



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

ANNO 2019

D.G.R. N. 2-94 DEL 19 LUGLIO 2019

PREMESSA

Con DGR n. 4-92 del 19 luglio 2019 sono stati definiti e assegnati gli obiettivi strategici ai Direttori Generali/Commissari delle Aziende Sanitarie Regionali per l'anno 2019.

Le azioni programmate ed effettuate per il raggiungimento degli obiettivi, relazionate nel presente documento, sono state oggetto durante il corso del 2019 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 2019.

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 2019
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	Digitalizzazione del SSR

OBIETTIVO SPECIFICO CON *Rispetto dei tempi di pagamento ex art. 1 comma 865*
CARATTERE DI LATERALITA' *Legge 145/2018*

TABELLA RIASSUNTIVA

TIPO	OB	OBIETTIVO	PESO
Budget	1.1	Equilibrio economico finanziario e sostenibilità dell'SSR	33
Prossimità e integrazione dei percorsi	2.1	Continuità assistenziale e Programma Regionale Cronicità	3
Accessibilità	3.1	Tempi di attesa Ricoveri	5
	3.2	Tempi di attesa prestazioni di specialistica ambulatoriale	9
	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 al parto	4
	4.4	Area Chirurgia Generale: colecistectomia laparoscopica	4
	4.5	Screening oncologici	4
	4.6	Programma regionale prevenzione: coperture vaccinali	3
	4.7	Donazione organi	2
	4.8	Adesione al Programma ERAS "Enhanced Recovery After Surgery "	2
	4.9	Umanizzazione dei percorsi ed empowerment del paziente	2
Gestione della spesa relativa ai beni: farmaci e DM	5.1	Affidabilità dati rilevati da flussi informativi della farmaceutica	4
	5.2	Assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera: appropriatezza prescrittiva e riduzione variabilità	4
	5.3	Miglioramento della qualità del flusso informativo dei dispositivi medici	4
Digitalizzazione del SSR	6.1	Fascicolo sanitario elettronico e servizi on Line	4
TOTALE			100

OBIETTIVO SPECIFICO CON CARATTERE DI LATERALITA'

Rispetto dei tempi di pagamento ex art. 1 comma 865 Legge 145/2018

Si relaziona in merito all'andamento nel corso dell'anno 2019 e si riepilogano le criticità riscontrate, le azioni poste in essere per superarle e le difficoltà tuttora presenti.

A partire dall'esercizio 2019, con l'introduzione dell'obiettivo di rispetto dei tempi di pagamento in capo ai dirigenti generali delle Pubbliche Amministrazioni, è stata attivata, sulla Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC) del Ministero Economia e Finanze (MEF), la rilevazione dei tempi di pagamento ed il calcolo dell'Indice di Tempestività dei pagamenti (ITP), finalizzata alla valutazione del risultato rispetto all'obiettivo prefissato.

Dai dati forniti dalla PCC ai fini della predisposizione del documento di certificazione del debito ex L.145/2018 risulta che il **tempo medio ponderato di pagamento** per l'ASL di Alessandria sui pagamenti delle fatture 2019 è di **55 giorni**, ed un **tempo medio ponderato di ritardo di - 5 giorni**, in quanto il tempo limite per i pagamenti delle Aziende Sanitarie Locali resta stabilito in 60 giorni.

Tale rilevazione è complementare al calcolo dell'Indice di Tempestività dei Pagamenti, che per l'anno 2019, dalla rilevazione della PCC, risulta essere così articolato:

1 trimestre 2019	-18.53
2 trimestre 2019	13.38
3 trimestre 2019	-5.69
4 trimestre 2019	-10.93
anno	-4.21

Mentre per l'anno 2018, sempre da PCC, il dato risulta essere:

1 trimestre 2018	27.72
2 trimestre 2018	34.77
3 trimestre 2018	21.66
4 trimestre 2018	-11.4
anno	17.93

L'Azienda, in base alle disposizioni di legge, è tenuta alla rilevazione trimestrale dell'ITP, ed alla sua pubblicazione sul sito aziendale nella sezione Amministrazione Trasparente.

La serie storica dei dati elaborati dall'Azienda risulta la seguente:

2019	-17,92
IV trim 2019	-14,85
III trim 2019	-12,04
II trim 2019	-9,71
I trim 2019	-17,57
2018	31,42
IV trim 2018	-0,69
III trim 2018	23,47
II trim 2018	29,89
I trim 2018	31,2
2017	57,44
IV trim 2017	59,05
III trim 2017	47,86
II trim 2017	44,55
I trim 2017	80,95
2016	97,14
IV trim 2016	91,86
III trim 2016	97,5
II trim 2016	127,01
I trim 2016	78,25
2015	80,14
IV trim 2015	46,2
III trim 2015	74,54
II trim 2015	140,38
I trim 2015	124,83
2014	158,96

Come è dato osservare, pur utilizzando lo stesso criterio di calcolo, permane una differenza tra il dato rilevato in PCC e quello desunto dalla contabilità aziendale, riconducibile alle motivazioni, qui sinteticamente esposte:

- rilevazione in contabilità aziendale dei termini di differimento scadenza a seguito contenzioso in essere, che non risultano attualmente aggiornati in PCC;
- mancato avvio, nonostante l'acquisizione e la predisposizione degli ambienti operativi, dell'aggiornamento web service tra programma gestionale di contabilità e PCC, per continui scarti del certificato informatico necessario per il collegamento, da parte della PCC;
- conseguente rilevazione ed aggiornamento manuale dei dati, con tempi dilatati rispetto all'acquisizione informatica.

1. Budget

OBIETTIVO 1.1

EQUILIBRIO ECONOMICO FINANZIARIO E SOSTENIBILITÀ DELL'SSR

Gli Enti del SSR in applicazione alle linee di programmazione sanitaria regionale, nel rispetto delle normative regionali e nazionali vigenti (es. D.Lgs 118/2011 e smi) e delle risorse assegnate con la D.G.R. n. 23-8257 del 27/12/2018 e s.m.i., dovranno assicurare il sostanziale pareggio di bilancio aziendale sia in sede di adozione dei Bilanci Preventivi economici, sia in itinere nei Conti Economici Trimestrali che, in particolare, in sede di adozione del Bilancio d'esercizio aziendale a consuntivo.

Articolazione obiettivo	Consuntivo 2019																								
Consuntivo 2019 <= 2018: Spesa consuntiva 2019 poste pari o inferiori rispetto al Bilancio Consuntivo 2018	Obiettivo da valutarsi in sede di consuntivo anno 2019. Si evidenzia che i costi operativi interni ed esterni nel complesso nel 2019 non sono incrementati rispetto al 2018, conseguenza delle azioni di contenimento poste in atto e del continuo monitoraggio dei fattori produttivi.																								
Produzione 2019 >= 2018: Produzione sanitaria consuntiva 2019 (prestazioni di Ricovero e Ambulatoriali e PS non seguito da ricovero) pari o superiore rispetto alla programmazione definita nei Piani di efficientamento 2019	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">PRODUZIONE ANNI 2018 - 2019</th> </tr> <tr> <th></th> <th>ANNO 2018</th> <th>ANNO 2019</th> <th>VAR %</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RICOVERI</td> <td>81.096.775</td> <td>79.923.133</td> <td>-1,4%</td> </tr> <tr> <td>AMBULATORIALE</td> <td>45.444.988</td> <td>45.546.168</td> <td>0,2%</td> </tr> <tr> <td>DEA / PS</td> <td>5.191.413</td> <td>5.442.919</td> <td>4,8%</td> </tr> <tr> <td>TOTALE</td> <td>131.733.175</td> <td>130.912.220</td> <td>-0,6%</td> </tr> </tbody> </table>	PRODUZIONE ANNI 2018 - 2019					ANNO 2018	ANNO 2019	VAR %	RICOVERI	81.096.775	79.923.133	-1,4%	AMBULATORIALE	45.444.988	45.546.168	0,2%	DEA / PS	5.191.413	5.442.919	4,8%	TOTALE	131.733.175	130.912.220	-0,6%
PRODUZIONE ANNI 2018 - 2019																									
	ANNO 2018	ANNO 2019	VAR %																						
RICOVERI	81.096.775	79.923.133	-1,4%																						
AMBULATORIALE	45.444.988	45.546.168	0,2%																						
DEA / PS	5.191.413	5.442.919	4,8%																						
TOTALE	131.733.175	130.912.220	-0,6%																						
Previsione 2020 entro 31.12.2019	Il Bilancio di Previsione anno 2020 è stato redatto secondo tempistiche e le indicazioni definite dalla Regione Piemonte (31.12.2019) e adottato con deliberazione del Commissario ASL AL n. 871 del 31.12.2019																								

INDICATORE N. 1 - Spesa consuntiva 2019:

La valutazione definitiva sull'andamento di tale sotto-obiettivo è rinviata all'adozione del Bilancio consuntivo anno 2019.

Analizzando l'andamento del Bilancio di verifica IV trimestre 2019, tra le diverse voci di costo, si evidenzia il contenimento del costo del personale, anche legato alla difficoltà di reclutamento di professionalità mediche, con contestuale parziale incremento dei costi per consulenze sanitarie, al fine di garantire il funzionamento dei servizi sanitari.

Le maggiori criticità per quanto riguarda l'incremento dei costi riguardano la spesa per farmaci (prevalentemente oncologici), dispositivi medici (in particolare in ambito territoriale per i nuovi dispositivi

per il controllo della glicemia), consulenze sanitarie (necessità di acquisire all'esterno nuove professionalità per garantire il funzionamento dei servizi sanitari, a fronte della sopravvenuta carenza di medici), premi di assicurazione per responsabilità civile verso terzi per adeguamento dei premi.

I ricavi hanno registrato una forte diminuzione (-€5.090.000) dovuta principalmente al saldo mobilità, a seguito dell' incremento della mobilità passiva per ricoveri di alta complessità verso l'ASO AL e dell'incremento della distribuzione diretta di farmaci sia in Regione Piemonte sia fuori Regione (complessivamente il saldo mobilità registra +€7.218.000, +3,99%);

Sul risultato d'esercizio incidono infine le poste straordinarie che, in sede di Bilancio di verifica IV trimestre 2019, registrano una diminuzione di €5.582.000 (-43,17%), poiché nel 2018 erano stati iscritte poste straordinarie legate a finanziamenti esercizi pregressi (conto 4700301) per €7.273.000 non registrate nel 2019.

COD	CONTO ECONOMICO	CONS 2018	IV TRIM 2019
B	Totale Costi Interni	342.385.442	343.248.432
B1	Personale	194.028.742	194.144.313
B2	Prodotti farmaceutici	38.653.199	39.575.209
B3.1	Altri Beni Sanitari	31.436.225	32.768.925
B5	Accantonamenti	2.660.437	2.626.369
C	Totale Costi Esterni	238.145.062	237.173.749
C2	di cui Farmaceutica Convenzionata	61.331.053	60.762.309
C3.1+C3.1a	di cui Prestazioni da Privato ASL AL	66.538.987	65.586.904
D	Totale Costi Operativi (B+C)	580.530.504	580.422.181

INDICATORE N. 2 - Produzione sanitaria consuntiva 2019

A livello complessivo si registra un sostanziale mantenimento dei livelli di produzione dell'attività erogata in regime di ricovero, ambulatoriale e di DEA/PS non seguito da ricovero (-0,6% rispetto al 2018).

Il calo registrato sull'attività di ricovero ospedaliero (-1,4%) è interamente legato alle criticità dovute alla carenza di medici, principalmente in alcune aree produttive e strategiche della rete ospedaliera (Ortopedia, Anestesia, Ostetricia Ginecologia, Radiologia).

La sola realtà dell'Ortopedia di Novi L., che da metà anno 2019 ha dovuto, per le gravissime carenze di organico, sospendere l'attività di elezione, ha registrato un calo di produzione pari ad -€840.000 (che copre quasi interamente il saldo negativo complessivo pari a -€1.174.000).

In lieve crescita l'attività ambulatoriale (+0,2%, +€101.000); occorre precisare che il dato di consuntivo 2019 tiene conto dell'intera produzione della Nefrologia / Dialisi per la quale negli ultimi 3 mesi del 2019 si sono registrati problemi tecnici per l'invio del relativo flusso informativo dell'attività erogata.

E' in corso il recupero e l'invio al CSI di tale produzione, per suo il riconoscimento in extracompetenza.

In crescita l'attività di DEA / PS non seguita da ricovero: +4,8% pari a +€252.000.

