



A.S.L. V.C.O.

*Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola*

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 622 del 01/08/2023

**Oggetto: APPROVAZIONE DELLA RELAZIONE ANNUALE SULLA PERFORMANCE
(R.A.P.) DELL'ASL VCO RIFERITA ALL'ANNO 2022.**

DIRETTORE GENERALE - DOTT.SSA CHIARA SERPIERI
(NOMINATO CON DGR N.11-3293 DEL 28/05/2021)

DIRETTORE AMMINISTRATIVO - AVV. CINZIA MELODA

DIRETTORE SANITARIO - DOTT.SSA EMANUELA PASTORELLI



A.S.L. V.C.O.

*Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola*

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Struttura proponente: AFFARI GENERALI LEGALI E ISTITUZIONALI

L'estensore dell'atto: Caretti Patrizia

Il Responsabile del procedimento: Primatesta Giuseppina

Il Dirigente/Funziario: Primatesta Giuseppina

Il funzionario incaricato alla pubblicazione.



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

IL DIRETTORE GENERALE

Nella data sopraindicata, su proposta istruttoria del Direttore sostituto SOC Affari Generali Legali ed Istituzionali di seguito riportata, in conformità al Regolamento approvato con delibera n. 290 del 12/05/2017, modificato con delibera n. 65 del 28.1.2020.

Premesso che:

- Il D.Lvo n. 150/2009 e s.m.i di oggetto "*Attuazione della legge 4 marzo 2009 n. 15 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni*", all'art. 10 prevede che, al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, le amministrazioni pubbliche redigono e pubblicano, ogni anno, sul sito istituzionale, la Relazione annuale sulla Performance, approvata dall'organo di indirizzo politico-amministrativo e validata dall'Organismo Indipendente di Valutazione ai sensi dell'art. 14. Tale relazione evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.
- La Civit, con delibera n. 5/2012, ha dettato linee guida relative alla struttura ed alla modalità di redazione della Relazione sulla Performance.
- La Regione Piemonte, con la D.G.R. n. 25-6944 del 23.12.2013, dopo aver precisato che non ricorre, per le aziende sanitarie, l'obbligo di adottare gli strumenti operativi previsti dall'art. 10 del D.Lgs n. 150/2009 (ovvero Piano della Performance e Relazione annuale sulla performance) ha disposto che le aziende predispongano, annualmente, sia il Piano annuale della Performance (PAP) sia un provvedimento consuntivo (denominato Relazione annuale sulla Performance, RAP) con il quale attestare la misura della realizzazione degli obiettivi strategici e/o operativi contenuti nel Piano annuale della Performance. La Relazione annuale sulla Performance, validata dall'OIV, è formalmente approvata dalle Direzione aziendale, di norma, entro il 31 luglio dell'anno successivo.

Dato atto che la Relazione annuale sulla Performance riferita al 2022 è stata redatta in applicazione delle disposizioni in premessa indicate, con riferimento agli obiettivi strategici ed operativi contenuti nel Piano annuale della Performance 2022, approvato con deliberazione n. 225 del 30.3.2022.

Tenuto conto del collegamento con il Piano triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2022-2024, dell'ASL VCO (aggiornamento 2022), adottato con deliberazione n. 324 del 30.4.2022.

Richiamata la deliberazione n. 506 del 30.6.2022 con la quale l'Azienda ha approvato il Piano Integrato di Attività e organizzazione (PIAO) per il triennio 2022-2024 (termine differito, in sede di prima applicazione del PIAO, al 30.6.2022 dal DL n. 36 del 30.4.2022 conv. L. n. 79 del 29.6.2022).



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

Dato atto che la Direzione Generale, con deliberazione n. 594 del 18.7.2023, ha preso atto delle risultanze delle valutazioni effettuate dall'Organismo Indipendente di Valutazione in merito al grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati, per l'anno 2022, ai Direttori: di Dipartimento, delle Sos Dipartimentali, delle Strutture Complesse, ai Responsabili delle Sos in Staff e di Supporto alla Direzione Generale, alle Sos Amministrative, alle Funzioni.

Rilevato che la Relazione annuale sulla Performance 2022, in conformità alla normativa vigente, è stata validata da parte dell'O.I.V. (ai sensi dell'art. 14, comma 4, lett. c, del D.Lgs n. 150/2009 e s.m.i.) nella seduta del 24.7.2023 (verbale n. 9).

Tenuto conto che l'Azienda, ai sensi del D.Lvo n. 33/2013 e s.m.i., ha l'obbligo di pubblicare, sul proprio sito Internet aziendale, rubrica "*Amministrazione Trasparente*", nella sezione "Performance", sottosezione "Relazione sulla Performance" la Relazione annuale, mentre, nella sezione "Controlli e rilievi sull'amministrazione", sotto sezione "*Organismi Indipendenti di Valutazione, Nuclei di Valutazione, o altri Organismi con funzioni analoghe*", il documento di validazione da parte dell'O.I.V.

Condivisa la proposta come sopra formulata e ritenendo sussistere le condizioni per l'assunzione della presente delibera.

Acquisiti i pareri espressi ai sensi dell'art. 3 del d.Lgs. 502 /1992 e s.m.i., come formulati nel frontespizio del presente atto.

DELIBERA

- 1)** Di approvare, per le motivazioni in premessa illustrate, la "Relazione annuale sulla Performance", RAP, riferita all'anno 2022, nel testo allegato al presente atto (All. A), che ne costituisce parte integrante e sostanziale.
- 2)** Di dare atto che la Relazione annuale sulla Performance 2022 è stata validata dall'Organismo Indipendente di Valutazione, ai sensi dell'art. 14, comma 4, lett. c, del D.Lgs n. 150/2009 e s.m.i., nella seduta del 24.7.2023 (verbale n. 9).
- 3)** Di pubblicare: - la Relazione annuale sulla Performance sul Sito Internet aziendale, nella rubrica "*Amministrazione Trasparente*", sezione "Performance", sotto sezione "Relazione sulla Performance"; - il documento di validazione dell'O.I.V. nella rubrica "*Amministrazione Trasparente*", sezione "*Controlli e rilievi sull'amministrazione*", sotto sezione "*Organismi Indipendenti di Valutazione, Nuclei di Valutazione, o altri Organismi con funzioni analoghe*".
- 4)** Di trasmettere la presente deliberazione alla Soc Gestione Personale e Relazioni Sindacali.



A.S.L. V.C.O.

*Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola*

**RELAZIONE ANNUALE SULLA PERFORMANCE
(R.A.P.)**

DELL'ASL VCO RIFERITA ALL'ANNO 2022

**(ART 10 D.Lvo n. 150/2009 e smi –
D.G.R. Regione Piemonte n. 25-6944 del 23.12.2013)**

24.7.2023

INDICE		Pag.
	Premessa	3
1.	Il Contesto di riferimento	4
2.	L'organizzazione aziendale	5
3.	Le risorse umane	9
4.	Dati di attività 2022	11
4.1	Attività svolta nel 2022 in merito alla prevenzione	11
4.2	Attività svolta nel 2022 in merito all'assistenza territoriale	11
4.3	Attività svolta nel 2022 in merito all'assistenza Ospedaliera	14
5.	Risultato del conto consuntivo 2022	17
6.	Piano della Performance 2022: aree strategiche	19
6.1	Processo di attuazione del ciclo della Performance anno 2022	21
7.	Obiettivi 2022	23
7.1	Obiettivi assegnati dalla Direzione Generale ai Direttori di Struttura per l'anno 2022	23
7.2	Obiettivi assegnati dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022	24
8.	Valutazione degli obiettivi anno 2022 da parte dell'Organismo Indipendente di valutazione (O.I.V.)	25
9.	Anticorruzione e Trasparenza anno 2022	28

Premessa

L'art. 10 del DL.vo n. 150 del 27.10.2009 e smi prevede che le amministrazioni pubbliche devono annualmente redigere due documenti ovvero il "Piano annuale della Performance" e la "Relazione sulla performance".

Il Piano annuale della Performance è un documento programmatico da adottare in coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'azienda, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale e i relativi indicatori (il P.A.P. deve tener anche conto degli obiettivi direttamente assegnati dalla Regione al Direttore Generale).

La Relazione sulla performance evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse.

La Regione Piemonte, con DGR n. 25-6944 del 23.12.2013, pur precisando che non ricorre per le aziende sanitarie regionali l'obbligo di adottare gli strumenti operativi previsti dall'art. 10 del D.Lgs n. 150 (Piano della Performance e Relazione sulla Performance) ha formulato alcune indicazioni di massima anche in riferimento ai documenti aziendali che rispondono allo scopo di definire ed assegnare gli obiettivi e di rendicontarli in maniera definitiva. Con la D.G.R. richiamata la Regione ha invitato le aziende sanitarie a redigere, annualmente: – entro il 31 marzo (di norma) il Piano annuale della Performance (P.A.P.); – entro il 31 luglio (di norma) la Relazione annuale sulla performance (R.A.P.) ovvero un documento consuntivo con il quale attestare la misura della realizzazione degli obiettivi strategici e/o operativi contenuti nel PAP. La R.A.P. costituisce condizione per l'erogazione della retribuzione di risultato/produttività collettiva al personale dell'azienda. La R.A.P. è validata dall'Organismo Indipendente di Valutazione.

Si richiamano le linee guida emanate da Civit in merito alla modalità di redazione della relazione (Delibera n. 5/2012).

Relativamente all'anno 2022 l'ASL VCO ha avviato la gestione del ciclo della performance adottando, con atto n. 225 del 30.3.2022, il Piano della Performance dell'ASL VCO 2021-2023, aggiornamento 2022. Lo stesso è stato pubblicato sul sito internet aziendale, nella rubrica Amministrazione Trasparente, sezione Performance, sottosezione Relazione sulla Performance. Occorre rilevare che, con l'adozione del Piano della Performance, si è precisato che, per l'anno 2022, il Piano della Performance recepisce le "Linee Guida per la disciplina del Lavoro agile, con valenza sperimentale e temporanea per il personale del comparto sanità", adottate con atto deliberativo n. 176 del 15.3.22, rinviando la predisposizione del POLA al momento della adozione del P.I.A.O.

Con deliberazione n. 506 del 30.6.2022 è stato approvato il Piano Integrato di Attività e organizzazione (PIAO) per il triennio 2022-2024. In via di prima attuazione il D.L. n. 228 del 30.12.21 "Milleproroghe" ha spostato la data per l'adozione del documento al 30.4.22 mentre il D.L. n. 36 del 30.4.2022 "Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza" ha differito, solo in sede di prima applicazione del PIAO, ulteriormente, il termine al 30.6.22 (il DL 36 è stato convertito, con modifiche, nella L. n. 79 del 29.6.22). Peraltro l'azienda alla data del 30.6 aveva già adottato, nel rispetto dei termini: – il Piano della Performance, con atto deliberativo n. 225 del 30.3.2021, il PTPCT 2022-2024, con atto deliberativo n. 324 del 30.4.2021; – il Piano triennale dei fabbisogni del personale (P.T.F.P.).

Ciò premesso occorre osservare che, nell'ambito della Relazione annuale sulla Performance riferita all'anno 2022, si fa riferimento:

- agli obiettivi che, nel 2022, la Direzione Generale ha declinato ai Direttori: di Dipartimento, delle Sos Dipartimentali, delle Strutture Complesse, ai Responsabili delle Sos in Staff e di Supporto alla Direzione Generale, alle Sos Amministrative, alle Funzioni (vedi deliberazione n. 925 del 23.12.2022 di presa d'atto degli obiettivi assegnati nel corso del primo semestre 2022);
- agli obiettivi assegnati, per l'anno 2022, dalla Regione Piemonte al Direttore Generale, con D.G.R. n. 23-5653 del 19.9.2022, ai sensi dell'art. 2, comma 2, del D.Lgs n. 171/2016 e smi e dell'art. 1, comma 865, della L. n. 145/2018 e declinati ai Direttori di Struttura per l'anno 2022.

1. Il Contesto di riferimento

L'Azienda Sanitaria Locale del Verbano Cusio ed Ossola nasce come ASL 14 dall'accorpamento, avvenuto il 1° gennaio 1995, delle 3 precedenti Unità Sanitarie Locali (l'Usl 55 di Verbania, 56 di Domodossola e 57 di Omegna). E' denominata ASL VCO dal 1° gennaio 2008 ed è costituita con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale. L'Azienda presenta un'estensione territoriale di circa 2.332,86 km quadrati, per il 96% montani, ha una densità abitativa media di 71 abitanti/Kmq e comprende 83 Comuni, distribuiti in maniera disomogenea sul territorio del Verbano, Cusio ed Ossola.

Al fine di garantire processi omogenei di distribuzione delle risorse e di equità nell'accesso e nell'utilizzazione dei servizi nell'atto aziendale vigente si è previsto un unico distretto nell'ambito del quale sono state individuate tre Aree territoriali in considerazione delle diversità geomorfologiche e sociali.

I Comuni che afferiscono all'ASL VCO sono i seguenti:

Area Cusio: Ameno (NO) – Armeno (NO) – Arola – Casale Corte Cerro – Cesara – Germagno – Gravellona Toce – Loreglia – Madonna del Sasso – Massiola – Miasino (NO) – Nonio – Omegna – Orta San Giulio (NO) – Pella (NO) – Pettenasco (NO) – Quarna Sopra – Quarna Sotto – S.Maurizio d'Opaglio (NO) – Valstrona.

*

Area Verbano: Arizzano – Aurano – Baveno – Bee – Belgirate – Brovello Carpugnino – Cambiasca – Cannero Riviera – Cannobio – Caprezzo – Cavaglio Spocchia – Cossogno – Cursolo Orasso – Falmenta – Ghiffa – Gignese – Gurro – Intragna – Mergozzo – Miazzina – Oggebbio – Premeno – San Bernardino Verbano – Stresa – Trarego Viggiona – Verbania – Vignone.

*

Area Ossola: Antrona Schieranco – Anzola d'Ossola – Baceno – Bannio Anzino – Beura Cardezza – Bognanco – Borgomezzavalle (unione di Viganella e Seppiana) Calasca Castiglione – Ceppo Morelli – Craveggia – Crevoladossola – Crodo – Domodossola – Druogno – Formazza – Macugnaga – Malesco – Masera – Montecrestese – Montescheno – Ornavasso – Pallanzeno – Piedimulera – Pieve Vergonte – Premia – Premosello Chiovenda – Re – Santa Maria Maggiore – Toceno – Trasquera – Trontano – Vanzone con San Carlo – Varzo – Villadossola – Villette – Vogogna.

➤ Popolazione

Il totale abitanti dell'ASL VCO, al 31.12.2022, è di 165.311, così divisi tra maschi e femmine:

Fonte: Uffici Anagrafe Comuni ASL VCO			
Popolazione ASL VCO: distribuzione per genere al 31.12.2022			
Ambito territoriale	Maschi	Femmine	Totale
Verbano	30.686	32.830	63.516
Cusio	19.304	20.541	39.845
Ossola	30.287	31.663	61.950
Totale ASL VCO	80.277	85.034	165.311

2. L'organizzazione aziendale

L'A.S.L. V.C.O. è inserita organicamente nel servizio sanitario regionale piemontese con la finalità di proteggere, promuovere e migliorare la salute della popolazione residente mediante programmi ed azioni coerenti con i principi e con gli obiettivi indicati dalla pianificazione sanitaria e socio assistenziale nazionale e regionale.

Come emerge dall'atto aziendale vigente la **missione** dell'Azienda è quella di garantire il diritto alla salute, offrendo i servizi, le attività, le prestazioni necessarie per la promozione, tutela, prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie e la riabilitazione ma, nel contempo, assicurare che tali attività servizi e prestazioni siano di qualità elevata e siano fornite nei modi, luoghi e tempi congrui per le effettive necessità della popolazione. L'Asl VCO svolge la funzione preminente di tutela della salute e quella di erogazione dei servizi di assistenza primaria tramite il Distretto, ed i servizi di assistenza specialistica tramite gli ambulatori e gli ospedali di rete. Le attività di promozione della salute e prevenzione primaria collettiva sono svolte dal Dipartimento di Prevenzione e/o mediante l'attivazione di programmi speciali finalizzati.

La **visione** dell'Azienda si caratterizza per la capacità di sviluppare integrazioni, alleanze e sinergie all'interno del sistema sanitario regionale e con il contesto locale e sovrazonale, al fine di realizzare una rete integrata di servizi per la tutela della salute, in un'ottica di miglioramento continuo, di innovazione organizzativa, di sviluppo e valorizzazione delle professionalità.

I **valori fondanti** che orientano e sostengono le azioni ed i comportamenti dei singoli operatori e dell'intera organizzazione afferiscono alla:

- centralità del cittadino, quale titolare del diritto alla salute;
- continuità assistenziale dei percorsi di cura al fine di consentire la presa in carico globale dell'assistito e la massima integrazione dei singoli momenti del percorso di cura;
- sistematica informazione al cittadino ed ai fruitori dei servizi sui loro diritti e opportunità;

- collaborazione con le Istituzioni locali, le Organizzazioni Sindacali, le Associazioni rappresentative dei cittadini e del terzo settore;
- approccio integrato socio-sanitario alle problematiche di salute;
- tutela e cura delle persone più deboli o con disabilità, favorendo anche la loro integrazione nella vita quotidiana;
- contenimento dell'attività di ricovero (deospedalizzazione) evitandone l'uso improprio, da realizzare attraverso la continuità assistenziale, utile a garantire un percorso di presa in carico e di assistenza socio/sanitaria senza soluzioni di continuità;
- qualità dei servizi da realizzare lavorando sull'efficacia ed appropriatezza clinica, costruendo percorsi diagnostici terapeutici assistenziali improntati alla medicina basata sulle evidenze scientifiche, sulla sicurezza e sulla gestione del rischio, sull'appropriatezza organizzativa, sulla promozione della prevenzione;
- aggiornamento e sviluppo delle competenze professionali;
- sicurezza delle attività e degli ambienti di lavoro al fine di garantire la massima tutela per le persone che fruiscono dei servizi e per gli operatori;
- integrazione tra la dimensione clinica e quella economica;
- messa in atto di azioni volte alla prevenzione ed alla repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione, ai sensi della L. n. 190 del 6.11.2012;
- trasparenza dell'attività amministrativa.

L'Azienda si caratterizza per una organizzazione di tipo dipartimentale, come risulta dall'organigramma aziendale i Dipartimenti dell'ASL VCO sono i seguenti:

Dipartimenti aziendali territoriali: Dipartimento di Prevenzione e Dipartimento Materno Infantile.

Dipartimenti aziendali ospedalieri: dipartimento delle patologie mediche, dipartimento delle patologie chirurgiche, dipartimento dei servizi diagnostici e terapie di supporto.

Dipartimenti territoriali interaziendali: - di Salute Mentale, in accordo con l'ASL di Biella e l'ASL di Vercelli, è costituito, strutturalmente, per il governo e la gestione delle attività nell'intero territorio delle tre aziende sanitarie; - delle Dipendenze, in accordo con l'ASL di Biella, l'ASL di Novara e l'ASL di Vercelli, è costituito, strutturalmente, per il governo e la gestione delle attività nell'intero territorio delle aziende coinvolte.

Sono stati, inoltre, individuati i seguenti dipartimenti interaziendali funzionali con il coinvolgimento: dell'AOU "Maggiore della Carità" di Novara, dell'Asl di Biella, di Novara, di Vercelli e dell'ASL VCO ovvero:

- Medicina dei Laboratori
- Medicina fisica e riabilitativa.

Le **macro aree di intervento dell'Azienda** (definite dalla D.G.R. n. 42-1921/2015 (e smi) che ha dettato le linee guida per la predisposizione dell'atto aziendale vigente) e l'assetto organizzativo possono essere così schematizzate: macro area della prevenzione - macro area territoriale - macro area ospedaliera.

Macro area della prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è la struttura operativa dell'A.S.L. che garantisce la tutela della salute collettiva perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e della disabilità, miglioramento della qualità di vita. A tal fine il Dipartimento promuove azioni volte ad individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana ed animale, mediante iniziative coordinate con i distretti, con i dipartimenti dell'A.S.L., prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline (art. 7bis del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.).

