



RELAZIONE SUL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI ECONOMICI GESTIONALI, DI SALUTE E DI FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI

ANNO 2018

D.G.R. N. 26-6421 DEL 26 GENNAIO 2018

PREMESSA

Con DGR n.26-6421 del 26 Gennaio 2018 sono stati definiti e assegnati gli obiettivi strategici ai Direttori Generali/Commissari delle Aziende Sanitarie Regionali per l'anno 2018.

Le azioni programmate ed effettuate per il raggiungimento degli obiettivi, relazionate nel presente documento, sono state oggetto durante il corso del 2018 di monitoraggi periodici trimestrali e confronti con i competenti settori regionali e hanno coinvolto tutti i livelli aziendali attraverso il processo di budget e l'assegnazione degli obiettivi per l'anno 2018.

Gli obiettivi assegnati sono articolati nelle seguenti tipologie ed eventualmente suddivisi in ulteriori sub-obiettivi, come dettagliato nella relazione che segue:

TIPO OBIETTIVO 1	Budget 2018
TIPO OBIETTIVO 2	Prossimità e integrazione dei percorsi
TIPO OBIETTIVO 3	Accessibilità
TIPO OBIETTIVO 4	Qualità dell'assistenza
TIPO OBIETTIVO 5	Gestione della spesa relativa ai beni: farmaci e DM
TIPO OBIETTIVO 6	Trasparenza e anticorruzione
TIPO OBIETTIVO 7	Digitalizzazione del SSR

TABELLA RIASSUNTIVA

TIPO	OB	OBIETTIVO	PESO
Budget 2018	1.1	Attuazione della programmazione	20
Prossimità e integrazione dei percorsi	2.1	Attivazione delle CS programmate	8
	2.2	Linee di indirizzo del Piano Regionale Cronicità	2
Accessibilità	3.1	Tempi di attesa Ricoveri	5
	3.2	Tempi attesa delle prestazioni ambulatoriali	12
	3.3	Riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in DEA/PS	5
Qualità dell'assistenza	4.1	Area Osteomuscolare	4
	4.2	Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI	4
	4.3	Appropriatezza nell'assistenza la parto	4
	4.4	Area Chirurgia Generale: colecistectomia laparoscopica	4
	4.5	Screening oncologici	5
	4.6	Donazione organi	3
	4.7	Umanizzazione	5
Gestione della spesa relativa ai beni: farmaci e DM	5.1	Assistenza Farmaceutica Territoriale e Ospedaliera: appropriatezza prescrittiva e riduzione della variabilità	5
	5.2	Miglioramento della qualità del flusso informatico dei DM	3
	5.3	Contenimento della spesa aziendale per l'acquisto di DM	5
Trasparenza e anticorruzione	6.1	Dichiarazione pubblica di interessi	3
Digitalizzazione del SSR	7.1	Fascicolo sanitario elettronico e servizi on Line	3
TOTALE			100

1. Budget 2018

OBIETTIVO 1.1

ATTUAZIONE DELLA PROGRAMMAZIONE

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 s.m.i.) e delle risorse assegnate con la D.G.R. n.35–5329 del 10 Luglio 2017 e s.m.i., dovranno assicurare il sostanziale pareggio di bilancio aziendale sia in sede di adozione dei Bilanci Preventivi economici, sia in itinere nei Conti Economici Trimestrali che, in particolare, in sede di adozione del Bilancio d'esercizio aziendale a consuntivo.

INDICATORE

1. Spesa consuntiva 2018 (costi al netto della componenti finanziarie e straordinarie attive, ed inclusivi delle rettifiche dei contributi c/esercizio per destinazione investimenti non finanziari da specifici atti regionali);
2. Produzione sanitaria consuntiva 2018 (attività di Ricovero, Ambulatoriale e PS non seguito da ricovero)

VALORE DELL'OBIETTIVO

Sub-obiettivo 1): Spesa consuntiva 2018 poste pari o inferiori rispetto alla programmazione declinata per componenti economiche nel Bilancio Preventivo 2018;

Sub-obiettivo 2): Produzione sanitaria consuntiva 2018 pari o superiore rispetto alla programmazione definita nei Piani di efficientamento 2018 delle AO e dei Presidi a gestione diretta ASL.

Tracking

Incontri monitoraggio obiettivi

Punteggio

13/100 Sub-obiettivo 1)

7/100 Sub-obiettivo 2)

Sub-obiettivo 1): Spesa consuntiva 2018 poste pari o inferiori rispetto alla programmazione declinata per componenti economiche nel Bilancio Preventivo 2018

In relazione alla valutazione del raggiungimento dell'obiettivo in oggetto sono necessarie alcune considerazioni preliminari al fine di illustrare la situazione rilevata.

Il preconsuntivo 2018 (IV trimestre) ha rilevato **una situazione di disavanzo**, sulla base del finanziamento fin qui erogato, **pari ad euro -7.456.159**.

Detto risultato, in ogni caso in **miglioramento rispetto al Bilancio di Previsione v.0** adottato con deliberazione n.100 del 31.01.2018 con il quale si rilevava una perdita (e

conseguentemente una richiesta di ulteriore finanziamento) di euro -8.672.694, risente tuttavia della **valorizzazione di alcune partite non ancora definite**, la cui determinazione definitiva può rendere possibile l'azzeramento della perdita rilevata.

In particolare, valutando i dati secondo macro aggregati:

- Il risultato di -7,4 milioni di euro non considera i ricavi derivanti dall'assegnazione dei contributi per i c.d. **fondi extra Lea**, per i quali sono stati contabilizzati i relativi costi. L'ulteriore assegnazione attesa a copertura dei costi sostenuti è di circa 2,6 milioni di euro;
- Il risultato considera tutto il valore di produzione delle **strutture private accreditate** così come stimato dalla procedura regionale FEC, comprensivo di extrabudget e di budget per il recupero della mobilità passiva extraregione. A fronte di tale completa valorizzazione non si è iscritto, in attesa di indicazione regionale, l'utilizzo del contributo in conto esercizio a copertura della produzione per abbattimento mobilità passiva extraregione, né il contributo (o quota parte di esso) vincolato all'abbattimento delle liste di attesa. Il differenziale rispetto al preventivo relativo alla produzione di ricoveri per nostri residenti è di circa 1,8 milioni di euro e, relativamente alla produzione di attività specialistica per nostri residenti, è di circa 1,4 milioni di euro, che potrebbero essere nettizzati, se ed in quanto valorizzati in tal senso a livello regionale, con l'utilizzo del contributo per il recupero di mobilità extraregione.
- Allo stesso modo, non avendo istruzioni in ordine alla **contabilizzazione dell'extrabudget**, non si sono operate riduzioni di budget a tal fine.
- I dati di spesa al 31.12, in considerazione della ristrettezza dei tempi di rilevazione legata al flusso ministeriale, in alcuni casi sono stati oggetto di **stima per la valorizzazione** degli ultimi periodi intercorrenti fino alla data di chiusura e, conseguentemente, sono soggetti a verifica. In particolare, a seguito delle verifiche già effettuate in contraddittorio con l'Assessorato Regionale, il ricevimento dei dati definitivi sulla farmaceutica convenzionata consente di rilevare possibili minori costi per circa 200.000 euro rispetto al preconsuntivo;
- Occorre inoltre considerare che, rispetto al 2017, si è rilevata una significativa diminuzione del riparto dei **fondi relativi al payback** per circa 2,9 milioni di euro

che, in considerazione del riparto definitivo relativo all'anno 2016 a livello di Conferenza Stato-Regioni, potrebbero rilevare un'ulteriore assegnazione;

- Infine in sede di 4° trimestre non sono ancora state compiutamente rilevate tutte le operazioni di **sopravvenienze / insussistenze di costi dei precedenti esercizi**, che verranno quantificati in sede di formazione del bilancio di esercizio 2018.

La valutazione del raggiungimento dell'obiettivo in sede di esame del risultato del IV trimestre appare quindi assolutamente provvisoria, nella convinzione che il risultato di esercizio determinato in sede di chiusura di bilancio potrà presentare valori anche significativamente discordanti.

Per ogni ulteriore considerazione si allega la tabella di confronto, sul conto economico riclassificato in base al modello CE Nuova Aggregazione della procedura FEC, tra i valori a bilancio in consuntivo 2017, in preventivo 2018 versione 0 e in chiusura provvisoria IV trimestre 2018.

Rispetto ai suddetti valori si precisa che il delta relativo ai costi di specialistica ed ospedaliera sono determinati dal criterio di rilevazione dei costi delle prestazioni di strutture accreditate di cui sopra.

Il significativo incremento relativo alla voce Acquisti e manutenzioni è invece da attribuire in particolare all'incremento di acquisto di dispositivi medici (come evidenziato fin dal 1° semestre 2018) da attribuirsi in parte all'incremento di attività in alcuni presidi ospedalieri (aumento di quantità) ed in parte alla variazione qualitativa dei dispositivi impiantati (aumento di prezzo).

	consun 17	prev 18	31/12/2018	delta su 2017	delta su 2018 prev.0
					0
Quota FSN lorda	735.164.785	739.792.643	744.275.522	9.110.737	4.482.879
di cui storno di quota di contributo da FSR in conto esercizio a contributo in c/capitale utilizzata per immobilizzazioni	3.549.080	2.560.043	4.883.709	1.334.629	2.323.666
Quota FSN netto storno di quota di contributo da FSR in conto esercizio a contributo in c/capitale utilizzata per immobilizzazioni	731.615.705	737.232.600	739.391.813	7.776.108	2.159.213
STP	339.817	264.284	286.215	- 53.602	21.931
Altri Contributi da Regione	20.505.282	19.852.849	16.658.794	- 3.846.488	- 3.194.055
Totale contributi regionali	752.460.804	757.349.733	756.336.822	3.876.018	- 1.012.911
Altri Contributi da altri enti pubblici	4.171.096	1.297.076	2.130.579	- 2.040.517	833.503
Contributi da privati	226.253	74.540	120.065	- 106.188	45.525
Totale contributi in c/esercizio	756.858.153	758.721.349	758.587.466	1.729.313	- 133.883
Ricavi per prestazioni	2.425.929	2.136.586	2.223.677	- 202.252	87.091
Recuperi e rimborsi	5.031.920	3.569.493	1.946.821	- 3.085.099	- 1.622.672
Ticket	8.565.924	8.562.235	7.749.719	- 816.205	- 812.516
Ricavi vari	1.877.473	2.349.724	1.971.076	93.603	- 378.648
	17.901.246	16.618.038	13.891.293	- 4.009.953	- 2.726.745
Ricavi intramoenia	4.044.139	4.496.179	3.423.061	- 621.078	- 1.073.118
Totale ricavi gestione ordinaria	778.803.538	779.835.566	775.901.820	- 2.901.718	- 3.933.746
Acquisti e manutenzioni	92.260.930	95.640.359	96.983.028	4.722.098	1.342.669
Assistenza sanitaria di base	45.563.708	45.469.474	45.502.166	61.542	32.692
Farmaceutica	66.650.724	65.750.000	64.337.401	- 2.313.323	- 1.412.599
Specialistica	16.736.088	17.067.180	20.003.855	3.267.767	2.936.675
Riabilitativa	14.749.455	16.761.979	15.879.379	1.129.924	- 882.600
Integrativa	8.389.382	9.079.099	8.528.494	139.112	- 550.605
Ospedaliera da privato (case di cura)	49.619.586	47.733.499	53.040.430	3.420.844	5.306.931
Ospedaliera da privato (presidi)	-	-	-	-	-
Altra assistenza	39.951.794	40.968.937	38.703.079	- 1.248.715	- 2.265.858
Altri servizi	9.776.530	9.778.637	10.122.595	346.065	343.958
Godimento di beni e servizi	10.486.647	10.294.359	10.647.597	160.950	353.238
Personale dipendente	195.094.877	195.480.880	195.469.141	374.264	- 11.739
Spese amministrative e generali	14.472.067	14.440.589	14.564.815	92.748	124.226
Servizi appaltati	23.761.652	23.914.708	24.685.194	923.542	770.486
Accantonamenti	6.509.344	4.073.547	3.151.325	- 3.358.019	- 922.222
Imposte e tasse	14.191.074	14.480.144	14.546.716	355.642	66.572
Oneri finanziari	970.758	325.839	414.955	- 555.803	89.116
Variazione delle rimanenze	- 2.943.163	-	1.757.768	4.700.931	1.757.768
Compartecipazioni personale intramoenia	3.512.457	3.900.000	2.582.261	- 930.196	- 1.317.739
Totale costi gestione ordinaria	609.753.910	615.159.230	620.920.199	11.166.289	5.760.969
Risultato gestione ordinaria	169.049.628	164.676.336	154.981.621	- 14.068.007	- 6.694.715
Ricavi straordinari	2.679.862	336.369	2.567.974	- 111.888	2.231.605
Costi straordinari	- 795.304	-	29.858	765.446	- 29.858
Mobilità attiva extra	36.152.008	33.297.239	43.837.194	7.685.186	10.539.955
Mobilità passiva extra	- 65.387.584	- 65.512.945	- 65.387.584	-	125.361
Mobilità attiva INTRA	16.354.642	16.474.896	17.388.398	1.033.756	913.502
Mobilità passiva intra	- 153.746.191	- 156.470.342	- 158.640.656	- 4.894.465	- 2.170.314
Costi capitalizzati E Rivalutazioni	7.094.187	11.632.535	7.279.630	185.443	- 4.352.905
Ammortamenti	- 10.152.878	- 13.106.782	- 9.452.878	700.000	3.653.904
Svalutazioni	- 600.000	-	-	600.000	-
Risultato di gestione	648.370	- 8.672.694	- 7.456.159	- 8.104.529	1.216.535
saldo ferie e straordinari maturati ma non goduti	-	-	-	-	-
Risultato differenziale	648.370	- 8.672.694	- 7.456.159	- 8.104.529	1.216.535

Sub-obiettivo 2): Produzione sanitaria consuntiva 2018 pari o superiore rispetto alla programmazione definita nei Piani di efficientamento 2018 delle AO e dei Presidi a gestione diretta ASL

L'anno 2018 risulta il primo esercizio in cui l'attività dei Presidi Ospedalieri dell'ASL AL è risultata pienamente esito delle modifiche organizzative introdotte nell'ambito della Rete aziendale dal nuovo Piano di Organizzazione, redatto secondo le indicazioni delle DD.GG.RR. n.1-600/2014 e n.1-924/2015.

In particolare, per quanto riguarda l'attività di ricovero ospedaliero nel corso del 2018 rispetto all'anno 2017 si è registrato un **incremento della produzione per ricoveri e DH pari ad €3.246.000**.

PP.OO.	12M2018		12M2017	
	Casi	Valore	Casi	Valore
H CASALE	9.732	27.423.043	9.524	26.371.518
H TORTONA	4.455	13.352.554	4.513	13.129.558
H NOVI	9.434	23.808.174	9.138	22.240.484
H ACQUI	3.948	11.620.442	3.980	11.453.588
H OVADA	1.241	4.892.563	1.172	4.655.396
TOT	28.810	81.096.775	28.327	77.850.544
VAR % 2018-2017	1,7%	4,2%		

<p>Obiettivo di efficientamento Rete Ospedaliera ASL AL 2018:</p> <p>Incremento del valore della produzione per ricoveri e DH</p>	<p>Incremento del valore della produzione per ricoveri e DH Consuntivo anno 2018</p>
€1.500.00	€3.246.000

L'incremento si registra soprattutto in termini di valore del fatturato, testimoniato dall'incremento del valore del DRG medio da €2.748 ad €2.815.

Tale incremento di produzione registrato nel 2018 costituisce un significativo riscontro delle azioni avviate relative a

- avvio delle attività della Rete dei punti di erogazione aziendale, riorganizzata a seguito delle DD.GG.RR. n.1-600/2014 e n.1-924/2015, da considerarsi ormai a pieno regime;
- copertura di posti vacanti dei Direttori di Struttura Complessa in aree particolarmente critiche e strategiche (in particolare Ortopedia e Cardiologia);
- copertura di posti vacanti e sostituzione di personale cessato per l'area medica e sanitaria del comparto;
- efficientamento nell'utilizzo delle Sale operatorie;
- obiettivi di budget finalizzati al recupero di efficienza e aumento della produzione, anche in relazione agli elevati valori di mobilità passiva extraregionale

Per quanto concerne l'assorbimento di risorse si evidenzia che l'incremento di produzione in termini di ricoveri evidenziato nel 2018 non ha generato un incremento dei costi per farmaci: infatti, al netto dei farmaci innovativi oncologici, i costi complessivi ospedalieri per farmaci sono incrementati di soli €73.000 (+0,5%).

Diversa la situazione per i dispositivi medici per i quali si registra, a fronte dell'incremento di produzione, un incremento dei costi ospedalieri pari ad €1,2 mln; tale punto sarà trattato nello specifico punto della presente relazione.

Anche per l'attività di **specialistica ambulatoriale** si registra un significativo incremento della produzione per l'anno 2018:

ATTIVITA' DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE (valore delle prestazioni - €)

	A2017	A2018
TOT	44.754.697,32	45.443.497,72
Prestazioni di attivita' clinica	26.203.223,72	26.146.194,52
Prestazioni di laboratorio	10.939.303,60	11.519.175,00
Prestazioni di diagnostica strumentale e di immagine	7.612.170,00	7.778.128,20

ATTIVITA' DI DEA / PRONTO SOCCORSO (valore delle prestazioni - €)

	A2017	A2018
TOT	5.472.875,50	5.801.570,75
0 - Ricoverati stessa struttura	1.618.313,05	925.304,80
1 - Deceduto	11.604,00	12.422,90
2 - Dimissione a domicilio	3.733.725,40	4.721.460,65
5 - Rifiuta il ricovero	59.364,70	75.268,40
6 - Trasferito ad altra struttura di ricovero	12.042,60	21.170,70
7 - Trasferito in altra struttura (RSA. RAF, ecc.)	89,70	242,50
8 - Trasferito in altro PS stessa azienda	37.736,05	45.700,80
A - Solo accesso, senza erogazione prestazioni	0,00	0,00

2. Prossimità e integrazione dei percorsi

OBIETTIVO 2.1

ATTIVAZIONE DELLE CASE DELLA SALUTE PROGRAMMATE

Con la D.G.R. n.3-4287 del 29.11.2016 sono state definite le linee d'indirizzo ed individuate le risorse per la sperimentazione delle Case della Salute (CS) sul territorio regionale, quali forme organizzative complesse dell'Assistenza primaria, di tipo polifunzionale e multi-professionale, destinate ad intercettare ed a rispondere in forma appropriata e continuativa nell'arco dell'intera giornata ai bisogni di salute della popolazione in ambito extra-ospedaliero, con particolare riferimento alle patologie croniche e a maggior impatto sociale.

INDICATORE

1. Numero strutture attivate/potenziare entro il 31.12.2018 su numero strutture da attivare, come da determinazione regionale di validazione dei progetti.
Per attivazione deve intendersi la consegna in Regione della deliberazione del Direttore Generale di attivazione/potenziamento delle Case della Salute programmate e relativo Regolamento di funzionamento redatto secondo lo schema-tipo regionale, unitamente ai previsti protocolli operativi.
2. Presentazione relazione di attività e costi sostenuti per l'avvio e/o lo sviluppo delle CS nel 2018, entro il 31.1.2019, secondo lo schema-tipo regionale; primo monitoraggio degli indicatori di processo e di esito, come previsti dalla determinazione regionale di validazione dei progetti CS.

VALORE DELL'OBIETTIVO

1. Attivazione, entro il 31 dicembre 2018, del 100% delle CS come da crono programma contenuto nella scheda-progetto trasmessa da parte delle Asl ai sensi della D.G.R. n. 3-4287 del 29.11.2016 o come dichiarato dalle Direzioni in successivo incontro regionale.
2. Invio alla Regione entro i 10 gg. successivi a data di scadenza prevista (31.1.2019) delle Relazioni di attività e spesa, unitamente agli indicatori di processo e di esito.

Tracking

Incontri di monitoraggio obiettivi

31.12.2018

Punteggio

5/100 per le ASL "laboratorio"

8/100 per le restanti ASL

Il punteggio complessivo si compone di 80% del punteggio per il primo indicatore e di 20% del punteggio per il secondo indicatore

Con deliberazione ASL AL n.804 del 5.12.2017 si era disposto di dare avvio ai Progetti di attivazione delle seguenti Case della Salute:

- Castellazzo Bormida (Distretto Alessandria - Valenza)
- Moncalvo (Distretto Casale Monferrato)
- Castelnuovo Scrivia (Distretto Novi Ligure - Tortona)
- Arquata Scrivia (Distretto Novi Ligure - Tortona)

approvando il *Regolamento di funzionamento organizzativo ed operativo* redatto secondo lo schema - tipo regionale, unitamente ai *Protocolli operativi* per il raccordo fra la rete delle Case della Salute e le seguenti aree:

- *area specialistica territoriale e ospedaliera*
- *sistema dell'emergenza-urgenza*
- *area socio – sanitaria e socio – assistenziale*
- *area della continuità assistenziale*

Con la medesima deliberazione si è altresì dato atto che le risorse necessarie per tale attività sono in parte coperte da finanziamento regionale - di cui D.G.R. n.3-4287 del 29.11.2016, D.D. n.438 del 30.06.2017 e D.G.R. n.35-5329 del 10.07.2017 e in parte da bilancio aziendale di cui alla deliberazione n.349 del 26.05.2017.

