

Deliberazione della Giunta Regionale 19 luglio 2019, n. 4-92

Art. 2, comma 2 del D.lgs n. 171/2016 e s.m.i.. Assegnazione obiettivi di attivita' ai Direttori Generali/Commissari delle ASR per l'anno 2019. Approvazione criteri e modalita' di valutazione.

A relazione dell'Assessore Icardi:

Premesso che:

l'art. 2, comma 2, del d. lgs. n. 171/2016 e s.m.i. prevede, tra l'altro, che la Regione definisca ed assegni – aggiornandoli periodicamente – gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, nonché gli obiettivi di trasparenza, utili alla valutazione dell'attività dei Direttori generali delle aziende sanitarie 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";

l'art.1, comma 865 della legge n. 145/2018 (legge di bilancio 2019) ha peraltro disposto che "per gli enti del Servizio sanitario nazionale che non rispettano i tempi di pagamento previsti dalla legislazione vigente, le regioni e le provincie autonome provvedono ad integrare i contratti dei relativi direttori generali e dei direttori amministrativi inserendo uno specifico obiettivo volto al rispetto dei tempi di pagamento ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato. La quota dell'indennità di risultato condizionata al predetto obiettivo non può essere inferiore al 30%.

La predetta quota dell'indennità di risultato:

- a) non è riconosciuta qualora l'ente sanitario registri ritardi superiore a 60 giorni oppure in caso di mancata riduzione di almeno il 10% del debito commerciale residuo;
- b) è riconosciuta per la metà qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi tra trentuno e sessanta giorni;
- c) è riconosciuta per il 75 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi tra undici e trenta giorni;

d) è riconosciuta per il 90 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi tra uno e dieci giorni.”

per quanto sopra, con DGR n. 69-8679 del 29.03.2019 sono stati approvati i nuovi schemi di contratto di prestazione d'opera intellettuale dei direttori generali ed amministrativi delle aziende sanitarie regionali, debitamente integrati in conformità alle prescrizioni della disposizione richiamata, disponendo nel contempo che i contratti di prestazione d'opera intellettuale correnti con i direttori generali ed amministrativi attualmente in carica dovessero ritenersi automaticamente integrati, ope legis, dalle previsioni legislative in questione, e, per l'effetto, automaticamente adeguati ai nuovi schemi di contratto oggetto del provvedimento citato;

con DGR n. 26-6421 del 26.01.2018 erano stati a suo tempo assegnati ai direttori generali/commissari delle ASR gli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi, nonché di trasparenza, finalizzati al riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2018;

quanto sopra premesso, si rende ora necessario assegnare ai direttori generali/commissari delle ASR – avendo riguardo, in particolare, alle prescrizioni di cui al citato art. 1, comma 865 della legge n. 145/2018 (Legge di bilancio 2019) - gli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi, di trasparenza finalizzati, ai sensi delle disposizioni richiamate, all'attribuzione della quota integrativa al trattamento economico per l'anno 2019, 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, intitolato "Obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi, di trasparenza dei direttori generali/commissari delle aziende sanitarie regionali per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2019", ed inerente altresì l'approvazione dei criteri e delle modalità di valutazione;

il riconoscimento, da parte delle aziende sanitarie regionali, della quota integrativa al trattamento economico, dovrà 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 dal sistema obiettivi 2019 concorreranno al riconoscimento della quota economica integrativa nei diversi pesi specificati nel predetto allegato A, per un punteggio complessivamente pari a 100 punti – 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 del sistema, fatta salva la valutazione, di carattere preliminare, inerente lo specifico obiettivo volto al rispetto dei tempi di pagamento, di cui al citato art. 1, comma 865 della legge n. 145/2018 (Legge di bilancio 2019), la quale inciderà, come meglio dettagliato nell'Allegato A al presente provvedimento, sulla percentuale massima teorica (venti per cento) della quota integrativa al trattamento economico di base con carattere appunto preliminare rispetto alla valutazione dei rimanenti obiettivi e fino alla concorrenza – nell'ambito della quota massima del trattamento integrativo riconoscibile – del trenta per cento in caso di completo raggiungimento, come prescritto dalla disposizione richiamata (fermo restando, in caso di totale mancato raggiungimento, l'abbattimento del 30% della percentuale massima teorica della quota

integrativa del trattamento economico di base, ovvero di una diversa, minore percentuale nel caso di raggiungimento parziale dell'obiettivo, in conformità alle prescrizioni legislative richiamate);

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, fatte salve le precisazioni di cui sopra, 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 dovuto ai direttori generali/commissari in misura proporzionale alla durata dell'incarico;

dato atto che gli oneri derivanti dal presente provvedimento sono a carico dei bilanci delle ASR interessate, senza pertanto oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale.

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

la Giunta regionale, per le motivazioni esposte, all'unanimità

delibera

-di assegnare ai direttori generali/commissari delle ASR, ai sensi dell'art. 2, comma 2, del d.lgs. n. 171/2016 e s.m.i., nonché dell'art. 1, comma 865 della legge n. 145/2018 (Legge di bilancio 2019), gli obiettivi economico gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi, di trasparenza, 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 2019;

-di approvare pertanto l'allegato A), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, titolato: "Obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi, di trasparenza dei direttori generali/commissari delle aziende sanitarie regionali per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2019", ed inerente altresì l'approvazione dei criteri e delle modalità di valutazione;

-di dare atto che gli oneri derivanti dal presente provvedimento sono a carico dei bilanci delle ASR interessate, senza pertanto 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)

Allegato



ALLEGATO A

Obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi, di trasparenza dei direttori generali/commissari delle aziende sanitarie regionali per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2019.

Sommario

Sommario	2
Premessa.....	3
Criteri e Modalità di valutazione.....	6
1. Budget.....	10
1.1 OBIETTIVO Equilibrio Economico Finanziario e Sostenibilità dell’SSR – ASL; AO; AOU10	
2. Prossimità e integrazione dei percorsi.....	12
2.1 OBIETTIVO Continuità assistenziale e Programma Regionale Cronicità- ASL; AO; AOU	12
3. Accessibilità.....	14
3.1 OBIETTIVO Tempi di attesa Ricoveri – ASL; AO; AOU	14
3.2 OBIETTIVO Tempi di attesa prestazioni di specialistica ambulatoriale – ASL;AO;AOU	18
3.3 OBIETTIVO Riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in DEA/PS - ASL AO; AOU	25
4. Qualità dell’assistenza	28
4.1 OBIETTIVO Area Osteomuscolare – ASL; AO; AOU	28
4.2 OBIETTIVO Tempestività nell’effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI – ASL; AO; AOU	30
4.3 OBIETTIVO Appropriatelyzza nell’assistenza al parto – ASL;AO;AOU.....	32
4.4 OBIETTIVO Area Chirurgia Generale: colecistectomia laparoscopica – ASL; AO; AOU	34
4.5 OBIETTIVO Screening oncologici – ASL; AO; AOU.....	35
4.6 OBIETTIVO Programma regionale prevenzione: coperture vaccinali – ASL.....	38
4.7 OBIETTIVO Donazioni d’organo - ASL; AO; AOU	40
4.8 OBIETTIVO Adesione al Programma ERAS “Enhanced Recovery After Surgery “– ASL; AO; AOU	44
4.9 OBIETTIVO Umanizzazione dei percorsi ed empowerment del paziente – ASL; AO; AOU	46
5. Gestione della spesa relativa ai beni: farmaci e DM	48
5.1 OBIETTIVO Affidabilità dati rilevati da flussi informativi della farmaceutica ASL;AO;AOU	48
5.2 OBIETTIVO Assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera: appropriatezza prescrittiva e riduzione variabilità ASL; AO;AOU	50
5.3 OBIETTIVO Miglioramento della qualità del flusso informativo dei dispositivi medici ASL; AO; AOU.....	53
6. Digitalizzazione del SSR.....	55
6.1 OBIETTIVO Fascicolo sanitario elettronico e Servizi on Line – ASL; AO; AOU	55

Premessa

Ai fini del riconoscimento, ai sensi dell'art. 2, comma 2, del d. lgs. n. 171/2016 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, di trasparenza, a valere per l'anno 2019, 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 sei aree articolate come segue:

Obiettivo	#	sub-obiettivo	Referenti	ASL	AO/AOU
1. Budget	1.1	Equilibrio Economico Fin. e sostenibilità dell'SSR	Programmazione Economico Finanziaria Controllo di gestione, sistemi informativi, logistica sanitaria e coordinamento acquisti; Sistemi organizzativi e risorse umane del SSR	✓	✓
2. Prossimità e integrazione dei percorsi	2.1	Programma regionale cronicità	Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari	✓	✓
3. Accessibilità	3.1	Tempi di attesa Ricoveri	Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari Controllo di gestione, sistemi informativi, logistica sanitaria e coordinamento acquisti	✓	✓
	3.2	Tempi di attesa specialistica ambulatoriale	Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari Controllo di gestione, sistemi informativi, logistica sanitaria e coordinamento acquisti	✓	✓
	3.3	Riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in PS	Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari Controllo di gestione, sistemi informativi, logistica sanitaria e coordinamento acquisti	✓	✓
4. Qualità	4.1	Area osteomuscolare	Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari	✓	✓
	4.2	Tempestività nell'effettuazione di ptca nei casi di ima stemi		✓	✓
	4.3	Appropriatezza nell'assistenza al parto dei Punti Nascita		✓	✓
	4.4	Area chirurgia generale: colecistectomia laparoscopica DM		✓	✓

	4.5	Screening oncologici	Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari Prevenzione e veterinaria	✓	✓
	4.6	Vaccini	Prevenzione e veterinaria	✓	
	4.7	Donazioni d'organo	Prevenzione Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitarie e veterinaria	✓	✓
	4.8	Protocollo ERAS	Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari	✓	✓
	4.9	Umanizzazione	Direzione Sanità	✓	✓
5. Gestione spesa beni	5.1	Affidabilità dati rilevati da flussi informativi della farmaceutica	Assistenza farmaceutica, integrativa e protesica	✓	✓
	5.2	Assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera: appropriatezza prescrittiva e riduzione variabilità		✓	✓
	5.3	Miglioramento della qualità del flusso informativo dei dispositivi medici		✓	✓
6. Sanità Digitale	6.1	Implementazione progetto FES-Sol e CUP unico regionale	Controllo di gestione, sistemi informativi, logistica sanitaria e coordinamento acquisti	✓	✓

Agli obiettivi analiticamente elencati nella tabella qui riportata si deve poi aggiungere, con carattere di "lateralità" rispetto al sistema obiettivi complessivamente considerato, lo specifico obiettivo volto al rispetto dei tempi di pagamento previsto come noto dall'art. 1, comma 865 della legge n. 145/2018 (Legge di Bilancio 2018), a mente del quale:

"Per gli enti del Servizio sanitario nazionale che non rispettano i tempi di pagamento previsti dalla legislazione vigente, le regioni e le province autonome provvedono ad integrare i contratti dei relativi direttori generali e dei direttori amministrativi inserendo uno specifico obiettivo volto al rispetto dei tempi di pagamento ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato. La quota dell'indennità di risultato condizionata al predetto obiettivo non può essere inferiore al 30%.