Alla luce di tali dati e per le motivazioni sopra elencate, non risultano raggiunti i livelli di produzione previsti nel Piano Efficientamento 2019 per quanto riguarda i ricoveri (previsto +€1.200.000 di produzione); si può considerare raggiunto il livello di produzione previsto per la specialistica ambulatoriale (previsti +€280.000, risultato +€101.000), tenuto conto anche del risultato dell'attività del DEA / PS non seguita da ricovero (+€252.000)

2. Prossimità e integrazione dei percorsi

OBIETTIVO 2.1

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE E PROGRAMMA REGIONALE CRONICITÀ

La Regione Piemonte ha avviato da diversi anni una progressiva revisione dei modelli organizzativi e delle metodologie di sviluppo che partecipano alla riorganizzazione della continuità assistenziale recependo in ultimo nel 2018 gli obiettivi prioritari previsti dal Piano Nazionale Cronicità (DGR 306-29185 del 10/07/2018). Nello specifico tali interventi si prefiggono 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

Articolazione obiettivo	Consuntivo 2019
<p>Presenza Nucleo Osp. C.A. - Nucleo Distr. C.A.:</p> <p>Presenza in ogni Presidio Ospedaliero e in ogni Distretto aziendale, rispettivamente del Nucleo Ospedaliero di Continuità Assistenziale e del Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure come previsti, anche in termini di profili professionali e modalità operative, dall'All. A ex DGR n. 27?3628/2012 e s.m.i.</p>	<p>L'ASL AL ha già avviato i N.D.C.C. ed i N.O.C.C. che fanno capo alla Centrale Operativa Aziendale per la Continuità Assistenziale</p> <p>Individuazione della Centrale Operativa Aziendale per la Continuità Assistenziale con deliberazione ASL AL n.995 dell'11.12.2014</p> <p>Individuazione dei N.D.C.C. e N.O.C.C. con deliberazione ASL AL n. 837 del 14.12.2016</p>
<p>Proposta Piano Aziendale Cronicità: Definizione della proposta di Piano Aziendale della cronicità secondo i contenuti e i tempi previsti dall'Assessorato</p>	<p>Proposta Piano Aziendale Cronicità: trasmissione del Piano come da tempistiche definite da RP (entro 30.10.2019) con nota prot. 110503 del 29.10.2019</p>

ALLEGATI:

- Deliberazione n.995 dell'11.12.2014: Attuazione della "Centrale Operativa Aziendale" per la continuità assistenziale a valenza sanitaria Ospedale – Territorio" - D.G.R. n. 72-14420 del 20.12.2004
- Deliberazione n.837 del 14.12.2016: Individuazione "Nuclei Distrettuali di Continuità delle Cure" (N.D.C.C.) e "Nuclei Ospedalieri di Continuità delle Cure" (N.O.C.C.), operanti in modo integrato e costituenti i "Nuclei di Valutazione Integrati Ospedale/Territorio" di cui alla deliberazione ASL AL n. 2014/995 del 11.12.2014
- Nota ASL AL prot. n.110503 del 29.10.2019 ad oggetto "Invio Piano Aziendale Cronicità"

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. In continuità con quanto previsto negli anni precedenti, si pone come obiettivo il rispetto dei tempi di attesa per i ricoveri con codice di priorità A (max 30gg) e B (max 60gg) dei pazienti trattati in degenza ordinaria, per gli interventi previsti dal PNLGA 2019-2021. Per l'annualità 2019 le procedure oggetto di monitoraggio sono integrate con i codici previsti dal PNE.

Articolazione obiettivo	Consuntivo 2019							
Interventi da PNLGA - Codici priorità A e B: rispetto dei tempi di attesa per i ricoveri con codice di priorità A (max 30gg) e B (max 60gg) per gli interventi previsti dal PNLGA 2019-2021	TEMPO ATTESA INTERVENTI - RICOVERI ORDINARI / DAY HOSPITAL							
	PERIODO 1.01.2019 - 31.12.2019							
			Classe Prenotazione					
			A - Classe A			B - Classe B		
	TIPO INT	Ospedale	CASI TOT	ENTRO SOGLIA	% entro soglia	CASI TOT	ENTRO SOGLIA	% entro soglia
	Colecistectomia laparoscopica	TOTALE	62	30	48%	195	86	44%
	Emorroidectomia	TOTALE	11	6	55%	45	14	31%
	Protesi d'anca	TOTALE	7	5	71%	50	38	76%
	Riparazione ernia inguinale	TOTALE	68	22	32%	271	85	31%
	Tumore colon	TOTALE	86	79	92%	3	3	100%
	Tumore mammella	TOTALE	294	258	88%	13	12	92%
	Tumore prostata	TOTALE	6	5	83%	4	3	75%
	Tumore retto	TOTALE	21	16	76%			
Tumore utero	TOTALE	9	7	78%	6	6	100%	

La casistica risulta limitata (al di sotto dei 10 casi) per emorroidectomia (classe A), protesi anca (classe A), tumore colon (classe B), tumore prostata e tumore utero (da indicazioni regionali la valutazione dovrebbe essere esclusa per settori che presentano un numero limitato di episodi).

Dal mese di ottobre risulta fuori standard l'intervento tumore mammella classe A (88% - 36 casi fuori standard su 294), mentre è rientrata la classe B (92%). Rientra nello standard da ottobre l'intervento tumore colon classe A (92% - 7 casi fuori standard su 86).

Al riguardo si procede ad inviare i dati periodicamente circa l'andamento dell'obiettivo alle SS.CC / SS.SS coinvolte per l'analitica verifica di concerto fra Direzione di Presidio e Direttore di Struttura. 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 del Nucleo SDO, mediante analisi delle liste di attesa sul software ADT; in caso di criticità il personale 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

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

All'interno di tale cornice l'obiettivo si prefigge di misurare, attraverso indicatori trasparenti ed efficaci, la capacità di risposta tempestiva del SSR nell'erogazione di prestazioni ambulatoriali al cittadino.

Pertanto, si richiede di lavorare sul miglioramento della capacità dell'organizzazione di rispondere alla richiesta di prestazioni sanitarie ambulatoriali attraverso la diminuzione, qualora si superi lo standard regionale come da DGR 30-3307/2016 e s.m.i., del tempo medio di erogazione delle prestazioni nel rispetto dell'appropriatezza prescrittiva riferita alla distinzione tra primo accesso/altro accesso, data dal quesito diagnostico, nonché delle classi di priorità U/B/D/P.

L'obiettivo si compone di tre sub-obiettivi:

1. Adeguamento del tempo medio di attesa (indice di performance) allo standard regionale stabilito dalla Direzione Sanità per le singole prestazioni oggetto di monitoraggio (ex. DGR 30-3307/2016 e s.m.i.). Per le ASL l'obiettivo è da intendersi nella prospettiva della tutela pertanto il monitoraggio sarà relativo al consumo dei residenti del proprio territorio a prescindere da chi eroga la prestazione (pubblico e privato).

2. Implementazione del modello RAO per gastroenterologia (ex DD 259 del 10.04.2019)

3. Partecipazione alla definizione del nuovo modello di monitoraggio regionale dei tempi di attesa della specialistica ambulatoriale.

Allegato: Deliberazione n. 379 del 31.05.2019: "Regolamento per la prescrizione, prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, gestione delle agende, monitoraggio dei tempi di attesa – recepimento"

Articolazione obiettivo	Consuntivo 2019
<p>Tempi attesa entro standard regionale (Tutela): 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 e privato)</p>	<p>VEDERE ALLEGATO</p> <p>prestazioni fuori standard:</p> <p>visita endocrinologica visita oculistica ecografia ostetrica colonscopia spirometria globale fotografia del fundus - per occhio elettromiografia semplice elettromiografia</p>
<p>Mod. RAO per gastroenterologia: Implementazione del modello RAO per gastroenterologia (ex DD 259 del 10.04.2019) Stante l'implementazione del flusso DEM</p>	<p>1. Revisione agende prenotazione CUP di Gastroenterologia con inserimento posti di priorità secondo modello RAO 2. Predisposizione nota a firma Direttore Sanitario Aziendale per diffusione alle SSCC, PPOO, Distretti e SSD Gastroenterologia ed Endoscopia della DD Regione Piemonte n. 257 del 10.04.2019: Aggiornamento dei criteri per l'individuazione delle classi di priorità cliniche per alcune prestazioni specialistiche ambulatoriali della branca di Gastroenterologia - Prot. n. 84295/19.08.2019 3. Predisposizione nota a firma Direttore SSCC Direzione Sanitaria PO Casale e Novi per diffusione alla SSCC della DD Regione Piemonte n. 257/10.04.2019 4. Predisposizione nota a firma Direttori SSCC Distretti per diffusione ai MMG e PLS della DD Regione Piemonte n. 257/10.04.2019 5. Verifica con il Responsabile SSD Gastroenterologia ed Endoscopia dell'appropriatezza prescrizioni dematerializzate di colonscopie e gastroscopie. Su un totale di 107 ricette analizzate e riferite ai mesi di ottobre e novembre 2019 risulta il 63% di codici di priorità D e P appropriati; sul totale ricette il 37% di prescrizioni B sono risultate 35,5% appropriate e 64% non appropriate. Le ricette sono state inviate, con nota prot. 132632 del 18.12.2019 dal Direttore SC Direzione Sanitaria PO di Casale al Responsabile Funzioni Amm.ve Unificate Distrettuali per l'invio ai Direttori dei Distretti, al fine della condivisione con il MMG prescrittori nelle UCAD</p>
<p>Incontri per definizione modello monitoraggio regionale: Partecipazione alla definizione del nuovo modello di monitoraggio regionale dei tempi di attesa della specialistica ambulatoriale</p>	<p>Partecipazione a tutti i 3 incontri programmati dalla Regione Piemonte nelle seguenti date: 28.03.2019 - 15.05.2019 - 21.11.2019</p>

ASL AL - OB.2019 - TEMPI ATTESA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Allegato sub obiettivo 1

n	PRESTAZIONE	STANDARD	T.A. MEDIO (TUTELA)	
			12m2018	12m2019
1	89.7 - PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	30	23,31	22,88
2	89.7 - PRIMA VISITA CHIRURGIA VASCOLARE	30	25,28	18,47
3	89.7 - PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA	30	38,19	32,53
4	89.13 - PRIMA VISITA NEUROLOGICA	30	26,71	26,08
5	95.02 - ESAME COMPLESSIVO OCCHIO (PRIMA VISITA OCULISTICA)	30	42,79	39,61
6	89.7 - PRIMA VISITA ORTOPEDICA	30	22,51	26,01
7	89.26 - PRIMA VISITA GINECOLOGICA	30	10,61	14,05
8	89.7 - PRIMA VISITA ORL	30	26,02	29,20
9	89.7 - PRIMA VISITA UROLOGICA	30	15,06	17,80
10	89.7 - PRIMA VISITA DERMATOLOGICA	30	39,28	24,28
11	89.7 - PRIMA VISITA FISIATRICA	30	21,92	29,79
12	89.7 - PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	30	29,30	27,94
14	89.7 - PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA	30	19,18	19,50
15	87.37.1 - MAMMOGRAFIA BILATERALE	40	34,21	23,36
16	87.37.2 - MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	40	33,69	27,30
17	87.41 - TC TORACE	30	11,47	14,79
18	87.41.1 - TC TORACE, SENZA E CON CONTRASTO	30	17,92	20,81
19	88.01.1 - TC ADDOME SUPERIORE	30	7,89	12,61
20	88.01.2 - TC ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	30	16,40	19,29
21	88.01.3 - TC ADDOME INFERIORE	30	9,00	10,03
22	88.01.4 - TC ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	30	17,46	12,63
23	88.01.5 - TC ADDOME COMPLETO	30	8,30	9,98
24	88.01.6 - TC ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO	30	16,38	19,80
25	87.03 - TC CAPO	30	8,42	11,22
26	87.03.1 - TC CAPO, SENZA E CON CONTRASTO	30	11,86	15,85
27	88.38.1 - TC RACHIDE E SPECO VERTEBRALE	30	6,30	6,81
30	88.38.2 - TC RACHIDE E SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO	30	5,46	7,75
33	88.38.5 - TC BACINO	30	5,84	6,81
34	88.91.1 - RM CERVELLO E TRONCO ENCEFALICO	30	9,34	13,87
35	88.91.2 - RM CERVELLO E TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO	30	12,75	19,20
36	88.95.4 - RM ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO	30	9,16	6,96
37	88.95.5 - RM ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO	30	6,86	8,35
38	88.93 - RM COLONNA	30	6,40	9,41
39	88.93.1 - RM COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO	30	12,25	17,26
40	88.71.4 - DIAGNOSTICA ECOGRAFICA CAPO E COLLO	40	16,01	19,09
41	88.72.6 - ECOCARDIOGRAFIA	40	34,02	34,83
42	88.73.5 - ECO(COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI	40	25,49	24,93
43	88.74.1 - ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE	30	22,69	23,47
44	88.75.1 - ECO ADDOME INFERIORE	30	15,20	18,74
45	88.76.1 - ECO ADDOME COMPLETO	30	13,52	15,67
46	88.73.1 - ECO MAMMELLA (bilaterale)	30	28,50	19,68
47	88.73.2 - ECO MAMMELLA (monolaterale)	30	17,38	10,31
48	88.78 - ECOGRAFIA OSTETRICA	11	6,53	17,09
49	88.78.2 - ECOGRAFIA GINECOLOGICA	30	6,62	8,08
50	88.77.2 - ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA ARTI SUP. O INF. O DISTRETTUALE	30	18,60	17,18
51	45.23 - COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	30	54,92	50,27
52	45.42 - POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA INTESTINO CRASSO	30	6,07	1,95
53	45.24 - SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	30	24,38	27,72
54	45.13 - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]	30	27,37	26,25
55	45.16 - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA	30	0,00	0,00
56	89.52 - ELETTROCARDIOGRAMMA	30	25,04	24,50
57	89.50 - ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO	40	28,88	30,86
58	89.41 - TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE	40	28,34	38,98
59	89.44 - ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO	40	0,00	0,00
60	95.41.1 - ESAME AUDIOMETRICO TONALE	40	26,22	33,07
61	89.37.1 - SPIROMETRIA SEMPLICE	40	35,66	34,83
62	89.37.2 - SPIROMETRIA GLOBALE	40	58,31	47,25
63	95.11 - FOTOGRAFIA DEL FUNDUS - Per occhio	30	85,69	87,25
64	93.08.1 - ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE (EMG)	30	63,02	55,11
	ELETTROMIOGRAFIA	30	30,69	36,15