Con **nota ASL AL prot. 132467 del 28 dicembre 2018** (allegata) è stata trasmessa all'Assessorato Sanità Regione Piemonte la deliberazione ASL AL n.930 del 27.12.2018 con la quale è stato adottato il **Progetto della Casa della Salute funzionale di Ovada**.

E' stato, inoltre, inviato lo **stato di avanzamento** dell'attivazione della **Casa della Salute di Valenza** che, come condiviso nel corso dei Tavoli di monitoraggio regionale, non ha potuto avere attivazione nel corso del 2018 stante la sussistente necessità di definire l'individuazione della sua sede operativa, in superamento dell'attuale sede delle attività distrettuali di Valenza, site nella struttura di proprietà dell'Ordine Mauriziano.

A questo proposito è stato allegato il documento "*Distretto di Valenza - Studio preliminare per la realizzazione della Casa della Salute - Individuazione dei requisiti funzionali e dimensionali di massima della struttura*" – approvato con deliberazione ASL AL n.929 del

21.12.2018 - per la realizzazione della Casa della Salute in Valenza, con procedura di Partenariato Pubblico Privato, ai sensi dell'art. 183 del Codice dei Contratti, prevedendo ex art. 191 del D.Lgs. n. 50/2016 il trasferimento in capo all'affidatario, a titolo di corrispettivo parziale della proprietà degli immobili aziendali siti a Valenza, in Vai Raffaello n. 4, nonché l'ex Ospedale San Marco sito in Moncalvo, i cui valori sono in corso di determinazione, al pari della regolarizzazione catastale.

In data **8.2.2019 con nota prot. n.0015048** (allegata) si è provveduto all'inoltro della **Relazione di attività e spesa per l'anno 2018**, unitamente agli indicatori di processo e di esito delle Case di Cura attivate.

OBIETTIVO 2.2

ASSISTENZA SANITARIA E SOCIO-SANITARIA TERRITORIALE

La Regione Piemonte vede tra i suoi obiettivi prioritari il recepimento del PNC a livello regionale che, armonicamente rispetto a quanto previsto dalla cornice normativa vigente, si prefigge di rispondere ai seguenti obiettivi:

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

INDICATORE

Per le ASL "laboratorio":

1. Costituzione della Comunità di pratica e partecipazione agli incontri formativi dei professionisti individuati nella Comunità di pratica.
2. Produzione del progetto aziendale sui temi chiave assegnati.

Per le altre ASL, ASO, AOU:

1. Pubblicazione aggiornata, rispetto alle comunicazioni della Direzione Sanità nel merito, della *call to action* dei professionisti nella bacheca online dei dipendenti e di ogni aggiornamento richiesto dal Core group regionale.
2. Partecipazione agli incontri formativi e informativi dei professionisti promossi dalla Direzione Sanità

VALORE DELL'OBIETTIVO

Per le ASL "laboratorio":

1. $\geq 85\%$
2. Progetto prodotto

Per le altre ASL, ASO, AOU:

1. 100%
2. $\geq 85\%$

Tracking

Incontri di monitoraggio obiettivi

31.12.2018

Punteggio

5/100 per le ASL "laboratorio"

2/100 per le restanti ASL

Il punteggio complessivo si compone di 80% del punteggio per il primo indicatore e di 20% del punteggio per il secondo indicatore

La ASL AL ha provveduto a pubblicare **in data 28 dicembre 2018 sul proprio sito web la call to action** (<http://www.aslal.it/piano-delle-cronicita-per-la-provincia-di-alessandria>), comunicando gli obiettivi del Piano Locale della Cronicità e la composizione della Cabina di Regia per la Cronicità.

Piano delle cronicità per la provincia di Alessandria

Che cos'è e che cosa si sta facendo

Tavolo di lavoro per la messa a punto, sempre più dettagliata, del piano delle cronicità per la provincia di Alessandria: sta prendendo forma in questi giorni, grazie al lavoro dell'Azienda Sanitaria di Alessandria e dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria, questo documento in fieri, ideato per rispondere congiuntamente ai bisogni di salute di una popolazione sempre più anziana.

Alessandria, infatti, ha un indice di vecchiaia che la colloca all'ottavo posto sulle 107 province italiane. Obiettivo del Piano, in linea con le indicazioni regionali, deliberate sulla base del Piano Nazionale, è affrontare e mettere a sistema risposte appropriate alle malattie croniche che sono in aumento: un fenomeno che si sta verificando a livello nazionale ed europeo ed è strettamente correlato all'invecchiamento della popolazione. Si stima, ad esempio, che almeno il 40% dei piemontesi con più di 65 anni soffre di una malattia cronica grave e che a livello mondiale circa il 70-80% delle risorse sanitarie sia impiegato per la gestione delle malattie croniche.

Le due Aziende hanno individuato i gruppi di lavoro, le aree d'intervento prioritarie, definendo alcuni percorsi diagnostico terapeutici assistenziali per una integrazione ancora più stretta, oltre che un metodo di lavoro multiprofessionale che possa essere efficace per rispondere agli assistiti in modo appropriato, attraverso la presa in carico più opportuna grazie alla centralità del medico di famiglia, la collaborazione con i servizi domiciliari e una efficiente interazione con gli ospedali.

Per quanto riguarda i gruppi di lavoro, seguendo le indicazioni regionali, ASL AL ha istituito la Cabina di regia che ha il compito di produrre il Piano Locale Cronicità e il Nucleo aziendale per la Cronicità che terrà i collegamenti con il livello regionale e con le altre aziende sanitarie.

Cabina di regia per la Cronicità:

- Roberto Sturs (Nucleo aziendale per la Cronicità)
- Silvana Romano (Nucleo aziendale per la Cronicità)
- Guglielmo Pacileo (Nucleo aziendale per la Cronicità)
- Maria Elisena Focati (Nucleo aziendale per la Cronicità)
- Andrea Calvani (Nucleo aziendale per la Cronicità)
- Massimo Leporati
- Anna Maria Avanto
- Selvatrice Capizzi
- Maurizio Depetris
- Chiara Pasqualini
- Silvia Baiardi
- Rossella Poletto
- Orazio Barresi
- Massimo D'Angelo
- Claudio Sasso
- Simone Poretto

Fanno parte della Cabina di regia anche i membri del Nucleo aziendale per la Cronicità della Azienda Ospedaliera di Alessandria.

In data 16 novembre 2018 (nota allegata) sono stati comunicati i nomi dei componenti il **Nucleo Aziendale Cronicità** che hanno partecipato alle "Giornate di condivisione della conoscenza" sino ad oggi effettuate presso l'Assessorato Regionale (13 dicembre 2018 e 22 gennaio 2019).

3. ACCESSIBILITA'

OBIETTIVO 3.1

TEMPI DI ATTESA RICOVERI

In continuità con gli obiettivi previsti nelle annualità precedenti, al fine di migliorare il rispetto dei tempi di Attesa per i ricoveri con codice di priorità A (max. 30 gg) e B (max. 60 gg) dei pazienti trattati in degenza ordinaria, per gli interventi previsti dal PNLGA, si definisce l'obiettivo di rispetto per almeno il 90% dei casi del tempo massimo previsto dal codice. Per l'annualità 2018 le procedure oggetto di monitoraggio sono integrate con i codici previsti dal PNE.

Di seguito si elencano gli interventi oggetto di monitoraggio:

- Interventi chirurgici tumore mammella
- Interventi chirurgici tumore prostata
- Interventi chirurgici tumore colon
- Interventi chirurgici tumore retto
- Interventi chirurgici tumore dell'utero
- By-pass aortocoronarico
- Angioplastica coronarica (PTCA)
- Endoarteriectomia carotidea
- Interventi protesi dell'anca
- Interventi chirurgici tumore del polmone

INDICATORE

1. Per tipologia di intervento con codice di priorità A:
N° interventi effettuati entro 30 gg/N° totale interventi effettuati nel 2018
2. Per tipo di intervento con codice di priorità B:
N° interventi effettuati entro 60 gg/N° totale interventi effettuati nel 2018

VALORE DELL'OBIETTIVO

1. $\geq 90\%$ per singola tipologia di intervento con codice di priorità A
2. $\geq 90\%$ per singola tipologia di intervento con codice di priorità B

Tracking

Incontri di monitoraggio obiettivi

31.12.2018

Punteggio

5/100 ASL

In ASL AL sono monitorati per le classi A e B gli interventi chirurgici previsti dall'obiettivo e relativi alle seguenti patologie:

- tumore mammella
- tumore prostata
- tumore colon
- tumore retto
- tumori utero
- protesi anca

La rilevazione è compiuta secondo le specifiche previste dal PNLGA (Piano Nazionale Governo Liste d'Attesa).

Si riporta schema riepilogativo aggiornato a **dicembre 2018**:

TEMPO ATTESA INTERVENTI										
PERIODO 1.01.2018 - 31.12.2018										
TIPO INT	Classe Prenotazione									
	A - Classe A					B - Classe B				
	CASI TOT	ENTRO SOGLIA	FUORI SOGLIA	% entro soglia	% fuori soglia	CASI TOT	ENTRO SOGLIA	FUORI SOGLIA	% entro soglia	% fuori soglia
Protesi d'anca	4	4	-	100%	0%	26	25	1	96%	4%
Tumore colon	82	79	3	96%	4%	4	4	-	100%	0%
Tumore mammella	255	228	27	89%	11%	9	9	-	100%	0%
Tumore prostata	8	7	1	88%	13%	11	9	2	82%	18%
Tumore retto	27	25	2	93%	7%	2	2	-	100%	0%
Tumore utero Totale	7	6	1	86%	14%	6	6	-	100%	0%
FONTE DATI:	SDO CONSUNTIVATE CSI PIEMONTE									

Rispetto all'obiettivo (90% dei casi entro TA standard), risultano **fuori soglia** le prestazioni sottoriportate:

- **tumore mammella** (89% classe priorità A – 27 casi su 255)
- **tumore prostata** (88% classe priorità A – 1 caso su 8)
- **tumore prostata** (82% classe priorità B – 2 casi su 11)
- **tumore utero** (86% classe priorità A – 1 caso su 7)

Occorre precisare che, a parte per il tumore della mammella, la **casistica degli altri interventi risulta limitata**.

Per favorire e determinare la migliore gestione dell'obiettivo è stato avviato un sistema di monitoraggio con cadenza bimensile del rispetto dei tempi di attesa degli interventi chirurgici monitorizzati da parte degli operatori amministrativi della Direzione di Presidio referenti SDO, mediante analisi delle liste di attesa sul software ADT

In caso di criticità l'amministrativo informa la Direzione Medica di Presidio che provvede ad inoltrare comunicazione formale e contatto diretto con il Responsabile del Reparto interessato per approfondimento e sollecito ai provvedimenti necessari atti a rispettare la tempistica prevista dalla classe di priorità.

OBIETTIVO 3.2

TEMPI DI ATTESA DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

L'obiettivo si prefigge di misurare, attraverso indicatori trasparenti ed efficaci, la capacità di risposta tempestiva del SSR nell'erogazione di prestazioni ambulatoriali al cittadino. Pertanto si richiede di lavorare sul miglioramento della capacità dell'organizzazione di rispondere alla richiesta di prestazioni sanitarie ambulatoriali attraverso la diminuzione, qualora si superi lo standard regionale come da DGR 30-3307/2016, del tempo medio di erogazione delle prestazioni.

L'obiettivo si compone di tre sub-obiettivi:

1. Adeguamento del tempo medio di attesa (indice di performance) allo standard regionale stabilito dalla Direzione Sanità per le singole prestazioni oggetto di monitoraggio:
 - 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 o privato);
2. Percorsi di Follow up. Stante l'implementazione del flusso DEM, sarà oggetto di valutazione l'evidenza di almeno 5 percorsi di Follow-up per i quali lo specialista svolga le fasi di prescrizione, prenotazione (presa in carico) ed erogazione della prestazione.

Ai fini del sub-obiettivo sono prese in considerazione le prestazioni previste dal PNLGA (visite specialistiche e diagnostica strumentale) indicate nella tabella di seguito.

Sono valutate ai fini del monitoraggio tutte le prestazioni consumate/erogate (primo accesso e non) e tutte le modalità di prescrizione.

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

Il miglioramento previsto dall'obiettivo si intende ad invarianza delle risorse economiche assegnate con DGR 113-6305 del 22 dicembre 2017 e s.m.i.

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

INDICATORE

$$1. \Sigma \frac{\text{(data prenotazione - data erogazione)}}{\text{N° prestazioni}}$$

2. prescrizione, prenotazione (presa in carico) e erogazione del follow-up a cura dello specialista su percorsi identificati dall'Azienda

VALORE DELL'OBIETTIVO

1. cfr tabella
2. evidenza di almeno (\geq) 5 percorsi di Follow-up implementati
3. il valore obiettivo sarà definito dalla Regione in funzione alle specifiche prestazioni individuate.

Tracking

Incontri di monitoraggio obiettivi

31.12.2018

Punteggio

1. 10/100
2. 2/100

Nella rilevazione dei tempi di attesa (indice di performance) in relazione allo standard regionale per le singole prestazioni oggetto di monitoraggio, redatta nella prospettiva della tutela e quindi relativa al consumo dei residenti ASL AL a prescindere da chi eroga la prestazione (pubblico e privato), risultano **n.7 prestazioni fuori standard gennaio-dicembre 2018: visita oculistica, visita endocrinologica, colonscopia, elettromiografia, fondo oculare, spirometria, visita dermatologica.**

Le prestazioni fuori standard anno 2017 erano 11. Nei 12 mesi 2018 sono rientrate entro lo standard rispetto al 2017 n°6 prestazioni: visita fisiatrica, sigmoidoscopia, esofagoduodenoscopia, mammografia, audiometria, ecografia della mammella.

Sono invece passate fuori standard nel 2018 rispetto al 2017: visita endocrinologica, elettromiografia.

	Anno 2017	Anno 2018
n. visite e prestazioni entro standard	29	33
n. visite e prestazioni fuori standard	11	7

Prestazione	Standard	2018 GEN-DIC
	T.A. Medio	T.A. Medio
01 Visita cardiologica	30	23,3
02 Visita chirurgia vascolare	30	25,0
03 Visita endocrinologica	30	38,2
04 Visita neurologica	30	26,7
05 Visita oculistica	30	42,6
06 Visita ortopedica	30	22,3
07 Visita ginecologica	30	10,6
08 Visita otorinolaringoiatrica	30	26,0
09 Visita urologica	30	15,0
10 Visita dermatologica	30	39,4
11 Visita fisiatrica	30	22,0
12 Visita gastroenterologica	30	29,3
13 Visita pneumologica	30	19,2
14 Mammografia	40	34,1
15 TC senza e con contrasto del torace	30	15,9
16 TC senza e con contrasto dell'addome	30	15,4
19 TC senza e con contrasto del capo	30	9,4
20 TC senza e con contrasto del rachide e speco vertebr.	30	6,3
21 TC senza e con contrasto del bacino	30	5,8
22 RMN del cervello e del tronco encefalico	30	11,2
23 RMN pelvi, prostata e vescica	30	7,3
24 RMN muscoloscheletrica	30	5,7
25 RMN della colonna vertebrale	30	7,0
26 Ecografia capo e collo	40	16,3
27 Ecocolordoppler cardiaca	40	33,9
28 Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici	40	25,2
29 Ecocolordoppler dei vasi periferici	30	18,5
30 Ecografia addome	30	15,4
31 Ecografia della mammella	30	28,1
32 Ecografia ostetrica-ginecologica	11	6,5
33 Colonscopia	30	43,3
34 Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	30	24,1
35 Esofagogastroduodenoscopia	30	27,1
36 Elettrocardiogramma	30	25,0
37 Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	40	28,6
38 Elettrocardiogramma da sforzo	40	32,0
39 Audiometria	30	26,2
40 Spirometria	40	40,4
41 Fondo oculare	60	64,6
42 Elettromiografia	30	30,5
T.A. ENTRO STANDARD		
T.A. OLTRE STANDARD (SCOSTAMENTO >20%)		
T.A. OLTRE STANDARD (SCOSTAMENTO <20%)		

Prestazioni fuori standard gennaio-dicembre 2018:

visita oculistica st.30 gg	T.A. Tutela	T.A. Produzione residenti ASL AL	T.A. ASL AL	n. prestazioni erogate ASL AL
2016	64,9	71,5	71,11	17673
2017	50,01	48,6	48,32	19403
2018	42,6 ↓	52,6	52,95	16177

Visita Oculistica: nel 2018 sono diminuiti i T.A. tutela, produzione e ASL AL nonostante una diminuzione delle prestazioni erogate ASL AL (residenti e non residenti).

visita endocrinologica st. 30 gg	T.A. Tutela	T.A. Produzione residenti ASL AL	T.A. ASL AL	n. prestazioni erogate ASL AL
2016	29,4	25,7	25,48	1736
2017	24,8	20,3	19,87	1925
2018	38,2	47,1	46,84	2063

Visita endocrinologica: nel 2018 sono aumentati i T.A. tutela, produzione, ASL AL e aumentate le prestazioni erogate ASL AL (residenti e non residenti).

Si segnala che nella rilevazione "giorno indice" sono entro lo standard le sedi PP.OO. di Acqui T., Casale M., Tortona.

Colonscopia St.30 gg	T.A. Tutela	T.A. Produzione residenti ASL AL	T.A. ASL AL	n. prestazioni erogate ASL AL
2016	50,0	46,6	46,47	3334
2017	44,6	46,0	46,31	3227
2018	43,3 ↓	45,6	44,74	2574

Colonscopia: nel 2018 sono diminuiti i T.A. tutela, produzione e ASL AL nonostante una diminuzione delle prestazioni erogate ASL AL (residenti e non residenti).

Si segnala che nella rilevazione “giorno indice” sono entro lo standard le sedi PP.OO. di Acqui T., Novi L., Tortona. Si segnala, inoltre, il guasto di una apparecchiatura elettromiografo che ha inciso sul rispetto dei tempi d’attesa previsti.

Elettromiografia St. 30 gg	T.A. Tutela	T.A. Produzione ASL AL	T.A. ASL AL	n. prestazioni erogate ASL AL
2016	16,5	23,5	23,78	7259
2017	20,0	24,1	24,61	9569
2018	30,5	37,1	36,84	8899

Elettromiografia: nel 2018 sono aumentati i T.A. tutela, produzione e ASL AL e diminuite le prestazioni erogate ASL AL (residenti e non residenti) rispetto al 2017.

Si segnala che nella rilevazione “giorno indice” è entro lo standard la sede ospedaliera di Casale M.

Fondo oculare st. 60 gg	T.A. Tutela	T.A. Produzione ASL AL	T.A. ASL AL	n. prestazioni erogate ASL AL
2016	74,1	70,3	70,72	4037
2017	63,1	57,4	57,40	4780
2018	64,6	61,9	61,14	4190

Fondo oculare: nel 2018 sono diminuiti i T.A. tutela, produzione e ASL AL rispetto al 2016 e diminuite le prestazioni erogate ASL AL (residenti e non residenti) rispetto al 2017. Si segnala che nella rilevazione “giorno indice” sono entro lo standard tutte le sedi di erogazione ASL AL ad eccezione del Poliambulatorio Distrettuale di Casale M.

Spirometria St.40 gg	T.A.Tutela	T.A. Produzione ASL AL	T.A. ASL AL	n. prestazioni erogate ASL AL
2016	65,4	85,3	87,13	4609
2017	65,5	78,3	78,78	4061
2018	40,4 ↓	26,9	27,54	4663 ↑

Spirometria: nel 2018 sono diminuiti i T.A. tutela, produzione e ASL AL e aumentate le prestazioni erogate ASL AL (residenti e non residenti).

Si segnala che nella rilevazione “giorno indice” sono entro lo standard tutte le sedi di erogazione ASL AL ad eccezione del Poliambulatorio Distrettuale di Casale M.

Visita dermatologica St.30 gg	T.A. Tutela	T.A. Produzione ASL AL	T.A. ASL AL	n. prestazioni erogate ASL AL
2016	33,5	37,9	38,58	11052
2017	32,5	36,2	35,67	10998
2018	39,4	42,7	42,27	11546 ↑

Visita dermatologica: nel 2018 sono aumentati i T.A tutela, produzione e ASL AL nonostante l'aumento delle prestazioni erogate ASL AL (residenti e non residenti)
Si segnala che nella rilevazione "giorno indice" sono entro lo standard le sedi di erogazione dei Poliambulatori distrettuali di Acqui T., Arquata S. e Castelnuovo S..

Sulla base dei flussi mensili informativi relativi ai tempi medi di attesa della specialistica ambulatoriale si sono implementate **azioni specifiche** al fine di migliorare se non consentire il rientro nei tempi medi di attesa previsti dalla D.G.R. stessa.

ATTIVITÀ EFFETTUATE

Il **Progetto interaziendale ASL AL e ASO AL per la riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni critiche**, inviato per la valutazione in Regione il 31 luglio, prevede azioni congiunte ASL AL e ASO AL per l'abbattimento dei tempi d'attesa delle prestazioni critiche.