Al Dipartimento di Prevenzione, così come previsto dal decreto legislativo 502/92 e s.m.i., afferiscono 7 Strutture, di seguito riportate, ad alto livello di autonomia, che agiscono in sinergia. Ciò al fine di realizzare una sempre maggiore integrazione funzionale tra le varie discipline della prevenzione e della sicurezza tramite l'adozione di percorsi assistenziali trasversali, focalizzati alla presa in carico globale dei problemi sanitari delle collettività, come la sicurezza alimentare, la prevenzione primaria (stili di vita) e secondaria (screening) delle malattie cronico degenerative, la sicurezza degli ambienti di vita e di lavoro, il rapporto tra ambiente e salute e la gestione delle emergenze di sanità pubblica.

Di seguito si rappresentano le Strutture che afferiscono al Dipartimento di Prevenzione:

- Soc Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (Spresal): la missione della struttura è garantire la tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori attraverso le attività di vigilanza e controllo e la promozione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, con l'obiettivo di prevenire le patologie e gli infortuni correlati al lavoro, promuovere il benessere lavorativo e contribuire al contrasto delle disuguaglianze generate dal lavoro attraverso il coinvolgimento attivo delle parti sociali e istituzionali presenti sul territorio.
- Soc Igiene e Alimenti e Nutrizione (SIAN): la missione della struttura è la tutela della salute pubblica attraverso attività di prevenzione e vigilanza nel settore della sicurezza alimentare, attività di promozione per un'alimentazione equilibrata e comportamenti alimentari corretti.
- Soc Igiene e Sanità Pubblica (SISP): la missione della struttura è la tutela della salute della popolazione mediante la promozione della salute e di stili di vita sani, la prevenzione delle malattie infettive, la prevenzione delle malattie cronico - degenerative, la prevenzione degli infortuni domestici, la tutela dai rischi sanitari connessi all'inquinamento ambientale, la tutela della collettività e dei singoli di rischi sanitari degli ambienti di vita.
- Soc Servizio Veterinario Area A: la missione della struttura è la tutela della sanità animale, la promozione della salute umana e lo sviluppo di un corretto rapporto uomo- animale- ambiente.
- Sos Dipartimentale Servizio Veterinario Area B: la missione della struttura è la promozione della salute del consumatore attraverso il controllo sulla filiera degli alimenti di origine animale.
- Sos Dipartimentale Servizio Veterinario Area C: la missione della struttura è la tutela e promozione della salute pubblica e del benessere animale attraverso il controllo e la certificazione dell'idoneità e conformità delle produzioni zootecniche, la tutela dell'ambiente e la promozione del corretto rapporto uomo-animale attraverso l'educazione sanitaria.
- Sos Dipartimentale Medicina Legale: la missione della struttura è l'accertamento e la verifica delle condizioni di salute delle persone, sia attraverso visite monocratiche che collegiali, lo svolgimento di attività di consulenza, lo svolgimento delle attività indicate dal regolamento di polizia mortuaria, lo svolgimento delle attività di vigilanza previste da norme e regolamenti regionali.

Macro area territoriale

Il Distretto, quale articolazione territoriale ed organizzativa dell'ASL, svolge un ruolo essenziale nella governance del sistema territoriale realizzando una funzione di erogazione produttiva e di coordinamento della rete dei servizi e, contemporaneamente, una funzione di garanzia e di accompagnamento nell'accesso dei servizi. Con la D.G.R. n. 26-1653 del 29.6.2015 si è ridefinito il modello organizzativo territoriale rilanciando il ruolo e le funzioni del distretto e del sistema dell'assistenza primaria quale primo livello clinico di contatto dei cittadini con il sistema sanitario regionale. Gli obiettivi che si è inteso perseguire attengono: - al miglioramento dell'organizzazione del sistema di assistenza basandola su principi quali: la centralità del paziente e della persona; la prossimità dei percorsi per la cronicità; la tempestività di intervento; il coordinamento degli interventi, specie per

quanto attiene i processi di integrazione socio-sanitaria; l'elaborazione di percorsi basati sulle evidenze scientifiche; la semplificazione e la trasparenza organizzativa; – alla garanzia della partecipazione del paziente e delle famiglie al processo di cura; – ad una miglior integrazione con i servizi sociali comunali e del terzo settore; – alla realizzazione di una stretta sinergia tra le reti territoriali con quelle ospedaliere per assicurare la corretta presa in carico del cittadino (in tutto il percorso di salute), e la continuità delle cure, in un sistema integrato dove i livelli di intensità degli interventi possano essere modulati dall'ospedale al territorio e viceversa. Si è previsto un unico distretto, pur garantendo la specificità dei singoli territori articolando i Comitati dei Sindaci di Distretto nelle Aree del Verbano, del Cusio e dell'Ossola.

Macro area ospedaliera

Nell'ambito dell'ASL VCO sono presenti n. 2 Presidi ospedalieri a gestione diretta, "Castelli" di Verbania e "S. Biagio" di Domodossola.

Con DGR n. 1-600 del 19.11.2014 (poi integrata con la DGR n. 1-924 del 23.1.2015) la Regione ha provveduto all'adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014-2016. **Le aree/specialità per ciascun Presidio ospedaliero** a gestione diretta sono di seguito riportate (così come definito dalla DGR n. 1-600/2014 integrata dalla DGR n. 1-924/2015). Il totale delle strutture di area ospedaliera è pari a 24 in aggiunta ad una struttura di Ortopedia che afferisce al Centro Ortopedico di Quadrante (per un totale di 25).

Area	Specialità
Medica	Cardiologia Verbania – Cardiologia Domodossola- Geriatria – Medicina Generale Verbania – Medicina Generale Domodossola – Nefrologia Dialisi – Neurologia – Oncologia
Chirurgica	Chirurgia Generale Verbania – Chirurgia Generale Domodossola – Oculistica – ORL – 2 Ortopedia e Traumatologia Verbania – Ortopedia e Traumatologia Domodossola; – Urologia.
Materno infantile	Ostetricia – Pediatria
Emergenza	MCAU – Terapia intensiva/rianimazione/anestesia
Post acuzie	RRF
Diagnostica e supporto	Direzione Sanitaria – Farmacia Ospedaliera – Laboratorio Analisi – Radiologia – Anatomia e Istologia patologica.

Sul territorio del V.C.O. sono inoltre ubicati due Presidi privati convenzionati di tipo riabilitativo (Casa di Cura "l'Eremo di Miazzina" e Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico "S. Giuseppe" di Piancavallo) ed il Presidio pubblico/privato denominato "Centro Ortopedico di Quadrante Ospedale Madonna del Popolo di Omegna" (C.O.Q. S.p.A.), costituito in Società per azioni a capitale misto, pubblico/privato, di cui l'A.S.L. V.C.O. detiene la quota di maggioranza pari al 51%.

3. Le risorse umane

L'ambito di analisi "risorse umane" evidenzia le conoscenze, le capacità, le attitudini e i comportamenti, il turn over e i valori dominanti dei soggetti che operano all'interno dell'organizzazione.

Il personale dipendente impiegato negli anni 2020 – 2022 è stato il seguente:

	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022
Dipendenti di ruolo	1.767	1.744	1.810
Incaricati	2	5	1
Supplenti	7	19	9
Covid a tempo determinato	142	155	22

Con riferimento al numero di dipendenti di ruolo al 31.12.2022 occorre considerare che il numero di 1.810 è comprensivo di n. 40 unità di personale stabilizzato (di cui: n. 9 infermieri professionali, n. 1 infermiere pediatrico, n. 1 ostetrica, n. 1 dietista, n. 28 OSS).

Occorre osservare che rimane una forte criticità per quanto riguarda i dirigenti medici:

	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022
Dirigenti medici in servizio	283	273	250
Dirigenti medici in dotazione	345	348	348
Posti vacanti	62	75	98

Come si desume dalla relazione al conto consuntivo 2022 il costo del personale registrato a consuntivo 2022 al netto dei costi per personale Covid dedicato, risulta in aumento rispetto al consuntivo 2021 per €. 1.967.994,63 di cui €. 3.055.201,49 per applicazione CCNL 2019/2021 personale del comparto, anno 2022.

A Consuntivo 2022 sono inoltre stati inseriti tra i fondi da distribuire al personale, gli incrementi dei fondi del salario accessorio del personale del SSN, ai sensi dell'art.11 del D.L. n. 35/2019 (Decreto Calabria) che per il personale non Covid ammontano ad €. 594.032,80.

Lo stato di emergenza per contrastare la diffusione dell'epidemia da covi-19, dichiarato con delibera del Consiglio dei Ministri del 31.1.2020, il cui termine è stato più volte prorogato, è terminata il 31.3.2022 come da DLn. 24 del 24.3.2022, conv. con modif. dalla L. n. 52/2022. L'ASL VCO, durante l'intero anno 2022, ha mantenuto in essere, mediante proroghe, numerosi rapporti di lavoro flessibile con personale del comparto e della dirigenza sanitaria e a costituirne di nuovi per fronteggiare le esigenze straordinarie connesse all'emergenza pandemica che, sebbene termina il 31.3.2022, ha prodotto effetti sino al 31.12.2022, determinando la necessità di espletare attività alla stessa connesse. Sin dall'anno 2020 sono state acquisite risorse umane per le finalità covid mediante la costituzione di rapporti di lavoro a tempo determinato e di rapporti di lavoro autonomo (incarichi libero professionali) come previsto dalla normativa vigente. Nel 2022 l'ASI VCO ha stabilizzato: - n. 9 infermieri professionali; - n.

1 infermiere pediatrico; -n. 1 ostetrica; - n. 1 dietista ; - n. 28 OSS per un totale complessivo di 40 unità.

Continua la diminuzione del personale medico (riduzione costi €. 991.453,42 corrispondenti a -20 unità) infatti nonostante le procedure di reclutamento siano attivate in modo massivo, si registrano risultati insoddisfacenti a causa della frequente rinuncia degli idonei in graduatoria all'atto dell'instaurazione dei rapporti di lavoro, se non addirittura la mancata partecipazione alle procedure concorsuali che spesso vanno deserte. Il correttivo dell'ammissione ai concorsi di medici a partire dal terzo anno del corso di formazione specialistica non ha dato buoni esiti.

La criticità legata alla carenza di dirigenti medici specialisti è stata rilevata dal Direttore Generale con lettera prot n. 10231 del 14.2.2023 indirizzata alla Regione Piemonte. Nella nota, dopo aver evidenziato la gravissima carenza di medici specialisti che lamentano molte aziende sanitarie piemontesi e di molte altre regioni italiane, si rileva che la realtà del VCO è in linea con l'andamento nazionale anzi, la geolocalizzazione dell'asl VCO impatta ancora più negativamente sul reclutamento di medici. Già con lettera prot 31818 del 19.5.2022 l'ASL aveva evidenziato alla Regione questa carenza di dirigenti medici specialisti verificatasi a seguito di dimissioni a fini pensionistici o per l'assunzione di altri incarichi. Si è inoltre registrato: - concorsi andati deserti - rinunce espresse da parte di medici utilmente collocati nelle graduatorie concorsuali - mancate risposte in merito al reclutamento mediante avvisi per conferimento di incarichi libero professionali - mancate risposte da altre aziende sanitarie (sia Piemontesi sia Lombarde che della Valle d'Aosta) alle quali erano state richieste consulenze. Nella richiamata lettera prot 31818 si osserva che le difficoltà di reclutamento si sono aggravate nel 2022 al punto da mettere a rischio, in taluni casi, il mantenimento della continuità dei livelli assistenziali. Da qui la necessità di ricorrere all'affidamento in appalto del servizio di assistenza medica, in attesa dell'espletamento di una gara europea a procedura aperta di durata triennale.

Per quanto concerne il personale del comparto sanitario non si sono registrate significative variazioni sul numero di unità, mentre l'incremento di €. 2.910.955,78 è da riferirsi all'applicazione contratto CCNL 2019/2021 e all'incremento fondi per applicazione D.L. n. 35/2019.

Risultano invece in diminuzione le unità di personale del comparto tecnico (- 12 unità) il costo risulta in incremento per €. 1.234.771,89 da riferirsi all'applicazione contratto CCNL 2019/2021 e all'incremento fondi per applicazione D.L. n. 35/2019.

Il personale del comparto amministrativo aumenta di n. 13 unità con aumento del costo per €. 603.776,79 in parte anche in questo caso giustificato dall'applicazione contratto CCNL 2019/2021 e all'incremento fondi per applicazione D.L. n. 35/2019.

Il costo del personale rilevato a consuntivo 2022 per personale dedicato alla gestione della pandemia per un importo pari ad €. 4.518.865,48 risulta in diminuzione rispetto al consuntivo 2022 per €. 2.109.187,73.

Da ultimo sottolinea che il costo del personale già da diversi anni risulta entro i tetti di spesa fissati dalla Regione e dal Ministero.

4. Dati di attività 2022

4.1 Attività svolta nel 2022 in merito alla prevenzione

Anche nel 2022 le Strutture afferenti il Dipartimento di Prevenzione hanno messo in atto gli obiettivi tenuto conto di quanto previsto dal Piano Nazionale e dal Piano Regionale di Prevenzione ed hanno messo in atto le strategie di contrasto alla diffusione dei fattori di rischio più comuni anche attraverso la realizzazione di progetti quali: PASSI, HBSC e Piano di Sorveglianza. D'altra parte occorre tener conto che il 26% della popolazione del VCO è costituita da soggetti ultrasessantacinquenni perciò la prevenzione, anche per il 2022, è stata rivolta verso le malattie croniche non trasmissibili il cui impatto è riducibile mediante il controllo dei fattori di rischio. Ci si riferisce, tra gli altri, a: fumo, alcol, sedentarietà, sovrappeso/obesità, ipertensione, ipercolesterolemia. Sono state previste azioni comuni con il SERD per quanto riguarda in particolare il contrasto all'abuso di alcol e fumo.

L'impegno è stato rivolto alla promozione di corretti stili di vita nei setting previsti dal P.R.P. (scuola, comunità e ambienti di vita, ambienti di lavoro, sanità) e di comportamenti che favoriscano una protezione nei confronti delle malattie croniche non trasmissibili, oltre che una corretta protezione rispetto alle malattie infettive. Si è proposto una offerta formativa rivolta alle scuole e sono proseguite le azioni volte a ridurre gli incidenti domestici, gli incidenti stradali, per ridurre il tabagismo, le dipendenze patologiche ed il gioco d'azzardo patologico. Sono stati applicati i programmi di screening oncologici relativi al carcinoma della mammella, della cervice uterina e del colon retto ed è proseguita l'attività di vigilanza e controllo verso le aziende del territorio con particolare attenzione a quegli ambiti a maggior rischio di infortuni e di malattie professionali (si pensi ai cantieri edili ed al comparto metalmeccanico).

Sono stati effettuati: - interventi congiunti dello SPRESAL con l'ITL, programmati nell'ambito dell'OPV, anche in merito al rispetto delle misure di prevenzione del Covid 19 nelle aziende; programmi vaccinali pediatrici e rivolti agli adulti con riferimento al vaccino antinfluenzale e antipneumococcico, così come previsto nei LEA e a collaborare, per la parte di competenza, alla vaccinazione di massa con riferimento al coronavirus

Sono state realizzate tutte le attività finalizzate a garantire la sicurezza alimentari e la continuità delle filiere produttive, dall'allevamento alla lavorazione, distribuzione e ristorazione.

4.2 Attività svolta nel 2022 in merito all'assistenza territoriale

Per quanto attiene l'organizzazione dell'assistenza primaria si riportano alcuni dati ritenuti significativi:
Punti di erogazione territoriali: ambulatori dei MMG, Pls e della guardia medica.

<i>Fonte: archivio distretti - Dati al 31.12.2022</i>				
MMG/Pls	Area Verbano	Area Cusio	Area Ossola	ASL VCO
N° MMG di cui:	29	30	38	97

- medicina in associazione	0	2	2	4
- medicina in rete	4	7	10	21
- medicina di gruppo	10	11	13	34
Totale medici in aggregazione	14	20	25	59
MMG: N° ambulatori medici	64	77	94	235
MMG: N° ore apertura settimanali	481	542	618	1641
N° PIs di cui:	5	3	4	12
- pediatri di gruppo	4	1	3	8
- pediatri in associazione	0	2	0	2
Totale pediatri in aggregazione	4	3	3	10
PLs: N° ambulatori medici	14	6	11	31
PLs: N° ore apertura settimanali	101	52	69	222

Fonte: archivio distretti - Dati al 31.12.2022

CONTINUITA' ASSISTENZIALE (Ex Guardia Medica)	
Aree/ASL VCO	N° Postazioni
Verbano	Cannobio
	Verbania
	Stresa
Totale	3
Cusio	Omegna
	Totale
Ossola	Domodossola
	Premosello Chiovenda
Totale	2
TOTALE POSTAZIONI ASL VCO	6

Fonte: archivio distretti - Dati al 31.12.2022

Distretto VCO	Sedi Sub distrettuali	Punti prelievi	Farmacie	Dispensari
1	12	12	76	16

Per quanto riguarda l'organizzazione dell'assistenza residenziale si osserva che l'azienda opera mediante 1 presidio a gestione diretta (Hospice San Rocco) e 33 strutture convenzionate.

La tipologia delle strutture convenzionate ed il tipo di assistenza erogata dalle stesse è la seguente:

N. 25 strutture residenziali	di cui: 3 per assistenza psichiatrica, 20 per assistenza agli
------------------------------	---

		anziani e 2 per assistenza ai disabili fisici)
N. strutture semiresidenziali	8	di cui: 3 per assistenza agli anziani e 5 per assistenza ai disabili fisici.

Gli istituti o centri di riabilitazione convenzionati ex art.26 L.833/78 ubicati sul territorio dell'ASL VCO sono 2: l'Istituto Sacra Famiglia e l'Associazione Centri del V.C.O.

Per quanto attiene l'assistenza agli anziani, ai disabili, ai malati terminali, il numero di posti letto disponibili nel territorio del VCO al novembre 2022 è il seguente:

<i>Fonte: archivio distretti – Dati al 31.12.2022</i>				
Tipologia	Area Verbano	Area Cusio	Area Ossola	ASL VCO
CAVS (Continuità assistenziale a valenza sanitaria)	70	20	40	130
RSA (Residenza sanitaria assistenziale)	349	234	375	958
NAT (Nuclei Alzheimer temporanei)	20	10	10	40
RAF disabili (Residenza assistenziale flessibile)	74	0	10	84
Gruppi appartamento/Comunità Alloggio Disabili	19	4	26	49
Hospice + NAC/NSV (Nucleo di alta complessità neurologica/ Nucleo Stati Vegetativi)	10 20	0	0	10 20
Residenze minori	19	12	8	44
Centro diurno anziani	16	15	10	41
Centro diurno minori	15	10	0	25
Centro diurno Alzheimer	2	2	2	6
Centro diurno disabili	20	10	30	60

Nel corso del 2020–2021 l'ASL VCO ha potenziato quattro Case della Salute, ai sensi della DGR 3–4287 del 29.11.2016, ubicate nei Comuni di Cannobio, Crevoladossola, Omegna e Verbania. Nel 2022 sono state messe in atto azioni volte a: – programmare tre Case di Comunità a Verbania Domodossola e Omegna; – progettare un Ospedale di Comunità nel Comune di Gravellona Toce; – attivare la COT (Centrale Operativa Territoriale) con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza – urgenza.

Come noto la popolazione dell'ASL VCO si caratterizza per una struttura per età particolarmente anziana con tutte le problematiche di tipo cronico degenerativo conseguenti. Per questo motivo anche nel 2022 si è lavorato al fine di potenziare i percorsi assistenziali e realizzare, sempre di più, la continuità ospedale territorio. Nel corso del 2019 è stato predisposto il Piano delle Cronicità che ha avuto un rallentamento nel corso del 2020 e 2021 a causa della pandemia da Coronavirs ma nel 2022 lo stesso è stato implementato con lo sviluppo di PDTA sulla BPCO, PDTA sullo scompenso Cardiaco e PDTA sull'Insufficienza Renale Cronica come da disposizioni date dalla Regione Piemonte e con un serie di

specifiche attività. Si è inoltre previsto un aumento di organico per le infermiere di comunità in previsione dello sviluppo del Piano della Cronicità.

Nel 2022 il Distretto VCO ha partecipato ad un progetto Interreg, "Pallium" riguardo ad un programma di cooperazione Interreg VA "Italia -Svizzera 2014-2020" con l'obiettivo di prendersi in cura e migliorare la qualità di vita dei pazienti terminali e dei loro familiari. Inoltre si è lavorato per portare avanti alcuni interventi, in collaborazione con l'Unione Montane delle Valli dell'Ossola, da svolgere nell'ambito territoriale delle Valli dell'Ossola, riguardanti: la Telemedicina, il coinvolgimento dell'Infermiere di Comunità, la rete dei servizi territoriali RSA, la rete dei servizi territoriali MMG.