La predetta quota dell'indennità di risultato:

- a) non è riconosciuta qualora l'ente sanitario registri ritardi superiore a 60 giorni oppure in caso di mancata riduzione di almeno il 10% del debito commerciale residuo;
- b) è riconosciuta per la metà qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi tra trentuno e sessanta giorni;
- c) è riconosciuta per il 75 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi tra undici e trenta giorni;
- d) è riconosciuta per il 90 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi tra uno e dieci giorni:"

La valutazione dell'obiettivo in questione, da considerarsi come si è detto con carattere di "lateralità" rispetto al sistema obiettivi nel suo complesso, avverrà in via preliminare rispetto all'insieme dei rimanenti obiettivi, ed inciderà pertanto, fino a un massimo del trenta per cento secondo le fasce sopra indicate, della quota massima teorica (venti per cento) del trattamento economico integrativo.

Il punteggio complessivamente conseguito, e rilevante ai fini del riconoscimento della quota integrativa, sarà così dato dalla somma dei punteggi ottenuti in relazione al raggiungimento di ciascun obiettivo, fatta salva la valutazione, di carattere preliminare, inerente lo specifico obiettivo volto al rispetto dei tempi di pagamento, la quale inciderà appunto sulla percentuale massima teorica (venti per cento) della quota integrativa al trattamento economico di base con carattere preliminare rispetto alla valutazione dei rimanenti obiettivi e fino alla concorrenza – nell'ambito della quota massima del trattamento integrativo riconoscibile – del trenta per cento in caso di completo raggiungimento, come prescritto dalla disposizione richiamata (fermo restando, in caso di totale mancato raggiungimento, l'abbattimento del 30% della percentuale massima teorica della quota integrativa del trattamento economico di base, ovvero di una diversa, minore percentuale nel caso di raggiungimento parziale dell'obiettivo, in conformità alle prescrizioni legislative richiamate);

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. 2, commi 5 e ss. del d. lgs. n. 171/2016 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.

Criteri 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 della Direzione 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:

- agosto 2019
- ottobre 2019
- dicembre 2019

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 29 febbraio 2020, 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 (massimo 20 pagine); tale documentazione dovrà essere trasmessa unicamente su supporto informatico al seguente indirizzo di posta elettronica: 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 sintesi di cui sopra sarà inviata dalle ASR interessate alle Conferenze dei Sindaci di riferimento territoriale (ovvero al Sindaco della Città di Torino per quanto riguarda le aziende sanitarie torinesi) per l'espressione dei pareri di competenza, da rendersi entro il 30 aprile 2020.

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 della Direzione Sanità direttamente 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.

			301	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	904	905	906	907	908	909
			ASL Città di TO	ASL TO3	ASL TO4	ASL TO5	ASL VC	ASL BI	ASL NO	ASL VCO	ASL CN1	ASL CN2	ASL AT	ASL AL	AOU S. Luigi	AOU NO	AO CN	AO AL	AO Mauriziano	AOU CdSS
Obiettivo	#	sub-obiettivo	ASL	AO/AOU	PUNTI	PUNTI	PUNTI	PUNTI	PUNTI	PUNTI	PUNTI	PUNTI	PUNTI	PUNTI	PUNTI	PUNTI	PUNTI	PUNTI	PUNTI	PUNTI
1. Budget	1.1	Equilibrio Economico Fin. e sostenibilità dell'SSR	✓	✓	33,00	33,00	33,00	33,00	33,00	33,00	33,00	33,00	33,00	33,00	33,00	33,00	33,00	33,00	33,00	33,00
2. Prossimità e integrazione	2.1	Programma regionale cronicità	✓	✓	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00
3. Accessibilità	3.1	Tempi di attesa Ricoveri	✓	✓	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
	3.2	Tempi di attesa specialistica ambulatoriale	✓	✓	9,00	9,00	9,00	9,00	9,00	9,00	9,00	9,00	9,00	9,00	9,00	9,00	9,00	9,00	9,00	9,00
	3.3	Riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in PS	✓	✓	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
4. Qualità	4.1	Area osteomuscolare	✓	✓	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	5,27	4,46	4,46	4,46	4,46
	4.2	Tempestività nell'effettuazione di ptca nei casi di ima stemi	✓	✓	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	5,27	4,46	4,46	4,46	4,46
	4.3	Appropriatezza nell'assistenza al parto dei Punti Nascita	✓	✓	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00		4,46	4,46	4,46	4,46
	4.4	Area chirurgia generale: colecistectomia laparoscopica DM	✓	✓	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	5,27	4,46	4,46	4,46	4,46
	4.5	Screening oncologici	✓	✓	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	5,27	4,46	4,46	4,46	4,46
	4.6	Vaccini	✓	✓	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00					
	4.7	Donazioni d'organo	✓	✓	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,64	2,23	2,23	2,23	2,23
	4.8	Protocollo ERAS	✓	✓	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,64	2,23	2,23	2,23	2,23
	4.9	Umanizzazione	✓	✓	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,64	2,23	2,23	2,23	2,23
5. Gestione spesa beni	5.1	Affidabilità dati rilevati da flussi informativi della farmaceutica	✓	✓	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
	5.2	Assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera: appropriatezza prescrittiva e riduzione variabilità	✓	✓	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
	5.3	Miglioramento della qualità del flusso informativo dei dispositivi medici	✓	✓	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
6. Sanità Digitale	6.1	Implementazione progetto FES-Sol e CUP unico regionale	✓	✓	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
TOTALE					100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

1. Budget	
1.1 OBIETTIVO Equilibrio Economico Finanziario e Sostenibilità dell'SSR – ASL; AO; AOU	
SETTORI REFERENTI	Programmazione Economico Finanziaria Controllo di gestione e monitoraggio costi per i Livelli di Assistenza delle ASR;
DESCRIZIONE	<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. 23-8257 del 27/12/2018 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>Ai sensi dell'art. 3 bis, comma 7 bis, del d. lgs. n. 502/1992 e s.m.i., il mancato conseguimento di questo specifico obiettivo costituisce, per il direttore generale, grave inadempimento contrattuale e può comportare la decadenza automatica dello stesso.</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"> ▪ confronto fra le Aziende e/o fra le Aziende e la Regione finalizzato all'individuazione e all'adozione delle c.d. best practice, in modo da garantire, a parità di servizi erogati, la maggiore efficienza possibile; programmazione e realizzazione degli investimenti sanitari per fonti di finanziamento; ▪ 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; ▪ 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; ▪ 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.
INDICATORE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Spesa consuntiva 2019 (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); 2. Produzione sanitaria consuntiva 2019 (attività di Ricovero, Ambulatoriale e PS non seguito da ricovero). 3. Previsionale (bilancio preventivo) per l'anno 2020
VALORE DELL'OBIETTIVO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sub-obiettivo 1): Spesa consuntiva 2019 (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 inferiori rispetto al Bilancio Consuntivo 2018. Eventuali variazioni positive nei costi potranno essere autorizzate, nello specifico ed in forma scritta, dalla Regione

	<p>Piemonte.</p> <p>2. Sub-obiettivo 2): Produzione sanitaria consuntiva 2019, prestazioni di Ricovero e Ambulatoriali e PS non seguito da ricovero, pari o superiore rispetto alla programmazione definita nei Piani di efficientamento 2019 delle AO e dei presidi a gestione diretta delle ASL.</p> <p>3. Sub-obiettivo 3): presentazione e adozione entro il 31.12.2019</p>
FONTE DATI	<ul style="list-style-type: none"> • Flusso informativo relativo alle attività di ricovero (SDO) e Ambulatoriale (Flusso C) – valorizzazione inclusiva di ticket e quota aggiuntiva a ricetta • CE Consuntivo 2019 • D.G.R. n. 23-8257 del 27/12/2018
SCALA	<p>Il punteggio sarà attribuito, per i primi due sub-obiettivi, in proporzione al livello di raggiungimento rispetto al target, rilevato a Consuntivo 2019, da calcolare applicando i seguenti criteri:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sub-obiettivo 1). <ul style="list-style-type: none"> ▪ il valore minimo (0 punti) è attribuito per uno scostamento complessivo pari o superiore al valore minore tra: in valore assoluto 4 milioni di euro o in termini percentuali +0,80%; ▪ mentre il valore massimo è attribuito per uno scostamento pari o inferiore in valore assoluto a 0 euro o in termini percentuali allo 0,00%. ▪ Sub-obiettivo 2). <ul style="list-style-type: none"> ▪ il valore minimo (0 punti) è attribuito per uno scostamento complessivo pari o inferiore al valore minore tra: in valore assoluto -4 milioni di euro o in termini percentuali -1,00%; ▪ il valore massimo è attribuito per uno scostamento complessivo pari o superiore in valore assoluto a 0 euro o in termini percentuali allo 0,00%. ▪ Sub-obiettivo 3). <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si / NO
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> • Incontri di monitoraggio obiettivi
PUNTEGGIO	<p>ASL: 33/100 AO/AOU: 33 /100 AO San Luigi: 33 /100</p> <p>sub-obiettivo 1 = 60% ; sub-obiettivo 2 = 30% ; sub-obiettivo 3 = 10%</p>
NOTE	<p>Per l'AOU Città della Salute si considerano, inoltre, obiettivi di programmazione sanitaria ed economico-finanziaria 2019 che sono stati definiti nel Piano di efficientamento triennale approvato con D.G.R. 112-6304 del 22 dicembre 2017 e s.m.i..</p>

2. Prossimit� e integrazione dei percorsi	
2.1 OBIETTIVO Continuit� assistenziale e Programma Regionale Cronicit�- ASL; AO; AOU	
SETTORE REFERENTE	Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari
<p>DESCRIZIONE. La regione Piemonte ha avviato da diversi anni una progressiva revisione dei modelli organizzativi e delle metodologie di sviluppo che partecipano alla riorganizzazione della continuit� assistenziale recependo in ultimo nel 2018 gli obiettivi prioritari previsti dal Piano Nazionale Cronicit� (DGR 306-29185 del 10/07/2018). Nello specifico tali interventi si prefiggono di rispondere ai seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 <p>Il presente obiettivo, presenta dunque un duplice scopo: a) confermare, nelle more del completamento del lavoro dei gruppi interaziendali attivati dalla Cabina di Regia regionale, il modello di integrato di continuit� ospedale-territorio previsto dalla DGR 27-3628/2012 e s.m.i; b) concludere il processo di stesura della Pianificazione dell'area cronicit� a livello aziendale avviando i primi interventi previsti dalla programmazione operativa per il 2019.</p> <p>L'obiettivo cos� strutturato richiama le Aziende stesse all'importanza di garantire ai pazienti, nelle more della progressiva conclusione delle attivit� svolte nell'ambito del Piano Regionale Cronicit� dai gruppi di lavoro, la continuit� di cura ospedale-territorio all'interno della rete dei servizi per interventi di tipo sanitario e socio-assistenziale.</p>	
INDICATORI	<p>1. Presenza in ogni Presidio Ospedaliero e in ogni Distretto aziendale, rispettivamente del Nucleo Ospedaliero di Continuit� Assistenziale e del Nucleo Distrettuale di Continuit� delle Cure come previsti, anche in termini di profili professionali e modalit� operative, dall'All. A ex DGR n. 27-3628/2012 e s.m.i.</p> <p>2. Definizione della proposta di Piano Aziendale della cronicit� secondo i contenuti e i tempi previsti dall'Assessorato.</p>
VALORE DELL'OBIETTIVO	<p>1. 100%</p> <p>2. 100%</p>
FONTE DATI:	<p>1.ARPE e ARPO; documentazione prodotta dalle Asl; eventuale rendicontazione richiesta dal settore secondo format specifici; flussi informativi regionali.</p> <p>2.Piano aziendale cronicit�: documentazione agli atti della Struttura programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari e delle Aziende Sanitarie</p>

SCALA	1. SI/NO 2. SI/NO
TRAKING	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontri di monitoraggio obiettivi agosto-ottobre-dicembre ▪ 31.12.2019
PUNTEGGIO	3/100 per le ASL 3/100 per le AO / AOU 3 per AOU San. Luigi
NOTE	Con riferimento al secondo indicatore la Direzione Sanità potrà avvalersi della Cabina di Regia Regionale per la Cronicità

3. Accessibilità

3.1 OBIETTIVO Tempi di attesa Ricoveri – ASL; AO; AOU

SETTORE REFERENTE	Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari Controllo di gestione, sistemi informativi, logistica sanitaria e coordinamento acquisti
------------------------------	--

DESCRIZIONE. In continuità con quanto previsto negli anni precedenti, si pone come obiettivo 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 2019-2021. Per l'annualità 2019 le procedure oggetto di monitoraggio sono integrate con i codici previsti dal PNE secondo la tabella allegata.

