



# REGIONE PIEMONTE

## GIUNTA REGIONALE

Verbale n. 244

Adunanza 26 gennaio 2018

L'anno duemiladiciotto il giorno 26 del mese di gennaio alle ore 10:10 in Torino presso la Sede della Regione, Piazza Castello n.165, nella apposita sala delle adunanze di Giunta, si è riunita la Giunta Regionale con l'intervento di Sergio CHIAMPARINO Presidente, Aldo RESCHIGNA Vicepresidente e degli Assessori Monica CERUTTI, Giuseppina DE SANTIS, Augusto FERRARI, Giovanni Maria FERRARIS, Giorgio FERRERO, Antonella PARIGI, Antonino SAITTA, Alberto VALMAGGIA, ~~Francesco BALOCCO, Giovanna PENTENERO,~~ con l'assistenza di Guido ODICINO nelle funzioni di Segretario Verbalizzante.

Sono assenti gli Assessori: BALOCCO, PENTENERO

(Omissis)

**D.G.R. n. 26 - 6421**

**OGGETTO:**

Art. 3 bis, commi 5 e ss. d. lgs n. 502/1992 e s.m.i.. Assegnazione obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai direttori generali/commissari delle aziende sanitarie regionali per l'anno 2018. Approvazione criteri e modalita' di valutazione.

A relazione dell' Assessore SAITTA:

Premesso che:

Il d. lgs. n. 502/1992 e s.m.i. prevede che le Regioni definiscano gli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi dei direttori generali delle aziende sanitarie regionali, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia, alla sicurezza, all'ottimizzazione dei servizi sanitari e al rispetto degli equilibri economico-finanziari di bilancio concordati, avvalendosi dei dati e degli elementi forniti anche dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.

In conformità a quanto previsto dall'art. 1, comma 5, del D.P.C.M. n. 502/1995, come modificato dal D.P.C.M. n. 319/2001, il trattamento economico attribuito al direttore generale può essere integrato da una quota, fino al venti per cento dello stesso, previa valutazione dei risultati di gestione ottenuti e della realizzazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, assegnati annualmente dalla Regione.

I contratti stipulati con i direttori generali delle aziende sanitarie prevedono anch'essi che annualmente vengano stabiliti degli obiettivi aziendali di interesse regionale, il cui raggiungimento, accertato dalla Regione anche mediante appositi indicatori, determini la corresponsione, a titolo integrativo, di un compenso aggiuntivo, nella misura massima del venti per cento del trattamento economico annuo del direttore generale.

Gli stessi contratti fanno in ogni caso salve le previsioni, in materia di decadenza automatica del direttore generale, di cui all'art. 52, comma 4 lett. d) della legge n. 289/2002 e s.m.i., per il caso di mancato raggiungimento dell'equilibrio economico dell'azienda (da accertare in

conformità alle disposizioni di cui all'art. 6, comma 2, dell'Intesa 23 marzo 2005), nonché l'ulteriore ipotesi di decadenza automatica introdotta dall'art. 1, comma 567 della legge n. 190/2014 (Legge di stabilità 2015), la quale ha disposto l'inserimento, nell'art. 3 bis del d. lgs. n. 502/1992 e s.m.i., del comma 7 bis, a mente del quale "l'accertamento da parte della Regione del mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali costituisce per il direttore generale grave inadempimento contrattuale e comporta decadenza automatica dello stesso".

Con DGR n. 101-5530 del 03.08.2017 sono stati a suo tempo assegnati ai direttori generali delle ASR gli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi finalizzati al riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2017.

Quanto sopra premesso, si rende ora necessario assegnare ai direttori generali/commissari delle ASR gli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi finalizzati, ai sensi delle disposizioni richiamate, all'attribuzione della quota integrativa al trattamento economico per l'anno 2018, nei limiti percentuali di cui al suddetto art. 1, comma 5, DPCM n. 502/1995 e s.m.i..

Gli obiettivi in parola sono dettagliati nell'Allegato A al presente provvedimento, per farne parte integrante e sostanziale, titolato "Obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi dei direttori generali/commissari delle aziende sanitarie regionali per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2018".

Dato atto che:

Il riconoscimento, da parte delle aziende sanitarie regionali, della quota integrativa al trattamento economico, dovrà inoltre avvenire nel rispetto delle prescrizioni di cui alla circolare del Ministro per la Semplificazione e la Pubblica amministrazione n. 3/2014, in materia di cumulo del trattamento economico onnicomprensivo con gli eventuali trattamenti pensionistici maturati, per le finalità di cui all'art. 1, comma 489, della legge n. 147/2013 (legge di stabilità 2014).

I singoli obiettivi individuati concorreranno al riconoscimento della quota economica integrativa nei diversi pesi specificati nel predetto allegato A, per un punteggio complessivamente pari a 100 punti, equivalente al riconoscimento della quota integrativa al trattamento economico nella sua misura massima (20 per cento, ai sensi dell'art. 1, comma 5, del DPCM 502/1995 e s.m.i.) – fatta naturalmente salva l'eventuale sussistenza di alcuna delle condizioni ostative sopra richiamate.

Il punteggio complessivamente conseguito sarà dato dalla somma dei punteggi ottenuti in relazione al raggiungimento di ciascun obiettivo.

Ai sensi del richiamato art. 3 bis, comma 7 bis, del d. lgs. n. 502/1992 e s.m.i., inoltre, il mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali costituisce per il direttore generale grave inadempimento contrattuale e comporta la decadenza automatica dello stesso: per le finalità legate all'applicazione della disposizione in esame, si dispone che la positiva valutazione, da parte della Regione, in ordine all'avvenuto conseguimento degli obiettivi, ne presupponga il complessivo raggiungimento nel rispetto della soglia minima del 60%.

L'assegnazione degli obiettivi ai direttori sanitari ed amministrativi, nonché l'individuazione dei criteri di valutazione e di corresponsione della quota integrativa in favore degli stessi, dovrà armonizzarsi con il presente provvedimento e con le risultanze delle valutazioni che saranno adottate dalla Giunta regionale, comunque condizionando l'attribuzione, pro quota, del trattamento integrativo al conseguimento di una percentuale complessiva di raggiungimento degli obiettivi non inferiore al 60 per cento.

Il riconoscimento della quota integrativa al trattamento economico - nell'osservanza dei criteri e delle condizioni richiamate - sarà, come di consueto, dovuto ai direttori generali/commissari in misura proporzionale alla durata dell'incarico.

Gli oneri derivanti dal presente provvedimento sono a carico dei bilanci delle ASR interessate.

Attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento, ai sensi della DGR n. 1-4046 del 17 ottobre 2016;

visti:

- il d. lgs. n. 502/1992 e s.m.i., recante: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";
- il D.P.C.M. n. 502/1995 e s.m.i., recante: "Norme sul contratto del Direttore generale, del Direttore amministrativo e del Direttore sanitario delle Unità sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere";
- la legge n. 289/2002 (Legge Finanziaria 2003);
- la legge n. 190/2014 (Legge di stabilità 2015);
- la circolare del Ministro per la Semplificazione e la Pubblica amministrazione n. 3/2014;

Quanto sopra premesso, illustrato e motivato, la Giunta regionale, condividendo le argomentazioni del relatore, all'unanimità,

#### d e l i b e r a

-di assegnare ai direttori generali/commissari delle ASR, ai sensi dell'art. 3 bis, commi 5 e ss. del d. lgs. n. 502/1992 e s.m.i., e per le ragioni in premessa illustrate, che qui si intendono integralmente richiamate, gli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi finalizzati, nei limiti percentuali di cui all'art. 1, comma 5, DPCM n. 502/1995 e s.m.i., all'attribuzione della quota integrativa al trattamento economico per l'annualità 2018;

-di approvare pertanto l'allegato A), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, titolato: "Obbiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi dei direttori generali/commissari delle aziende sanitarie regionali per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2018", inerente altresì l'approvazione dei criteri e delle modalità di valutazione;

- di dare atto che la copertura economica derivante dal presente provvedimento rientra nella quota indistinta di finanziamento alle ASR di cui alla DGR n. 113-6305 del 22.12.2017, senza oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale.

Avverso la presente deliberazione è ammesso ricorso giurisdizionale avanti al TAR entro 60 giorni dalla data di comunicazione o piena conoscenza dell'atto, ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro 120 giorni dalla suddetta data, ovvero l'azione innanzi al Giudice Ordinario, per tutelare un diritto soggettivo, entro il termine di prescrizione previsto dal Codice civile.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. n. 22/2010.

(Omissis)

Il Presidente  
della Giunta Regionale  
Sergio CHIAMPARINO

Direzione Affari Istituzionali  
e Avvocatura  
Il funzionario verbalizzante  
Guido ODICINO

Estratto dal libro verbali delle deliberazioni assunte dalla Giunta Regionale in adunanza 26  
gennaio 2018.



bfi/

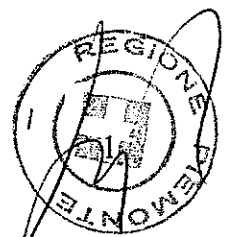


26-01-2018 26-1-2018



## **ALLEGATO A**

**Obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi dei direttori generali/commissari delle aziende sanitarie regionali per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2018.**



## Sommario

Sommario.....	2
Premessa.....	3
Criteri e Modalità di valutazione.....	4
<b>1. Budget.....</b>	<b>9</b>
1.1 OBIETTIVO Attuazione della programmazione – ASL; AO; AOU.....	9
<b>2. Prossimità e integrazione dei percorsi.....</b>	<b>11</b>
2.1 OBIETTIVO Attivazione delle Case della Salute programmate – ASL.....	11
2.2 OBIETTIVO Linee di indirizzo del Piano Regionale Cronicità ASL; AO; AOU.....	13
<b>3. Accessibilità.....</b>	<b>15</b>
3.1 OBIETTIVO Tempi di attesa Ricoveri – ASL; AO; AOU.....	15
3.2 OBIETTIVO Tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali - ASL; AO; AOU.....	18
3.3 OBIETTIVO Riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in DEA/PS - ASL AO; AOU.....	21
<b>4. Qualità dell’assistenza.....</b>	<b>24</b>
4.1 OBIETTIVO Area Osteomuscolare – ASL; AO; AOU.....	24
4.2 OBIETTIVO Tempestività nell’effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI – ASL; AO; AOU.....	26
4.3 OBIETTIVO Appropriatelyzza nell’assistenza al parto.....	27
4.4 OBIETTIVO Area Chirurgia Generale: colecistectomia laparoscopica – ASL; AO; AOU.....	29
4.5 OBIETTIVO Screening oncologici – ASL; AO; AOU.....	30
4.6 OBIETTIVO Donazioni d’organo - ASL; AO; AOU.....	33
4.7 OBIETTIVO Umanizzazione – ASL; AO; AOU.....	37
<b>5. Gestione della spesa relativa ai beni: farmaci e DM.....</b>	<b>39</b>
5.1 OBIETTIVO Assistenza Farmaceutica Territoriale ed Ospedaliera: appropriatezza prescrittiva e riduzione della variabilità ASL/AO/AOU.....	39
5.2 OBIETTIVO Miglioramento della qualità del flusso informativo dei dispositivi medici ASL/AO/AOU.....	41
5.3 OBIETTIVO Contenimento della spesa aziendale per l’acquisto di Dispositivi Medici ASL/AO/AOU.....	43
<b>6. Trasparenza e anticorruzione.....</b>	<b>45</b>
6.1 OBIETTIVO PNA - Dichiarazione pubblica di interessi – ASL; AO; AOU.....	45
<b>7. Digitalizzazione del SSR.....</b>	<b>46</b>
7.1 OBIETTIVO Fascicolo sanitario elettronico e Servizi on Line – ASL; AO; AOU.....	46



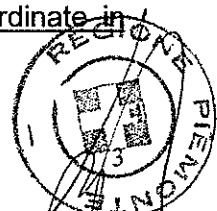
## Premessa

Ai fini del riconoscimento, ai sensi dell'art. 3 bis, comma 5, del d.lgs. n. 502/1992 e s.m.i., del trattamento economico integrativo ai direttori generali/commissari delle aziende sanitarie regionali, il presente documento definisce gli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi, a valere per l'anno 2018, corredati dei necessari criteri di valutazione (in termini di punteggio per singolo obiettivo, dei relativi indicatori, del valore obiettivo, di definizione della scala di valutazione, del tracking e dell'eventuale fonte dati).

Gli obiettivi assegnati, in alcuni casi ripartiti in sub-obiettivi, sono suddivisi in sette aree articolate come segue:

Obiettivo	sub-obiettivo	ASL	AO/AOU
<b>1. Budget</b>	<b>1.1</b> Attuazione della programmazione	✓	✓
<b>2. Prossimità e integrazione dei percorsi</b>	<b>2.1</b> Attivazione 100% delle Case della Salute programmate	✓	
	<b>2.2</b> Linee di indirizzo del Piano Regionale Cronicità	✓	✓
<b>3. Accessibilità</b>	<b>3.1</b> Tempi di attesa Ricoveri	✓	✓
	<b>3.2</b> Tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali	✓	✓
	<b>3.3</b> Riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in DEA/PS	✓	✓
<b>4. Qualità dell'assistenza</b>	<b>4.1</b> Area osteomuscolare	✓	✓
	<b>4.2</b> Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI	✓	✓
	<b>4.3</b> Appropriately nell'assistenza al parto	✓	✓
	<b>4.4</b> Area chirurgia generale: colecistectomia laparoscopica	✓	✓
	<b>4.5</b> Screening oncologici	✓	✓
	<b>4.6</b> Donazioni d'organo	✓	✓
	<b>4.7</b> Umanizzazione	✓	✓
<b>5. Gestione della spesa: farmaci e DM</b>	<b>5.1</b> Assistenza Farmaceutica Territoriale ed Ospedaliera: appropriatezza prescrittiva	✓	✓
	<b>5.2</b> Miglioramento della qualità del flusso informativo dei dispositivi medici	✓	✓
	<b>5.3</b> Contenimento della spesa aziendale per l'acquisto di dispositivi medici	✓	✓
<b>6. Trasparenza e anticorruzione</b>	<b>6.1</b> Dichiarazione pubblica d'interessi	✓	✓
<b>7. Digitalizzazione</b>	<b>7.1</b> Fascicolo sanitario elettronico e SoL	✓	✓

Al fine di garantire una programmazione uniforme sul territorio regionale è necessario che le azioni finalizzate al raggiungimento degli obiettivi siano condivise e coordinate in



maniera continuativa tra tutte le Aziende afferenti alle singole aree omogenee di programmazione.