Il distretto, nel corso del 2022: - ha migliorato le relazioni con le Associazioni di Volontariato ed ha realizzato un costante confronto con le Amministrazioni locali per il coinvolgimento delle stesse nei processi di analisi e di valutazione dei servizi territoriali; - ha coordinato il complesso delle attività sanitarie integrate con quelle dei Consorzi dei Servizi socio-assistenziali al fine di migliorare la presa in carico dei bisogni delle condizioni di fragilità e disagio; - ha provveduto a rafforzare l'integrazione, nella rete dei servizi, delle strutture private convenzionate ubicate sul territorio dell'Asl (ovvero: Casa di Cura l'Eremo di Miazzina, Istituto Auxologico di Piancavallo, Centri del VCO, Istituto Sacra Famiglia) al fine di rispondere, in maniera appropriata, ai bisogni emergenti dal territorio, sia in ambito di prestazioni ambulatoriali che residenziali per i cittadini del VCO, attraverso il coordinamento dell'offerta oltre che per un miglioramento dei tempi di attesa.

4.3 Attività svolta nel 2022 in merito all'assistenza ospedaliera

In ambito ospedaliero nel corso del 2022 si è puntato l'attenzione al fine di recuperare l'attività programmata che, a causa della pandemia, ha subito un rallentamento con conseguente aumento dei pazienti in attesa, nonostante, nel 2022, siano state garantite le prestazioni in urgenza, oncologiche e le restanti prestazioni non procrastinabili previste dalle disposizioni regionali.

Si è proseguito a dare applicazione, per quanto attiene l'assistenza ospedaliera, ai principali strumenti del governo clinico, in stretta sinergia con il Responsabile dell'equipe professionale Organizzazione, Qualità, Accreditamento.

I posti letto:

Di seguito è riportata una tabella riassuntiva con l'indicazione dei posti letto (ordinari e diurni) per presidio ospedaliero riferiti al 7 dicembre 2022.

POSTI LETTO AL 7 DICEMBRE 2022

PRESIDIO OSPED. DOMODOSSOLA: codice area 01						OMEGNA	PRESIDIO OSP.VERBANIA: codice area: 02						totale x reparto			
REPARTO	Cod Spec	R.COVID	R.O.	DH	D.S.	D.H.	REPARTO	Cod Spec	R.COVID	R.O.	D.H.	D.S.	R.COVID	R.O	D.H.	D.S.
CARDIOLOGIA	08		8	1			CARDIOLOGIA	8		8	1			16	1	
							MAL.INFETTIVE	24	5	5	1		5	5	1	
MEDICINA G.	26	4	22	3			MEDICINA G.	26	4	20	3		8	42	6	
							NEFROLOGIA	29		11	1			11	1	
NEUROLOGIA	32		14*	1										14	1	
ONCOLOGIA	64			3		2 *	ONCOLOGIA	64		6	6			6	9	
CHIRURGIA G.	09		16				CHIRURGIA G.	09		14				30		
OCULISTICA	34		2											2		
ORTOTRAUM	36		10				ORTOTRAUM	36		10				20		
ORL	38		4											4		
UROLOGIA	43		10				UROLOGIA	43						10		
D.S.MULT.	98				12		D.S.MULT.	98				5				17
NIDO	31		8				NIDO	31		21				29		
PUNTO N./GIN			5				OST.GINEC.	37		10				15		
							PEDIATRIA	39		5	1			5	1	
							NEONATOL.	62		2				2		
T.I./RIANIMAZ.	49		6				T.I./RIANIMAZ	49	2	4			2	10		
UTIC	50		3				UTIC	50		1				4		
							PSICHIATRIA	40		11	1			11	1	
LIBERA PROF	67		1	1	1		LIBERA PROF.	67		1	1	1		2	2	2
totale		4	109	9	13	2	totale		11	129	15	6	15	238	23	19

- Temporaneamente non attivi

- Rispetto ai 14 posti della Soc Neurologia, 4 afferiscono alla Stroke Unit

Alcuni dati di attività ospedaliera

Si segnalano alcuni dati di attività degli anni 2020-21-22 con particolare riferimento: - alla degenza (ordinaria ed in DH) - alla specialistica ambulatoriale.

SEDE	ANNO 2020		
	TIPOLOGIA RICOVERI	CASI	VALORE (€)
EMERGENZA COVID-19	R.O.	953	4.450.759
OSPEDALE VERBANIA	R.O.	4.168	11.991.709
	DH/DS	692	650.339
OSPEDALE DOMODOSSOLA	R.O.	3.644	15.369.154
OSPEDALE DOMODOSSOLA	DH/DS	1.046	1.317.687
TOTALE R.O.		8.765	31.811.622
TOTALE DH/DS		1.738	1.968.026
TOTALE		10.503	33.779.648

SEDE	ANNO 2021		
	TIPOLOGIA RICOVERI	CASI	VALORE (€)
Emergenza Covid-19	R.O.	627	4.127.307
OSPEDALE VERBANIA	R.O.	4.522	13.010.861
	DH/DS	662	688.803
OSPEDALE DOMODOSSOLA	R.O.	3.626	15.913.835
OSPEDALE DOMODOSSOLA	DH/DS	1.296	1.688.425
TOTALE R.O.		8.775	33.052.003
TOTALE DH/DS		1.958	2.377.228
TOTALE		10.733	35.429.230

SEDE	Dati al 30.11.2022		
	TIPOLOGIA RICOVERI	CASI	VALORE (€)
Emergenza Covid-19	R.O.	354	1.822.893
OSPEDALE VERBANIA	R.O.	3.843	12.249.707
	DH/DS	827	957.518
OSPEDALE DOMODOSSOLA	R.O.	3.490	14.631.315
OSPEDALE DOMODOSSOLA	DH/DS	1.534	1.971.966
TOTALE R.O.		7.687	28.703.915
TOTALE DH/DS		2.361	2.929.484
TOTALE		10.048	31.633.398

5. Risultato del conto consuntivo 2022

Con deliberazione n. 491 del 19.6.2023 è stato adottato il bilancio consuntivo 2022 e trasmesso in Regione per il relativo iter procedurale.

Dalla relazione del Direttore Generale, allegata al bilancio consuntivo 2022, si desume quanto segue.

Il bilancio d'esercizio 2022 espone una perdita pari a €. 24.580.180,20, di cui €. 10.127.837,25 rappresentano i costi sostenuti per la gestione della pandemia e della campagna vaccinale non finanziati.

Sul fronte dei ricavi deve essere evidenziata una minore entrata per contributi da Regione per €. 810.043,53 rispetto all'anno 2021, comprensiva del minor contributo a copertura delle spese Covid.

Sebbene l'anno 2022 abbia finalmente fatto registrare, soprattutto nella seconda metà dell'anno, l'affievolirsi dell'impeto della pandemia, tuttavia si è dovuto tenere alta l'attenzione assistendo malati covid e proseguendo con la campagna vaccinale, con conseguente sforzo organizzativo per il mantenimento degli hub vaccinali, sia in termini di personale impegnato che di risorse economiche.

Per questo motivo i costi relativi alla gestione della pandemia, pur in diminuzione rispetto a quelli sostenuti nei due anni precedenti, continuano a rimanere importanti e peraltro non finanziati per l'importo di €. 10.127.837,25.

A questo proposito, come risulta dai dati forniti dal Direttore ff della Sos Sisp, dall'inizio della pandemia a tutt'oggi, si segnala quanto segue:

- n. POSITIVI COVID:	63.000
- n. VACCINAZIONI effettuate:	415.236
- n. MORTI	380
- n. TAMPONI eseguiti:	85000

Nel primo trimestre del 2022 il numero dei positivi è balzato da 18.000 a 38.500 circa e sono state effettuate, nel primo trimestre 2023, più di 67.000 vaccinazioni con un conseguente aggravio di spese per l'azienda.

Purtroppo il 2022 ha visto l'insorgere di una nuova emergenza dovuta alla guerra nel territorio dell'Ucraina il cui impatto economico nazionale ed internazionale ha determinato un aumento dei prezzi delle materie prime e dei costi di logistica e spedizione cui questa Azienda non ha potuto naturalmente sottrarsi.

La ripresa delle attività ordinarie ha inoltre comportato un aumento dei costi interni (netto covid) fra i quali si evidenzia per maggior peso quello relativo ai costi per appalti di servizi di assistenza medica aggiudicati ad operatori economici (in aumento rispetto all'anno 2021 per €. 7.701.337,50 di euro), cui l'Azienda è costretta a fare ricorso per la grave carenza di personale medico dipendente (ancora in diminuzione rispetto all'anno 2021 come dimostra la riduzione di €. 991.453,42 registrata nei costi del personale medico) per poter garantire i livelli di assistenza ed il mantenimento dei servizi nei due presidi ospedalieri aziendali, vista le difficoltà da anni segnalate nel procedere con assunzioni nonostante vengano sistematicamente esperite le procedure concorsuali.

L'aumento dei costi dei farmaci è legato sia alla ripresa delle attività ordinarie sia all'impiego sempre più diffuso di farmaci innovativi non solo per l'oncologia, ma anche per malattie rare e

fibrosi cistica che risultano essere molto costosi, mentre l'incremento dei costi relativo ai dispositivi medici è in parte legato alle buone pratiche assunte durante la pandemia sull'uso dei dispositivi di protezione individuale ora utilizzati in maniera generalizzata ma che hanno subito un'impennata dei costi rispetto agli anni ante covid.

Non si possono non rilevare i pesanti aumenti intervenuti per il rincaro delle materie prime causati dalla situazione internazionale sopra menzionata che hanno comportato un aumento dei costi per spese di riscaldamento ed energia elettrica per €. 2.895.591.

Nel risultato finale pesa anche la variazione delle rimanenze che comporta costi superiori al milione di euro dovuti alla razionalizzazione della gestione delle scorte operata sia nel magazzino farmaceutico che in quello economale in vista del passaggio di gestione alla logistica integrata M.U.S.A che avrebbe dovuto avvenire nei primi mesi dell'anno 2023.

L'analisi dei costi esterni ha evidenziato, inoltre, un aumento generalizzato di tutti i costi legati sia alla ripresa delle attività ordinarie (ricoveri e attività ambulatoriale delle strutture del territorio, ripresa dei ricoveri in RSA e assistenza residenziale e territoriale riabilitativa) sia all'applicazione di nuove tariffe, vuoi per determinazioni regionali vuoi per nuove convenzioni aziendali.

La situazione può essere quindi sintetizzata come segue:

Categorie		Anno 2022 vs.anno 2021
Ricavi netti		- 7.680,83
Personale		1.968,01
Prodotti farmaceutici		1.316,83
Beni e Servizi totale		6.032,21
di cui:		
Consulenze	- 5.592,43	
Servizi Sanitari	10.762,42	
saldo consulenze/servizi sanitari		5.169,99
Altri costi interni		- 3.639,24
Totale Costi Interni		5.677,81
Totale Costi Esterni		2.315,04
Totale Costi operativi		7.992,85
Margine Operativo		- 15.673,68

Nell'ambito della relazione del Direttore Generale è ricompreso un paragrafo con il quale si propone la modalità di copertura della perdita pari ad € 24.580.180,20. Si precisa, in particolare, che i costi riferibili alla gestione della pandemia COVID -19 che non risultano attualmente coperti da specifici finanziamenti sono pari ad euro 10.127.837,25 e risultano dettagliatamente illustrati e motivati nella relazione del direttore generale così come gli altri costi aziendali che sono stati analiticamente descritti. Si richiede alla Regione la copertura totale della perdita, in attuazione dell'art. 30 del D.Lgs 118/2011, che potrà essere assicurata con i "*Finanziamenti del Fondo sanitario e ulteriori entrate contabilizzati e disponibili in GSA*".

Nella relazione si rappresentano, inoltre, i fatti di rilievo avvenuti dopo la chiusura dell'esercizio 2022.

In particoalre si precisa che, dopo la chiusura del bilancio si è ottenuto, da parte di CSI Piemonte, la validazione dei dati relativi alla produzione 2022 delle strutture Laboratorio Analisi e SIMT

inviata in extra competenza a seguito di correzioni di errori di natura informatica che si sono generati nelle procedure Dedalus e Engineering. La validazione di questi nuovi flussi ha comportato un aumento sia dei casi riconosciuti (da n. 1.177.690 a n. 1.410.903 con un delta positivo di n. 233.213 prestazioni) che un incremento di valore, da €. 4.688.154 a €. 6.287.317, con un aumento di €. 1.599.163. Questi interventi hanno generato, complessivamente, un aumento di produzione del flusso C per l'anno 2022 pari a €. 1.603.708.

Poiché la validazione del nuovo flusso è intervenuta dopo la chiusura del bilancio, nessuna variazione è stata rilevata. Questo riconoscimento della effettiva produzione avrebbe comportato, secondo le stime effettuate dal Controllo di Gestione aziendale, un aumento di ricavi per mobilità attiva di circa €.35.000/40.000.

6. Piano della Performance 2022: aree strategiche

Per l'anno 2022 l'ASL VCO ha avviato la gestione del ciclo della performance adottando, con deliberazione n. 225 del 30.3.2022, il Piano annuale della Performance (P.A.P.) dell'ASL VCO 2021-2023, aggiornamento 2022 con il quale, ai sensi dell'art. 10, co.1, lett. A, del D.Lvo n. 150/2009, in conformità alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, sono stati individuati gli obiettivi, gli indicatori, i risultati attesi da parte delle varie articolazioni organizzative dell'ASL VCO.

Le aree strategiche individuate nel documento sono state le seguenti:

Area Strategica: Promozione della salute e prevenzione malattie

La tutela della salute collettiva viene garantita, attraverso il Dipartimento di Prevenzione, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita e dando attuazione al primo livello essenziale di Assistenza Sanitaria Collettiva in Ambiente di Vita e di Lavoro che comprende tutte le attività preventive rivolte ai singoli ed alle collettività. Si richiama, a questo proposito, la messa in atto delle azioni previste nel Piano Locale di Prevenzione (PLP) in coerenza con gli indirizzi del P.R.P. – prosecuzione dell'attività di screening oncologici – adozione ed implementazione del Piano vaccinale covid e del Piano tamponi covid.

Area Strategica: Assistenza territoriale

Il distretto, nel definire, a livello territoriale, le politiche per la salute, promuove la presa in carico del paziente dall'inizio sino al completamento del suo percorso di salute. Obiettivo prioritario, per l'anno 2022, è la realizzazione del P.N.R.R. che prevede la messa in atto dei progetti con riferimento alle Case di Comunità (3) – all'Ospedale di comunità – alla centrale operativa. Si intende, inoltre, rafforzare la continuità ospedale-territorio – promuovere/potenziare le forme aggregative multi professionali (MMG, PLS, Geriatri, infermieri territoriali, terapisti della riabilitazione, Assistenti sociali e OSS) per la presa in carico dei pazienti in ADI e lungo assistenza al fine di prevenire il fenomeno dei ricoveri. Si ritiene di rafforzare la presa in carico precoce a domicilio dei pazienti covid e di proseguire nella messa in atto del Piano cronicità come da programamzioen specifica.

Area Strategica: Assistenza ospedaliera

Si intende: – realizzare una progressiva deospedalizzazione attraverso l’attuazione di politiche per limitare l’uso improprio del ricovero ospedaliero e generare appropriatezza, lavorando sui percorsi di continuità assistenziale; – fornire piena collaborazione alle aziende viciniori al fine di realizzare una rete ospedaliera integrata a livello sovrazonale; mettere in atto azioni volte a perseguire l’umanizzazione delle cure – gestire il rischio infettivo attraverso l’attività svolta dall’UPRI; – mettere in atto le azioni del P.N.R.R.; – mettere in atto il Piano di recupero per le liste di attesa.

Area Strategica: Trasparenza, Prevenzione della Corruzione, Privacy

Si tratta di mettere in atto le azioni in materia di trasparenza e di prevenzione della corruzione in applicazione del P.T.P.C.T. 2022–24, in corso di adozione, proseguendo nella valorizzazione della cultura dei valori di etica, integrità, legalità a tutti i livelli dell’azienda. in via di approvazione. In particolare il termine per la predisposizione dell’aggiornamento del Piano per l’anno 2022 è stato spostato, da A.N.A.C. al 30.4.2022 al fine di realizzare un allineamento con il P.I.A.O. Inoltre, in materia di privacy, si intende proseguire nell’adeguamento al G.D.P.R. e nell’attivazione di corsi formativi sul tema.

Area Strategica: Governo economico-finanziario

Si tratta di un vincolo più che di un obiettivo in quanto occorre razionalizzare il livello di spesa nell’ambito delle risorse disponibili, pur garantendo i livelli essenziali di assistenza. Si intende realizzare un miglior controllo e contenimento dei costi, con particolare riferimento alla spesa farmaceutica, alla spesa per dispositivi medici ed alla spesa riferita al personale. Si intende, inoltre, tendere al miglioramento dei livelli produttivi (con riferimento all’attività di ricovero e specialistica) come da obiettivi regionali.

Analogamente al 2020 e 2021, tenuto conto della pandemia Covid-19, occorre rendicontare, anche per il 2022, le spese Covid, al fine di consentire il reintegro delle risorse utilizzate nell’ambito dei finanziamenti ad hoc.

Si procederà all’utilizzo dei fondi di cui al P.N.R.R. per l’ammodernamento del parco tecnologico e digitale nei tempi della programmazione operativa.

Area Strategica: Governo clinico

Riguarda le azioni atte a migliorare l’efficacia e l’efficienza dell’intero sistema sotto il profilo delle qualità. In particolare, si intende perseguire l’appropriatezza delle prestazioni erogate (che riguarda tutte le aree della prevenzione, territoriale ed ospedaliera), contribuendo ad una maggior efficacia nell’uso dei servizi sanitari ed all’ottimizzazione delle risorse economiche, peraltro sempre più scarse, ricercando, costantemente, la sostenibilità economica.

In particolare l’azienda è impegnata: **a)** nella messa in atto delle azioni previste nel Piano pandemico; **b)** nella 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; **c)** nell’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; **d)** nel rispetto degli standard previsti nel Piano Nazionale Esiti (PNE); nell’attuazione del “Nuovo sistema di Garanzie (NSG)” e nella verifica del posizionamento dell’azienda rispetto alla griglia LEA; **e)** nella messa in atto delle 18 Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza del paziente; – nell’applicazione del Manuale del Ministero della Salute per la sicurezza in sala operatoria con riguardo al Dipartimento delle Patologie Chirurgiche. Inoltre si dovrà mettere in atto tutte le azioni specifiche tenuto conto della pandemia in atto.

L'Azienda è impegnata nel mantenimento degli stoli di eccellenza conseguiti: bollini rosa/ONDA/UNICEF.

Area Strategica: Salute e sicurezza dei luoghi di lavoro

Si assegna particolare importanza alla formazione in materia di sicurezza sul lavoro con particolare riferimento all'attivazione di corsi di formazione obbligatoria in materia di sicurezza sul lavoro. Inoltre si dovrà mettere in atto tutte le azioni specifiche tenuto conto della pandemia in atto.

*

Le aree strategiche, a loro volta, sono state declinate in obiettivi strategici (obiettivi definiti anche tenuto conto dei documenti di programmazione nazionali e regionali, integrati con le esigenze strategiche aziendali).

Gli obiettivi strategici vengono poi tradotti in obiettivi operativi annuali che vengono assegnati ai Direttori: – di Dipartimento, delle Sos Dipartimentali – delle Strutture complesse aziendali – delle Sos in staff alla Direzione Generale, delle sos amministrative, delle funzioni ed a ciascun dirigente. Nella scheda obiettivi annuale 2022 viene indicato, per ciascun obiettivo, l'indicatore e lo standard.

6.1. Processo di attuazione del ciclo della Performance anno 2022

Dal Piano della Performance 2022, di cui alla deliberazione n. 225 del 30.3.2022, si rileva che l'azienda adotta un processo attraverso il quale, nel quadro degli obiettivi, delle risorse, delle strategie e dei programmi previsti dagli atti di programmazione regionali ed aziendali, pianifica, su base annuale, e con riferimento ai diversi soggetti cui sono conferiti incarichi di responsabilità, gli obiettivi da perseguire, le risorse a tal fine destinate. La verifica dei risultati e degli scostamenti, positivi o negativi, dalle previsioni di budget, costituisce elemento fondamentale per la valutazione dei Responsabili.