Approfondimento Sub – Obiettivo 1: Adeguamento del tempo medio di attesa allo standard regionale

Azioni attivate ed intraprese

1. monitoraggio tempi attesa: invio ai Responsabili con specialità fuori standard di comunicazione con invito ad adottare specifiche azioni correttive utili al rientro nei valori prescritti o quantomeno ad una riduzione dei tempi di attesa;
2. sollecitazione degli Specialisti ospedalieri a aperture agende SPOT mensili in caso di disponibilità di più specialisti di branca (es. doppia sala endoscopia, neurologia, endocrinologia, radiologia, ecc.)
3. implementazione ulteriore reportistica di monitoraggio con indicatori analitici per mese sia sulle prestazioni erogate che per il giorno indice, per singolo erogatore e sede (dati di produzione residenti e non residenti) al fine di attuare ulteriori possibili azioni correttive
4. monitoraggio, in collaborazione con i colleghi medici delle Direzioni Presidi Ospedalieri, Distretti e amministrativi del governo CUP, delle richieste di sospensioni attività ambulatoriali da programmare (ferie, convegni ecc.) attivando azioni correttive per contenere i tempi di attesa
5. applicazione Deliberazione Direzione Generale 724/2018 prestazioni aggiuntive. Si evidenzia che non tutti gli specialisti dipendenti con esclusività di rapporto interpellati hanno aderito al progetto. Nel 2019 sono state consumate n.114 ore di prima visita oculistica con produzione di n. 312 prestazioni aggiuntive; sono state consumate 12 ore di prima visita endocrinologica con produzione di n.36 prestazioni aggiuntive; sono state consumate 66 ore di colonscopia con produzione di n.81 prestazioni aggiuntive; sono state consumate 133,5 ore di radiologia SC Novi con produzione di n.246 prestazioni aggiuntive.
6. redazione con il gruppo progetto CUP di area omogenea Piemonte Sud –Est, del Regolamento per la prescrizione, prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, gestione agende, monitoraggio tempi di attesa (Del. Direzione Generale n.379 del 31.5.2019 - ALLEGATA).

Nel periodo di riferimento gennaio – dicembre 2019 la rilevazione, redatta nell'ottica della "tutela" dei residenti ASL AL, identifica il tempo d'attesa medio per le prestazioni erogate agli assistiti ASL AL da tutti gli erogatori, pubblici e privati, del Piemonte.

Le prestazioni monitorate non sono più 42 (come nel 2018) ma 65; in alcuni casi alcune prestazioni, prima lette congiuntamente, sono state sdoppiate.

Sulle prestazioni monitorate risultano fuori standard 8 casi:

1. visita endocrinologica (scostamento moderato rispetto standard, in netto miglioramento)
2. visita oculistica (in miglioramento rispetto 2018)
3. ecografia ostetrica (in lieve peggioramento rispetto a novembre 2019)
4. colonscopia (in miglioramento come dato di tutela e di produzione rispetto a novembre)
5. spirometria globale (dato di produzione nello standard)
6. fotografia del fundus - per occhio (in lieve miglioramento dato di tutela e produzione rispetto a novembre 2019)
7. elettromiografia semplice (in peggioramento rispetto novembre 2019)
8. elettromiografia (aggregato di più codici prestazioni) (produzione stabile rispetto novembre 2019)

Rispetto ai primi 11 mesi è rientrata nello standard la prestazione "test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile" 38,98gg rispetto a 40gg di standard)

Occorre però precisare che

- fotografia del fundus - per occhio: prestazione numericamente poco significativa (118 prestazioni complessive in 12 mesi 2019) - non viene più monitorato il fundus oculi molto più significativo in termini numerici)
- spirometria globale: fuori standard (1.507 prestazioni complessive in 12 mesi 2019), entro standard su spirometria semplice numericamente ben più significativa (5.904 prestazioni complessive in 12 mesi 2019)

Non risultano effettuati:

- 45.16 - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA
- 89.44 - ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO

OBBIETTIVO 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 consolidare un percorso di monitoraggio, valutazione e revisione delle modalità di gestione dei DEA/PS, e dei processi organizzativi correlati al DEA/PS (boarding da parte delle Unità Organizzative ospedaliere; percorsi di dimissione; presa in carico territoriale), al fine di garantire un miglior servizio ai pazienti e di supportare le Aziende attraverso la condivisione di una metodologia uniforme a livello regionale basata sui flussi informativi disponibili.

Tale obiettivo si colloca altresì nel percorso di adeguamento della normativa regionale rispetto agli indirizzi in materia formulati dalla Commissione Emergenza Urgenza presso il Ministero della Salute e ad oggi in corso di approvazione da parte della Conferenza delle Regioni.

Obiettivo 2019	Sub-obiettivo	Punti	Articolazione obiettivo	Consuntivo 2019																																																				
3. Accessibilità	3.3 Riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in DEA/PS	5,00	Valore medio regionale per ciascun livello organizzativo di complessità assistenziale individuato dalla rete di Emergenza Urgenza	OBIETTIVO DG2019 TEMPI PERMANENZA DEA/PS PPOO ASL AL																																																				
				<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">DEA / PS</th> <th colspan="4">TEMPO MEDIO (min)</th> <th rowspan="2">% accessi OBI su TOT</th> <th rowspan="2">Tempo medio al netto OBI</th> <th rowspan="2">% accessi OBI su TOT</th> </tr> <tr> <th>GEN-DIC 2018</th> <th>GEN-DIC 2019</th> <th>A2018</th> <th>OB</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DEA CASALE</td> <td>276,0</td> <td>278,0</td> <td>276,0</td> <td>360</td> <td>4,9%</td> <td>223,2</td> <td>5,2%</td> </tr> <tr> <td>DEA NOVI</td> <td>362,6</td> <td>346,3</td> <td>362,6</td> <td>360</td> <td>6,4%</td> <td>292,3</td> <td>10,3%</td> </tr> <tr> <td>PS ACQUI</td> <td>249,0</td> <td>272,8</td> <td>248,9</td> <td>240</td> <td>7,9%</td> <td>196,6</td> <td>7,3%</td> </tr> <tr> <td>PS TORTONA</td> <td>223,4</td> <td>275,0</td> <td>223,5</td> <td>240</td> <td>4,1%</td> <td>239,7</td> <td>1,6%</td> </tr> <tr> <td>PS OVADA</td> <td>142,9</td> <td>153,3</td> <td>142,9</td> <td>300</td> <td>0,2%</td> <td>151,9</td> <td>0,4%</td> </tr> </tbody> </table>	DEA / PS	TEMPO MEDIO (min)				% accessi OBI su TOT	Tempo medio al netto OBI	% accessi OBI su TOT	GEN-DIC 2018	GEN-DIC 2019	A2018	OB	DEA CASALE	276,0	278,0	276,0	360	4,9%	223,2	5,2%	DEA NOVI	362,6	346,3	362,6	360	6,4%	292,3	10,3%	PS ACQUI	249,0	272,8	248,9	240	7,9%	196,6	7,3%	PS TORTONA	223,4	275,0	223,5	240	4,1%	239,7	1,6%	PS OVADA	142,9	153,3	142,9	300	0,2%	151,9	0,4%
				DEA / PS		TEMPO MEDIO (min)							% accessi OBI su TOT	Tempo medio al netto OBI	% accessi OBI su TOT																																									
					GEN-DIC 2018	GEN-DIC 2019	A2018	OB																																																
				DEA CASALE	276,0	278,0	276,0	360	4,9%	223,2	5,2%																																													
				DEA NOVI	362,6	346,3	362,6	360	6,4%	292,3	10,3%																																													
				PS ACQUI	249,0	272,8	248,9	240	7,9%	196,6	7,3%																																													
				PS TORTONA	223,4	275,0	223,5	240	4,1%	239,7	1,6%																																													
				PS OVADA	142,9	153,3	142,9	300	0,2%	151,9	0,4%																																													
				<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">DEA / PS (SINTESI)</th> <th colspan="4">TEMPO MEDIO (min)</th> <th rowspan="2">% accessi OBI su TOT</th> <th rowspan="2">Tempo medio al netto OBI</th> <th rowspan="2">% accessi OBI su TOT</th> </tr> <tr> <th>GEN-DIC 2018</th> <th>GEN-DIC 2019</th> <th>A2018</th> <th>OB</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DEA</td> <td>319,0</td> <td>312,4</td> <td>318,9</td> <td>360</td> <td>5,6%</td> <td>257,8</td> <td>7,7%</td> </tr> <tr> <td>PS</td> <td>235,0</td> <td>274,0</td> <td>235,0</td> <td>240</td> <td>5,8%</td> <td>220,1</td> <td>4,2%</td> </tr> <tr> <td>PS SEDE DISAGIATA</td> <td>142,9</td> <td>153,3</td> <td>142,9</td> <td>300</td> <td>0,2%</td> <td>151,9</td> <td>0,4%</td> </tr> </tbody> </table>	DEA / PS (SINTESI)	TEMPO MEDIO (min)				% accessi OBI su TOT	Tempo medio al netto OBI	% accessi OBI su TOT	GEN-DIC 2018	GEN-DIC 2019	A2018	OB	DEA	319,0	312,4	318,9	360	5,6%	257,8	7,7%	PS	235,0	274,0	235,0	240	5,8%	220,1	4,2%	PS SEDE DISAGIATA	142,9	153,3	142,9	300	0,2%	151,9	0,4%																
DEA / PS (SINTESI)	TEMPO MEDIO (min)					% accessi OBI su TOT	Tempo medio al netto OBI	% accessi OBI su TOT																																																
	GEN-DIC 2018	GEN-DIC 2019	A2018	OB																																																				
DEA	319,0	312,4	318,9	360	5,6%	257,8	7,7%																																																	
PS	235,0	274,0	235,0	240	5,8%	220,1	4,2%																																																	
PS SEDE DISAGIATA	142,9	153,3	142,9	300	0,2%	151,9	0,4%																																																	
OK	OK	OK																																																						

In base al dato dei 12 mesi 2019 risulta **entro l'obiettivo il dato totale DEA** (in miglioramento rispetto al 2018), mentre risulta fuori standard il dato totale PS (in peggioramento rispetto al 2018); il PS Ovada - sede disagiata rientra (ampiamente) entro lo standard (in peggioramento però rispetto al 2018).

A livello di singola sede:
DEA Casale M.: entro standard stabile rispetto al 2018

DEA Novi L.: entro standard in netto miglioramento rispetto al 2018
PS Acqui T.: fuori standard in peggioramento rispetto al 2018
PS Tortona: fuori standard in netto peggioramento rispetto al 2018
PS Ovada: entro standard in peggioramento rispetto al 2018

Sulla base di quanto previsto dalla DGR di attribuzione degli obiettivi DG2018 e di quanto evidenziato nel tavolo di monitoraggio regionale, sono evidenziate le % di accessi OBI sul totale accessi (range regionale accettato dal 5% al 10%):

- DEA Casale M: 4,9% (di poco fuori range)
- DEA Novi L. 6,4% (nel range)
- PS Acqui T. 7,9% (nel range)
- PS Tortona 4,1% (fuori range) - si registra netto miglioramento rispetto mesi precedenti
- PS Ovada 0,2% (fuori range) - non dovrebbero esserci casi OBI

Alla luce della DGR regionale, dai tempi di Novi L. e Acqui T. si possono quindi sterilizzare gli accessi OBI, per cui i tempi di permanenza scendono a
-DEA Novi L. min.292,3
-PS Acqui T. min.196,6 (rientra così nel range)

Considerando la % OBI sui DEA e PS considerati congiuntamente:
-DEA 5,6% (nel range)

Pertanto per i DEA, scorporando gli accessi OBI, i tempi di permanenza scenderebbero a min.257,8
-PS 5,8%

Per i PS, scorporando gli accessi OBI, i tempi di permanenza scenderebbero a min.220,1 rientrando così nello standard.