Di seguito si elencano le procedure oggetto dell'obiettivo (cfr. Tabella di riferimento):

- interventi chirurgici tumore mammella
- interventi chirurgici tumore prostata
- interventi chirurgici tumore colon
- interventi chirurgici tumore retto
- interventi chirurgici tumori dell'utero
- interventi chirurgici per melanoma
- interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide
- by-pass aortocoronarico
- angioplastica coronarica (PTCA)
- endoarteriectomia carotidea
- intervento protesi d'anca
- interventi chirurgici tumore del polmone
- Colectomia laparoscopica
- Coronarografia
- Biopsia cutanea del fegato
- Emorroidectomia
- Riparazione ernia inguinale

Per il dettaglio degli interventi e dei codici ICD-9- CM cfr tabella seguente.

Con riferimento alle procedure elencate riferite all'area oncologica, si esplicita che:

- **la classe di priorità deve essere fornita dal CAS nel momento in cui viene posta l'indicazione all'intervento chirurgico.**
- 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.

Si rappresenta inoltre che la Regione procederà al monitoraggio dei tempi di attesa dei Percorsi Diagnostico Terapeutici secondo la metodologia del PNGLA relativamente alle seguenti patologie: tumore Mammella; tumore Colon Retto; tumore del Polmone.

INDICATORE	<p>1. Per tipologia di intervento con codice di priorità A: N° prestazioni per classe di priorità A erogate entro 30 giorni /N° prestazioni totali per per classe di priorità A</p> <p>2. Per tipo di intervento con codice di priorità B: N° prestazioni per classe di priorità B erogate entro 60 giorni /N° prestazioni totali per per classe di priorità B</p>
VALORE DELL'OBIETTIVO	<p>1. Cfr. tabella valori soglia di garanzia</p> <p>2. ≥ 90% per singola tipologia di intervento con codice di priorità B</p>
SCALA	Ogni singola tipologia d'intervento che ha raggiunto il valore obiettivo comporta l'assegnazione di 1/n del punteggio complessivo dell'obiettivo, dove n è il numero di tipologie di interventi erogati dal Presidi Ospedalieri dell'Azienda
FONTE DATI	Flusso SDO 2019
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontri di monitoraggio obiettivi agosto- ottobre-dicembre ▪ 31.12.2019
PUNTEGGIO	<p>5/100 per le ASL</p> <p>5/100 per le AO /AOU</p> <p>5/100 per la AOU San Luigi</p>
NOTE	<ul style="list-style-type: none"> – criteri di elegibilità: tutti i ricoveri per acuti in regime ordinario e day hospital; tipo di ricovero programmato, con o senza preospedalizzazione; codice ICD-9-CM di intervento chirurgico/procedura diagnostico terapeutica in qualunque posizione e codice ICD-9-CM di diagnosi principale o secondaria inclusi nelle specifiche elencate nella tabella di seguito. – criteri di esclusione: Tutti i ricoveri per acuti di tipo urgente, TSO o parto non urgente.

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

		codici procedura ICD-9-CM	codici diagnosi ICD-9-CM	esclusione procedure
1	interventi chirurgici tumore maligno mammella	85.2x; 85.33;85.34;85.35;85.36; 85.4x	174.x ; 198.81; 233.0	
2	interventi chirurgici tumore maligno prostata	60.21;60.29;60.3;60.4;60.5;60.61;60.62;60.69;60.96;60.97	185; 198.82	
3	interventi chirurgici tumore maligno colon	45.7x ; 45.8; 45.9; 46.03; 46.04;46.1*; 46.03;	153.x; 197.5	4849;485; 486
4	interventi chirurgici tumore maligno retto	48.49; 48.5;48.6x	154; 197.5	457; 459; 461; 458; 4603; 4604
5	interventi chirurgici tumori maligno dell'utero	683; 684; 685; 686; 687; 688 e 689;	179;1986;19882; 180; 182; 183; 184	
6	Interventi chirurgici per melanoma	86.4	172.x	
7	Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	06.2; 06.3x; 06.4;06.5;06.6	193	
8	by-pass aortocoronarico	361x		
9	angioplastica coronarica (PTCA)	00.66; 36.01; 36.02;36.05;36.06;36.07 36.09		
10	endoarteriectomia carotidea	38.10; 38.11; 38.12		
11	intervento protesi d'anca	00.70; 00.71; 00.72; 00.73; 00.85;00.86;00.87; 81.51;81.52;81.53		
12	interventi chirurgici tumore del polmone	32.9;32.3; 32.4; 32.5; 32.6; 32.9; 32.29	162.x; 197.0	
13	Colecistectomia laparoscopica	51.23	574.x;575.x	
14	Coronarografia	88.55; 88.56; 88.57		
15	Biopsia percutanea del fegato	50.11		
16	Emorroidectomia	49.46;49.49		
17	Riparazione ernia inguinale	53.0x; 53.1x		

Obiettivo 3.1 –valori obiettivo per tipologia di intervento con codice di priorità A

Intervento	valore obiettivo
49-interventi chirurgici tumore mammella	≥ 90%
50-interventi chirurgici tumore prostata	≥ 90%
51-interventi chirurgici tumore colon	≥ 90%
51-interventi chirurgici tumore retto	≥ 90%
5201-interventi chirurgici per melanoma	≥ 90%
5202-interventi chirurgici tumore tiroide	≥ 89%
52-interventi chirurgici tumori utero	≥ 90%
53-bypass aortocoronarico	≥ 90%
54-angioplastica coronarica (PTCA)	≥ 90%
55-endoarteriectomia carotidea	≥ 90%
56-intervento protesi d'anca	≥ 90%
57-interventi chirurgici TM polmone	≥ 90%
60-colecisti laparoscopica	≥ 67%
65-coronarografia	≥ 90%
70-biopsia fegato	≥ 90%
75-emorridectomia	≥ 90%
80-ernia inguinale	≥ 73%

NB: con riferimento ai **nuovi interventi** introdotti dal PNLGA 2019-2021, si evidenzia che i valori obiettivo sono stati posti ≥ 90% unicamente nei casi in cui il tempo di attesa regionale, calcolato secondo il monitoraggio ex-post, previsto dal PNLGA stesso, fosse superiore ai valori soglia previsti per il 2019 nella tabella dedicata del PNLGA. In caso contrario, è stato posto come obiettivo il valore soglia indicato dal PNLGA arrotondato alla prima cifra decimale.

3. Accessibilità

3.2 OBIETTIVO Tempi di attesa prestazioni di specialistica ambulatoriale – ASL;AO;AOU

SETTORE	Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari
REFERENTE	Controllo di gestione, sistemi informativi, logistica sanitaria e coordinamento acquisti

DESCRIZIONE.

Con Intesa della Conferenza Stato Regioni n. prot. 28/CSR del 21.02.2019 è stato approvato il nuovo PNGLA per il triennio 2019 – 2021, in corso di recepimento da parte della Regione Piemonte

All'interno di tale cornice 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 e s.m.i, del tempo medio di erogazione delle prestazioni nel rispetto dell'appropriatezza prescrittiva riferita alla distinzione tra primo accesso/altro accesso, data dal quesito diagnostico, nonché delle classi di priorità U/B/D/P.

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 e s.m.i.):
 - 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. Implementazione del modello RAO per gastroenterologia (ex DD 259 del 10.04.2019)** Stante l'implementazione del flusso DEM
- 3. Partecipazione alla definizione del nuovo modello di monitoraggio regionale** dei tempi di attesa della specialistica ambulatoriale

Ai fini del sub-obiettivo sono prese in considerazione le prestazioni previste dal PNGLA (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 D.G.R. n.

23-8257 del 27/12/2018 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.	
INDICATORE	<p>1. $\frac{\sum (\text{data prenotazione} - \text{data erogazione})}{\text{N}^\circ \text{ prestazioni}}$</p>
	2. Implementazione del modello RAO per la gastroenterologia
	3. Partecipazione dei referenti aziendali per i tempi di attesa al gruppo regionale per la definizione del nuovo modello di monitoraggio regionale
VALORE DELL'OBIETTIVO	<p>1. cfr. tabella prestazioni</p> <p>2. evidenza dell'applicazione del modello RAO – gastroenterologia nella prescrizione delle prestazioni</p> <p>3. partecipazione ad almeno il 90% degli incontri programmati</p>
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). Ognuna delle N prestazioni oggetto di monitoraggio pesa 1/N del relativo punteggio.</p> <p>2. SI/NO (0/1) L'analisi verrà fatta a campione per ogni azienda</p> <p>3. SI/NO (0/1)</p>
FONTE DATI	<p>1. Flusso C</p> <p>3. Flusso DEM</p> <p>2. Registro presenze al gruppo di lavoro</p>
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontri di monitoraggio obiettivi agosto – ottobre - dicembre ▪ 31.12.2019
PUNTEGGIO	<p>ASL: 9/100 AO/AOU: 9/100 AOU San Luigi: 9/100</p> <p>Ai fini dell'attribuzione del punteggio si evidenzia il peso di ciascun indicatore</p> <p>indicatore 1 → 70%</p> <p>indicatore 2 → 20%</p> <p>indicatore 3 → 10%</p>

NOTE

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

Si evidenzia che la tabella potrà essere aggiornata in ragione dell'approvazione nazionale del tariffario sui nuovi LEA, nonché di aggiornamenti del nomenclatore regionale.