In particolare per alcune prestazioni individuate quali critiche in relazione ai tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni, sono state programmate prestazioni aggiuntive per il 2018-2019 così come rappresentato nelle seguenti tabelle:

ANNO 2018

BRANCA	PRESTAZIONE	N° PRESTAZIONI AGGIUNTIVE PROGRAMMATE
		A
DERMATOLOGIA	PRIMA VISITA	660
OCULISTICA	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO	660
ENDOCRINOLOGIA	PRIMA VISITA	66
ENDOSCOPIA (*)	COLONSCOPIA	33
RADIOLOGIA (*)	ECCOLORDOPPLER TSA	400
	ECCOLORDOPPLER VP	
	ECO ADDOME	
	MAMMOGRAFIA	
TOTALE		1.819

ANNO 2019

BRANCA	PRESTAZIONE	N° PRESTAZIONI AGGIUNTIVE PROGRAMMATE
		A
DERMATOLOGIA	PRIMA VISITA	2.400
OCULISTICA	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO	2.400
ENDOCRINOLOGIA	PRIMA VISITA	240
ENDOSCOPIA (*)	COLONSCOPIA	120
RADIOLOGIA (*)	ECCOLORDOPPLER TSA	800
	ECCOLORDOPPLER VP	
	ECO ADDOME	
	MAMMOGRAFIA	
TOTALE		5.960

Tra la azione legate al Progetto si evidenziano:

- Formazione di un **gruppo di lavoro interaziendale ASOAL-ASLAL-ASLAT** per l'applicazione della DGR n 17/4817 del 27 marzo 2017 titolata " Il Programma regionale per il Governo dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per il triennio 2017-2019. Primi Indirizzi alle aziende sanitarie regionali"
- **Analisi dell'esistente** in termini di specialisti erogatori, sede di erogazione, minutaggio del tempo di esecuzione delle prestazioni con lo scopo di allineare la

durata delle visite e prestazioni tra specialisti di analoghe discipline, eliminando difformità

- Rimodulazione della proporzione di **prime visite e controlli**
- Monitoraggio e controllo di modifiche **calendari** o sospensioni temporanee delle attività riguardanti le prestazioni critiche garantendo le presenze degli specialisti sulle varie sedi ospedaliere
- Monitoraggio dell'**appropriatezza delle richieste relative alle prestazioni critiche** attraverso la registrazione della concordanza della graduazione di urgenza valutata al momento dell'erogazione
- Monitoraggio del **PDTA interaziendale del paziente con lombalgia e lombosciatalgia** che tra i propri obiettivi poneva la riduzione dei TA per le prestazioni specialistiche collegate
- Implementazione del **PDTA per la BPCO e asma** per la gestione dei TA per le spirometrie e del **PDTA per il carcinoma del colon retto** e sviluppo della rete specialistica a supporto
- Definizione del **PDTA per lo scompenso cardiaco** che avrà ricadute anche sui TA per la diagnostica collegata

Nell'ambito dell'attività di formazione / informazione:

- Promozione della **Formazione rivolta ai MMG e specialisti territoriali e ospedalieri** sui criteri di appropriatezza (effettuati incontri tra ASL AL e ASO AL finalizzati alla programmazione dei corsi e attività formativa collegata al Progetto Slow Medicine)
- Promozione e implementazione di un **corso rivolto agli operatori del CUP delle due aziende ASOAL e ASLAL** per la gestione delle agende comuni (visita dermatologica, spirometria, colonscopia, ecocardiografia) – (in via di programmazione)
- Costante aggiornamento sul sito web aziendale della apposita **sezione denominata “Liste di Attesa”**

- **Piano della Comunicazione di Area:** prosegue il piano di realizzazione e verifica dei risultati delle iniziative già implementate nell'anno 2017 dal gruppo di Area omogenea Piemonte SE. In particolare
 - **aggiornate e distribuite le brochure informative** sulle modalità di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali;
 - programmati **incontri con i rappresentanti dei cittadini** per la condivisione dei PDTA previsti nel progetto (scompenso cardiaco, BPCO, Ca colon-retto) e che trovano corrispondenza nel redigendo Piano delle Cronicità, anche allo scopo di sensibilizzare i cittadini ad un uso appropriato dell'offerta sanitaria
 - svolti i periodici incontri con la **Conferenza Aziendale di Partecipazione** con costante attenzione sugli aspetti legati all'offerta di prestazioni specialistiche

Significativa azione legata all'attuazione del Progetto riguarda **l'estensione degli orari di accesso alle prestazioni** (tardo pomeridiano, sabato, ...) per visite aggiuntive di oculistica, prestazioni aggiuntive di colonscopia e ecografia addome dal mese di dicembre 2018.

Prestazioni Dicembre 2018	Numero prestazioni	Numero ore	orario
Esame complessivo occhio	54	18	15,30-19,30
Colonscopia	30	22	15,30-18,30 Sabato 8,30- 13
Eco addome	177	40	14-17

AZIONI SU SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI

Ad ottobre 2018 è stata fatta analisi dell'esistente in termini di specialisti erogatori, sede di erogazione, minutaggio prestazioni, con lo scopo di allineare la durata delle visite e prestazioni tra specialisti di analoghe discipline, eliminando le difformità e rimodulazione delle proporzioni tra prime visite e controlli. Si è proceduto in ottobre ad incontri con i

Direttori di Distretto per quanto riguarda le agende degli specialisti ambulatoriali interni di oculistica, dermatologia, endocrinologia, otorinolaringoiatria con revisione condivisa di 31 agende. Le integrazioni e modifiche delle agende sono state autorizzate dai Direttori Distretti nei mesi di novembre e dicembre.

Dermatologia: incremento n. prime visite: documentabili n.77 in quanto per alcuni specialisti le agende comprendendo insieme prime visite e controlli non è ad oggi possibile estrapolare il dato. Le modifiche sono state applicate ai primi posti utili nei mesi di dicembre 2018 e gennaio, febbraio 2019.

Dal primo ottobre sono state assegnate n.30 ore settimanali di specialistica a tempo indeterminato (16 ore al Distretto di Casale e 14 ore al Distretto di Alessandria e Valenza). E' stata evidenziata la criticità riguardante la "mappatura dei nei" non prevista nei LEA ed è stata ricondotta e limitata alla dermatoscopia mirata del neo nell'ambito della visita. Da valutare nei prossimi report l'impatto sui tempi di attesa e il n. visite.

Endocrinologia: da metà ottobre sono annullate le ore di endocrinologia sul P.O. di Novi. Incremento su altra sede di n.8 prime visite/sett.

Oculistica: separate agende prime visite e controlli e fondo oculare. Da valutare nei prossimi report l'impatto sui tempi medi di attesa e n. visite. Sono state pubblicate ma non ancora assegnate n.42 ore di oculistica.

ORL: separate agende prime visite e controlli. Da valutare nei prossimi report l'impatto sui tempi di attesa e il n. visite.

AZIONI SU SPECIALISTI DIPENDENTI

Sono stati effettuati incontri con i Direttori di Struttura per le prestazioni che presentano criticità nei tempi d'attesa in particolare con le specialità di oculistica, gastroenterologia, endocrinologia, radiologia, neurologia monitorando e controllando le modifiche dei

calendari o sospensioni temporanee delle attività garantendo le presenze degli specialisti distribuite sulle varie sedi ospedaliere.

Oculistica: si è mensilmente contattato il Direttore SC per apertura agende ulteriori quando la turnistica e la presenza degli specialisti lo consente. Aperte agende su Acqui. Modificate agende di vista oculistica pediatrica e visita ortottica su Casale.

Spirometria: presso il Presidio Ospedaliero di Tortona è stato attivato ambulatorio per spirometria semplice eseguito da personale infermieristico e sono state attivate agende presso le Case della Salute.

Elettromiografia: risulta critico il tempo d'attesa per elettromiografia in quanto a Tortona l'apparecchio risulta non utilizzabile e sono in corso le procedure per la sostituzione e quindi non si effettuano EMG.

Endocrinologia: si è rimodulata l'agenda su P.O. Casale (rimodulata a luglio da 16 prime visite a 33 prime visite e da 31 controlli a 13 controlli) in quanto necessari posti per visite di controllo e presenza di posti di prima visita disponibili e non occupati. Si sono aperte disponibilità di posti su Acqui sulla base della turistica mensile di reparto.

Colonscopia: la situazione ha risentito della mancanza per alcuni mesi di un responsabile del servizio di endoscopia, dell'assenza per un certo periodo di due specialisti e di alcune criticità organizzative del servizio negli ultimi mesi, monitorate e ricondotte a una attività modulata sulla garanzia delle prestazioni su tutte le 5 sedi ospedaliere di endoscopia.

Con delibera 2018/724 del 13/11/18 – prestazioni aggiuntive è stato effettuato il seguente **aumento di produzione con attività in tardo pomeridiano e di sabato** come previsto dalla D.G.R. 27/03/17 n.17-4817 “Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale per il triennio 2017-2019”:

Attivate a dicembre 2018

Esame complessivo dell'occhio	n.18 ore per n.54 posti su P.O. Novi L.
Prima visita endocrinologica	n.11 ore per n.33 posti su PP.OO. Acqui e Ovada
Colonscopia	n.22 ore e 30' per n.30 posti su PP.OO. Casale, Tortona, Novi L. e Acqui T.
Ecodoppler	n.6 ore per n.18 posti su P.O. Tortona
Mammografie	n.12 ore per n.36 posti su P.O. Tortona
Eco addome	n.18 ore per n.108 posti su P.O. Tortona
Eco addome	n.22 ore per n.69 posti su P.O. Casale

Nell'ambito dei contratti con gli erogatori privati per gli anni 2018/2019 sono state definite secondo le indicazioni fornite con D.G.R. n. 14 giugno 2018 n. 37-7057 e con DD.DD. 02/07/18 n. 453 e 28/09/18 n. 605, “le prestazioni protette finalizzate al recupero dei tempi d'attesa delle prestazioni monitorate al di sopra degli standard preferiti o che presentassero comunque situazioni di possibili criticità”.

Con nota protocollo n. 0062094 del 8 giugno 2018 l'ASL AL ha espresso parere favorevole circa la domanda del Policlinico di Monza di accreditamento della branca di gastroenterologia autorizzata nel presidio Clinica Salus con contestuale spostamento della sede di erogazione nel presidio clinico Città di Alessandria ciò risulterebbe significativo per incrementare l'offerta di prestazioni di colonscopia.

Osservazioni: si rileva che il tempo medio di erogazione risente molto delle scelte dell'utente (non accettazione del primo posto disponibile in ASL) nonostante si garantiscano tempi bassi su prestazioni in altre sedi di erogazione. Per le prestazioni strumentali (colonscopie, spirometria ecc) le prestazioni di controllo prenotate a distanza vengono conteggiate nel dato.

PRESTAZIONI ATTESE EX DGR 28-7537 DEL 14 SETTEMBRE 2018

Prestazioni attese: valore fisso definito per ogni ASL di residenza e specifico gruppo di prestazione. Tale valore è calcolato come la sommatoria dei seguenti addendi:

- ❖ Valore max tra -> Totale numero prestazioni erogate dai privati per ASL di residenza e specifico gruppo di prestazione e -> 30% delle prestazioni negoziate dai privati per ASL di residenza e specifico gruppo prestazione. Il secondo valore sarà disponibile solo successivamente alle attività di negoziazione dei privati per i tetti spesa
- ❖ Prestazioni prodotte dai pubblici calcolate come: produzione per ASL di residenza e gruppo prestazioni di (12 mesi 2017/periodo gennaio - agosto 2017) * gennaio-agosto 2018
- ❖ Numero prestazioni aggiuntive individuate per ASL di residenza e gruppo prestazioni, come definito nella DGR 28-7537 del 14/09/2018.

RISULTATO ANNO 2018

Tipo prestazione	Prestazioni attese	Prestazioni erogate	Prestazioni da erogare	Incidenza delle prestazioni
DIAGNOSTICA	254.559	258.843	-4.284	101,7%
VISITA	131.562	132.874	-1.312	101,0%
TOTALE	386.121	391.717	-5.596	101,4%

Fonte dati: *Cruscotto Regionale Tempi Attesa*

A.S.L. ALESSANDRIA (da Cruscotto RP Tempi Erogazione)

ANNO 2018

Tipo prestazione	Prestazione	Prestazioni attese	Prestazioni erogate	Prestazioni da erogare	Incidenza delle prestazioni
DIAGNOSTICA	TCsenza e con contrasto Bacino	130	184	-54	141,5%
DIAGNOSTICA	RMN Pelvi, prostata e vescica	768	997	-229	129,8%
DIAGNOSTICA	TCsenza e con contrasto Rachide e speco vertebrale	1.107	1.323	-216	119,5%
DIAGNOSTICA	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	163	187	-24	114,7%
DIAGNOSTICA	TCsenza e con contrasto Addome superiore	291	330	-39	113,4%
DIAGNOSTICA	TCsenza e con contrasto Addome inferiore	104	117	-13	112,5%
DIAGNOSTICA	Esofagogastroduodenoscopia	3.643	4.040	-397	110,9%
DIAGNOSTICA	TCsenza e con contrasto Capo	1.064	1.156	-92	108,6%
DIAGNOSTICA	TCsenza e con contrasto Torace	8.963	9.716	-753	108,4%
DIAGNOSTICA	TCsenza e con contrasto Addome completo	7.764	8.381	-617	107,9%
DIAGNOSTICA	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	5.682	6.121	-439	107,7%
DIAGNOSTICA	RMN Muscoloscheletrica	10.201	10.729	-528	105,2%
DIAGNOSTICA	Ecolordoppler dei vasi periferici	12.485	13.130	-645	105,2%
DIAGNOSTICA	Mammografia	4.995	5.247	-252	105,0%
DIAGNOSTICA	Elettrocardiogramma da sforzo	3.539	3.647	-108	103,1%
DIAGNOSTICA	Colonscopia	4.563	4.690	-127	102,8%
DIAGNOSTICA	RMN Cervello e tronco encefalico	5.803	5.917	-114	102,0%
DIAGNOSTICA	Ecolordoppler dei tronchi sovra aortici	12.719	12.946	-227	101,8%
DIAGNOSTICA	RMN Colonna vertebrale	11.806	12.002	-196	101,7%
DIAGNOSTICA	Ecografia Addome	36.545	37.127	-582	101,6%
DIAGNOSTICA	Elettrocardiogramma	34.714	35.211	-497	101,4%
DIAGNOSTICA	Ecografia Capo e collo	11.660	11.804	-144	101,2%
DIAGNOSTICA	Ecolordoppler cardiaca	18.642	18.548	94	99,5%
DIAGNOSTICA	Ecografia Ostetrica-Ginecologica	5.103	5.065	38	99,3%
DIAGNOSTICA	Spirometria	6.735	6.604	131	98,1%
DIAGNOSTICA	Audiometria	5.234	5.093	141	97,3%
DIAGNOSTICA	Elettromiografia	26.179	25.325	854	96,7%
DIAGNOSTICA	Fondo oculare	5.761	5.480	281	95,1%
DIAGNOSTICA	Ecografia Mammella	8.196	7.726	470	94,3%
DIAGNOSTICA	Totale	254.559	258.843	-4.284	101,7%
VISTA	Visita chirurgia vascolare	1.133	1.313	-180	115,9%
VISTA	Visita ortopedica	14.287	14.955	-668	104,7%
VISTA	Visita dermatologica	13.407	13.981	-574	104,3%
VISTA	Visita cardiologia	15.864	16.345	-481	103,0%
VISTA	Visita otorinolaringoiatrica	13.716	13.889	-173	101,3%
VISTA	Visita oculistica	19.960	20.127	-167	100,8%
VISTA	Visita urologica	7.321	7.378	-57	100,8%
VISTA	Visita ginecologica	9.951	9.996	-45	100,5%
VISTA	Visita neurologica	7.345	7.340	5	99,9%
VISTA	Visita pneumologica	5.246	5.225	21	99,6%
VISTA	Visita fisiatrica	15.262	14.782	480	96,9%
VISTA	Visita endocrinologica	3.818	3.645	173	95,5%
VISTA	Visita gastroenterologica	4.252	3.898	354	91,7%
VISTA	Totale	131.562	132.874	-1.312	101,0%
TOTALE		386.121	391.717	-5.596	101,4%

Fonte dati: Cruscotto Regionale Tempi Attesa

Percorsi di Follow up

Con **nota ASL AL prot.132532 del 28 dicembre 2018** (allegata) sono stati trasmessi i documenti relativi all'attivazione dei **cinque percorsi di follow up** per i quali lo specialista svolge le fasi di prescrizione, prenotazione (presa in carico) ed erogazione della prestazione.

In particolare sono state individuate le seguenti prestazioni specialistiche :

- 1. Visita pneumologica**
- 2. Spirometria**
- 3. Visita cardiologica**
- 4. ECG**
- 5. Visita neurologica**

Le azioni di implementazione hanno previsto quanto segue:

• visita pneumologica + spirometria

- è stato stabilito di fare riferimento al PDTA interaziendale BPCO/ASMA che verrà deliberato entro febbraio 2019 nell'ambito del processo di elaborazione del Piano Locale della cronicità.
- Si precisa che i contenuti fondamentali del PDTA interaziendale BPCO/ASMA sono stati resi noti attraverso il Convegno "A PIU' AMPIO RESPIRO: IL PDTA INTERAZIENDALE PER BPCO ED ASMA" tenutosi il 21 aprile 2018.
- Il PDTA ha stratificato la popolazione con BPCO in tre livelli di gravità lieve, moderato e grave.
- La visita pneumologica ha una frequenza di almeno una volta all'anno nei pazienti gravi in ossigenoterapia a lungo termini. Nei pazienti moderati e gravi è prevista solo in base al giudizio clinico del MMG o dello specialista pneumologo.
- Per quanto riguarda la spirometria è prevista una frequenza di almeno una volta all'anno nei pazienti moderati e gravi.

• **visita cardiologica + ECG**

- il gruppo di lavoro interaziendale sullo scompenso cardiaco sta lavorando al PDTA interaziendale sullo scompenso cardiaco.
- In precedenza l'ASL AL all'interno del "PROGETTO DI CONTENIMENTO DELLA DOMANDA DI PRESTAZIONI AMBULATORIALI IN TERMINI DI RECUPERO DI APPROPRIATEZZA" (Deliberazione del DG n°2014/91 del 30-01-2014) aveva attivato un Gruppo integrato Ospedale –Territorio per la definizione di percorsi diagnostico - terapeutici sulla cronicità che aveva elaborato un documento sul PDTA dello Scompenso cardiaco.
- Il gruppo di lavoro interaziendale, tenuto conto di questa esperienza, sta elaborando gli standard di cura di percorso e ha condiviso la necessità di fare in modo che lo specialista svolga le fasi di prescrizione, prenotazione (presa in carico) ed erogazione della prestazione.
- Si prevede di deliberare il PDTA interaziendale per lo Scompenso cardiaco entro marzo 2019 nell'ambito del processo di elaborazione del Piano Locale della cronicità.
- Nel PDTA la popolazione è stata stratificata in tre livelli di gravità: lieve, moderato e grave. Il paziente con scompenso moderato esegue almeno due ECG all'anno e almeno una valutazione cardiologica all'anno. Nel paziente grave la frequenza può aumentare in relazione alle variabili cliniche specifiche del paziente.

• **visita neurologica**

- è stata coinvolta la responsabile della SC Neurologia che a sua volta ha condiviso la necessità di fare in modo che lo specialista svolga le fasi di prescrizione, prenotazione (presa in carico) ed erogazione della prestazione, individuando come condizione patologica principale cui fare riferimento la malattia di Parkinson.
- Per questa condizione pur non essendo attivato uno specifico PDTA è possibile delineare un percorso strutturato in base alle linee guida e guidato in prima persona dallo specialista neurologo.

Gli specialisti utilizzano come programma di refertazione Medsoffice, attraverso il quale, lo specialista può vedere la propria attività quotidiana, refertare e dare l'eseguito alle prestazioni effettuate. Il medico può prescrivere impegnative per altre prestazioni e

inserire visite e/o esami ma sempre in più rispetto ai posti disponibili in agenda CUP gestiti tramite un altro applicativo (Arianna).

Con il programma Medsoffice lo specialista non può fare prenotazioni su agende CUP o creare agende. Per questa ragione nel caso lo specialista debba programmare una delle cinque prestazioni individuate (visita pneumologica, spirometria, visita cardiologica, ECG e visita neurologica), potrà attraverso Medsoffice individuare la data disponibile e comunicarla al paziente.

Nel caso in cui la Struttura organizzativa disponga di personale abilitato a usare il programma Arianna la prenotazione verrà finalizzata immediatamente dopo la prescrizione specialistica. In assenza di personale abilitato il paziente potrà recarsi presso lo sportello CUP presente nella struttura sanitaria finalizzando la prenotazione in base alla prescrizione specialistica.

Nel 2019 è allo studio la possibilità di creare agende esclusive ad uso specialistico per follow up a partire dai PDTA adottati a livello aziendale.

OBIETTIVO 3.3

RIDUZIONE DEL TEMPO DI PERMANENZA DEI PAZIENTI IN DEA/PS

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..

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.

Il presente obiettivo ha dunque la finalità di avviare un percorso di monitoraggio, valutazione e revisione delle modalità di gestione dei PS, e dei processi organizzativi correlati al PS, 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.

INDICATORE

(data/ora di dimissione dal PS – data/ora di accesso al PS)

N° di accessi in PS

VALORE DELL'OBIETTIVO

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):

DEA II ≤ 6 ore

DEA I ≤ 6 ore

PS di Base ≤ 4 ore

PS di area disagiata ≤ 5 ore

Tracking

Incontri di monitoraggio obiettivi

31.12.2018

Punteggio

ASL 5/100

Sintetizzando i dati in merito all'obiettivo in esame:

DEA / PS (SINTESI)	TEMPO MEDIO (min)		
	GEN-DIC 2018	GEN-DIC 2017	OB2018
DEA	318,9	308,0	360
PS	235,0	233,6	240
PS SEDE DISAGIATA	142,9	145,1	300

Alla luce dei dati rappresentati, l'**obiettivo è da considerarsi raggiunto** per i DEA ed i Pronto Soccorso aziendali.