Analogamente a quanto stabilito per le annualità precedenti, l'attribuzione della quota integrativa non è prevista qualora il direttore generale/commissario sia dichiarato decaduto per cause riconducibili, con riferimento all'annualità oggetto di valutazione, alle fattispecie di cui agli artt. 3 bis, comma 7, del d.lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e 52, comma 4 lett. d della legge n. 289/2002, nonché qualora, sempre in relazione al periodo considerato, emerga una valutazione negativa che, per una delle cause previste nel relativo contratto di prestazione d'opera intellettuale, determini la cessazione del rapporto con il direttore generale.

Si precisa inoltre che, ai sensi dell'art. 3 bis, comma 7 bis, del d. lgs. n. 502/1992 e s.m.i., il mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali costituisce, per il direttore generale, grave inadempimento contrattuale e comporta decadenza automatica dello stesso.

## Criteria e Modalità di valutazione

Al riconoscimento della quota economica integrativa i singoli obiettivi individuati concorrono nei diversi pesi specificati nel presente allegato, per un punteggio complessivamente pari a 100 punti, equivalente al riconoscimento della quota integrativa al trattamento economico nella sua misura massima (20 per cento, ai sensi dell'art. 1, comma 5, del DPCM 502/1995 e s.m.i.) – fatta naturalmente salva l'eventuale sussistenza di alcuna delle condizioni ostative sopra richiamate.

Il punteggio complessivamente conseguito sarà così dato dalla somma dei punteggi ottenuti in relazione al raggiungimento di ciascun singolo obiettivo/sub-obiettivo e darà luogo ad un riconoscimento della quota integrativa al trattamento economico in misura proporzionale a tale punteggio.

La positiva valutazione, da parte della Regione, in ordine all'avvenuto conseguimento degli obiettivi ne presuppone il complessivo raggiungimento entro la soglia minima del 60% (da ottenersi quale somma aritmetica dei punteggi ottenuti per ogni singolo obiettivo/sub-obiettivo).





Attesa l'ordinaria attività di vigilanza svolta dalla Regione sulle Aziende Sanitarie e l'attivazione di meccanismi di valutazione delle stesse (art. 2 comma 2 sexies lettera e, D. lgs 502/92 e smi) il monitoraggio in ordine al raggiungimento degli obiettivi sarà periodico.

L'attività di monitoraggio si realizzerà attraverso una serie di incontri, per area omogenea, tra le Direzioni strategiche e gli uffici competenti dell'Assessorato alla Sanità con il supporto di Agenas, con periodicità trimestrale. In tale sede le Direzioni presenteranno le azioni intraprese per raggiungere gli obiettivi assegnati, forniranno i dati intermedi di raggiungimento esplicitando la propria previsione di raggiungibilità degli stessi ed eventuali cause ostacolanti.

Tali incontri sono previsti nei mesi di:

- marzo 2018
- luglio 2018
- novembre 2018

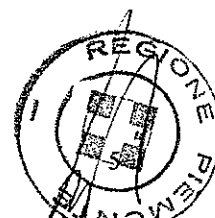
Gli specifici adempimenti e le correlate tempistiche di svolgimento del procedimento di valutazione degli obiettivi saranno fatti oggetto di successive indicazioni operative.

Successivamente, entro il 28 febbraio 2019, i direttori generali dovranno trasmettere un file contenente tutta la documentazione atta a comprovare il raggiungimento dei singoli obiettivi/sub-obiettivi, accompagnato da una sintetica relazione riepilogativa; tale documentazione dovrà essere trasmessa unicamente su supporto informatico al seguente indirizzo di posta elettronica: [obiettividgres@regione.piemonte.it](mailto:obiettividgres@regione.piemonte.it)

Il raccordo del procedimento di valutazione è assicurato dal Settore Sistemi Organizzativi e Risorse Umane del SSR della Direzione Regionale Sanità che potrà richiedere alle aziende integrazioni, chiarimenti e/o supporti documentali ulteriori rispetto a quelli già inviati.

Copia della relazione di cui sopra sarà inviata dalle ASR interessate alle Conferenze dei Sindaci/Presidenti di circoscrizione di riferimento per l'espressione dei pareri di competenza, da rendersi entro il 30 aprile 2019.

Sarà altresì cura delle aziende sanitarie trasmettere copia dei pareri medesimi al Settore regionale incaricato del raccordo del procedimento.



Le valutazioni in ordine alle relazioni fatte pervenire dalle aziende sanitarie saranno rese, per le parti di rispettiva competenza, dalle strutture assessorili interessate.

Acquisite le valutazioni di cui sopra, si darà avvio al procedimento per il riconoscimento della quota integrativa al trattamento economico, che dovrà concludersi - mediante predisposizione della proposta del provvedimento finale - entro 90 giorni dall'avvenuta integrale acquisizione delle valutazioni stesse.

Al termine del procedimento di valutazione, la quota percentuale del trattamento economico integrativo riconosciuta dalla Giunta regionale verrà comunicata alle direzioni generali aziendali.

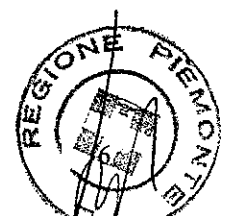
Sarà cura delle direzioni medesime comunicare ai singoli direttori/commissari interessati, anche cessati dall'incarico, le quote percentuali riconosciute.

Qualora il raggiungimento di alcuno degli obiettivi dovesse essere impedito, o per contro reso possibile, da cause od evenienze sopravvenute non direttamente imputabili alla responsabilità dei Direttori Generali, a seguito della necessaria certificazione documentale e della diretta verifica di tali circostanze, gli stessi obiettivi potranno essere ridefiniti o rimodulati, in corso d'anno, su proposta della competente Direzione Sanità, con conseguente riparametrazione dei punteggi attribuiti agli altri obiettivi.

L'assegnazione degli obiettivi ai direttori sanitari ed amministrativi, nonché l'individuazione dei criteri di valutazione e di corresponsione della quota integrativa in favore degli stessi, dovrà armonizzarsi con il presente provvedimento e con le risultanze delle valutazioni che saranno adottate dalla Giunta regionale, comunque condizionando l'attribuzione, pro quota, del trattamento integrativo al conseguimento di una percentuale complessiva di raggiungimento degli obiettivi considerati non inferiore al 60 per cento.

Il riconoscimento della quota integrativa al trattamento economico - nell'osservanza dei criteri e delle condizioni di cui sopra - sarà, come di consueto, dovuto ai direttori generali/commissari in misura proporzionale alla durata dell'incarico.

Di seguito sono riportati il quadro sinottico con la distribuzione dei 100 punti per singolo obiettivo e le schede di dettaglio per ogni singolo obiettivo/sub-obiettivo.





### **Obiettivo di accesso di edilizia sanitaria**

Inoltre per le ASR interessate da progetti di edilizia sanitaria, il punteggio complessivamente risultante dalla valutazione del sistema obiettivi sarà fatto oggetto di una ulteriore "pesatura", con riferimento al raggiungimento dello specifico obiettivo assegnato in materia di edilizia sanitaria (v. infra), il cui mancato raggiungimento comporterà la decurtazione del punteggio complessivamente conseguito di una percentuale del 10%.

In merito all'edilizia sanitaria si stima che il fabbisogno per l'adeguamento degli ospedali piemontesi sia pari a circa 1,5 miliardi di euro. In questo contesto si inseriscono le scelte dell'amministrazione sia riguardo l'opportunità di investire sull'esistente patrimonio immobiliare sia sull'intraprendere percorsi di innovazione riguardanti il compimento di nuovi ospedali.

Rispetto a quest'ultimo aspetto è stata programmata la realizzazione di nuovi presidi quali:

- il Parco della Salute, della Ricerca e dell'Innovazione di Torino;
- la Città della Salute e della Scienza di Novara;
- il Nuovo Ospedale Unico dell'ASL VCO;
- il Nuovo Ospedale Unico dell'ASL TO5;
- il Nuovo Ospedale Unico ospedale dell'ASL CN2

L'**indicatore** consiste nell'approvazione, attraverso deliberazione delle singole aziende competenti, della documentazione prevista nell'obiettivo e nell'invio della stessa alla Regione entro i 10 gg. successivi alla scadenza prevista (31.12.2018).

#### **Il valore obiettivo:**

- per il Parco della Salute, della Ricerca e dell'Innovazione di Torino, la Città della Salute e della Scienza di Novara e il Nuovo Ospedale Unico dell'ASL VCO:
  - Avvio delle procedure di gara finalizzate all'individuazione dell'operatore economico per la realizzazione e la gestione del progetto.
- per il Nuovo Ospedale Unico dell'ASL TO5:
  - Revisione del quadro complessivo dei finanziamenti e del relativo piano economico/finanziario mirato alla realizzazione del nuovo ospedale in partenariato pubblico privato finalizzato all'approvazione del documento di fattibilità.
- per il Nuovo Ospedale Unico dell'ASL CN2:
  - Conclusione dei lavori per la realizzazione del nuovo ospedale.



## 1. Budget

### 1.1 OBIETTIVO Attuazione della programmazione – ASL, AO, AOU

<b>SETTORI</b>	<b>Programmazione Economico Finanziaria</b>
<b>REFERENTI</b>	<b>Controllo di gestione e monitoraggio costi per i Livelli di Assistenza delle ASR;</b>
<b>DESCRIZIONE</b>	<p>Gli Enti del SSR in applicazione alle linee di programmazione sanitaria regionale, nel rispetto delle normative regionali e nazionali vigenti (es. D.Lgs 118/2011 e smi) e delle risorse assegnate con la D.G.R. n. 113 – 6305 del 22 Dicembre 2017 e s.m.i., dovranno assicurare il sostanziale pareggio di bilancio aziendale sia in sede di adozione dei Bilanci Preventivi economici, sia in itinere nei Conti Economici Trimestrali che, in particolare, in sede di adozione del Bilancio d’esercizio aziendale a consuntivo.</p> <p>Il perseguimento dei citati obiettivi richiede, tra l’altro, un governo aziendale attivo che assicuri, a titolo indicativo e non esaustivo, quanto segue:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ programmazione e realizzazione degli investimenti sanitari per fonti di finanziamento;</li><li>▪ monitoraggio continuo e costante dell’eventuale contenzioso aziendale, finalizzato a identificare e realizzare le iniziative necessarie per mitigare l’eventuale rischio di soccombenza ed assicurare l’adeguatezza degli accantonamenti ai fondi rischi e oneri iscritti nei bilanci di esercizio;</li><li>▪ attuazione del piano di efficientamento annuale e triennale, ove stabilito dalla D.G.R. n. 35 – 5329/2017 e smi per i presidi a gestione diretta delle ASL e per l’AOU Città della Salute e delle Scienze di Torino;</li><li>▪ monitoraggio proattivo degli obiettivi di efficientamento finalizzato ad assicurare, nell’ipotesi di mancati adempimenti o disallineamenti rispetto agli obiettivi prestabiliti, l’eventuale pianificazione tempestiva di ulteriori interventi e/o manovre correttive.</li></ul>
<b>INDICATORE</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Spesa consuntiva 2018 (costi al netto delle componenti finanziarie e straordinarie attive, ed inclusivi delle rettifiche dei contributi c/esercizio per destinazione investimenti non finanziati da specifici atti regionali);</li><li>2. Produzione sanitaria consuntiva 2018 (attività di Ricovero, Ambulatoriale e PS non seguito da ricovero).</li></ol>
<b>VALORE DELL’OBIETTIVO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Sub-obiettivo 1): Spesa consuntiva 2018 (costi al netto delle componenti finanziarie e straordinarie attive, ed inclusivi delle rettifiche dei contributi c/esercizio per destinazione investimenti non finanziati da specifici atti regionali) poste pari o inferiore rispetto alla programmazione declinata per componenti economiche nel Bilancio Preventivo 2018.</li><li>▪ Sub-obiettivo 2): Produzione sanitaria consuntiva 2018, prestazioni di Ricovero e Ambulatoriali e PS non seguito da ricovero, pari o superiore rispetto alla programmazione definita nei Piani di efficientamento 2018 delle AO e dei presidi a gestione diretta delle ASL.</li></ul>
<b>FONTE DATI</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Flusso informativo relativo alle attività di ricovero (SDO) e Ambulatoriale (Flusso C) – valorizzazione inclusiva di ticket e quota aggiuntiva a ricetta</li><li>▪ CE Consuntivo 2018</li></ul>



<b>SCALA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ D.G.R. n. 113 – 6305 del 22 Dicembre 2017 e s.m.i.</li> </ul> <p>il punteggio sarà attribuito in proporzione al livello di coerenza rilevato a consuntivo 2018, da calcolare applicando i seguenti criteri:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Sub-obiettivo 1).</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– il valore minimo (0 punti) è attribuito per uno scostamento complessivo pari o superiore al valore minore tra: in valore assoluto 5 milioni di euro o in termini percentuali +1,00%;</li> <li>– mentre il valore massimo (13 punti) è attribuito per uno scostamento pari o inferiore in valore assoluto a 0 euro o in termini percentuali allo 0,00%.</li> </ul> </li> <li>▪ <b>Sub-obiettivo 2).</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– il valore minimo (0 punti) è attribuito per uno scostamento complessivo pari o inferiore al valore minore tra: in valore assoluto -7 milioni di euro o in termini percentuali -1,00%;</li> <li>– il valore massimo, pari a 7 punti, è attribuito per uno scostamento complessivo pari o superiore in valore assoluto a 0 euro o in termini percentuali allo 0,00%.</li> </ul> </li> </ul>
<b>TRACKING</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Incontri di monitoraggio obiettivi</li> </ul>
<b>PUNTEGGIO</b>	<p><b>13/100 – Sub-obiettivo 1)</b></p> <p><b>7/100 – Sub-obiettivo 2)</b></p>
<b>NOTE</b>	<p>Per l'AOU Città della Salute si rimanda agli obiettivi di programmazione sanitaria ed economico-finanziaria 2018 che sono stati definiti nel Piano di efficientamento triennale approvato con D.G.R. 112-6304 del 22 dicembre 2018 e s.m.i..</p>