Visite specialistiche

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore Nazionale DM 2012	Codice branca nuovi LEA	Codice nuovi LEA	Codice branca regionale	Codice Nomenclatore Regionale	STANDARD REGIONALE INDICE DI PERFORMANCE IN GIORNATE
1	Prima Visita cardiologica	89.7	02	89.7A.3	08	89.7	30
2	Prima Visita chirurgia vascolare	89.7	05	89.7A.6	14	89.7	30
3	Prima Visita endocrinologica	89.7	09	89.7A.8	19	89.7	30
4	Prima Visita neurologica	89.13	15	89.13	32	89.13	30
5	Prima Visita oculistica	95.02	16	95.02	34	95.02	30
6	Prima Visita ortopedica	89.7	19	89.7B.7	36	89.7	30
7	Prima Visita ginecologica	89.26	20	89.26.1	37	89.26	30
8	Prima Visita otorinolaringoiatrica	89.7	21	89.7B.8	38	89.7	30
9	Prima Visita urologica	89.7	25	89.7C.2	43	89.7	30
10	Prima Visita dermatologica	89.7	27	89.7A.7	52	89.7	30
11	Prima Visita fisiatrica	89.7	12	89.7B.2	56	89.7	30
12	Prima Visita gastroenterologica	89.7	10	89.7A.9	58	89.7	30
14	Prima Visita pneumologica	89.7	22	89.7B.9	68	89.7	30

Seguono le prestazioni strumentali.

PRESTAZIONI STRUMENTALI

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore Nazionale DM 2012	Codice nuovi LEA	Codice Nomenclatore Regionale	CODICI AGGIUNTIVI NOMENCLATORE REGIONALE PER OBIETTIVO DG	STANDARD REGIONALE INDICE DI PERFORMANCE IN GIORNATE
15	Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale	87.37.1	87.37.1	87.37.1		40
16	Mammografia monolaterale	87.37.2	87.37.2	87.37.2		
17	TC del Torace	87.41	87.41	87.41		30
18	TC del Torace con MCD senza e con MCD	87.41.1	87.41.1	87.41.1		
19	TC dell'addome superiore	88.01.1	88.01.1	88.01.1		30
20	TC dell'addome superiore senza e con MDC	88.01.2	88.01.2	88.01.2		
21	TC dell'Addome inferiore	88.01.3	88.01.3	88.01.3		
22	TC dell'addome inferiore senza e con MDC	88.01.4	88.01.4	88.01.4		
23	TC dell'addome completo	88.01.5	88.01.5	88.01.5		
24	TC dell'addome completo senza e con	88.01.6	88.01.6	88.01.6		
25	TC Cranio – encefalo	87.03	87.03	87.03		30
26	TC Cranio – encefalo senza e con MDC	87.03.1	87.03.1	87.03.1		
27	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	88.38.1	88.38.A	88.38.1		30
28	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	88.38.1	88.38.B	88.38.1		
29	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	88.38.1	88.38.C	88.38.1		
30	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	88.38.2	88.38.D	88.38.2		
31	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	88.38.2	88.38.E	88.38.2		
32	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC	88.38.2	88.38.F	88.38.2		
33	TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	88.38.5	88.38.5	88.38.5		30
34	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	88.91.1	88.91.1	88.91.1		30
35	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	88.91.2	88.91.2	88.91.2		
36	RM di addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4	88.95.4	88.95.4		30

37	RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	88.95.5	88.95.5	88.95.5		
38	RM della colonna in toto	88.93	88.93.6	88.93		30
39	RM della colonna in toto senza e con MDC	88.93.1	88.93.B	88.93.1		

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore Nazionale DM 2012	Codice nuovi LEA	Codice Nomenclatore Regionale	CODICI AGGIUNTIVI NOMENCLATORE REGIONALE PER OBIETTIVO DG	STANDARD REGIONALE INDICE DI PERFORMANCE IN GIORNATE
40	Diagnostica ecografica del capo e del collo	88.71.4	88.71.4	88.71.4		40
41	Eco (color) dopplergrafia cardiaca	88.72.3	88.72.3	88.72.6		40
42	Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovra-aortici	88.73.5	88.73.5	88.73.5		40
43	Ecografia dell'addome superiore	88.74.1	88.74.1	88.74.1		30
44	Ecografia dell'addome inferiore	88.75.1	88.75.1	88.75.1		
45	Ecografia dell'addome completo	88.76.1	88.76.1	88.76.1		
46	Ecografia bilaterale della mammella	88.73.1	88.73.1	88.73.1		30
47	Ecografia monolaterale della mammella	88.73.2	88.73.2	88.73.2		

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore Nazionale DM 2012	Codice nuovi LEA	Codice Nomenclatore Regionale	CODICI AGGIUNTIVI NOMENCLATORE REGIONALE PER OBIETTIVO DG	STANDARD REGIONALE INDICE DI PERFORMANCE IN GIORNATE
48	Ecografia ostetrica	88.78	88.78	88.78		11
49	Ecografia ginecologica	88.78.2	88.78.2	88.78.2		
50	Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	88.77.2	88.77.4 88.77.5	88.77.2		30
Altri esami Specialistici						
51	Colonscopia totale con endoscopio flessibile	45.23	45.23	45.23	45.23.1	30
52	Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	45.42	45.42	45.42		30
53	Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	45.24	45.24		30
54	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13	45.13		30
55	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	45.16	45.16.1, 45.16.2	45.13		
56	Elettrocardiogramma	89.52	89.52	89.52		30
57	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	89.50	89.50		40
58	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	89.41	89.41	89.41		40
59	Altri test cardiovascolari da sforzo	89.44	89.44, 89.41	89.44		40
60	Esame audiometrico tonale	95.41.1	95.41.1	95.41.1		30
61	Spirometria semplice	89.37.1	89.37.1	89.37.1		40

62	Spirometria globale	89.37.2	89.37.2	89.37.2		
63	Fotografia del fundus	95.11	95.11	95.11		30

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore Nazionale DM 2012	Codice nuovi LEA	Codice Nomenclatore Regionale	CODICI AGGIUNTIVI NOMENCLATORE REGIONALE PER OBIETTIVO DG	STANDARD REGIONALE INDICE DI PERFORMANCE IN GIORNATE
64	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.A	93.08.1		30
65	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.B	93.08.1		
66	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Escluso: EMG dell' occhio (95.25) e POLISONNOGRAFIA (89.17)	93.08.1	93.08.C	93.08.1		
67	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli	93.08.1	93.08.D	93.08.1		
68	VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli), associato ad esame basografico per la definizione delle fasi del passo. Non associabile a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7)	93.08.1	93.08.E	93.08.1		
69	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)	93.08.1	93.08.G	93.08.1		
	Elettromiografia				93.08.2;93.08.3;93.08.4;93.08.5;93.08.6;93.08.7;93.08.8;93.09.1;93.09.2	

3. Accessibilità

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

SETTORE REFERENTE	Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari Controllo di gestione, sistemi informativi, logistica sanitaria e coordinamento acquisti
<p>DESCRIZIONE. Il tempo di permanenza dei pazienti in PS (Length of Stay - LOS) è considerato in letteratura un valido indicatore di outcome 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>	
INDICATORE	<p>Tempo medio di permanenza in PS:</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 pazienti giunti in assenza di segni vitali e non sottoposti a manovre rianimatorie.</p> <p>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.</p>
VALORE DELL'OBIETTIVO	<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> <p>DEA II ≤ 6 ore DEA I ≤ 6 ore</p> <p>PS di Base ≤ 4 ore PS di area disagiata ≤ 5 ore</p>

SCALA	<p>Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2019 tra valore di partenza (dato anno 2018) 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>Qualora il risultato 2019 dell'indicatore corrisponda al valore obiettivo, l'obiettivo è considerato raggiunto.</p>
FONTE DATI	Flusso C2
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontri di monitoraggio obiettivi agosto – ottobre - dicembre ▪ 31.12.2019
PUNTEGGIO	<p>ASL: 5/100</p> <p>AO / AOU : 5/100</p> <p>AOU San Luigi : 5/100</p>
NOTE	<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"> ▪ 94.0 data entrata PS ▪ 95.0 ora entrata PS ▪ 102.0 data dimissione PS ▪ 103.0 ora dimissione PS <p>Ai fini del computo delle appropriate tempistiche di OBI sarà considerata la compilazione dei seguenti campi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 119.0 Data inizio OBI ▪ 120.0 Ora inizio OBI ▪ 121.0 Data indicazione al ricovero/dimissione ▪ 122.0 Ora indicazione al ricovero/dimissione
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	<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>

Pronto Soccorso: spazi, processi, relazioni – una visione unitaria. Documenti dell’Agenzia Regionale della Sanità Toscana. N°94, giugno 2017.

Asaro PV, Lewis LM, Boxerman SB. The Impact of Input and Output Factors on Emergency Department Throughput. *ACADEMIC EMERGENCY MEDICINE* 2007; 14:235–242

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

SETTORE REFERENTE	Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari
DESCRIZIONE. 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. Per il 2019 l'indicatore oggetto dell'obiettivo è espresso in termini di produzione sia per le AO/AOU che per le ASL. 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. Per il 2019 l'indicatore è calcolato valutando il tempo a partire dall'arrivo in PS. 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>	
INDICATORE	Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 48 ore dall'arrivo in PS (differenza tra data della procedura e data di arrivo in PS \leq 48 ore) <hr/> Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore
VALORE DELL'OBIETTIVO	Tasso aggiustato > 70%
FONTE DATI	Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) e Flusso C2
SCALA	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2019 tra il valore di partenza (dato anno 2018) 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. Qualora il risultato 2019 dell'indicatore corrisponda al valore obiettivo, l'obiettivo è considerato raggiunto. <u>Criteri di accesso al punteggio dell'obiettivo per Azienda.</u> 1. <u>Frattura della tibia e del perone:</u> tempi di attesa per l'intervento chirurgico (gg). Il valore obiettivo per tale indicatore è compreso nell'intervallo compreso tra <2 gg e = 4 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%.
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontri di monitoraggio obiettivi agosto -ottobre - dicembre ▪ 31.12.2019
PUNTEGGIO	ASL: 4/100 AO; AOU: 5,27/100 AOU S.Luigi: 4,46/100
NOTE	
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	<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. Hip International. 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. Anaesthesia. doi:10.1111/anae.13908</p> <p>Pre.Va.Le Piemonte - http://95.110.213.190/prep2018/index.php</p> <p>Piano Nazionale Esiti - Treemap</p> <p>Ryan, Devon J. BA; Yoshihara, Hiroyuki MD, PhD; Yoneoka, Daisuke MS&S; Egol, Kenneth A. MD; Zuckerman, Joseph D. MD. Delay in Hip Fracture Surgery: An Analysis of Patient-Specific and Hospital-Specific Risk Factors Journal of Orthopaedic Trauma: 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. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 5. Art. No.: CD007495. DOI: 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

SETTORE REFERENTE	Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari		
DESCRIZIONE.	<p>Proporzione di episodi di STEMI trattati con PTCA entro 2 giorni.</p> <p>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).</p> <p>L'indicatore è espresso in termini di produzione per le AO e di tutela per le ASL</p> <p>Per il 2019 si utilizzerà la procedura del Pre.Val.E Piemonte (http://95.110.213.190/rep2018/index.php) 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.</p> <p>L'indicatore può essere migliorato calcolando l'esito dall'ora di ricovero o dall'ora di accesso in PS del paziente fino all'ora di esecuzione della PTCA considerando un intervallo compreso entro i 90 minuti, pertanto nel 2019 l'indicatore è calcolato sia con la medesima modalità con cui è stato calcolato nel 2018, sia con la modalità proposta sopra, cioè calcolando un intervallo di tempo di 90'.</p>		
INDICATORE	<p>Numero di episodi di STEMI, in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro 2 giorni.</p> <p>-----</p> <p>Numero di episodi di STEMI</p>		
VALORE DELL'OBIETTIVO	Tasso grezzo $\geq 85\%$		
SCALA	<p>Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2019 tra il valore di partenza (dato anno 2018) e il valore obiettivo.</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>Qualora il risultato 2019 dell'indicatore corrisponda al valore obiettivo, l'obiettivo è considerato raggiunto.</p>		
FONTE DATI	Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)		
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontri di monitoraggio obiettivi agosto -ottobre - dicembre ▪ 31.12.2019 		
PUNTEGGIO	ASL 4/100	AO; AOU 5,27/100	AOU S. Luigi 4,46/100