Ciò al fine di guidare le strutture verso il raggiungimento della missione aziendale. Viene utilizzato il sistema di reporting (mediante la predisposizione di report da parte della Struttura in staff alla Direzione Generale Controllo di Gestione), che consente di mettere a disposizione dell'Azienda una serie di informazioni indispensabili per confrontare gli obiettivi prefissati con i risultati conseguiti, permettendo, nel caso si evidenzino criticità, di introdurre tempestive azioni correttive. Il processo di budget si articola in una serie di fasi attraverso le quali, annualmente, la Direzione Generale, con il supporto delle strutture di staff:

- a) elabora le linee annuali sulla base della programmazione regionale e locale – assegna il budget generale a disposizione per l'esercizio di riferimento – richiama gli obiettivi strategici da perseguire. Tutto ciò con lo stretto coinvolgimento del Collegio di Direzione;
- b) richiede ai Direttori di Dipartimento, di Sos Dipartimentali, di Soc e di Sos in staff alla Direzione Generale, una relazione in merito al grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati nell'anno precedente;
- c) predisporre una scheda obiettivi per ogni struttura aziendale (anche tenuto conto di quanto previsto nel Piano della Performance) condividendola nell'ambito del Collegio di Direzione ed invitando i Direttori di Dipartimento a condividerne i contenuti nell'ambito del Comitato di Dipartimento;

- d) raccolte le schede obiettivi, debitamente sottoscritte, assume l'atto deliberativo;
- e) effettua un monitoraggio periodico dell'andamento degli obiettivi in funzione della loro scadenza e della loro rilevanza. A questo proposito, a cadenza trimestrale, la Struttura in Staff alla Direzione Generale, Controllo di Gestione, mette a disposizione della Direzione Generale e dei Direttori dei Dipartimenti/Sos Dipartimentali, Soc e Sos in staff alla Direzione Generale alcuni report (per quanto attiene i dati di produzione ed altri), al fine di verificare che l'andamento della gestione sia in linea con gli obiettivi previsti ed, eventualmente, adottare eventuali azioni correttive. Collaborazione viene fornita anche dalla Struttura funzionale Tecnica permanente per la misurazione della performance. Qualora lo scostamento sia stato determinato dal sopraggiungere di condizioni esterne che hanno modificato la situazione originaria i Direttori di Dipartimento/Struttura possono chiedere alla Direzione Generale l'attivazione della procedura di revisione dell'obiettivo a suo tempo assegnato, motivandone la richiesta. La procedura di revisione viene gestita dalla Direzione Generale, con il supporto delle strutture di staff, che ne comunica l'esito all'Organismo Indipendente di Valutazione. Gli obiettivi possono essere modificati/integrati dalla Direzione Generale in corso d'anno, anche per effetto dell'assegnazione, al Direttore Generale, degli obiettivi annuali da parte della Regione.

Nell'ambito della scheda obiettivi assegnata ad ogni Direttore di Dipartimento, di Sos Dipartimentale, di Soc, di Sos in staff al Direttore Generale a ciascun obiettivo è attribuito assegnato un peso; la somma totale del peso di tutti gli obiettivi è pari a 100.

L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.), costituito con deliberazione n. 196 del 5.3.2021 per il triennio 2021-2023, l'anno successivo a quello di riferimento valuta il raggiungimento degli obiettivi assegnati, annualmente, ai singoli Direttori di Dipartimento, di Sos Dipartimentale, di Soc, di Sos in staff al Direttore Generale. Per effettuare la valutazione l'O.I.V. utilizza la reportistica resa dalla Struttura in Staff alla Direzione Generale Controllo di Gestione e dalla Struttura funzionale Tecnica Permanente per la misurazione della performance (costituita con atto deliberativo n. 126 del 31.3.2015, successivamente integrata con atto n. 790 del 2.8.2018), tiene conto della relazione trasmessa da ciascun Direttore, delle informazioni ed elaborazioni fornite dai soggetti titolati a detenerle o produrle, della relazione predisposta dai Coordinatori eventualmente individuati per specifici obiettivi, degli indicatori e standard che costituiscono parte integrante della scheda obiettivi. Sulla scorta delle informazioni così ottenute l'O.I.V. valuta il grado di raggiungimento degli obiettivi effettuando 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. La valutazione finale di risultato è espressa come percentuale complessiva di raggiungimento, ottenuta effettuando la somma delle percentuali di raggiungimento dei singoli obiettivi moltiplicato per il valore in "peso" rispettivamente assegnato.

Terminata la valutazione gli esiti del controllo vengono trasmessi dalla segreteria al Direttore Generale che, in base alle risultanze, assume gli atti di competenza.

Dopo che il Direttore Generale ha preso formalmente atto delle risultanze del lavoro dell'O.I.V. le stesse vengono trasmesse all'Ufficio Personale che provvede ad erogare, per quell'anno, il saldo degli incentivi.

7. Obiettivi 2022

Nell'ambito della Relazione annuale sulla Performance riferita all'anno 2022 si fa riferimento:

- agli obiettivi che, nel 2022, la Direzione Generale ha declinato ai Direttori: di Dipartimento, delle Sos Dipartimentali, delle Strutture Complesse, ai Responsabili delle Sos in Staff e di Supporto alla Direzione Generale, alle Sos Amministrative, alle Funzioni. Con deliberazione n. 925 del 23.12.2022 si è preso atto dell'assegnazione di detti obiettivi nel corso del primo semestre 2022.
- agli obiettivi assegnati, per l'anno 2022, dalla Regione Piemonte al Direttore Generale, con DGR n. 23-5653 del 19.9.2022 che sono stati successivamente declinati ai Direttori di Struttura direttamente coinvolti.

7.1. Obiettivi assegnati dalla Direzione Generale ai Direttori di Struttura per l'anno 2022

La Direzione Generale ha stabilito, analogamente agli anni pregressi, che la scheda obiettivi assegnata ai Direttori di Struttura complessa che rivestono anche il ruolo di Direttori di Dipartimento (ovvero: Soc Spresal (Dipartimento di Prevenzione), Soc Laboratorio Analisi (Dipartimento dei Servizi Diagnostici e terapie di supporto), Soc Medicina e Chirurgia d'Urgenza (Dipartimento delle patologie mediche), Soc Anestesia e Rianimazione (Dipartimento delle patologie chirurgiche), Soc Pediatria (Dipartimento Materno Infantile) svolga anche la funzione di assegnazione di obiettivi di Dipartimento.

Nella scheda obiettivi 2022 sono state individuate le seguenti sezioni:

1	Obiettivi regionali	Si tratta degli obiettivi assegnati dalla Regione ai Direttori Generali per l'anno 2022.
2	Azioni strategiche aziendali	Si tratta di obiettivi che tengono conto della messa in atto di alcune azioni strategiche aziendali, tra le altre: - corretta rendicontazione chiusura SDO di ricovero e caricamento delle prestazioni ambulatoriali sugli applicativi aziendali (rispetto tempistica - qualità dei flussi) - messa in atto adempimenti, nazionali, regionali ed aziendali per la gestione ed il contenimento della pandemia Covid 19 - azioni specifiche-progetti obiettivo di competenza
3.	Governo clinico - qualità - appropriatezza - rischio clinico	Nella sezione sono inseriti specifici obiettivi afferenti il governo clinico, qualità, appropriatezza, rischio clinico, piano pandemico, NSG.
4	Salute e sicurezza sul lavoro	Si tratta di predisporre una relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2022 in qualità di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato anche in materia di antincendio e di partecipare/concludere i corsi obbligatori in materia di sicurezza

		sul lavoro.
5.	Prevenzione corruzione/miglioramento trasparenza/privacy	Riguarda la collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T vigente pubblicato sul sito internet aziendale nella sezione “ <i>Amministrazione Trasparente</i> ” riferito sia alla prevenzione della corruzione che alla trasparenza (anche con riguardo alla partecipazione a corsi formativi). Inoltre, per quanto attiene la privacy, si prevede la nomina e/o aggiornamento delle nomine autorizzati al trattamento dati.

Lo schema della scheda è sostanzialmente sovrapponibile per le strutture sanitarie e per quelle amministrative. All’interno della sezione “Azioni strategiche aziendali” la tipologia di obiettivi attribuiti tiene conto delle caratteristiche, rispettivamente, dell’ambito sanitario e di quello amministrativo.

7.2. Obiettivi assegnati dalla Regione al Direttore Generale per l’anno 2022

Con D.G.R. n. 23-5653 del 19.9.2022 sono stati assegnati ai Direttori Generali/Commissari delle aziende sanitarie regionali, ai sensi dell’art. 2, comma 2, del D.Lgs n. 171/2016 e smi e dell’art. 1, comma 865, della L. n. 145/2018 gli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi, di trasparenza anno 2022. Sono stati declinati i seguenti obiettivi:

DESCRIZIONE OBIETTIVI/SUB – OBIETTIVI		
OBIETTIVO 1.	GESTIONE PIANI DI SVILUPPO E CONSOLIDAMENTO	PESO
Sub Ob. 1.1	Completamento degli interventi ex DGR n. 7-1492 del 12.6.20 (PL di terapia intensiva, semi-intensiva, e PS) – PNRR –M6C2	8
Sub Ob 1.2	PNRR –M6C1 – Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative	8
Sub Ob 1.3	PNRR –M6C2 – Fascicolo sanitario elettronico (FSE)	6
OBIETTIVO 2	QUALITA’	
Sub Ob 2.1	Area Osteomuscolare (frattura di femore)	3
Sub Ob. 2.2	Tempestività nell’effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI	3
Sub Ob. 2.3	Appropriatezza nell’assistenza al parto	3
Sub Ob. 2.4	Donazioni d’organo	3
Sub Ob. 2.5	Miglioramento nella gestione e misurazione del <i>boarding</i> Asl	5
Sub Ob. 2.6	Monitoraggio attivo del Nuovo sistema di garanzia (NSG)	5
OBIETTIVO 3.	FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI	
Sub Ob. 3.1	Affidabilità dati rilevati da flussi informativi della farmaceutica	3
Sub Ob. 3.2	Assistenza farmaceutica appropriatezza prescrittiva	6

Sub Ob. 3.3	Affidabilità dati rilevati da flussi informativi dei dispositivi medici	3
OBIETTIVO 4.	TRANSIZIONE POST EMERGENZA	
Sub Ob. 4.1	Attuazione Piano di recupero delle liste di attesa delle prestazioni di ricovero	8
Sub Ob. 4.2	Attuazione Piano di recupero delle prestazioni di screening oncologici	7
Sub Ob. 4.3	Attuazione Piano di recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale	10
Sub Ob. 4.4	Piano di recupero vaccinazioni programmate ASL	3
Sub Ob. 4.5	Prelievo ed effettuazione tamponi e vaccini anti Covid-19 ASL	10
Sub Ob. 4.6	Panflu Asl	2
OBIETTIVO 5.	PREVENZIONE	
Sub Ob. 5.1	Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) Asl	2
Sub Ob. 5.2	Piano regionale integrato per i controlli sulla sicurezza alimentare (PRISA) Asl	2
Totale		100

A questi obiettivi si deve aggiungere, con carattere preliminare rispetto al sistema obiettivi nel suo complesso, l'obiettivo volto al rispetto dei tempi di pagamento previsto dall'art. 1, comma 865, della Legge n. 145/2018 (legge di Bilancio 2019), obiettivo pienamente raggiunto. In particolare:

- l'indicatore riferito al <u>IV trimestre 2022</u> si attesta su un risultato pari a	- 24
- l'indicatore riferito <u>all'intero anno 2022</u> si attesta su un risultato pari a	- 16

Tenuto conto che la data di scadenza delle fatture è di 60 giorni si rileva che i pagamenti sono stati effettuati con una media, nel 2022, di 44 giorni dopo la data di registrazione delle fatture.

E' stata predisposta ed inviata in Regione entro il 28 febbraio 2023 una relazione alla quale si fa rinvio per approfondimenti e si allega al presente documento (All. 1).

Complessivamente l'azienda ha raggiunto la percentuale di raggiungimento del 94,53%. Si veda anche la relazione predisposta dal Direttore Generale ed inviata all'OIV con nota prot. n. 32372 del 18.5.2023 (All. 2).

8. Valutazione degli obiettivi anno 2022 da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)

A seguito della scadenza dell'O.I.V., a suo tempo nominato per il triennio 2018-2020, con deliberazione n. 888 del 2.12.20 è stata attivata la procedura per la ricostituzione dello stesso mediante l'emissione di avviso di pubblica selezione ai fini della nomina di n. 3 componenti dell'O.I.V. dell'ASL VCO, di cui uno con funzioni di Presidente. Ciò in conformità a quanto previsto dal Decreto del Ministero per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione del 6 agosto 2020. Con atto deliberativo n. 196 del 5.3.2021 è stato nominato l'O.I.V. per il triennio 2021-2023 così composto: Presidente: Dr. Maurizio Provera; - Componenti: Dr.ssa Patrizia Marta e Dr.ssa Patrizia Spadone.

Prima di iniziare l'iter valutativo il Presidente ed i Componenti O.I.V. hanno invitato la segreteria O.I.V. a chiedere a coloro i quali sono stati individuati come Referenti per i singoli obiettivi di fornire il report di supporto e/o un rapporto in merito al grado di perseguimento dell'obiettivo,

domandando, se necessario, eventuali ulteriori approfondimenti/informazioni ai Direttori di Struttura e/o alla Direzione Generale laddove ritenuto utile al fine di meglio comprendere la situazione di contesto (si rinvia ai verbali degli incontri dell'O.I.V.).

I componenti O.I.V., nell'ambito temporale compreso tra metà marzo e fine giugno 2023 hanno provveduto ad effettuare la verifica annuale del raggiungimento degli obiettivi anno 2022 redigendo appositi verbali per ciascun incontro. La valutazione finale di risultato è stata espressa come percentuale complessiva di raggiungimento ottenuta effettuando la somma delle percentuali di raggiungimento dei singoli obiettivi moltiplicato per il valore in "peso" rispettivamente assegnato.

Terminata la valutazione da parte dell'OIV di tutte le strutture aziendali, di seguito riportate, gli esiti del controllo sono stati trasmessi dalla segreteria al Direttore Generale che, con deliberazione n. 594 del 18.7.2023, ha approvato le risultanze.

STRUTTURE/DIPARTIMENTI (Soc/Sos Dip/Sos in staff/Sos Amministrative/Funzioni/Dipartimenti)
Soc ANATOMIA PATOLOGICA
Soc ANESTESIA E RIANIMAZIONE
Sos Dip ATTIVITA' CONSULTORIALE
Soc CARDIOLOGIA
Soc CHIRURGIA GENERALE DOMODOSSOLA
Soc CHIRURGIA GENERALE VERBANIA
Sosd DAY SURGERY MULTIDISCIPLINARE
Sosd ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA
Sosd DIETOLOGIA E NUTRIZIONE CLINICA
Soc DipSA
Sosd ENDOSCOPIA DELL'APPARATO DIGERENTE
Soc DISTRETTO VCO
Soc DIREZIONE SANITARIA PRESID OSPEDALIERI VERBANIA E DOMODOSSOLA
Soc FARMACIA
Soc GERIATRIA
Soc LABORATORIO ANALISI
Sos Dip. MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI
Soc MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA
Soc MEDICINA INTERNA DOMODOSSOLA
Soc MEDICINA INTERNA VERBANIA
Sosd MEDICINA LEGALE
Soc NEFROLOGIA E DIALISI
Soc NEUROLOGIA
Soc NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
Soc OCULISTICA
Soc ONCOLOGIA
Soc ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA DOMODOSSOLA
Soc ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA VERBANIA
Soc OSTETRICIA GINECOLOGIA

Soc OTORINOLARINGOIATRIA
Soc PEDIATRIA
Sos staff PSICOLOGIA
Soc RADIOLOGIA
Sos Dip RADIOTERAPIA
SOC RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE (RRF)
Soc SERVIZIO SALUTE MENTALE TERRITORIALE
Soc SERD
Soc SIAN
Sosd SIMT
Sosd SISP
Sosd SPDC
Soc SPRESAL
Soc UROLOGIA
Soc VETERINARIO AREA A
Sosd VETERINARIO AREA B
Sosd VETERINARIO AREA C
Soc AFFARI GENERALI LEGALI E ISTITUZIONALI
Sos ORGANI ORGANISMI COLL SUPPORTO STRATEGICO
Sos CONTENZIOSO SUPPORTO LEGALE - ASSICURAZIONI
Sos LIBERA PROFESSIONE UFFICIO CONVENZIONI
Sos staff CONTROLLO DI GESTIONE
Soc GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA E PATRIMONIO
Soc GESTIONE PERSONALE E RELAZIONI SINDACALI
Sos ACQUISIZIONE E AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE
Sos GESTIONE ECONOMICA DEL PERSONALE E RELAZIONI SINDACALI
Sos ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI
Sos in STAFF TECNICO E COORDINAMENTO AZIENDALE NUOVO OSPEDALE
Sos ICT
Sos in staff FORMAZIONE
UFFICIO COMUNICAZIONE E URP
Sos in staff PREVENZIONE E PROTEZIONE
Funzione GOVERNO CLINICO QUALITA' APPROPRIATEZZA RISCHIO CLINICO
Funzione MEDICO COMPETENTE
Funzione PROGRAMMAZIONE E PROGETTAZIONE SANITARIA INTEGRATA

Per quanto attiene le percentuali di raggiungimento degli obiettivi da parte delle strutture aziendali le stesse sono ricomprese nell'ambito di una soglia che non ha comportato decurtazioni in termini economici.

La Soc Gestione Personale e Formazione, successivamente alla validazione della Relazione sulla Performance da parte dell'O.I.V., potrà provvedere ad erogare il saldo degli incentivi.

La Soc Gestione Personale e Relazioni Sindacali ha provveduto:

- a determinare, in via provvisoria, per l'anno 2022, i fondi di finanziamento delle competenze accessorie per l'area sanità, come risultanti dalla Relazione illustrativa e tecnico finanziaria allegata alla deliberazione n. 765 del 31.10.2022 e certificata dal Collegio Sindacale come risulta dalla nota prot 58368 del 20.9.2022 allegata alla richiamata deliberazione;
- a determinare, in via provvisoria, per l'anno 2022, i fondi di finanziamento delle competenze accessorie per il personale del comparto sanità, come risultanti dalla Relazione illustrativa e tecnico finanziaria allegata alla deliberazione n. 247 del 28.3.2023 e certificata dal Collegio Sindacale come risulta dalla nota prot 78714 del 15.12.2022 allegata alla medesima deliberazione.
- a determinare, in via provvisoria, per l'anno 2022, i fondi di finanziamento delle competenze accessorie per l'area della dirigenza professionale, tecnica e amministrativa, come risultanti dalla Relazione illustrativa e tecnico finanziaria allegata alla deliberazione n. 795 del 21.11.2022 e certificata dal Collegio Sindacale come risulta dalla nota prot 66065 del 21.10.2022 allegata alla medesima deliberazione.

Per quanto attiene la valutazione degli obiettivi il Presidente ed i Componenti OIV invitano a mettere in atto un'azione di miglioramento ovvero di realizzare un maggior coinvolgimento dei referenti/certificatori degli obiettivi e, in fase di definizione degli obiettivi da parte della Direzione Generale, una maggior tempestività e coinvolgimento dell'OIV.

9. Anticorruzione e Trasparenza anno 2022

L'art. 10, comma 3, del D.Lvo n. 33/2013 (e s.m.i.), prevede che gli obiettivi indicati nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e trasparenza siano formulati in collegamento con la programmazione strategica ed operativa dell'Azienda definita nel Piano della Performance e negli altri documenti di programmazione aziendale. Di fatto, nell'ambito del Piano della Performance 2022 si rileva un paragrafo riferito al collegamento del Piano della Performance con il Piano di prevenzione della corruzione e trasparenza.

Inoltre, il Piano Nazionale Anticorruzione (PNE) 2013 prevede che *"l'efficacia del P.T.P.C. dipende dalla collaborazione fattiva di tutti i componenti dell'organizzazione e, pertanto, è necessario che il suo contenuto sia coordinato rispetto a quello di tutti gli altri strumenti di programmazione presenti nell'amministrazione"*.

