sono evase, per quanto riguarda le consulenze psico-sessuali, sono state n. 21 a Domodossola, n. 53 a Omegna e n. 107 a Verbania per un totale di n. 181, il dato si riferisce fino al mese di settembre in quanto il CUP regionale non permette l'estrapolazione del dato in oggetto.
36. SOSD Consultorio: Contraccezione di emergenza anche per minori, la contraccezione di emergenza per le maggiorenni dall'anno 2016 è disponibile liberamente nelle farmacie e quindi non è necessario rivolgersi al consultorio, mentre le minorenni che si sono recate presso il consultorio dove è stata somministrata la contraccezione d'emergenza, sono state n. 27 di cui a Verbania n. 19, a Domodossola n. 2 e n. 6 ad Omegna. A tutte le ragazze che si sono rivolte al servizio è stata fatta consulenza contraccettiva e proposto una presa in carico per controllo ginecologico.
37. SOSD Consultorio: Consegna e gestione della agenda gravidanza: n. 1.205 di cui a Verbania 655, n. 364 a Domodossola e n. 186 ad Omegna
38. SOSD Consultorio: Presa in carico gravidanza basso rischio: I primo colloqui con gravide presso le tre sedi consultoriali sono stati n. 324, di queste n. 181 hanno potuto proseguire nell'ambulatorio di gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica. A Verbania sono stati effettuati 167 primi colloqui e delle 130 gravidanze che sono rimaste in carico al consultorio, 100 hanno proseguito il percorso nell'ambulatorio ostetrico a basso rischio e 30 sono state inviate al medico, a Domodossola 107 primi colloqui e 100 rimaste in carico, 70 nell'ambulatorio ostetrico a basso rischio e 30 inviate al medico, ad Omegna 50 primi colloqui delle 43 gravidanze rimaste in carico 11 seguite dall'ambulatorio a basso rischio e 32 dal medico ginecologo (nel corso del 2019 fino a settembre in questa sede era presente solo una ostetrica); esiti positivi
39. SOSD Consultorio: Procedura interruzione volontaria gravidanza: Tutte le donne che hanno richiesto ai consultori IVG sono state accolte e sono stati rilasciati n. 53 certificati di cui 17 a Verbania, 17 ad Omegna e 19 a Domodossola. Le donne che si sono rivolte al consultorio per la vista post IVG sono state 30, così suddivise: 4 a Verbania, 17 ad Omegna e 9 a Domodossola.
40. La procedura operativa "Percorso IVG consulitoriale" dell'anno 2010 è stato revisionata e pubblicata sul sito intranet il 20 dicembre 2018 con esiti positivi.



41. SOSD Consultorio: Riabilitazione pavimento pelvico - L'ambulatorio di riabilitazione pavimento pelvico, presente nelle tre sedi consultoriali, ha preso in carico n. 112 donne e dalla fine anno 2019, lavora in collaborazione con la SOC RRF ASL VCO oltre che con la SOC di Urologia. A Verbania sono state prese in carico 16 donne, ad Omegna 26 e a Domodossola 70.
42. SOSD Consultorio: Informazioni e consulenze per la procreazione responsabile e la sterilità della coppia, la prevenzione dei rischi genetici:
 - a. Totale di visite ginecologiche 1322 di cui a Verbania 474, Omegna 668 e Domodossola 180
43. SOSD Consultorio: Controllo della gravidanza a rischio:
 - a. Effettuate n° 620 visite ostetriche da parte dei ginecologi consultoriali così suddivise per le tre sedi: Verbania 173, Omegna 280 e Domodossola 167.
44. SOSD Consultorio: Applicazione contraccettivi meccanici:
 - a. Le donne a cui, dopo consulenza contraccettiva, è stata inserita IUD sono state n. 11, di cui a Verbania 1, a Domodossola n. 2 e n. 8 ad Omegna.
45. SOSD Diabetologia e malattie endocrine: Gestione Ospedaliera Pz Diabetico Adulto esiti indicatori: buoni
46. SOSD Endoscopia Digestiva Accoglienza e Dimissione Utente endoscopia digestiva; esiti dei 4 indicatori selezionati: ottimi
47. SOSD Endoscopia Digestiva Biopsia tratto gastroenterico in corso di esame diagnostico; esiti dei 4 indicatori: ottimi
48. SOSD Endoscopia Digestiva Esecuzione colonscopia; esiti dei 4 indicatori selezionati: ottimi
49. SOSD Endoscopia Digestiva Esecuzione polipectomia endoscopica; esiti dei 6 indicatori selezionati: ottimi
50. SOSD Endoscopia Digestiva Gestione del Tumore Gastrico: esiti dei 2 indicatori selezionati: ottimi
51. SOSD Endoscopia Digestiva Gestione del Videoduodenoscopio; esiti dei 4 indicatori selezionati: ottimi
52. SOSD Endoscopia Digestiva Procedura Gestione strumenti endoscopici: esiti dei 4 indicatori selezionati: ottimi
53. SOSD Endoscopia Digestiva Refertazione colonscopia; esiti dei 7 indicatori selezionati: ottimi
54. SOSD Endoscopia Digestiva Screening tumore colon retto in endoscopia; esiti degli 11 indicatori selezionati: ottimi
55. SOSD Malattie Infettive: Antibiotico-profilassi in chirurgia: E' stato rivisto, insieme all'UPRI, il protocollo di antibiotico profilassi in Chirurgia: esiti buoni
56. SOSD Radioterapia Applicazione della *checklist* per la pianificazione dei trattamenti radioterapici; sono stati elaborati i dati relativi a n. 379 trattamenti a campione: esiti positivi