NOTE	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.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	<p><i>Bonnefoy E, Steg PG, Boutitie F, et al.</i> For the CAPTIM Investigators. Comparison of primary angioplasty and prehospital fibrinolysis in acute myocardial infarction (CAPTIM) trial: a 5-year follow-up. <i>Eur Heart J</i> 2009;30:1598-606</p> <p><i>Assessment of the Safety and Efficacy of a New Treatment Strategy with Percutaneous Coronary Intervention (ASSENT-4 PCI) Investigators.</i> Primary versus tenecteplase facilitated percutaneous coronary intervention in patients with ST-segment elevation acute myocardial infarction (ASSENT-4 PCI): a randomised trial. <i>Lancet</i> 2006;367:569–78.</p> <p><i>Steg PG, James SK, Atar D, et al.</i> The Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology (ESC). ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. <i>Eur Heart J</i> 2012 doi:10.1093/eurheartj/ehs215</p> <p><i>Dorler J, Edlinger M, Alber HF, et al.</i> Clopidogrel pre-treatment is associated with reduced in-hospital mortality in primary percutaneous coronary intervention for acute ST-elevation myocardial infarction. <i>Eur Heart J</i> 2011;32:2954–61.</p>

4. Qualità dell'assistenza

4.3 OBIETTIVO Appropriately nell'assistenza al parto – ASL;AO;AOU

SETTORE	Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari
REFERENTE	
<p>DESCRIZIONE. 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 progressivo allineamento e integrazione dei diversi flussi informativi (CEDAP e SDO) 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 “proporzione di parti con taglio cesareo primario” 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 Bilancio di Salute materno -fetale alla 36°-37° settimana, 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'Agenda di Gravidanza (pag. 112): <i>“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...”</i>.</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> <p>Si evidenzia che al fine di <u>supportare Aziende e operatori dei DMI nell'utilizzo dei dati richiesti dal flusso CEDAP</u> la Regione Piemonte ha realizzato uno specifico corso di formazione “CEDAP - Utilizzo del datawarehouse (DWH)”. Il corso ha lo scopo di aumentare il livello di coinvolgimento dei Dipartimenti Materno Infantili (DMI) nell'utilizzo dei dati per gli audit interni e per la programmazione degli interventi di miglioramento dei servizi del Percorso - Nascita. (https://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita/salute-materno-infantile/corso-formazione-cedap-utilizzo-datawarehouse-dwh).</p>	
INDICATORE	$\frac{\text{N° parti con cesareo primario}}{\text{N° parti con nessun pregresso cesareo}} \times 100$
FONTE DATI	CEDAP- SDO
VALORE DELL'OBIETTIVO	maternità di II livello: tasso aggiustato ≤ 20,00% maternità di I livello: tasso aggiustato ≤ 15,00%

SCALA	<p>Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2019 tra valore di partenza (dato anno 2018) 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>Qualora il risultato 2019 dell'indicatore corrisponda al valore obiettivo, l'obiettivo è considerato raggiunto.</p> <p><u>Criteri di accesso al punteggio dell'obiettivo per Azienda.</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 100% di coerenza tra cartella SDO e scheda CEDAP con DRG di parto da 370 a 375 (SI/NO). Qualora tale criterio non fosse soddisfatto non sarà attribuito il punteggio dell'obiettivo. 2. Bilancio di salute alla 36°-37° settimana \geq 60% per ciascun punto nascita aziendale. Qualora tale criterio non fosse soddisfatto, il punteggio conseguito dall'obiettivo sarà decurtato del 50%.
TRAKING	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontri di monitoraggio obiettivi agosto –ottobre - dicembre ▪ 31.12.2019
PUNTEGGIO	<p>ASL 4/100</p> <p>AO; AOU (esclusa AOU S.Luigi): 4,46/100</p>
NOTE	<p>Con riferimento alla valutazione del secondo criterio di accesso al punteggio, la Regione potrà avvalersi in sede di istruttoria del supporto scientifico del Comitato Regionale Percorso Nascita.</p>
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	<p>2014, Antenatal and postnatal mental health NICE guideline CG192</p> <p>2014, Intrapartum care NICE guideline CG190</p> <p>Pre.Va.Le Piemonte - http://95.110.213.190/rep2018/index.php</p> <p>Piano Nazionale Esiti - Treemap</p> <p>Who Statement on Cesarean Section Rates. Human Reproduction Programme (http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/en)</p> <p>http://epoc.cochrane.org/</p> <p>Mulaku N M. Do non-clinical interventions reduce unnecessary caesarean sections rates? A SUPPORT Summary of a systematic review. May 2016. www.supportsummaries.org</p> <p>https://www.choosingwiselyitaly.org/index.php/it/le-raccomandazioni</p>

4. Qualità dell'assistenza

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

SETTORE REFERENTE	Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari
DESCRIZIONE. PERCENTUALE DI COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE CON DEGENZA POST-OPERATORIA INFERIORE A 3 GIORNI.	
<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>	
INDICATORE	Intervento chirurgico per colecistectomia laparoscopica con dimissione entro 3 giorni <hr/> <p style="text-align: center;">ricoveri per colecistectomia laparoscopica</p>
VALORE DELL'OBIETTIVO	Tasso aggiustato >70%
FONTE DATI	Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)
SCALA	<p>Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2019 tra il valore di partenza (dato anno 2018) e il valore obiettivo.</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>Qualora il risultato 2019 dell'indicatore corrisponda al valore obiettivo, l'obiettivo è considerato raggiunto.</p>
TRACKING	<ul style="list-style-type: none">▪ Incontri di monitoraggio obiettivi agosto – ottobre – dicembre▪ 31.12.2019
PUNTEGGIO	ASL 4/100 AO; AOU 5,27/100 AOU S. Luigi 4,46/100
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	<p>Bingener-Casey J, Richards ML, Strodel WE, Schwesinger WH, Sirinek KR (2002) Reasons for conversion from laparoscopic to open cholecystectomy: a 10-year review. J Gastrointest Surg 6: 800–805.</p> <p>Lau, H., Lo, C.Y., Patil, N.G. et al. Early versus delayed-interval laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. Surg Endosc (2006) 20: 82. https://doi.org/10.1007/s00464-005-0100-2.</p> <p>Uchiyama, K., Takifuji, K., Tani, M. et al. Effectiveness of the clinical pathway to decrease length of stay and cost for laparoscopic surgery Surg Endosc (2002) 16: 1594. https://doi.org/10.1007/s00464-002-9018-0</p>

4. Qualità dell'assistenza

4.5 OBIETTIVO Screening oncologici – ASL; AO; AOU

SETTORE REFERENTE	Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari Prevenzione e veterinaria
DESCRIZIONE.	<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">- Donne di età 50-69 anni per lo screening mammografico (due anni).- Donne di età 25-64 anni (30-64 per HPV) per lo screening cervico-vaginale (tre anni screening citologico e 5 anni HPV).- Uomini e donne di età 58-69 anni per lo screening colorettaie (due anni per il FIT e solo una volta a 58 anni per la sigmoidoscopia).
INDICATORE	COPERTURE INVITI: N° persone invitate + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale. COPERTURA ESAMI: N° persone sottoposte al test di screening, incluse le adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale
VALORE DELL'OBIETTIVO	Cfr. tabella allegata
SCALA	<p>Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2019 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>
FONTE DATI	Banca dati CSI – CRPT Piemonte
TRACKING	<ul style="list-style-type: none">▪ Incontri di monitoraggio obiettivi agosto – ottobre - dicembre▪ 31.12.2019
PUNTEGGIO	4/100 per le ASL

	<p>5,27/100 per le AO / AOU</p> <p>4,46/100 per la AOU San Luigi</p>
NOTE	<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
SCREENING MAMMOGRAFICO ETÀ 50-69 ANNI COPERTURA INVITI: NUMERO DI DONNE INVITATE AD EFFETTUARE IL TEST DI SCREENING + ADESIONI SPONTANEE / POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUALE	100%	97%
SCREENING MAMMOGRAFICO ETÀ 50-69 ANNI COPERTURA ESAMI: NUMERO DI DONNE SOTTOPOSTE AL TEST DI SCREENING + ADESIONI SPONTANEE / POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUALE	51%	45.9%
SCREENING CERVICO-VAGINALE ETÀ 25-64 ANNI COPERTURA INVITI: 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%
SCREENING CERVICO-VAGINALE ETÀ 25-64 ANNI COPERTURA ESAMI: 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%
SCREENING COLO-RETTALE ETÀ 58 ANNI COPERTURA INVITI: NUMERO PERSONE INVITATE A SIGMOIDOSCOPIA + ADESIONI SPONTANEE / POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUALE	100%	97%
SCREENING COLO-RETTALE ETÀ 58-69 ANNI COPERTURA ESAMI: NUMERO PERSONE SOTTOPOSTE A SIGMOIDOSCOPIA O FIT (INCLUDE ADESIONI SPONTANEE) / POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUALE	40%	36%

4. Qualità dell'assistenza	
4.6 OBIETTIVO Programma regionale prevenzione: coperture vaccinali – ASL	
SETTORE REFERENTE	Prevenzione e veterinaria
DESCRIZIONE	<p>1. copertura vaccinale per 1° dose di vaccino morbillo, parotite, rosolia, varicella (MPRV) calcolata a 24 mesi di età (le vaccinazioni dei nati della coorte 2017 vengono calcolate a fine 2019);</p> <p>2. copertura vaccinale per 2° dose di vaccino morbillo, parotite, rosolia (MPR) calcolata a 7 anni di età;</p> <p>3. copertura vaccinale per ciclo completo di HPV nelle femmine della coorte 2007.</p>
INDICATORI	<p>1) $\frac{\text{N° di soggetti residenti appartenenti alla coorte 2017 e vaccinati per 1° dose di MPRV}}{\text{Numero di soggetti residenti appartenenti alla coorte 2017}}$</p> <p>2) $\frac{\text{N° di soggetti residenti appartenenti alla coorte 2012 e vaccinati per 2° dose di MPR}}{\text{Numero di soggetti residenti appartenenti alla coorte 2012}}$</p> <p>3) $\frac{\text{Numero di soggetti residenti femmine appartenenti alla coorte 2007 vaccinate per HPV (ciclo completo)}}{\text{Numero di soggetti residenti femmine appartenenti alla coorte 2007}}$</p>
VALORE DELL'OBIETTIVO	<p>1. copertura vaccinale $\geq 95\%$</p> <p>2. copertura vaccinale $\geq 95\%$</p> <p>3. copertura vaccinale $\geq 95\%$</p>
FONTE DATI	Anagrafe vaccinale unica regionale (se disponibile) e raccolta dati vaccinali dalle ASL (SeREMI)
SCALA	<p>Indicatori 1 e 2:</p> <p>Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2019 tra il valore di partenza (dato anno 2018) e il valore obiettivo.</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>Indicatore 3:</p> <p>Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto a partire dal conseguimento di una soglia minima, ovvero uguale a, 75%.</p> <p>Per valori $\geq 75\%$, il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al</p>

	<p>miglioramento relativo prodotto nel 2019 tra il valore di partenza (dato anno 2018) e il valore obiettivo.</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>
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontri di monitoraggio obiettivi ▪ 31.12.2019
PUNTEGGIO	<p>3/100 per le ASL</p> <p>Ciascun indicatore pesa 1/3 del punteggio complessivo.</p>
NOTE	

4. Qualità dell'assistenza

4.7 OBIETTIVO Donazioni d'organo - ASL; AO; AOU

SETTORE Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari
REFERENTE

DESCRIZIONE. La Regione Piemonte con DGR n. 48-8659 del 29 marzo 2019, ha provveduto al recepimento dell'ultimo Accordo tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano in merito al documento recante "Programma Nazionale di Donazione Organi 2018-2020". Il presente obiettivo si pone dunque in linea con quanto deliberato nella suddetta DGR, nonché con quanto previsto dal sistema obiettivi dei DG a partire dall'anno 2015.