4. QUALITA' DELL'ASSISTENZA

OBIETTIVO 4.1

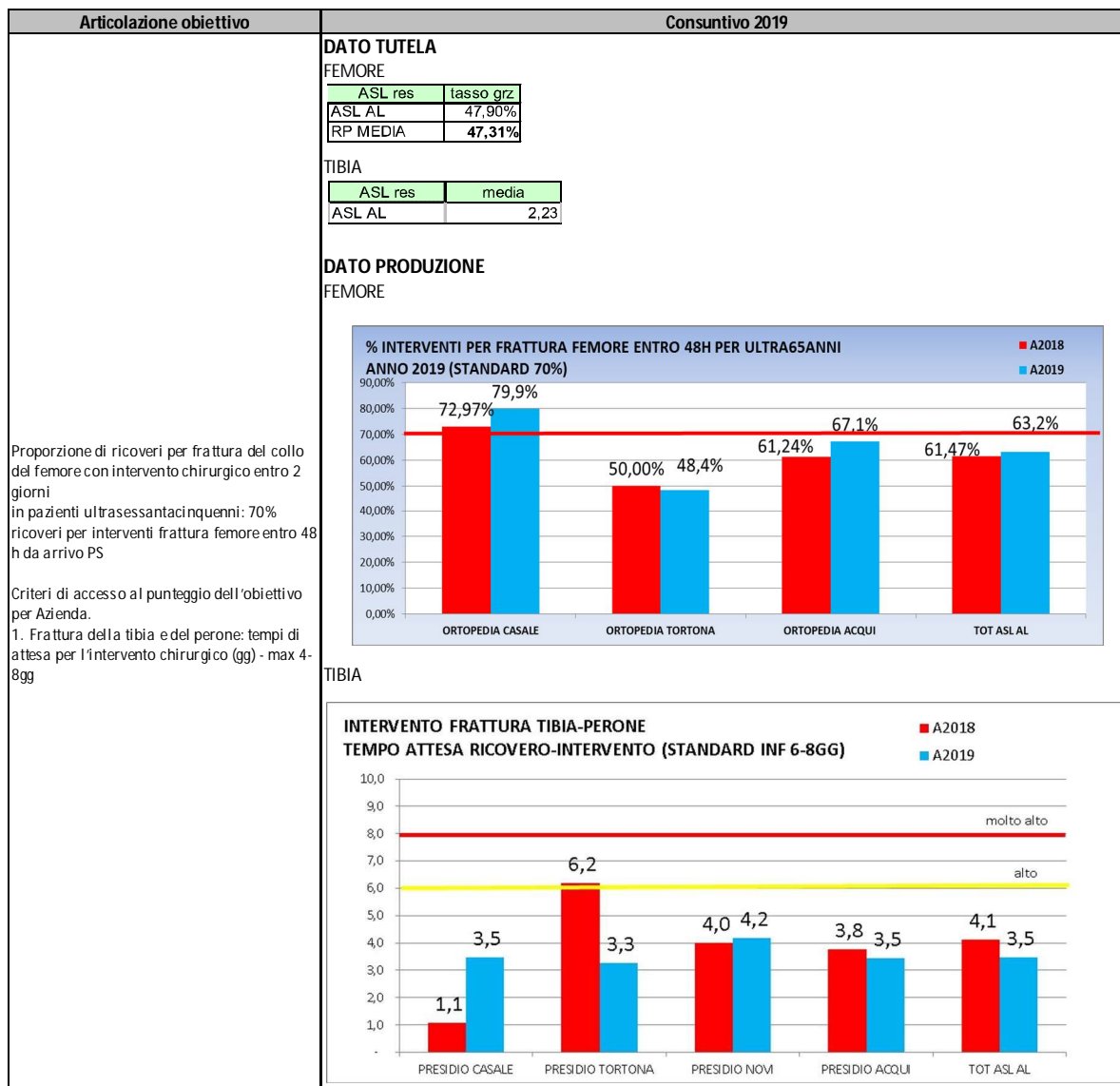
AREA OSTEOMUSCOLARE

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 2019 l'indicatore oggetto dell'obiettivo è espresso in termini di produzione sia per le AO/AOU che per le ASL ed 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.



Dai dati suesposti si evidenzia che:

- FRATTURA FEMORE: sotto lo standard complessivamente come ASL AL con una percentuale del 63,2%, ma in miglioramento rispetto al 2018 quando la percentuale era del 61,5% (nel calcolo non è stato conteggiato il P.O. di Novi L. la cui struttura di Ortopedia risulta a partire dal 2019 in gravissime condizioni di carenza di organico medico); il P.O. Tortona risulta al 50,0%, ma in miglioramento rispetto al 2018; entro standard il P.O. di Casale al 79.9%, di poco al di sotto il P.O. di Acqui con il 67,1%.
- FRATTURA TIBIA - PERONE: il dato sull'indicatore relativo al tempo attesa per fratture tibia-perone (gg 3,5) ci pone entro il tetto (gg. 6), in miglioramento rispetto al 2018 (tutte le sedi di Ortopedia sono entro standard).

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 2019 si utilizzerà la procedura del Pre.Val.E Piemonte calcolando il periodo di 2 giorni tra la data/ora di ingresso alla prima struttura che riceve il paziente (qualunque essa sia) e la data/ora di PTCA (ovunque eseguita). In questo modo viene incluso nell'indicatore anche il tempo trascorso tra l'arrivo in un qualunque ospedale e l'effettuazione della procedura; il valore dell'indicatore è quindi attribuito alla prima struttura che riceve il paziente. La "tracciatura" del paziente lungo i differenti ospedali avviene tramite record linkage con il codice identificativo anonimo.

L'indicatore può essere migliorato calcolando l'esito dall'ora di ricovero o dall'ora di accesso in PS del paziente fino all'ora di esecuzione della PTCA considerando un intervallo compreso entro i 90 minuti, pertanto nel 2019 l'indicatore è calcolato sia con la medesima modalità con cui è stato calcolato nel 2018, sia con la modalità proposta sopra, cioè calcolando un intervallo di tempo di 90'.

85% episodi STEMI con PTCA entro 2 giorni: 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	DATO TUTELA AGGIORNATO AL 1^ SEMESTRE 2019		
	ASL res		tasso grz
	213	ASL AL	70,90%

In attesa dato di consuntivo

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 dall'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.

Per quanto riguarda i limitatissimi casi di STEMI transitati presso le strutture dell'ASL AL i dati fuori standard riguardano:

- ricoveri con diagnosi principale STEMI senza successivo ricovero in altra struttura di emodinamica per l'effettuazione della procedura PTCA (cod. 0066)
- ricoveri con diagnosi principale STEMI con successivo ricovero in altra struttura di emodinamica ma non per l'effettuazione della procedura PTCA (cod. 0066), ma di altra procedura
- ricoveri successivi a ricoveri presso strutture di emodinamica (con effettuazione di PTCA): in questi casi occorrerebbe codificare la diagnosi principale come 410.*2 episodio successivo di assistenza

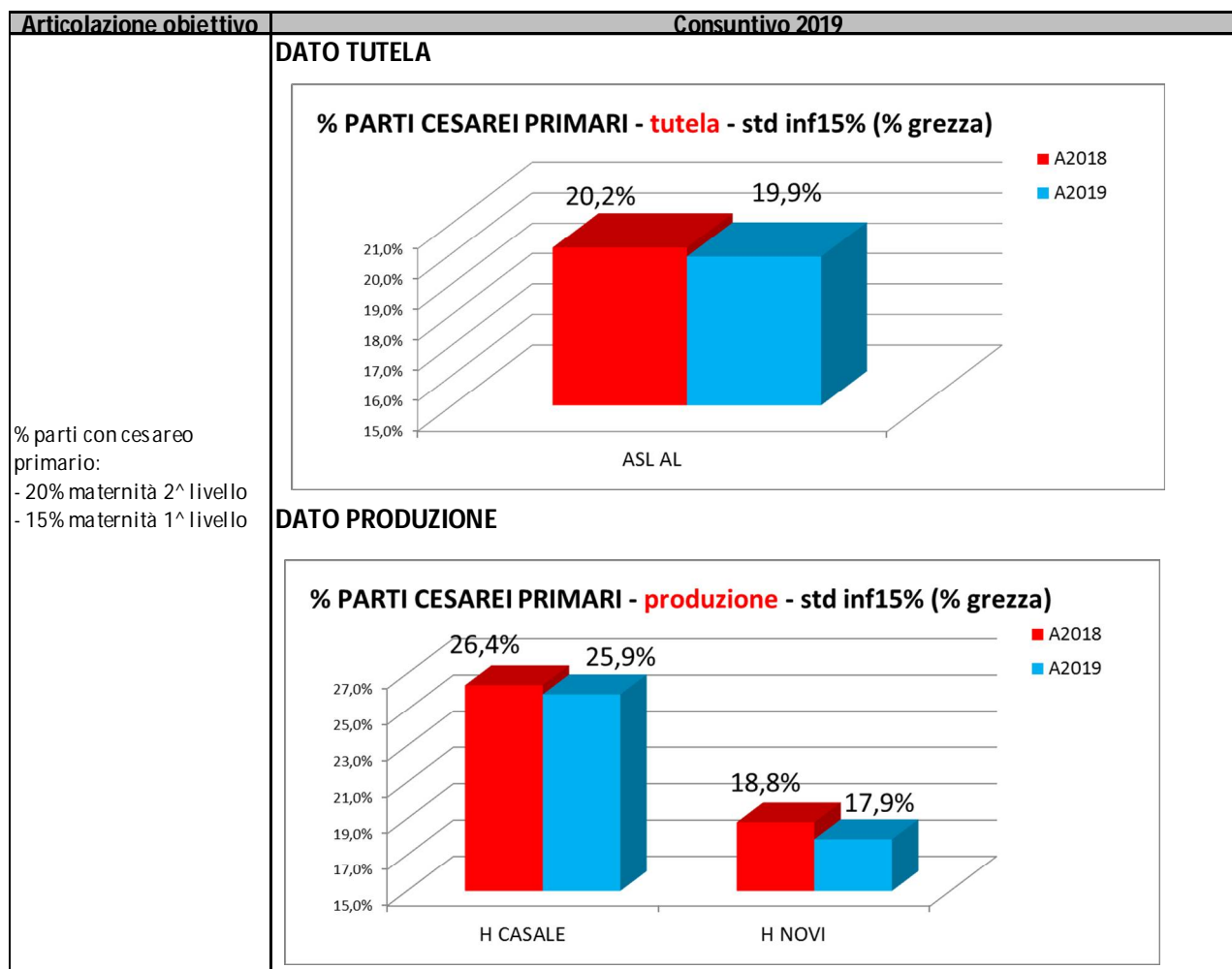
OBIETTIVO 4.3

APPROPRIATEZZA 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.

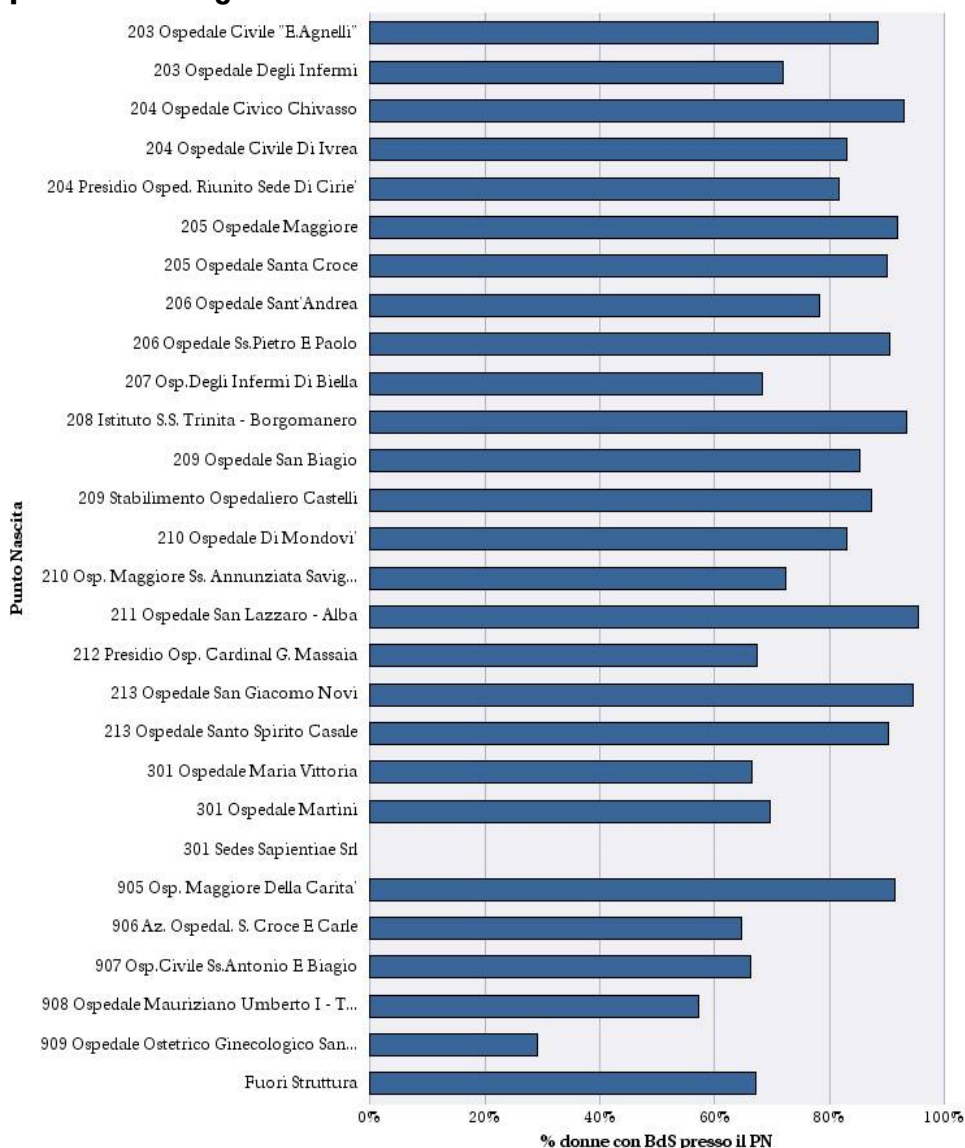
Pertanto, alla luce delle evidenze scientifiche in materia, degli standard qualitativi consolidati a livello internazionale e nazionale (WHO, Piano Nazionale Esiti) e della qualità dei flussi informativi disponibili in Regione Piemonte, si ritiene idoneo assegnare l'obiettivo "proporzione di parti con 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.