## 2. Prossimità e integrazione dei percorsi

### 2.1 OBIETTIVO Attivazione delle Case della Salute programmate – ASL

SETTORE REFERENTE	<b>Assistenza Sanitaria e Socio-Sanitaria Territoriale</b>
DESCRIZIONE.	<p>Con la D.G.R. n. 3-4287 del 29.11.2016 sono state definite le linee d'indirizzo ed individuate le risorse per la sperimentazione delle Case della Salute (CS) sul territorio regionale, quali forme organizzative complesse dell'Assistenza primaria, di tipo polifunzionale e multi-professionale, destinate ad intercettare ed a rispondere in forma appropriata e continuativa nell'arco dell'intera giornata ai bisogni di salute della popolazione in ambito extra-ospedaliero, con particolare riferimento alle patologie croniche e a maggior impatto sociale. In attuazione di tale provvedimento le ASL piemontesi hanno provveduto alla definizione dei rispettivi progetti CS in ambito distrettuale, sulla base dello schema-tipo regionale, proponendo complessivamente n. 66 progetti, dei quali:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>n. 32 progetti prevedono nuove realizzazioni nella tipologia di Case della Salute;</li><li>n. 34 progetti prevedono invece interventi di potenziamento, riconversione/riorganizzazione, sviluppo di esperienze organizzative oggi già esistenti.</li></ol> <p>Nell'ambito dei progetti, nonché di successivo incontro regionale, le Direzioni ASL hanno previsto l'attivazione/potenziamento entro il 2017 di 44 CS delle restanti 22 nel corso del 2018.</p>
INDICATORI	<ol style="list-style-type: none"><li><b>Numero strutture attivate e/o potenziate su numero strutture da attivare entro il 31.12.2018</b> come da determinazione regionale di validazione dei progetti.  <b>NB.</b> Per attivazione deve intendersi la consegna in Regione della deliberazione del Direttore Generale di attivazione/potenziamento delle Case della Salute programmate e relativo Regolamento di funzionamento redatto secondo lo schema-tipo regionale, unitamente ai previsti protocolli operativi.</li><li><b>Presentazione relazione di attività e costi sostenuti per l'avvio e/o lo sviluppo delle CS nel 2018 entro il 31.01.2019</b>, secondo lo schema-tipo regionale; primo monitoraggio degli indicatori di processo e di esito, come previsti dalla determinazione regionale di validazione dei progetti CS;</li></ol>
FONTE DATI:	Documentazione prodotta dalle Asl
VALORE DELL'OBIETTIVO	<ol style="list-style-type: none"><li>Attivazione, entro il 31 dicembre 2018, del 100% delle CS come da cronoprogramma contenuto nella scheda-progetto trasmessa da parte delle Asl ai sensi della D.G.R. n. 3- 4287 del 29.11.2016 o come dichiarato dalle Direzioni in successivo incontro regionale.</li><li>Invio alla Regione entro i 10 gg. successivi a data di scadenza prevista (31.1.2019) delle Relazioni di attività e spesa, unitamente agli indicatori di processo e di esito.</li></ol>



SCALA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. SI/NO (0-1)</li> <li>2. SI/NO (0-1)</li> </ol>
TRAKING	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Incontri di monitoraggio obiettivi</li> <li>▪ 31.12.2018</li> </ul>
PUNTEGGIO	<p><b>5/100</b> per le ASL "laboratorio" individuate per i progetti del PRC  <b>8/100</b> per le restanti ASL</p> <p><b>Il punteggio complessivo dell'obiettivo si compone di 80% del punteggio per il primo indicatore e di 20% del punteggio per il secondo indicatore</b></p>
NOTE	





## 2. Prossimità e integrazione dei percorsi

### 2.2 OBIETTIVO Linee di indirizzo del Piano Regionale Cronicità ASL, AO; AOU

**SETTORE REFERENTE** Assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale

**DESCRIZIONE.** La Regione Piemonte vede tra i suoi obiettivi prioritari il recepimento del PNC – Piano Nazionale Cronicità a livello regionale che, armonicamente rispetto a quanto previsto dalla cornice normativa vigente (DM70/2015; L189/2012, Nuovo Patto per la Salute e Nuovi LEA), si prefigge di rispondere ai seguenti obiettivi,

- Collegare la prevenzione con le cure primarie
- Integrare sociale e sanitario
- Abilitare il lavoro in team
- Aumentare la domiciliarizzazione
- Empowerment, risultati di salute e contrasto alle disuguaglianze
- Dare valore a chi produce valore: accessibilità, continuità, completezza, aderenza, coordinazione, tempestività.

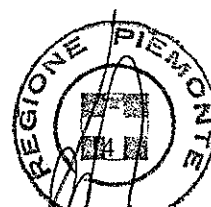
Muovendo dalle metodologie proprie della “clinical governance” e dai principi della “learning organization”, la nuova programmazione sarà sviluppata a partire dal lavoro realizzato all’interno dello specifico Programma Formativo: dalle comunità di pratica individuate nell’ambito delle Aziende laboratorio e dai gruppi di lavoro multiprofilo guidati da un Core team regionale. I gruppi di lavoro multiprofilo svilupperanno i contributi di pianificazione a corredo della stesura dei progetti aziendali delle Comunità di pratica su temi specificatamente individuati all’interno di quattro macroaree (stratificazione, infrastrutture, regole, capitale sociale) e sviluppati dalle quattro ASL Laboratorio individuate dalla Regione (Città di Torino; CN1; VCO; TO3).

Pertanto, alle Direzioni di ASR è attribuito l’obiettivo di favorire e di realizzare quanto presentato, secondo una logica di sinergia che veda la partecipazione attiva dei professionisti e del territorio al Programma Formativo e sperimentale.

<b>INDICATORE</b>	<p><b>Per le ASL “Laboratorio”:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Costituzione della Comunità di pratica e partecipazione agli incontri formativi dei professionisti individuati nella Comunità di pratica.</li><li>2. Produzione del progetto aziendale sui temi chiave assegnati.</li></ol> <p><b>Per le altre ASL; AO; AOU:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Pubblicazione aggiornata, rispetto alle comunicazioni della Direzione Sanità nel merito, della <i>call to action</i> dei professionisti nella bacheca online dei dipendenti e di ogni aggiornamento richiesto dal Core group regionale.</li><li>2. Partecipazione agli incontri formativi e informativi dei professionisti promossi dalla Direzione Sanità</li></ol>
<b>VALORE DELL’OBIETTIVO</b>	<p><b>Per le ASL “Laboratorio”:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. <math>\geq 85\%</math></li><li>2. Progetto prodotto</li></ol> <p><b>Per le altre ASL; AO; AOU:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. 100%</li></ol>



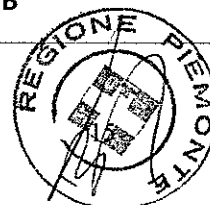
	2. $\geq 85\%$
<b>SCALA</b>	<p><b>Per le ASL "Laboratorio":</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. SI/NO</li> <li>2. SI/NO</li> </ol> <p><b>Per le altre ASL; AO; AOU:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. SI/NO</li> <li>2. SI/NO</li> </ol>
<b>FONTE DATI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Documentazione aziendale e regionale</li> <li>▪ Snapshot che dimostrino il costante aggiornamento della bacheca web e la diffusione della <i>call to action</i> a livello aziendale</li> </ul>
<b>TRACKING</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Incontri di monitoraggio obiettivi</li> <li>▪ 31.12.2018</li> </ul>
<b>PUNTEGGIO</b>	<p><b>5/100</b> per le ASL "laboratorio" individuate per i progetti del PRC  <b>2/100</b> per le restanti ASL; AO; AOU:</p> <p><b>Il punteggio complessivo dell'obiettivo si compone di 80% del punteggio per il primo indicatore e di 20% del punteggio per il secondo indicatore</b></p>
<b>NOTE</b>	



### 3. Accessibilità

#### 3.1 OBIETTIVO Tempi di attesa Ricoveri – ASL, AO, AOU

<b>SETTORE REFERENTE</b>	<b>Assistenza specialistica e ospedaliera</b>
<p><b>DESCRIZIONE.</b> In continuità con gli obiettivi previsti nelle annualità precedenti, al fine di migliorare il rispetto dei tempi di attesa per i ricoveri con codice di priorità A (max 30gg) e B (max 60gg) dei pazienti trattati in degenza ordinaria, per gli interventi previsti dal PNLGA, si definisce l'obiettivo di rispetto per almeno il 90% dei casi del tempo massimo previsto dal codice. Per l'annualità 2018 le procedure oggetto di monitoraggio sono integrate con i codici previsti dal PNE secondo la tabella allegata.</p> <p>Di seguito si elencano le procedure oggetto dell'obiettivo (cfr. Tabella di riferimento):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ interventi chirurgici tumore mammella</li><li>▪ interventi chirurgici tumore prostata</li><li>▪ interventi chirurgici tumore colon</li><li>▪ interventi chirurgici tumore retto</li><li>▪ interventi chirurgici tumori dell'utero</li><li>▪ by-pass aortocoronarico</li><li>▪ angioplastica coronarica (PTCA)</li><li>▪ endoarteriectomia carotidea</li><li>▪ intervento protesi d'anca</li><li>▪ interventi chirurgici tumore del polmone</li></ul> <p>Con riferimento alle procedure elencate riferite all'area oncologica, si esplicita che:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• la classe di priorità deve essere fornita dal CAS nel momento in cui viene posta l'indicazione all'intervento chirurgico.</li><li>• a seguito della prima visita/prestazione effettuata per un sospetto diagnostico, e pertanto garantita secondo le priorità previste dalla normativa nazionale e regionale in materia, nel caso in cui venga confermata la consistenza del sospetto dovrà essere garantito, nel rispetto della libera scelta dell'utente, l'avvio di un percorso diagnostico e terapeutico (PDT) del paziente che dovrà essere completato entro i tempi massimi di attesa previsti per almeno il 90% dei casi.</li></ul> <p>Si rappresenta inoltre che la Regione procederà al monitoraggio dei tempi di attesa dei Percorsi Diagnostico Terapeutici secondo la metodologia del PNLGA relativamente alle seguenti patologie: tumore Mammella; tumore Colon Retto; tumore del Polmone.</p>	
<b>INDICATORE</b>	<p><b>1. Per tipologia di intervento con codice di priorità A:</b> N° interventi effettuati entro 30 gg/N° totale interventi effettuati nel 2018</p> <p><b>2. Per tipo di intervento con codice di priorità B:</b> N° interventi effettuati entro 60 gg/N° totale interventi effettuati nel 2018</p>
<b>VALORE DELL'OBIETTIVO</b>	<p><b>1. ≥ 90% per singola tipologia di intervento con codice di priorità A</b></p> <p><b>2. ≥ 90% per singola tipologia di intervento con codice di priorità B</b></p>



<b>SCALA</b>	Ogni singola tipologia d'intervento che ha raggiunto il valore obiettivo comporta l'assegnazione di 1/n del punteggio complessivo dell'obiettivo.
<b>FONTE DATI</b>	Flusso SDO 2018
<b>TRACKING</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Incontri di monitoraggio obiettivi</li> <li>▪ 31.12.2018</li> </ul>
<b>PUNTEGGIO</b>	5/100 ASL 8/100 AO/AOU
<b>NOTE</b>	



Obiettivo 3.1 – Codici di riferimento delle diagnosi e delle procedure oggetto di monitoraggio e valutazione

	codici diagnosi	codici procedura	esclusione procedure
49	174*; 2330; 19881	852*; 854*; 8533; 8534; 8535; 8536	
50	185; 19882	603; 604; 605; 6061; 6062; 6069; 6029; 6096; 6097	
51c	153*; 1975	457*; 459*; 461*; 485; 4603; 4604	4849; 485; 486*
51r	154*; 1975	486*; 4849; 485	457*; 459*; 461*; 458; 4603; 4604
52	179; 1986; 19882; 180*; 182*; 183*; 184*	683*; 684*; 685*; 686*; 687*; 688 e 689;	
53		361*	
54		0066; 3601; 3602; 3605; 3606; 3607 3609	
55		3810; 3811; 3812	
56		0070; 0071; 0072; 0073; 0085; 0086; 0087; 8151; 8152; 8153	
57	162*; 1970	323*; 324*; 325*; 326*; 329*; 3229	

**Nell'estrazione dei dati sono considerati:**

- Ricoveri a carico SSN
- Solo acuzie
- Con data prenotazione ricovero valorizzata e diversa dalla data di ricovero
- Ricoveri programmati non urgenti
- Ricoveri programmati con pre-ospedalizzazione



### 3. Accessibilità

#### 3.2 OBIETTIVO Tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali - ASL; AO; AOU

**SETTORE REFERENTE** Assistenza specialistica e ospedaliera

**DESCRIZIONE.** L'obiettivo si prefigge di misurare, attraverso indicatori trasparenti ed efficaci, la capacità di risposta tempestiva del SSR nell'erogazione di prestazioni ambulatoriali al cittadino.

Pertanto si richiede di lavorare sul miglioramento della capacità dell'organizzazione di rispondere alla richiesta di prestazioni sanitarie ambulatoriali attraverso la diminuzione, qualora si superi lo standard regionale come da DGR 30-3307/2016, del tempo medio di erogazione delle prestazioni.

L'obiettivo si compone di tre sub-obiettivi:

- 1. Adeguamento del tempo medio di attesa** (indice di performance) allo standard regionale stabilito dalla Direzione Sanità per le singole prestazioni oggetto di monitoraggio (ex. DGR 30-3307/2016):
  - per le ASL l'obiettivo è da intendersi nella prospettiva della tutela pertanto il monitoraggio sarà relativo al consumo dei residenti del proprio territorio a prescindere da chi eroga la prestazione (pubblico e privato).
  - per le AO/AOU l'obiettivo è da intendersi nella prospettiva della produzione.
- 2. Percorsi di follow up.** Stante l'implementazione del flusso DEM, sarà oggetto di valutazione l'evidenza di almeno 5 percorsi di follow-up per i quali lo specialista svolga le fasi di prescrizione, prenotazione (presa in carico) ed erogazione della prestazione.

Ai fini del sub-obiettivo sono prese in considerazione le prestazioni previste dal PNLGA (visite specialistiche e diagnostica strumentale) indicate nella tabella di seguito. Sono valutate ai fini del monitoraggio tutte le prestazioni consumate/erogate (primo accesso e non) e tutte le modalità di prescrizione.

- **Indice di performance di erogazione delle prestazioni:** è calcolato, partendo dalla produzione per le prestazioni oggetto di monitoraggio, come totale delle giornate intercorse tra la data di prenotazione e la data di erogazione, per ogni singolo caso, sul totale delle prestazioni erogate.

Il miglioramento previsto dall'obiettivo si intende ad invarianza delle risorse economiche assegnate con D.G.R. n. 113 – 6305 del 22 Dicembre 2017 e s.m.i.

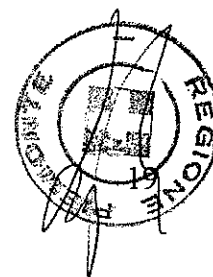
La Direzione Sanità si riserva la possibilità di attivare, oltre al monitoraggio da flusso, ulteriori verifiche a campione effettuate telefonicamente e/o attraverso visite on site e/o attraverso il CUP laddove presente.