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 2019 il procurement di organi e cornee rispetto al 2018.

In considerazione della tipologia di attività, si prevede per il 2019 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 2019:

- a. Tra il 20 e il 40 % per i P.O. senza neurochirurgia
- b. 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 2019.

2. Non opposizioni alla donazione di organi

Per ogni Presidio Ospedaliero in elenco, si richiede un 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 2019.

Al fine di supportare nel raggiungimento di questo obiettivo, il Coordinamento Regionale delle donazioni e dei Prelievi incontrerà nei primi mesi del 2019 i Coordinamenti Ospedalieri delle donazioni e dei prelievi che nel 2018 hanno evidenziato un tasso di opposizione alla donazione di organi elevato.

3. Donatori di Cornee

Considerati i decessi ospedalieri del primo semestre 2018 fra i 5 e i 75 anni compresi, proiettato il dato al 31 dicembre 2018; considerato il numero di posti letto degli ospedali della Regione nel 2018; si prevede quanto segue:

- a. Per i Presidi Ospedalieri senza neurochirurgia e con meno di 400 posti letto: un numero di donatori pari al 10 % dei decessi ospedalieri del 2018 fra i 5 e i 75 anni compresi
- b. 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 2018 fra i 5 e i 75 anni compresi

INDICATORE	<ol style="list-style-type: none"> 1. 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. 2. Opposizioni alla donazione di organi nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero/segnalazioni di morte encefalica nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero. 3. n° donatori di cornea nel 2019/ totale decessi ospedalieri del 2018 fra i 5 e i 75 anni compresi.
VALORE DELL'OBIETTIVO	Cfr. Tabelle seguenti
SCALA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto: <ol style="list-style-type: none"> a. Per gli ospedali con neurochirurgia: SI/NO 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. 2. SI/NO 3. SI/NO <p>Ogni azione pesa, rispetto al punteggio dell'obiettivo, rispettivamente il:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 40%. 2. 30% 3. 30%
FONTE DATI	report CRT annuale e CSI Piemonte
TRAKING	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontri di monitoraggio obiettivi agosto – ottobre - dicembre ▪ 31.12.2019
PUNTEGGIO	ASL: 2/100 AO/AOU: 2,23 /100 AOU San Luigi: 2,64/100
NOTE	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.

Obiettivo 4.7 - Donazioni d'organo: valori obiettivo per ciascun coordinamento ospedaliero ASL

1. Segnalazioni di soggetti in Morte Encefalica (BDI%)
 2. Opposizione alla donazione di organi
 3. Donatori di Cornee

ASL	Denominazione presidio	atteso al 31 dicembre	atteso al 31 dicembre	atteso al 31 dicembre
CITTA' DI TORINO	OSPEDALE MARTINI	20 - 40 %	< 33 %	n.11 donatori
	OSPEDALE MARIA VITTORIA	20 - 40 %	< 33 %	n.13 donatori
	TORINO NORD EMERGENZA SAN GIOVANNI BOSCO	> 40 %	< 33 %	n.35 donatori
TO3	OSPEDALE CIVILE "E. AGNELLI"	20 - 40 %	< 33 %	n.13 donatori
TO3	OSPEDALE DEGLI INFERMI	20 - 40 %	< 33 %	n.13 donatori
TO4	PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI CIRIE'	20 - 40 %	< 33 %	n.12 donatori
TO4	OSPEDALE CIVICO DI CHIVASSO	20 - 40 %	< 33 %	n.13 donatori
TO4	OSPEDALE CIVILE DI IVREA	20 - 40 %	< 33 %	n.18 donatori
TO5	OSPEDALE MAGGIORE	20 - 40 %	< 33 %	n.9 donatori
TO5	OSPEDALE SANTA CROCE	20 - 40 %	< 33 %	n.8 donatori
VC	OSPEDALE SANT'ANDREA	20 - 40 %	< 33 %	n.16 donatori
BI	OSP. DEGLI INFERMI DI BIELLA	20 - 40 %	< 33 %	n.26 donatori
NO	ISTITUTO S.S. TRINITA'- BORGOMANERO	20 - 40 %	< 33 %	n.10 donatori
VCO	OSPEDALE SAN BIAGIO	20 - 40 %	< 33 %	n.4 donatori
VCO	STABILIMENTO OSPEDALIERO CASTELLI	20 - 40 %	< 33 %	n.8 donatori
CN1	OSPEDALE DI MONDOVI'	20 - 40 %	< 33 %	n.7 donatori
CN1	OSP. MAGGIORE S.S. ANNUNZIATA SAVIGLIANO	20 - 40 %	< 33 %	n.7 donatori
CN2	OSPEDALE SAN LAZZARO- ALBA	20 - 40 %	< 33 %	n.11 donatori
AT	PRESIDIO OSP. CARDINAL G. MASSAIA	20 - 40 %	< 33 %	n.34 donatori
AL	OSPEDALE SANTO SPIRITO CASALE	20 - 40 %	< 33 %	n.12 donatori
AL	OSPEDALE SS. ANTONIO E MARGHERITA TORTONA	20 - 40 %	< 33 %	n.4 donatori
AL	OSPEDALE SAN GIACOMO NOVI	20 - 40 %	< 33 %	n.9 donatori
AL	OSP. MONS. GIOVANNI GALLIANO ACQUI T.ME	20 - 40 %	< 33 %	n.5 donatori

Obiettivo 4.7 - Donazioni d'organo: valori obiettivo per ciascun coordinamento ospedaliero AO e 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.9 donatori
	OSP. INFANTILE REGINA MARGHERITA	> 40 %	< 33 %	n.4 donatore
	OSPEDALE S. ANNA	20 - 40 %	< 33 %	n.2 donatore
	OSP. S. GIOV. BATTISTA MOLINETTE	> 40 %	< 33 %	n.77 donatori
AO SS. ANTONIO E BIAGIO E C. ARRIGO	OSP. CIVILE SS. ANTONIO E BIAGIO	> 40 %	< 33 %	n.30 donatori
AO ORDINE MAURIZIANO	OSPEDALE MAURIZIANO UMBERTO I-TORINO	20 - 40 %	< 33 %	n.26 donatori
AO S. CROCE E CARLE	AZ. OSPEDAL. S. CROCE E CARLE	> 40 %	< 33 %	n.41 donatori
AOU S. LUIGI GONZAGA	AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITA' S. LUIGI	20 - 40 %	< 33 %	n.26 donatori
AOU MAGGIORE DELLA CARITA' NOVARA	OSPEDALE MAGGIORE DELLA CARITA'	> 40 %	< 33 %	n.41 donatori

4. Qualità dell'assistenza

4.8 OBIETTIVO Adesione al Programma ERAS "Enhanced Recovery After Surgery" – ASL; AO; AOU

SETTORE Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari
REFERENTE

DESCRIZIONE. Proporzione di casi inclusi negli studi ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) sulla chirurgia oncologica del colon-retto e sugli interventi di isterectomia, sul totale dei/delle pazienti eleggibili secondo i rispettivi protocolli.

L'indicatore è espresso in termini di media ponderata (tra le due popolazioni incluse) per le AO e per ASL (considerando i presidi partecipanti e autorizzati dai rispettivi Comitati Etici).

Gli studi ERAS sono parte del progetto di rete EASY-NET (RSF-2016, cofinanziati da Ministero della Salute e dalle regioni partecipanti), che ha come obiettivo generale la valutazione delle strategie di audit e feedback nel migliorare la pratica clinica. In Piemonte gli studi ERAS hanno come obiettivo principale la valutazione dell'impatto dell'applicazione dei protocolli di ottimizzazione della gestione peri-operatoria dei pazienti sottoposti ad interventi programmati in termini di recupero più tempestivo dell'autonomia, di riduzione delle complicanze post-operatorie e della durata della degenza (senza aumentare il rischio di reingressi non programmati in ospedale dopo la dimissione).

Il protocollo prevede l'arruolamento consecutivo di tutti i casi sottoposti ad intervento programmato per le condizioni in studio e la loro registrazione sulla piattaforma www.epiclin.it (gestita dalla SSD Epidemiologia Clinica e Valutativa – CPO dell'AOU Città della salute e della Scienza di Torino), nel database elettronico di raccolta dati dedicato allo studio.

Attraverso le SDO si può valutare, rispettivamente per i tumori del colon-retto e per le isterectomie, il numero di pazienti sottoposti ad intervento programmato in ciascun ospedale nell'anno ed eleggibili per lo studio. Sulla base del rapporto tra il numero di pazienti inseriti nel database elettronico di raccolta dati dedicato allo studio (www.epiclin.it) ed il numero di casi eleggibili da SDO è possibile verificare il livello di partecipazione di ciascuna azienda allo studio ERAS.

INDICATORE	$\frac{\text{N° pazienti inseriti nel database elettronico di raccolta dati (int. colon-retto + isterectomia) nel 2019}}{\text{N° pazienti da SDO con interventi programmati (int. colon-retto + isterectomia) nel 2019}}$
VALORE DELL'OBIETTIVO	$\geq 90\%$
SCALA	SI/NO L'obiettivo si considera raggiunto completamente se la percentuale di casi inseriti nel database è \geq al 90% dell'arruolamento stimato sulla base delle SDO.
FONTE DATI	Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), Database Studio ERAS
TRACKING	<ul style="list-style-type: none">▪ Incontri di monitoraggio obiettivi agosto – ottobre - dicembre▪ 31.12.2019
PUNTEGGIO	ASL 2/100

	<p>AO; AOU 2,23/100</p> <p>AOU S. Luigi 2,64/100</p>
RIFERIMENTI	<p>http://erassociety.org/</p> <p>Brescia, A., Tomassini, F., Berardi, G. et al. Development of an enhanced recovery after surgery (ERAS) protocol in laparoscopic colorectal surgery: results of the first 120 consecutive cases from a university hospital. <i>Updates Surg</i> (2017) 69: 359. https://doi.org/10.1007</p> <p>Ljungqvist O, Scott M, Fearon KC. Enhanced Recovery After Surgery: A Review. <i>JAMA Surg</i>. 2017;152(3):292–298. doi:10.1001/jamasurg.2016.4952.</p> <p>Wijk L, Franzen K, Ljungqvist O, Nilsson K. Implementing a structured Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) protocol reduces length of stay after abdominal hysterectomy. <i>Acta Obstet Gynecol Scand</i> 2014; 93:749–756.</p>

4. Qualità dell'assistenza

4.9 OBIETTIVO Umanizzazione dei percorsi ed empowerment del paziente – ASL; AO; AOU

SETTORE REFERENTE	Direzione Sanità (dott.ssa Angarano)
------------------------------	---

DESCRIZIONE. 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 Cittadinanza Attiva.