57. SOSD Radioterapia nei Tumori del Retto come da PDTA Aziendale; sono stati valutati in seguito a GIC n. 17 pz di cui n. 13 trattati con RT preoperatoria: esiti positivi
58. SOSD Radioterapia: Implementazione e applicazione IGRT come sovradosaggio nella Radioterapia delle Neoplasie Ginecologiche; sono state valutate in seguito a GIC n. 16 pz di cui n. 5 trattate con tecnica stereotassica: esiti positivi
59. SOSD Radioterapia: Monitoraggio applicazione procedura accettazione e identificazione paziente. Complessivamente sono stati trattati e identificati n. 426 casi, non ci sono stati errori di identificazione: esiti positivi
60. SOSD Radioterapia: monitoraggio dell'applicazione manuale per la sicurezza nella radioterapia ad intensità modulata (PO 26-RT 06 Procedura per la Qualità e la Sicurezza nella Radioterapia ad intensità modulata). Sono stati valutati e trattati n 196 casi: esiti positivi
61. SOSD SIMT Linee Guida alla trasfusione di emocomponenti 2016 esiti buoni
62. SOSD SIMT Qualità di prodotto, prevenzione della MEN, monitoraggio Donatori di emocomponenti come previsto dalle Schede di Budget: esiti positivi
63. SOSD SIMT Procedura per la Sicurezza della Terapia Trasfusionale: esiti buoni
64. SOSD SIMT Procedura di accettazione richiesta emocomponenti: esiti buoni
65. SOSD SIMT Procedura richiesta emocomponenti in routine e urgenza: esiti discreti
66. SOSD SIMT Procedura per restituzione emocomponenti: esiti discreti
67. SOSD SIMT Procedura richieste urgentissime di sangue: esiti buoni
68. SOSD SPDC Prevenzione e gestione della contenzione dei pazienti ricoverati come previsto dalle Schede di Budget: esiti molto buoni. Formazione congiunta DSM-DEA-NPI-SERD-SERVIZIO SOCIALE AZIENDALE-SERVIZIO PSICOLOGIA, sul tema della prevenzione della violenza nei luoghi di cura. In SPDC è stata effettuata formazione interna sul tema della contenzione meccanica.
69. SOSD SPDC Procedura gestione dell'accesso e dell'accoglienza: è stata predisposta una stanza dedicata all'accoglienza dei pazienti al ricovero, situata all'ingresso del reparto e segnalata targa per garantire ai pazienti ed alle loro famiglie la privacy necessaria nel corso della raccolta dati e della visita medica e psichiatrica all'ingresso; esiti positivi
70. SOSD SPDC Procedura modalità di dimissione da SPDC: la lettera di dimissione riporta la data e l'ora dell'appuntamento con lo psichiatra curante in CSM. È stato predisposto sui Desktop dei PC di reparto e del CSM una cartella condivisa consultabile in tempo reale. Entrambe le iniziative predisposte sono finalizzate alla garanzia della continuità tra ospedale e territorio; esiti positivi



Programma Nazionale Esiti (PNE): i dati dell'anno 2018 non sono stati, ad oggi, pubblicati. Si riportano gli Indicatori PNE già monitorati dall'ASL VCO nell'ambito degli Obiettivi Qualità-Appropriatezza:

1. Ictus Ischemico: Mortalità a 30 giorni; disponibili dati PNE 2017 e anno 2019 **dato ASL VCO: 9.1%**
2. Infarto Miocardico Acuto: Proporzioe di Trattati PTCA entro 2 Giorni; disponibili dati PNE 2017 e anno 2019 **dato ASL VCO: 81,7 %**
3. Infarto Miocardico Acuto Proporzioe di Trattati PTCA entro 7 Giorni; disponibili dati PNE 2017
4. Infarto Miocardico Acuto: Mortalità a 30; giorni disponibili dati PNE 2017
5. Scompenso Cardiaco Congestizio: mortalità a 30 giorni; disponibili dati PNE 2017
6. Scompenso Cardiaco Congestizio: riammissioni ospedaliere entro 30 giorni; disponibili dati PNE 2017
7. Frattura del Collo del Femore: intervento chirurgico entro 2 giorni: disponibili dati PNE 2017 e anno 2019 **dato ASL VCO: 52,4 %**
8. Frattura del Collo del Femore: mortalità a 30 giorni, disponibili dati PNE 2017
9. Frattura della Tibia e del Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico
10. Protesi di ginocchio volumi di ricoveri, disponibili dati PNE 2017
11. Protesi di ginocchio riospedalizzazione; disponibili dati PNE 2017
12. Colectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni; disponibili dati PNE 2017 e anno 2019 **dato ASL VCO: 78%**
13. Colectomia Laparoscopica: Proporzioe Ricoveri in *Day Surgery*; disponibili dati PNE 2017
14. Colectomia Laparoscopica in Regime Ordinario: Altro Intervento a 30 Giorni; disponibili dati PNE 2017
15. Intervento Chirurgico per TM Colon: Mortalità a 30 Giorni, disponibili dati PNE 2017
16. Tumori della mammella: proporzione di interventi effettuati in reparti con volume di attività > 135 casi; disponibili dati PNE 2017 e Rete Oncologica Piemontese 2019
17. Proporzioe di interventi di ricostruzione o inserzione di espansore nel ricovero indice per intervento chirurgico demolitivo per tumore invasivo della mammella; disponibili dati PNE 2017 e Rete Oncologica Piemontese 2019



18. Tumori della mammella: % nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da chirurgia conservativa; disponibili dati 2017
19. Tumori della mammella: % nuovi interventi di resezione entro 90 giorni da chirurgia conservativa; disponibili dati PNE 2017
20. Tumori della mammella: proporzione di interventi conservativi; disponibili dati PNE 2017 e Rete Oncologica Piemontese 2019
21. Tumori del colon: Mortalità a 30 giorni, disponibili dati PNE 2017
22. Tumori urologici: casistica della vescica, della prostata, del rene ed alte vie, disponibili dati PNE 2017 e Rete Oncologica Piemontese 2019
23. Ospedalizzazione per Amputazione degli Arti Inferiori nei Pazienti Diabetici, disponibili dati PNE 2017
24. Ospedalizzazione per Complicanze a Breve e Medio Termine nei Pazienti Diabetici, disponibili dati PNE 2017
25. BPCO riacutizzata, riammissione entro 30 giorni, disponibili dati PNE 2017
26. Parto Naturale: Proporzioni Complicanze Durante Parto e Puerperio, disponibili dati PNE 2017
27. Parto Naturale: Ricoveri Successivi durante il Puerperio disponibili dati PNE 2017,
28. Proporzione di Parti con Taglio Cesareo Primario, disponibili dati PNE 2017 e dato ASL VCO 2019: **21,5%**
29. Parto Cesareo: complicanze durante il Parto ed il Puerperio; disponibili dati PNE 2017

L'attività di audit, di monitoraggio, di verifica e di valutazione dei processi sanitari così come la redazione, la validazione e la pubblicazione di procedure/percorsi/altri documenti, sono attività estremamente complesse, impegnative, delicate che richiedono un notevole impegno multiprofessionale e multidisciplinare in un ambito, quale quello sanitario, a scarsa disponibilità di risorse umane, tecnologiche e strutturali. Pur tra queste difficoltà il sistema aziendale di monitoraggio delle attività clinico-assistenziali viene svolto con costanza, con grande impegno e in raccordo sia con il sistema regionale sia con il Programma Nazionale Esiti.

Verbania 13 Luglio 2020

Dott. Margherita Bianchi