Si rileva che per i PARTI CESAREI sia il dato di "produzione" che di "tutela" risulta al di sopra dello standard del 15%, ma in miglioramento rispetto al 2018; occorre precisare che trattasi di dati "grezzi" e quindi il dato del P.O. di Novi L. (17,9%) potrebbe rientrare nella soglia prevista.

Numero e percentuale di donne che hanno effettuato il Bilancio di Salute (BdS) delle 36-37 settimana presso il Punto Nascita sul totale delle donne che hanno partorito in ogni Punto Nascita.



CEDAP con SDO non trovate

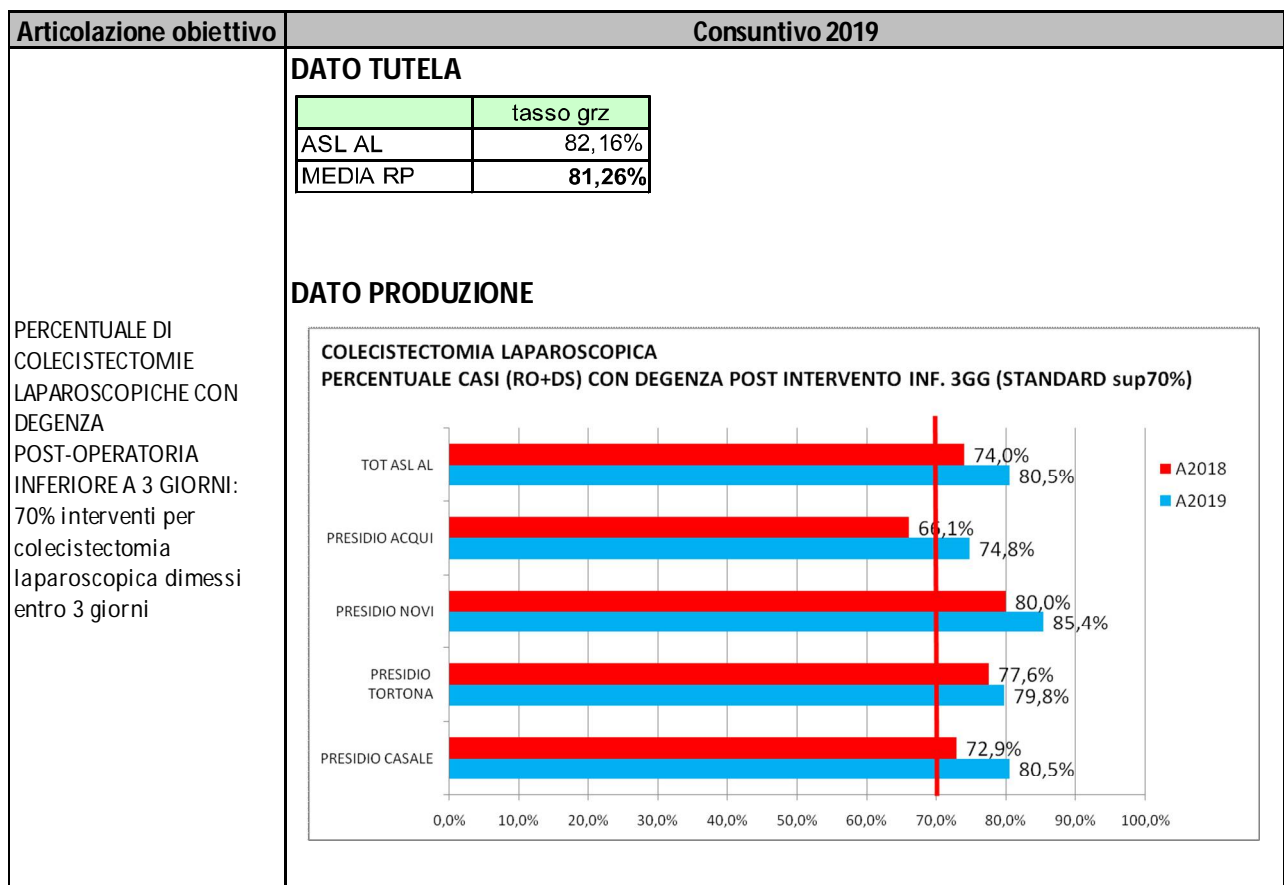
Codice PN	Punto Nascita	CEDAP IN STATO CONVALIDATO			CEDAP IN STATO NON CONVALIDATO		
		Parti CEDAP avvenuti in struttura	SDO non trovate	Peso SDO non trovate su Totale Parti CEDAP	Parti CEDAP avvenuti in struttura	SDO non trovate	Peso SDO non trovate su Totale Parti CEDAP
01002601	Ospedale Santo Spirito Casale	155	1	0,6%	143	3	2,1%
01002604	Ospedale San Giacomo Novi	294	6	2,0%	325	12	3,7%

OBIETTIVO 4.4

AREA CHIRURGIA GENERALE: COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA

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.



Come si evince dal grafico, il dato relativo alla COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA risulta complessivamente entro l'obiettivo atteso (80,3% su 70%), in miglioramento rispetto al 2018 (74%, comunque nello standard), mentre risultava al di sotto nel 2017.

Al 31 dicembre 2019 tutte le sedi di Chirurgia ASL AL rientrano nello standard previsto.

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).

Articolazione obiettivo	Consuntivo 2019				
	COPERTURA INVITI		COPERTURA ESAMI		
	VALORE MINIMO	ANNO 2019	VALORE MINIMO	ANNO 2019	
Copertura inviti e copertura esami per tipologia screening e target popolazione: - 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).	MAMMOGRAFICO	97,0%	103,2%	45,9%	53,7%
	CERVICO VAGINALE	97,0%	101,1%	42,3%	49,2%
	COLO RETTALE	97,0%	105,3%	36,0%	40,6%

Fonte dati: Banca dati CSI-CPO Piemonte (al momento della stesura della presente relazione la fornitura dei report è ancora parziale, per cui i dati riportati potrebbero essere ulteriormente implementati)

Da alcuni anni sussistono forti criticità legata all'offerta di sigmoidoscopie di primo livello del Servizio di Endoscopia dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria. L'offerta complessiva di sigmoidoscopie di primo livello dei Presidi Ospedalieri dell'ASL AL è aumentata rispetto allo scorso anno (da 191 del 2018 a 549 del 2019); il dato complessivo del Programma 6 per lo screening colo-rettale, seppur inferiore alla media regionale, attesta il raggiungimento dello standard atteso sia per gli inviti che per la copertura esami.

La S.S. UVOS ha cercato di inviare gli assistiti del territorio alessandrino verso le altre strutture della provincia con adesione in aumento rispetto al 2018.

Complessivamente sono stati raggiunti gli standard previsti per tutte le aree di intervento.

OBIETTIVO 4.6

PROGRAMMA REGIONALE PREVENZIONE: COPERTURE VACCINALI

Descrizione

1. copertura vaccinale per 1° dose di vaccino morbillo, parotite, rosolia, varicella (MPRV) calcolata a 24 mesi di età (le vaccinazioni dei nati della coorte 2017 vengono calcolate a fine 2019);
2. copertura vaccinale per 2° dose di vaccino morbillo, parotite, rosolia (MPR) calcolata a 7 anni di età;
3. copertura vaccinale per ciclo completo di HPV nelle femmine della coorte 2007.

Articolazione obiettivo	Consuntivo 2019
95% copertura 1^ dose MPR	Al 31.12.2019 copertura 1^ dose MPR : 96,44% (nati 2017)
95% copertura 2^ dose MPR	Al 31.12.2019 copertura 2^ dose MPR : 96,43% (nati 2012)
95% copertura HPV	Al 31.12.2019 copertura HPV : 85,87% (nati 2007 solo femmine) NB: Incremento percentuale del 10,09% rispetto al dato della coorte di nascita 2006 (solo femmine, 75,78%) calcolata al 31/12/2018

- Gli obiettivi 1 e 2 risultano raggiunti (copertura \geq 95%)
- Per l'obiettivo 3 la copertura raggiunta è pari all'85,87%, con un incremento percentuale del 10,09% rispetto al dato della coorte di nascita 2006 (solo femmine, 75,78%) calcolata al 31/12/2018.

OBIETTIVO 4.7

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 2019 il procurement di organi e cornee rispetto al 2018.

In considerazione della tipologia di attività, si prevede per il 2019 il raggiungimento aziendale dei seguenti obiettivi di governo regionale:

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

Per ogni Presidio Ospedaliero in elenco, viene valutato il BDI. Per i presidi Ospedalieri con più rianimazioni viene valutato il BDI complessivo. BDI atteso nel 2019:

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

La valutazione del BDI sarà effettuata sugli ultimi tre anni per i P.O. con meno di tre diagnosi di ingresso compatibili nel 2019.

2. Non opposizioni alla donazione di organi

Per ogni Presidio Ospedaliero si richiede un tasso di opposizione alla donazione di organi inferiore al 33% delle segnalazioni di morte encefalica.

La valutazione sarà effettuata sugli ultimi tre anni per i P.O. con meno di tre segnalazioni di morte encefalica nel 2019.

3. Donatori di Cornee

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

- a. Per i Presidi Ospedalieri senza neurochirurgia e con meno di 400 posti letto: un numero di donatori pari al 10% dei decessi ospedalieri del 2018 fra i 5 e i 75 anni compresi;
- b. Per i Presidi Ospedalieri con neurochirurgia e per i Presidi Ospedalieri senza neurochirurgia ma con più di 400 posti letto: un numero di donatori pari al 12% dei decessi ospedalieri del 2018 fra i 5 e i 75 anni compresi.

L'obiettivo aziendale risulta raggiunto come da tabella riportata nella pagina seguente:

Articolazione obiettivo	Consuntivo 2019		
Segnalazioni di soggetti in Morte Encefalica (BDI%)	BDI % ANNO 2019		
	Presidio Osp.	Dato al 31.12.19	Obiettivo 2019
	CASALE	57%	20-40%
	TORTONA	Nessun decesso compatibile con morte encefalica	20-40%
	NOVI	100%	20-40%
	ACQUI	25%	20-40%
Non opposizioni alla donazione di organi	% OPPOSIZIONE ALLA DONAZIONE DI ORGANI ANNO 2019		
	Presidio Osp.	Dato al 31.12.19	Obiettivo 2019
	CASALE	1 opposizione/4 segnalazioni morte encefalica	< 33%
	TORTONA	Nessun decesso compatibile con morte encefalica	< 33%
	NOVI	2 opposizioni/3 segnalazioni di morte encefalica	< 33%
	ACQUI	Nessuna opposizione/1 segnalazione di morte encefalica	< 33%
Donatori di cornee	DONAZIONI CORNEE ANNO 2019 (n° donatori)		
	Presidio Ospedaliero	Donatori cornee al 31.12.19	Obiettivo 2019
	CASALE	20	12
	TORTONA	10	4
	NOVI	10	9
	ACQUI	7	5
	<i>Prelievi multi organo 2019</i>		
	Casale:	2 prelievi multiorgano (fegato, reni) 1 prelievo multiorgano (fegato, reni, cuore, cute) 1 prelievo multi tessuto (cute, cornee)	
	Acqui Terme:	1 prelievo multiorgano (fegato, reni)	
	Novi Ligure:	1 prelievo multiorgano (fegato, reni, valvole cardiache, cute)	

OBIETTIVO 4.8

ADESIONE AL PROGRAMMA ERAS "ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY"

DESCRIZIONE. Proporzione di casi inclusi negli studi ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) sulla chirurgia oncologica del colon-retto e sugli interventi di isterectomia, sul totale dei/delle pazienti eleggibili secondo i rispettivi protocolli. Gli studi ERAS sono parte del progetto di rete EASY-NET (RSF-2016, cofinanziati da Ministero della Salute e dalle regioni partecipanti), che ha come obiettivo generale la valutazione delle strategie di audit e feedback nel migliorare la pratica clinica. In Piemonte gli studi ERAS hanno come obiettivo principale la valutazione dell'impatto dell'applicazione dei protocolli di ottimizzazione della gestione peri-operatoria dei pazienti sottoposti ad interventi programmati in termini di recupero più tempestivo dell'autonomia, di riduzione delle complicanze post-operatorie e della durata della degenza (senza aumentare il rischio di reingressi non programmati in ospedale dopo la dimissione). Il protocollo prevede l'arruolamento consecutivo di tutti i casi sottoposti ad intervento programmato per le condizioni in studio e la loro registrazione sulla piattaforma www.epiclin.it (gestita dalla D Epidemiologia Clinica e Valutativa – CPO dell'AOU Città della salute e della Scienza di Torino), nel database elettronico di raccolta dati dedicato allo studio. Attraverso le SDO si può valutare, rispettivamente per i tumori del colon-retto e per le isterectomie, il numero di pazienti sottoposti ad intervento programmato in ciascun ospedale nell'anno ed eleggibili per lo studio. Sulla base del rapporto tra il numero di pazienti inseriti nel database elettronico di raccolta dati dedicato allo studio (www.epiclin.it) ed il numero di casi eleggibili da SDO è possibile verificare il livello di partecipazione di ciascuna azienda allo studio ERAS.

