



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

## **ANNO 2017**

*D.G.R. N. 101-5530 DEL 3 AGOSTO 2017*

## PREMESSA

Con DGR n.101-5530 del 3 agosto 2017 sono stati definiti e assegnati gli obiettivi strategici ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali per l'anno 2017.

Le azioni programmate ed effettuate per il raggiungimento degli obiettivi, relazionate nel presente documento, sono state oggetto durante il corso del 2017 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 2017.

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 2017
TIPO OBIETTIVO 2	Case della Salute
TIPO OBIETTIVO 3	Accessibilità
TIPO OBIETTIVO 4	Gestione spesa beni
TIPO OBIETTIVO 5	Nuovi LEA
TIPO OBIETTIVO 6	Qualità

## TABELLA RIASSUNTIVA

TIPO	OB	OBIETTIVO	PESO
<b>Budget 2017</b>	1.1	Attuazione della programmazione regionale	20
<b>Case della Salute</b>	2.1	Attivazione delle CS programmate	6
	2.2	Monitoraggio avvio attività	4
<b>Accessibilità</b>	3.1	Tempi di attesa Ricoveri	5
	3.2	Tempi attesa specialistica ambulatoriale	15
	3.3	Riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in PS	5
<b>Gestione spesa beni</b>	4.1	Appropriatezza prescrittiva in ambito farmaceutico	6
	4.2	DM : implementazione flussi	3
	4.3	DM : monitoraggio spesa (DPCM 24/12/2015)	6
<b>Nuovi LEA</b>	5.1	Attuazione PNPV 2017/2019	5
<b>Qualità</b>	6.1	Tempestività interventi a seguito frattura femore su pazienti > 65	4
	6.2	Tempestività nell'effettuazione di ptca nei casi di ima stemi	4
	6.3	Appropriatezza nell'assistenza al parto dei Punti Nascita	4
	6.4	Screening oncologici	3
	6.5	Donazioni organi	5
	6.6	Umanizzazione	5
<b>TOTALE</b>			<b>100</b>

## 1. Budget 2017

### OBIETTIVO 1.1

#### EFFICIENTAMENTO DELLA SPESA AZIENDALE

Gli Enti del SSR in applicazione alle linee di programmazione sanitaria regionale, nel rispetto delle normative regionali e nazionali vigenti (es. D.Lgs 118/2011 e s.m.i.) e delle risorse assegnate con la D.G.R. n.35-5329 del 10 Luglio 2017 e s.m.i., dovranno assicurare il sostanziale pareggio di bilancio aziendale sia in sede di adozione dei Bilanci Preventivi economici, sia in itinere nei Conti Economici Trimestrali che, in particolare, in sede di adozione del Bilancio d'esercizio aziendale a consuntivo.

#### INDICATORE

1. Razionalizzazione (Sviluppo) dei fattori produttivi aziendali (Risultato Economico Consuntivo)
2. Mantenimento e/o Incremento della produzione sanitaria erogata dagli Enti del SSR (attività di Ricovero, Ambulatoriale e PS non seguito da ricovero)

#### VALORE DELL'OBIETTIVO

Sub-obiettivo 1): razionalizzazione (sviluppo) della spesa consuntiva 2017 rispetto al 2016 in misura pari o superiore agli importi riportati in tabella A) – colonna C1;

Sub-obiettivo 2): variazione della produzione sanitaria pari o superiore agli importi riportati in tabella A) – colonna C2.

#### Punteggio

17/100 – Efficientamento aziendale perseguito entro le quote obiettivo di un semestre (Tabella A -C/2)

3/100 – Efficientamento aziendale perseguito oltre le quote obiettivo di un semestre (Tabella A -C/2)

Quadro di sintesi degli obiettivi di efficientamento 2017:

	OBIETTIVO anno 2017	OBIETTIVO su base semestrale
<b>OBIETTIVO EFFICIENTAMENTO 1): razionalizzazione (sviluppo) fattori produttivi aziendali 2017 vs 2016</b>	5.229.811	
<b>OBIETTIVO EFFICIENTAMENTO 2): incremento / mantenimento produzione sanitaria 2017 Vs 2016</b>	2.500.000	
<b>OBIETTIVO EFFICIENTAMENTO TOTALE</b>	<b>7.729.811</b>	<b>3.864.906</b>

## OBIETTIVO EFFICIENTAMENTO

### 1) razionalizzazione (sviluppo) fattori produttivi aziendali 2017 vs 2016

Al fine di valutare il sotto obiettivo, si è proceduto dapprima ad analizzare i dati risultanti dalla rilevazione FEC relativi al IV trimestre 2017, al fine della valutazione del raggiungimento degli obiettivi su base annua.

A tale fine, pare corretto utilizzare i risultati contenuti nel prospetto “*Modello CE riclassificato (migliaia di euro) – dettagliato*” poiché già utilizzato, in precedenza, in letture relative all’andamento dei costi direttamente gestiti dalle Aziende Sanitarie in sede di confronto con l’Assessorato regionale.

Su base annua, il confronto di cui alla voce B) del citato prospetto (*Totale Costi interni*) presenta un saldo positivo, in ragione dei minori costi, pari ad euro -2.820.000.

voce costo	CE IVtrim2016	cons 2016	diff
Personale	195.480	198.473	- 2.993
Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	40.438	37.350	3.088
Altri Beni e Servizi	96.755	95.926	829
Ammortamenti e Costi Capitalizzati	1.474	2.477	- 1.003
Accantonamenti	3.116	3.596	- 480
Variazione Rimanenze	-	2.261	- 2.261
<b>Totale Costi Interni</b>	<b>337.263</b>	<b>340.083</b>	<b>- 2.820</b>

Il risultato andrebbe, in ogni caso, rideterminato nel suo ammontare, al fine di mantenere omogeneo il criterio di valutazione con il precedente esercizio, in quanto nell’anno 2016 la spesa relativa ai farmaci AIC non contemplava gli oneri derivanti dagli acquisti di farmaci antiepatite, in quanto l’Azienda non era stata ancora individuata quale Centro prescrittore. Conseguentemente su tale voce, peraltro oggetto di specifico finanziamento regionale, non sarebbe stato possibile attuare un’azione di effettivo efficientamento.

Analogo discorso può essere fatto per i maggiori oneri 2017 derivanti dai farmaci innovativi in oncologia, anch’essi oggetto di nettizzazione in sede di valutazione del risultato di esercizio.

Come accennato, tali maggiori oneri per l’anno 2017 sono oggetto di specifico finanziamento, così come previsto dalla D.G.R. n.113-6305 del 22.12.2017 in relazione alla determinazione delle risorse economiche per gli anni 2017-2018.

Si riporta tabella riassuntiva dei maggiori oneri 2017 vs 2016 per le suddette tipologie di farmaci.

#### MAGGIORI ONERI 2017 vs 2016 (€/1000)

FARMACI ANTIEPATITE	626	al netto note di credito
FARMACI INNOVATIVI ONCOLOGIA	748	differenza 2017 su 2016
<b>TOT</b>	<b>1.374</b>	

Alla luce di ciò il valore di efficientamento per l'anno 2017 relativamente ai costi gestiti (B-Totale Costi Interni del *Modello CE riclassificato (migliaia di euro) – dettagliato*) si può stimare in complessivi 4.194mila/€.

Per quanto riguarda, invece, le altre componenti di costo del *Modello CE riclassificato (migliaia di euro) – dettagliato* facenti capo all'aggregato *C-Totale Costi Esterni*, si evidenzia che l'incremento di costi registrati nel 2017 è rappresentato per il 91% dai maggiori oneri derivanti dalle prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale del Privato accreditato, in massima parte legato all'incremento di produzione per residenti extraregione.