<b>INDICATORE</b>	1. $\frac{\sum (\text{data prenotazione} - \text{data erogazione})}{\text{N}^\circ \text{ prestazioni}}$
	2. prescrizione, prenotazione (presa in carico) e erogazione del follow-up a cura dello specialista su percorsi identificati dall'Azienda
<b>VALORE DELL'OBIETTIVO</b>	1. Cfr. tabella seguente
	2. evidenza di almeno ( $\geq$ ) 5 percorsi di follow-up implementati



SCALA	<p>1. La valutazione positiva presuppone, per ogni singola prestazione, che l'indice di performance aziendale rispetti lo standard regionale. In caso contrario viene altresì valutato positivamente un aumento di volumi, rispetto al 2015, del 30% (escluse RM e TC).</p> <p>Ognuna delle N prestazioni oggetto di monitoraggio pesa 1/N del relativo punteggio.</p>
	2. SI/NO
FONTE DATI	<p>1. Flusso C</p> <p>2. Documentazione aziendale e/o visite <i>on site</i></p>
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Incontri di monitoraggio obiettivi</li> <li>▪ 31.12.2018</li> </ul>
PUNTEGGIO	<p>1. 10/100</p> <p>2. 2/100</p>
NOTE	

*Segue tabella con i valori obiettivo riferiti al primo indicatore.*



Obiettivo 3.2 – Tempi di attesa della specialistica ambulatoriale. Valori obiettivo indicatore 1.

DESCRIZIONE PRESTAZIONE	CODICE	BRANCA	STANDARD REGIONALE INDICE DI PERFORMANCE IN GIORNATE
VISITA CARDIOLOGIA	89.7	08	30
VISITA CHIRURGIA VASCOLARE	89.7	14	30
VISITA ENDOCRINOLOGICA	89.7	19	30
VISITA NEUROLOGICA	89.13	32	30
VISITA OCULISTICA	95.02	34	30
VISITA ORTOPEDICA	89.7	36	30
VISITA GINECOLOGICA	89.26	37	30
VISITA OTORINOLARINGOIATRICA	89.7	38	30
VISITA UROLOGICA	89.7	43	30
VISITA DERMATOLOGICA	89.7	52	30
VISITA FISIATRICA	89.7	56	30
VISITA GASTROENTEROLOGICA	89.7	58	30
VISITA PNEUMOLOGICA	89.7	68	30
MAMMOGRAFIA	87.37.1; 87.37.2		40
TC SENZA E CON CONTRASTO TORACE	87.41; 87.41.1		30
TC SENZA E CON CONTRASTO ADDOME ( COMPLETO; INFERIORE, SUPERIORE)	88.01.6; 88.01.5; 88.01.4; 88.01.3; 88.01.2; 88.01.1		30
TC SENZA E CON CONTRASTO CAPO	87.03; 87.03.1		30
TC SENZA E CON CONTRASTO RACHIDE E SPECO VERTEBRALE	88.38.2; 88.38.1		30
TC SENZA E CON CONTRASTO BACINO	88.38.5		30
RMN CERVELLO E TRONCO ENCEFALICO	88.91.1; 88.91.2		30
RMN PELVI, PROSTATA E VESCICA	88.95.4; 88.95.5		30
RMN MUSCOLOSCHIELETRICA	88.94.1; 88.94.2; 88.94.A; 88.94.B		30
RMN COLONNA VERTEBRALE	88.93; 88.93.1		30
ECOGRAFIA CAPO E COLLO	88.71.4		40
ECOCOLORDOPPLER CARDIACA	88.72.6		40
ECOCOLORDOPPLER DEI TRONCHI SOVRA AORTICI	88.73.5		40
ECOCOLORDOPPLER DEI VASI PERIFERICI	88.77.2		30
ECOGRAFIA ADDOME	88.74.1; 88.75.1; 88.76.1		30
ECOGRAFIA MAMMELLA	88.73.1; 88.73.2		30
ECOGRAFIA OSTETRICA-GINECOLOGICA	88.78; 88.78.2		11
COLONSCOPIA	45.23; 45.23.1; 45.25; 45.42		30
SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	45.24		30
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	45.13; 45.16		30
ELETTROCARDIOGRAMMA	89.52		30
ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (HOLTER)	89.50		40
ELETTROCARDIOGRAMMA DA SFORZO	89.41; 89.43		40
AUDIOMETRIA	95.41.1		30
SPIROMETRIA	89.37.1; 89.37.2		40
FONDO OCULARE	95.09.1		60
ELETTROMIOGRAFIA	93.08.1; 93.08.2; 93.08.3; 93.08.4; 93.08.5; 93.08.6; 93.08.7; 93.08.8; 93.08.A; 93.08.B; 93.08.C; 93.09.1; 93.09.2		30

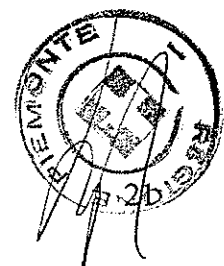




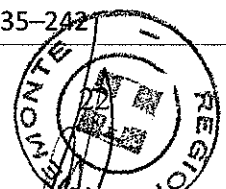
### 3. Accessibilità

#### 3.3 OBIETTIVO Riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in DEA/PS - ASL AO - AOU

<b>SETTORE REFERENTE</b>	<b>Assistenza specialistica e ospedaliera</b>				
<b>DESCRIZIONE.</b>	<p>Il tempo di permanenza dei pazienti in PS (Length of Stay - LOS) è considerato in letteratura un valido indicatore di <i>outcome</i> della gestione complessiva del percorso di assistenza del paziente in PS. Nello specifico tale indicatore è direttamente influenzato da una serie di variabili gestibili sia da parte dell'organizzazione stessa che dalla cooperazione tra servizi territoriali e ospedalieri quali ad es.: organizzazione del personale, gestione del triage, utilizzo dei PL nei reparti, OBI, MCAU, etc..</p> <p>Al fine di adeguare i flussi informativi alle indicazioni ministeriali e supportare le Aziende nel monitoraggio dei dati utili per la gestione del PS secondo un modello consolidato input-throughput-output, la Regione Piemonte con D.D. 885 del 23 dicembre 2016 all'ALL. 2 ha approvato l'aggiornamento del disciplinare tecnico relativo al flusso C2 integrando ulteriori campi che consentono di tracciare il percorso dei pazienti all'interno del PS.</p> <p>Il presente obiettivo ha dunque la finalità di consolidare un percorso di monitoraggio, valutazione e revisione delle modalità di gestione dei DEA/PS, e dei processi organizzativi correlati al DEA/PS (boarding da parte delle Unità Organizzative ospedaliere; percorsi di dimissione; presa in carico territoriale), al fine di garantire un miglior servizio ai pazienti e di supportare le Aziende attraverso la condivisione di una metodologia uniforme a livello regionale basata sui flussi informativi disponibili.</p> <p>Tale obiettivo si colloca altresì nel percorso di adeguamento della normativa regionale rispetto agli indirizzi in materia formulati dalla Commissione Emergenza Urgenza presso il Ministero della Salute e ad oggi in corso di approvazione da parte della Conferenza delle Regioni.</p>				
<b>INDICATORE</b>	<p><b>Tempo medio di permanenza in PS:</b></p> $\frac{\text{(data/ora di dimissione dal PS – data/ora di accesso al PS)}}{\text{N° di accessi in PS}}$ <p>Sono esclusi dalla selezione i giunti cadavere.</p>				
<b>VALORE DELL'OBIETTIVO</b>	<p>Valore medio regionale per ciascun livello organizzativo di complessità assistenziale individuato dalla rete di Emergenza Urgenza (DEA II, DEA I, PS di base, PS di area disagiata).</p> <table><tr><td>DEA II ≤ 6 ore</td><td>DEA I ≤ 6 ore</td></tr><tr><td>PS di Base ≤ 4 ore</td><td>PS di area disagiata ≤ 5 ore</td></tr></table>	DEA II ≤ 6 ore	DEA I ≤ 6 ore	PS di Base ≤ 4 ore	PS di area disagiata ≤ 5 ore
DEA II ≤ 6 ore	DEA I ≤ 6 ore				
PS di Base ≤ 4 ore	PS di area disagiata ≤ 5 ore				



<p><b>SCALA</b></p>	<p>Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2018 tra valore di partenza (dato anno 2017) e target regionale (valore obiettivo).</p> <p>Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è maggiore del valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto;</p> <p>Se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.</p> <p><b>Qualora, nello specifico presidio sede di DEA/PS, la percentuale annuale di pazienti OBI sul totale degli accessi in DEA/PS del presidio stesso sia compresa tra il 5% e il 10%, il tempo di OBI sarà scorporato dalla valutazione del singolo presidio che presenta tale risultato.</b></p>
<p><b>FONTE DATI</b></p>	<p>Flusso C2</p>
<p><b>TRACKING</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Incontri di monitoraggio obiettivi</li> <li>▪ 31.12.2018</li> </ul>
<p><b>PUNTEGGIO</b></p>	<p><b>ASL 5/100</b> <b>AO/AOU 6/100</b></p>
<p><b>NOTE</b></p>	<p>Con riferimento al tracciato record "C2", ai fini del monitoraggio e della valutazione saranno presi in considerazione, per tutti gli accessi al PS e tutti i codici colore, i seguenti campi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 94.0 data entrata PS</li> <li>▪ 95.0 ora entrata PS</li> <li>▪ 102.0 data dimissione PS</li> <li>▪ 103.0 ora dimissione PS</li> </ul> <p>Ai fini del computo delle appropriate tempistiche di OBI sarà considerata la compilazione dei seguenti campi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 119.0 Data inizio OBI</li> <li>▪ 120.0 Ora inizio OBI</li> <li>▪ 121.0 Data indicazione al ricovero/dimissione</li> <li>▪ 122.0 Ora indicazione al ricovero/dimissione</li> </ul>
<p><b>RIFERIMENTI PRINCIPALI</b></p>	<p>Ministero della Salute. Progetto Mattoni SSN - Pronto Soccorso e sistema 118: Milestone 1.2.2 - Analisi dell'attività, descrizione dell'offerta, valutazioni di esito e di appropriatezza. 2007.</p> <p>DD 885 del 23 dicembre 2016, All. 2 "flusso informativo specialistica ambulatoriale e altre prestazioni tracciati record b, c, c2, c4, c5 - Disciplinare tecnico strutture pubbliche"</p> <p>Linee di indirizzo sulla gestione dell'OBI della SIMEU.2004.</p> <p>Pronto Soccorso: spazi, processi, relazioni – una visione unitaria. Documenti dell'Agenzia Regionale della Sanità Toscana. N°94, giugno 2017.</p> <p>Asaro PV, Lewis LM, Boxerman SB. The Impact of Input and Output Factors on Emergency Department Throughput. ACADEMIC EMERGENCY MEDICINE 2007; 14:235–242</p>

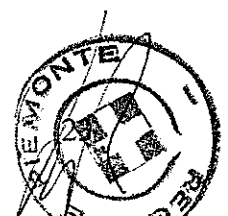


Fogarty, Saunders, Cummins. The effect of boarders on emergency department process flow. J Emerg Med. 2014 May;46(5):706-10.

Liu, Milne, Yun, Walsh. The boarding experience from the patient perspective: the wait. Emerg Med J. 2015 Nov;32(11):854-9.

Qiu, Chinnam RB, Murat A, Batarse B, Neemuchwala H, Jordan W. A cost sensitive inpatient bed reservation approach to reduce emergency department boarding times. Health Care Manag Sci. 2015 Mar;18(1):67-85.

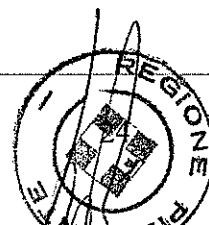
Wiler J, Bolandifar E, Griffey RT, Poirier RF, Olsen T. An emergency department patient flow model based on queueing theory principles. Acad Emerg Med. 2013 Sep;20(9):939-46.



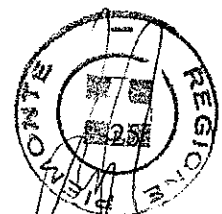
## 4. Qualità dell'assistenza

### 4.1 OBIETTIVO Area Osteomuscolare – ASL; AO; AOU

<b>SETTORE REFERENTE</b>	<b>Assistenza Specialistica e Ospedaliera</b>
<b>DESCRIZIONE.</b> Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 2 giorni in pazienti ultrasessantacinquenni.  L'indicatore è presente nella Griglia LEA, oggetto di valutazione da parte del Ministero della Salute. Inoltre il DM 70 del 2.04.2015 ha inserito tale indicatore tra quelli in evidenza per il monitoraggio del rapporto tra volumi/esiti delle strutture complesse ponendo la soglia del tasso minimo aggiustato di rischio al 60% e un volume minimo di interventi per struttura complessa pari a 75/anno.  <b>Per il 2018 l'indicatore oggetto dell'obiettivo è espresso in termini di produzione sia per le AO/AOU che per le ASL.</b>  L'indicatore può essere migliorato e reso più aderente alla realtà calcolando la differenza tra la data di intervento chirurgico e la data di arrivo in Pronto Soccorso, ricavabile dal flusso C2. I due flussi (SDO e C2) sono linkabili tra loro mediante il codice identificativo univoco anonimo. In questo modo viene conteggiato anche il periodo trascorso in Pronto Soccorso.  <b>Per il 2018 l'indicatore è calcolato valutando il tempo a partire dall'arrivo in PS.</b>  Inoltre, ai fini della valutazione dell'obiettivo <u>sarà oggetto di valutazione, quale criterio di accesso al punteggio, anche l'indicatore PNE:</u>  <u>Frattura della tibia e del perone: tempi di attesa per intervento chirurgico</u>	
<b>INDICATORE</b>	Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 2 giorni dall'arrivo in PS (differenza tra data della procedura e data di arrivo in PS $\leq$ 2 giorni)  $\frac{\text{Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore}}{\text{Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore}}$
<b>VALORE DELL'OBIETTIVO</b>	<b>Tasso aggiustato &gt; 70%</b>
<b>FONTE DATI</b>	Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) e Flusso C2
<b>SCALA</b>	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2018 tra il valore di partenza (dato anno 2017) e il valore obiettivo.  Se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.  <b><u>Criteri di accesso al punteggio dell'obiettivo per Azienda.</u></b>  <b>1.</b> Frattura della tibia e del perone: tempi di attesa per l'intervento chirurgico (gg). Qualora tale indicatore si attesti in un valore basso (6-8 gg) o molto basso ( $\geq$ 8 gg), secondo gli standard di qualità definiti dal PNE nel Treemap, il punteggio conseguito dell'obiettivo sarà decurtato del 10%.
<b>TRACKING</b>	▪ Incontri di monitoraggio obiettivi