Nel dettaglio

- DEA Casale: entro standard (360) in peggioramento rispetto 2017
- DEA Novi: fuori standard (360) in miglioramento rispetto 2017
- PS Acqui: fuori standard (240) in miglioramento rispetto 2017
- PS Tortona: entro standard (240) in peggioramento rispetto 2017
- PS Ovada: entro standard (300) in miglioramento rispetto 2017

In relazione a quanto previsto dalla DGR di attribuzione degli obiettivi DG2018 e di quanto evidenziato nel tavolo di monitoraggio regionale, sono rappresentate le **% di accessi OBI sul totale accessi**_(range regionale accettato dal 5% al 10%):

- DEA Casale 5,2% (nel range) in miglioramento rispetto risultato 2017
- DEA Novi 10,3% (fuori range) in peggioramento rispetto risultato 2017
- PS Acqui 7,3% (nel range) sostanzialmente invariato rispetto risultato 2017
- PS Tortona 1,6% (fuori range) in miglioramento rispetto risultato 2017
- PS Ovada 0,4% (fuori range) ma in miglioramento rispetto risultato 2017

La percentuale accessi OBI in realtà rispetto al dato a metà anno risulta in miglioramento anche nel DEA di Novi e PS di Tortona. Il PS di Ovada (PS di Zona Disagiata) non prevede OBI e pertanto dovrebbe risultare 0 ma per errore sono stati caricati pazienti a inizio dell'anno che determinano il dato anomalo.

Alla luce della DGR regionale, dai tempi di Casale e Acqui si possono quindi sterilizzare gli accessi OBI, per cui i tempi di permanenza scendono a

-DEA Casale min.220,2

-PS Acqui min.185,5

Considerando la % OBI sui DEA e PS considerati congiuntamente:

-DEA 7,7% (nel range)

-PS 4,2% (fuori range)

Pertanto per i **DEA**, scorporando gli accessi OBI, i tempi di permanenza scenderebbero a **min.250,2**.

4. QUALITA' DELL'ASSISTENZA

OBIETTIVO 4.1

TEMPESTIVITA' INTERVENTI A SEGUITO DI FRATTURA FEMORE SU PAZIENTI > 65

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 702 del 2.4.2015 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 2018 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. Nel 2018 l'indicatore è calcolato valutando il tempo a partire dall'arrivo in PS.

Inoltre, al fine della valutazione dell'obiettivo sarà oggetto di valutazione, quale criterio di accesso al punteggio, anche l'indicatore PNE:

Frattura della tibia e del perone: tempi di attesa per intervento chirurgico.

INDICATORE

Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 2 giorni dall'arrivo in PS (differenza tra data della procedura e data di arrivo in PS \leq 2 giorni)

Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore

VALORE DELL'OBIETTIVO

Tasso aggiustato > 70%

Tracking

Incontri di monitoraggio obiettivi

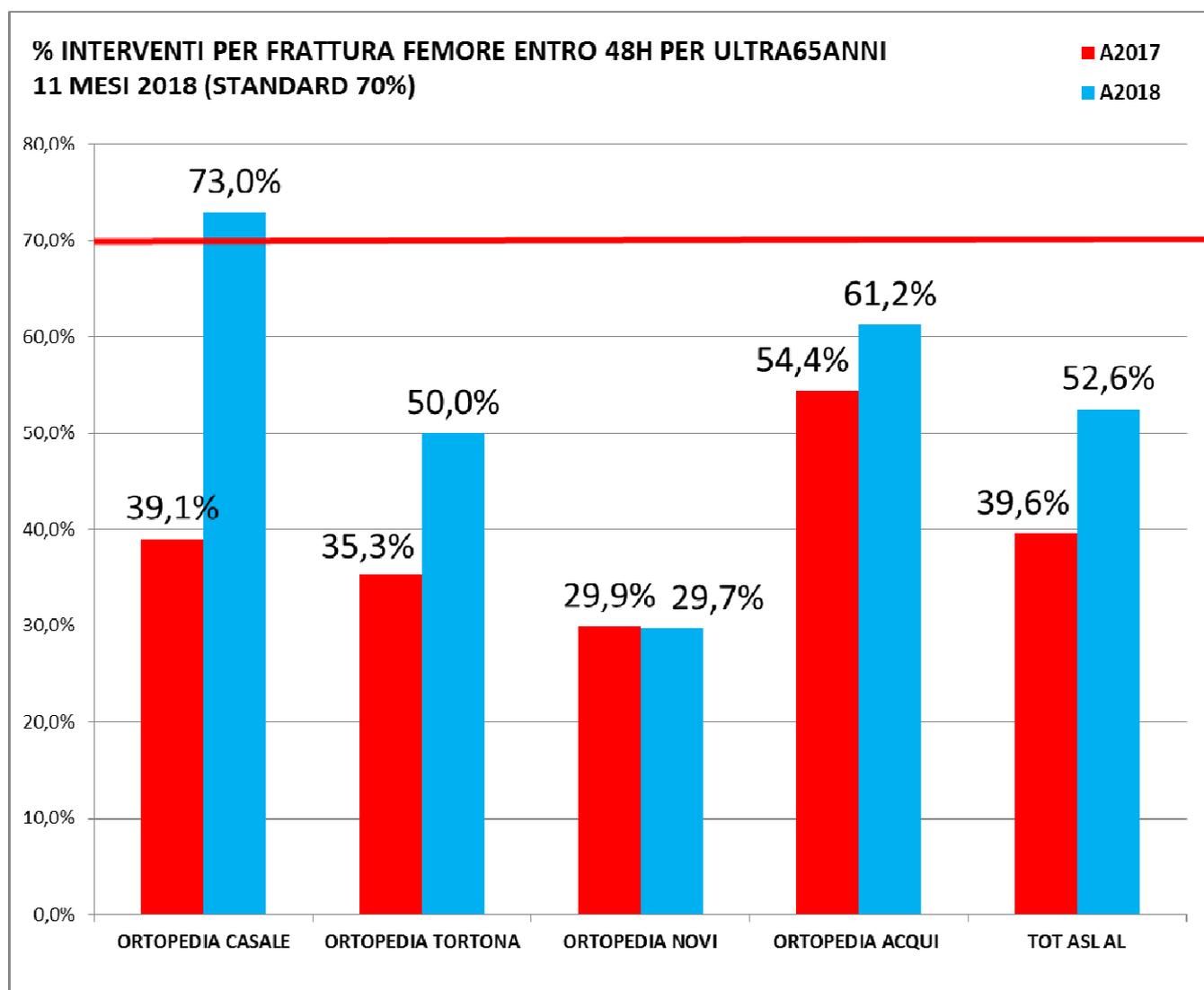
31.12.2018

Punteggio

ASL 4/100

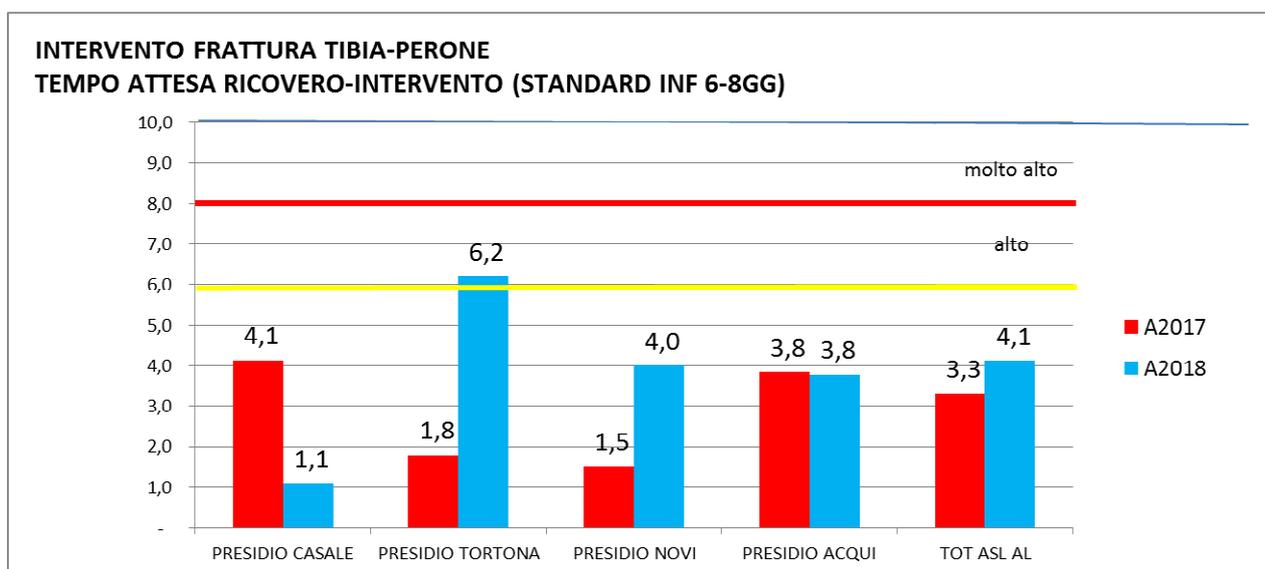
Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2018 tra il valore di partenza (dato anno 2017) e il valore obiettivo. Se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.

Si riporta schema riepilogativo aggiornato a **dicembre 2018**:



Si evidenzia il **netto miglioramento nel corso del 2018** (con la sede ospedaliera di Casale M. entro lo standard), ma ancora al di sotto dell'obiettivo atteso.

L'obiettivo prevede altresì la rilevazione dei dati inerenti alla **frattura della tibia e del perone** in base ai tempi di attesa per l'intervento chirurgico (gg), come da tabella sotto riportata:



Dai dati suesposti si evidenzia che:

FRATTURA FEMORE: l'indicatore sulla media ASL AL risulta ancora sotto lo standard (ad eccezione H Casale con 73,0%) ma con **deciso trend di miglioramento rispetto al 2017** (52,6% vs 39,6%), nonostante le marcate criticità di personale medico ortopedico su tutte le sedi e particolarmente sulla sede di Novi Ligure.

FRATTURA TIBIA - PERONE: l'indicatore relativo al tempo attesa per fratture tibia-perone risulta **ampiamente entro il tetto** (gg 4,1): unica sede con dato negativo oltre standard, anche se in miglioramento negli ultimi mesi 2018, con gg 6,2.

OBIETTIVO 4.2

TEMPESTIVITA' NELL'EFFETTUAZIONE DI PTCA NEI CASI DI IMA STEMI

Proporzione di episodi di STEMI trattati con PTCA entro 2 giorni.

La tempestività dell'effettuazione dell'angioplastica percutanea su pazienti con diagnosi di IMA STEMI, cruciale per la sopravvivenza del paziente, deve pertanto essere fatta oggetto di monitoraggio insieme alle altre indicazioni sul percorso del paziente come definito per le reti di patologie tempo dipendenti quali la rete IMA STEMI (DM/70 del 2.4.2015).

L'indicatore è espresso in termini di produzione per le AO e di tutela per le ASL.

Per il 2018 si utilizzerà la procedura del PNE calcolando il periodo di 2 giorni tra la data di ingresso alla prima struttura che riceve il paziente (qualunque essa sia) e la data 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 record linkage con il codice identificativo anonimo.

INDICATORE

Numero di episodi di STEMI, in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro 2 giorni

Numero di episodi di STEMI

VALORE DELL'OBIETTIVO

Tasso grezzo > 85%

Tracking

Incontri di monitoraggio obiettivi

31.12.2018

Punteggio

ASL 4/100

IMA STEMI entro 2 giorni dall'ingresso in struttura ospedaliera, con percentuale $\geq 85\%$ rispetto alla totalità degli episodi di STEMI.

Il calcolo dell'indicatore per l' ASL è effettuato su tutti i soggetti residenti sul territorio Asl Al ricoverati in qualsiasi ospedale del Piemonte e sottoposti a PTCA in qualsiasi ospedale del Piemonte (include quindi la mobilità intraregionale),

Il calcolo dell'indicatore per Ospedale è effettuato su tutti i soggetti ricoverati presso la struttura indipendentemente da un eventuale successivo trasferimento ad altra struttura per esecuzione della PTCA.

L'evento viene quindi attribuito alla struttura in cui è avvenuto il ricovero indice (giorno o arco temporale in cui si effettua la rilevazione per le prestazioni di ricovero).

Si evidenzia, a tal proposito, che **l'Azienda può intervenire solamente sul "tempo zero"** ovvero il momento in cui si viene a contatto con il paziente, inviando in maniera tempestiva verso le sedi di erogazione PTCA, mentre il "tempo finale" di esecuzione della prestazione è di competenza di tale erogatore.

Come evidenziato nel corso degli incontri periodici del Tavolo di Monitoraggio presso l'Assessorato regionale, l'ASL AL non avendo servizi propri di emodinamica non incide direttamente sugli esiti di tale indicatore; il miglioramento progressivo del risultato di tale obiettivo, oltre che all'attività delle strutture erogatrici di PTCA, deriva dagli effetti delle azioni e delle procedure condivise dall'ASL AL con gli erogatori (pubblici e privati) presenti sul territorio e con la rete dell'Emergenza Urgenza.

Ulteriori effetti migliorativi di tale risultato derivano dalle avvenute azioni di riorganizzazione della rete delle strutture cardiologiche presenti sul territorio provinciale.

In attesa del dato regionale di consuntivo 2018 nell'ottica della tutela si può stimare:

	A2016 (*)	A2017 (*)	A2017 (**)
ASL AL	60,5%	64,2%	84,9%

(*) FONTE DATI: TAVOLO REGIONALE DI MONITORAGGIO

(**) IN ATTESA DI DATO CONSUNTIVO REGIONALE; LA STIMA SI BASA SUL DATO DI "PRODUZIONE" DELL'ASO AL

OBIETTIVO 4.3

APPROPIATEZZA NELL'ASSISTENZA AL PARTO

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.

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.

L'obiettivo è misurato in una prospettiva di produzione, ovvero per ciascun Punto Nascita, sia per le ASL che per le AO/AOU.

INDICATORE

$$\frac{\text{N° parti con cesareo primario}}{\text{N° parti con nessun pregresso cesareo}} \times 100$$

VALORE DELL'OBIETTIVO

Maternità di II livello o comunque con ≥ 1000 parti : tasso aggiustato $\leq 25\%$

Maternità di I livello o comunque con < 1000 parti : tasso aggiustato $\leq 15\%$

Tracking

Incontri di monitoraggio obiettivi

31.12.2018

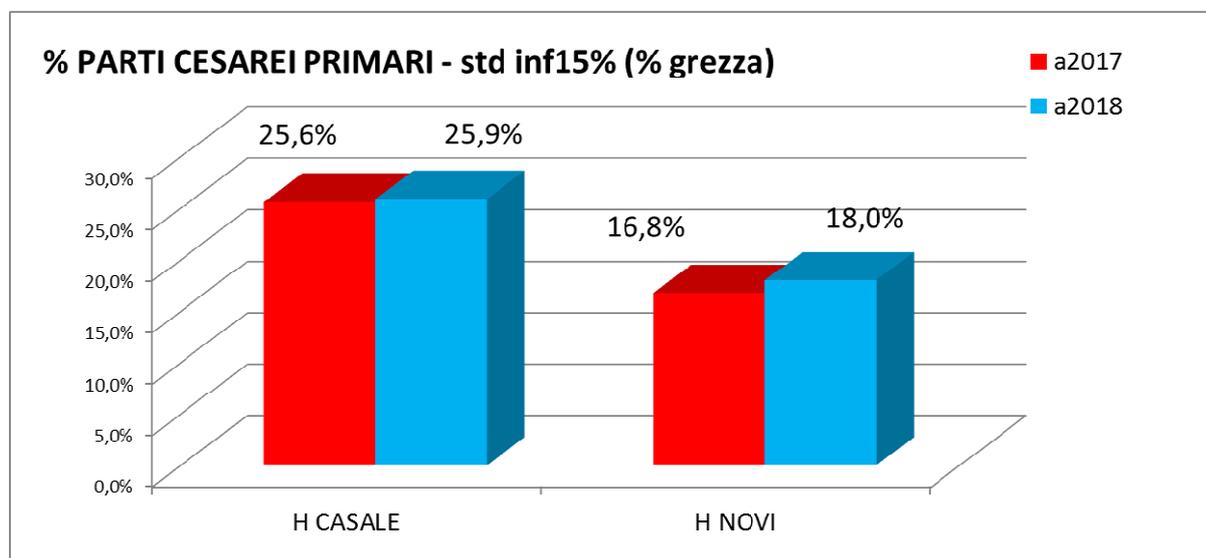
Punteggio

ASL 4/100

Proporzione parti con taglio cesareo primario nella misura $\leq 25\%$ rispetto a n. parti con nessun pregresso cesareo, misurata per Maternità di II livello (>1000 parti) o nella **misura**

del 15% per Maternità di I livello (<1000 parti), nell'ottica della qualità dell'assistenza e monitoraggio flussi informativi relativi all'evento parto.

Si riporta grafico riepilogativo aggiornato a **dicembre 2018**:



Il dato risulta fuori standard per gli Ospedali di Casale M. e Novi L. sia per l'anno 2017 che per il 2018. Nel 2018 lo standard di riferimento è stato abbassato al 15% (era al 20% nel 2017); le % sono "grezze", saranno oggetto di possibili abbattimenti da parte della Regione Piemonte. Il **dato di "tutela" è al 19,8%** (anche qui dato grezzo).

L'obiettivo del Direttore Generale 2018 sui parti cesarei primari prevede anche:

Criteria di accesso al punteggio dell'obiettivo per Azienda

- 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.
- Bilancio di salute alla 36°-37° settimana $\geq 52\%$ per ciascun punto nascita aziendale.** Qualora tale criterio non fosse soddisfatto, il punteggio conseguito dall'obiettivo sarà decurtato del 50%.

In merito al primo punto si è proceduto in corso d'anno ad una puntuale verifica circa la coerenza delle cartelle SDO e schede CEDAP secondo i report disponibili sul portale

PADDI; nel corso di tali verifiche sono emerse schede CEDAP convalidate per le quali non risultava la corrispondente SDO e schede CEDAP convalidate con SDO non di parto.

Alla luce di quanto sopra si è proceduto alla rettifica delle anomalie attraverso il confronto con il competente settore regionale, come da comunicazione mail del 24.1.2019 (allegata).

In relazione al secondo criterio di accesso si riporta il dato disponibile sul portale PADDI:



PN_CEDAP_Perc_Nasc_12 - BdS della 36-37 settimana presso il PN

Fonte dati CEDAP, aggiornamento del 07/02/2019

Anno Parto : 2018

Punto Nascita	Totale Donne	Donne con età gestazionale > 36 settimane		Donne con BdS presso il PN	
	N°	N°	%	N°	%
213 Ospedale San Giacomo Novi	677	643	95,0%	504	78,4%
213 Ospedale Santo Spirito Casale	362	347	95,9%	253	72,9%

OBIETTIVO 4.4

AREA CHIRURGIA GENERALE: COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA

Descrizione. Percentuale di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.

Il DM 70 del 2.04.2015 ha inserito tale indicatore tra quelli 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.

L'indicatore oggetto dell'obiettivo è espresso in termini di produzione sia per le AO che per le ASL.

INDICATORE

Intervento chirurgico per colecistectomia laparoscopica con dimissione entro 3 giorni

Ricoveri per colecistectomia laparoscopica

VALORE DELL'OBIETTIVO

Tasso aggiustato > 70%

Tracking

Incontri di monitoraggio obiettivi

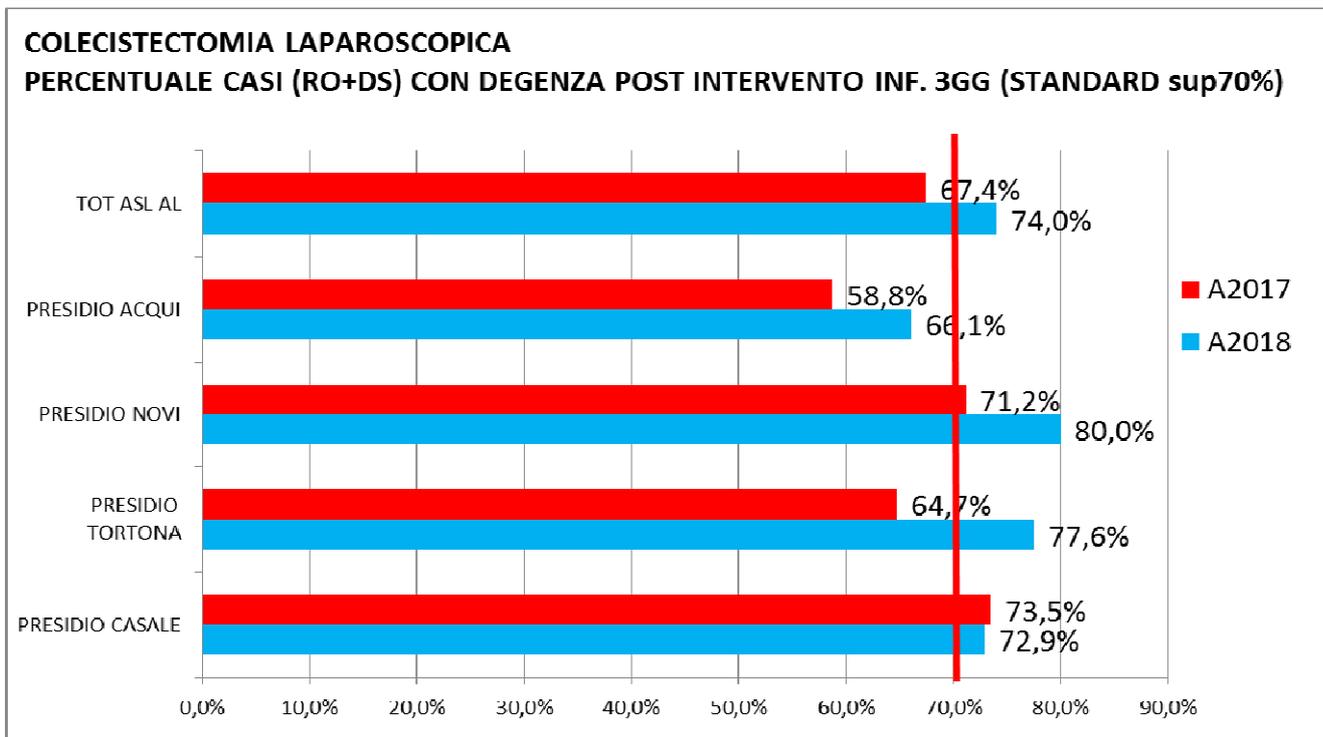
31.12.2018

Punteggio

ASL 4/100

Il DM 70 del 02.04.2015 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% ed un volume minimo di interventi per struttura complessa pari a 100/anno.