## OBIETTIVO EFFICIENTAMENTO

### 2) incremento / mantenimento produzione sanitaria 2017 Vs 2016

#### PRODUZIONE SANITARIA

	anno 2017	anno 2016	DIFF
RICOVERI DH	77.850.544	75.923.316	1.927.227
SPECIALISTITICA AMBULATORIALE (compreso Ticket)	44.752.410	44.589.909	162.501
DEA PS (non seguito da ricovero)	4.022.026	4.220.010	- 197.984
<b>TOTALE</b>	<b>126.624.979</b>	<b>124.733.236</b>	<b>1.891.744</b>
	2° sem 2017	2° sem 2016	DIFF
RICOVERI DH	39.004.531	36.851.707	2.152.824
SPECIALISTITICA AMBULATORIALE (compreso Ticket)	21.007.202	20.827.388	179.814
DEA PS (non seguito da ricovero)	1.969.189	2.143.069	- 173.880
<b>TOTALE</b>	<b>61.980.922</b>	<b>59.822.164</b>	<b>2.158.758</b>

*Nota: dati di preconsuntivo 2017 – per il tracciato C2 si è tenuto conto della produzione per la quale si è proceduto al reinvio dei flussi del 2° semestre (rif. nota ASL AL prot.n.0009113 del 29.1.2018)*

#### ATTIVITA' DI RICOVERO

L'anno 2017 ha rappresentato il primo esercizio di completa attuazione delle modifiche organizzative introdotte nell'ambito della Rete ospedaliera aziendale dal nuovo Piano di Organizzazione, redatto secondo le indicazioni delle DD.GG.RR. n.1-600/2014 e n.1-924/2015. Nel corso del 2017, rispetto al precedente anno, si registra un incremento della produzione per ricoveri, specialistica ambulatoriale e pronto soccorso pari a 1.891mila/€.

Focalizzando l'analisi sul secondo semestre del 2017 rispetto ad analogo periodo 2016 si è registrato un incremento della produzione ancora superiore, pari ad 2,158milioni, riscontro del trend di crescita in atto.

Tale dato si ricava non considerando i reparti che a fine 2016 hanno cessato la produzione (valore della produzione complessivo dei 3 reparti anno 2016: €2.285/mila) a seguito della riorganizzazione della Rete ospedaliera aziendale e precisamente:

- Malattie Infettive P.O. Casale M.
- Cardiologia P.O. Tortona
- Cardiologia P.O. Acqui T.

Tali specialità non possono essere considerate in un confronto sulla produzione sugli anni 2017-2016, in quanto, ad esempio, l'attività delle Malattie Infettive è stata assorbita dalla maggiore produzione dell'Azienda Ospedaliera di riferimento, che ha acquisito la domanda di

ricovero rimasta priva di risposta dal Presidio di base, in precedenza deputato ad erogare tali prestazioni.

L'incremento registrato della produzione sanitaria 2017 si attesta pertanto al di sopra delle quote obiettivo di un semestre e, tenuto anche conto che si è originato soprattutto nel secondo semestre dell'anno, non lontano dall'obiettivo "annuale (pari a 2,5milioni).

L'incremento di produzione registrato nel corso del 2017 costituisce riscontro delle azioni relative a

- avvio delle attività della Rete dei punti di erogazione riorganizzata a seguito DD.GG.RR. n.1-600/2014 e n.1-924/2015, con efficiente ed efficace reimpiego del personale delle strutture interessate dai processi di chiusura / integrazione / accorpamento;
- copertura di posti vacanti dei Direttori di Struttura Complessa in aree particolarmente critiche e strategiche (Ortopedia, Chirurgia, Anestesia Rianimazione, Neurologia, Ostetricia Ginecologia);
- copertura di posti vacanti e sostituzione di personale cessato per l'area medica e sanitaria del comparto;
- efficientamento nell'utilizzo delle Sale operatorie;
- obiettivi di budget finalizzati al recupero di efficienza e aumento della produzione, anche in relazione agli elevati valori di mobilità passiva extraregionale

Per quanto concerne l'attività di specialistica ambulatoriale e di DEA/PS, i valori di produzione sono in sostanziale equilibrio rispetto al dato del precedente anno.

Per quanto concerne l'assorbimento di risorse, si evidenzia che l'incremento di produzione evidenziato nel 2017 non ha generato un incremento dei costi per farmaci, dispositivi medici ed altri beni sanitari; al contrario, si registra nel secondo semestre 2017 una riduzione pari a circa €120.000 (che salgono a €422.000 al netto dei farmaci innovativi per l'oncologia).

#### CONSUMO FARMACI-DISPOSITIVI MEDICI-ALTRI BENI SANITARI DIFFERENZA 2°SEM2017 SU 2°SEM2016

PPOO	DIFF 2°sem 2017-2016		
	FARMACI	DISP. MEDICI	ALTRI BS
P.O. CASALE	148.698	-98.906	15.165
P.O. NOVI	344.299	-196.802	6.076
P.O. TORTONA	-73.549	-467.294	13.326
P.O. ACQUI	76.750	13.187	4.320
P.O. OVADA	91.896	1.648	1.585
<b>TOTALE PP.OO. ASL AL</b>	<b>588.094</b>	<b>-748.168</b>	<b>40.472</b>

*Incremento ospedaliero farmaci innovativi per l'oncologia 2sem2017 su 2sem2016: €302.038*

Sempre per quanto riguarda il consumo di beni sanitari, analizzando l'intero anno 2017 si registra una riduzione pari a circa €692.000 (che salgono a €1.450.000 al netto dei farmaci innovativi per l'oncologia).

**CONSUMO FARMACI-DISPOSITIVI MEDICI-ALTRI BENI SANITARI  
DIFFERENZA 2017 SU 2016**

PPOO	DIFF 2017-2016		
	FARMACI	DISP. MEDICI	ALTRI BS
P.O. CASALE	332.585	-727.175	9.777
P.O. NOVI	228.138	12.046	2.318
P.O. TORTONA	119.073	-833.437	5.602
P.O. ACQUI	118.211	-243.884	-1.958
P.O. OVADA	292.517	-7.505	1.671
<b>TOTALE PP.OO. ASL AL</b>	<b>1.090.525</b>	<b>-1.799.955</b>	<b>17.410</b>

Incremento ospedaliero farmaci innovativi per l'oncologia anno 2017 su anno 2016: €747.754

Si riportano, infine, alcuni dati sull'ospedalizzazione 2016-2017 dei residenti ASL AL.

**OSPEDALIZZAZIONE RESIDENTI ASL AL  
RICOVERI ORDINARI + DH**

EROGATORE	12 MESI 2017 (precons)		12 MESI 2016	
	Casi	Valore	Casi	Valore
<b>TOTALE PIEMONTE</b>	<b>57.466</b>	<b>189.752.283</b>	<b>58.056</b>	<b>187.124.582</b>
ALTRE ASL PIEMONTE	1.410	4.090.767	1.484	4.111.421
PPOO ASL AL	24.675	68.127.293	25.023	67.830.155
ASO PIEMONTE	25.748	94.634.125	24.622	90.572.604
<i>di cui ASO AL</i>	24.197	87.741.065	23.022	83.308.974
ISTITUTI EX ART. 41 - 43	57	240.651	99	337.581
IRCCS	223	910.607	263	1.107.935
PRIVATI ASL AL	4.358	18.447.095	5.374	19.235.206
PRIVATI FUORI ASL AL	995	3.301.746	1.191	3.929.679

**MOBILITA' EXTRAREGIONE (RICOVERI ORDINARI + DH)  
REGIONI LOMBARDIA E LIGURIA**

030 - LOMBARDIA		
1SEM2017	1SEM2016	var %
3.583	3.534	1,4%

070 - LIGURIA		
1SEM2017	1SEM2016	var %
1.429	1.753	-18,5%

## QUADRO DI SINTESI OBIETTIVO EFFICIENTAMENTO DELLA SPESA AZIENDALE

€/1000	OBIETTIVO anno 2017	OBIETTIVO su base semestrale	PRE CONSUNTIVO 2017
<b>OBIETTIVO EFFICIENTAMENTO 1): razionalizzazione (sviluppo) fattori produttivi aziendali 2017 vs 2016</b>	5.230		4.194
<b>OBIETTIVO EFFICIENTAMENTO 2): incremento / mantenimento produzione sanitaria 2017 Vs 2016</b>	2.500		1.892
<b>OBIETTIVO EFFICIENTAMENTO TOTALE</b>	<b>7.730</b>	<b>3.865</b>	<b>6.086</b>

*Nota: dati di preconsuntivo 2017*

Sommando gli effetti ottenuti dalla razionalizzazione dei fattori produttivi aziendali (obiettivo di efficientamento 1) e dall'incremento della produzione sanitaria (obiettivo efficientamento 2) per l'anno 2017 si ottiene un risultato di efficientamento pari a complessivi 6.086mila/€, che rappresenta il 157% dell'obiettivo 2017 su base semestrale ed il 79% dell'obiettivo 2017 su base annuale.