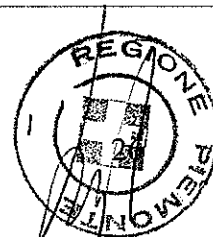
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 31.12.2017</li> </ul>
<b>PUNTEGGIO</b>	<p>ASL            4/100</p> <p>AO; AOU      5/100</p> <p>AOU S.Luigi 7/100</p>
<b>NOTE</b>	
<b>RIFERIMENTI PRINCIPALI</b>	<p>Belotti, LMB; Bartoli S; Trombetti S; Montella MT; Toni A; De Palma R. Factors influencing surgical delay after hip fracture in hospitals of Emilia Romagna Region, Italy: a multilevel analysis. <i>Hip International</i>. Jan/Feb2013, 23(1): 15-21.</p> <p>Johansen, A., Tsang, C., Boulton, C., Wakeman, R. and Moppett, I. (2017), Understanding mortality rates after hip fracture repair using ASA physical status in the National Hip Fracture Database. <i>Anaesthesia</i>. doi:10.1111/anae.13908</p> <p>Piano Nazionale Esiti - Treemap</p> <p>Ryan, Devon J. BA; Yoshihara, Hiroyuki MD, PhD; Yoneoka, Daisuke MS&amp;S; Egol, Kenneth A. MD; Zuckerman, Joseph D. MD. Delay in Hip Fracture Surgery: An Analysis of Patient-Specific and Hospital-Specific Risk Factors <i>Journal of Orthopaedic Trauma</i>: August 2015 - Volume 29 - Issue 8 - p 343–348</p> <p>Tzortziou Brown V, Underwood M, Mohamed N, Westwood O, Morrissey D. Professional interventions for general practitioners on the management of musculoskeletal conditions. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2016, <i>Issue</i> 5. <i>Art. No.:</i> CD007495. <i>DOI:</i> 10.1002/14651858.CD007495.pub2.</p>



#### 4. Qualità dell'assistenza

##### 4.2 OBIETTIVO Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI – ASL; AO; AOU

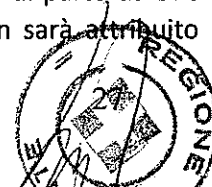
<b>SETTORE REFERENTE</b>	Assistenza specialistica ed ospedaliera
<b>DESCRIZIONE.</b>	Proporzione di episodi di STEMI trattati con PTCA entro 2 giorni.  La tempestività dell'effettuazione dell'angioplastica percutanea su pazienti con diagnosi di IMA STEMI, cruciale per la sopravvivenza del paziente, deve pertanto essere fatta oggetto di monitoraggio insieme alle altre indicazioni sul percorso del paziente come definito per le reti di patologie tempo dipendenti quali la rete IMA STEMI (DM/70 del 2.4.2015).  L'indicatore è espresso in termini di produzione per le AO e di tutela per le ASL  Per il 2018 si utilizzerà la procedura del PNE calcolando il periodo di 2 giorni tra la data/ora di ingresso alla prima struttura che riceve il paziente (qualunque essa sia) e la data/ora di PTCA (ovunque eseguita). In questo modo viene incluso nell'indicatore anche il tempo trascorso tra l'arrivo in un qualunque ospedale e l'effettuazione della procedura; il valore dell'indicatore è quindi attribuito alla prima struttura che riceve il paziente. La "tracciatura" del paziente lungo i differenti ospedali avviene tramite <i>record linkage</i> con il codice identificativo anonimo.
<b>INDICATORE</b>	Numero di episodi di STEMI, in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro 2 giorni.  -----  Numero di episodi di STEMI
<b>VALORE DELL'OBIETTIVO</b>	Tasso grezzo $\geq 85\%$
<b>SCALA</b>	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2018 tra il valore di partenza (dato anno 2017) e il valore obiettivo.  Se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.
<b>FONTE DATI</b>	Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)
<b>TRACKING</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Monitoraggio trimestrale</li><li>▪ 31.12.2018</li></ul>
<b>PUNTEGGIO</b>	ASL            4/100  AO; AOU      5/100  AOU S. Luigi 7/100
<b>NOTE</b>	I risultati dell'indicatore saranno messi in relazione ai dati del registro SAE (sistema di indicatori per la rilevazione dell'attività dei centri di emodinamica) per una valutazione comprensiva dei dati relativi agli indicatori di attività dei laboratori di emodinamica.



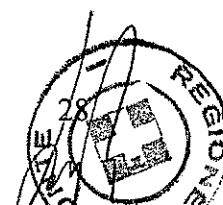
## 4 Qualità dell'assistenza

### 4.3 OBIETTIVO Appropriately nell'assistenza al parto

SETTORE	Assistenza Sanitaria e Socio Sanitaria territoriale
REFERENTE	Settore Assistenza Specialistica e Ospedaliera
DESCRIZIONE.	<p>Alla luce della Delibera del 2008 in merito al Percorso nascita (DGR 34-8769 del 12.05.2008 e s.m.i), che ha preceduto l'Accordo Stato Regioni del 2010, dell'avvio e del consolidamento del flusso CEDAP e del DWH regionale relativo al Percorso Nascita, il presente obiettivo intende valorizzare l'attenzione che il Servizio Sanitario Regionale ha sempre più rivolto a tale ambito attraverso il <b>progressivo allineamento e integrazione dei diversi flussi informativi (CEDAP e SDO)</b> che consentono di monitorare la tipologia e la qualità dell'assistenza erogata in tale percorso assistenziale supportando altresì gli audit organizzativi interni ai Punti nascita.</p> <p>Pertanto, alla luce delle evidenze scientifiche in materia, degli standard qualitativi consolidati a livello internazionale e nazionale (WHO, Piano Nazionale Esiti) e della qualità dei flussi informativi disponibili in Regione Piemonte, si ritiene idoneo assegnare l'obiettivo "<b>proporzione di parti con taglio cesareo primario</b>" per ciascuna Azienda andando ad esplicitare degli indicatori di accesso allo stesso che pongano in evidenza la qualità dell'assistenza e il monitoraggio dei flussi informativi relativamente all'evento parto.</p> <p>In particolare viene posta attenzione al <b>Bilancio di Salute materno -fetale alla 36°-37° settimana</b>, strumento che permette alla donna e all'operatore del Punto Nascita di confrontarsi sulle aspettative per il travaglio e per il parto e sugli elementi clinici che ne guideranno l'assistenza. Con riferimento a tale strumento si richiama quanto riportato nell'<b>Agenda di Gravidanza</b> (pag. 112): "<b>A 36-37 settimane il Bilancio di Salute materno-fetale va programmato presso il Punto Nascita scelto per il parto. In questo bilancio viene predisposta la cartella clinica ospedaliera che verrà successivamente utilizzata durante il ricovero per la nascita e si compilano alcune parti del Certificato di Assistenza al Parto...</b>".</p> <p>L'obiettivo è misurato in una prospettiva di produzione sia per le ASL che per le AO/AOU.</p> <p>Per le Aziende con più di un Punto nascita il punteggio totale conseguito sarà equamente diviso per il numero dei Punti nascita aziendali.</p>
INDICATORE	$\frac{\text{N}^\circ \text{ parti con cesareo primario}}{\text{N}^\circ \text{ parti con nessun pregresso cesareo}} \times 100$
FONTE DATI	CEDAP- SDO
VALORE DELL'OBIETTIVO	<b>maternità di II livello o comunque con <math>\geq 1000</math> parti: tasso aggiustato <math>\leq 25,00\%</math></b> <b>maternità di I livello o comunque con <math>&lt; 1000</math> parti: tasso aggiustato <math>\leq 15,00\%</math></b>
SCALA	<p>Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2018 tra valore di partenza (dato anno 2017) e target regionale (valore obiettivo). Se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.</p> <p><b>Criteria di accesso al punteggio dell'obiettivo per Azienda.</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li><b>100% di coerenza tra cartella SDO e scheda CEDAP con DRG di parto da 370 a 375 (SI/NO).</b> Qualora tale criterio non fosse soddisfatto non sarà attribuito il</li></ol>



	<p>punteggio dell'obiettivo.</p> <p>2. <b>Bilancio di salute alla 36°-37° settimana <math>\geq</math> 52%</b> per ciascun punto nascita aziendale. Qualora tale criterio non fosse soddisfatto, il punteggio conseguito dall'obiettivo sar� decurtato del 50%.</p>
<b>TRAKING</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Incontri di monitoraggio obiettivi</li> <li>▪ 31.12.2018</li> </ul>
<b>PUNTEGGIO</b>	<p>ASL            4/100</p> <p>AO; AOU      5/100 (esclusa AOU S.Luigi)</p>
<b>NOTE</b>	<p>Con riferimento alla valutazione del secondo criterio di accesso al punteggio, la Regione potr� avvalersi in sede di istruttoria del supporto scientifico del Comitato Regionale Percorso Nascita.</p>
<b>RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI</b>	<p>2014, <u>Antenatal and postnatal mental health</u> NICE guideline CG192</p> <p>2014, <u>Intrapartum care</u> NICE guideline CG190</p> <p>Piano Nazionale Esiti - Treemap</p> <p>Who Statement on Cesarean Section Rates. Human Reproduction Programme (<a href="http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/en">http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/en</a>)</p> <p><a href="http://epoc.cochrane.org/">http://epoc.cochrane.org/</a></p> <p>Mulaku N M. Do non-clinical interventions reduce unnecessary caesarean sections rates? A SUPPORT Summary of a systematic review. May 2016. <a href="http://www.supportsummaries.org">www.supportsummaries.org</a></p> <p><a href="https://www.choosingwiselyitaly.org/index.php/it/le-raccomandazioni">https://www.choosingwiselyitaly.org/index.php/it/le-raccomandazioni</a></p>

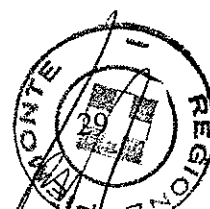




#### 4. Qualità dell'assistenza

##### 4.4 OBIETTIVO Area Chirurgia Generale: colecistectomia laparoscopica – ASL; AO; AOU

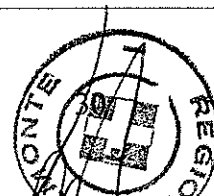
<b>SETTORE REFERENTE</b>	Assistenza Specialistica e Ospedaliera
<b>DESCRIZIONE. PERCENTUALE DI COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE CON DEGENZA POST-OPERATORIA INFERIORE A 3 GIORNI.</b>	
	<p>il DM 70 del 2.04.2015 ha inserito tale indicatore tra quelli in evidenza per il monitoraggio del rapporto tra volumi/esiti delle strutture complesse ponendo la soglia del tasso minimo al 70% e un volume minimo di interventi per struttura complessa pari a 100/anno.</p> <p>L'indicatore oggetto dell'obiettivo è espresso in termini di produzione sia per le AO/AOU che per le ASL.</p>
<b>INDICATORE</b>	Intervento chirurgico per colecistectomia laparoscopica con dimissione entro 3 giorni <hr/> ricoveri per colecistectomia laparoscopica
<b>VALORE DELL'OBIETTIVO</b>	Tasso aggiustato >70%
<b>FONTE DATI</b>	Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)
<b>SCALA</b>	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2018 tra il valore di partenza (dato anno 2017) e il valore obiettivo.  Se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.
<b>TRACKING</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Incontri di monitoraggio obiettivi</li><li>▪ 31.12.2018</li></ul>
<b>PUNTEGGIO</b>	ASL            4/100 AO; AOU      5/100 AOU S. Luigi 6/100
<b>NOTE</b>	



#### 4. Qualità dell'assistenza

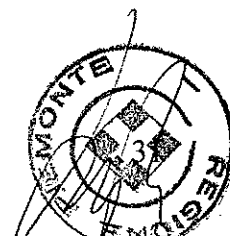
##### 4.5 OBIETTIVO Screening oncologici – ASL, AO, AOU

<b>SETTORE REFERENTE</b>	<b>Prevenzione e Veterinaria</b> <b>Assistenza specialistica e ospedaliera</b>
<b>DESCRIZIONE.</b>	<p>Il primo indicatore per ciascuno dei tre screening oncologici (tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto) riguarda la copertura da inviti, e il secondo la copertura da esami. Per copertura da inviti si intende la capacità di invitare tutte le persone facenti parte della popolazione target con la cadenza stabilita: se, per esempio, la cadenza degli inviti è biennale, la popolazione target annuale è data dalla popolazione target diviso due. L'indicatore viene pertanto calcolato come numero di inviti diviso la popolazione target annuale.</p> <p>Analogamente, la copertura da esami viene calcolata come numero di esami di screening eseguiti diviso la popolazione target annuale.</p> <p>Essendo tuttora in corso l'implementazione dello screening cervico-vaginale tramite test per l'HPV, per tale screening vengono inclusi tra gli inviti e gli esami sia il pap test che l'HPV.</p> <p>La popolazione target e gli intervalli di screening sono i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Donne di età 50-69 anni per lo screening mammografico (due anni).</li><li>- Donne di età 25-64 anni (30-64 per HPV) per lo screening cervico-vaginale (tre anni screening citologico e 5 anni HPV).</li><li>- Uomini e donne di età 58-69 anni per lo screening coloretale (due anni per il FIT e solo una volta a 58 anni per la sigmoidoscopia).</li></ul>
<b>INDICATORE</b>	<b>COPERTURE INVITI:</b> N° persone invitate + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale. <b>COPERTURA ESAMI:</b> N° persone sottoposte al test di screening, incluse le adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale.
<b>VALORE DELL'OBIETTIVO</b>	Cfr. tabella allegata
<b>SCALA</b>	<p>Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2018 tra valore minimo (come indicato in tabella) e il valore obiettivo. Se il valore dell'indicatore è inferiore al valore minimo, l'obiettivo è considerato non raggiunto; Se il valore dell'indicatore è compreso tra il valore minimo e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.</p> <p>Ogni indicatore partecipa per 1/6 del punteggio complessivo.</p>
<b>FONTE DATI</b>	Banca dati CSI – CRPT Piemonte
<b>TRACKING</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Incontri di monitoraggio obiettivi</li><li>▪ 31.12.2018</li></ul>