Si riporta grafico riepilogativo, contenente percentuale casi di colecistectomia laparoscopica (RO+DS) con degenza post intervento inferiore a 3 gg (standard sup. 70%) aggiornato a **dicembre 2018**:



Il (dato complessivo ASL AL risulta entro l'obiettivo 74,0%), mentre era al di sotto nel 2017; da segnalare un **progressivo miglioramento della performance** nel corso dei mesi del 2018.

OBIETTIVO 4.5

SCREENING ONCOLOGICI

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. Analogamente, la copertura da esami viene calcolata come numero di esami di screening eseguiti diviso la popolazione target annuale. Essendo 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. La popolazione target e gli intervalli di screening sono i seguenti:

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 coloretale (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 alla D.R.G.

Tracking

Incontri di monitoraggio obiettivi

31.12.2018

Punteggio

ASL 5/100

Il primo obiettivo per ciascuno dei tre screening oncologici (per i 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.

Analogamente, la copertura da esami viene calcolata come numero di esami di screening eseguiti diviso la popolazione target annuale.

La popolazione target e gli intervalli di screening sono i seguenti:

- 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 coloretale (due anni per il FIT e solo una volta a 58 anni per la sigmoidoscopia).

La fonte dati è la **Banca dati CSI-CPO Piemonte**; ad oggi la fornitura dei report è ancora parziale, per cui i dati di seguito riportati potrebbero essere ulteriormente implementati.

SCREENING MAMMOGRAFICO - ETÀ 50-69 ANNI

OBIETTIVO 4.5 - VALORI	ATTESO	MINIMO
COPERTURA INVITI (numero di donne invitate ad effettuare il test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale)	100%	97%
COPERTURA ESAMI (numero di donne sottoposte al test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale)	51%	45,9%

ANNO 2018	EX DIPARTIMENTO 8 ASL AT	EX DIPARTIMENTO 9 ASL AL + AO AL	PROGRAMMA 6
POPOLAZIONE OBIETTIVO	15.692	26.867	42.559
Donne invitate	15.037	27.387	42.424
Copertura da inviti	95,8 %	101,9 %	99,7 %
Test di primo livello eseguiti (esclusi richiami anticipati, casi intervallo, follow-up)	9.887	19.012	28.899
Copertura da esami	63,0 %	70,8 %	67,9 %

L'obiettivo è stato raggiunto.

SCREENING CERVICO-VAGINALE - ETÀ 25-64 ANNI

OBIETTIVO 4.5 - VALORI	ATTESO	MINIMO
COPERTURA INVITI (numero di donne invitate ad effettuare il test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale)	100%	97%
COPERTURA ESAMI (numero di donne sottoposte al test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale)	47%	42,3%

ANNO 2018	EX DIPARTIMENTO 8 ASL AT	EX DIPARTIMENTO 9 ASL AL + AO AL	PROGRAMMA 6
Popolazione obiettivo 2018	16.241	36.709	52.950
Coorti bloccate	0	3.367	3.367
Popolazione obiettivo corretta	16.241	33.342	49.583
Inviti	16.212	35.314	51.526
Copertura inviti	99,8 %	105,9 %	103,9 %
Donne screenate	7.078	14.705	21.783
Copertura esami	43,6 %	44,1 %	43,9 %

L'**obiettivo** è stato **raggiunto**.

SCREENING COLO-RETTALE - ETÀ 58 ANNI / 59 - 69 ANNI

OBIETTIVO 4.5 - VALORI	ATTESO	MINIMO
COPERTURA INVITI (numero persone invitate a sigmoidoscopia + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale)	100%	97%
COPERTURA ESAMI (numero di persone sottoposte a sigmo o FIT + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale)	40%	36%

ANNO 2018	EX DIPARTIMENTO 8 ASL AT	EX DIPARTIMENTO 9 ASL AL + AO AL	PROGRAMMA 6
Popolazione obiettivo FS	3.627	6.619	10.246
Inviti	4.039	4.526	8.565
% obiettivo	111,4 %	68,4 %	83,6 %
Inviti FIT	4.916	21.834	26.750
popolazione obiettivo 58-69 - copertura da esami	8.543	28.453	36.996
FS - sigmoidoscopie	913	191	1.104
FIT – ricerca sangue occulto feci	3.678	9.891	13.569
Totale	4.591	10.082	14.673
% obiettivo	53,7 %	35,4 %	39,7 %

L'obiettivo è stato raggiunto per la copertura da esami.

L'obiettivo non è stato raggiunto per la copertura da inviti.

Da alcuni anni, purtroppo, esistono forti criticità dovute alla limitata offerta dei Servizi di Endoscopia dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria e del P.O. di Casale Monferrato circa la disponibilità ad eseguire sigmoidoscopie di primo livello; tali carenze hanno creato una forte dicotomia tra i vari centri.

La S.O. UVOS ha cercato di inviare gli assistiti del territorio alessandrino e di quello casalese nelle altre strutture ma con scarsi risultati e, di conseguenza, si è registrato una notevole riduzione dell'adesione, oltre ad una congestione dell'attività delle altre endoscopie dell'ASL che devono provvedere anche all'esecuzione delle colonscopie indotte (da ricerca sangue occulto nelle feci positivi e/o sigmoidoscopie positive) degli assistiti risultati positivi provenienti dal territorio di Alessandria.

OBIETTIVO 4.6

DONAZIONI ORGANI

Piena attuazione, attraverso il Coordinamento Ospedaliero, dei parametri fissati dal Coordinamento Regionale delle donazioni e dei Prelievi di organi e tessuti finalizzati a incrementare nel 2018 il numero di donatori di organi e cornee rispetto al 2017.

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

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

Per ogni Presidio Ospedaliero in elenco, viene valutato il BDI. Per i presidi Ospedalieri con più rianimazioni viene valutato il BDI complessivo. BDI atteso 2018:

a. Tra il 20 e il 40 % per i P.O. senza neurochirurgia;

b. Almeno il 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 compatibile nel 2018.

2. Non opposizioni alla donazione di organi

Nel 2017 il Piemonte si è caratterizzato per un tasso di opposizione alla donazione di organi del 34%, ben superiore alla media nazionale. Pertanto, per migliorare il procurement di organi, viene inserito come obiettivo di governo regionale il controllo delle opposizioni alla donazione di organi. Per ogni Presidio Ospedaliero, tasso di opposizione alla donazione di organi inferiore al 33% della segnalazioni di morte encefalica.

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

3. Donatori di Cornee

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

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 2017 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 2017 fra i 5 e i 75 anni compresi.

INDICATORE

1. BDI = n° morti encefaliche segnalate nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero/n° decessi di soggetti ricoverati nei Reparti di rianimazione del Presidio Ospedaliero con una patologia compatibile con l'evoluzione verso la morte encefalica

2. n° di opposizioni alla donazione di organi nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero/n° di segnalazioni di morte encefalica nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero

2. n° donatori di cornea nel 2018 / totale decessi ospedalieri del 2016 fra i 5 e i 75 anni compresi

VALORE DELL'OBIETTIVO

Cfr. Tabelle seguenti nell'allegato alla D.R.G.

Tracking
Incontri di monitoraggio obiettivi
31.12.2018

Punteggio
ASL 3/100

Attuazione parametri fissati dal Coordinamento regionale delle donazioni e dei Prelievi di organi e tessuti finalizzati ad incrementare nel 2018 il numero di donatori di organi e cornee rispetto al 2017, per un valore di segnalazione di soggetti in morte encefalica (BDI) atteso tra il 20% e il 40% (Ospedali senza Neurochirurgia) e numero di donatori pari al 10% dei decessi ospedalieri del 2017 fra i 5 e i 75 anni compresi (Ospedali senza Neurochirurgia e con meno di 400 posti letto).

Si riportano i dati aggiornati a **dicembre 2018**, come forniti dai Coordinatori locali:

DONAZIONI CORNEE : INDICATORE- N° DONATORI CORNEA NEL 2018/TOTALE DECESSI

OSPEDALIERI DEL 2017¹ FRA I 5 E I 75 ANNI COMPRESI

DONAZIONI CORNEE ANNO 2018		
Presidio Ospedaliero	Donatori cornee al 31.12.18	Obiettivo 2018
CASALE	15	11
TORTONA	11	5
NOVI	8	9
ACQUI	9	8
TOTALE	43	33

L'obiettivo aziendale risulta **raggiunto**.

L'unico Presidio che non ha raggiunto l'obiettivo (per una unità) risulta essere quello di Novi. Sono state verificate le tipologie di pazienti afferenti presso il P.O. di Novi e i potenziali donatori, con il risultato di riscontrare una adesione alle indicazioni regionali.

¹ indicatore regionale costruito sui decessi dell'anno precedente.

SEGNALAZIONI DI SOGGETTI IN MORTE ENCEFALICA (BDI%): INDICATORE - N° MORTI ENCEFALICHE SEGNALATE NEI REPARTI DI RIANIMAZIONE / N° DECESSI DI SOGGETTI RICOVERATI NEI REPARTI DI RIANIMAZIONE CON PATOLOGIA COMPATIBILE CON L'EVOLUZIONE VERSO LA MORTE ENCEFALICA.

BDI % ANNO 2018		
Presidi Ospedalieri	Dato 31.12.18	Obiettivo 2018
CASALE	33%	20-40%
TORTONA	Nessun decesso compatibile con morte encefalica	20-40%
NOVI	100%	20-40%
ACQUI	50%	20-40%

% OPPOSIZIONE ALLA DONAZIONE DI ORGANI ANNO 2018		
Presidi Ospedalieri	Dato al 31.12.18	Obiettivo 2018
CASALE	2 opposizioni/3 segnalazioni morti encefaliche 66,6%	< 33%
TORTONA	Nessun decesso compatibile con morte encefalica	< 33%
NOVI	0 opposizioni su 1 caso di morte encefalica = 0	< 33%
ACQUI	0 opposizioni su 2 casi di morte encefalica = 0	< 33%

OBIETTIVO 4.7

UMANIZZAZIONE

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

Il Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2015, approvato con DCR n. 167-14087 del 3 aprile 2012, ha previsto l'adozione di strumenti finalizzati allo sviluppo del processo di empowerment attraverso il rafforzamento delle sue tre componenti fondamentali:

il "controllo" riferito alla capacità di influenzare le decisioni che riguardano la propria esistenza; la "consapevolezza critica" consistente nella comprensione del funzionamento delle strutture di potere e dei processi decisionali, di come i fattori in gioco vengono influenzati e le risorse mobilitate; la "partecipazione" attinente all'operare insieme agli altri per ottenere risultati desiderati e condivisi.

INDICATORE

Aggiornamento Piani di miglioramento aziendali sulla base delle risultanze della 3^a fase del programma nazionale di valutazione partecipata della qualità delle strutture di ricovero nonché delle eventuali criticità evidenziate in sede di attuazione degli ulteriori obiettivi di umanizzazione assegnati con DGR n: 101 del 3.8.2017 ed eventuali altri item definiti a livello regionale.

Implementazione/completamento azioni correttive di rilevanza aziendale individuate nei Piani di miglioramento.

VALORE DELL'OBIETTIVO

Azioni di miglioramento implementate/completate

Tracking

Incontri di monitoraggio obiettivi

31.12.2018

Punteggio

ASL 5/100

L'obiettivo 4.7 Umanizzazione, prevedeva nel corso del 2018, **l'implementazione delle azioni correttive a lungo termine definite nel Piano di Miglioramento** approvato con atto deliberativo n.948 del 23.12.2016.

Si è provveduto pertanto a contattare i Direttori delle Strutture direttamente interessate per l'attuazione delle azioni di miglioramento con richiesta dello stato di avanzamento dei lavori.

Si è poi proceduto all'acquisizione delle evidenze attestanti il superamento delle singole criticità e relativamente ad alcuni item è stata eseguita, con il supporto dei relativi responsabili, una analisi dettagliata della documentazione fornita per presentarla successivamente al vaglio della Direzione Generale.

Terminata la raccolta delle evidenze e tenuto conto delle osservazioni e valutazioni dei responsabili di struttura interessati e della Direzione generale è stata implementata la tabella inerente alle azioni di miglioramento a lungo termine e si è proceduto a pianificare l'incontro con l'equipe locale.

L'incontro per la disamina, valutazione, condivisione delle azioni correttive a lungo termine previste ed implementate si è svolto il 4.2.2019 presso la Direzione Generale.

A sostegno di quanto descritto si allega, quale documentazione attestante l'effettuazione e l'implementazione delle **azioni correttive a lungo termine individuate nel Piano di Miglioramento:**

- verbale riunione con equipe regionale per verifica ed applicazioni azioni a lungo termine;
- copia check list del piano di miglioramento a lungo termine integrata con l'indicazione della documentazione presentata, discussa, condivisa ed approvata con l'equipe.

5. GESTIONE DELLA SPESA RELATIVA AI BENI: FARMACI E DM

Obiettivo 5.1

ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE E OSPEDALIERA : APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA E RIDUZIONE DELLA VARIABILITA'

La legge 11 dicembre 2016 n. 232 prevede (Art. 1 Comma 398) che a decorrere dall'anno 2017, il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera di cui all'articolo 5, comma 5, del decreto legge 1° ottobre 2007 n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007 n. 222, è calcolato al lordo della spesa per i farmaci di classe A in distribuzione diretta e distribuzione per conto, ed è rideterminato nella misura del 6,89 per cento. Conseguentemente il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera assume la denominazione di "Tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti". Allo stesso modo (Art. 1 Comma 399) il tetto della spesa farmaceutica territoriale è rideterminato nella misura del 7,96 per cento assumendo la denominazione di "Tetto della spesa farmaceutica convenzionata". Dalle analisi condotte dalla Direzione Sanità si rileva un'elevata variabilità dell'incidenza prescrittiva sia a livello di singola azienda che fra i singoli prescrittori. L'obiettivo è rivolto al perseguimento di una maggiore appropriatezza prescrittiva nonché al contenimento della variabilità con particolare riferimento alle categorie sotto descritte. Occorre sottolineare che l'obiettivo non intende in alcun modo limitare la libertà prescrittiva dei medici che mantengono la possibilità di effettuare prescrizioni terapeutiche motivatamente indirizzate verso i trattamenti farmacologici più costosi laddove giustificate esigenze di cura, non altrimenti perseguibili in modo egualmente efficace, lo richiedono.

Gli scostamenti presi in esame riguardano le seguenti categorie:

Farmaci ambito territoriale

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

INDICATORE

Per le 5 ATC in ambito territoriale: spesa 2017 – spesa di riferimento calcolata sul consumo pro capite del best performer.

VALORE DELL'OBIETTIVO

La spesa in regime convenzionale nel 2018 per i farmaci:

1. Inibitori di Pompa Acida (ATC=A02BC);
2. Antibatterici per uso sistemico in ambito territoriale (ATC=J01)

- | |
|---|
| <p>3. Betabloccanti, Calcio-Antagonisti, Sostanze ad azione sul sistema Renina-Angiotensina (ATC= C07, C08, C09)
4. Antidepressivi (ATC=N06A)
5. Farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie (ATC=R03)
ha quale riferimento la spesa pro-capite (per popolazione pesata) registrata dall'ASL best performer nell'anno 2017 per singola molecola. Ogni ASL deve ridurre di almeno il 50% lo scostamento tra la propria spesa pro-capite (per popolazione pesata) e quella di riferimento dell'azienda best performer;</p> |
|---|

Tracking

Incontri di monitoraggio obiettivi

31.12.2018

Punteggio

ASL 5/100

Premessa

Poiché gli obiettivi di farmaceutica si inseriscono in un più ampio quadro di contenimento della spesa territoriale e ospedaliera riportiamo di seguito la situazione dell'ASL AL anno 2018 rispetto al 2017 e rispetto alle altre Aziende Sanitarie Regionali sui 4 principali capitoli di spesa.

Il dato di confronto è aggiornato a novembre, in attesa della disponibilità dei dati di consuntivo 2018.

PROGRESSIVO A NOVEMBRE								
		convenzionata	distribuzione per conto	distribuzione diretta	ospedaliera	totali		
	AZIENDA	2018	2018	2018	2018	2018	diff. val ass.	diff. val %
203	TO3	70.329.519	16.797.039	25.434.354	6.490.705	119.051.618	- 5.454.706	-4,38
204	TO4	61.791.615	12.332.686	28.039.606	11.749.616	113.913.524	2.688.209	2,42
205	TO5	34.860.294	7.860.596	14.805.394	5.653.895	63.180.179	237.235	0,38
206	VC	22.209.520	4.170.214	10.308.792	6.490.976	43.179.502	64.841	0,15
207	BI	21.113.554	4.021.957	14.239.288	7.533.790	46.908.590	5.494	0,01
208	NO	39.981.664	8.566.441	13.156.695	4.199.422	65.904.222	- 2.116.729	-3,11
209	VCO	18.803.721	2.543.748	11.763.884	5.780.203	38.891.556	- 9.724	-0,02
210	CN1	41.800.872	9.218.447	21.788.750	6.290.024	79.098.092	2.296.079	2,99
211	CN2	19.254.999	3.703.159	10.666.023	7.918.130	41.542.311	2.671.484	6,87
212	AT	26.054.649	5.169.225	16.838.674	12.434.609	60.497.157	4.349.032	7,75
213	AL	55.909.085	12.036.496	24.279.408	12.164.765	104.389.754	1.557.399	1,51
301	TO1+TO2	107.667.184	22.830.124	75.661.417	22.562.662	228.721.388	- 1.120.080	-0,49
904	SLIIGI	-	-	16.209.687	17.591.445	33.801.132	3.376.990	11,10
905	MAG. NO	-	-	16.278.310	24.259.652	40.537.962	5.335.879	15,16
906	S. CROCE CN	-	-	9.531.357	19.780.364	29.311.721	3.082.016	11,75
907	S. BIAGIO AL	-	-	11.222.654	18.997.557	30.220.211	2.216.051	7,91
908	MAUR. TO	-	-	4.868.939	12.478.562	17.347.501	3.190.366	22,54
909	CITTA' SALUTE	-	-	31.182.338	81.318.931	112.501.269	14.868.519	15,23
Totale complessivo		519.776.677	109.250.132	356.275.572	283.695.308	1.268.997.689	37.238.356	3,02
		delta 18 vs 17						
	convenzionata	- 2.821.813						
	distribuzione per conto	1.067.670						
	distribuzione diretta	2.649.767						
	ospedaliera	661.775						
	totali	1.557.399	4,18% dell'aumento regionale					

L'ASL ha registrato un **aumento complessivo dell'1,51%**, inferiore a quello regionale **(+3,02%)**, che si sostanzia in un **aumento** in termini assoluti di **1.557.399**, pari al 4,18 % della quota di incremento regionale.

Nell'importo della spesa ospedaliera è ricompresa anche la spesa per **innovativi oncologici** che per l'ASL AL ha visto un incremento anno 2018 rispetto al 2017 di 950.000 euro.

1. GESTIONE SPESA BENI

OBIETTIVO 5.1

ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE ED OSPEDALIERA: APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA E RIDUZIONE DELLA VARIABILITA'

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

Dalle analisi condotte dalla Direzione Sanità si rileva un'elevata variabilità dell'incidenza prescrittiva sia a livello di singola azienda che fra i singoli prescrittori. L'obiettivo è rivolto al perseguimento di una maggiore appropriatezza prescrittiva nonché al contenimento della variabilità con particolare riferimento alle categorie sotto descritte. Occorre sottolineare che l'obiettivo non intende in alcun modo limitare la libertà prescrittiva dei medici che mantengono la possibilità di effettuare prescrizioni terapeutiche motivatamente indirizzate verso i trattamenti farmacologici più costosi laddove giustificate esigenze di cura, non altrimenti perseguibili in modo egualmente efficace, lo richiedono.