L'Organismo indipendente di valutazione (ai sensi dell'art. 41, comma 1, lett. h), del D.Lvo n. 97/2016 che ha introdotto, nell'art. 1 della L. n. 190/2012) ha anche il compito di verificare che i Piani triennali per la prevenzione della corruzione siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico gestionale e che, nella misurazione e valutazione della performance, si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione ed alla trasparenza. L'Azienda ha posto particolare attenzione alla coerenza tra il P.T.P.C.T. ed il Piano annuale della performance. La prevenzione ed il contrasto della corruzione (vedi L. n. 190/2012 e sm.i.) e la promozione della trasparenza (vedi D.Lvo n. 33/2013 e s.m.i.) sono ricompresi in un'area strategica dell'azienda.

Con l'adozione del Piano della Performance 2022 si è previsto, nell'ambito delle aree strategiche, l'area relativa al *"Miglioramento della trasparenza e prevenzione della corruzione"*.

Si prende atto che, nell'ambito della scheda obiettivi 2022 assegnati dal Direttore Generale ai Direttori di Dipartimento/di Sos Dipartimentali/di Soc e di Sos in staff è stata inserita una sezione di oggetto "Prevenzione della corruzione e miglioramento della trasparenza" prevedendo la messa in atto delle azioni previste nel Piano, in conformità a quanto previsto nel Piano della Performance 2022.

In data 12.1.2022 il Consiglio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (A.N.A.C.) ha deliberato di differire, per l'anno 2022, al 30 aprile 2022 la data per l'approvazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (P.T.P.C.T.) fissata, dalla L. n. 190/2012, al 31 gennaio di ogni anno. Ciò sia per il persistere dello stato di emergenza sanitaria, prorogata al 31.3.22, sia per il differimento, in via di prima applicazione, al 30 aprile, del termine per l'adozione del Piano integrato di attività e organizzazione (P.I.A.O.). Con atto n. 324 del 30.4.2022 è stato adottato il Piano triennale per la prevenzione della corruzione e trasparenza 2022/24 (aggiornamento 2022).

Si precisa che il P.T.P.C.T. 2022/24 (aggiornamento 2022) è stato pubblicato nel sito dell'ASL VCO, sezione Amministrazione Trasparente - sottosezione altri contenuti - prevenzione della corruzione - piano triennale per la prevenzione della corruzione e trasparenza.

Il Piano è stato trasmesso ai Direttori/Responsabili di Soc, Sosd, Sos in staff al fine di prenderne visione e darne la massima diffusione ai propri collaboratori. Nel piano si è anche previsto di effettuare un'attività di monitoraggio finalizzata alla verifica dell'efficacia dei sistemi di prevenzione adottati ed alla successiva eventuale messa in atto di ulteriori strategie di prevenzione. Si proceduto ad effettuare tale attività nel corso del secondo semestre 2022.

Il P.T.P.C.T costituisce il documento fondamentale che definisce le strategie di prevenzione dell'illegalità, con l'obiettivo di aumentare la capacità di scoprire eventuali situazioni corruttive e creare un contesto sfavorevole al loro verificarsi, ricomprendendo non solo la gamma di delitti contro la pubblica amministrazione disciplinati dal codice penale, ma anche i casi in cui - a prescindere dalla rilevanza penale - si evidenzia un malfunzionamento a causa dell'uso a fini privati delle funzioni, ovvero l'inquinamento dell'azione amministrativa.

Nel P.T.P.C.T. si è previsto uno stretto collegamento con:

- il ciclo della performance, anche relativamente alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza.
- il Piano formativo aziendale in quanto è previsto l'inserimento di sessioni formative all'interno del Piano annuale di Formazione.
- l'organizzazione ed il capitale umano attraverso il Codice di Comportamento che rappresenta una misura di prevenzione che rafforza l'emersione di valori positivi all'interno ed all'esterno dell'amministrazione.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza ha predisposto, in conformità a quanto disposto dalla L. n. 190/2012 una relazione (pubblicata sul sito, nella rubrica "Amministrazione Trasparente" sezione, Altri contenuti, sottosezione Prevenzione della corruzione) sullo stato di attuazione del Piano con riguardo all'anno 2022.

Per quanto attiene il tema della formazione si segnala che è stato attivato, anche per l'anno 2022, il corso fad in materia di prevenzione della corruzione dal titolo "*Prevenzione della corruzione e trasparenza della Pubblica Amministrazione*" (8 crediti ECM). Nel corso del 2022, sono state effettuate più edizioni di tale corso.

Per quanto riguarda la misura di prevenzione della corruzione legata alla rotazione del personale si può osservare che, in azienda, anche nel 2022, la rotazione è stata messa in atto nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione. Nelle strutture a rischio corruttivo nelle quali è difficile applicare la rotazione del personale come misura di prevenzione contro la corruzione, sono state adottate scelte organizzative o altre misure di natura preventiva che possono avere effetti analoghi. Le stesse comprendono: la predisposizione di modalità operative che consentano una maggior condivisione delle attività fra gli operatori, evitando l'isolamento di certe mansioni; – la definizione di check list da utilizzare dagli operatori nelle attività di controllo dei processi più esposti a rischio corruttivo.

Si precisa che in azienda non si è reso necessario adottare provvedimenti di rotazione straordinaria del personale (di cui all'art. 16, comma 1, lett. 1quater, D.Lgs 165/2001), a seguito dell'avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.

In merito alla trasparenza, con riguardo all'anno 2022, occorre rilevare che A.N.A.C., con determina n. 201/2022,\ ha richiesto all'OIV di attestare l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31.5.2022 con riguardo agli obblighi di pubblicazione risultanti dalla griglia.

L'O.I.V ha affrontato la tematica nel corso delle sedute dell'11.5.2022 e del 3.6.2022. Nel corso della seduta del 3.6.2022 ha effettuando la verifica sulla pubblicazione, completezza, aggiornamento ed apertura del formato dei documenti pubblicati nel sito dell'ASL VCO, nella sezione "*Amministrazione Trasparente*". Terminato l'esame della griglia, il Presidente OIV ha invitato il responsabile della trasparenza ad effettuare la pubblicazione sul sito aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente", dei seguenti documenti: – della griglia di rilevazione al 31.5.2022; – del documento di attestazione – della scheda di sintesi sulla rilevazione dell'OIV.

Tenuto conto che è presente in azienda una procedura per la presentazione e la gestione di segnalazione di condotte illecite da parte di dipendenti pubblici idonea a garantire la riservatezza dell'identità del segnalante (art. 54bis, coma 2, D.Lgs n. 165/2001) occorre precisare che, nel corso dell'anno 2022, non sono pervenute segnalazioni.

Si rileva, inoltre che, nel corso del 2022, non sono stati avviati procedimenti disciplinari per fatti penalmente rilevanti a carico dei dipendenti.

Con deliberazione n. 506 del 30.6.2022 è stato approvato il Piano Integrato di Attività e organizzazione (PIAO) per il triennio 2022–2024 nel quale sono stati richiamati . – il Piano della Performance, adottato con atto deliberativo n. 225 del 30.3.2021 ed il il PTPCT 2022–2024, adottato con atto deliberativo n. 324 del 30.4.2022.

**OBIETTIVI ECONOMICO-GESTIONALI, DI SALUTE
DI FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI E DI TRASPARENZA
ASSEGNATI AL DIRETTORE GENERALE
PER L'ANNO 2022
CON
D.G.R. N 23-5653 del 19.9.2022
- RELAZIONE RIFERITA ALL'ANNO 2022-**

Omegna, 28.2.2023



Premessa

Con D.G.R. n. 23-5653 del 19.9.2022 sono stati assegnati ai Direttori Generali/Commissari delle aziende sanitarie regionali, ai sensi dell'art. 2, comma 2, del D.Lgs n. 171/2016 e smi e dell'art. 1, comma 865, della L. n. 145/2018 gli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi, di trasparenza anno 2022. Sono stati declinati i seguenti obiettivi:

DESCRIZIONE OBIETTIVI/SUB - OBIETTIVI		
OBIETTIVO 1.	GESTIONE PIANI DI SVILUPPO E CONSOLIDAMENTO	PESO
Sub Ob. 1.1	Completamento degli interventi ex DGR n. 7-1492 del 12.6.20 (PL di terapia intensiva, semi-intensiva, e PS) - PNRR -M6C2	8
Sub Ob 1.2	PNRR -M6C1 - Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative	8
Sub Ob 1.3	PNRR -M6C2 - Fascicolo sanitario elettronico (FSE)	6
OBIETTIVO 2	QUALITA'	
Sub Ob 2.1	Area Osteomuscolare (frattura di femore)	3
Sub Ob. 2.2	Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI	3
Sub Ob. 2.3	Appropriatezza nell'assistenza al parto	3
Sub Ob. 2.4	Donazioni d'organo	3
Sub Ob. 2.5	Miglioramento nella gestione e misurazione del <i>boarding</i> Asl	5
Sub Ob. 2.6	Monitoraggio attivo del Nuovo sistema di garanzia (NSG)	5
OBIETTIVO 3.	FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI	
Sub Ob. 3.1	Affidabilità dati rilevati da flussi informativi della farmaceutica	3
Sub Ob. 3.2	Assistenza farmaceutica appropriatezza prescrittiva	6
Sub Ob. 3.3	Affidabilità dati rilevati da flussi informativi dei dispositivi medici	3
OBIETTIVO 4.	TRANSIZIONE POST EMERGENZA	
Sub Ob. 4.1	Attuazione Piano di recupero delle liste di attesa delle prestazioni di ricovero	8
Sub Ob. 4.2	Attuazione Piano di recupero delle prestazioni di screening oncologici	7
Sub Ob. 4.3	Attuazione Piano di recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale	10
Sub Ob. 4.4	Piano di recupero vaccinazioni programmate ASL	3
Sub Ob. 4.5	Prelievo ed effettuazione tamponi e vaccini anti Covid-19 ASL	10
Sub Ob. 4.6	Panflu Asl	2
OBIETTIVO 5.	PREVENZIONE	
Sub Ob. 5.1	Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) Asl	2
Sub Ob. 5.2	Piano regionale integrato per i controlli sulla sicurezza alimentare (PRISA) Asl	2
Totale		100

A questi obiettivi si deve aggiungere, con carattere preliminare rispetto al sistema obiettivi nel suo complesso, **l'obiettivo volto al rispetto dei tempi di pagamento** previsto dall'art. 1, comma 865, della Legge n. 145/2018 (legge di Bilancio 2019).

La relazione e la documentazione a supporto vengono trasmesse all'indirizzo di posta elettronica: obiettividgres@regione.piemonte.it

Copia della relazione verrà inviata alla Rappresentanza della Conferenza dei Sindaci per l'espressione del parere di competenza da rendersi entro il 29 aprile 2022.

Con riferimento agli obiettivi assegnati dalla Regione per l'anno 2022, tenuto conto degli indicatori e del valore dell'obiettivo stabilito, si relaziona quanto segue.

Preliminarmente si osserva che, per quanto attiene all'obiettivo volto al rispetto dei tempi di pagamento (previsto dall'art. 1, comma 865, della Legge n. 145/2018 (legge di Bilancio 2019), obiettivo con carattere preliminare rispetto al sistema obiettivi nel suo complesso, si rileva che risulta raggiunto pienamente. In particolare:

- <u>l'indicatore riferito al IV trimestre 2022 si attesta su un risultato pari a</u>	- 24
- <u>l'indicatore riferito all'intero anno 2022 si attesta su un risultato pari a</u>	- 16

Tenuto conto che la data di scadenza delle fatture è di 60 giorni si rileva che i pagamenti sono stati effettuati con una media, nel 2022, di 44 giorni dopo la data di registrazione delle fatture.

Tali dati sono pubblicati nel sito internet aziendale, nella sezione Amministrazione Trasparente.

OBIETTIVO 1. - GESTIONE PIANI DI SVILUPPO E CONSOLIDAMENTO

SUB OBIETTIVO 1.1

Completamento degli interventi ex DGR n. 7-1492 del 12.6.20 (PL di terapia intensiva, semi-intensiva, e PS) – PNRR – M6C2

Sub ob	Descrizione	Indicatore	Valore obiettivo	Risultato al 31.12.2022
1.1.1	Completamento interventi per realizzare posti letto Terapia intensiva	Interventi programmati e realizzati al 31.12.2022	100%	In data 15.9.2021 sono iniziati i lavori per potenziare i posti letto di terapia intensiva presso la rianimazione del Presidio di Verbania mentre, il 3.11.2021, sono iniziati i lavori presso la nuova rianimazione del presidio di Domodossola. I lavori <u>sono stati conclusi</u> : - presso il <u>presidio di Verbania</u> il 29.4.22; - presso il <u>presidio di Domodossola</u> il 30.12.22. Si rinvia alla relazione (All. 1) e ai sub allegati 1 e 2. Dopo l'intervento: - i posti letto della rianimazione di Verbania passano da 3 a 10. - i posti letto della rianimazione di Domodossola passano da 4 a 10. Obiettivo realizzato
1.1.2	Completamento interventi per realizzare posti letto Terapia semi intensiva	Interventi programmati e realizzati al 31.12.2022	100%	L'obiettivo riguarda la creazione di n. 8 nuovi posti letto di terapia sub-intensiva presso il reparto di Malattie Infettive e Tropicali del Presidio di Verbania e di n. 4 nuovi posti letto presso il reparto di Medicina Interna del presidio di Domodossola. Si

				<p>relazione quanto segue:</p> <p><u>Presidio di Verbania</u> - i lavori sono iniziati il 6.6.2022 e a causa del ritardo nella consegna dei materiali, <u>termineranno il 31.3.2023</u>. Per maggiori dettagli si rinvia alla relazione, (All. 1) e al sub allegato 3.</p> <p><u>Presidio di Domodossola</u>- i lavori non sono ancora iniziati in ragione del fatto che il soggetto economico sta tuttora svolgendo i lavori presso il presidio di Verbania (vedi sopra). Il cronoprogramma è stato, necessariamente, posticipato in maniera conseguente.</p> <p>Si rinvia alla relazione, (All. 1) e al sub allegato 4 riferito alla Determina n. 1473 del 13.12.2022 con la quale è stato approvato e validato il progetto esecutivo. I lavori inizieranno il 1° aprile per la durata di 5 mesi (salvo un diverso andamento legato ad un eventuale recrudescenza pandemica).</p>
1.1.3.	Completamento interventi per adeguamento PS	Interventi programmati e realizzati al 31.12.2022	100%	<p><u>Presidio di Verbania</u>: i lavori di potenziamento ed ampliamento del DEA, iniziati il 5.7.2021, <u>sono stati conclusi</u>, come da programma, il 30.1.2022. Si rinvia al verbale di ultimazione dei lavori, alla relazione, (All. 1) ed al sub allegato 5.</p> <p><u>Presidio di Domodossola</u> - il progetto per l'adeguamento e ampliamento del DEA, a causa dell'incremento dei prezzi di costruzione, non è coperto totalmente dal finanziamento.</p> <p>Si rinvia alla relazione (All. 1) ed al sub allegato 6.</p> <p>Il programma dei lavori è stato ridefinito in funzione della disponibilità dei fondi, <u>riducendo</u> le aree soggette ad intervento. Questo primo lotto di adeguamento del DEA del Presidio di Domodossola è previsto iniziare a marzo 2023 per 10 mesi.</p> <p>La parte rimanente, non coperta da finanziamento, sarà oggetto di interventi successivi in funzione dei fondi nel frattempo reperiti.</p> <p><u>Poiché il soggetto economico assegnatario è il medesimo, non è possibile non operare in sequenzialità tra i due interventi.</u></p>
1.1.4	Completamento provvedimenti idonei a garantire il rispetto del calendario anche per esercizi successivi per Terap intensive, sub intensive, PS	Provvedimenti idonei a garantire il rispetto del calendario previsto per esercizi succssivi da	100%	<p>Si rinvia alla Relazione di programma di completamento predisposta il 31.12.2022 che si allega (All. 1) e relativi 6 sub allegati).</p>

		adottare entro il 31.12.2022		
--	--	---------------------------------	--	--

Per quanto sopra esposto il presente obiettivo si ritiene raggiunto al 100%.

SUB OBIETTIVO 1.2

PNRR – 6C1 – Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative

Sub ob.	Descrizione	Indicatore	Valore obiettivo	Risultato al 31.12.2022
1.2.1	Case di Comunità	Assegnazione codici CUP ai progetti per realizzare Case della Comunità entro il 2° trim., 2022	100%	Assegnati, il 24.2.2022, i codici CUP alle Case della Comunità di: <ul style="list-style-type: none"> - Omegna (CUP B13D21011500006) - Verbania (CUP B55F21008100006) - Domodossola (CUP B63D21015140006)
1.2.2	Case di Comunità	Assegnazione progetti per indire la gara per realizzare Case della Comunità entro il 4° trim. 2022	100%	Oltre agli studi di fattibilità inviati in Regione sono stati predisposti i documenti di indirizzo alla progettazione (si rinvia alla Deliberazione del Direttore Generale n. 692 del 30.9.2022) (All. 2)
1.2.3	C.O.T.	Assegnazione codici CUP ai progetti per realizzare C.O.T. entro il 2° trim. 2022	100%	Assegnato, l'8.2.2022, il codice CUP per realizzare la COT. CUP: B14E21014580006.
1.2.4	C.O.T.	Assegnazione codici CUP ai progetti per interconnessione aziendale delle COT entro il 2° trim. 2022	100%	<u>Non è stato assegnato all'ASL VCO nessun progetto per interconnessione COT.</u>
1.2.5	C.O.T.	Assegnazione progetti per indire gara per implementare COT entro il 3° trim. 2022	100%	Oltre allo studio di fattibilità inviato in Regione è stato prodotto il documento di indirizzo alla progettazione, approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 692 del 30.9.2022 (All. 2) .
1.2.6	C.O.T.	Assegnazione codici CIG provv. di convenzione per realizzare COT entro il 4° trim. 2022	100%	La COT di Omegna è stata realizzata in locali già in uso dell'azienda mettendo in atto gli interventi necessari ed assegnando incarichi specifici: <ul style="list-style-type: none"> - imbiancature: CIG9425116BC3 - CUP: B14E21014580006 (All. 3) - - lavori sostituzione corpi illuminanti e ampliamento impianti di rilevazione incendi presso i locali sede della COT: CIG: 9452504510 e CUP: 9425116BC3 - CUP: B14E21014580006 (All. 4).
1.2.7	C.O.T.	Assegnazione codici CIG provv. di convenzione per interconnessione aziendale delle COT entro il 4° trim. 2022	100%	<u>Non è stato assegnato all'ASL VCO nessun progetto per interconnessione COT:</u>
1.2.8	Ospedali di	Assegnazione codici CUP per	100%	Il CUP è stato assegnato il 4.2.2022.

	Comunità	realizzare Ospedali di Comunità entro il 2° trim. 2022		CUP: B41B21007900006.
1.2.9	Ospedali di Comunità	Assegnazione progetti per indire gara per realizzare Ospedali di Comunità entro il 4° trim. 2022	100%	Oltre allo studio di fattibilità inviato in Regione è stato prodotto il documento di indirizzo alla progettazione, approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 692 del 30.9.2022 (Al. 2)

Per quanto sopra esposto il presente obiettivo si ritiene raggiunto al 100%.