<b>PUNTEGGIO</b>	<b>5/100</b>
<b>NOTE</b>	<p>Gli obiettivi vengono valutati a livello dei SEI PROGRAMMI di Prevenzione Secondaria dei Tumori cui partecipano le Aziende. Se l'obiettivo è stato raggiunto, la valorizzazione riguarda tutti i Direttori Generali delle Aziende che fanno parte del programma, incluse le Aziende Ospedaliere: infatti, tutte le Aziende di ciascun programma concorrono al raggiungimento degli obiettivi (l'AO Mauriziano partecipa solo per lo screening del cancro del colon-retto).</p> <p>Gli indicatori descritti sono tra quelli previsti entro il Piano Regionale della Prevenzione.</p>

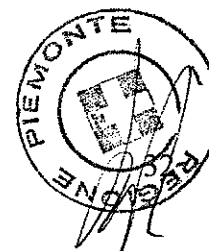
*Segue tabella con valori obiettivo.*



Obiettivo 4.5 - Valori obiettivo per tipologia di screening e popolazione target

	ATTESO	MINIMO
<b>SCREENING MAMMOGRAFICO ETÀ 50-69 ANNI</b> <b>COPERTURA INVITI:</b> NUMERO DI DONNE INVITATE AD EFFETTUARE IL TEST DI SCREENING + ADESIONI SPONTANEE / POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUALE	100%	97%
<b>SCREENING MAMMOGRAFICO ETÀ 50-69 ANNI</b> <b>COPERTURA ESAMI:</b> NUMERO DI DONNE SOTTOPOSTE AL TEST DI SCREENING + ADESIONI SPONTANEE / POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUALE	51%	45.9%
<b>SCREENING CERVICO-VAGINALE ETÀ 25-64 ANNI</b> <b>COPERTURA INVITI:</b> NUMERO DI DONNE INVITATE AD EFFETTUARE IL TEST DI SCREENING + ADESIONI SPONTANEE / POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUALE (SONO CONTEGGIATI TRA GLI INVITI SIA QUELLI RELATIVI AL PAP-TEST CHE AL TEST PER L'HPV PRIMARI)	100%	97%
<b>SCREENING CERVICO-VAGINALE ETÀ 25-64 ANNI</b> <b>COPERTURA ESAMI:</b> NUMERO DI DONNE SOTTOPOSTE AL TEST DI SCREENING + ADESIONI SPONTANEE / POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUALE (SONO CONTEGGIATI TRA I TEST DI SCREENING SIA I PAP TEST CHE IL TEST PER L'HPV PRIMARI)	47%	42.3%
<b>SCREENING COLO-RETTALE ETÀ 58 ANNI</b> <b>COPERTURA INVITI:</b> NUMERO PERSONE INVITATE A SIGMOIDOSCOPIA + ADESIONI SPONTANEE / POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUALE	100%	97%
<b>SCREENING COLO-RETTALE ETÀ 58-69 ANNI</b> <b>COPERTURA ESAMI:</b> NUMERO PERSONE SOTTOPOSTE A SIGMOIDOSCOPIA O FIT (INCLUSE ADESIONI SPONTANEE) / POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUALE	40%	36%

Direzione Regionale  
 Sanità  
 Ufficio  
 Programmazione  
 e Controllo  
 Attività  
 Sanitarie



## 4. Qualità dell'assistenza

### 4.6 OBIETTIVO Donazioni d'organo - ASL, AO; AOU

SETTORE REFERENTE	Assistenza Specialistica e Ospedaliera
-------------------	--

**DESCRIZIONE.** Piena attuazione, attraverso il Coordinamento Ospedaliero delle donazioni e dei prelievi di organi e tessuti, dei parametri fissati dal Coordinamento Regionale delle donazioni e dei Prelievi di organi e tessuti finalizzati a migliorare nel 2018 il procurement di organi e cornee rispetto al 2017.

In considerazione della tipologia di attività, si prevede per il 2018 il raggiungimento aziendale dei seguenti obiettivi di governo regionale:

#### 1. Segnalazioni di soggetti in Morte Encefalica (BDI%)

Per ogni Presidio Ospedaliero in elenco, viene valutato il BDI (vedi indicatore 1). Per i Presidi Ospedalieri con più rianimazioni viene valutato il BDI complessivo. BDI atteso nel 2018:

- Tra il 20 e il 40 % per i P.O. senza neurochirurgia
- Superiore al 40 % per i P.O. con neurochirurgia

**La valutazione del BDI sarà effettuata sugli ultimi tre anni per i P.O. con meno di tre diagnosi di ingresso compatibili nel 2018.**

#### 2. Non opposizioni alla donazione di organi

Nel 2017 il Piemonte si è caratterizzato per un tasso di opposizione alla donazione di organi del 34%, ben superiore alla media nazionale. Pertanto, per migliorare il procurement di organi, viene inserito come obiettivo di governo regionale il controllo delle opposizioni alla donazione di organi.

Per ogni Presidio Ospedaliero in elenco, tasso di opposizione alla donazione di organi inferiore al 33 % delle segnalazioni di morte encefalica.

**La valutazione sarà effettuata sugli ultimi tre anni per i P.O. con meno di tre segnalazioni di morte encefalica nel 2018.**

Al fine di supportare il raggiungimento di questo obiettivo, il Coordinamento Regionale delle donazioni e dei Prelievi incontrerà nei primi mesi del 2018 i Coordinamenti Ospedalieri delle donazioni e dei prelievi che nel 2017 hanno evidenziato un tasso di opposizione alla donazione di organi elevato.

#### 3. Donatori di Cornee

Considerati i decessi ospedalieri del primo semestre 2017 fra i 5 e i 75 anni compresi, proiettato il dato al 31 dicembre 2017, considerato il numero di posti letto degli ospedali della Regione nel 2017:

- Per i Presidi Ospedalieri senza neurochirurgia e con meno di 400 posti letto: un numero di donatori pari al 10 % dei decessi ospedalieri del 2017 fra i 5 e i 75 anni compresi
- Per i Presidi Ospedalieri con neurochirurgia e per i Presidi Ospedalieri senza neurochirurgia ma con più di 400 posti letto: un numero di donatori pari al 12% dei decessi ospedalieri del 2017 fra i 5 e i 75 anni compresi

INDICATORE	<ol style="list-style-type: none"><li><b>BDI = N° morti encefaliche segnalate nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero/N° decessi di soggetti ricoverati nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero con una patologia compatibile con l'evoluzione verso la morte encefalica.</b></li><li><b>N° di opposizioni alla donazione di organi nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero/N° di segnalazioni di morte encefalica nei</b></li></ol>
------------	--



	<p>reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero.</p> <p>3. N° donatori di cornea nel 2018/ totale decessi ospedalieri del 2017 fra i 5 e i 75 anni compresi.</p>
<b>VALORE DELL'OBIETTIVO</b>	Cfr. Tabelle seguenti
<b>SCALA</b>	<p>1. Il raggiungimento dell'sub-obiettivo sarà riconosciuto:</p> <p>a. Per gli ospedali con neurochirurgia: SI/NO</p> <p>b. Per gli ospedali senza neurochirurgia: per un valore inferiore al 20% l'obiettivo è considerato non raggiunto; per un valore compreso fra 20% e 40% l'obiettivo è considerato raggiunto applicando una funzione lineare; un valore superiore al 40% evidenzia una performance oltre quanto richiesto e quindi l'obiettivo è considerato raggiunto.</p> <p>2. SI/NO</p> <p>3. SI/NO</p> <p>Ogni sub-obiettivo pesa, rispetto al punteggio dell'obiettivo, rispettivamente il:</p> <p>1. 40%.</p> <p>2. 30%</p> <p>3. 30%</p>
<b>FONTE DATI</b>	report CRT annuale e CSI Piemonte
<b>TRAKING</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Incontri di monitoraggio obiettivi</li> <li>▪ 31.12.2018</li> </ul>
<b>PUNTEGGIO</b>	<b>3/100</b>
<b>NOTE</b>	Ai fini della valutazione per le ASR con più Coordinamenti delle donazioni, il punteggio totale assegnato all'obiettivo viene equamente diviso per il numero dei Coordinamenti delle donazioni dell'ASR.

*Segue tabella con valori obiettivo.*

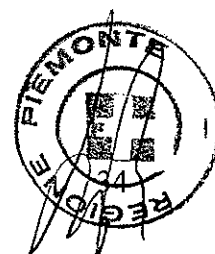


Tabella – Donazioni d'organo: valori obiettivo per ASL

ASL	Denominazione presidio	1. SEGNALAZIONI DI SOGGETTI IN MORTE ENCEFALICA (BDI%) atteso al 31 dicembre	2. OPPOSIZIONE ALLA DONAZIONE DI ORGANI atteso al 31 dicembre	3. DONATORI DI CORNEE atteso al 31 dicembre
CITTA' DI TORINO	OSPEDALE MARTINI	20 - 40 %	< 33 %	n.10 donatori
	OSPEDALE MARIA VITTORIA	20 - 40 %	< 33 %	n.15 donatori
	TORINO NORD EMERGENZA SAN GIOVANNI BOSCO	> 40 %	< 33 %	n.32 donatori
TO3	OSPEDALE CIVILE "E. AGNELLI"	20 - 40 %	< 33 %	n.10 donatori
TO3	OSPEDALE DEGLI INFERMI	20 - 40 %	< 33 %	n.12 donatori
TO4	PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI CIRIE'	20 - 40 %	< 33 %	n.10 donatori
TO4	OSPEDALE CIVICO DI CHIVASSO	20 - 40 %	< 33 %	n.15 donatori
TO4	OSPEDALE CIVILE DI IVREA	20 - 40 %	< 33 %	n.15 donatori
TO5	OSPEDALE MAGGIORE	20 - 40 %	< 33 %	n.10 donatori
TO5	OSPEDALE SANTA CROCE	20 - 40 %	< 33 %	n.7 donatori
VC	OSPEDALE SANT'ANDREA	20 - 40 %	< 33 %	n.13 donatori
BI	OSP. DEGLI INFERMI DI BIELLA	20 - 40 %	< 33 %	n.20 donatori
NO	ISTITUTO S.S. TRINITA'-BORGOMANERO	20 - 40 %	< 33 %	n.11 donatori
VCO	OSPEDALE SAN BIAGIO	20 - 40 %	< 33 %	n.6 donatori
VCO	STABILIMENTO OSPEDALIERO CASTELLI	20 - 40 %	< 33 %	n.7 donatori
CN1	OSPEDALE DI MONDOVI'	20 - 40 %	< 33 %	n.6 donatori
CN1	OSP. MAGGIORE S.S. ANNUNZIATA SAVIGLIANO	20 - 40 %	< 33 %	n.9 donatori
CN2	OSPEDALE SAN LAZZARO- ALBA	20 - 40 %	< 33 %	n.8 donatori
AT	PRESIDIO OSP. CARDINAL G. MASSAIA	20 - 40 %	< 33 %	n.32 donatori
AL	OSPEDALE SANTO SPIRITO CASALE	20 - 40 %	< 33 %	n.11 donatori
AL	OSPEDALE SS. ANTONIO E MARGHERITA TORTONA	20 - 40 %	< 33 %	n.5 donatori
AL	OSPEDALE SAN GIACOMO NOVI	20 - 40 %	< 33 %	n.9 donatori
AL	OSP. MONS. GIOVANNI GALLIANO ACQUI T.ME	20 - 40 %	< 33 %	n.8 donatori

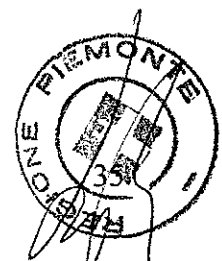
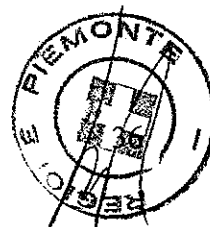


Tabella – Donazioni d'organo: valori obiettivo per AO; AOU

		1. SEGNALAZIONI DI SOGGETTI IN MORTE ENCEFALICA (BDI%)	2. OPPOSIZIONE ALLA DONAZIONE DI ORGANI	3. DONATORI DI CORNEE
	Denominazione presidio	atteso al 31 dicembre	atteso al 31 dicembre	atteso al 31 dicembre
AOU CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO	CENTRO TRAUMATOLOGICO ORTOPEDICO	> 40 %	< 33 %	n.7 donatori
	OSP. INFANTILE REGINA MARGHERITA	> 40 %	< 33 %	n.1 donatore
AO SS. ANTONIO E BIAGIO E C. ARRIGO	OSPEDALE S. ANNA	20 - 40 %	< 33 %	n.1 donatore
	OSP. S. GIOV. BATTISTA MOLINETTE	> 40 %	< 33 %	n.74 donatori
AO ORDINE MAURIZIANO	OSP. CIVILE SS. ANTONIO E BIAGIO	> 40 %	< 33 %	n.43 donatori
AO S. CROCE E CARLE	OSPEDALE MAURIZIANO UMBERTO I- TORINO	20 - 40 %	< 33 %	n.24 donatori
AOU S. LUIGI GONZAGA	AZ. OSPEDAL. S. CROCE E CARLE	> 40 %	< 33 %	n.37 donatori
AOU MAGGIORE DELLA CARITA' NOVARA	AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITA' S. LUIGI	20 - 40 %	< 33 %	n.31 donatori
	OSPEDALE MAGGIORE DELLA CARITA'	> 40 %	< 33 %	n.37 donatori





## 4. Qualità dell'assistenza

### 4.7 OBIETTIVO Umanizzazione – ASL; AO; AOU

<b>SETTORE REFERENTE</b>	<b>Direzione Sanità</b>
------------------------------	-------------------------

**DESCRIZIONE.** Il nuovo Patto per la salute 2014-2016 (Intesa rep. n. 82/CSR del 10 luglio 2014), all'articolo 4, recante "Umanizzazione delle cure", prevede che le Regioni, nel rispetto della centralità della persona nella sua interezza fisica, psicologica e sociale, si impegnano ad attuare interventi di umanizzazione in ambito sanitario che coinvolgano gli aspetti strutturali, organizzativi e relazionali dell'assistenza. Nell'atto si conviene, tra l'altro, la predisposizione di un programma annuale di umanizzazione che comprenda la definizione di almeno un'attività progettuale in tema di formazione del personale ed un'altra in tema di cambiamento organizzativo.