Articolazione obiettivo	Consuntivo 2019
Proporzione di casi inclusi negli studi ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) sulla chirurgia oncologica del colon-retto e sugli interventi di isterectomia, sul totale dei/delle pazienti eleggibili secondo i rispettivi protocolli	<p>INIZIO ARRUOLAMENTO "CONTROLLI" PRIMO GRUPPO CENTRI RANDOMIZZATI: dal 01 settembre 2019</p> <p>INIZIO ARRUOLAMENTO "CONTROLLI" SC PP.OO. NOVI E CASALE: dal 13 settembre 2019</p> <p>PARERE FAVOREVOLE DEL COMITATO ETICO INTERAZIENDALE ALL'EFFETTUAZIONE DELLO STUDIO ERAS PRESSO ASL ALESSANDRIA: ricevuto in data 26 settembre 2019 (richiesta formulata in data 18 aprile 2019)</p> <p>TERMINE DELL'ARRUOLAMENTO "CONTROLLI" E AVVIO DELL'ARRUOLAMENTO DI PAZIENTI ED APPLICAZIONE DEI PROTOCOLLI DI STUDIO ERAS PER LA CHIRURGIA COLORETTALE E LA CHIRURGIA GINECOLOGICA: dal 01 dicembre 2019</p> <p>Il livello di partecipazione di ciascuna ASL viene verificato tramite un indicatore che mette a rapporto il numero dei pazienti inseriti nel database elettronico di raccolta dati dedicato allo studio (www.epiclin.it), con riferimento esclusivamente ai pazienti arruolati e dimessi (pari a n. 25 pz) ed il numero dei casi eleggibili da SDO; il periodo di riferimento per il calcolo di tale indicatore è il trimestre ottobre – dicembre 2019</p>

OBIETTIVO 4.9

UMANIZZAZIONE DEI PERCORSI ED EMPOWERMENT DEL PAZIENTE

DESCRIZIONE. La Regione Piemonte, nell'ambito delle iniziative legate al processo di empowerment, ed in coerenza con il PSSR 2012-2015, si è fatto promotore con le ASR del programma nazionale di valutazione partecipata della qualità delle strutture di ricovero - promosso e coordinato da Agenas e dall'Agenzia di Valutazione Civica di Cittadinanza Attiva.

Con riferimento all'annualità 2019 si procederà alla valutazione dei modelli organizzativi implementati a livello aziendale, con riguardo al percorso di continuità ospedale-territorio ed alla gestione del paziente in P.S., tramite la somministrazione a tutte le ASR di una checklist di valutazione partecipata del 47° grado di umanizzazione dei percorsi di continuità ospedale-territorio messi in atto a livello aziendale.

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

Si riportano le azioni ed i risultati relativi a tale obiettivo per l'anno 2019:

Articolazione obiettivo	Consuntivo 2019
<p>Percorso di continuità ospedale-territorio ed alla gestione del paziente in P.S.</p>	<p>Il 1/7/2019 si è svolto a Torino un incontro, convocato dalla Regione, con i Referenti Aziendali dei progetti di umanizzazione-empowerment per condividere il nuovo programma finalizzato alla valutazione dei modelli organizzativi aziendali con specifico riguardo ai percorsi assistenziali di continuità ospedale – territorio e di gestione del paziente in DEA/PS.</p> <p>Con nota 78323 del 29/7/2019 è pervenuta documentazione predisposta dalla Regione: check list di valutazione partecipata e format piano di miglioramento.</p> <p>A tal proposito si è proceduto a una prima autovalutazione dei requisiti in collaborazione con la Referente del COCA, e per quanto riguarda i requisiti del DEA/PS con il direttore del Dipartimento di Emergenza Urgenza e successivamente con il Direttore SC DEA le attività per individuare con CittadinanzAttiva l'equipe per la valutazione partecipata del progetto. Si è poi proceduto con le attività propedeutiche per individuare con CittadinanzAttiva l'equipe territoriale. Il 28 novembre 2019 presso la Direzione sanitaria del P.O di Novi Ligure si è svolto l'incontro per l'analisi degli item e la definizione di eventuali azioni di miglioramento su aree critiche, si allega documentazione attestante. In tale sede si è proceduto all'esame della check list (sezione relativa alla continuità ospedale territorio e gestione del paziente in Pronto Soccorso) dando evidenza della documentazione attestante la rispondenza agli item rappresentata dai relativi Responsabili. Si è quindi compilata la check list evidenziando un'unica criticità relativamente all'item A1.4 in quanto il COCA non è dotato di un sistema informatico aziendale per la gestione del paziente e la storizzazione dei percorsi gestibile anche da altre funzioni/centrale operativa. Per questo motivo è stata prevista un'azione di miglioramento che consiste nell'attivazione di un software per la gestione dei percorsi integrati ospedale territorio in concomitanza col Piano Locale Cronicità e compatibilmente con la disponibilità regionale e la valutazione dei relativi preventivi</p>
<p>Sviluppo di progetti di empowerment – in linea con le previsioni del Piano di cronicità regionale</p>	<p>La Proposta Piano Aziendale Cronicità è stata trasmessa, come da tempistiche definite da RP (entro 30.10.2019) con nota prot. 110503 del 29.10.2019. Nell'ambito del Piano, definito dal gruppo aziendale di riferimento, sono riportati in dettaglio i diversi punti e la relativa pianificazione di implementazione.</p> <p>Nello specifico il progetto empowerment-cronicità prevede una implementazione del modello organizzativo aziendale della Continuità Assistenziale.</p> <p>Il percorso di cura del paziente (patient flow) passa attraverso una serie di aree sanitarie ospedaliere fino alla Continuità Assistenziale (attraverso la presa in carico territoriale in Cure Domiciliari, o in Hospice/UOCP, o in RSA o in CAVS...).</p> <p>Al fine di ottimizzare i flussi fisici dei pazienti alla dimissione ospedaliera, è importante programmare e gestire, tale attività, nel modo più efficace possibile, evitando di frammentare la presa in carico dei pazienti e dei loro famigliari sui servizi sanitari distrettuali; l'orientamento aziendale è quello di far rientrare nella "Rete della Continuità Assistenziale" tutti i pazienti ricoverati nei reparti ospedalieri con problemi legati a situazioni assistenziali complesse, prevedendo e condividendo con i loro famigliari una pianificazione dell'assistenza nell'attivazione del setting territoriale più idoneo.</p> <p>Tale sistema, attraverso l'utilizzo della Scala di Brass (al momento del ricovero), faciliterebbe da una parte l'individuazione precoce dei pazienti con problematiche assistenziali, che costituiscono situazioni a maggior rischio ospedalizzazione prolungata, e dall'altra parte potrebbe ridurre il probabile "rientro" nella rete ospedaliera dei pazienti dal domicilio.</p>

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

Obiettivo 5.1

AFFIDABILITÀ DATI RILEVATI DA FLUSSI INFORMATIVI DELLA FARMACEUTICA

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

Articolazione obiettivo	Consuntivo 2019																																																																								
<p>Coerenza tra i costi aziendali rilevati dal Modello di Conto Economico (CE) nella voce BA0040 - B.1.A.1.1 - Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale, e nella voce BA2670 - B.15.A - Variazione rimanenze sanitarie, limitatamente ai prodotti farmaceutici ed i costi aziendali rilevati attraverso il flusso informativo della distribuzione diretta (DM 31 luglio 2007 e s.m.i.), il flusso dei consumi ospedalieri (DM 4 febbraio 2009) e quelli di cui al flusso della tracciabilità del farmaco (DM 15 luglio 2004), tenendo conto delle eventuali note di credito</p>	<p>DATO 1°SEM</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Codice azienda</th> <th>Δ in valore %</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>203</td><td>114,7%</td></tr> <tr><td>204</td><td>99,1%</td></tr> <tr><td>205</td><td>99,9%</td></tr> <tr><td>206</td><td>98,2%</td></tr> <tr><td>207</td><td>92,5%</td></tr> <tr><td>208</td><td>98,7%</td></tr> <tr><td>209</td><td>100,5%</td></tr> <tr><td>210</td><td>100,3%</td></tr> <tr><td>211</td><td>94,5%</td></tr> <tr><td>212</td><td>97,7%</td></tr> <tr><td>213</td><td>101,3%</td></tr> <tr><td>301</td><td>98,3%</td></tr> <tr><td>904</td><td>91,1%</td></tr> <tr><td>905</td><td>98,1%</td></tr> <tr><td>906</td><td>101,6%</td></tr> <tr><td>907</td><td>99,8%</td></tr> <tr><td>908</td><td>95,9%</td></tr> <tr><td>909</td><td>100,6%</td></tr> <tr><td>RP</td><td>98,9%</td></tr> </tbody> </table>	Codice azienda	Δ in valore %	203	114,7%	204	99,1%	205	99,9%	206	98,2%	207	92,5%	208	98,7%	209	100,5%	210	100,3%	211	94,5%	212	97,7%	213	101,3%	301	98,3%	904	91,1%	905	98,1%	906	101,6%	907	99,8%	908	95,9%	909	100,6%	RP	98,9%																																
	Codice azienda	Δ in valore %																																																																							
203	114,7%																																																																								
204	99,1%																																																																								
205	99,9%																																																																								
206	98,2%																																																																								
207	92,5%																																																																								
208	98,7%																																																																								
209	100,5%																																																																								
210	100,3%																																																																								
211	94,5%																																																																								
212	97,7%																																																																								
213	101,3%																																																																								
301	98,3%																																																																								
904	91,1%																																																																								
905	98,1%																																																																								
906	101,6%																																																																								
907	99,8%																																																																								
908	95,9%																																																																								
909	100,6%																																																																								
RP	98,9%																																																																								
<p>Coerenza tra i dati dei flussi informativi inviati mensilmente dalle aziende (relativi alla distribuzione diretta e ai consumi ospedalieri) e gli analoghi valori mensili consolidati a fine anno</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="12">FILE F - PERCENTUALE SCOSTAMENTO</th> </tr> <tr> <th></th> <th>GEN</th> <th>FEB</th> <th>MAR</th> <th>APR</th> <th>MAG</th> <th>GIU</th> <th>LUG</th> <th>AGO</th> <th>SET</th> <th>OTT</th> <th>NOV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>213 A.S.L. ALESSANDRIA</td> <td>-1%</td> <td>0%</td> <td>1%</td> <td>5%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>5%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>2%</td> <td>0%</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="12">FLUSSO H - PERCENTUALE SCOSTAMENTO</th> </tr> <tr> <th></th> <th>GEN</th> <th>FEB</th> <th>MAR</th> <th>APR</th> <th>MAG</th> <th>GIU</th> <th>LUG</th> <th>AGO</th> <th>SET</th> <th>OTT</th> <th>NOV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>213 A.S.L. ALESSANDRIA</td> <td>0%</td> <td>1%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>-1%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> </tr> </tbody> </table>	FILE F - PERCENTUALE SCOSTAMENTO													GEN	FEB	MAR	APR	MAG	GIU	LUG	AGO	SET	OTT	NOV	213 A.S.L. ALESSANDRIA	-1%	0%	1%	5%	0%	0%	5%	0%	0%	2%	0%	FLUSSO H - PERCENTUALE SCOSTAMENTO													GEN	FEB	MAR	APR	MAG	GIU	LUG	AGO	SET	OTT	NOV	213 A.S.L. ALESSANDRIA	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	-1%	0%	0%	0%
FILE F - PERCENTUALE SCOSTAMENTO																																																																									
	GEN	FEB	MAR	APR	MAG	GIU	LUG	AGO	SET	OTT	NOV																																																														
213 A.S.L. ALESSANDRIA	-1%	0%	1%	5%	0%	0%	5%	0%	0%	2%	0%																																																														
FLUSSO H - PERCENTUALE SCOSTAMENTO																																																																									
	GEN	FEB	MAR	APR	MAG	GIU	LUG	AGO	SET	OTT	NOV																																																														
213 A.S.L. ALESSANDRIA	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	-1%	0%	0%	0%																																																														

In attesa dei dati di consuntivo 2019, si possono ritenere sostanzialmente soddisfacenti i risultati ottenuti in corso d'anno.

OBIETTIVO 5.2

ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE E OSPEDALIERA: APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA E RIDUZIONE VARIABILITÀ

La legge 11 dicembre 2016 n° 232 prevede che, a decorrere dall'anno 2017, il tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti sia determinato nella misura del 6,89 %, mentre il tetto della spesa farmaceutica convenzionata è rideterminato nella misura del 7,96 %.