Come già in precedenza segnalato, soprattutto per ciò che attiene l'incremento di produzione sanitaria, i risultati si sono manifestati con maggiore incidenza nel corso del secondo semestre dell'anno, quale esito della conclusione dei processi di riorganizzazione ed efficientamento avviati con le DD.GG.RR. n.1-600/2014 e n.1-924/2015.

## **2. CASE DELLA SALUTE**

### **OBIETTIVO 2.1**

#### **ATTIVAZIONE DELLE CASE DELLA SALUTE PROGRAMMATE**

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

#### **INDICATORE**

1. Numero strutture attivate/potenziante entro il 31.12.2017 su numero strutture da attivare, come da determinazione regionale di validazione dei progetti. Per attivazione deve intendersi la consegna in Regione della deliberazione del Direttore Generale di attivazione/potenziamento delle Case della Salute programmate e relativo Regolamento di funzionamento redatto secondo lo schema-tipo regionale, unitamente ai previsti protocolli operativi.
2. Presentazione relazione di attività e costi sostenuti per l'avvio e/o lo sviluppo delle CS nel 2017, entro il 31.3.2018, secondo lo schema-tipo regionale; primo monitoraggio degli indicatori di processo e di esito, come previsti dalla determinazione regionale di validazione dei progetti CS.
3. Numero delle iniziative svolte entro il 31.12.2017/N° delle iniziative previste.

#### **VALORE DELL'OBIETTIVO**

1. Attivazione, entro il 31 dicembre 2017, del 67% delle CS come da crono programma contenuto nella scheda-progetto trasmessa da parte delle Asl ai sensi della D.G.R. n. 3-4287 del 29.11.2016 o come dichiarato dalle Direzioni in successivo incontro regionale.
2. Invio alla Regione entro i 10 gg. successivi a data di scadenza prevista (31.3.2018) delle Relazioni di attività e spesa, unitamente agli indicatori di processo e di esito.
3. Svolgimento degli interventi di formazione rivolti agli operatori e di informazione rivolti ai cittadini e alla comunità locale riguardo all'avvio/sviluppo e alle funzioni delle CS, come previsti nei progetti. Almeno 2 iniziative di formazione rivolta agli operatori e 2 di informazione/comunicazione rivolta ai cittadini riguardo all'avvio/sviluppo e alle funzioni/servizi erogati dalle CS per rispondere ai bisogni di cure primarie sul territorio distrettuale.

#### **Tracking previsto**

- 31.12.2017: per l'anno 2017 attivazione/potenziamento di tutte le CS di cui ai progetti presentati ai sensi della D.G.R. n. 3-4287 del 29.11.2016.
- 31.12.2017: almeno 2 iniziative formative rivolte agli operatori e 2 di informazione/comunicazione rivolta ai cittadini riguardo all'avvio/sviluppo, al ruolo e alle funzioni delle CS per rispondere ai bisogni di cure primarie sul territorio.

#### **Punteggio**

ASL 10/100

Il punteggio complessivo dell'obiettivo (10 punti) si compone di 6 punti per il primo indicatore e di 2 punti per entrambi i rimanenti.

## 1.

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

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

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

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

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

## 2.

La relazione di attività e spesa, unitamente agli indicatori di processo e di esito, saranno inviati entro i 10 gg. successivi alla data di scadenza prevista (31.3.2018); nel frattempo si sta procedendo a strutturare i flussi informativi idonei alle rilevazioni di attività e di costo per le istituite Case della Salute.

## 3.

Per quanto concerne le iniziative di informazione, sono stati svolti i seguenti eventi rivolti alla popolazione, agli amministratori locali, alle categorie professionali ed alle Associazioni di Volontariato del bacino d'utenza; tale eventi sono stati organizzati congiuntamente ai Comuni sede delle singole Case della Salute con una notevole partecipazione e condivisione dei percorsi e delle attività proposte:

1. 2 dicembre 2017 presso la sala consiliare del Comune di Castellazzo Bormida;
2. 6 dicembre 2017 presso la sala Pessini di Castelnuovo Scrivia;
3. 19 dicembre 2017 presso la Sala Consiliare del Comune di Moncalvo;
4. Arquata Scrivia: la presentazione dell'11 dicembre 2017 è stata rinviata per le avverse condizioni meteorologiche alla successiva data del 18 gennaio 2018

In data 29 giugno e 14 dicembre 2017 ad Alessandria sono state, inoltre, tenute due conferenze stampa da parte della Direzione Aziendale per aggiornare sullo stato di avanzamento del progetto Case della Salute.

Per quanto riguarda la formazione rivolta agli operatori si segnala quanto segue:

1. corso LA GESTIONE DEI PROCESSI EROGATIVI SANITARI ATTRAVERSO L'APPROCCIO PDTA (due edizioni: 22 giugno 2017 e 4 ottobre 2017): 36 partecipanti (elenco dei partecipanti in allegato);
2. corso INTRODUZIONE ALL'UTILIZZO DELLA RETE ECG (due edizioni: 2 e 3 ottobre 2017, 6 crediti ECM): 28 partecipanti (elenco dei partecipanti in allegato);
3. corso SULL'UTILIZZO DEGLI APPARECCHI PER SPIROMETRIA (27 novembre, 6 crediti ECM): 24 partecipanti (elenco dei partecipanti in allegato).

### **3. ACCESSIBILITA'**

#### **OBIETTIVO 3.1**

##### **MIGLIORAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA NELL'AMBITO DEI 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.

Di seguito si elencano gli interventi oggetto di monitoraggio:

- Angioplastica coronarica
- Endoarteriectomia carotidea
- Interventi chirurgici tumore colon retto
- Interventi chirurgici tumore mammella
- Interventi chirurgici tumore prostata
- Interventi ginecologici per tumore utero
- Interventi protesi dell'anca
- Interventi chirurgici polmone

#### **INDICATORE**

1. Per tipologia di intervento con codice di priorità A: N° interventi effettuati entro 30 gg/N° totale interventi effettuati nel 2017
2. Per tipo di intervento con codice di priorità B: N° interventi effettuati entro 60 gg/N° totale interventi effettuati nel 2017

#### **VALORE DELL'OBIETTIVO**

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

#### **Punteggio**

ASL 5/100

Nella tabella sottoriportata sono evidenziati i dati relativi all'obiettivo in esame:

## TEMPI ATTESA INTERVENTI

### PERIODO 1.01.2017 - 31.12.2017

		Classe Priorità									
TIPO INT	Ospedale	A - Classe A					B - Classe B				
		CASI TOT	ENTRO SOGLIA	FUORI SOGLIA	% entro soglia	% fuori soglia	CASI TOT	ENTRO SOGLIA	FUORI SOGLIA	% entro soglia	% fuori soglia
Protesi anca	Ospedale - Acqui Terme	1	0	1	0%	100%	16	14	2	87,5%	12,5%
	Ospedale - Casale M.to	4	3	1	75%	25%	14	11	3	79%	21%
	Ospedale - Novi Ligure	1	1	0	100%	0%	2	1	1	50%	50%
	Ospedale - Tortona						1	1	0	100%	0%
	<b>TOTALE</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>67%</b>	<b>33%</b>	<b>33</b>	<b>27</b>	<b>6</b>	<b>82%</b>	<b>18%</b>
Tumore colon retto	Ospedale - Acqui Terme	7	7	0	100%	0%	2	2	0	100%	0%
	Ospedale - Casale M.to	56	48	8	86%	14%					
	Ospedale - Novi Ligure	26	25	1	96%	4%	1	0	1	0%	100%
	Ospedale - Tortona	31	29	2	94%	6%	3	3	0	100%	0%
	<b>TOTALE</b>	<b>120</b>	<b>109</b>	<b>11</b>	<b>91%</b>	<b>9%</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>83%</b>	<b>17%</b>
Tumore mammella	Ospedale - Acqui Terme						1	1	0	100%	0%
	Ospedale - Casale M.to	3	1	2							
	Ospedale - Tortona	23	18	5	78%	22%	1	1	0	100%	0%
	<b>TOTALE</b>	<b>26</b>	<b>19</b>	<b>7</b>	<b>73%</b>	<b>27%</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>
Tumore prostata	Ospedale - Casale M.to						1	1	0	100%	0%
	Ospedale - Novi Ligure						6	4	2	67%	33%
	<b>TOTALE</b>						<b>7</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>71%</b>	<b>29%</b>
Tumore utero	Ospedale - Casale M.to	1	1	0	33%	67%	2	1	1	50%	50%
	Ospedale - Novi Ligure	14	13	1	93%	7%	1	1	0	100%	0%
	<b>TOTALE</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>1</b>	<b>93%</b>	<b>7%</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>67%</b>	<b>33%</b>

Fonte: SDO consuntivate CSI PIEMONTE

### **Descrizione obiettivo e criteri**

Miglioramento tempo di attesa 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 con l'obiettivo del rispetto tempo massimo previsto nel 90% dei casi trattati.

Nell'ambito della Rete dei Presidi Ospedalieri dell'ASL AL sono monitorati per le classi A e B gli interventi chirurgici previsti dall'obiettivo e relativi alle seguenti patologie:

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

L'obiettivo è presente nella scheda di budget assegnata alle Strutture ospedaliere cui afferiscono gli interventi sopra richiamati.

### **Azioni attivate ed intraprese**

- Incontri presso ciascun Presidio ospedaliero effettuati di concerto con la SSA Governo Clinico-Qualità-Accreditamento e SC Programmazione Controllo Sistema Informativo effettuati nei mesi di luglio, settembre, novembre e dicembre, al fine di illustrare l'obiettivo e fornire le opportune indicazioni per il suo perseguimento;
- monitoraggio dell'andamento dell'obiettivo mediante approfondimenti in sede di riunioni Coordinamento DSPO e incontri mirati con i Responsabili competenti;
- analisi e diffusione dati circa il raggiungimento del valore obiettivo richiesto;
- estrazione dei numero di casi totale, numero di casi entro soglia, numero di casi fuori soglia, con relativa percentuale e suddivisione per Presidio Ospedaliero, con controllo analitico delle SDO/cartelle inerenti i casi segnalati;
- inoltro ai Responsabili delle Strutture fuori soglia di specifica nota, trasmettendo l'elenco dei nosologici relativi ai pazienti operati oltre i termini dei 30/60 giorni, a seconda delle classi di priorità A/B, con richiesta di giustificare lo sfioramento e adottare azioni correttive, nonché di procedere ad una verifica della corretta e chiara assegnazione delle classi di priorità dei pazienti inseriti in lista di attesa, previo contraddittorio con il Direttore SC interessato;
- effettuazione incontri specifici con i Responsabili delle SC con interventi ancora fuori soglia, a cura dei Referenti Medici DSPO competenti per Presidio, per la verifica delle azioni correttive intraprese, durante i quali è stata ribadita la necessità di effettuare la revisione delle liste di attesa ricoveri, nonché di attenersi con il maggior scrupolo ad attribuire classi di priorità appropriate agli interventi in lista, invitando alla completa compilazione della scheda informatizzata di ammissione al trattamento.

### **Conclusioni**

Le azioni intraprese hanno condotto ad un generalizzato miglioramento dei tempi di attesa per tutti gli interventi e classi oggetto di monitoraggio, con permanenza di criticità per protesi d'anca e mammella, tenendo conto altresì dell'incidenza sui tempi di attesa di casi di posticipazione intervento correlata a motivi clinici/terapeutici (chemioterapia neoadiuvante) o a scelta del paziente.

Dai dati 2017 si evince quanto segue:

*Interventi nello standard:*

- interventi "tumore colon retto" classe A (rientrato nello standard nel corso del secondo semestre 2017: primo semestre 84,9%)
- interventi "tumore mammella" classe B
- interventi "tumore utero" classe A (rientrato nello standard nel corso del secondo semestre 2017: primo semestre 85,7%)

*Interventi fuori standard:*

- interventi "protesi anca" classe A su casistica limitata (6 casi complessivi di cui 2 fuori soglia)
- interventi "protesi anca" classe B (miglioramento nel corso del secondo semestre 2017: primo semestre 71,4%)
- interventi "tumore colon retto" classe B su casistica limitata (6 casi complessivi di cui uno fuori soglia)
- interventi "tumore mammella" classe A
- interventi "tumore prostata" classe B su casistica limitata (7 casi di cui 2 fuori soglia)
- interventi "tumore utero" classe B su casistica limitata (3 casi di cui uno fuori soglia)

## OBIETTIVO 3.2

### TEMPI DI ATTESA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

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

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

L'obiettivo si compone di tre sub-obiettivi:

1. Caricamento sul CUP aziendale di tutte le agende di prenotazione (pubblico)
2. Adeguamento del tempo medio di attesa (indice di performance) allo standard regionale stabilito dalla Direzione Sanità per le singole prestazioni oggetto di monitoraggio (ex. DGR 30-3307/2016): per le ASL l'obiettivo è da intendersi nella prospettiva della tutela pertanto il monitoraggio sarà relativo al consumo dei residenti del proprio territorio a prescindere da chi eroga la prestazione (pubblico e privato)
3. Azioni da Piani di area. A seguito dell'approvazione dei programmi di area da parte della Regione, il settore competente provvederà ad individuare delle prestazioni "critiche" che saranno integrate nel sistema di monitoraggio come da sub-obiettivo 2.

Ai fini del sub-obiettivo 2 sono prese in considerazione, in via prioritaria per l'anno 2017, le prestazioni previste dal PNLGA (visite specialistiche e diagnostica strumentale) indicate nella tabella di seguito.

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

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

Si esplicita, al fine di garantire il diritto di accesso alle prestazioni, il divieto di sospensione delle prenotazioni delle prestazioni (chiusura delle agende).

Il miglioramento previsto dall'obiettivo si intende ad invarianza delle risorse economiche assegnate con DGR 35-5329 del 10.07.2017 e s.m.i

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

Nella valutazione dell'obiettivo si terrà conto anche delle attività aziendali finalizzate ad assicurare il processo prescrittivo della DEM da parte degli specialisti ambulatoriali nonché delle attività svolte dalle ASR finalizzate ad agevolare la messa a regime delle fasi relative a: prescrizione, presa in carico (ovvero prenotazione) ed erogazione.