SUB OBIETTIVO 1.3

Fascicolo sanitario elettronico (FSE) –Asl con repository interoperabile con FSE nel2021

Sub ob.	Descrizione	Indicatore	Valore obiettivo	Risultato al 31.12.2022
1.3.1	FSE	Distribuzione strumenti di firma digitale per digitalizzare documenti sanitari	Maggiore 95% <u>entro e non oltre agosto 2022</u>	La percentuale di firme digitali remote distribuite risulta leggermente superiore al 95%, concordato con la Regione Piemonte a seguito della rimodulazione dell'obiettivo stesso (che, inizialmente, richiedeva il raggiungimento di tale percentuale entro il 31/12/2022) a causa delle nel frattempo intervenute modifiche normative riguardanti la deprecazione delle firme digitali non web based dal 1.1.23 che hanno comportato una necessaria rimodulazione del cronoprogramma di intervento. Rispetto ai medici strutturati (non gettonisti) ne mancano solo 6 su un totale di 105.
1.3.2	FSE	Alimentazione dei documenti FSE firmata digitalmente.	<u>Entro giugno 2022</u> non inferiore al 60% (ricoveri, ambulatoriale e PS) <u>Entro ottobre 2022</u> non inferiore all'85% delle attività ospedaliere complessive (ricoveri, ambulatoriale e PS)	Dalla relazione del Responsabile della Sos ICT emerge quanto segue: - entro giugno 2022 il valore raggiunto è pressoché pari al 15%; - entro ottobre 2022 il valore raggiunto è pressoché pari al 30%. I predetti risultati sono da porre in stretta correlazione con quelli del sub obiettivo 1.3.1: l'esiguità di firme digitali distribuite nel 2022 comporta una piccola percentuale di documenti firmati digitalmente alimentanti il FSE. Il cronoprogramma di intervento ha subito modifiche in relazione alle

				<p>intervenute modifiche normative concernenti la deprecazione delle firme digitali non web based dal 1.1.23 (v.sopra)</p> <p>A partire da fine 2022, oltre a incrementare notevolmente le firme distribuite, si è riusciti a commissionare quasi tutte le necessarie integrazioni dei software clinico-sanitari con il <i>repository</i> PHI che, a sua volta, automaticamente, alimenta il FSE. E' lecito attendersi, quindi, un incremento del numero di referti firmati digitalmente e inviati al FSE tale da mettersi in linea con i valori attesi non solo del 2022 ma anche dello stesso 2023.</p>
1.3.3	FSE	Interventi di adeguamento dei documenti clinico sanitari alle specifiche HL7 CDA R2	Avvio degli interventi entro il 31.12.2022 con previsione di conclusione delle attività entro il primo semestre 2023.	Entro il 31/12/2022 sono stati avviati gli interventi di adeguamento, in quanto alcune contrattualizzazioni legate all'indicatore 1.3.2 prevedevano altresì la generazione nativa dei documenti clinico-sanitari nel formato di cui alle specifiche HL7 CDA R2. Si prevede la completa contrattualizzazione, nonché la conclusione delle relative attività, entro il 30/06/2023.

La Regione Piemonte, con nota del 22.12.2022 (prot. asl vco n. 80214 del 22.12.2022), ha fornito specifiche indicazioni tecniche per la rendicontazione dell'obiettivo 1.3 "FSE" chiedendo di inviare la relazione aziendale entro il 31.1.2023 all'indirizzo pec: gestione.informatica@cert.regione.piemonte.it. La relazione è stata trasmessa con lettera prot. n. 6228 del 27.1.2023 (All. 5).

Considerate le criticità esposte, non dipendenti dalla azione della Azienda, si considerano i risultati esposti in linea con l'obiettivo conferito al 100%.

OBIETTIVO 2. – QUALITA'

SUB OBIETTIVO 2.1

Area osteomuscolare: frattura di femore

Obiettivo: proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 48 ore in pazienti ultra65.

Indicatore: N° di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il pz. sia stato operato entro 48 ore dall'arrivo in PS (differenza tra data della procedura e data di arrivo in PS <= 48 ore) / N° di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore.

Valore obiettivo: tasso aggiustato $\geq 70\%$

Andamento nel triennio 2020–2022			
	ASL VCO	Presidio Domodossola	Presidio Verbania
2020	64,6%	71,9	54,1%
2021	65,7%	62,2%	70,4%
2022	66,2%	72,1%	61,3%

Nel corso dell'anno 2022, presa visione di un trend nettamente in peggioramento nel P.O. di Verbania (percentuale di effettuazione dell'intervento chirurgico entro le 48 ore pari a 36,4% nel primo semestre 2022) l'Asl ha affrontato un percorso riorganizzativo specificamente focalizzato su tale criticità, mediante l'attivazione di un progetto Lean, tuttora in corso, a partire dal presidio di Verbania, ma esteso anche a quello di Domodossola, prevedendo la riorganizzazione dei percorsi dei pazienti, degli standard richiesti e delle sale operatorie assegnate. Pertanto, alla data del 31.12.2022, si evidenzia un miglioramento, a partire dal presidio di Verbania, legato all'avvio del percorso riorganizzativo.

Quindi, alla luce dei risultati ottenuti l'obiettivo *si considera raggiunto al 100% per il P.O. di Domodossola* mentre, *per il P.O. di Verbania, in considerazione dell'importante miglioramento avuto nel secondo semestre rispetto al primo, all'80%. L'Azienda persegue un risultato medio del 90%.*

SUB OBIETTIVO 2.2

Tempestività effettuazione di PTCA nei casi IMA STEMI

Obiettivo: proporzione di episodi di STEMI trattati con PTCA entro 2 giorni.
Indicatore: N° episodi di STEMI in cui il pz abbia eseguito una PTCA entro 2 giorni / N° episodi di STEMI
Valore obiettivo: tasso grezzo \geq 85%

Andamento nel triennio 2020–2022	
	ASL VCO
2020	78,2%
2021	90,2%
2022	89% (*)

(*) A fronte di un dato rilevato dalle SDO 2022 pari all'81% (solo produzione), a seguito di una revisione delle cartelle cliniche (si rinvia alla relazione predisposta dal Direttore della Soc Cardiologia, **All. 6**), si rappresenta che il dato corretto di produzione passa all'89%.

Per quanto sopra esposto il presente obiettivo è raggiunto al 100%.

SUB OBIETTIVO 2.3

Appropriatezza nell'assistenza al parto

Sub obiettivo 2.3.1 –
Indicatore: $\frac{\text{N° parti con cesareo primario}}{\text{N° parti con nessun pregresso cesareo}} \times 100$
Valore obiettivo: tasso aggiustato \leq 15%

Andamento nel triennio 2020–2022			
	ASL VCO	Presidio Domodossola	Presidio Verbania
2020	15,8%	19,1	15,3
2021	18,9	0	19,5%

2022	27,5%	17,8%	29,2%
------	-------	-------	-------

Su conforme relazione del Direttore del Dipartimento Materno Infantile si osserva che la presenza in ASL di due punti nascita rappresenta una condizione di difficile gestione e funzionalmente dispersiva, aggravata dal fatto che l'organico medico della SOC Ostetricia è costantemente in situazione di carenza, con elevato turn over di personale, quasi sempre giovane e costantemente da formare. La copertura dei turni di guardia è demandata ad un servizio esternalizzato sul quale si deve costantemente ricalibrare il controllo.

Sono presenti consulenti pediatri e consulenti anestesisti. Quando in sala parto sono compresenti il consulente ginecologo, il consulente pediatra, il consulente anestesista e l'ostetrica la gestione del travaglio risulta più "complicata" e i soggetti inclini a maggiore prudenza clinica.

Anche l'organico del personale di Ostetriche (indispensabile per la buona riuscita di un travaglio/parto) è in sofferenza numerica e con un costante ricambio ed inserimento di figure nuove, giovani e da formare.

Oltre a ciò la situazione pandemica ha distratto risorse anestesilogiche riducendo la disponibilità di offerta della la partoanalgesia che rappresenta uno strumento molto utile nella gestione del travaglio.

La SOC Ostetricia sta lavorando per definire protocolli di gestione della gravidanza/parto e, in sinergia con la Direzione Sanitaria, sta estrapolando ed analizzando i dati relativi ai tagli cesarei primari al fine di individuare criticità e stilare misure correttive.

Per quanto sopra esposto si ritiene il sub obiettivo NON raggiunto.

Sub obiettivo 2.3.2
Indicatore: coerenza tra cartella SDO e scheda CEDAP con DRG di parto da 370 a 375
Valore obiettivo: 100%

	Risultati raggiunti al 31.12.22
ASL VCO	Coerenza al100%

Per quanto sopra esposto si ritiene il sub obiettivo raggiunto al 100%.

SUB OBIETTIVO 2.4

Donazioni d'organo

Sub obiettivo 2.4.1: segnalazione di soggetti in morte encefalica (BDI%)
Indicatore: N° morti encefaliche segnalate nei reparti di rianimazione afferenti al presidio ospedaliero / n° di decessi di soggetti ricoverati nei reparti di rianimazione del Presidio ospedaliero con una patologia compatibile con l'evoluziOne verso la morte encefalica
Valore obiettivo: tra 20%-40% (per ciascuno dei 2 presidi)

	Risultati raggiunti al 31.12.2022
Presidio Domodossola "San Biagio"	43%
Presidio Verbania "Castelli"	20%

Per quanto sopra esposto si ritiene il sub obiettivo raggiunto al 100%.

Sub obiettivo 2.4.2: non opposizione alla donazione di organi
Indicatore: opposizioni alla donazione di organi nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio /segnalazioni di morte encefalica nei reparti di rianimazine afferenti al Presidio
Valore obiettivo: ≤33% per ciascuno dei 2 Presidi di Domodossola e di Verbania

	Risultati raggiunti al 31.12.2022
--	--

Presidio Domodossola "San Biagio"	67% (2 opposizioni /3 segnalazioni)
Presidio Verbania "Castelli"	25%

Occorre rilevare che, nel corso del 2022, in tutta la Regione e anche nell'ASL VCO, si è verificata una diminuzione di pazienti con accidenti cerebrovascolari che esitano in morte cerebrale ed un aumento delle opposizioni alla donazione, sia dopo morte encefalica che dopo morte cardiaca.

La presenza della SOC Neurologia presso il Presidio di Domodossola comporta che la maggior parte dei pazienti con accidenti cerebrovascolari del territorio del Verbano o del Cusio, che poi esitano in morte cerebrale, vengono dirottati sul PO di Domodossola se non, addirittura, verso l'AOU "Maggiore della Carità" di Novara. E' perciò naturale avere una disparità di accertamenti di morte encefalica e di donatori di organi sui due presidi.

Premesso il numero estremamente limitato di casi, per quanto sopra esposto si ritiene l'obiettivo raggiunto per Verbania circa 50% e del 100% per Domodossola, e conseguentemente 75% del totale.

Sub obiettivo 2.4.3: donatori di cornee
Indicatore: N° donatori di cornee 75% dell'obiettivo previsto per il 2019 con DGR n. 12-156 del 2.8.2019-
Valore obiettivo: N° 3 donatori presidio Domodossola N° 6 donatori presidio di Verbania

	Risultati raggiunti al 31.12.2022
Presidio Domodossola "San Biagio"	N° 7 donatori
Presidio Verbania "Castelli"	N° 14 donatori

Per quanto sopra esposto si ritiene il sub obiettivo raggiunto al 100%.

Si allega (All. 7) il report inviato dal Coordinamento Regionale prelievi di organi e tessuti relativo al grado di perseguimento degli obiettivi.

SUB OBIETTIVO 2.5

Miglioramento nella gestione e misurazione del boarding

Sub obiettivo 2.5.1: Attivazione percorsi fast-track in tutti i PO sedi di DEA/PS
Indicatore: rapporto trimestrale con n° di accessi di PS/DEA avviati ai percorsi fast-track e chiusi dagli specialisti competenti per ogni PO sede di DEA/PS dell'Asl a partire dall'aprile 2022 compreso.
Valore obiettivo: 100% : presenza rapporti trimestrali riferiti ai singoli presidi dell'Asl sede di PS/Dea (3 rapporti/3 trimestri)

	Risultati raggiunti al 31.12.2022
Presidio Domodossola "San Biagio"	I percorsi fast-track sono attivi per otorino, oculistica ed odontoiatria. Residuano problemi di tracciabilità dei flussi. Per la dermatologia, il limitatissimo numero dei casi e la loro trattabilità in Dea, considerata l'assenza di una line di attività ospedaliera dermatologica, hanno indicato, finora, la non efficienza di un percorso specifico. Sono stati conseguentemente riservati spazi nell'ambito dell'attività ambulatoriale ma previa valutazione del medico DEA.
Presidio Verbania "Castelli"	

Per quanto sopra esposto si ritiene il sub obiettivo raggiunto al 100%.

Sub obiettivo 2.5.2: Miglioramento della compilazione dei campi del flusso C2 ai fini della corretta

misurazione del boarding**Indicatore:** differenza tra data-ora dimissione PS e data-ora indicazione al ricovero diversa da 0,00**Valore obiettivo:** $\geq 75\%$ su base mensile per tutti i presidi dell'Asl sede di PS/DEA

A) Analisi dimissioni soggetti ricoverati nella stessa struttura	Risultati raggiunti al 31.12.2022
ASL VCO	Corretta misurazione boarding/totale misurazione boarding $4.350/5.037 = 86,4\%$
Presidio Domodossola "San Biagio"	$2.038/2.238 = 91,1\%$
Presidio Verbania "Castelli"	$2.312/2.799 = 82,6\%$

B) Analisi dimissioni soggetti ricoverati nella stessa struttura o trasferiti ad altra struttura di ricovero	Risultati raggiunti al 31.12.2022
ASL VCO	Corretta misurazione boarding/totale misurazione boarding $4.481/5.475 = 81,8\%$
Presidio Domodossola "San Biagio"	$2.067/2.347 = 88,1\%$
Presidio Verbania "Castelli"	$2.414/3.128 = 77,2\%$

*Per quanto sopra esposto si ritiene il sub obiettivo raggiunto al 100%.***Sub obiettivo 2.5.3: Piano di gestione del sovraffollamento****Indicatore:** Piano di gestione del sovraffollamento da deliberare ed inviare in Regione (Direzione Sanità e Welfare) entro il 30.9.2022**Valore obiettivo:** 100% presenza Piano di gestione del sovraffollamento**Risultati raggiunti al 31.12.2022**Con deliberazione n. 689 del 30.9.2022 è stato approvato il documento "*Controllo e gestione del boarding*" relativo al Piano di gestione del sovraffollamento dell'ASL VCO.La deliberazione ed il relativo allegato è stata trasmessa in Regione, Direzione Sanità, con nota prot. 61090 del 30.9.2022. **(All.8)** (indirizzi: sanita@cert.regione.piemonte.it e programmazione.sanitaria@regione.piemonte.it)*Per quanto sopra esposto si ritiene il sub obiettivo raggiunto al 100%.***Sub obiettivo 2.5.4: Monitoraggio per la riduzione del boarding****Indicatore:** monitoraggio per la riduzione del boarding: rilevazione giornaliera ed audit almeno mensile per ogni singolo presidio ospedaliero dell'ASL sede di PS/DEA tra le unità operative coinvolte.**Valore obiettivo:** report con rilevazione giornaliera su boarding per ogni presidio ospedaliero sede di PS/Dea - un audit clinico assistenziale organizzativo almeno mensile per ogni presidio ospedaliero sede di PS/DEA

	Risultati raggiunti al 31.12.2022
Presidio Domodossola "San Biagio"	La misurazione del boarding viene effettuata quotidianamente e rendicontata nell'ambito del cruscotto giornaliero "Monitoraggio Covid" predisposto dal Controllo di Gestione.
Presidio Verbania "Castelli"	

	L'attività di audit viene svolta ogni 15 giorni con i Direttori delle Strutture interessate.
--	--

Per quanto sopra esposto si ritiene il sub obiettivo raggiunto al 100%.

Sub obiettivo 2.5.5: Tempo medio di permanenza in Dea/PS	
Indicatore: <u>data/ora di dimissione dal PS – data/ora di accesso al PS</u> N° di accessi in PS (esclusi i giunti cadaveri)	
Valore obiettivo: valore medio regionale per ciascun livello organizzativo di complessità assistenziale individuato dalla rete di emergenza urgenza per Dea di I livello <= 6 ore	
Tempo medio di permanenza in Dea/PS (dati espressi in ore, frazione di ore)	
CON O.B.I.	Risultati anno 2022
ASL VCO	6,74
Presidio Domodossola “San Biagio”	8,17
Presidio Verbania “Castelli”	5,77

Tempo medio di permanenza in Dea/PS (dati espressi in ore, frazione di ore)	
SENZA O.B.I.	Risultati anno 2022
ASL VCO	4,08
Presidio Domodossola “San Biagio”	4,68
Presidio Verbania “Castelli”	3,69

Tempo mediano di permanenza in Dea/PS (dati espressi in HH:MM:SS)	
CON O.B.I.	Risultati anno 2022
ASL VCO	2:35:00
Presidio Domodossola “San Biagio”	3:17:00
Presidio Verbania “Castelli”	2:07:00

Per quanto sopra esposto si ritiene il sub obiettivo raggiunto al 100%.

OBIETTIVO 2.6

Monitoraggio attivo del Nuovo sistema di garanzia (NSG)

Sub obiettivo 2.6.1: Aggiornamento tempestivo delle strutture in anagrafe regionale – completezza delle strutture che rendicontano le attività nel flusso STS24 – verifica della qualità dei dati dichiarati dalle strutture nel flusso STS24.

Indicatore: completezza e qualità dei dati dichiarati nel flusso STS24, ovvero assenza di correzione rilevata nell’anno 2023 rispetto ai dati dichiarati per l’anno 2022. Riscontro tempestivo di eventuali rilievi segnalati dal Ministero per l’anno 2021.

Valore obiettivo: – trasmissione al 31.12.2022 di una relazione delle attività svolte – assenza di correzioni rilevate nell’annualità 2023 rispetto ai dati dichiarati per l’annualità 2022.

Sub obiettivo 2.6.2.: definire interventi di breve, medio e lungo periodo da avviare/avviati per monitorare e migliorare la performance aziendale relativa agli indicatori CORE del Nuovo sistema di garanzia. **Indicatore:** trasmissione del Piano degli interventi di breve, medio e lungo periodo da

avviare/avviati per migliorare la performance aziendale desumibile dagli indicatori del Nuovo sistema di garanzia. **Valore obiettivo:** trasmissione in Regione, entro il 31.12.2022, del Piano degli interventi di monitoraggio e miglioramento.

Indicatori: – P10Z – P14C – P15C – D22Z – D27Z – D30Z – H02Z.

Risultati raggiunti al 31.12.2022

Per quanto attiene il sub obiettivo 2.6.1 si fa riferimento alla relazione del Direttore della Soc Distretto VCO, nota prot n. 81367 del 29.12.2022 (**All.9**). In tale nota viene precisato che le segnalazioni di eventuali modifiche riferite alle strutture inserite nell'anagrafe regionale (flusso STS 24) vengono segnalate dalla Commissione di Vigilanza ed il Distretto comunica, in tempo reale, alla Sos ICT, le variazioni da effettuare sulla piattaforma regionale dell'anagrafe delle strutture.

Le prestazioni riferite all'assistenza domiciliare (flusso SIAD) ed all'assistenza residenziale (flusso FAR) vengono inserite, giornalmente, nel flusso STS24 e, attraverso i Referenti di tali flussi, viene verificata la coerenza dei dati dichiarati.

Per quanto sopra esposto si ritiene il sub obiettivo raggiunto al 100%.

Per quanto attiene il sub obiettivo 2.6.2, si fa riferimento al Piano degli interventi trasmesso in Regione con nota prot. n. 81912 del 30.12.2022 (**All. 10**). Il Piano raggruppa le relazioni afferenti al Piano degli interventi di breve, medio e lungo termine, da avviare ed avviati, per migliorare la performance aziendale desumibile dal Nuovo sistema di garanzia, con particolare riferimento ai seguenti indicatori:

P10Z – P14C – P15C – D22Z – D27Z – D30Z – H02Z.

Per quanto sopra esposto si ritiene il sub obiettivo raggiunto al 100%.

OBIETTIVO 3. – FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI

Sub obiettivo 3.1

Affidabilità dati rilevati da flussi informativi della farmaceutica

Sub obiettivo 3.1.1 Verifica trimestrale della coerenza tra i costi aziendali rilevati dal modello CE (nelle voci BA0040 – B1A11 – B15A) ed il flusso dei consumi ospedalieri della farmaceutica

Indicatore: rapporto tra i costi aziendali del Mod. CE ed i costi aziendali rilevati dai flussi informativi della farmaceutica (DD e CO)

Valore obiettivo: 100% (con possibile scostamento)

Con riferimento al sub obiettivo 3.1.1 occorre evidenziare alcune criticità rilevate. Dovendoci confrontare con i dati validati ed inviati dalla Regione Piemonte (CSI), la rendicontazione dell'obiettivo è parziale ed incompleta in quanto disponibile solo il dato riferito al **III trimestre 2022**. Tale condizione rende difficoltosa la tempestiva individuazione di errori, sia in termini di tempistica che di possibilità di intervento correttivo con azioni di miglioramento, in tempi utili rispetto all'obiettivo annuale.

Risultati raggiunti al 31.12.2022

Il dato disponibile inviato dalla Regione Piemonte (CSI) è aggiornato al **III trimestre 2022**.