Gli scostamenti presi in esame riguardano le seguenti categorie:

Farmaci ambito territoriale

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

RISULTATI ANNO 2018

Si evidenzia come, anche per quest'anno, in sede di valutazione degli obiettivi relativi all'assistenza farmaceutica, assuma particolare rilevanza la variabile demografica / geografica dell'Azienda Sanitaria territoriale chiamata al raggiungimento degli stessi, tenuto conto che per Aziende Sanitarie di grandi dimensioni, come l'ASL AL, sussistono difficoltà di maggiore entità per la più alta frammentazione dei soggetti prescrittori ed erogatori.

Si riportano i risultati relativi all'obiettivo in esame con i dati disponibili e relativi al periodo al 2018, confrontati con pari periodo dell'anno precedente.

I dati sono tratti da elaborazioni IQVIA - Farma 360.

Spesa lorda

Fonte dati: IQVIA

AL	SITUAZIONE 2018					
	Pro capite Best Performer Anno 2017	Pro Capite obiettivo Target diminuzione 50% della differenza tra Pro Cap ASL e BP	Spesa Farmaceutica Convenzionata Gennaio-Dicembre 2018	Spesa pro capite 2018	% di raggiungimento dell'obiettivo	% obiettivo mancante
A02BC INIBITORI DELLA POMPA ACIDA	7,69	9,50	4.905.115	10,53	90,2%	9,8%
J01 ANTIBATTERICI PER USO SISTEMICO	6,71	7,96	4.134.682	8,88	89,6%	10,4%
C07-C08-C09 ANTIPERTENSIVI	26,48	27,99	13.013.155	27,94	100,2%	
N06A ANTIDEPRESSIVI	6,33	6,75	3.329.411	7,15	94,5%	5,5%
R03 RESPIRATORIO	13,33	14,20	6.828.655	14,66	96,9%	3,1%

Si evidenzia come il risparmio complessivo sulle 5 classi oggetto di monitoraggio è stato per ASL AL di 1.446.670 euro.

Ad integrazione degli esiti dell'obiettivo come sopra prospettati, tenuto conto del dato 2017, si espongono le seguenti tabelle che confrontano le performance delle AA.SS. regionali ed evidenziano come **l'ASL AL abbia ottenuto risparmi anche molto significativi per ogni ATC oggetto di obiettivo, pur non raggiungendo al 100% gli obiettivi assegnati**, circostanza verificatasi anche per altre Aziende regionali.

ASL AL vs Piemonte:

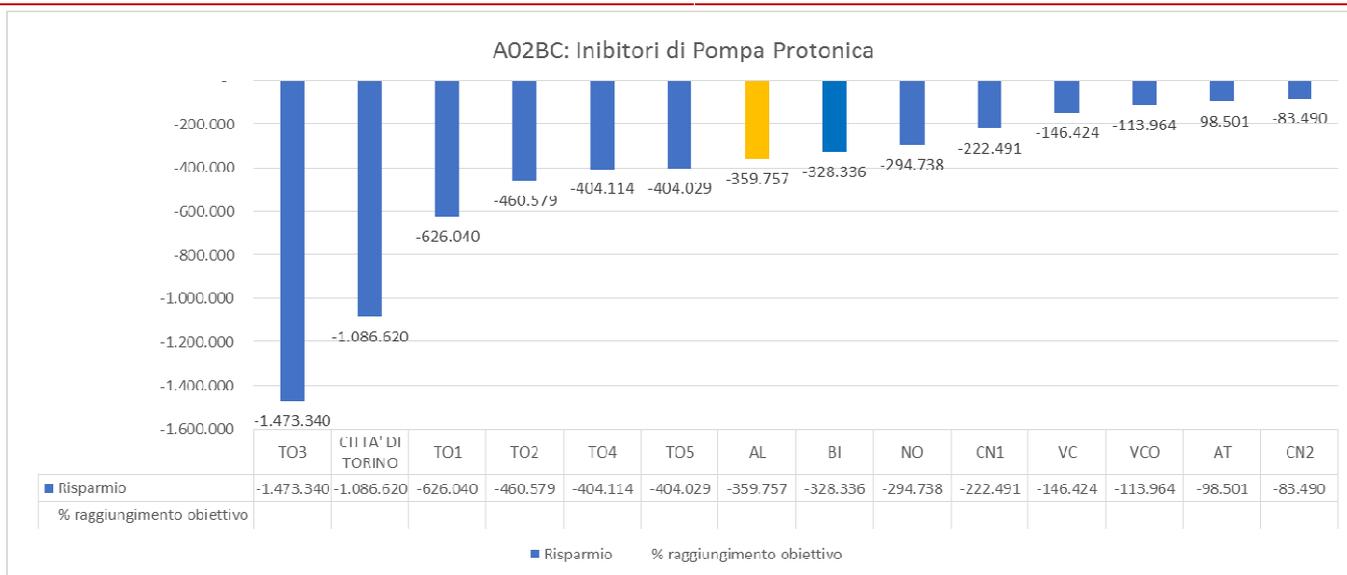
Risparmi sulle classi oggetto di obiettivi 2017 – 2018

La variazione di spesa gennaio-dicembre 2018 (fonte IQVIA EX IMS) rispetto all'anno precedente per alcune classi oggetto di monitoraggio, confrontata a livello regionale per singola Azienda Sanitaria, è riportata nelle tabelle che seguono e mostrata graficamente nelle immagini che evidenziano risparmi e % di raggiungimento dell'obiettivo dell'ASL AL e delle altre Aziende regionali.

INIBITORI DI POMPA PROTONICA – A02BC

	Conv. Lorda Gennaio- Dicembre 2017	Conv. Lorda Gennaio- Dicembre 2018	Variazione 2018 vs 2017	Totale risparmio	% risparmio su regione
1_A02BC					
PIEMONTE	50.554.521	45.538.715	-9,9%	-5.015.805	100,0%
TO3	6.725.191	5.251.851	-21,9%	-1.473.340	29,4%
CITTA' DI TORINO	11.338.644	10.252.024	-9,6%	-1.086.620	21,7%
TO1	6.726.023	6.099.983	-9,3%	-626.040	
TO2	4.612.621	4.152.041	-10,0%	-460.579	
TO4	6.396.988	5.992.873	-6,3%	-404.114	8,1%
TO5	3.383.927	2.979.898	-11,9%	-404.029	8,1%
AL	5.264.873	4.905.115	-6,8%	-359.757	7,2%
BI	2.279.886	1.951.550	-14,4%	-328.336	6,5%
NO	3.764.761	3.470.023	-7,8%	-294.738	5,9%
CN1	3.109.772	2.887.281	-7,2%	-222.491	4,4%
VC	2.120.713	1.974.289	-6,9%	-146.424	2,9%
VCO	1.945.491	1.831.527	-5,9%	-113.964	2,3%
AT	2.475.162	2.376.661	-4,0%	-98.501	2,0%
CN2	1.749.113	1.665.622	-4,8%	-83.490	1,7%

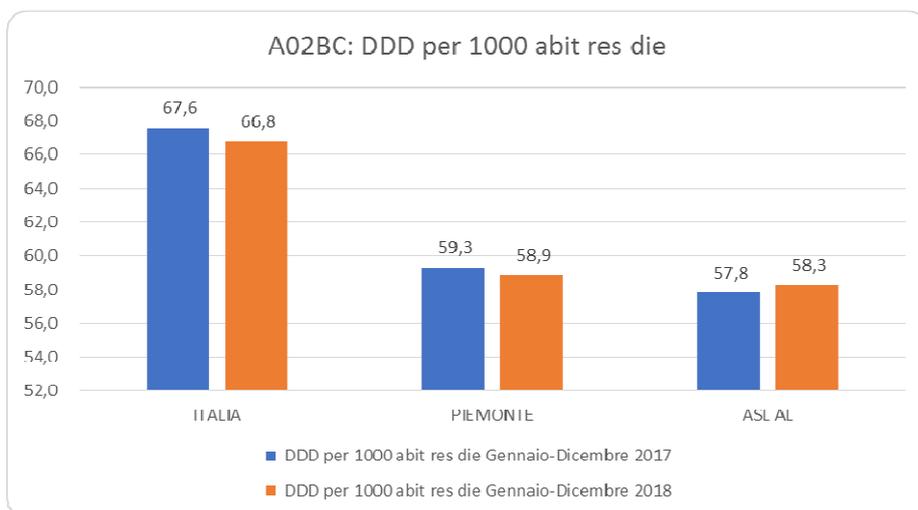
RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO AL 90,2 %



Sulla classe degli Inibitori di Pompa Protonica si lavorerà anche nel corso del 2019 con l'obiettivo di:

- ridurre le prescrizioni non contemplate nelle note AIFA 1/48
- indirizzare la prescrizione verso i confezionamenti più convenienti dal punto di vista economico

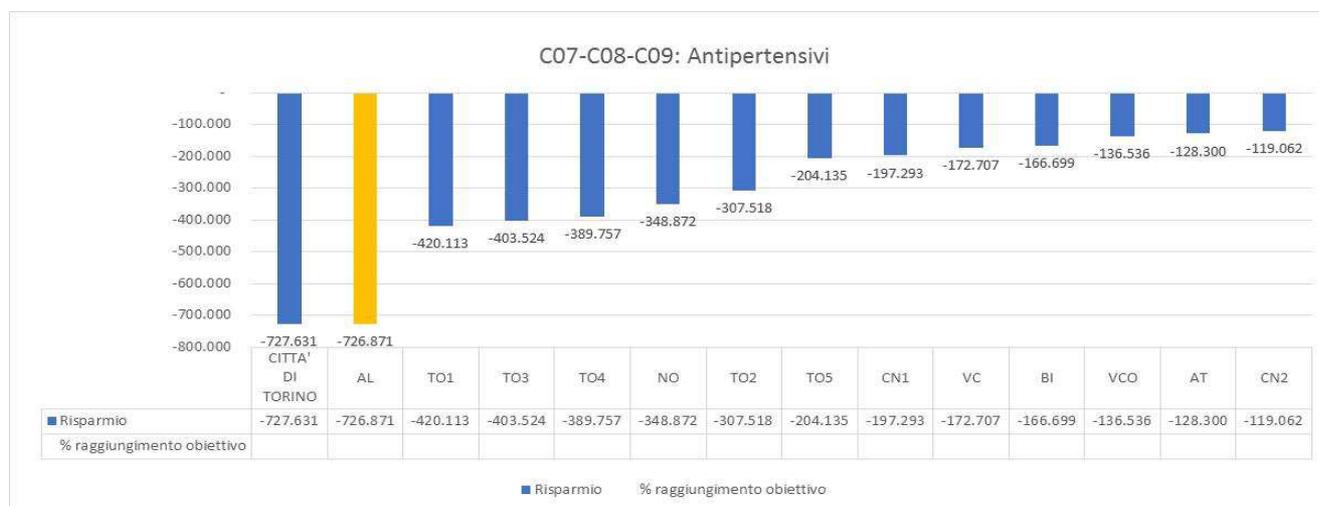
Si evidenzia comunque una prescrizione aziendale in termini di quantità leggermente inferiore al dato regionale e significativamente al di sotto di quello nazionale.



ANTIPERTENSIVI – C07-C08-C09

	Conv. Lorda Gennaio- Dicembre 2017	Conv. Lorda Gennaio- Dicembre 2018	Variazione 2018 vs 2017	Totale risparmio	% risparmio su regione
2_C07-C08-C09					
PIEMONTE	125.976.612	122.255.224	-3,0%	-3.721.388	100,0%
CITTA' DI TORINO	24.619.916	23.892.285	-3,0%	-727.631	19,6%
AL	13.740.026	13.013.155	-5,3%	-726.871	19,5%
TO1	13.773.849	13.353.736	-3,1%	-420.113	
TO3	16.127.116	15.723.592	-2,5%	-403.524	10,8%
TO4	14.914.767	14.525.010	-2,6%	-389.757	10,5%
NO	10.608.142	10.259.270	-3,3%	-348.872	9,4%
TO2	10.846.067	10.538.549	-2,8%	-307.518	
TO5	8.383.456	8.179.321	-2,4%	-204.135	5,5%
CN1	10.705.511	10.508.218	-1,8%	-197.293	5,3%
VC	5.688.547	5.515.840	-3,0%	-172.707	4,6%
BI	5.289.306	5.122.607	-3,2%	-166.699	4,5%
VCO	5.085.888	4.949.352	-2,7%	-136.536	3,7%
AT	6.126.722	5.998.422	-2,1%	-128.300	3,4%
CN2	4.687.215	4.568.153	-2,5%	-119.062	3,2%

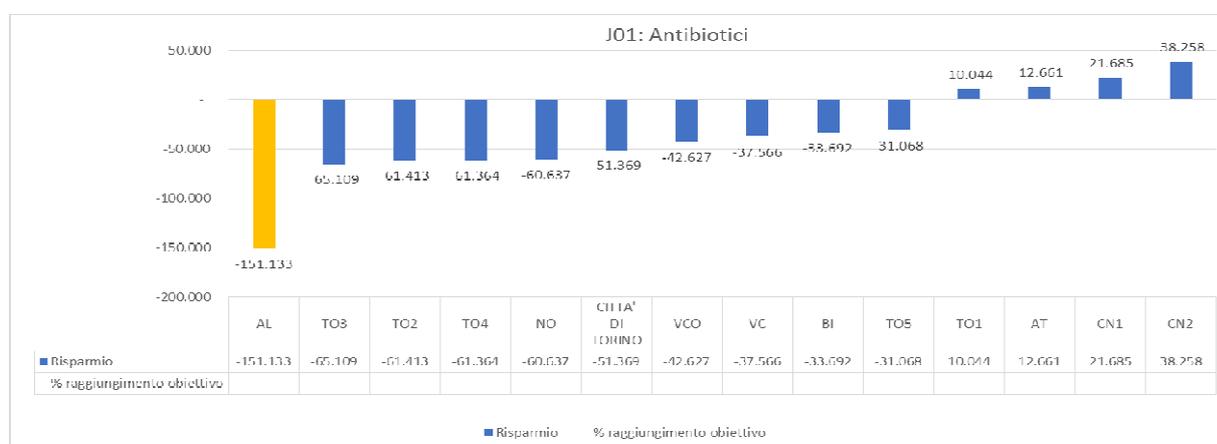
RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO AL 100,2 %



ANTIBIOTICI – J01

	Conv. Lorda Gennaio- Dicembre 2017	Conv. Lorda Gennaio- Dicembre 2018	Variazione 2018 vs 2017	Totale risparmio	% risparmio su regione
3_J01					
PIEMONTE	35.877.685	35.415.724	-1,3%	-461.961	100,0%
AL	4.285.816	4.134.682	-3,5%	-151.133	32,7%
TO3	4.799.823	4.734.714	-1,4%	-65.109	14,1%
TO2	3.187.178	3.125.764	-1,9%	-61.413	
TO4	4.487.965	4.426.600	-1,4%	-61.364	13,3%
NO	2.823.156	2.762.518	-2,1%	-60.637	13,1%
CITTA' DI TORINO	7.111.780	7.060.411	-0,7%	-51.369	11,1%
VCO	1.233.373	1.190.745	-3,5%	-42.627	9,2%
VC	1.498.527	1.460.961	-2,5%	-37.566	8,1%
BI	1.332.571	1.298.879	-2,5%	-33.692	7,3%
TO5	2.288.434	2.257.366	-1,4%	-31.068	6,7%
TO1	3.924.602	3.934.647	0,3%	10.044	
AT	1.913.495	1.926.155	0,7%	12.661	-2,7%
CN1	2.714.081	2.735.767	0,8%	21.685	-4,7%
CN2	1.388.666	1.426.924	2,8%	38.258	-8,3%

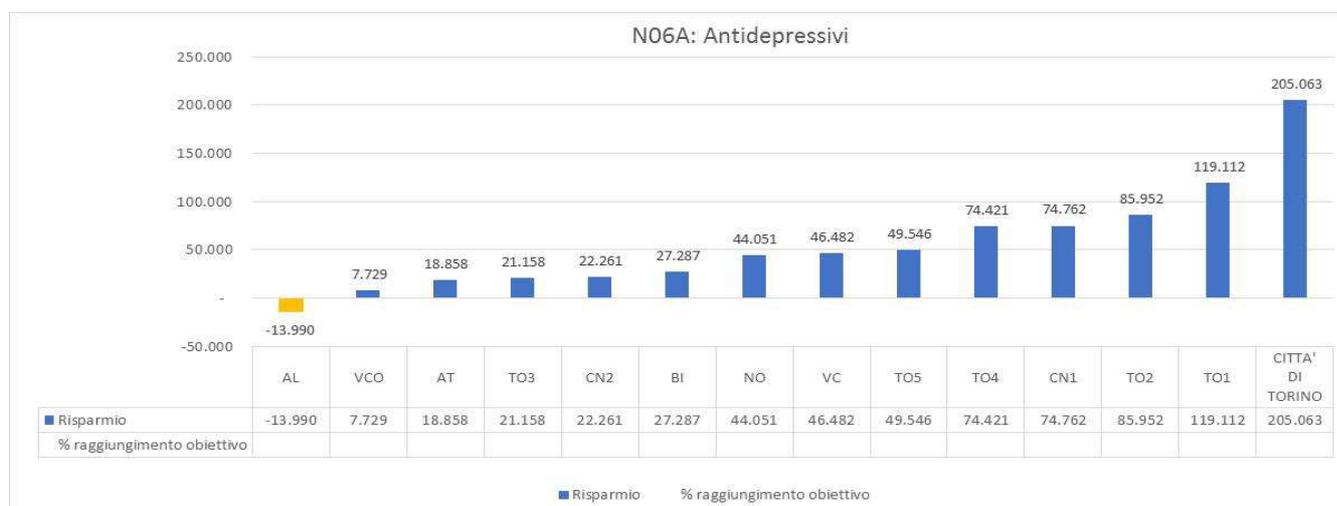
RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO AL 89,6% - ASL AL è la prima a livello regionale in termini di risparmio su questa classe



ANTIDEPRESSIVI – N06A

	Conv. Lorda Gennaio- Dicembre 2017	Conv. Lorda Gennaio- Dicembre 2018	Variazione 2018 vs 2017	Totale risparmio	% risparmio su regione
4_N06A					
PIEMONTE	30.417.696	30.995.324	1,9%	577.629	100,0%
AL	3.343.401	3.329.411	-0,4%	-13.990	-2,4%
VCO	1.221.217	1.228.946	0,6%	7.729	1,3%
AT	1.387.296	1.406.154	1,4%	18.858	3,3%
TO3	3.900.064	3.921.222	0,5%	21.158	3,7%
CN2	1.310.497	1.332.758	1,7%	22.261	3,9%
BI	1.184.292	1.211.579	2,3%	27.287	4,7%
NO	2.103.973	2.148.024	2,1%	44.051	7,6%
VC	1.243.906	1.290.388	3,7%	46.482	8,0%
TO5	2.219.785	2.269.331	2,2%	49.546	8,6%
TO4	3.303.898	3.378.318	2,3%	74.421	12,9%
CN1	3.097.936	3.172.698	2,4%	74.762	12,9%
TO2	2.445.909	2.531.860	3,5%	85.952	
TO1	3.655.524	3.774.636	3,3%	119.112	
CITTA' DI TORINO	6.101.433	6.306.496	3,4%	205.063	35,5%

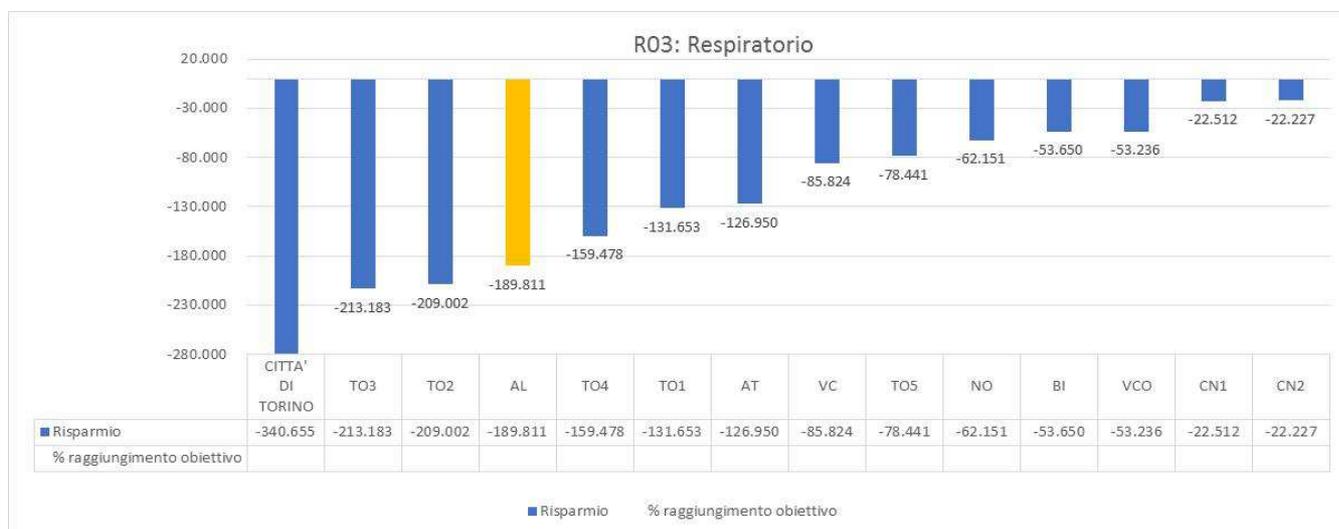
RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO AL 94,5% - ASL AL è la prima a livello regionale in termini di risparmio su questa classe



RESPIRATORIO – R03

	Conv. Lorda Gennaio- Dicembre 2017	Conv. Lorda Gennaio- Dicembre 2018	Variazione 2018 vs 2017	Totale risparmio	% risparmio su regione
5_R03					
PIEMONTE	63.605.584	62.197.466	-2,2%	-1.408.117	100,0%
CITTA' DI TORINO	13.726.797	13.386.142	-2,5%	-340.655	24,2%
TO3	8.405.924	8.192.741	-2,5%	-213.183	15,1%
TO2	6.183.231	5.974.229	-3,4%	-209.002	
AL	7.018.466	6.828.655	-2,7%	-189.811	13,5%
TO4	7.432.103	7.272.626	-2,1%	-159.478	11,3%
TO1	7.543.566	7.411.913	-1,7%	-131.653	
AT	2.992.935	2.865.986	-4,2%	-126.950	9,0%
VC	2.444.752	2.358.928	-3,5%	-85.824	6,1%
TO5	4.016.029	3.937.588	-2,0%	-78.441	5,6%
NO	4.497.333	4.435.182	-1,4%	-62.151	4,4%
BI	2.646.552	2.592.901	-2,0%	-53.650	3,8%
VCO	2.346.377	2.293.141	-2,3%	-53.236	3,8%
CN1	5.767.593	5.745.081	-0,4%	-22.512	1,6%
CN2	2.310.724	2.288.497	-1,0%	-22.227	1,6%

RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO AL 96,9%



Azioni svolte sugli obiettivi di spesa farmaceutica per l'anno 2018:

- incontri periodici del Direttore SS.CC. Farmacia Ospedaliera e Territoriale con i Direttori di Distretto;
- accordo con i MMG;
- incontri con i MMG in equipe;
- incontri con i MMG iperprescrittori;
- incontri tematici con i MMG su IPP e diabete;
- invio ai MMG delle estrazioni relative alle particolari categorie di farmaci;
- invio note ai MMG relativamente alle prescrizione di farmaci in DPC, antipertensivi, antidepressivi, antibiotici, inibitori di pompa protonica;
- incontri con gli Specialisti Diabetologi e Psichiatri / Neurologi;
- report inviati ai MMG/PLS con il monitoraggio per singolo prescrittore delle classi oggetto di obiettivo;
- attività dei CAP distrettuali;
- incontri tematici con specialisti dell'Azienda Ospedaliera.