## INDICATORE

1. 
$$\frac{\text{N}^\circ \text{ di agende di prenotazione (pubbliche) caricate su CUP aziendale}}{\text{N}^\circ \text{ di agende di prenotazione presenti in Azienda}} \times 100$$
- (data prenotazione – data erogazione)
2. 
$$\Sigma \frac{\text{N}^\circ \text{ prestazioni}}{\text{N}^\circ \text{ prestazioni}}$$
- (data prenotazione – data erogazione)
3. 
$$\Sigma \frac{\text{N}^\circ \text{ prestazioni}}{\text{N}^\circ \text{ prestazioni}}$$

## VALORE DELL'OBIETTIVO

- 100%
- Cfr. Tabella
- il valore obiettivo sarà definito dalla Regione in funzione alle specifiche prestazioni individuate.

## Punteggio

ASL 15/100 punti così ripartiti per sub-obiettivi:

- 3/15
- 6/15
- 6/15

### 1.

Per la parte pubblica tutte le strutture hanno un'agenda a CUP, poiché questo passaggio è necessario e funzionale per la registrazione dell'attività erogata e dei flussi informativi regionali (Flusso C).

La presenza dell'agenda nel sistema CUP non significa che tutta la programmazione degli appuntamenti avvenga tramite gli operatori dedicati al CUP.

Vi sono infatti alcune agende, pur presenti sul sistema informatico CUP, la cui prenotazione è riservata al personale addetto all'ambulatorio interessato per motivazioni clinico / tecniche (valutazione esami per mezzo di contrasto per TAC, indicazioni cliniche per il rispetto di protocolli AIFA per OCT, prestazioni oncologiche, ecc.).

Per "Strutture" si intende l'unità minima, all'interno del sistema informatico del CUP, in riferimento alla quale vengono generate le varie agende; la Struttura non corrisponde alla Disciplina, ma può avere un maggiore dettaglio.

Non sono ovviamente censite nel sistema CUP le eventuali agende informatizzate utilizzate da NPI o SERT perché gestite direttamente sugli applicativi regionali.

Si evidenzia inoltre che dal mese di novembre 2016 è stata implementata nella procedura CUP la corretta gestione del campo del flusso C relativo all'opzione "primo accesso / accesso successivo", che consente una più corretta e puntuale rilevazione dei tempi d'attesa delle prestazioni erogate.

Il sub-obiettivo 1 risulta raggiunto (100%), in quanto si è provveduto nell'anno 2017 al caricamento a CUP di tutte le agende di prenotazione (pubblico).

## 2.

### TABELLA RIASSUNTIVA

TEMPI ATTESA - (data erogazione / n. prestazioni)	Standard	TUTTI GLI EROGATORI PER RESIDENTI ASL AL
		2017 anno
Prestazione	T.A. Medio	T.A. Medio
01 Visita cardiologica	30	23,4
02 Visita chirurgia vascolare	30	16,5
03 Visita endocrinologica	30	24,8
04 Visita neurologica	30	24,1
05 Visita oculistica	30	50,1
06 Visita ortopedica	30	21,3
07 Visita ginecologica	30	10,0
08 Visita otorinolaringoiatrica	30	25,7
09 Visita urologica	30	15,0
10 Visita dermatologica	30	32,5
11 Visita fisiatrica	30	34,6
12 Visita gastroenterologica	30	23,1
13 Visita pneumologica	30	19,9
14 Mammografia	40	48,7
15 TC senza e con contrasto del torace	30	16,4
16 TC senza e con contrasto dell'addome	30	16,6
19 TC senza e con contrasto del capo	30	10,3
20 TC senza e con contrasto del rachide e speco vertebr.	30	7,4
21 TC senza e con contrasto del bacino	30	9,0
22 RMN del cervello e del tronco encefalico	30	7,7
23 RMN pelvi, prostata e vescica	30	8,9
24 RMN muscoloscheletrica	30	3,4
25 RMN della colonna vertebrale	30	4,3
26 Ecografia capo e collo	40	27,2
27 Ecocolordoppler cardiaca	40	27,6
28 Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici	40	24,2
29 Ecocolordoppler dei vasi periferici	30	17,4
30 Ecografia addome	30	16,4
31 Ecografia della mammella	30	40,0
32 Ecografia ostetrica-ginecologica	11	6,1
33 Colonscopia	30	44,6
34 Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	30	30,8
35 Esofagogastroduodenoscopia	30	30,8
36 Elettrocardiogramma	30	23,7
37 Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	40	24,4
38 Elettrocardiogramma da sforzo	40	27,4
39 Audiometria	30	31,5
40 Spirometria	40	65,5
41 Fondo oculare	60	63,1
42 Elettromiografia	30	20,0

Incremento 30% produzione

## TUTTI GLI EROGATORI – ANDAMENTO NEL TEMPO

TEMPI ATTESA - (data erogazione / n. prestazioni)		TUTTI GLI EROGATORI PER RESIDENTI ASL AL							
	Standard	2016 anno	2017 anno	2017 1° sem	2017 2° sem	2017 sett	2017 ott	2017 nov	2017 dic
Prestazione	T.A. Medio	T.A. Medio	T.A. Medio	T.A. Medio	T.A. Medio	T.A. Medio	T.A. Medio	T.A. Medio	T.A. Medio
01 Visita cardiologica	30	33,2	23,4	24,8	21,5	22,2	18,2	20,2	19,9
02 Visita chirurgia vascolare	30	16,1	16,5	16,9	16,0	16,1	18,1	14,2	16,8
03 Visita endocrinologica	30	29,4	24,8	25,3	24,2	29,8	20,0	34,0	22,5
04 Visita neurologica	30	27,0	24,1	22,3	26,3	26,3	25,5	31,2	28,3
05 Visita oculistica	30	64,9	50,1	52,2	47,5	52,7	53,7	50,4	39,1
06 Visita ortopedica	30	28,9	21,3	20,6	22,2	24,2	21,8	24,4	21,8
07 Visita ginecologica	30	8,7	10,0	8,8	11,4	13,5	12,1	9,1	11,8
08 Visita otorinolaringoiatrica	30	25,6	25,7	22,8	29,0	34,7	28,3	29,0	26,1
09 Visita urologica	30	20,4	15,0	15,6	14,3	17,4	14,1	13,5	15,7
10 Visita dermatologica	30	33,5	32,5	27,3	38,6	39,9	38,1	43,5	43,1
11 Visita fisiatrica	30	40,9	34,6	39,8	29,2	37,2	26,9	25,0	23,9
12 Visita gastroenterologica	30	24,6	23,1	23,7	22,3	27,4	22,6	22,7	21,2
13 Visita pneumologica	30	31,2	19,9	19,9	19,8	22,9	18,5	18,3	18,4
14 Mammografia	40	46,9	48,7	60,5	34,7	63,8	31,7	25,5	20,3
15 TC senza e con contrasto del torace	30	18,2	16,4	16,4	16,4	17,5	16,2	16,7	14,2
16 TC senza e con contrasto dell'addome	30	18,6	16,6	16,7	16,4	18,0	15,8	16,6	14,0
19 TC senza e con contrasto del capo	30	9,7	10,3	10,4	10,3	9,6	10,0	10,7	9,6
20 TC senza e con contrasto del rachide e speco vertebr.	30	6,1	7,4	7,1	7,7	8,4	6,2	6,4	8,7
21 TC senza e con contrasto del bacino	30	6,7	9,0	11,7	5,6	5,3	7,5	3,9	6,8
22 RMN del cervello e del tronco encefalico	30	5,5	7,7	6,6	8,8	9,4	7,9	9,3	10,3
23 RMN pelvi, prostata e vescica	30	8,8	8,9	9,5	8,3	9,9	5,1	9,9	6,4
24 RMN muscoloscheletrica	30	2,7	3,4	3,1	3,7	3,2	3,4	4,6	5,2
25 RMN della colonna vertebrale	30	3,0	4,3	3,9	4,8	4,5	4,5	5,3	6,2
26 Ecografia capo e collo	40	23,7	27,2	25,5	29,0	33,1	28,4	31,7	25,4
27 Ecocolordoppler cardiaca	40	30,2	27,6	26,2	29,3	31,0	30,5	28,2	27,4
28 Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici	40	24,9	24,2	24,5	23,9	24,7	21,7	21,7	21,2
29 Ecocolordoppler dei vasi periferici	30	17,2	17,4	17,1	17,8	20,7	18,8	17,9	15,0
30 Ecografia addome	30	17,2	16,4	16,3	16,6	18,5	16,2	16,1	14,8
31 Ecografia della mammella	30	34,5	40,0	48,7	30,1	55,1	27,0	23,8	16,2
32 Ecografia ostetrica-ginecologica	11	5,0	6,1	5,6	6,7	8,0	7,5	6,5	5,5
33 Colonscopia	30	50,0	44,6	45,2	44,0	51,7	44,9	41,5	47,8
34 Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	30	45,9	30,8	30,2	31,5	56,6	13,5	12,3	33,7
35 Esofagogastroduodenoscopia	30	30,3	30,8	34,7	26,1	31,8	23,5	19,4	21,3
36 Elettrocardiogramma	30	25,6	23,7	23,2	24,3	23,3	24,5	27,6	27,2
37 Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	40	28,5	24,4	25,1	23,4	28,8	19,7	20,1	24,5
38 Elettrocardiogramma da sforzo	40	29,6	27,4	28,7	25,8	30,2	26,9	24,0	22,2
39 Audiometria	30	31,0	31,5	31,7	31,4	32,1	31,3	31,2	29,0
40 Spirometria	40	65,4	65,5	68,2	62,3	82,8	64,3	62,2	44,7
41 Fondo oculare	60	74,1	63,1	59,2	67,9	82,2	67,5	69,6	79,8
42 Elettromiografia	30	16,5	20,0	15,1	25,8	26,1	26,2	30,1	30,3