Il Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2015, approvato con DCR n. 167-14087 del 3 aprile 2012, ha previsto l'adozione di strumenti finalizzati allo sviluppo del processo di empowerment attraverso il rafforzamento delle sue tre componenti fondamentali: il "controllo" riferito alla capacità di influenzare le decisioni che riguardano la propria esistenza; la "consapevolezza critica" consistente nella comprensione del funzionamento delle strutture di potere e dei processi decisionali, di come i fattori in gioco vengono influenzati e le risorse mobilitate; la "partecipazione" attinente all'operare insieme agli altri per ottenere risultati desiderati e condivisi. La Regione Piemonte, nell'ambito delle iniziative legate al processo di empowerment ed in coerenza con il PSSR 2012-2015 – si è fatto promotore con le ASR del programma nazionale di valutazione partecipata della qualità delle strutture di ricovero - promosso e coordinato da Agenas e dall'Agenzia di Valutazione Civica di CittadinanzAttiva. Il programma, cui hanno partecipato tutte le ASR, ha consentito la realizzazione della valutazione partecipata (secondo lo strumento predisposto da AGENAS e CittadinanzAttiva e secondo i principi dell'empowerment – ovvero attraverso equipe territoriali miste cittadini-operatori sanitari) su tutti i presidi sanitari pubblici regionali con oltre 120 p.l. Alla valutazione è seguita la fase della predisposizione del "Piano di miglioramento" da parte di ciascuna ASR con predisposizione di azioni correttive in relazione alle criticità rilevate in sede di monitoraggio.

Nell'annualità 2017 la Regione, unitamente alle ASR, ha partecipato alla 3<sup>a</sup> fase del progetto nazionale che prevedeva, a livello aziendale, un'ulteriore fase di valutazione con riguardo a nuovi item definiti da AGENAS nonché un generale aggiornamento della checklist sulla base delle nuove risultanze aziendali conseguenti alle azioni di miglioramento implementate a livello aziendale.

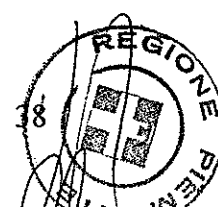
Nell'annualità 2017, inoltre, la Regione, con DGR n. 101-5530 del 3.8.2017, ha assegnato ai Direttori Generali delle ASR ulteriori obiettivi, non specificamente oggetto del monitoraggio realizzato nell'ambito del programma nazionale, idonei a misurare la qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie con riferimento alla personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza. In particolare il monitoraggio ha riguardato i progetti aziendali di sostegno ai pazienti nella fase successiva alle dimissioni (con particolare attenzione alle patologie croniche: paziente post ictus, con malattie cardiovascolari, parkinson, psichiatriche, ecc...), l'istituzione nelle unità operative delle strutture ospedaliere di luoghi/orari predefiniti per il colloquio clinico fra medici curanti e parenti dei ricoverati, l'istituzione di Commissioni miste conciliative per far fronte alle segnalazioni pervenute e fornire adeguate informazioni nell'ottica della conciliazione dei conflitti.

Anche con riguardo all'annualità 2018 si ritiene, in coerenza con la normativa e gli atti sopraccitati, nonché in continuità con le iniziative in tema di umanizzazione avviate a livello regionale nel corso degli ultimi anni, di prevedere nell'ambito degli obiettivi da assegnare per l'annualità 2018 ai Direttori generali delle ASR uno specifico obiettivo finalizzato alla verifica della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie con riferimento all'umanizzazione dell'assistenza.

Le attività di coordinamento a livello regionale delle equipe territoriali nonché la valutazione ed il monitoraggio delle azioni di miglioramento saranno realizzate dalla Cabina di regia regionale.



<b>INDICATORE</b>	<p>1. Aggiornamento Piani di miglioramento aziendali sulla base delle risultanze della 3<sup>a</sup> fase del programma nazionale di valutazione partecipata della qualità delle strutture di ricovero nonché delle eventuali criticità evidenziate in sede di attuazione degli ulteriori obiettivi di umanizzazione assegnati con DGR n. 101 del 3.8.2017 e di eventuali altri item definiti a livello regionale.</p> <p>Implementazione/completamento azioni correttive di rilevanza aziendale individuate nei Piani di miglioramento</p>
<b>VALORE DELL'OBIETTIVO</b>	1. Azioni di miglioramento implementate/completate.
<b>SCALA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- azioni implementate 100%                    <b>5 PUNTI</b></li> <li>- azioni implementate &gt; 50% &lt; 100%       <b>2,5 PUNTI</b></li> <li>- azioni implementate &lt; 50%                   <b>0 PUNTI</b></li> </ul>
<b>FONTE DATI</b>	Documentazione trasmessa dalle ASR; verifiche effettuate dalle equipe territoriali e dalla Cabina di Regia Regionale.
<b>TRACKING</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Incontri di monitoraggio obiettivi</li> <li>▪ 31.12.2018</li> </ul>
<b>PUNTEGGIO</b>	<b>5/100</b>
<b>NOTE</b>	



## 5. Gestione della spesa relativa ai beni: farmaci e DM

5.1 OBIETTIVO Assistenza Farmaceutica Territoriale ed Ospedaliera: appropriatezza prescrittiva e riduzione della variabilità ASL/AO/AOU

<b>SETTORE REFERENTE</b>	<b>Assistenza farmaceutica, integrativa e protesica</b>
--------------------------	---

La legge 11 dicembre 2016 n. 232 prevede (Art. 1 Comma 398) che a decorrere dall'anno 2017, il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera di cui all'articolo 5, comma 5, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, è calcolato al lordo della spesa per i farmaci di classe A in distribuzione diretta e distribuzione per conto, ed è rideterminato nella misura del 6,89 per cento. Conseguentemente il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera assume la denominazione di "Tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti". Conseguentemente (Art. 1 Comma 399) il tetto della spesa farmaceutica territoriale è rideterminato nella misura del 7,96 per cento assumendo la denominazione di "Tetto della spesa farmaceutica convenzionata".

Dalle analisi condotte dalla Direzione Sanità si rileva un'elevata variabilità dell'incidenza prescrittiva sia a livello di singola azienda che fra i singoli prescrittori. L'obiettivo è rivolto al perseguimento di una maggiore appropriatezza prescrittiva nonché al contenimento della variabilità con particolare riferimento alle categorie sotto descritte.

Occorre sottolineare che l'obiettivo non intende in alcun modo limitare la libertà prescrittiva dei medici che mantengono la possibilità di effettuare prescrizioni terapeutiche motivatamente indirizzate verso i trattamenti farmacologici più costosi laddove giustificate esigenze di cura, non altrimenti perseguibili in modo egualmente efficace, lo richiedono.

Gli scostamenti presi in esame riguardano le seguenti categorie:

### Farmaci ambito territoriale

1. ATC=A02BC (Inibitori di Pompa Acida);
2. ATC=J01 (Antibatterici per uso sistemico in ambito territoriale);
3. ATC= C07, C08, C09 (Betabloccanti, Calcio-Antagonisti, Sostanze ad azione sul sistema Renina-Angiotensina);
4. ATC=N06A (Antidepressivi);
5. ATC=R03 (Farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie);

### Farmaci ambito ospedaliero

6. ATC=J01 (Antibatterici per uso sistemico in ambito ospedaliero);
7. ATC=J02 (Antimicotici per uso sistemico in ambito ospedaliero).

<b>INDICATORE</b>	<p>Per le 5 ATC in ambito territoriale: spesa 2017 – spesa di riferimento calcolata sulla spesa pro capite del best performer.</p> <p>Per le 2 ATC in ambito ospedaliero: rapporto fra le giornate di terapia a richiesta motivata ed il totale delle giornate di terapia.</p>
-------------------	--

<b>FONTE DATI</b>	Flussi informativi regionali: Flusso ricette prescrizioni farmaceutiche e DM H
-------------------	--



<b>VALORE DELL'OBIETTIVO</b>	<p>La spesa in regime convenzionale nel 2018 per i farmaci:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inibitori di Pompa Acida (ATC=A02BC)</li> <li>2. Antibatterici per uso sistemico in ambito territoriale (ATC=J01)</li> <li>3. Betabloccanti, Calcio-Antagonisti, Sostanze ad azione sul sistema Renina-Angiotensina (ATC=C07, C08 e C09)</li> <li>4. Antidepressivi (ATC=N06A)</li> <li>5. Farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie (ATC=R03)</li> </ol> <p>ha quale riferimento la spesa pro-capite (per popolazione pesata) registrata dall'ASL best performer nel 2017 per singola molecola. Ogni ASL deve ridurre di almeno il 50% lo scostamento tra la propria spesa pro-capite (per popolazione pesata) e quella di riferimento dell'azienda best performer;</p> <p><b>Farmaci ambito ospedaliero</b></p> <p>L'obiettivo 2018 per i farmaci antibatterici (ATC=J01) e antimicotici (ATC=J02) ad uso sistemico in ambito ospedaliero ha quale riferimento il rapporto fra le giornate di terapia dei farmaci soggetti a richiesta motivata dell'AO/AOU sul totale delle giornate di terapia rispettivamente dei gruppi ATC J01 e J02 registrati nella AO/AOU best performer nel periodo 01 ottobre 2016 - 30 settembre 2017. Ogni singola AO/AOU deve riportare nel 2018 una percentuale pari o comunque non superiore a quella di riferimento dell'azienda best performer. L'obiettivo si considera raggiunto anche in presenza di uno scostamento rispetto al valore best performer non superiore al 10 %.</p>
<b>SCALA</b>	<p>ATC da 1 a 5: per ogni singola ATC, il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2018 tra valore di partenza (spesa 2017) e valore obiettivo. Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è superiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare. Per l'ASL best performer il raggiungimento dell'obiettivo prevede il miglioramento o mantenimento del dato 2017.</p> <p>ATC 6 e 7: SI/NO (0-1). Per l'AO/AOU best performer il raggiungimento dell'obiettivo prevede il miglioramento o mantenimento del dato 2017.</p>
<b>TRAKING</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Incontri di monitoraggio obiettivi. Periodicamente il settore competente provvederà ad inviare alle singole aziende i dati inerenti l'obiettivo;</li> <li>▪ valutazione finale sulla base dei dati al 31.12. 2018.</li> </ul>
<b>PUNTEGGIO</b>	<p>ASL            5/100</p> <p>AO; AOU      3/100</p>
<b>NOTE</b>	<p>Nel caso in cui il mancato raggiungimento dell'obiettivo sia attribuibile a prescrizioni terapeutiche motivatamente indirizzate verso trattamenti farmacologici più costosi, giustificati da esigenze di cura non altrimenti perseguibili in modo egualmente efficace, si chiede al Direttore generale una dettagliata relazione con la quale si documenta in maniera oggettiva tale circostanza.</p>



**5. Gestione della spesa relativa ai beni: farmaci e DM**

**5.2 OBIETTIVO Miglioramento della qualità del flusso informativo dei dispositivi medici ASL/AO/AOU**

<b>SETTORE REFERENTE</b>	<b>Assistenza farmaceutica, integrativa e protesica</b>
--------------------------	---

**DESCRIZIONE.** Verifica della disponibilità, completezza, qualità e miglioramento nel tempo dell'acquisizione nel flusso informativo regionale dei dati relativi al monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici (Decreto Ministeriale 11 giugno 2010 "Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio Sanitario Nazionale").  
L'obiettivo è allineato rispetto agli adempimenti LEA nonché alle performance di alcune regioni benchmark come risulta dal "Rapporto sulla spesa rilevata dalle strutture sanitarie pubbliche del SSN per l'acquisto di dispositivi medici – Anno 2016" a cura del Ministero della salute.

<b>INDICATORE</b>	<p><b>1. Rapporto tra i dati di consumo aziendale dei dispositivi medici ed i costi rilevati dal modello di conto economico. I dati riguardano i dispositivi medici (B.1.A.3.1) e i dispositivi medici impiantabili attivi (B.1.A.3.2). Ovvero:</b></p> <p style="text-align: center;">Flusso Consumi DMRP 2018 (esclusa la CND W – Dispositivi medico-diagnostici in vitro)</p> <hr/> <p style="text-align: center;">CE 2018 (Voci B.1.A.3.1 + B.1.A.3.2);</p> <p><b>2. Compilazione dei campi "Identificativo Contratto" e "Codice CIG" del tracciato Contratti (DMRP-Contratti) del flusso regionale DMRP (rispettivamente campo 16.0 e campo 32.0 del Tracciato Contratti indicato nel Disciplinare regionale del flusso DMRP, reperibile su Sistema Piemonte all'indirizzo <a href="http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/143-flussi-informativi-regionali/3068-nuovi-flussi">http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/143-flussi-informativi-regionali/3068-nuovi-flussi</a>) con un CIG per lotto.</b></p> <p><b>3. Compilazione del campo "Forma di negoziazione" del tracciato Contratti del flusso regionale DMRP, per ognuno dei record inviati al flusso (campo 20.0 del Tracciato Contratti indicato nel Disciplinare regionale del flusso DMRP, reperibile su Sistema Piemonte).</b></p>
-------------------	---

<b>FONTE DATI</b>	Flusso DMRP/CE - Tracciati Contratti e Consumi
-------------------	--

<b>VALORE OBIETTIVO</b>	<p><b>1. Coerenza, con un margine di tolleranza del +/- 5%, tra la spesa aziendale per DM rilevata da flusso DMRP rispetto ai costi imputati da CE alle voci:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ B.1.A.3.1 (dispositivi medici);</li><li>▪ B.1.A.3.2 (dispositivi medici impiantabili attivi);</li></ul> <p><b>2. Almeno il 95% dei codici CIG inseriti nei campi "Identificativo Contratto" e "Codice CIG" inviati al flusso DMRP-Contratti nel 2018 deve trovare corrispondenza nell'archivio dei codici CIG rilasciati dall'ANAC;</b></p> <p><b>3. Almeno il 95% dei record inviati al flusso DMRP-Contratti nel 2018 deve</b></p>
-------------------------	--



	presentare la compilazione del campo "Forma di negoziazione".
<b>SCALA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. SI/NO (1-0)</li> <li>2. SI/NO (1-0)</li> <li>3. SI/NO (1-0)</li> </ol> <p>Ogni sub-obiettivo pesa, rispetto al punteggio dell'obiettivo, rispettivamente il:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 40%.</li> <li>2. 30%</li> <li>3. 30%</li> </ol>
<b>TRACKING</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Incontri di monitoraggio obiettivi;</li> <li>▪ Riunioni periodiche svolte con referenti del settore regionale responsabile, ASR e CSI nel 2018;</li> <li>▪ valutazione finale sulla base dei dati al 31.12. 2018.</li> </ul>
<b>PUNTEGGIO</b>	ASL            3/100 AO; AOU      5/100
<b>NOTE</b>	



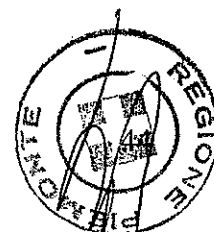
## 5. Gestione della spesa relativa ai beni: farmaci e DM