OBIETTIVO 5.2

MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DEL FLUSSO INFORMATICO DEI DISPOSITIVI MEDICI

Verifica della disponibilità, completezza, qualità e miglioramento nel tempo dell'acquisizione nel flusso informativo regionale dei dati relativi al monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici (Decreto Ministeriale 11 giugno 2010 "Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio Sanitario Nazionale").

L'obiettivo è allineato rispetto agli adempimenti LEA nonché alle performance di alcune regioni benchmark come risulta dal "Rapporto sulla spesa rilevata dalle strutture sanitarie pubbliche del SSN per l'acquisto di dispositivi medici – Anno 2016 –" a cura del Ministero della Salute.

INDICATORE

1. Rapporto tra i dati di consumo aziendale dei dispositivi medici ed i costi rilevati dal modello di conto economico.

Flusso Consumi DMRP2018(esclusa la CND W- Dispositivi medico-diagnostici in vitro)

CE 2018 (Voci B.1.A.3.1 + B.1.A.3.2)

2. Compilazione dei campi "Identificativo contratto" e "codice CIG" del tracciato contratti (DMRP-Contratti) del flusso regionale DMRP (rispettivamente campo 16.0 e campo 32.0 del Tracciato contratti indicato nel Disciplinare regionale del flusso DMRP, reperibile su Sistema Piemonte con CIG per lotto.

3. compilazione del campo "Forma di negoziazione" del tracciato contratti del flusso regionale DMRP, per ognuno dei record inviati al flusso (campo 20.0 del Tracciato contratti indicato nel Disciplinare regionale del flusso DMRP, reperibile su Sistema Piemonte).

VALORE DELL'OBIETTIVO

1. Coerenza, con un margine di tolleranza del +/- 5%, tra la spesa aziendale per DM rilevata da flusso DMRP rispetto ai costi imputati da CE alle voci:

B.1.A.3.1 (dispositivi medici);

B.1.A.3.2 (dispositivi medici impiantabili attivi);

2. Almeno il 95% dei codici CIG inseriti nei campi "Identificativo Contratto" e "Codice CIG" inviati al flusso DMRP-Contratti nel 2018 deve trovare corrispondenza nell'archivio dei codici CIG rilasciati dall'ANAC;

3. Almeno il 95% dei record inviati al flusso DMRP-Contratti nel 2018 deve presentare la compilazione del campo "Forma di negoziazione"

Tracking

Incontri di monitoraggio obiettivi

Riunioni periodiche svolte con referenti del settore regionale responsabile, ASR e CSI nel 2018

Valutazione finale sulla base dei dati al 31.12.2018

Punteggio

ASL 3/100

Nel corso di specifici incontri tra le strutture aziendali interessate erano state evidenziate in corso d'anno alcune criticità in merito al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

1. Rapporto tra i dati di consumo aziendale dei dispositivi medici ed i costi rilevati dal modello di conto economico.

Valore obiettivo: Coerenza, con un margine di tolleranza del +/- 5%, tra la spesa aziendale per DM rilevata da flusso DMRP rispetto ai costi imputati da CE alle voci: B.1.A.3.1 (dispositivi medici) e B.1.A.3.2 (dispositivi medici impiantabili attivi);

2. Compilazione dei campi "Identificativo Contratto" e "Codice CIG" del tracciato Contratti (DMRP □ Contratti) del flusso regionale DMRP.

Valore obiettivo: Almeno il 95% dei codici CIG inseriti nei campi "Identificativo Contratto" e "Codice CIG" inviati al flusso DMRP □ Contratti nel 2018 deve trovare corrispondenza nell'archivio dei codici CIG rilasciati dall'ANAC;

3. Compilazione del campo "Forma di negoziazione" del tracciato Contratti del flusso regionale DMRP, per ognuno dei record inviati al flusso.

Valore obiettivo: Almeno il 95% dei record inviati al flusso DMRP □ Contratti nel 2018 deve 42 presentare la compilazione del campo "Forma di negoziazione".

Erano state pertanto intraprese alcune **azioni correttive** finalizzate all'implementazione dei dati in allora esistenti, attraverso il recupero di una parte dei CIG non immessi sull'applicativo aziendale perché non eletti come "traccianti", il corrispondente confronto con i dati inseriti sull'Osservatorio Regionale dei Contratti (obbligatorio per i CIG di importo superiore a € 40.000,00) ed una verifica circa l'inserimento della "forma di contrattazione" laddove non già presente.

L'attività svolta deve essere riconsiderata alla luce della nota della Regione Piemonte n.00002927 del 07.02.2019, avente per oggetto "Monitoraggio obiettivi 5.2.1, 5.2.2., 5.2.3, 5.3.1. della DGR 26-6421 del 26/01/2018. Chiarimenti." con la quale sono stati trasmessi i

dati a consuntivo aggiornati al terzo trimestre dell'anno 2018 dai quali si evince il **raggiungimento degli obiettivi** con i seguenti risultati:

OBIETTIVO 1 Valore a consuntivo 3° semestre 2018: 95,7%

OBIETTIVO 2 Valore a consuntivo 3° semestre 2018: 98,4%

OBIETTIVO 3 Valore a consuntivo 3° semestre 2018: 98,1%

Da evidenziare che la richiamata nota regionale, rispetto all'attività intrapresa nel corso del mese di settembre 2018, circoscrive l'osservazione ai soli contratti stipulati nel corso dell'anno 2018 e precisa, nel caso di procedura di gara suddivisa in una pluralità di lotti, la necessità di valorizzare il campo "codice CIG" facendo ricorso a ognuno dei distinti CIG per lotto, ma salvaguardando comunque, l'elezione di un CIG individuato come "tracciante" per ogni Ditta ai fini della tracciabilità dei flussi finanziari prevista dalla Legge 13.08.2010 n. 136 e s.m.i. Dovrà essere attentamente valutata a livello informatico la possibilità di garantire l'inserimento sull'applicativo NFS tutti i CIG rilevanti ai fini del raggiungimento dell'obiettivo regionale, prevedendo tuttavia la possibilità di utilizzare il solo CIG "tracciante" nel corso del processo di esecuzione contrattuale e pagamento, come previsto dalla richiamata normativa e dalle indicazioni fornite dall'A.N.A.C.

In conclusione, resta ovviamente da verificare il dato consuntivo cumulato del 4° semestre 2018 ma, dal momento che l'attività di recupero dei dati si è concentrata proprio in questo periodo, il dato finale atteso non potrà far altro che consolidare, presumibilmente, quanto già conseguito.

Accanto al mero dato percentuale, quale indicatore del grado di raggiungimento dell'obiettivo, un'ulteriore azione correttiva dovrà essere focalizzata sull'incremento "quantitativo" dei dati inseriti che, tuttavia, risultano sostanzialmente in linea con le medie regionali e sul recupero e l'inserimento dei dati nel campo "forma di contrattazione", laddove mancante.

Obiettivo DG 5.2.1* DGR 26 gennaio 2018, n. 26-6421 - Monitoraggio consumi inviati al flusso DMRP-Consumi

PERIODO DI OSSERVAZIONE terzo trimestre 2018 (consumi inviati nel 2018 entro la scadenza del 5/11/2018** e spesa CE 1/01/2018-30/09/2018)

Fonti: PADDI - DWH DMRP-Consumi; CE

Aggiornamento: DWH DMRP 6/11/2018; CE 30/09/2018

Elaborazione: G.Mianulli - Presidio CSI-Piemonte presso Direzione Salute Ass.to alla Tutela della Salute e Sanità

Codice ASR	Denominazione ASR	COSTI DISPOSITIVI MEDICI IN FLUSSO DMRP-CONSUMI (al netto della CND W) [A]	SPESA PER DISPOSITIVI MEDICI IN VOCE CEB1.A.3.1 + B1.A.3.2 [B]	INDICATORE OBIETTIVO Incidenza costi su spesa CE (al netto degli IVD) [C= A / B]
301	ASL CITTÀ DI TORINO	€ 24.178.854	€ 27.960.481	86,5%
203	ASL TO3	€ 12.189.785	€ 12.822.000	95,1%
204	ASL TO4	€ 15.267.139	€ 16.612.500	91,9%
205	ASL TO5	€ 7.931.865	€ 7.926.000	100,1%
206	ASL VC	€ 8.048.865	€ 8.490.614	94,8%
207	ASL BI	€ 8.375.535	€ 7.972.680	105,1%
208	ASL NO	€ 4.640.620	€ 4.578.192	101,4%
209	ASL VCO	€ 5.708.359	€ 6.528.289	87,4%
210	ASL CN1	€ 9.689.243	€ 9.750.573	99,4%
211	ASL CN2	€ 6.368.831	€ 6.650.323	95,8%
212	ASL AT	€ 11.886.155	€ 12.159.780	97,7%
213	ASL AL	€ 12.843.914	€ 13.423.260	95,7%
904	AOU S. LUIGI GONZAGA	€ 8.068.569	€ 8.566.085	94,2%
905	AOU MAGGIORE DELLA CARITÀ	€ 19.494.040	€ 19.872.669	98,1%
906	AO S. CROCE E CARLE	€ 17.682.891	€ 18.432.220	95,9%
907	AO SS. ANTONIO E BIAGIO - C. ARRIGO	€ 17.341.947	€ 17.960.830	96,6%
908	AO ORDINE MAURIZIANO	€ 14.518.631	€ 15.169.579	95,7%
909	AOU CITTÀ DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA	€ 56.186.418	€ 60.785.163	92,4%
Totale Regione Piemonte		€ 260.421.659	€ 275.661.238	94,5%

Obiettivo DG 5.2.2* DGR 26 gennaio 2018, n. 26-6421 - Monitoraggio CG contratti 2018 inviati al flusso DMRP-Contratti

PERIODO DI OSSERVAZIONE terzo trimestre 2018 (contratti 2018** con data di stipula minore o uguale al 30/09/2018 e inviati entro la scadenza del 5/11/2018***)

Fonti: PADDI - DWH DMRP-Contratti; Archivio Osservatorio regionale Contratti Pubblici

Aggiornamento: PADDI 29/01/2019; OSSRP 19/11/2018

Elaborazione: G.Mianulli - Presidio CSI-Piemonte presso Direzione Salute Ass.to alla Tutela della Salute e Sanità

Codice ASR	Denominazione ASR	RECORD CONTRATTI 2018 [A]	RECORD CONTRATTI CON FORMA DI NEGOZIAZIONE COMPILATA [B]	RECORD CONTRATTI con forma di negoziazione compilata CON ADESIONE A CONSP [C]	RECORD CONTRATTI NON CONSP O PRIVI DI FORMA DI NEGOZIAZIONE [D = A - C]	RECORD CONTRATTI [D] CON SMART CIG ***** [E]	RECORD CONTRATTI [D] CON CIG [D - E] PRIVI DI RISCONTRO IN OSSERVATORIO CONTRATTI RP ***** [F = D - E - G]	RECORD DI CONTRATTI [D] CON CIG [D - E] AVVENTI RISCONTRO IN OSSERVATORIO CONTRATTI RP ***** [G]	INDICATORE OBIETTIVO Incidenza record con CIG avventi riscontro in OSSRP (al netto degli Smart CIG) [H = G / (D - E)]
301	ASL CITTÀ DI TORINO	1.081	1.001	87	994	429	10	555	98,2%
203	ASL TO3	397	310	0	397	263	0	134	100,0%
204	ASL TO4	367	367	0	367	207	37	123	76,9%
205	ASL TO5	1.527	1.239	0	1.527	1.230	0	297	100,0%
206	ASL VC	561	554	0	561	408	0	153	100,0%
207	ASL BI	340	340	0	340	182	0	158	100,0%
208	ASL NO	585	574	0	585	393	1	191	99,5%
209	ASL VCO	1.753	1.719	0	1.753	0	0	1.753	100,0%
210	ASL CN1	3.764	3.764	0	3.764	1.945	232	1.587	87,2%
211	ASL CN2	1.879	1.869	0	1.879	775	9	1.095	99,2%
212	ASL AT	6.005	5.858	0	6.005	3.507	19	2.479	99,2%
213	ASL AL	1.830	1.795	0	1.830	912	15	903	98,4%
904	AOU S. LUIGI GONZAGA	1.401	1.401	0	1.401	275	11	1.115	99,0%
905	AOU MAGGIORE DELLA CARITÀ	1.364	1.354	0	1.364	947	8	409	98,1%
906	AO S. CROCE E CARLE	2.911	2.870	0	2.911	1.041	67	1.803	96,4%
907	AO SS. ANTONIO E BIAGIO - C. ARRIGO	1.424	1.420	0	1.424	468	0	956	100,0%
908	AO ORDINE MAURIZIANO	1.592	1.592	0	1.592	879	4	709	99,4%
909	AOU CITTÀ DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA	4.961	3.802	6	4.955	1.281	27	3.647	99,3%
Totale Regione Piemonte		33.742	31.829	93	33.649	15.142	440	18.067	97,6%

Obiettivo DG5.2.3* DGR 26 gennaio 2018, n. 26-6421 - Monitoraggio forma di negoziazione contratti 2018 inviati al flusso DMRP-Contratti
PERIODO DI OSSERVAZIONE: terzo trimestre 2018 (contratti 2018 con data di stipula minore o uguale al 30/09/2018 e inviati entro la scadenza del 05/11/2018***)**

Fonte: PADDI - DWH DMRP-Contratti

Aggiornamento: 29/01/2019

Elaborazione: G.Mianulli - Presidio CSI-Piemonte presso Direzione Salute Ass.to alla Tutela della Salute e Sanità

Codice ASR	Denominazione ASR	RECORD CONTRATTI 2018 [A]	RECORD CONTRATTI PRIVI DI FORMA DI NEGOZIAZIONE [B]	RECORD CONTRATTI CON FORMA DI NEGOZIAZIONE COMPIUTA [C=A-B]	INDICATORE OBIETTIVO Incidenza record con Forma di negoziazione compilata [C/ A]
301	ASL_CITTÀ DI TORINO	1.081	80	1.001	92,6%
203	ASL_TO3	397	87	310	78,1%
204	ASL_TO4	367	0	367	100,0%
205	ASL_TO5	1.527	288	1.239	81,1%
206	ASL_VC	561	7	554	98,8%
207	ASL_BI	340	0	340	100,0%
208	ASL_NO	585	11	574	98,1%
209	ASL_VCO	1.753	34	1.719	98,1%
210	ASL_OV1	3.764	0	3.764	100,0%
211	ASL_OV2	1.879	10	1.869	99,5%
212	ASL_AT	6.005	147	5.858	97,6%
213	ASL_AL	1.830	35	1.795	98,1%
904	AOU S. LUIGI GONZAGA	1.401	0	1.401	100,0%
905	AOU MAGGIORE DELLA CARITÀ	1.364	10	1.354	99,3%
906	AO S. CROCE E CARLE	2.911	41	2.870	98,6%
907	AO SS. ANTONIO E BIAIO - C. ARRIGO	1.424	4	1.420	99,7%
908	AO ORDINE MAURIZIANO	1.592	0	1.592	100,0%
909	AOU CITTÀ DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA	4.961	1.159	3.802	76,6%
Totale Regione Piemonte		33.742	1.913	31.829	94,3%

Rapporto tra i dati di consumo aziendale dei dispositivi medici ed i costi rilevati dal modello di conto economico.

AGGIORNAMENTO CON I DATI FEC IV° TRIMESTRE 2018

	FLUSSO DMRP	FEC IV TRIM 2018	DELTA	RAPPORTO
	A	B	C=A-B	D=A/B
				OBIETTIVO 2018: 100% con un margine di tolleranza del +/- 5%
B.1.A.3.1 (dispositivi medici); B.1.A.3.2 (dispositivi medici impiantabili attivi)	16.879.900	16.980.860	100.960	99,4%

OBIETTIVO 5.3

CONTENIMENTO DELLA SPESA AZIENDALE PER L'ACQUISTO DI DISPOSITIVI MEDICI

La Legge 24 dicembre 2012, n. 228 (Legge di Stabilità 2013) ha rideterminato a partire dall'anno 2014 il tetto di costo per l'acquisto di Dispositivi Medici (DM) nella misura del 4,4% del FSN (art.1, comma 131, lettera b). Considerato il limite di tetto imposto a livello nazionale, la Legge n. 125 del 6 agosto 2015 ha stabilito la possibilità di una rinegoziazione dei contratti in essere da proporre ai fornitori di dispositivi medici al fine di garantire il rispetto del tetto e l'andamento della spesa.

I dati di Conto Economico dei primi nove mesi 2017, comprendenti le voci BA0220 (dispositivi medici) e BA0230 (Dispositivi medici impiantabili attivi), evidenziano il mancato rispetto del tetto di spesa previsto dalla normativa vigente. Inoltre, in considerazione dell'aggiudicazione della gara organizzata dalla società di committenza regionale (SCR), rispetto alla fornitura di presidi per l'autocontrollo della glicemia e servizi connessi per le Aziende del Servizio Sanitario Regionale, si riscontra un'alta variabilità prescrittiva dei dispositivi oggetto di gara sia a livello di singola azienda che fra i singoli prescrittori. L'obiettivo è dunque rivolto a consolidare l'utilizzo appropriato dei presidi oggetto di gara da parte della società committente regionale (SCR). In proposito occorre sottolineare che i due sub-obiettivi non intendono in alcun modo limitare la libertà prescrittiva dei medici (specialisti) che mantengono la possibilità di effettuare prescrizioni terapeutiche motivatamente indirizzate verso dispositivi più costosi laddove giustificate esigenze di cura, non altrimenti perseguibili in modo egualmente efficace, lo richiedono.

INDICATORE

1. Spesa per Dispositivi Medici (voce di CE considerata: BA0220 e BA0230):

mantenimento della spesa 2017.

2. Presidi per l'autocontrollo della glicemia e servizi connessi per le aziende del SSR:

- a) rapporto fra il numero delle strisce per la rilevazione della glicemia erogate da ogni singola azienda sanitaria in regime convenzionale sul totale delle strisce erogate;
- b) rapporto fra "strisce SCR" e "strisce Consip".

VALORE DELL'OBIETTIVO

1. Spesa per Dispositivi Medici (voce di CE considerata: BA0220 e BA0230):

per ogni singola Azienda, ha quale riferimento i valori di CE di consuntivo dell'anno 2017. Ogni singola Azienda deve mantenere o ridurre il proprio valore.

2. Presidi per l'autocontrollo della glicemia e servizi connessi per le aziende del SSR il valore obiettivo è rappresentato:

- a) dalla riduzione per ogni ASL di almeno il 50% dello scostamento tra la propria percentuale con quella dell'azienda best performer, riferita all'anno 2017, relativa al numero di strisce erogate in regime convenzionale sul totale delle strisce erogate (convenzionata + DpC). Per l'ASL best performer il raggiungimento dell'obiettivo prevede il miglioramento/mantenimento del dato 2017;
- b) per ogni ASL il rapporto tra le "strisce SCR" e le "strisce Consip" non può presentare uno scostamento uguale o superiore al 20% rispetto al valore dell'azienda best performer fatto registrare nel 2018.