Il rapporto tra i costi aziendali di Conto Economico ed i flussi informativi aziendali ha registrato nel III trimestre 2022 una differenza in valore Δ pari a **-2.2%**. Tale scostamento rientra nel valore massimo ammissibile di +/- 5% sul valore trimestrale.

Il miglioramento del dato raggiunto nel III trimestre evidenzia che i correttivi apportati sui flussi H e F sono stati efficaci nel ridurre il $\Delta\%$ portandolo vicino al limite annuale ammesso del +/-2%.

Ci si attende che il trend in diminuzione si verifichi anche nel corso del IV trimestre consolidando il dato nei limiti ammessi.

Per quanto sopra esposto si ritiene il sub obiettivo raggiunto al 100%.

*

Sub obiettivo 3.1.2: Verifica della coerenza tra i dati dei flussi informativi inviati mensilmente (relativi alla distribuzione diretta ed ai consumi ospedalieri) e gli analoghi valori mensili consolidati a fine anno

Indicatore: rapporto tra i costi aziendali rilevati mensilmente dael Mod. CE ed i costi aziendali rilevati dai flussi informativi della farmaceutica (DD e CO).

Valore obiettivo: occorre raggiungere un valore obiettivo pari al 100% per almeno 10 mesi su 12 (previsto uno scostamento)

Risultati raggiunti al 31.12.2022

La SOC Farmacia verifica mensilmente la contabilità dei Conti Economici (CE) e invia, trimestralmente, alla Ragioneria la rendicontazione on-line degli stessi. Il flusso informativo della Distribuzione Diretta e del Consumo Ospedaliero viene mensilmente monitorato, verificato e corretto rispettando le tempistiche dettate dal calendario Regionale.

Per quanto sopra esposto si ritiene il sub obiettivo raggiunto al 100%.

Sub obiettivo 3.1.3 Per i primi due sub obiettivi occorre fornire alla Regione, a cadenza trimestrale, una relazione che motivi gli scostamenti registrati nel trimestre rispetto al valore obiettivo 100%.

Indicatore: trasmissione quesionario completo

Valore obiettivo: accuratezza e coerenza nella compilazione e trasmissione dei questionari entro le tempistiche stabilite.

Risultati raggiunti al 31.12.2022

La SOC Farmacia ha partecipato alla compilazione dei questionari relativi all'indagine conoscitiva nell'ambito della logistica sanitaria regionale, fornendo i dati richiesti inviati in regione il 10 agosto 2022.

Periodicamente vengono forniti ulteriori dati a supporto degli approfondimenti richiesti.

Per quanto sopra esposto si ritiene il sub obiettivo raggiunto al 100%.

Sub Ob obiettivo 3.2

Assistenza farmaceutica appropriatezza prescrittiva

Sub obiettivo 3.2 Riduzione, nel 2022, della spesa pro capite pesata complessiva (conv. + dd + dpc) avendo, come obiettivo il valore dell'ASL best performer nell'anno 2021. .

Indicatore: spesa pro-capite pesta complessiva (conv. + dd + dpc) anno 2022

Valore obiettivo: spesa pro capite pesata complessiva conv. + dd + dpc) anno 2022 <=al valore dell'<Asl best performer nell'anno 2021.

Risultati raggiunti al 31.12.2022

Ad oggi sono presenti sul portale regionale (PADDI) i dati relativi agli indicatori dell'obiettivo per il periodo gennaio-aprile 2022.

Dal dato complessivo del periodo gennaio-aprile 2022 (spesa media ponderata per residente = € 88,80), effettuando una proiezione per l'anno 2022, la spesa media procapite per l'ASL VCO risulta in aumento rispetto all'anno 2021:

261,44 € per l'anno 2021 (dato ASL VCO best performer) vs 266,40 € (= 88,80 € x 3) stima per l'anno 2022.

L'importo di € 88,80 rimane comunque ampiamente il valore best performer a livello regionale dove si evidenzia un aumento generalizzato della spesa per tutte le ASL nonché del prezzo medio unitario. Quest'ultima variazione media unitaria dovrebbe essere scontata ai fini della valutazione del risultato che comunque permane best performer regionale.

Inoltre, analizzando i dati mese per mese, nei primi 3 mesi del 2022 la spesa media procapite per l'ASL VCO è in rialzo rispetto all'anno precedente ma nel mese di aprile 2022 questa tendenza si inverte: la spesa media procapite di aprile 2022 è minore rispetto a quella dell'aprile 2021: 21,62 € vs 21,68 €.

Per quanto sopra esposto si ritiene comunque raggiunto il sub obiettivo al 100%.

Sub Ob obiettivo 3.3

Affidabilità dati rilevati da flussi informativi dispositivi medici

Sub obiettivo 3.3.1 Affidabilità dati

Indicatore: rapporto tra spesa rilevata dal flusso consumi di dispositivi medici ed i costi imputati al Conto economico. **Valore obiettivo:** coerenza con un margine di tolleranza compreso tra - 5% e * 10% tra spesa per DM rilevata da flusso DMRP rispetto ai costi imputati al CE

Risultati raggiunti al 31.12.2022

Il dato disponibile al **I trimestre 2022** (fonte PADDI) rilevava una differenza in valore tra CE e flussi di -26% a fronte di un margine di tolleranza compreso tra -5% /+10% (margine tollerato per raggiungere l'obiettivo). Tale valore risultava essere il più basso della Regione.

Al fine di migliorare il dato, sono state messe in atto azioni correttive in sinergia con le strutture aziendali competenti (revisione sistematica dei contratti e censimento puntuale di tutti i centri di costo). E' risultato che la non congruenza marcatamente evidenziatasi era dovuto ad un errore sistemico che è stato corretto. Le azioni intraprese hanno portato nel **II trimestre 2022** al recupero totale del dato con valore di 102,45%.

Il dato più aggiornato al **III trimestre 2022** (fonte PADDI) conferma il recupero del dato con un valore di 103,46% (scostamento +1,03%) che rientra nel margine di tolleranza compreso tra -5% /+10%.

Per quanto sopra esposto si ritiene il sub obiettivo raggiunto.

Sub obiettivo 3.3.2 Affidabilità dati

Indicatore: rapporto tra il numero di record validi con forma di negoziazione compilata ed il numero complessivo di record validi inviati I flusso DMRP-contreatti
Valore obiettivo: almeno il 95% dei record inviati al flusso DMRP contratti nel 2022 deve presentare la compilazione ed il campo "forme di negoziazione"

Risultati raggiunti al 31.12.2022

In seguito ai correttivi che hanno portato al miglioramento del sub-obiettivo 3.3.1, si è attuato il miglioramento anche di questo sub-obiettivo 3.3.2.

Il dato disponibile si riferisce al **III trimestre 2022** (fonte PADDI) ed indica che il rapporto tra i record oggetto dell'obiettivo è pari a **99,13%**, con netto miglioramento rispetto al valore di 87.66% del II trimestre 2022. Si ritiene che il dato annuale sia in linea con l'obiettivo conferito.

Per quanto sopra esposto si ritiene il sub obiettivo raggiunto.

Sub obiettivo 3.3.3 Affidabilità dati

Indicatore: Rapporto tra quantità contrattualizzata rilevata dal flusso contratti di Dispositivi medici (distintamente per le CND j0101, p0704, p0908) e quantità distribuita di dispositivi medici rilevata dal flusso Consumi dispositivi medici. **Valore obiettivo:** risultato dei 3 sub indicatori >=50%

Risultati raggiunti al 31.12.2022

Ad oggi sono presenti sul portale regionale (PADDI) i dati relativi agli indicatori dell'obiettivo per il **III trimestre 2022**. Per le 3 CND oggetto di obiettivo, J0101 - Pace Maker, P0704 - Endoprotesi vascolari e

cardiache e P0908 – Protesi d'Anca, l'obiettivo è raggiunto in quanto per ognuna il valore del rapporto tra quantità contrattualizzata e quantità distribuita è largamente superiore al 50%. Più precisamente:

J0101 – Pace Maker: 96,4 %

P0704 – Endoprotesi vascolari e cardiache: 225,92 %

P0908 – Protesi d'Anca: 495,09 %

Per quanto sopra esposto si ritiene il sub obiettivo raggiunto al 100%

OBIETTIVO 4. – TRANSIZIONE POST EMERGENZA

Sub obiettivo 4.1

Piano di recupero delle liste di attesa delle prestazioni di ricovero

Sub obiettivo 4.1.1– la produzione relativa all'attività di ricovero deve tornare complessivamente ai volumi e mix erogati prima pandemia prendendo come riferimento l'anno 2018/9 al netto delle mensilità relative al periodo emergenziale

Indicatore: $\frac{\text{N}^\circ \text{ prestazioni di ricovero prodotte nell'anno 2022}}{\text{N}^\circ \text{ prestazioni di ricovero prodotte nell'anno 2019}} \times 100$ (in ottica di produzione)

Valore obiettivo: $\geq 100\%$

Risultati raggiunti al 31.12.2022

Dall'analisi dei dati forniti dal Controllo di Gestione emerge quanto segue:

N° prestazioni di ricovero: anno 2019 3.538

anno 2022 3.414

$\frac{\text{N}^\circ \text{ prestazioni di ricovero prodotte nell'anno 2022}}{\text{N}^\circ \text{ prestazioni di ricovero prodotte nell'anno 2019}} \times 100 = 96\%$

N° prestazioni di ricovero prodotte nell'anno 2019

Occorre rilevare che, tenuto conto della pandemia, a gennaio 2022 l'attività è stata limitata alle sole urgenze e a classi di priorità A.

Si ritiene l'obiettivo raggiunto al 96%

Sub obiettivo 4.1.2– Recupero prestazioni di ricovero secondo classi di complessità e priorità come programmato nel piano aziendale di utilizzo risorse previste dall'art. 1, comma 278, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 (prospettiva committenza per ASL).

Indicatore Percentuale interventi chirurgici in regime di ricovero recuperati per classe di complessità (1 2 3) e di priorità (A B C D) rispetto al fabbisogno stimato nel piano aziendale di utilizzo risorse ex. DGR 4-4878/2022 del 14.4.2022 e s.m.i.

Valore obiettivo: $\geq 100\%$

ASL + Erogatori Esterni															
	TOTALE			A			B			C			D		
	2019	2022	delta	2019	2022	delta	2019	2022	delta	2019	2022	delta	2019	2022	delta
Totali	7.897	7.540	-357	2.193	2.929	736	3.035	3.168	133	2.201	1.329	-872	468	114	-354
Classe 1	517	496	-21	412	431	19	71	53	-18	19	12	-7	15	0	-15
Classe 2	2.603	2.645	42	1.062	1.588	526	1.014	749	-265	460	287	-173	67	21	-46
Classe 3	4.777	4.399	-378	719	910	191	1.950	2.366	416	1.722	1.030	-692	386	93	-293
			-714			1.472			266			-1.744			-708

Con nota prot. 6083/22 inviata in Regione, erano state stimate n.55 prestazioni recuperabili in classe 1, n. 500 in classe 2 e n. 430 in classe 3 per un totale di 985 prestazioni.

La tabella espone la distribuzione per classi di priorità e di complessità rilevate a fine 2022. In merito occorre osservare che in considerazione delle rilevanti diffuse criticità legate a carenze di personale sia medico che infermieristico, che non ha permesso neanche l'intero utilizzo delle risorse finanziarie messe a disposizione dell'azienda specificatamente dedicate, è stata operata la scelta strategica di privilegiare sempre e comunque il recupero delle prestazioni a pazienti con patologie più complesse e di priorità tempodipendente, che necessariamente occupano maggiori risorse di sala operatorie. Ciò ha determinato che, a fronte di una lieve diminuzione del totale (7540 vs. 7897-5%) e delle classi di minore priorità (classi C,D), sia stato possibile ottenere un aumento considerevole delle prestazioni chirurgiche prioritarie A (2929 vs. 2193 +33%) per un totale di 1472 prestazioni e di Classi B (3168 vs. 3035 +4%), entrambi nelle classi di complessità di maggiore pertinenza aziendale.

In relazione alle criticità esposte e note, si ritiene questo risultato molto significativo in termini di appropriatezza clinica, ancorché non completamente in linea con le attese. Si chiede di valutare il risultato almeno in misura pari al 50% del risultato.

Sub obiettivo 4.1.3– Utilizzo, secondo criteri di appropriatezza e in coerenza con il fabbisogno stimato, delle risorse residue ex DL 104/DGR 2-1980 entro il 31/12/2022

Indicatore: Utilizzo, secondo criteri di appropriatezza e in coerenza con il fabbisogno stimato, delle risorse residue ex DL 104/DGR 2-1980 entro il 31/12/2022

Valore obiettivo: 100%

Al 31 dicembre 2022 la spesa per il recupero di prestazioni è la seguente: **€ 92.136 realizzata:**

– per €35.053 dall'Asl e – per € 57.101 da privati accreditati.

Premessa la già nota grave criticità di personale sia medico che infermieristico, sono state messe in atto, nel corso del 2022, una serie di azioni al fine realizzare il di Piano di recupero delle liste di attesa. In particolare:

- è stato attivato un monitoraggio dei ricoveri su base quindicinale per rilevare il numero di pazienti in lista di attesa, suddiviso per classi di priorità e di gravità, nonché il flusso di nuovi ingressi, pazienti operati e pazienti statici;
- si è dato mandato al Dipartimento di area chirurgica di riorganizzare le attività adeguandosi alle esigenze espresse dalla Lista d'Attesa e, conseguentemente, rivedere le modalità di assegnazione delle sedute operatorie isorisorse;

– da agosto 2022, e nei mesi successivi, la Direzione Sanitaria Ospedaliera ha gestito con i Direttori delle Specialità chirurgiche (Ortopedia e Traumatologia, Otorinolaringoiatria, Chirurgia Generale, Ostetricia e Ginecologia, Oculistica, Urologia) il numero degli interventi in lista di attesa suddivisi per priorità e gravità, programmando l'attività per quanto possibile in merito alla loro eventuale disponibilità ad effettuare delle sedute operatorie al di fuori dell'orario di servizio, come prestazione aggiuntiva. Inoltre, in aggiunta agli interventi chirurgici effettuati dal personale dell'ASL VCO sono stati effettuati interventi presso COQ con cui l'ASL VCO ha stipulato una specifica convenzione (non sono presenti sul territorio aziendale altri operatori privati accreditati nelle branche chirurgiche indicate). Per meglio monitorare la gestione del Blocco operatorio sono state attivate inoltre azioni indispensabili per consentire l'informatizzazione dell'intero percorso chirurgico, attualmente in corso, dalla quale ci si attende, tra l'altro, l'ottimizzazione dei tempi di occupazione delle sale operatorie e l'efficientamento dei tempi di presenza dei pazienti all'interno del Blocco operatorio. Per concludere si evidenzia che il recupero delle attività di ricovero è stato effettuato pressochè interamente mediante processi di efficientamento dei processi interni.

Obiettivo raggiunto al 100%.

Sub obiettivo 4.2

Attuazione Piano di recupero delle prestazioni di screening oncologici

Sub obiettivo 4.2.1 – Screening oncologici

Indicatore Screening Mammografico e Citologico:

coperture inviti: N° donne invitate+ adesioni spontanee/popolazione bersaglio annuale

coperture esami: N° donne sottoposte al test di screening, incluse adesioni spontanee/
popolazione bersaglio annuale

Indicatore Screening Colon-retto:

coperture inviti: N° persone invitate a sigmoidoscopia+ adesioni spontanee/popolazione
bersaglio annuale

coperture esami: N° persone sottoposte a sigmoidoscopia o FIT + adesioni
spontanee/popolazione bersaglio annuale

Valore obiettivo per tutti screening: rispetto copertura come da indicazioni regionali

Risultati raggiunti al 31.12.2022

Screening mammografico (50–69 anni) – Copertura inviti

Cop. Inviti n° donne invitate + spontanee **13.733** /popolazione bersaglio **15.284** =

90,3% (dati CPO) **112,00%** (dati UVOS) (standard: 97–100%)

Per quanto sopra esposto si ritiene il sub obiettivo raggiunto al 100%.

Screening cervico–vaginale (25–64 anni) – Copertura inviti

Cop. Inviti n° donne invitate + spontanee **12.697** / popolazione bersaglio **10.989** =

115,5% (dati CPO) (standard: 97–100%)

Per quanto sopra esposto si ritiene il sub obiettivo raggiunto al 100%.

Screening cervico–vaginale (25–64 anni) – Copertura esami

Cop. Esami n° donne invitate + spontanee **3.573** /popolazione bersaglio **10.989** =

32,5% (da CPO) (standard: 45%)

Per quanto sopra esposto il sub obiettivo è raggiunto all'80%.

Screening colon–retto (58–69 anni) – Copertura inviti

Cop. Inviti (58 anni) n° persone invitate **2.349**/popolazione bersaglio **3.501** =

67,1% (standard 97–100)

Nota – Occorre rilevare che, per quanto riguarda la coorte, gli inviti sono stati evasi tutti per le coorti interessate. Per questo si ritiene l'obiettivo raggiunto al 100%.

Screening colon–retto (58–69 anni) – Copertura esami

Cop. Esami (58–69 anni) n° persone esaminate **3.952** (di cui FS 549 + FIT 3.403 /popolazione bersaglio **3.501**) = **29,3%** (standard 35%).

Obiettivo raggiunto all'83%.

In relazione agli screening oncologici ed all'andamento nel corso dell'anno 2022 si allega la documentazione fornita da CPO (All.11).

Sub obiettivo 4.2.2 – Aggiornamento Piano di attività anno 2022

Indicatore – Deliberazione del Direttore Generale per anno 2022

Risultati raggiunti anno 2022

Con deliberazione n. 919 del 23.12.2022 è stato approvato il Piano di Attività 2022 riferito agli Screening Oncologici Prevenzione. La stessa è stata inviata in Regione con nota prot. 81853 del 30.12.2022 (All. 12).

Per quanto sopra esposto si ritiene il sub obiettivo raggiunto al 100%.

Sub obiettivo 4.3

Attuazione del Piano di recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale ASL VCO

Sub obiettivo 4.3.1– La produzione relativa all'attività di specialistica ambulatoriale deve tornare complessivamente ai volumi e al mix indicativo che venivano ordinariamente erogati antecedentemente all'emergenza pandemica, pertanto, prendendo quale anno di riferimento il 2019 al netto delle mensilità relative al periodo emergenziale.

Indicatore:
$$\frac{\text{n° prestazioni di specialistica ambulatoriale prodotte nell'anno 2022}}{\text{n° prestazioni di specialistica ambulatoriale prodotte nell'anno 2019}} \times 100$$

Valore obiettivo: $\geq 100\%$

Risultati raggiunti anno 2022

I dati riguardanti la produzione per l'anno 2022 sul 2019, indicano che l'ASL VCO, nel 2019, aveva erogato n. 2.120.525 prestazioni ambulatoriali nel 2019 e di n. 2.164.700 nel 2022. Pertanto:

$$\frac{\text{n° prestazioni di specialistica ambulatoriale prodotte nell'anno 2022}}{\text{n° prestazioni di specialistica ambulatoriale prodotte nell'anno 2019}} \times 100 = 102\%$$

Obiettivo raggiunto al 100%.

Sub obiettivo 4.3.2– Recupero prestazioni di specialistica ambulatoriale come previsto dal piano aziendale di utilizzo risorse previste dall'art. 1, comma 278, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 (prospettiva committenza per ASL) **Indicatore:** Percentuale prestazioni di specialistica ambulatoriale recuperate rispetto al fabbisogno stimato nel piano aziendale di utilizzo risorse ex. DGR 4- 4878/2022 del 14.4.2022 e s.m.i. **Valore obiettivo:** 100%

Risultati raggiunti anno 2022

Con nota prot. 6083/22 inviata in Regione, era stato stimato il recupero di n. 1.540 prestazioni, volume erogato in prestazione aggiuntiva, n. 220 prestazioni tramite aumento ore di specialistica ambulatoriale, n. 1622 da committenza a privato e n. 600 prestazioni tramite attivazione di progetti per la telemedicina.

La situazione rendicontata a fine 2022 è come segue:

Tipologia prestazione	Fabbisogno Stimato a gennaio 2022	Situazione a dicembre 2022
Prestazione aggiuntiva ASL	1.540	1.573
Aumento ore di specialistica ambulatoriale	220	150*
Committenza a privato	1.622	1.888
Totale	3.382	3.611
• progetto specifico con fondi di specialistica ambulatoriale.		