### 5.3 OBIETTIVO Contenimento della spesa aziendale per l'acquisto di Dispositivi Medici ASL/AO/AOU

<b>SETTORE REFERENTE</b>	<b>Assistenza farmaceutica, integrativa e protesica</b>
<b>DESCRIZIONE.</b>	<p>La Legge 24 dicembre 2012, n. 228 (Legge di Stabilità 2013) ha rideterminato a partire dall'anno 2014 il tetto di costo per l'acquisto di Dispositivi Medici (DM) nella misura del 4,4% del FSN (art.1, comma 131, lettera b). Considerato il limite di tetto imposto a livello nazionale, la Legge n. 125 del 6 agosto 2015 ha stabilito la possibilità di una rinegoziazione dei contratti in essere da proporre ai fornitori di dispositivi medici al fine di garantire il rispetto del tetto e l'andamento della spesa.</p> <p>I dati di Conto Economico dei primi nove mesi del 2017, comprendenti le voci BA0220 (Dispositivi medici) e BA0230 (Dispositivi medici impiantabili attivi), evidenziano il mancato rispetto del tetto di spesa previsto dalla normativa vigente.</p> <p>Inoltre, in considerazione dell'aggiudicazione della gara organizzata dalla società di committenza regionale (SCR), rispetto alla fornitura di presidi per l'autocontrollo della glicemia e servizi connessi per le Aziende del Servizio Sanitario Regionale, si riscontra un'alta variabilità prescrittiva dei dispositivi oggetto di gara sia a livello di singola azienda che fra i singoli prescrittori. L'obiettivo è dunque rivolto a consolidare l'utilizzo appropriato dei presidi oggetto di gara da parte della società di committenza regionale (SCR). In proposito occorre sottolineare che i due sub-obiettivi non intendono in alcun modo limitare la libertà prescrittiva dei medici (specialisti) che mantengono la possibilità di effettuare prescrizioni terapeutiche motivatamente indirizzate verso dispositivi più costosi laddove giustificate esigenze di cura, non altrimenti perseguibili in modo egualmente efficace, lo richiedono.</p>
<b>INDICATORE</b>	<p><b>1. Spesa per Dispositivi Medici (voce di CE considerata: BA0220 e BA0230):</b> mantenimento della spesa dell'anno 2017.</p> <p><b>2. Presidi per l'autocontrollo della glicemia e servizi connessi per le aziende del SSR:</b></p> <p>a) rapporto fra il numero delle strisce per la rilevazione della glicemia erogate da ogni singola azienda sanitaria in regime convenzionale sul totale delle strisce erogate;</p> <p>b) rapporto tra le "strisce SCR" e le "strisce Consip".</p>
<b>FONTE DATI</b>	Flusso DMRP/CE
<b>VALORE OBIETTIVO</b>	<p><b>1. Spesa per Dispositivi Medici (voce di CE considerata: BA0220 e BA0230):</b> per ogni singola Azienda, ha quale riferimento i valori di CE di Consuntivo dell'anno 2017. Ogni singola Azienda deve mantenere o ridurre il proprio valore.</p> <p><b>2. Per i presidi per l'autocontrollo della glicemia e servizi connessi per le aziende del SSR il valore obiettivo è rappresentato:</b></p> <p>a) dalla riduzione per ogni ASL di almeno il 50% dello scostamento tra la propria percentuale con quella dell'azienda best performer, riferita all'anno 2017, relativa al numero di strisce erogate in regime convenzionale sul totale delle strisce erogate (convenzionata + DpC). Per l'ASL best performer il raggiungimento dell'obiettivo prevede il miglioramento/mantenimento del dato 2017;</p> <p>b) Per ogni ASL il rapporto tra le "strisce SCR" e le "strisce Consip" non può presentare uno scostamento uguale o superiore al 20% rispetto al valore</p>



	dell'azienda best performer fatto registrare nel 2018.
<b>SCALA</b>	<p><b>1. Spesa per Dispositivi Medici (voce di CE considerata: BA0220 e BA0230):</b></p> <p>SI/NO (0-1). Per le due voci di spesa oggetto di valutazione (BA0220 e BA0230) il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto al mantenimento o riduzione del proprio valore come da Consuntivo CE 2017. La valutazione terrà in considerazione la produzione delle prestazioni sanitarie riferite alle categorie di DM oggetto di monitoraggio.</p> <p><b>2. Presidi per l'autocontrollo della glicemia e servizi connessi per le aziende del SSR:</b></p> <p>a) il raggiungimento del sub-obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2018 tra valore di partenza (2017) e valore obiettivo. Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è superiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare. Per l'ASL best performer il raggiungimento dell'obiettivo prevede il miglioramento o mantenimento del dato 2017;</p> <p>b) SI/NO (0-1).</p> <p>Ogni sub-obiettivo pesa, rispetto al punteggio dell'obiettivo, rispettivamente il:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 60%.</li> <li>2. 40%</li> </ol>
<b>TRAKING</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Incontri di monitoraggio obiettivi. Periodicamente il settore competente provvederà ad inviare alle singole aziende i dati inerenti l'obiettivo;</li> <li>▪ Riunioni periodiche svolte con referenti del settore regionale responsabile, ASR e CSI nel 2018;</li> <li>▪ valutazione finale sulla base dei dati al 31.12. 2018.</li> </ul>
<b>PUNTEGGIO</b>	<b>5/100</b>
<b>NOTE</b>	Nel caso in cui il mancato raggiungimento dell'obiettivo sia attribuibile a prescrizioni terapeutiche motivatamente indirizzate verso trattamenti farmacologici più costosi, giustificati da esigenze di cura non altrimenti perseguibili in modo egualmente efficace, si chiede al Direttore generale una dettagliata relazione con la quale si documenta in maniera oggettiva tale circostanza.

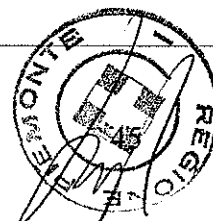




## 6. Trasparenza e anticorruzione

### 6.1 OBIETTIVO PNA - Dichiarazione pubblica di interessi – ASL; AO; AOU

<b>SETTORE REFERENTE</b>	<b>Sistemi Organizzativi e Risorse Umane del SSR</b>
<b>DESCRIZIONE.</b>	<p>“Al fine di agevolare un’omogenea applicazione di tale ulteriore misura da parte dei Soggetti destinatari del presente approfondimento, si rende disponibile sul sito istituzionale dell’Agenas una modulistica standard che costituisce in sé un modello di riferimento per l’identificazione da parte del dichiarante delle attività/interessi/relazioni da rendersi oggetto di dichiarazione pubblica. Tali modelli di dichiarazione possono essere introdotti dal management aziendale per assicurarne la conforme adozione e utilizzati dai responsabili per la prevenzione della corruzione e della trasparenza per favorire l’implementazione di un flusso di informazioni su cui poter orientare le attività di controllo. Inoltre, poiché trattasi di strumento di garanzia del professionista sul piano individuale e della governance amministrativa a livello aziendale, se ne raccomanda la compilazione con cadenza annuale, salvo eventuali sopravvenute esigenze di aggiornamento.” - Determinazione A.N.AC n.12/2015, Aggiornamento al PNA 2015 – sezione sanità.</p> <p>Per favorire la compilazione di tale modulistica, AGENAS ha predisposto un apposito box «PNA – Sanità» al link <a href="http://pna-sanita.agenas.it/">http://pna-sanita.agenas.it/</a> dove è presente l’applicativo per la compilazione on line della modulistica, il relativo manuale di istruzioni, le domande/risposte frequenti (FAQ).</p> <p>Le Aziende aderenti dovranno inviare un foglio excel con l’elenco dei nominativi dei professionisti tenuti alla compilazione per la specifica azienda. Il foglio excel dovrà essere compilato secondo il modello scaricabile dal sito sopra descritto.</p> <p>I fogli excel dovranno pervenire per il tramite del <b>Responsabile della Prevenzione della Corruzione aziendale</b> al seguente indirizzo e-mail: <a href="mailto:pna-sanita@agenas.it">pna-sanita@agenas.it</a></p> <p>Ogni professionista indicato riceverà le credenziali per accedere all’applicativo di compilazione web della modulistica inserendo nell’apposita area presente sempre nella pagina <a href="http://pna-sanita.agenas.it/">http://pna-sanita.agenas.it/</a> lo stesso indirizzo e-mail indicato dall’Azienda.</p>
<b>INDICATORE</b>	Utenti che hanno terminato la compilazione <hr/> Utenti abilitati alla compilazione
<b>VALORE DELL’OBIETTIVO</b>	80%
<b>SCALA</b>	SI/NO (1/0)
<b>FONTE DATI</b>	Applicativo informatico: <a href="http://pna-sanita.agenas.it">pna-sanita.agenas.it</a>
<b>TRACKING</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Incontri di monitoraggio obiettivi</li><li>▪ 31.12.2018</li></ul>
<b>PUNTEGGIO</b>	3/100
<b>NOTE</b>	



## 7. Digitalizzazione del SSR

### 7.1 OBIETTIVO Fascicolo sanitario elettronico e Servizi on Line – ASL, AO, AOU

<b>SETTORE REFERENTE</b>	<b>Controllo di gestione e monitoraggio costi per i Livelli di Assistenza delle ASR</b>
------------------------------	---

**DESCRIZIONE.** Il progetto Fascicolo Sanitario Elettronico e servizi on line (FSE-Sol) rientra nel piano di “Strategia Digitale Italiana 2014-2020”, che prevede in Italia lo sviluppo di soluzioni di sanità digitale integrate, caratterizzate da una forte interazione dei sistemi informativi sanitari regionali e delle Aziende Sanitarie.

Con il Programma SIRSE (approvato con DGR 21 aprile 2008, n. 15-8626) la Regione Piemonte ha inteso definire e assumere le linee di indirizzo degli interventi organizzativi e progettuali per lo sviluppo dei sistemi informativi del Servizio Sanitario Regionale piemontese, tenendo conto delle iniziative di evoluzione della Società dell’Informazione che la Regione aveva da tempo avviato sugli altri comparti della pubblica amministrazione, includendone il Fascicolo Sanitario Elettronico.

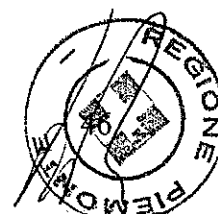
Il Programma SIRSE ha definito un modello piemontese di “sanità in rete” nel quale le tecnologie ICT costituiscono fattore abilitante per la realizzazione dei nuovi modelli assistenziali identificati dai decisori del livello nazionale e regionale, in quanto capaci di facilitare l’accesso alle informazioni cliniche e la fruizione dei servizi di interesse sia da parte degli operatori sanitari che dei cittadini. Tale modello si basa sull’interoperabilità, ovvero sulla capacità di un sistema informativo di dialogare con altri sistemi informativi, in modo trasparente per l’utente e indipendentemente dalle tecnologie di realizzazione, rendendo accessibili in maniera diffusa dati, informazioni e servizi.

Attraverso l’attuazione degli interventi declinati nella Misura 3, Asse II, Ob. II.2c.2.1 di cui alla D.G.R. n. 19-4900 del 20/4/2017, la Regione Piemonte, in particolare, ha avviato un’importante progetto di evoluzione e diffusione sul territorio piemontese del Fascicolo Sanitario Elettronico e dei Servizi on-Line (FSE - SoL), che coinvolge i Cittadini, gli Operatori delle Aziende Sanitarie, i Medici di medicina generale e i Pediatri di libera scelta. Il fascicolo sanitario elettronico costituisce l’architettura informativa che abilita, anche, la realizzazione dei servizi digitali a corollario per cittadini e operatori sanitari. In quest’ambito rientrano diversi obiettivi concreti, raggiungibili tramite processi articolati quali, a titolo esemplificativo: la creazione dell’ecosistema dei servizi digitali fruibili in multicanalità (web, smartphone, tablet totem) nonché fruibili direttamente dai sistemi utilizzati dagli operatori sanitari.

Il perseguimento dei citati obiettivi richiede, tra l’altro, un governo aziendale attivo che assicuri la realizzazione degli interventi preliminari di cui al Piano operativo aziendale per l’alimentazione del FSE-Sol Piemontese. Nell’ambito degli interventi di natura organizzativa, a titolo indicativo e non esaustivo, si richiamano i seguenti:

- digitalizzazione completa dei documenti clinici riferiti alle prestazioni di “laboratorio analisi”, “radiologia”, “anatomia patologica”, “diabetologia” e “ricovero ospedaliero (lettera di dimissione)” al fine di assicurare al Fascicolo Sanitario elettronico la disponibilità di un primo nucleo informativo attraverso i software oggetto di intervento. (es. compilazione elettronica delle lettere di dimissione e/o dei referti, e apposizione della firma digitale (certificato digitale) ai documenti clinici;
- allestimento ed avvio delle sedi destinate ai “punti assistito” finalizzati a supportare il cittadino/utente nell’utilizzo degli strumenti di sanità digitale.

Inoltre, in attuazione tra l’altro al DM 2 novembre 2011 e le disposizioni regionali conseguenti, la ricetta cartacea, di cui al decreto 17 marzo 2008, è sostituita dalla ricetta dematerializzata generata dal medico prescrittore. In proposito, nel corso dell’esercizio 2018, gli Enti del SSR dovranno definire e porre in essere i necessari interventi finalizzati a:



- completa dematerializzazione delle prescrizioni delle ricette mediche, da parte di tutti i medici autorizzati, nel rispetto delle normative nazionali che regolamentano la prescrizione medica (es. formazione, monitoraggio attivo, ecc);
- garantire il completamento, nel rispetto delle normative nazionali, del ciclo di vita delle ricette dematerializzate (presa in carico ed erogazione) da parte di tutti gli erogatori autorizzati.

<b>INDICATORE</b>	<p>1. Realizzazione, entro le tempistiche programmate, degli interventi preliminari declinati nel Piano operativo aziendale per l'alimentazione del FSE-SoL Piemontese.</p> <p>Le dichiarazioni aziendali saranno verificate attraverso il riscontro della documentazione clinica digitalizzata (laboratorio analisi, radiologia, anatomia patologica, diabetologia e lettera di dimissione ospedaliera) che sarà resa disponibile, entro il 31 dicembre 2018, nella piattaforma regionale del FSE-SoL.</p>
<b>VALORE DELL'OBIETTIVO</b>	100%
<b>SCALA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ SI/NO (1-0)</li> </ul>
<b>FONTE DATI</b>	piattaforma regionale del FSE-SoL
<b>TRACKING</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Incontri di monitoraggio obiettivi</li> <li>▪ 31.12.2018</li> </ul>
<b>PUNTEGGIO</b>	3/100
<b>NOTE</b>	