## SOLO EROGATORI ASLAL – ANDAMENTO NEL TEMPO

TEMPI ATTESA - (data erogazione / n. prestazioni)	Standard	SOLO EROGATORI ASL AL PER RESIDENTI ASL AL							
		2016 anno	2017 anno	2017 1° sem	2017 2° sem	2017 sett	2017 ott	2017 nov	2017 dic
Prestazione	T.A. Medio	T.A. Medio	T.A. Medio	T.A. Medio	T.A. Medio	T.A. Medio	T.A. Medio	T.A. Medio	T.A. Medio
01 Visita cardiologica	30	36,9	22,0	23,6	20,0	17,1	19,7	18,4	
02 Visita chirurgia vascolare	30								
03 Visita endocrinologica	30	25,7	20,3	21,3	19,4	32,4	18,3	16,0	12,2
04 Visita neurologica	30	31,9	27,5	25,1	30,2	32,2	30,5	33,0	29,4
05 Visita oculistica	30	71,5	48,6	51,5	45,2	48,3	47,1	48,6	44,3
06 Visita ortopedica	30	28,4	23,4	20,7	26,4	27,2	27,9	28,9	23,7
07 Visita ginecologica	30	6,9	7,0	6,3	7,9	9,0	8,3	6,0	7,7
08 Visita otorinolaringoiatrica	30	25,0	26,2	23,1	29,6	36,8	29,4	28,8	24,6
09 Visita urologica	30	20,5	14,1	15,1	13,0	16,8	13,6	11,6	14,9
10 Visita dermatologica	30	37,9	36,2	30,2	43,1	44,1	43,1	46,2	45,7
11 Visita fisiatrica	30	45,6	33,8	40,0	27,7	35,1	25,5	22,3	22,3
12 Visita gastroenterologica	30	27,2	21,3	22,1	20,4	23,5	20,3	21,0	25,1
13 Visita pneumologica	30	30,9	16,7	16,9	16,5	19,8	13,8	13,6	15,6
14 Mammografia	40	94,1	79,6	99,7	55,0	103,4	50,0	34,2	47,7
15 TC senza e con contrasto del torace	30	28,5	27,1	27,1	27,1	31,0	27,9	26,7	26,1
16 TC senza e con contrasto dell'addome	30	27,1	26,1	26,3	25,9	30,2	26,2	25,2	23,7
19 TC senza e con contrasto del capo	30	17,2	15,5	16,3	14,8	15,7	14,5	14,6	15,7
20 TC senza e con contrasto del rachide e speco vertebr.	30	14,0	13,8	13,1	14,5	14,8	14,2	11,6	18,5
21 TC senza e con contrasto del bacino	30	14,9	16,7	19,8	10,9	13,8	12,4	6,0	14,0
22 RMN del cervello e del tronco encefalico	30	6,0	7,6	6,9	8,4	8,1	7,4	10,0	12,2
23 RMN pelvi, prostata e vescica	30	6,3	5,7	6,1	5,3	5,7	5,0	5,2	8,8
24 RMN muscoloscheletrica	30	4,1	5,1	4,3	6,0	5,3	5,1	7,8	9,0
25 RMN della colonna vertebrale	30	3,8	5,3	4,6	5,9	5,4	5,4	7,4	8,1
26 Ecografia capo e collo	40	83,6	75,6	75,2	75,9	91,6	80,7	80,4	64,4
27 Ecocolordoppler cardiaca	40	45,5	39,1	39,3	38,9	38,3	43,0	36,4	36,3
28 Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici	40	47,4	46,3	43,6	48,9	49,7	46,2	47,6	48,7
29 Ecocolordoppler dei vasi periferici	30	40,8	40,1	34,5	45,9	49,1	46,7	43,6	45,1
30 Ecografia addome	30	47,0	42,0	42,3	41,7	47,5	40,9	40,8	40,8
31 Ecografia della mammella	30	73,3	69,8	87,2	49,9	97,7	42,8	35,2	27,2
32 Ecografia ostetrica-ginecologica	11	9,2	9,8	9,0	10,6	11,7	10,8	10,0	8,9
33 Colonscopia	30	46,6	46,0	44,8	47,4	56,9	50,3	46,6	47,1
34 Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	30	48,2	34,6	36,0	33,0	39,2	24,5	22,8	42,0
35 Esofagogastroduodenoscopia	30	35,7	35,6	38,2	32,6	40,6	30,3	23,2	27,0
36 Elettrocardiogramma	30	33,1	26,6	26,0	27,4	25,8	28,0	32,7	31,6
37 Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	40	39,8	32,1	33,2	30,4	37,8	28,2	32,0	32,9
38 Elettrocardiogramma da sforzo	40	31,5	29,8	31,7	27,3	32,6	29,5	24,9	28,9
39 Audiometria	30	32,1	30,7	29,9	31,7	31,4	32,1	31,3	30,3
40 Spirometria	40	85,3	78,3	83,7	71,3	105,5	80,4	74,2	36,5
41 Fondo oculare	60	70,3	57,4	52,1	63,9	74,6	63,7	70,0	79,4
42 Elettromiografia	30	23,5	24,1	17,9	31,4	34,8	32,2	33,3	34,8

## SINTESI

- prestazioni fuori standard 2016: n.13
- prestazioni fuori standard 2017: n.10
- delle 10 prestazioni fuori standard 2017, n.6 hanno scostamento inferiore ai 5gg (n.3 inferiore a 2gg)
- delle 10 prestazioni fuori standard 2017, n.6 sono migliorate rispetto al dato 2016
- delle 10 prestazioni fuori standard 2017, n.5 a dicembre 2017 hanno tempo attesa entro lo standard
- delle 10 prestazioni fuori standard 2017, tutte sono migliorate rispetto al 2016 per quanto riguarda gli erogatori ASL AL

Precisato che l'Azienda garantisce il rispetto degli standard per le prestazioni di classe U e B, si evidenzia che nel monitoraggio regionale dei tempi d'attesa "al giorno indice" risulta quanto segue

- Spirometria: tempo medio 2017 entro lo standard in 9 sedi di erogazione su 10
- Audiometria: tempo medio 2017 entro lo standard in 8 sedi di erogazione su 9
- Fundus oculi: tempo medio 2017 entro lo standard in 14 sedi di erogazione su 14
- Mammografia: tempo medio 2017 entro lo standard in 3 sedi di erogazione su 5
- Visita fisiatrica: tempo medio 2017 entro lo standard in 6 sedi di erogazione su 6
- Visita dermatologica: tempo medio 2017 entro lo standard in 7 sedi di erogazione su 12

Da quanto sopra riportato si rileva l'incidenza delle prestazioni "di controllo" e di "follow up" sul tempo medio rilevato secondo l'indicatore regionale; ciò risulta particolarmente rilevante per le prestazioni di spirometria, fondo oculare, mammografie.