L'umanizzazione delle cure non può prescindere da un modello di presa in carico multidisciplinare realizzato attraverso una collaborazione profonda tra operatori di diverse discipline e con la partecipazione, nelle scelte terapeutiche, del malato e dei familiari nonché delle pratiche e degli strumenti per la valutazione "precoce" del paziente, in una prospettiva multidimensionale che consideri tutti gli aspetti che possono influire sull'esito del percorso assistenziale. È basilare che il modello organizzativo abbia al centro il paziente assicurando concretamente quella continuità assistenziale in grado di operare nell'ambito di un'integrazione reale sia a livello ospedaliero, fra le diverse strutture coinvolte, sia tra ospedale e strutture/professionisti presenti sul territorio fornendo risposte appropriate, sicure ed efficaci ai differenti bisogni assistenziali.

Il Piano di cronicità della Regione Piemonte, approvato con DGR n 306-29185 del 10/07/2018, introduce il concetto di patient empowerment che, negli ultimi anni, ha assunto crescente attenzione in sanità con particolare riguardo ai percorsi connessi alle patologie croniche che hanno visto un mutamento profondo dei modelli di cura tendente ad una sempre maggiore valorizzazione del ruolo della persona, vista come soggetto attivo ed "esperto" all'interno del processo clinico-assistenziale.

In particolare i nuovi modelli evidenziano la necessità di adeguare, in modo sostanziale, sia la funzione che l'organizzazione dei servizi improntati su un differente modello culturale basato sulla centralità della persona malata e dei suoi bisogni e sull'integrazione dei servizi. Obiettivo irrinunciabile di un sistema di assistenza alle cronicità è, infatti, il raggiungimento di una buona consapevolezza e corresponsabilità della persona nel processo di cura della sua malattia.

La Regione Piemonte, mutuando il percorso avviato dalla Rete HPH regionale sul tema "engagement", all'interno della più ampia esperienza maturata a livello internazionale, ha ritenuto di individuare le New Haven Recommendations come riferimento per la pianificazione di specifiche strategie e azioni per costruire efficace partenariato che coinvolgano pazienti, famiglie e cittadini, strutturate secondo tre livelli di priorità:

1. sostenere il coinvolgimento del paziente e delle famiglie nel momento di fruizione del servizio (micro livello);
2. sostenere il coinvolgimento del paziente, delle famiglie e dei cittadini all'interno degli ospedali e dei servizi per la salute (meso livello);
3. sostenere il coinvolgimento del paziente, delle famiglie e dei cittadini nella pianificazione delle politiche dei sistemi di erogazione dell'assistenza (macro livello).

In coerenza con la normativa nazionale e regionale, nonché in continuità con le iniziative avviate a livello regionale nel corso degli ultimi anni, si ritiene di prevedere, nell'ambito degli obiettivi da assegnare per l'annualità 2019 ai Direttori generali delle ASR, uno specifico obiettivo **finalizzato alla verifica della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie con particolare riferimento all'umanizzazione dell'assistenza nell'ambito dei percorsi di continuità ospedale-territorio, pronto soccorso e cronicità.**

Con riferimento all'annualità 2019 si procederà, pertanto, alla valutazione dei modelli organizzativi implementati a livello aziendale, con riguardo al **percorso di continuità ospedale-territorio ed alla gestione del paziente in P.S.**, tramite la somministrazione a tutte le ASR di una checklist di valutazione partecipata del

grado di umanizzazione dei percorsi di continuità ospedale-territorio messi in atto a livello aziendale. A ciascun item di cui alla Check list è assegnato un punteggio a secondo del minor o maggior livello di coerenza del modello rispetto alla normativa ed alle esigenze di garantire il percorso di continuità assistenziale. L'applicazione della Check list consentirà di evidenziare eventuali criticità relativamente alle quali alle ASR verrà richiesto di promuovere delle azioni di miglioramento che saranno oggetto di valutazione a livello regionale.

Con riguardo al tema della cronicità viene assegnato un obiettivo ai Direttori Generali volto a favorire lo sviluppo di progetti di empowerment – in linea con le previsioni del Piano di cronicità regionale - attraverso la pianificazione di specifiche strategie e azioni atte a costruire un efficace partenariato in coerenza con le indicazioni di cui alle Linee di indirizzo New Heaven e strutturati secondo apposito format, nonché la realizzazione delle azioni pianificate entro l'anno 2019.

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.

INDICATORE	<p>1. PERCORSO CONTINUITÀ OSPEDALE-TERRITORIO E PRONTO SOCCORSO Compilazione check list e definizione delle azioni di miglioramento su aree critiche</p> <p>2. PROGETTI EMPOWERMENT CRONICITA' Implementazione delle azioni pianificate per l'anno 2019 nell'ambito dei progetti di empowerment definiti nel Piano aziendale cronicità.</p>
VALORE DELL'OBIETTIVO	<p>1. 100%</p> <p>2. 100%</p>
SCALA	<p>1. SI/NO</p> <p>2. SI/NO</p>
FONTE DATI	Documentazione trasmessa dalle ASR; verifiche effettuate dalle equipe territoriali e dalla Cabina di Regia Regionale.
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontri di monitoraggio obiettivi ▪ 31.12.2019
PUNTEGGIO	<p>ASL: 2/100 di cui: il 60% del punteggio per l'indicatore 1, il 30% per l'indicatore 2</p> <p>AO / AOU: 2,23/100 di cui: il 60% del punteggio per l'indicatore 1, il 30% per l'indicatore 2</p> <p>AO San Luigi: 2,64/100 di cui: il 60% del punteggio per l'indicatore 1, il 30% per l'indicatore 2</p>
NOTE	La documentazione per la realizzazione dell'obiettivo sarà resa disponibile dalla referente della Direzione Sanità

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

5.1 OBIETTIVO Affidabilità dati rilevati da flussi informativi della farmaceutica ASL;AO;AOU

SETTORE REFERENTE	Assistenza farmaceutica, integrativa e protesica
--------------------------	---

DESCRIZIONE.

1. Verifica trimestrale, per ciascuna azienda sanitaria e ospedaliera, della coerenza tra i costi aziendali rilevati dal Modello di Conto Economico (CE) nella voce BA0040 - B.1.A.1.1 - Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale, e nella voce BA2670 – B.15.A – Variazione rimanenze sanitarie, limitatamente ai prodotti farmaceutici ed i costi aziendali rilevati attraverso il flusso informativo della distribuzione diretta (DM 31 luglio 2007 e s.m.i.), il flusso dei consumi ospedalieri (DM 4 febbraio 2009) e quelli di cui al flusso della tracciabilità del farmaco (DM 15 luglio 2004), tenendo conto delle eventuali note di credito.
2. Verifica della coerenza tra i dati dei flussi informativi inviati mensilmente dalle aziende (relativi alla distribuzione diretta e ai consumi ospedalieri) e gli analoghi valori mensili consolidati a fine anno.

INDICATORE	<p>1. Rapporto tra i costi aziendali rilevati dal Modello di Conto Economico (CE) ed i costi aziendali rilevati dai flussi informativi della farmaceutica (DD, CO), come di seguito formulato:</p> $\frac{\text{costi aziendali rilevati dal Modello di Conto Economico (CE) nella voce BA0040 - B.1.A.1.1 - Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale, e nella voce BA2670 B.15.A – Variazione rimanenze sanitarie, limitatamente ai prodotti farmaceutici}}{\text{costi aziendali rilevati attraverso il flusso informativo della distribuzione diretta (DM 31 luglio 2007 e s.m.i.) e il flusso dei consumi ospedalieri (DM 4 febbraio 2009), tenendo conto delle eventuali note di credito}}$ <p>2. Rapporto tra i costi aziendali rilevati mensilmente dai flussi informativi della farmaceutica (DD, CO e tracciabilità) e gli analoghi costi mensili consolidati a fine anno, come di seguito formulato:</p> $\frac{\text{costi aziendali rilevati mensilmente, attraverso il flusso informativo della distribuzione diretta e il flusso dei consumi ospedalieri}}{\text{costi aziendali mensili rilevati ad annualità conclusa, attraverso il flusso informativo della distribuzione diretta e il flusso dei consumi ospedalieri}}$
-------------------	--

FONTE DATI	Flusso della distribuzione diretta, flusso dei consumi ospedalieri, e modello conto economico (CE)
-------------------	--

VALORE DELL'OBIETTIVO	<ol style="list-style-type: none"> 100% del rapporto tra i costi aziendali rilevati dal Modello di Conto Economico (CE) ed i costi aziendali rilevati dai flussi informativi della farmaceutica (DD, CO e tracciabilità) 100% del rapporto tra costi aziendali rilevati mensilmente dai flussi informativi della farmaceutica (DD, CO) e i costi aziendali mensili rilevati a fine anno
SCALA	<ol style="list-style-type: none"> Per il sub obiettivo 1, il suo raggiungimento sarà riconosciuto se l'indicatore raggiunge il valore obiettivo del 100 % per l'anno 2019, con uno scostamento massimo ammissibile scostamento pari al ± 3 % sul valore annuale, e ± 5 % sui valori trimestrali. Per il sub obiettivo 2, il suo raggiungimento sarà riconosciuto se l'indicatore raggiunge un valore obiettivo pari al 100 % per almeno 10 mesi su dodici, con uno scostamento massimo ammissibile pari al 2 % limitatamente a 2 mesi su 12
TRAKING	<ul style="list-style-type: none"> Riunioni periodiche svolte con referenti del settore regionale responsabile, ASR e CSI nel 2019 (min. una riunione per trimestre); valutazione finale sulla base dei dati al 31.12.2019.
PUNTEGGIO	ASL 4/100 AO; AOU 4 /100 AOU San Luigi 4/100
NOTE	Le aziende dovranno fornire, a cadenza trimestrale e per entrambi gli obiettivi, al Settore dell'Assessorato Regionale responsabile, una relazione che illustri le motivazioni degli scostamenti registratisi nel trimestre rispetto al valore obiettivo 100%).