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

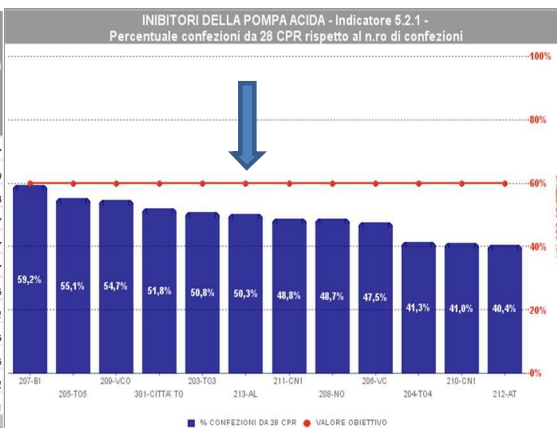
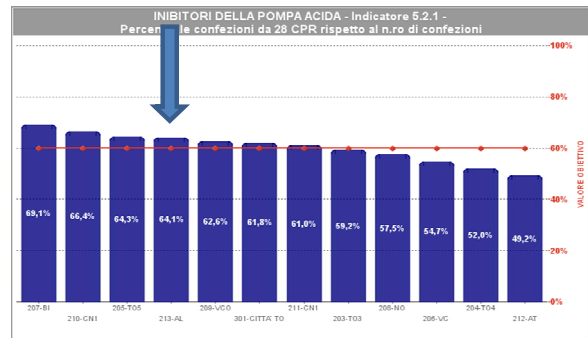
Gli scostamenti presi in esame riguardano le seguenti categorie:

Farmaci in ambito territoriale

1. ATC = A01BC (inibitori di pompa acida)
2. ATC = J01 (antibatterici per uso sistemico in ambito territoriale)

Farmaci in ambito ospedaliero

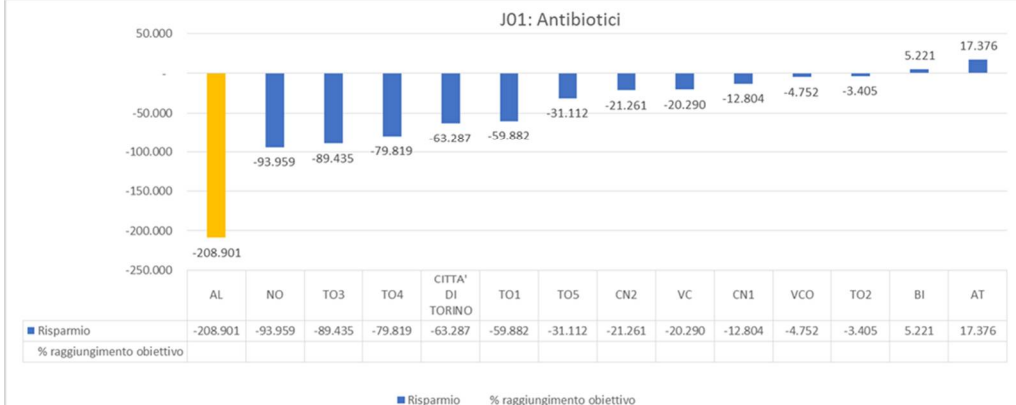
3. ATC = J01 (antibatterici per uso sistemico in ambito ospedaliero)
4. Viene inoltre definito, per le ASL, un ulteriore obiettivo afferente alla realizzazione, da parte delle aziende, di eventi rivolti ai Medici di Medicina Generale finalizzati a sensibilizzarli sull'appropriata prescrizione con particolare riferimento ai farmaci per BPCO, antibatterici, inibitori di pompa e vitamina D, secondo le indicazioni del Settore Assessoriale competente.

Obiettivo 2019	Sub-obiettivo	Punti	Articolazione obiettivo	Consuntivo 2019																																																									
5. Gestione spesa beni	5.2 Assistenza Farmaceutica Territoriale ed Ospedaliera: appropriatezza prescrittiva e riduzione della variabilità	4,00	Per ATC = A01BC - Inibitori pompa acida: >=60% n. confezioni da 28 compresse su n. confezioni globale	<p>Farmaceutica convenzionata - Anno: 2019 - Gennaio - Settembre 2019 - ATC 4° livello: Inibitori della pompa acida</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ASL</th> <th>N.ro Confezioni Cumulato YTD: 09-2019 Inibitori della pompa acida</th> <th>N.ro Confezioni da 28 cpr YTD: 09-2019</th> <th>% Confezioni da 28 cpr</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>207-BIELLA</td><td>177106</td><td>104897</td><td>0,592283717</td></tr> <tr><td>208-TORINO5</td><td>286331</td><td>157886</td><td>0,551452689</td></tr> <tr><td>208-VCO</td><td>183900</td><td>100655</td><td>0,547335508</td></tr> <tr><td>301-CITTA DI TORINO</td><td>950267</td><td>492165</td><td>0,517922857</td></tr> <tr><td>203-TORINO3</td><td>528352</td><td>268412</td><td>0,508007767</td></tr> <tr><td>218-ALESSANDRIA</td><td>482733</td><td>242846</td><td>0,502854977</td></tr> <tr><td>211-CUNEO2</td><td>170926</td><td>83456</td><td>0,488252226</td></tr> <tr><td>208-NOVARA</td><td>363883</td><td>177050</td><td>0,486557492</td></tr> <tr><td>208-MERCCELLI</td><td>205228</td><td>97585</td><td>0,475495546</td></tr> <tr><td>204-TORINO4</td><td>596792</td><td>246654</td><td>0,413299776</td></tr> <tr><td>218-CUNEO1</td><td>314693</td><td>128925</td><td>0,409688172</td></tr> <tr><td>218-ASTI</td><td>250645</td><td>101345</td><td>0,404336811</td></tr> <tr><td>Regione Piemonte</td><td>4510866</td><td>2201690</td><td>0,48808588</td></tr> </tbody> </table>	ASL	N.ro Confezioni Cumulato YTD: 09-2019 Inibitori della pompa acida	N.ro Confezioni da 28 cpr YTD: 09-2019	% Confezioni da 28 cpr	207-BIELLA	177106	104897	0,592283717	208-TORINO5	286331	157886	0,551452689	208-VCO	183900	100655	0,547335508	301-CITTA DI TORINO	950267	492165	0,517922857	203-TORINO3	528352	268412	0,508007767	218-ALESSANDRIA	482733	242846	0,502854977	211-CUNEO2	170926	83456	0,488252226	208-NOVARA	363883	177050	0,486557492	208-MERCCELLI	205228	97585	0,475495546	204-TORINO4	596792	246654	0,413299776	218-CUNEO1	314693	128925	0,409688172	218-ASTI	250645	101345	0,404336811	Regione Piemonte	4510866	2201690	0,48808588	<p>INIBITORI DELLA POMPA ACIDA - Indicatore 5.2.1 - Percentuale confezioni da 28 CPR rispetto al n.ro di confezioni</p>  <p>MESE DI SETTEMBRE 64,1%</p>
				ASL	N.ro Confezioni Cumulato YTD: 09-2019 Inibitori della pompa acida	N.ro Confezioni da 28 cpr YTD: 09-2019	% Confezioni da 28 cpr																																																						
207-BIELLA	177106	104897	0,592283717																																																										
208-TORINO5	286331	157886	0,551452689																																																										
208-VCO	183900	100655	0,547335508																																																										
301-CITTA DI TORINO	950267	492165	0,517922857																																																										
203-TORINO3	528352	268412	0,508007767																																																										
218-ALESSANDRIA	482733	242846	0,502854977																																																										
211-CUNEO2	170926	83456	0,488252226																																																										
208-NOVARA	363883	177050	0,486557492																																																										
208-MERCCELLI	205228	97585	0,475495546																																																										
204-TORINO4	596792	246654	0,413299776																																																										
218-CUNEO1	314693	128925	0,409688172																																																										
218-ASTI	250645	101345	0,404336811																																																										
Regione Piemonte	4510866	2201690	0,48808588																																																										
				<p>INIBITORI DELLA POMPA ACIDA - Indicatore 5.2.1 - Percentuale confezioni da 28 CPR rispetto al n.ro di confezioni</p> 																																																									

Sulla base del dato disponibile relativo ai primi 9 mesi del 2019 si rileva un andamento complessivo che, seppur al di sotto dello standard atteso (50,3% su 60%), risulta in progressivo miglioramento, con il singolo mese di settembre entro lo standard (64,1%, quarta performance regionale); i risultati attesi sugli ultimi 3 mesi potranno avvicinare ulteriormente il dato all'obiettivo del 60%.

AZIONI SU MMG:

- Dato di partenza per accordo e implementazione report per benchmarking
- Avvio di singoli audit da parte dei Distretti con i Medici di Medicina Generale che si discostano dalla media

Articolazione obiettivo	Consuntivo 2019													
	Gennaio- Giugno 2018 Gennaio-Giugno 2019													
	J01: Antibiotici													
														
	AL	NO	TO3	TO4	CITTA' DI TORINO	TO1	TO5	CN2	VC	CN1	VCO	TO2	BI	AT
■ Risparmio	-208.901	-93.959	-89.435	-79.819	-63.287	-59.882	-31.112	-21.261	-20.290	-12.804	-4.752	-3.405	5.221	17.376
% raggiungimento obiettivo														
	■ Risparmio % raggiungimento obiettivo													
	Spesa Farmaceutica Convenzionata - ATC: J01 - Valori anno 2018 Cumulati al mese di Settembre													
	J01 - ANTIBATTERICI PER USO SISTEMICO													
	ASL	Spesa Farmaceutica convenzionata Cumulata al mese 09 - 2018	Spesa Farmaceutica convenzionata Cumulata al mese 09 - 2019	Variazione % Spesa Anno 2019 vs 2018 - Cumulata al mese 09	Popolazione residente ponderata	Spesa Farmaceutica convenzionata pro capite Cumulata al mese 09 - 2018	Spesa Farmaceutica convenzionata pro capite Cumulata al mese 09 - 2019							
301	A.S.L. CITTA DI TORINO	5103130,45	4877596,03	-4,4%	881.517,00	5,79	5,53							
203	A.S.L TORINO 3	3541457,57	3333935,9	-5,9%	581.318,33	6,09	5,74							
204	A.S.L. TORINO 4	3365691,24	3046178,32	-9,5%	511.880,53	6,58	5,95							
205	A.S.L. TORINO 5	1732857,34	1644926,86	-5,1%	301.860,47	5,74	5,45							
206	A.S.L. VERCELLI	1098364,79	1062495,45	-3,3%	175.917,91	6,24	6,04							
207	A.S.L. BIELLA	978649,33	957569,55	-2,2%	178.703,36	5,48	5,36							
208	A.S.L. NOVARA	2037838,08	1896679,83	-6,9%	336.696,06	6,05	5,63							
209	A.S.L. VERBANO-CUSO-OSSOLA	896826,48	890101,4	-0,7%	174.349,14	5,14	5,11							
210	A.S.L. CUNEO 1	2035517,49	1988997,85	-2,3%	406.092,85	5,01	4,90							
211	A.S.L. CUNEO 2	1067591,17	1019686,96	-4,5%	166.043,64	6,43	6,14							
212	A.S.L. ASTI	1438116,46	1390840,75	-3,3%	206.196,41	6,97	6,75							
213	A.S.L. ALESSANDRIA	3188123,41	2898293,15	-9,1%	455.289,29	7,00	6,37							
	Valore J01	26484163,81	25007302,05	-5,6%	4.375.865,00	6,05	5,71							

Sulla base del dato disponibile relativo ai primi 9 mesi del 2019 si rileva che l'ASL AL risulta l'Azienda sanitaria con la maggior riduzione dei costi sugli antibiotici del Piemonte, con una riduzione pari a €208.901.

La spesa procapite è, pertanto, scesa da 7,00 a 6,37, avvicinandosi notevolmente al target (riduzione del 50% dello scostamento rispetto al best performer).

AZIONI SU MMG:

- Dato di partenza per accordo e implementazione report per benchmarking
- Avvio di singoli audit da parte dei Distretti con i Medici di Medicina Generale che si discostano dalla media

Articolazione obiettivo	Consuntivo 2019
<p>Eventi rivolti a MMG per appropriata prescrizione. Il numero di eventi realizzati nell'anno deve essere pari ad almeno 4, uno per ogni tematica (farmaci per BPCO, antibatterici, inibitori di pompa e vitamina D). Le ASL dovranno organizzare gli eventi in collaborazione con le AO/AOU.</p>	<p>Per raggiungere il target fissato dall'indicatore 4 dell'obiettivo 5.2 (appropriatezza prescrittiva) si ipotizza di operare un collegamento con la proposta di piano di sviluppo formativo del Piano locale della cronicità (collegato a sua volta all'obiettivo 2.1 Piano cronicità).</p> <p>La proposta da sottoporre alle Direzioni di ASL AL e ASO AL è di creare un gruppo di lavoro interaziendale per la formazione e la comunicazione che sviluppi il piano formativo che terrà sicuramente conto anche del tema della appropriatezza prescrittiva.</p> <p>Sui farmaci per la BPCO si è lavorato nella costruzione del PDTA.</p> <p>Per il gruppo J01 è in lavorazione un FAD e sono previsti più eventi dedicati ai MMG e ospedalieri</p> <p>Anche il tema della vitamina D è stato discusso sia in seno alle Commissioni Appropriatezza Prescrittiva Distrettuali che nella Commissione Farmaceutica Interna dell'Azienda Ospedaliera;</p> <p>- si sono svolti incontri con i singoli iperprescrittori;</p> <p>- in data 07/03/19 si è tenuto un evento formativo, della scuola piemontese mg, dal titolo "Vitamina D: personalizzazione e riflessione sul suo utilizzo".</p> <p>Sono stati effettuati controlli sulle prescrizioni di farmaci a base di colecalciferolo in termini di appropriatezza nella posologia e siamo in procinto di organizzare un incontro multidisciplinare con mmg, distretti, Direzione PO e specialisti fisiatrici;</p> <p>Per quanto riguarda gli inibitori di pompa protonica (IPP), gruppo ATC: A01BC, sono stati realizzati interventi mirati sia in termini di appropriatezza d'uso che di contenimento delle risorse.</p> <p>In particolare, sulla base delle indicazioni Regionali (Rif. Nota N.14.120.40) è stata attivamente promossa la prescrizione di IPP nei confezionamenti da 28 unità posologiche (u.p.), anziché da 14 u.p., con un possibile risparmio fino a 0,15 €/u.p.</p> <p>Attività:</p> <p>Dai dati di spesa I trimestre 2019, sono stati evidenziati 114 MMG con la più bassa percentuale di prescrizione di IPP in confezionamenti da 28 u.p. e sono stati realizzati specifici report riportanti il dettaglio delle prescrizioni di IPP per singolo paziente, in confezionamenti da 14 u.p. che potrebbero essere convertite in prescrizioni da 28 u.p.</p> <p>Di concerto con le Direzioni Distrettuali, si è proceduto a convocare tali MMG, al fine di informarli e sensibilizzarli sull'argomento.</p> <p>- In tale occasione è stato inoltre presentato un possibile algoritmo per la de-prescrizione degli IPP, tratto dalla letteratura scientifica (Deprescribing proton pump inhibitors. Evidence-based clinical practice guideline. Farrell B, Pottie K et al. Can Fam Physician. 2017 May; 63(5):354-364).</p>

OBIETTIVO 5.3

MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DEL FLUSSO INFORMATIVO DEI DISPOSITIVI MEDICI

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

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.