Confrontando il fabbisogno stimato a gennaio 2022 con la situazione a dicembre la percentuale è circa del 106%.
Obiettivo raggiunto al 100%.

Sub obiettivo 4.3.3- Utilizzo, secondo criteri di appropriatezza e in coerenza con il fabbisogno stimato, delle risorse residue ex DL 104/DGR 2-1980 entro il 31/12/2022

Indicatore: Utilizzo, secondo criteri di appropriatezza e in coerenza con il fabbisogno stimato, delle risorse residue ex DL 104/DGR 2-1980 entro il 31/12/2022.

Valore obiettivo: 100%

Risultati raggiunti anno 2022

Le risorse ex DL 104/DGR 2-1980 impiegate per il recupero delle liste ambulatoriale ammontano ad **€197.173** di cui: €115.324 erogate dall'ASL e €81.849,87 fornite da erogatori Esterni.

Le prestazioni erogate tramite erogatori esterni sono così ripartite:

	PRESTAZIONI	VALORE	TICKET	QUOTA ASL
COQ	716	62.995,80 €	12.707,80 €	50.288,00 €
EREMO	1016	29.789,30 €	8.043,37 €	21.745,87 €
AUXOLOGICO	156	8.921,00 €	1.655,00 €	7.266,00 €
Tot.	1.888	101.706,10 €	22.406,17 €	79.299,87 €

Per raggiungere l'obiettivo sono state messe in atto, nel corso del 2022, una serie di azioni. In particolare: liste di attesa. In particolare

- a partire dal 1° maggio 2022 è stato attivato un monitoraggio per consentire una flessibile gestione degli slot, con ottimizzazione di tutti gli spazi/priorità non pienamente occupati in relazione al fabbisogno espresso come DEMA prescritte e non ancora prenotate, così da ottimizzare tutte le risorse disponibili;
- per poter meglio riorganizzare l'attività, riferendosi allo standard del 2019, si è poi provveduto a rivedere i tempi con conseguente aumento dell'erogato in attività istituzionale. Ove questo non è risultato sufficiente, sia a garantire il ritorno alla produzione 2019 ma anche a consentire una adeguata risposta al fabbisogno settimanale, sono state organizzate alcune sedute in prestazione aggiuntiva ex DL 104/DGR 2-1980;
- per poter aumentare l'offerta sono stati concordati con gli Specialisti Ambulatoriali Convenzionati specifici progetti volti al recupero delle Liste d'Attesa ed all'implementazione della telemedicina;
- sono state, inoltre, contrattualizzate prestazioni ambulatoriali con i tre erogatori esterni presenti sul territorio di ASL VCO.

Obiettivo raggiunto al 100%.

Sub obiettivo 4.4

Piano di recupero vaccinazioni programmate

Sub obiettivo 4.4.1- Vaccinazioni ad ospiti RSA (pneumococco e zoster)

Indicatore: copertura degli ospiti delle RSA per pneumococco e zoster nell'ultimo trimestre 2022

Valore obiettivo: copertura di almeno il 50% ospiti RSA

Risultati anno 2022

Percentuali raggiunte: - pneumococco = 40% - zoster = 40%

Per quanto sopra esposto si ritiene il sub obiettivo raggiunto parzialmente (80% rispetto allo standard del 50%).

Sub obiettivo 4.4.2 – Vaccinazioni ad ospiti RSA (antinfluenzale)

Indicatore: copertura degli ospiti delle RSA per vaccinazione antinfluenzale entro il 31.12.2022
Valore obiettivo: copertura di almeno il 75% ospiti RSA

Risultati anno 2022

Percentuale raggiunta: vaccinazione antinfluenzale = 85%

Per quanto sopra esposto si ritiene il sub obiettivo raggiunto al 100%.

Sub obiettivo 4.5

Prelievo ed effettuazione tamponi e vaccini anti Covid-19

Sub obiettivo 4.5.1 – Tamponi/Vaccini

Indicatore: Presenza strutture sul territorio Asl per assicurare effettuazione di tamponi
Valore obiettivo: Presenza strutture per accesso a tamponi tutti i giorni compresi prefestivi e festivi

Risultati anno 2022

Al 31.12.22 a Crusinallo è presente una Struttura che permette l'esecuzione di tamponi tutti i giorni, compresi prefestivi e festivi.

Per quanto sopra esposto si ritiene il sub obiettivo raggiunto al 100%.

Sub obiettivo 4.5.2 – Tamponi/Vaccini

Indicatore: Disponibilità di risorse umane/informatiche per gestire periodi contumaciali e ricerca contatti stretti

Valore obiettivo: Presa in carico nuovi positivi e chiusura dei periodi di isolamento entro 48 ore.

Risultati raggiunti nell'anno 2022

Il 100% dei nuovi positivi sono stati contattati nei tempi prescritti.

Per quanto sopra esposto si ritiene il sub obiettivo raggiunto al 100%.

Sub obiettivo 4.5.3 – Tamponi/Vaccini

Indicatore: Organizzazione di centri vaccinali e coordinamento attività dei MMG/PLS per somministrare Vaccini covid -19. **Valore obiettivo:** Presenza di centri vaccinali e di programmi con MMG/Pls per assicurare coperture vaccinali.

Risultati raggiunti nell'anno 2022

Al 31.12.22 i 4 centri vaccinali (Verbania, Domossola, Crusinallo, Premosello) che operano nell'ambito dell'ASL sono stati in grado di garantire le coperture vaccinali. Occorre rilevare che il risultato è stato perseguito anche effettuando alcune attività:– videoconferenze con i Direttori delle RSA per sensibilizzare in merito all'importanza delle due vaccinazioni; – pubblicazione di un documento informativo della Regione Piemonte sul portale dei MMG; – monitoraggi giornalieri della attività per verificare l'andamento della campagna vaccinale.

Per quanto sopra esposto si ritiene il sub obiettivo raggiunto al 100%.

Sub obiettivo 4.6

Panflu

Indicatore: Invio in Regione della relazione riepilogativa delle misure messe in atto per lo sviluppo delle azioni previste dal Panflu ed il recupero delle prestazioni dei Dipartimenti di Prevenzione entro il 29.10.2022.
Valore obiettivo: 100%

Risultati raggiunti nell'anno 2022

Con lettera prot. n. 67518 del 27.10.2022 è stata trasmessa in Regione la relazione riepilogativa delle misure messe in atto per lo sviluppo delle azioni previste dal Panflu ed il recupero delle prestazioni del Dipartimento di Prevenzione (**All. n. 13**).

Per quanto sopra esposto si ritiene il sub obiettivo raggiunto al 100%.

OBIETTIVO 5. – PREVENZIONE

Sub obiettivo 5.1 Piano Nazionale della Prevenzione (PNP)

Con riferimento al sub obiettivo 5.1 si è proceduto: – con atto n. 962 del 29.12.2022 ad individuare il coordinatore aziendale e a definire il gruppo di lavoro per i Piani di sorveglianza “Passi” e “Passi d’argento”. La deliberazione è stata inviata in Regione con nota prot. n. 81857 del 30.12.2022 (**All. 14**); – con atto n. 947 del 29.12.2022 a costituire il gruppo di lavoro aziendale per le attività di prevenzione e dismissione fumo di tabacco. L’atto è stato inviato in Regione con nota prot. n. 81864 del 30.12.2022 (**All. 15**).

Sub obiettivo 5.1.1 – PNP

Indicatore: Percentuali di indicatori di programmi e di processo che raggiungono lo standard

Valore obiettivo: > = 60%

Risultati raggiunti nell'anno 2022

Dall’esame di quanto segnalato dal Direttore della Soc Veterinario Area A (struttura afferente il Dipartimento di Prevenzione) risulta che la percentuale di indicatori di programma e di processo che hanno raggiunto lo standard atteso è stata del 79%. Si tratta di 67 su 84 indicatori di programma e di 43 su 55 indicatori di processo (ovvero, complessivamente, di 110 su 140). Se si tiene, inoltre, conto di 19 valori attesi locali (non valutabili in quanto legati ad azioni non implementate dalla Regione) la percentuale sale al 90% (complessivamente 110 su 121).

Per quanto sopra esposto si ritiene il sub obiettivo raggiunto al 100%.

Sub obiettivo 5.1.2 – PNP

Indicatore: Documento di proposte organizzative con definizione del fabbisogno di personale e dei profili

Valore obiettivo: Invio in Regione documento entro il 31.12.2022.

Risultati raggiunti nell'anno 2022

Con riferimento al Piano nazionale della prevenzione (PNP) è stato predisposto, dal Direttore della Soc SPV Sanità animale Area A, il documento contenente proposte organizzative con la definizione del fabbisogno di personale e dei profili. Il documento è stato inviato in Regione con nota prot 81906 del 30.12.2022 (**All. n. 16**).
Per quanto sopra esposto si ritiene il sub obiettivo raggiunto al 100%.

Sub obiettivo 5.1.3 – PNP**Indicatore:** Numero interviste effettuate “Sistema Passi”**Valore obiettivo:** Numero concordato nel Coordinamento Regionale: 200 per SL VCO**Risultati raggiunti nell'anno 2022**

Come risulta dalla nota del SEREMI datata 29.9.2022 (All. 17) il numero di interviste assegnate all'ASL VCO è di 200. – Il numero di interviste effettuate nel corso dell'anno 2022 e caricate nella piattaforma ISS è di 245. *Per quanto sopra esposto si ritiene il sub obiettivo raggiunto al 100%.*

Sub obiettivo 5.2**Piano regionale integrato per il controllo sulla sicurezza alimentare (PRISA)****Sub obiettivo 5.2.1 – PRISA****Indicatore:** Percentuali di indicatori di programmi e di processo che raggiungono lo standard**Valore obiettivo:** 50% dei settori di controllo che abbiano raggiunto almeno l'80% dei controlli previsti**Risultati raggiunti nell'anno 2022**

Dall'esame di quanto segnalato dal Direttore della Sosp Veterinario Area B (struttura afferente il Dipartimento di Prevenzione) risulta che la percentuale di indicatori di programma e di processo che hanno raggiunto lo standard atteso è stata superiore all'80%. In particolare: 1. Alimenti e sicurezza alimentare = 82,75%; 2. Mangimi = 100%; – 3. Salute animale = 100%; – 4. Sottoprodotti di origine animale = 100%; – 5. Benessere animali = 100%;; – 6. Prodotti fitosanitari = 100%.

Per quanto sopra esposto si ritiene il sub obiettivo raggiunto al 100%.

Sub obiettivo 5.2.2 – PRISA**Indicatore:** Documento di proposte organizzative con definizione del fabbisogno di personale e dei profili.**Valore obiettivo:** Invio in Regione documento entro il 31.12.2022**Risultati raggiunti nell'anno 2022**

Il documento è stato predisposto dal Direttore della Sosp SPV Sanità animale Area B ed inviato in Regione con nota prot 81897 del 30.12.2022 (All. n. 18).

Per quanto sopra esposto si ritiene il sub obiettivo raggiunto al 100%.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dr.ssa Chiara Serpieri)

Omegna, 28 febbraio 2023



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

**SOC AFFARI GENERALI LEGALI E
ISTITUZIONALI**

Sede legale :Via Mazzini, 117 – 28887 Omegna (VB)
Sede Operativa Omegna

SOS Organi Organismi Collegiali

Supporto Strategico

Tel. 0323 868391-392-390

e-mail : affarigenerali@aslvco.it

Prot. n. **32372**

Omegna, **18.05.2023**

Al Presidente O.I.V.
Dr. Maurizio Provera
Ai Componenti O.I.V.
Dr.ssa Patrizia Marta
Dr.ssa Patrizia Spadone

Oggetto: Obiettivi assegnati dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2022: precisazioni

Con D.G.R. n. 23-5653 del 19.9.2022 sono stati assegnati ai Direttori Generali/Commissari delle aziende sanitarie regionali, ai sensi dell'art. 2, comma 2, del D.Lgs n. 171/2016 e smi e dell'art. 1, comma 865, della L. n. 145/2018, gli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi, di trasparenza anno 2022 di seguito riportati.

DESCRIZIONE OBIETTIVI/SUB - OBIETTIVI		
OBIETTIVO 1.	GESTIONE PIANI DI SVILUPPO E CONSOLIDAMENTO	PESO
Sub Ob. 1.1	Completamento degli interventi ex DGR n. 7-1492 del 12.6.20 (PL di terapia intensiva, semi-intensiva, e PS) – PNRR –M6C2	8
Sub Ob 1.2	PNRR –M6C1 – Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative	8
Sub Ob 1.3	PNRR –M6C2 – Fascicolo sanitario elettronico (FSE)	6
OBIETTIVO 2	QUALITA'	
Sub Ob 2.1	Area Osteomuscolare (frattura di femore)	3
Sub Ob. 2.2	Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI	3
Sub Ob. 2.3	Appropriatezza nell'assistenza al parto	3



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sub Ob. 2.4	Donazioni d'organo	3
Sub Ob. 2.5	Miglioramento nella gestione e misurazione del <i>boarding</i> Asl	5
Sub Ob. 2.6	Monitoraggio attivo del Nuovo sistema di garanzia (NSG)	5
OBIETTIVO 3.	FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI	
Sub Ob. 3.1	Affidabilità dati rilevati da flussi informativi della farmaceutica	3
Sub Ob. 3.2	Assistenza farmaceutica appropriatezza prescrittiva	6
Sub Ob. 3.3	Affidabilità dati rilevati da flussi informativi dei dispositivi medici	3
OBIETTIVO 4.	TRANSIZIONE POST EMERGENZA	
Sub Ob. 4.1	Attuazione Piano di recupero delle liste di attesa delle prestazioni di ricovero	8
Sub Ob. 4.2	Attuazione Piano di recupero delle prestazioni di screening oncologici	7
Sub Ob. 4.3	Attuazione Piano di recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale	10
Sub Ob. 4.4	Piano di recupero vaccinazioni programmate ASL	3
Sub Ob. 4.5	Prelievo ed effettuazione tamponi e vaccini anti Covid-19 ASL	10
Sub Ob. 4.6	Panflu Asl	2
OBIETTIVO 5.	PREVENZIONE	
Sub Ob. 5.1	Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) Asl	2
Sub Ob. 5.2	Piano regionale integrato per i controlli sulla sicurezza alimentare (PRISA) Asl	2
Totale		100

A questi obiettivi si deve aggiungere, con carattere preliminare rispetto al sistema obiettivi nel suo complesso, l'obiettivo volto al rispetto dei tempi di pagamento previsto dall'art. 1, comma 865, della Legge n. 145/2018 (legge di Bilancio 2019).

*

Nel momento in cui la Direzione Generale ha assegnato la scheda obiettivi per l'anno 2022 ai Direttori/Responsabili di struttura la Regione non aveva ancora attribuito gli obiettivi annuali ai Direttori Generali.

La Direzione Generale, nella scheda obiettivi 2022, ha, comunque, previsto una sezione denominata "Obiettivi regionali" declinata, sostanzialmente, a tutti i Direttori/Responsabili di struttura ritenendo che tutte le strutture dovessero contribuire, ciascuna per la parte di competenza, al raggiungimento. Ciò con la consapevolezza che, nell'ipotesi in cui, complessivamente, la Direzione Generale non fosse riuscita, entro il 31.12.2022, a raggiungere gli obiettivi al 100% la percentuale di mancato raggiungimento sarebbe andata a ricadere su tutte le strutture aziendali.

Si è inoltre inteso che, con riguardo agli obiettivi regionali riconducibili a ben definite strutture, se non raggiunti o raggiunti parzialmente, la penalizzazione sarebbe andata a ricadere sulla specifica struttura tenendo conto del peso assegnato dalla Regione a quell'obiettivo ma anche di motivazioni dettagliate, in merito al mancato raggiungimento, fornite, eventualmente, dal Direttore di struttura.



Inoltre la Direzione Generale laddove, nell'ambito della scheda obiettivi 2022, ha previsto un unico peso per più obiettivi ha inteso distribuire lo stesso in modo uguale ad ogni obiettivo.

*

In conformità a quanto previsto dalla Regione Piemonte il Direttore Generale ha predisposto una relazione, tenuto conto dei dati e dell'ambito temporale a disposizione, trasmessa in Regione entro il termine indicato, ovvero il 28.2.2023, e conservata presso la segreteria OIV.

Entro il 30 aprile 2023, non disponendo, al momento della redazione della relazione di tutti i dati al 31.12.2022, si è richiesto ai Referenti di ciascun obiettivo di fornire eventuali dati più aggiornati. Tenuto conto delle risposte pervenute e non rilevando variazioni significative si conferma la situazione risultante dalla relazione del 28.2.2023. Dall'esame del documento emergono i risultati di seguito riportati.

Risultati

In primo luogo si osserva che, per quanto attiene all'obiettivo volto al rispetto dei tempi di pagamento, previsto dall'art. 1, comma 865, della Legge n. 145/2018 (legge di Bilancio 2019), obiettivo con carattere preliminare rispetto al sistema obiettivi nel suo complesso, lo stesso risulta raggiunto pienamente. In particolare:

- l'indicatore riferito al IV trimestre 2022 si attesta su un risultato pari a	- 24
- l'indicatore riferito all'intero anno 2022 si attesta su un risultato pari a	- 16

Tenuto conto che la data di scadenza delle fatture è di 60 giorni si evidenzia che i pagamenti sono stati effettuati con una media, nel 2022, di 44 giorni dopo la data di registrazione delle fatture. Tali dati sono pubblicati nel sito internet aziendale, nella sezione Amministrazione Trasparente.

Esaminando la relazione inviata in Regione si evince che la percentuale di raggiungimento complessiva raggiunta dall'Azienda è del 94,53% come si desume dalla tabella allegata.

OBIETTIVI/SUB - OBIETTIVI: PERCENTUALE DI RAGGIUNGIMENTO

OBIETTIVO 1.	GESTIONE PIANI DI SVILUPPO E CONSOLIDAMENTO	Peso	Risultato
Sub Ob. 1.1	Completamento degli interventi ex DGR n. 7-1492 del 12.6.20 (PL di terapia intensiva, semi-intensiva, e PS) - PNRR -M6C2	8	8
Sub Ob 1.2	PNRR -M6C1 - Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative	8	8
Sub Ob 1.3	PNRR -M6C2 - Fascicolo sanitario elettronico (FSE)	6	6
OBIETTIVO 2	QUALITA'		
Sub Ob 2.1	Area Osteomuscolare (frattura di femore)	3	2,7



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sub Ob. 2.2	Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI	3	3
Sub Ob. 2.3	Appropriatezza nell'assistenza al parto	3	1.5
Sub Ob. 2.4	Donazioni d'organo	3	2.75
Sub Ob. 2.5	Miglioramento nella gestione e misurazione del <i>boarding</i> Asl	5	5
Sub Ob. 2.6	Monitoraggio attivo del Nuovo sistema di garanzia (NSG)	5	5
OBIETTIVO 3.	FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI		
Sub Ob. 3.1	Affidabilità dati rilevati da flussi informativi della farmaceutica	3	3
Sub Ob. 3.2	Assistenza farmaceutica appropriatezza prescrittiva	6	6
Sub Ob. 3.3	Affidabilità dati rilevati da flussi informativi dei dispositivi medici	3	3
OBIETTIVO 4.	TRANSIZIONE POST EMERGENZA		
Sub Ob. 4.1	Attuazione Piano di recupero delle liste di attesa delle prestazioni di ricovero	8	6.58
Sub Ob. 4.2	Attuazione Piano di recupero delle prestazioni di screening oncologici	7	6.5
Sub Ob. 4.3	Attuazione Piano di recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale	10	10
Sub Ob. 4.4	Piano di recupero vaccinazioni programmate ASL	3	1.5
Sub Ob. 4.5	Prelievo ed effettuazione tamponi e vaccini anti Covid-19 ASL	10	10
Sub Ob. 4.6	Panflu Asl	2	2
OBIETTIVO 5.	PREVENZIONE		
Sub Ob. 5.1	Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) Asl	2	2
Sub Ob. 5.2	Piano regionale integrato per i controlli sulla sicurezza alimentare (PRISA) Asl	2	2
Totale		100	94,53

Distinti saluti.

Il Responsabile Sos
Organi, Organismi Collegiali
Supporto Strategico
(Dott.ssa Giuseppina Primatesa)

Si concorda: Direttore Generale
Dr.ssa Chiara Serpieri

Firmato digitalmente da:
Chiara Serpieri
Data: 17/05/2023 22:09:42

 REGIONE
PIEMONTE