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

5.2 OBIETTIVO Assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera: appropriatezza prescrittiva e riduzione variabilità ASL; AO;AOU

SETTORE REFERENTE	Assistenza farmaceutica, integrativa e protesica
<p>DESCRIZIONE. La legge 11 dicembre 2016 n° 232 prevede che, a decorrere dall'anno 2017, il tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti sia determinato nella misura del 6,89 %, mentre il tetto della spesa farmaceutica convenzionata è rideterminato nella misura del 7,96 %.</p> <p>Dalle analisi condotte dalla Direzione Sanità si rileva un'elevata variabilità prescrittiva sia a livello di singola azienda che di singoli prescrittori. L'obiettivo è rivolto al perseguimento di una maggior appropriatezza prescrittiva, nonché al contenimento della variabilità con particolare riferimento alle categorie sotto descritte.</p> <p>Gli scostamenti presi in esame riguardano le seguenti categorie:</p> <p><u>Farmaci in ambito territoriale</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ATC = A01BC (inibitori di pompa acida) 2. ATC = J01 (antibatterici per uso sistemico in ambito territoriale) <p><u>Farmaci in ambito ospedaliero</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 3. ATC = J01 (antibatterici per uso sistemico in ambito ospedaliero) 4. Viene inoltre definito, per le ASL, un ulteriore obiettivo afferente alla realizzazione, da parte delle aziende, di eventi rivolti ai Medici di Medicina Generale finalizzati a sensibilizzarli sull'appropriata prescrizione con particolare riferimento ai farmaci per BPCO, antibatterici, inibitori di pompa e vitamina D, secondo le indicazioni del Settore Assessoriale competente. 	
INDICATORE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Per ATC = A01BC: <ul style="list-style-type: none"> <li style="text-align: center;"> $\frac{\text{Numero di confezioni da 28 compresse}}{\text{Numero di confezioni globale}} \%$ 2. Per ATC = J01 ambito territoriale: <ul style="list-style-type: none"> Spesa in regime convenzionale nell'anno 2019 – spesa di riferimento calcolata sulla spesa pro-capite del best performer regionale 3. Per ATC = J01 ambito ospedaliero: <ul style="list-style-type: none"> rapporto tra le giornate di terapia a richiesta motivata e il totale delle giornate di terapia 4. Numero di eventi realizzati nell'anno

FONTE DATI	Flussi informativi regionali: flusso ricette prescrizioni farmaceutiche e flusso H
VALORE OBIETTIVO	<p>1. Per ATC = A01BC: $\frac{\text{Numero di confezioni da 28 compresse}}{\text{Numero di confezioni globale}} \geq 60\%$</p> <p>2. La spesa in regime convenzionale nel 2019 per gli antibatterici ATC J01 ha come riferimento la spesa pro capite (per popolazione pesata) registrata dalla ASL best performer per l'anno 2018. Ogni ASL deve ridurre di almeno il 50 % lo scostamento fra la propria spesa pro-capite e quella di riferimento dell'azienda best performer</p> <p>3. L'obiettivo 2019 per i farmaci antibatterici ATC J01 ad uso sistemico in ambito ospedaliero ha quale riferimento il rapporto tra le giornate di terapia dei farmaci a richiesta motivata della AO / AOU e il totale delle giornate di terapia registrate nella AO / AOU best performer nel periodo 1° ottobre 2017 – 30 settembre 2018. Ogni AO / AOU deve riportare nel 2019 una percentuale pari o 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> <p>4. Il numero di eventi realizzati nell'anno deve essere pari ad almeno 4, uno per ogni tematica oggetto del presente punto indicati nella descrizione. Le ASL dovranno organizzare gli eventi in collaborazione con le AO/AOU.</p>
SCALA	<p>1. Per il sub obiettivo 1: SI / NO</p> <p>2. Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2019 tra valore di partenza (spesa 2018) 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 sarà riconosciuto applicando una funzione lineare. Per l'ASL best performer il raggiungimento dell'obiettivo consiste nel miglioramento o nel mantenimento del dato 2018</p> <p>3. Per l'AO/ AOU best performer il raggiungimento dell'obiettivo prevede il miglioramento o il raggiungimento del dato 2018</p> <p>4. Per il sub obiettivo 4: SI/NO</p>
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontri di monitoraggio obiettivi: periodicamente il settore competente provvederà ad inviare alle aziende i dati inerenti agli obiettivi
PUNTEGGIO	<p>ASL 4/100 distribuiti sugli indicatori 1,2 4</p> <p>AO; AOU 4/100 riferito all'indicatore 3</p> <p>AOU San Luigi 4/100 riferito all'indicatore 3</p>

NOTE	
-------------	--

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

5.3 OBIETTIVO Miglioramento della qualità del flusso informativo dei dispositivi medici ASL; AO; AOU

SETTORE REFERENTE	Assistenza farmaceutica, integrativa e protesica
<p>DESCRIZIONE. Verifica di disponibilità, completezza e qualità, nonché del miglioramento nel tempo dell’acquisizione nel flusso informativo regionale dei dati relativi al monitoraggio dei consumi e dei contratti 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”).</p> <p>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.</p>	
INDICATORE	<ol style="list-style-type: none"> Rapporto tra i dati di consumo aziendale dei dispositivi medici e 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); <div style="text-align: center;"> <p>Flusso Consumi DMRP 2019</p> <p>(escluse la CND Z – a eccezione della Z13 – e la CND W – Dispositivi medico-diagnostici in vitro)</p> <hr/> <p>CE 2019 (Voci B.1.A.3.1 + B.1.A.3.2)</p> </div> Compilazione del campo “Forma di negoziazione” (campo 20.0 del Tracciato Contratti indicato nel Disciplinare regionale del flusso DMRP, reperibile su Sistema Piemonte all’indirizzo http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/143-flussi-informativi-regionali/3068-nuovi-flussi), nonché compilazione del campo “Identificativo Contratto” (campo 16.0 del Tracciato Contratti) del flusso regionale DMRP con un CIG per lotto.
FONTE DATI	Flusso DMRP/CE - Tracciati Contratti e Consumi
VALORE OBIETTIVO	<ol style="list-style-type: none"> Coerenza, con un margine di tolleranza compreso tra -5% e +10%, tra la spesa aziendale per DM rilevata da flusso DMRP (al netto dei dispositivi di CND Z – a eccezione della Z13 – e di CND W) rispetto ai costi imputati in CE alle voci: <ul style="list-style-type: none"> ▪ B.1.A.3.1 (dispositivi medici); ▪ B.1.A.3.2 (dispositivi medici impiantabili attivi) Almeno l’85% dei record relativi a contratti stipulati nel 2019 inviati al flusso DMRP-Contratti nel 2019 deve presentare la compilazione del campo “Forma di negoziazione”, nonché la compilazione del campo “Identificativo Contratto” con codici CIG per lotto aventi corrispondenza nell’archivio dei codici CIG rilasciati

	dall'ANAC.
SCALA	<p>Per il sub obiettivo 1, il suo raggiungimento sarà riconosciuto se la spesa aziendale rilevata dal flusso DMRP per l'anno 2019 raggiunge la soglia minima del 95% nel limite della soglia massima del 110% della spesa rilevata dai conti CE B.1.A.3.1 e B.1.A.3.2 dello stesso anno;</p> <p>Per il sub obiettivo 2, il suo raggiungimento sarà riconosciuto alle Aziende che nel 2019 avranno inviato al flusso DMRP-Contratti record aventi "Forma di negoziazione" compilata e codici presenti nel campo "Identificativo Contratto" corrispondenti a CIG rilasciati dall'ANAC in percentuale uguale o maggiore all'85% rispetto al totale dei contratti stipulati nel 2019 inviati al flusso stesso.</p>
TRAKING	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Riunioni periodiche svolte con referenti del settore regionale responsabile, ASR e CSI nel 2019 (min. una riunione per trimestre); valutazione finale sulla base dei dati al 31.12.2019.
PUNTEGGIO	<p>ASL: 4/100</p> <p>AO / AOU: 4 /100</p> <p>Aou San Luigi: 4 /100</p>
NOTE	

6. Digitalizzazione del SSR

6.1 OBIETTIVO Fascicolo sanitario elettronico e Servizi on Line – ASL; AO; AOU

SETTORE REFERENTE	Controllo di gestione, sistemi informativi, logistica sanitaria e coordinamento acquisti
------------------------------	---

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.

Altre soluzioni, attualmente in fase di avvio, che renderanno fruibili servizi sanitari informatizzati sono: il **Centro unico di prenotazione** (CUP), il sistema centralizzato informatizzato per la prenotazione unificata delle prestazioni, per favorire l’accessibilità dell’assistenza e la riduzione dei tempi di attesa; il progetto **Telemedicina** per offrire servizi che migliorino la fruibilità delle cure, dei servizi di diagnosi e della consulenza medica a distanza, oltre al costante monitoraggio di parametri vitali.

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’importate 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’architrave informativo 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.

Con la Deliberazione della Giunta Regionale 23 febbraio 2018, n. 27-6517 la Regione Piemonte ha dato attuazione del Piano Triennale per l’informatica nella P.A. 2017-2019 e degli adempimenti in materia di Sanità digitale, definendo le linee di indirizzo della sanità digitale Piemontese - Progetti regionali 2018-2020.

Per l’esercizio 2019 il perseguimento dei citati obiettivi richiede, tra l’altro, un governo aziendale attivo che assicuri la realizzazione degli interventi finalizzati alla realizzazione del CUP unico regionale, alla digitalizzazione e alimentazione del FSE dei seguenti documenti clinico sanitari: Lettera di dimissione, referto di pronto soccorso, referto di anatomia patologia e radiologia (ivi incluso le immagini), nonché all’utilizzo da parte dei cittadini ed operatori sanitari dei servizi digitali realizzati.

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 2019, 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.

INDICATORE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avvio di tutte le iniziative di digitalizzazione, archiviazione nel deposito repository aziendale e alimentazione FSE-SoL, nel rispetto delle indicazioni regionali, e realizzazione dell'alimentazione nel FSE entro il 31 dicembre 2019 di almeno 2 dei seguenti documenti clinico-sanitari: LDO, VPS, AP e Radiologia; 2. Avvio entro il 31 dicembre 2019, fatto salvo eventuale deroga regionale, il sistema regionale omogeneo di gestione delle agende e delle prenotazioni sanitarie (Gara 63/2015) e adesione alla convenzione sottoscritta da SCR in esito alla gara 63/2015 entro 30 giorni successivi alla pubblicazione del presente provvedimento; 3. Informare e Promuovere l'utilizzo dei servizi digitali realizzati: a) ritiro referti on line utilizzato per almeno 5% dei cittadini che hanno effettuato presso la struttura pubblica un esame di laboratorio nel periodo da luglio - dicembre 2019; espressione del consenso alimentazione FSE per almeno il 20% dei cittadini che hanno effettuato presso la struttura pubblica un esame di laboratorio nel periodo da luglio - dicembre 2019.
VALORE DELL'OBIETTIVO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Iniziative di digitalizzazione, archiviazione nel deposito repository aziendale e alimentazione FSE-SoL, nel rispetto delle indicazioni regionali avviate al 100% e 2 dei documenti clinico-sanitari sopra elencati realizzati al 100% 2. sistema regionale omogeneo di gestione delle agende e delle prenotazioni sanitarie (Gara 63/2015) avviato entro il 31 dicembre 2019, fatto salvo eventuale deroga regionale, e adesione alla convenzione sottoscritta da SCR in esito alla gara 63/2015 entro 30 giorni successivi alla pubblicazione del presente provvedimento; 3. % referti ritirati on line: >=5% Espressione consenso alimentazione FSE:>=20%
SCALA	<ol style="list-style-type: none"> 1. SI/NO (1-0) 2. SI/NO (1-0) 3. SI/NO (1-0)
FONTE DATI	piattaforma regionale del FSE-SoL, e CUP
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontri di monitoraggio obiettivi agosto – ottobre – dicembre ▪ 31.12.2019
PUNTEGGIO	ASL: 4/100 (Ogni indicatore vale 1/3 del punteggio) AO / AOU: 4 /100 (Ogni indicatore vale 1/3 del punteggio) AOU San Luigi: 4/100 (Ogni indicatore vale 1/3 del punteggio)
NOTE	