Tracking

Incontri di monitoraggio obiettivi. Periodicamente il settore competente provvederà ad inviare alle singole aziende i dati inerenti l'obiettivo;

Riunioni periodiche svolte con referenti del settore regionale responsabile, ASR e CSI nel 2018

Valutazione finale sulla base dei dati al 31.12.2018

Punteggio

ASL 5/100

La Legge 24 dicembre 2012, n. 228 (Legge di Stabilità 2013) ha rideterminato a partire dall'anno 2014 il tetto di costo per l'acquisto di Dispositivi Medici (DM) nella misura del 4,4% del FSN (art.1, comma 131, lettera b). Considerato il limite di tetto imposto a livello nazionale, la Legge n. 125 del 6 agosto 2015 ha stabilito la possibilità di una rinegoziazione dei contratti in essere da proporre ai fornitori di dispositivi medici al fine di garantire il rispetto del tetto e l'andamento della spesa.

I dati di Conto Economico 2018, comprendenti le voci BA0220 (Dispositivi medici) e BA0230 (Dispositivi medici impiantabili attivi), evidenziano il mancato rispetto del tetto di spesa previsto dalla normativa vigente.

Inoltre, in considerazione dell'aggiudicazione della gara organizzata dalla società di committenza regionale (SCR), rispetto alla fornitura di presidi per l'autocontrollo della glicemia e servizi connessi per le Aziende del Servizio Sanitario Regionale, si riscontra un'alta variabilità prescrittiva dei dispositivi oggetto di gara sia a livello di singola azienda che fra i singoli prescrittori.

L'obiettivo è dunque rivolto a consolidare l'utilizzo appropriato dei presidi oggetto di gara da parte della Società di Committenza Regionale (SCR). In proposito occorre sottolineare che i due sub-obiettivi non intendono in alcun modo limitare la libertà prescrittiva dei medici (specialisti) che mantengono la possibilità di effettuare prescrizioni terapeutiche motivatamente indirizzate verso dispositivi più costosi laddove giustificate esigenze di cura, non altrimenti perseguibili in modo egualmente efficace, lo richiedono.

Obiettivo 5.3 sub 1

1. Spesa per Dispositivi Medici (voce di CE considerata: BA0220 e BA0230): mantenimento della spesa anno 2017.

Dispositivi Medici

B.1.A.3.1 – CE3100164

Dispositivi Medici Impiantabili Attivi

B.1.A.3.2 - CE 3100158

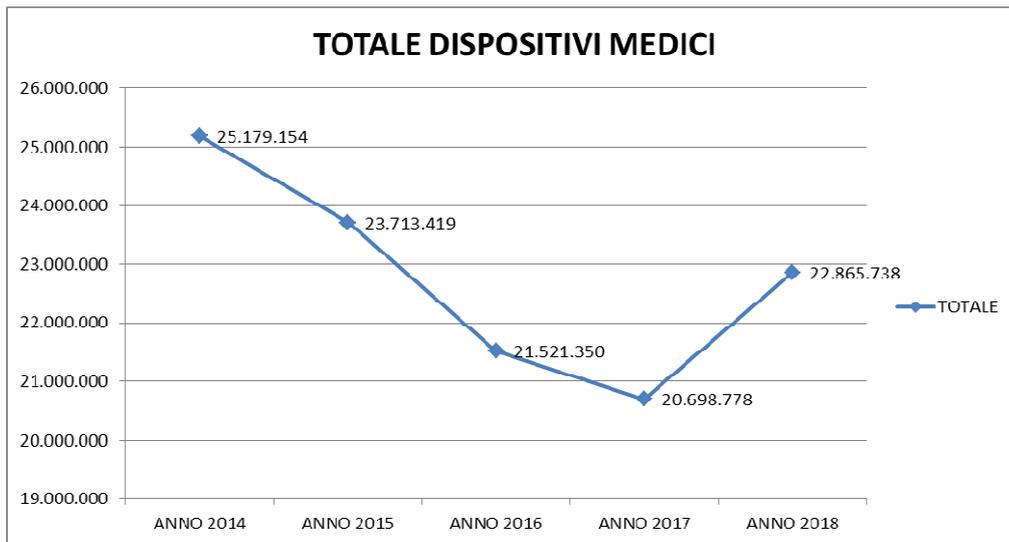
		bil 2016	bil 2017	fec IV trim 18	dati flusso
3100158	Protesi- -dispositivi medici impiantabili attivi	1.585.423	1.237.580	1.435.000	1.488.706
3100164	Acquisto dispositivi medici	11.641.054	13.665.797	15.545.860	15.391.194

CE	Codifica MIN CE	Descrizione	ANNO 2017	ANNO 2018 FEC IV TRIM	Δ % 2018 vs 2017
3 100 164	B.1.A.3.1	Dispositivi medici	13.665.797	15.545.860	+13,7
3 100 158	B.1.A.3.2	Dispositivi medici impiantabili attivi	1.237.580	1.435.000	+15,9
TOTALE			14.903.377	16.980.860	+13,9

La differenza di spesa complessiva 2018 vs 2017 è pari a circa **2.000.000 euro**; l'incremento, per la componente ospedaliera – circa €1,2mln) trova parziale riscontro nel notevole **incremento di attività di ricovero (+€3,246mln)** così come dettagliato nel precedente punto 1.1 della presente relazione.

Si evidenzia l'andamento dei costi dell'aggregato Dispositivi medici (compresi i DM IVD e radiodiagnostici in vitro) **nel corso degli ultimi anni:**

CE	Codifica MIN CE	Descrizione	ANNO 2014	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2017	ANNO 2018
3 100 164	B.1.A.3.1	Dispositivi medici	15.568.678	14.435.394	13.523.244	13.665.797	15.545.860
3 100 158	B.1.A.3.2	Dispositivi medici impiantabili attivi	2.745.938	2.309.827	1.635.423	1.237.580	1.435.000
3 100 107	B.1.A.3.3	Dispositivi medici IVD compresi i radiodiagnostici in vitro	6.864.538	6.968.197	6.362.682	5.795.400	5.884.878
TOTALE			25.179.154	23.713.419	21.521.350	20.698.778	22.865.738



ANALISI DELLE CAUSE DI INCREMENTO DELLA SPESA

DM - DISPOSITIVI MEDICI B.1.A.3.1 – CE 3100164

Ambito Ospedaliero

Δ DI SPESA 2018 VS 2017: 1.000.000 EURO

L'aumento di spesa per DM, conto 164, ha interessato prevalentemente l'ambito chirurgico ed è da ricondurre prevalentemente alle seguenti categorie CND:

H – dispositivi da sutura

K – dispositivi per chirurgia mini-invasiva ed elettrochirurgia

P – dispositivi protesici impiantabili e prodotti per osteosintesi

B – dispositivi per emotrasfusione ed ematologia

H: Dispositivi da sutura

- spesa di 296.602 euro nel 2017

- spesa di 404.247 euro nel 2018 Δ pari a +107.645 euro

Anche se un modesto incremento di spesa è da attribuire alle **suturatici** impiegate per la chirurgia aperta (92.173 euro vs 110.000 euro del 2018), l'incremento maggiore dei costi è a carico dei dispositivi impiegati per la chirurgia laparoscopica.

In particolare, in questo aumento di costi, ha inciso l'acquisto di "KIT ECHELON" ditta JOHNSON & JOHNSON MEDICAL SPA, con un incremento di spesa nel 2018, pari a +84.461 euro (spesa 2017: 65.800 euro - spesa 2018: 150.261 euro).

Si tratta di dispositivi non ancora presenti nella gara regionale, ma che vengono acquisiti a seguito di integrazione dell'aggiudicazione di AIC 5 in essere.

Si è ritenuto opportuno, pertanto, come primo provvedimento, chiedere un'offerta migliorativa, per la tipologia dei prodotti utilizzati nella nostra ASL, alla ditta JOHNSON & JOHNSON MEDICAL SPA attraverso il Provveditorato. Questo al fine di avere un miglioramento dei prezzi d'acquisto, in attesa che SCR porti alla conclusione l'inserimento di questi kit nella gara regionale.

P: Dispositivi protesici impiantabili e prodotti per osteosintesi

- spesa di 1.441.739 euro nel 2017

- spesa di 1.746.285 euro nel 2018 Δ pari a +304.546 euro

L'aumento di spesa per questi dispositivi è a carico di tutte le categorie: PROTESI DI SPALLA, GOMITO, ANCA, GINOCCHIO, PIEDE, STRUMENTI MONOUSO, ALTRE PROTESI.

La spesa per MEZZI DI SINTESI, è diminuita nel 2018 vs 2017 per effetto della gara entrata in vigore recentemente (-64.401 euro).

L'aumento maggiore spesa si evidenzia per PROTESI D'ANCA (+233.358 euro) e GINOCCHIO (+107.524), da ricondurre ad un maggior numero di protesi impiantate, che mantengono un costo medio invariato.

K – dispositivi per chirurgia mini-invasiva ed elettrochirurgia

- spesa di 677.855 euro nel 2017

- spesa di 773.936 euro nel 2018 Δ pari a + 96.080 euro

L'aumento si evidenzia a carico di tutto il gruppo K, **dispositivi per chirurgia mininvasiva**, dispositivi per elettrochirurgia, ma soprattutto a carico del gruppo K02, **manipoli monouso** per chirurgia ad ultrasuoni, accessori dedicati ad apparecchiatura THUNDERBEAT.

B - dispositivi per emotrasfusione ed ematologia

- spesa di 219.361 euro nel 2017

- spesa di 308.361 euro nel 2018 Δ pari a +89.505 euro

L'aumento si evidenzia a carico di tutto il gruppo B: dispositivi per emotrasfusione ed ematologia, sacche per sangue, filtri da sangue, dispositivi per aferesi, dispositivi per la preparazione di emocomponenti, ma soprattutto dispositivi per la **manipolazione cellulare** o biologica (B06), pari a +63.257 euro.

DISPOSITIVI MEDICI IMPIANTABILI ATTIVI B.1.A.3.2 - CE 3100158

Ambito Ospedaliero

Δ DI SPESA 2018 VS 2017: 200.000 EURO

- spesa di 1.116.342 euro nel 2017

- spesa di 1.323.829 euro nel 2018 Δ pari a +207.487 euro

L'aumento della spesa per DM di queste quattro classi, nel 2018 verso 2017 è a carico di tutti i gruppi indicati:

J0101 - Pace maker

J0102 - Dispositivi impiantabili diagnostici per funzionalità cardiaca

J0105 - Defibrillatori

J0190 - Dispositivi per funzionalità cardiaca - vari

Nel dettaglio si evidenzia:

- gruppo J0101: **aumento nel numero di pacemaker impiantati** nel 2018 vs 2017: n°292 vs n°261, con costo medio sovrapponibile
- gruppo J0102: **aumento nel numero di dispositivi impiantabili diagnostici** per la registrazione delle aritmie (J010201): nel 2018 vs 2017, n°27 vs n°4
- gruppo J0105: **defibrillatori: aumento del costo medio di ciascun dispositivo**, in quanto si evidenzia un aumento nel numero di impianti di defibrillatori tricamerale, rispetto a mono e bicamerale, meno costosi
- J0190: **aumento del numero di elettrocateri permanenti**, in particolare di quelli correlati agli impianti di pacemaker, che sono aumentati, ma il cui costo medio resta invariato.

DM- DISPOSITIVI MEDICI B.1. A.3.1 – CE310064

Ambito Territoriale

Δ DI SPESA 2018 VS 2017: 800.000 EURO

Due sono gli ambiti di maggiore incremento della spesa: dispositivi per la rilevazione ed il monitoraggio della glicemia e le medicazioni specialistiche.

Z12040115 - SISTEMI PER MONITORAGGIO DELLA GLICEMIA

Z12040216 - STRUMENTAZIONE PORTATILE PER MICROINFUSIONE

- spesa di 596.529 euro nel 2017

- spesa di 1.049.078 euro nel 2018 Δ pari a +452.548 euro

La metà, circa, della spesa sostenuta è per **sensori di monitoraggio continuo della glicemia**, Free style sensor ditta Abbot, di cui recentemente è stata predisposta gara regionale ed emanate linee guida regionali.

Nel gruppo delle medicazioni, l'incremento è a carico di tutti i sottogruppi: bendaggi, DM per medicazioni varie, ma soprattutto per MEDICAZIONI SPECIALI e GARZE. In questo caso l'incremento può essere riconducibile anche alla istituzione di rete vulnologica aziendale

- spesa di 1.833.174 euro nel 2017

- spesa di 1.978.167 euro nel 2018 Δ pari a + 144.992 euro

2.a. - Presidi per l'autocontrollo della glicemia

VALORE OBIETTIVO: 24,32%

ANNO 2018	PEZZI		TOTALE	% DPC SU TOT.
	DPC	CONV		
ASL	STRISCE	STRISCE		
AZIENDA SANITARIA LOCALE AL	3.414.975	1.114.755	4.529.730	75,4%
AZIENDA SANITARIA LOCALE AT	1.566.400	269.317	1.835.717	85,3%
AZIENDA SANITARIA LOCALE BI	1.947.925	214.500	2.162.425	90,1%
AZIENDA SANITARIA LOCALE CN1	2.742.050	687.443	3.429.493	80,0%
AZIENDA SANITARIA LOCALE CN2	1.164.475	322.417	1.486.892	78,3%
AZIENDA SANITARIA LOCALE NO	2.835.325	965.851	3.801.176	74,6%
AZIENDA SANITARIA LOCALE EX TO1	4.139.325	1.254.545	5.393.870	76,7%
AZIENDA SANITARIA LOCALE EX TO2	4.868.525	864.462	5.732.987	84,9%
AZIENDA SANITARIA LOCALE TO3	5.590.800	1.515.029	7.105.829	78,7%
AZIENDA SANITARIA LOCALE TO4	4.572.375	1.486.277	6.058.652	75,5%
AZIENDA SANITARIA LOCALE TO5	2.624.175	731.718	3.355.893	78,2%
AZIENDA SANITARIA LOCALE VC	1.534.375	201.725	1.736.100	88,4%
AZIENDA SANITARIA LOCALE VCO	716.050	268.646	984.696	72,7%
TOTALE	37.716.775	9.896.685	47.613.460	79,2%

24,6% in
convenzionata
**OBIETTIVO
RAGGIUNTO**

2.b. - Presidi per l'autocontrollo della glicemia (rapporto tra strisce SCR e Consip)

ANNO 2018	PEZZI DPC		TOTALE	% sanofi su tot.
	SANOFI	BIOCHEMICAL		
ASL	STRISCE	STRISCE		
AZIENDA SANITARIA LOCALE AL	1.639.875	1.775.100	3.414.975	48,0%
AZIENDA SANITARIA LOCALE AT	592.800	973.600	1.566.400	37,8%
AZIENDA SANITARIA LOCALE BI	548.325	1.399.600	1.947.925	28,1%
AZIENDA SANITARIA LOCALE CN1	1.230.450	1.511.600	2.742.050	44,9%
AZIENDA SANITARIA LOCALE CN2	482.625	681.850	1.164.475	41,4%
AZIENDA SANITARIA LOCALE NO	1.820.525	1.014.800	2.835.325	64,2%
AZIENDA SANITARIA LOCALE EX TO1	1.604.025	2.535.300	4.139.325	38,8%
AZIENDA SANITARIA LOCALE EX TO2	2.179.575	2.688.950	4.868.525	44,8%
AZIENDA SANITARIA LOCALE TO3	1.089.850	4.500.950	5.590.800	19,5%
AZIENDA SANITARIA LOCALE TO4	1.653.875	2.918.500	4.572.375	36,2%
AZIENDA SANITARIA LOCALE TO5	1.451.875	1.172.300	2.624.175	55,3%
AZIENDA SANITARIA LOCALE VC	780.075	754.300	1.534.375	50,8%
AZIENDA SANITARIA LOCALE VCO	182.900	533.150	716.050	25,5%
TOTALE	15.256.775	22.460.000	37.716.775	40,5%

BEST
PERFORMER

Il dato del best performer risulta peraltro difficilmente raggiungibile in ragione del fatto che nel 2017 aveva una % molto bassa di presidi in DPC, avendo avviato la sostituzione dei glucometri in ritardo rispetto ad altre Aziende ed avendo provveduto direttamente alla consegna dei glucometri Biochemical laddove altre ASL avevano già consegnato quelli Sanofi.

Lo stesso obiettivo prevedeva la possibilità di relazionare nel dettaglio su motivate condizioni tali da portare a prescrizioni terapeutiche di maggior costo o su situazioni che abbiano concorso al non completo raggiungimento dell'obiettivo.

Il documento regionale concordato con i diabetologi prevedeva la possibilità di derogare in specifici casi clinici alla sostituzione del glucometro in uso con quello aggiudicatario in gara SCR. Tale possibilità nella nostra ASL è stata applicata prevalentemente ai pazienti affetti da Diabete di tipo I e pazienti in ossigenoterapia.

La deroga di cui sopra è stata applicata invece quasi integralmente ai pazienti minori residenti nell'ASL AL che sono in trattamento principalmente presso l'Ospedale Infantile dell'AO di Alessandria.

2. TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE

Obiettivo 6.1

Dichiarazione pubblica di interessi

“Al fine di agevolare un’omogenea applicazione di tale ulteriore misura da parte dei soggetti destinatari del presente approfondimento, si rende disponibile sul sito istituzionale dell’Agenas una modulistica standard che costituisce in sé un modello di riferimento per l’identificazione da parte del dichiarante delle attività/interessi/relazioni da rendersi oggetto di dichiarazione pubblica. Tali modelli di dichiarazione possono essere introdotti dal management aziendale per assicurarne la conforme adozione e utilizzati dai responsabili per la prevenzione della corruzione e della trasparenza per favorire l’implementazione di un flusso di informazioni su cui poter orientare le attività di controllo. Inoltre, poiché trattasi di strumento di garanzia del professionista sul piano individuale e della governance amministrativa a livello aziendale, se ne raccomanda la compilazione con cadenza annuale, salvo eventuali sopravvenute esigenze di aggiornamento”. – Determinazione A.N.AC n.12/2015, Aggiornamento al PNA 2015-sezione sanità.

INDICATORE

$$\frac{\text{Utenti che hanno terminato la compilazione}}{\text{Utenti abilitati alla compilazione}}$$

VALORE DELL’OBIETTIVO

80%

Tracking

Incontri di monitoraggio obiettivi

31.12.2018

Punteggio

ASL 3/100

L'obiettivo prevedeva il raggiungimento di dichiarazioni effettuate dai dirigenti pari all'80% degli utenti abilitati.

Al 2 gennaio 2019 hanno terminato la dichiarazione **98 dirigenti su 118 abilitati** alla compilazione, **pari all'83,05%** come da report allegato tratto dalla procedura AGENAS.

ASL AL

Anno ?	Accessi (numero) ?	Abilitati alla compilazione ?	In fase di compilazione ?	Che hanno terminato la compilazione ?
2018	101	118	3	98

7. DIGITALIZZAZIONE DEL SSR

OBIETTIVO 7.1

Fascicolo sanitario elettronico e Servizi on-Line

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

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

Attraverso l'attuazione degli interventi declinati nella misura 3, Asse II.2c.2.1 di cui alla D.G.R. n:19-4900 del 20/4/2017, la Regione Piemonte, in particolare, ha avviato un'importante progetto di evoluzione e diffusione sul territorio piemontese del Fascicolo Sanitario Elettronico e dei servizi on-Line (FSE – Sol), che coinvolge i cittadini, gli operatori delle aziende sanitarie, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta. Il fascicolo sanitario elettronico costituisce l'architettura informativo che abilita, anche, la realizzazione dei servizi digitali a corollario per cittadini e operatori sanitari.

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

- Completa de materializzazione 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 de materializzate (presa in carico e erogazione) da parte di tutti gli erogatori autorizzati.

INDICATORE

Realizzazione, entro le tempistiche programmate, degli interventi preliminari declinati nel Piano operativo aziendale per l'alimentazione del FSE - Sol piemontese.

Le dichiarazioni aziendali saranno verificate attraverso il riscontro della documentazione clinica digitalizzata (laboratorio analisi, radiologia, anatomia patologica, diabetologia e lettera di dimissione ospedaliera) che sarà resa disponibile, entro il 31 dicembre 2018, nella piattaforma regionale del FSE – Sol.

VALORE DELL'OBIETTIVO

100%

Tracking

Incontri di monitoraggio obiettivi
31.12.2018

Punteggio
ASL 3/100

L'obiettivo in esame **si può considerare raggiunto** poiché da parte ASL AL sono state messe in atto tutte le azioni finalizzate ad assicurare il rispetto dei tempi per l'attuazione del progetto entro le tempistiche indicate nei prospetti allegati (prot. regionale 17194 e 25003).

Relativamente agli interventi di competenza ASL AL, declinati nei piani di progetto aziendali, sono state acquisite le firme digitali per la modalità Pades e sono state programmate con il fornitore tutte le attività necessarie per l'adeguamento della firma dei referti LIS a tale modalità.

Sono state realizzate le attività di aggiornamento del repository aziendale tale da consentire l'adeguamento, secondo gli standard regionali, dell'integrazione tra LIS e repository.

Sono stati svolti con referenti CSI, referente regionale e fornitore software, incontri di stato avanzamento lavori in data 08/06/2019 e 23/10/2018, come da verbale allegato.

Allegati relativi ai seguenti obiettivi
OB 2.1 – OB 2.2 – OB 3.2 – OB 4.3 – OB 4.7 – OB 7.1