Il sub-obiettivo 2, focalizzato sui tempi di attesa, è stato oggetto di specifici incontri per branca specialistica, volti ad applicare le indicazioni della DGR n.101-5530, mediante azioni di incremento di produttività e maggiore appropriatezza, riorganizzazione agende di prenotazione, ottimizzazione degli orari di erogazione delle prestazioni e aumento, ove possibile, dei posti disponibili, monitoraggio mensile con disaggregazione dei dati per erogatore.

L'obiettivo è presente nella scheda di budget 2017 assegnata alle SS.CC. DSPO e Distretti, oltre che alle singole Strutture ospedaliere cui afferiscono le prestazioni monitorate, ciascuna per la parte di competenza.

### **Azioni attivate ed intraprese**

- Incontri presso ciascun Presidio effettuati di concerto con la SSA Governo Clinico-Qualità-Accreditamento e SC Programmazione Controllo Sistema Informativo effettuati nei mesi di luglio, settembre, novembre, dicembre, al fine di illustrare l'obiettivo e fornire le opportune indicazioni per il suo perseguimento;
- perseguimento dell'obiettivo in oggetto condotto attraverso indicazioni e scelte organizzative con riunioni e circolari ai Responsabili delle Strutture coinvolte, nonché

riunioni periodiche di Coordinamento DSPO con analisi generale sui tempi di attesa oltre ad incontri successivi mirati con i Responsabili delle Strutture aventi specialità ambulatoriali con tempi di attesa critici;

- coinvolgimento e trasmissione delle risultanze di detti incontri e riunioni, unitamente alla documentazione sopracitata, ai Responsabili SC – SS ASL AL, raccomandando loro una attenta valutazione delle proprie agende, nonché uno scrupoloso monitoraggio della propria situazione ambulatoriale, al fine di proseguire con massima attenzione sulle azioni correttive necessarie, considerando che per talune Strutture si era proceduto all'adeguamento degli organici ed alla modificazione degli aspetti organizzativi con conseguente necessario recupero di produttività;
- monitoraggio con invio mensile di report ai Responsabili con specialità ambulatoriali fuori standard con invito ad adottare specifiche azioni correttive utili al rientro nei valori prescritti o, quantomeno, ad una riduzione dei tempi di attesa;
- definizione ed implementazione di ulteriore reportistica di monitoraggio con indicatori analitici per mese sia sulle prestazioni erogate che per il giorno indice, per singolo erogatore e sede.

## Conclusioni

Periodo di riferimento gennaio – dicembre 2017 (considerando tutti gli erogatori per residenti ASL AL).

Sulla base del report 2017 risultano **n.29 prestazioni entro lo standard, n.6 con scostamento non superiore al 20% e n.4 con scostamento superiore al 20%**.

Le 10 prestazioni fuori standard sono migliorate in 6 casi rispetto all'anno 2016 (in tutti i casi limitando l'analisi ai soli erogatori ASL AL) e 8 risultano entro standard nel giorno indice del mese di dicembre. L'obiettivo raggiunto riguarda però **30 prestazioni**, in quanto 1 (**eco mammaria**) registra un volume di attività > 30% rispetto al 2015 (criterio di raggiungimento previsto dalla scheda obiettivo ex DGR 101-5530 del 03.08.17).

Prestazioni **entro lo standard**: 29 e, precisamente: visita cardiologica, visita chirurgia vascolare, visita endocrinologica, visita neurologica, visita ortopedica, visita ginecologica, visita otorinolaringoiatrica, visita urologica, visita gastroenterologica, visita pneumologica, TC senza e con contrasto del torace, TC senza e con contrasto dell'addome, TC senza e con contrasto del capo, TC senza e con contrasto del rachide e speco vertebrale, TC senza e con contrasto del bacino, RMN del cervello e del tronco encefalico, RMN pelvi, prostata e vescica, RMN muscolo-scheletrica, RMN della colonna vertebrale, ecografia capo e collo, ecocolordoppler cardiaca, ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, ecocolordoppler dei vasi periferici, ecografia addome, ecografia ostetrica-ginecologica, elettrocardiogramma, elettrocardiogramma dinamico holter, elettrocardiogramma da sforzo, elettromiografia.

Prestazioni con **scostamento non superiore al 20%**: 6 e, precisamente:

- **visita dermatologica**: tempo attesa migliorato rispetto al 2016 (giorno indice: tempo medio 2017 entro lo standard in 7 sedi di erogazione su 12);

- **visita fisiatrice:** tempo attesa migliorato rispetto al 2016, entro lo standard a dicembre 2017 (giorno indice: tempo medio 2017 entro lo standard in 6 sedi di erogazione su 6);
- **sigmoidoscopia con endoscopio flessibile:** tempo attesa migliorato rispetto al 2016;
- **esofagogastroduodenoscopia:** l'obiettivo risulta raggiunto nel mese di dicembre 2017;
- **audiometria:** l'obiettivo risulta raggiunto nel mese di dicembre 2017 (giorno indice: tempo medio 2017 entro lo standard in 8 sedi di erogazione su 9);
- **fondo oculare:** tempo di attesa migliorato rispetto al 2016; obiettivo raggiunto considerando solo erogatori ASL AL (giorno indice: tempo medio 2017 entro lo standard in 14 sedi di erogazione su 14).

Prestazioni con **scostamento superiore al 20%:** 4 e, precisamente:

- **visita oculistica:** tempo attesa migliorato rispetto al 2016;
- **mammografia:** tempo attesa migliorato rispetto al 2016, l'obiettivo risulta raggiunto nel mese di dicembre (giorno indice: tempo medio 2017 entro lo standard in 3 sedi di erogazione su 5);
- **colonscopia:** tempo attesa migliorato rispetto al 2016;
- **spirometria:** tempo attesa migliorato rispetto al 2016; miglioramento nel confronto gennaio-dicembre; miglioramento tempo attesa giorno indice (tempo medio 2017 entro lo standard in 9 sedi di erogazione su 10).

#### VOLUMI DI ATTIVITA' PRODOTTA

Come previsto dalle disposizioni regionali relative ai criteri di valutazione sul raggiungimento dell'obiettivo in questione, "la valutazione positiva presuppone, per ogni singola prestazione, che l'indice di performance aziendale rispetti lo standard regionale. In caso contrario viene altresì valutato positivamente un aumento di volumi, rispetto al 2015, del 30%".

Alla luce di quanto riportato nella tabella sotto riportata, l'obiettivo relativo alla prestazione **ecografia della mammella** deve ritenersi raggiunto avendo superato la soglia del 30% in termini di incremento delle prestazioni erogate dalle strutture ASL AL rispetto all'anno 2015.

Si segnalano significativi incrementi di prestazioni erogate (seppur al di sotto del 30%) anche per visita oculistica, visita fisiatrice e fundus oculi.

	% VARIAZIONE N. PREST 2017 RISPETTO 2015	
	TOTALE	PER RESIDENTI
<b>ECO MAMMELLA</b>	<b>36,57%</b>	<b>37,95%</b>

## AZIONI SVOLTE NELL'AREA DISTRETTUALE

L'obiettivo è stato perseguito agendo sia sulla domanda che sull'offerta di prestazioni.