Articolazione obiettivo	Consuntivo 2019				
<p>Coerenza, con un margine di tolleranza compreso tra -5% e +10%, tra la spesa aziendale per DM rilevata da flusso DMRP (al netto dei dispositivi di CND Z – a eccezione della Z13 – e di CND W) rispetto ai costi imputati in CE alle voci:</p> <ul style="list-style-type: none"> - B.1.A.3.1 (dispositivi medici); - B.1.A.3.2 (dispositivi medici impiantabili attivi) 			INVIATI AL FLUSSO DMRP-CONSUMI ENTRO LA DATA DEL 31/01/2020 (parametri di estrazione conformi a indicatore iscritto in DGR 4-92/2019*; inclusi dispositivi privi di CND)		
	Codice	ASR Denominazione ASR	COSTI IV trim. 2019 DISPOSITIVI MEDICI IN FLUSSO DMRP CONSUMI (escluse CND W e Z - a eccezione della Z13) [A]	SPESA IV trim. 2019 PER DISPOSITIVI MEDICI IN VOCI CE B.1.A.3.1 + B.1.A.3.2 [B]	INDICATORE OBIETTIVO Incidenza costi rilevati su spesa CE (escluse CND W e Z - a eccezione della Z13) [C = A / B]
	213	ASL AL	€ 15.233.162	€ 17.464.027	87,2%
			INVIATI AL FLUSSO DMRP-CONSUMI ENTRO LA DATA DEL 31/01/2020 (inclusa intera CND Z - simulazione di maggior favore; inclusi dispositivi privi di CND)		
	Codice	ASR Denominazione ASR	COSTI IV trim. 2019 DISPOSITIVI MEDICI IN FLUSSO DMRP CONSUMI (escluse CND W e Z - a eccezione della Z13) [A]	SPESA IV trim. 2019 PER DISPOSITIVI MEDICI IN VOCI CE B.1.A.3.1 + B.1.A.3.2 [B]	INDICATORE OBIETTIVO Incidenza costi rilevati su spesa CE (escluse CND W e Z - a eccezione della Z13) [C = A / B]
	213	ASL AL	€ 17.393.394	€ 17.464.027	99,6%
<p>Almeno l'85% dei record relativi a contratti stipulati nel 2019 inviati al flusso DMRP-Contratti nel 2019 deve presentare la compilazione del campo "Forma di negoziazione", nonché la compilazione del campo "Identificativo Contratto" con codici CIG per lotto aventi corrispondenza nell'archivio dei codici CIG rilasciati</p>	Codice ASR	Denominazione ASR	INDICATORE OBIETTIVO		
	213	ASL AL	94,2%		
	Totale Regione Piemonte		97,3%		

In attesa dei dati di consuntivo 2019, si possono ritenere sostanzialmente soddisfacenti i risultati ottenuti in corso d'anno.

In merito all'obiettivo in esame e in particolare al primo indicatore, si richiamano "in toto" le considerazioni espresse nella nota prot.n.79273 del 31.07.2019 con la quale, a firma congiunta del Responsabile S.C. Programmazione Controllo Sistema Informativo e del Direttore S.C. Farmacia Territoriale, sono stati espressi al competente settore della Regione Piemonte alcuni rilievi in merito al valore da considerare nel numeratore del rapporto e alla presenza o meno, all'interno del medesimo, della spesa relativa per la CND "Z" (tranne Z13).

Nello specifico si evidenzia che l'ASL AL acquista la totalità dei DM con CND "Z" sul conto 3100364 – B.1.A.3.1 – e che gli stessi implementano tutti il flusso DM.

Nel richiedere conferma in merito al corretto acquisto di tali DM come sopra indicato, è stato inoltre evidenziato che il consumo di dispositivi della CND "Z" "Apparecchiature sanitarie e relativi componenti accessori e materiali" è, per l'ASL AL, pari al 13% sul totale dei DM.

Si allega nota prot. n. 79273 del 31.07.2019.

6. DIGITALIZZAZIONE DEL SSR

OBIETTIVO 6.1

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.

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

Attraverso l'attuazione degli interventi declinati nella misura 3, Asse II.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.

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

Inoltre, in attuazione tra l'altro al DM 2 novembre 2011 e le disposizioni regionali conseguenti, la ricetta cartacea, di 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 dematerializzazione delle prescrizioni delle ricette mediche, da parte di tutti i medici autorizzati, nel rispetto delle normative nazionali che regolamentano la prescrizione medica (es. formazione, monitoraggio attivo, ecc)

. Garantire il completamento, nel rispetto delle normative nazionali, del ciclo di vita delle ricette dematerializzate (presa in carico e erogazione) da parte di tutti gli erogatori autorizzati.

Articolazione obiettivo	Consuntivo 2019
<p>Avvio di tutte le iniziative di digitalizzazione, archiviazione nel deposito repository aziendale e alimentazione FSE-SoL, nel rispetto delle indicazioni regionali, e realizzazione dell'alimentazione nel FSE entro il 31 dicembre 2019 di almeno 2 dei seguenti documenti clinico-sanitari: LDO, VPS, AP e Radiologia</p>	<p>Tutte le 4 tipologie di documento clinico indicate da Regione Piemonte, e precisamente LDO, AP, PS e Radiologia alimentano correttamente il repository aziendale dei documenti clinici. Con Determinazione 1240 del 26.11.2019 del direttore della SC Tecnico Tecnologie Biomediche ICT si è provveduto ad aggiudicare l'attività di sviluppo degli adeguamenti al formato file ed alle integrazioni necessarie ad alimentare il FSE con i referti AP e Radiologia. Il collaudo dell'invio dei documenti di AP è avvenuto il 17.12.2019 con messa in esercizio il 15.01.2020. Le attività di realizzazione degli adeguamenti del documento di Radiologia, si concluderanno, su indicazione del fornitore al 28.2.2020 con invio in esercizio entro il 30.3.2020. Per LDO e VPS occorrerà adeguare i sistemi informatici sanitari alla firma digitale</p>
<p>Informare e Promuovere l'utilizzo dei servizi digitali realizzati: a) ritiro referti on line utilizzato per almeno 5% dei cittadini che hanno effettuato presso la struttura pubblica un esame di laboratorio nel periodo da luglio - dicembre 2019; espressione del consenso alimentazione FSE per almeno il 20% dei cittadini che hanno effettuato presso la struttura pubblica un esame di laboratorio nel periodo da luglio - dicembre 2019.</p>	<p>Il report prodotto da CSI relativo all'utilizzo del sistema di ritiro online dei referti indica per ASL AL una percentuale di ritiro pari allo 0,11%; mentre per l'attivazione del fascicolo sanitario elettronico lo stesso report indica una percentuale di attivazione pari allo 0,74%</p>

Articolazione obiettivo	Consuntivo 2019
<p>Avvio entro il 31 dicembre 2019, fatto salvo eventuale deroga regionale, il sistema regionale omogeneo di gestione delle agende e delle prenotazioni sanitarie (Gara 63/2015) e adesione alla convenzione sottoscritta da SCR in esito alla gara 63/2015 entro 30 giorni successivi alla pubblicazione del presente provvedimento</p>	<p>Il cronoprogramma regionale prevedeva inizialmente, per l'ASL AL, l'avvio del nuovo CUP Unico Regionale il 4 novembre 2019, data poi posticipata all'anno 2020 (la data precisa è ancora in fase di definizione). L'ASL AL ha aderito al modulo opzionale che comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> - modulo di prenotazione - integrazione con i dipartimentali - libera professione - casse - rendicontazione flussi <p>Tutte le agende passeranno su Cup regionale (istituzionale+libera professione). Rimangono escluse le attività che sono registrate su software dedicato, quali laboratorio analisi, anatomia patologica, psichiatria, NPI, SERT, inoltre i trattamenti dialitici, le chemioterapie, la radioterapia.</p> <p>E' stato nominato il Direttore Operativo del Progetto Cup Unico regionale dell'ASL AL e costituito il Gruppo di lavoro aziendale "CUP Unico regionale" che segue tutte le fasi di implementazione del Cup fino all'avvio.</p> <p>Nel corso del 2019, il Gruppo di lavoro aziendale "CUP Unico regionale" ha partecipato attivamente alle riunioni periodiche, già cominciate nel mese di ottobre 2018, del Gruppo di lavoro di Area Piemonte Sud-Est "CUP Unico regionale" (ASL AL, ASO AL, ASL AT), sotto il coordinamento del Gruppo Tecnico regionale, al fine di condividere le problematiche tecniche ed organizzative per l'avvio del nuovo Cup e adottare una linea comune. Gli incontri si sono svolti alternativamente nelle sedi delle tre Aziende, coinvolgendo anche degli specialisti ambulatoriali delle tre Aziende per le specifiche problematiche.</p> <p>Gli step operativi sono i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - fase preparatoria: l'ASL AL ha effettuato la pulizia delle agende su Cup locale; - la fase preparatoria di cui sopra è terminata con la fornitura ad Engineering delle tabelle TRACO nell'ambiente Cup Unico (la consegna prevista inizialmente da Regione per l'08/07/2019, è stata posticipata al 15/10/2019 per problematiche tecniche); ASL AL-Dedalus-Engineering hanno svolto congiuntamente tutte le attività tecniche preparatorie alla predisposizione delle tabelle TRACO sia per l'attività istituzionale che di libera professione. Le TRACO sono state consegnate ad Engineering il 23/12/2019, invio che è stato poi sostituito da un successivo invio il 14/01/2020, preso in carico da Engineering nel mese di febbraio 2020 (fase attuale) - una seconda fase in cui Engineering popola il sistema; - l'ASL AL ha da 3 a 5 settimane di tempo per la verifica del corretto popolamento delle TRACO; - una seconda estrazione di dati; - attività di formazione da parte di Engineering ai formatori ASL sull'utilizzo del nuovo applicativo (attività in corso); - attività di formazione (sia per il back office sia per il front office) da parte dei formatori ASL al personale sanitario e amministrativo; - una terza estrazione di dati (test e validazione finale); - il weekend prima della partenza verrà chiuso il Cup locale; - golive. <p>Il CED ha verificato la presenza dei requisiti minimi delle postazioni di lavoro per l'utilizzo del nuovo applicativo.</p> <p>Il Gruppo CUP aziendale ha effettuato una prima attività di profilatura delle utenze per l'accesso al sistema CUP, secondo le indicazioni fornite dalla Regione, e ha successivamente condiviso la metodologia adottata con i Responsabili delle Direzioni Sanitarie dei Presidi e dei Distretti in riunioni dedicate.</p> <p>Nel corso dell'anno 2019, si sono svolte riunioni con il CED e i fornitori per l'analisi delle integrazioni degli applicativi locali con il nuovo CUP cui è conseguita l'offerta economica.</p>

Documenti allegati alla presente relazione:

Obiettivo 2.1 - CONTINUITÀ ASSISTENZIALE E PROGRAMMA REGIONALE CRONICITÀ:

- DELIBERAZIONE N.995 DELL'11.12.2014: ATTUAZIONE DELLA "CENTRALE OPERATIVA AZIENDALE" PER LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE A VALENZA SANITARIA OSPEDALE – TERRITORIO" - D.G.R. N. 72-14420 DEL 20.12.2004
- DELIBERAZIONE N.837 DEL 14.12.2016: INDIVIDUAZIONE "NUCLEI DISTRETTUALI DI CONTINUITÀ DELLE CURE" (N.D.C.C.) E "NUCLEI OSPEDALIERI DI CONTINUITÀ DELLE CURE" (N.O.C.C.), OPERANTI IN MODO INTEGRATO E COSTITUENTI I "NUCLEI DI VALUTAZIONE INTEGRATI OSPEDALE/TERRITORIO" DI CUI ALLA DELIBERAZIONE ASL AL N. 2014/995 DEL 11.12.2014
- NOTA ASL AL PROT. N.110503 DEL 29.10.2019 AD OGGETTO "INVIO PIANO AZIENDALE CRONICITÀ"

OBIETTIVO 3.2 - TEMPI DI ATTESA DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI:

- DELIBERAZIONE N. 379 DEL 31.05.2019: "REGOLAMENTO PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI, GESTIONE DELLE AGENDE, MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA – RECEPIMENTO"

OBIETTIVO 5.3 - MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DEL FLUSSO INFORMATIVO DEI DISPOSITIVI MEDICI:

- NOTA INVIATA A REGIONE PIEMONTE SETTORE ASSISTENZA FARMACEUTICA INTEGRATIVA E PROTESICA - PROT. N. 79273 DEL 31.07.2019