### AZIONI SULLA DOMANDA

L'ASL AL ha sviluppato progetti tesi al miglioramento dell'appropriatezza nelle prescrizioni ambulatoriali con una significativa riduzione delle prestazioni/paziente/anno.

L'obiettivo è stato inserito negli Accordi aziendali della Medicina Generale degli ultimi anni. Con la costituzione di un gruppo di lavoro comprendente Medici specialisti e MMG è stato predisposto un elenco di accertamenti di laboratorio a forte rischio di inappropriatezza, approvato con deliberazione aziendale; al riguardo i MMG ricevono trimestralmente un report, frutto di elaborazione condivisa, che rileva i loro consumi nei settori delle visite specialistiche, della diagnostica radiologica e di laboratorio.

I controlli esercitati sulle prescrizioni radiologiche (RM, TC, Ecografie) hanno indotto il Medico prescrittore ad una maggior attenzione nell'individuazione del quesito diagnostico e del codice corrispondente; i controlli sono stati estesi anche alle strutture del privato accreditato, in modo da ridurre i casi di inappropriatezza.

La dematerializzazione a cui sono state soggette le impegnative ambulatoriali, con l'istituzione del catalogo delle prestazioni, ha permesso di individuare con chiarezza le singole voci presenti nelle impegnative, rendendo più omogeneo il "linguaggio" tra MMG e Medico specialista.

E' stato creato un recapito mail "ricetta dematerializzata" a cui il MMG invia quesiti e dubbi inerenti il modo corretto di codificare le impegnative seguendo le indicazioni del catalogo regionale e la risposta è affidata ad un gruppo di referenti/esperti dell'ASL AL e dell'ASO AL.

Questi progetti hanno migliorato l'appropriatezza in campo radiologico e di laboratorio, con tempi di attesa più contenuti, ma non hanno inciso significativamente sul versante delle visite specialistiche. Vi sono prestazioni specialistiche a cui il Medico curante non può rinunciare per lo specifico contributo che forniscono, come la visita oculistica e cardiologica; a questo proposito l'invecchiamento della popolazione incrementa alcune patologie specifiche di tali specialità come la cataratta o la maculopatia in ambito oculistico oppure la fibrillazione atriale in ambito oncologico.

### AZIONI SULL'OFFERTA

La Rete Distrettuale ha sviluppato una procedura di richiesta di rimborso delle visite prenotate non effettuate e non disdette, in modo da disincentivare gli utenti che prenotano una prestazione e poi non si presentano; tale sistema si integra con il metodo RECALL attraverso l'invio di SMS per ricordare all'utente la prestazione già prenotata.

Attraverso un Addendum all'Accordo Aziendale con gli Specialisti Ambulatoriali sono stati stabiliti tempi omogenei per le prime visite ed i controlli in ciascuna specialità, in modo da ampliare le possibilità di prenotazione da parte degli utenti riducendo al contempo le liste d'attesa.

Grazie al Progetto sulla riduzione delle liste d'attesa (presente nell'Accordo Aziendale 2017) sono state assegnate ore aggiuntive a Medici specialisti appartenenti alle branche di otorinolaringoiatria, dermatologia, oculistica. La difficoltà a reperire sul "mercato" i Medici

oculisti ha parzialmente vanificato la richiesta di ore aggiuntive per la riduzione delle liste d'attesa.

Nel corso del 2017 è stata opportunamente formata una ortottista sull'utilizzo dello strumento fundus camera, limitando l'apporto del Medico oculista alla sola refertazione del fundus oculi, con possibilità ridurre la lista d'attesa per tale prestazione.

Analogamente si sta procedendo per gli elettrocardiogrammi e gli spirometri, rendendo autonomo il personale infermieristico nella esecuzione dell'esame e sottoponendo al medico (in questo caso cardiologo o pneumologo) solo il risultato del test da refertare.

### 3.

#### **Azioni da Piani di Area.**

*A seguito dell'approvazione dei programmi di area da parte della Regione, il settore competente provvederà ad individuare delle prestazioni "critiche" che saranno integrate nel sistema di monitoraggio come da sub-obiettivo 2.*

In relazione ai Programmi di Area Sud Est, inviato alla Regione Piemonte dalle Aziende Sanitarie ASL AL, ASL AT ed ASO AL, nel corso dell'anno 2017 sono state avviate le azioni di seguito descritte.

Il percorso tracciato nel regolamento del Gruppo di Coordinamento di Area ha posto alcuni obiettivi circa il processo di rilevazione dei tempi di attesa e dei volumi di attività, l'analisi dei dati estrapolati, l'intercettazione delle prestazioni che si discostano negativamente dallo standard, la messa in atto delle azioni correttive attraverso:

- esatta valutazione, con l'ausilio degli strumenti informatizzati, dei livelli di saturazione delle agende, al fine del pieno recupero dei tempi di attesa ed al miglioramento della configurazione delle agende stesse, al fine di rendere ancora più efficiente il sistema di erogazione delle prestazioni;
- rimodulazione dell'orario di attività di alcuni ambulatori a risorse invariate ove questa azione sia sufficiente o fattibile; diversamente incremento dell'offerta, prolungando le fasce orarie di erogazione o attivando sedute ambulatoriali anche il sabato mattina con modalità di accesso "ambulatorio aperto", con ore aggiuntive rese in libera professione a favore dell'Azienda;
- avvio del percorso sperimentale per la creazione di un sistema comune di prenotazione a livello provinciale.

A seguito del monitoraggio, sono state messe in atto azioni di miglioramento per fronteggiare le eventuali criticità riscontrate: rimodulazione dell'orario di attività di alcuni ambulatori a risorse invariate e promozione di incremento dell'offerta con ricorso alle ore aggiuntive rese in libera professione a favore dell'Azienda, per l'abbattimento delle liste di attesa. Per ciascuna prestazione individuata è stato predisposto e costantemente aggiornato un report contenente i grafici dell'andamento 2017 sia sulla base dei tempi di attesa che della loro media, con evidenziate le diverse situazioni tra erogazione PP.OO., Distretti e totale ASL. Sono stati avviati gli interventi mirati all'aumento della produttività con migliore gestione delle risorse e sono state puntualmente registrate in report apposito tutte le modifiche e integrazioni operate sulle agende di prenotazione.

Al riguardo i Responsabili SC, di concerto con la SC Direzione Sanitaria Presidi Ospedalieri e la SC Programmazione Controllo Sistemi Informativi hanno avviato uno scrupoloso monitoraggio della propria situazione ambulatoriale al fine di proseguire con assoluto impegno sulle azioni correttive necessarie. Per talune Strutture, nel frattempo, sono stati adeguati gli organici e modificati gli assetti organizzativi con conseguente recupero di efficienza nelle riorganizzazioni richieste.

E' stato previsto il percorso per la definizione di regole, strumenti e modalità per la gestione dell'attività specialistica ambulatoriale e per il governo delle liste di attesa.

Le politiche che l'Azienda ASL AL ha avviato sono elencate di seguito.

- Programmazione dell'offerta attraverso la misurazione del fabbisogno di prestazioni specialistiche per la propria popolazione e la gestione efficiente delle risorse disponibili.
- Riorganizzazione delle agende con posti prenotabili in numero proporzionato alla richiesta effettiva.
- Riorganizzazione con recupero di efficienza e produttività delle Strutture della Rete Ospedaliera.
- Definizione degli accordi con i soggetti erogatori privati accreditati, al fine di contrattare la tipologia e il volume di prestazioni da acquisire per i propri residenti, nell'ambito dei livelli massimi di finanziamento assegnati.
- Gestione trasparente delle agende di prenotazione, includendo tutta l'attività: istituzionale, libera professione intramoenia (ALPI) sia interna che esterna; comparazione del volume di prestazioni erogate in regime istituzionale con il volume delle stesse erogate in regime di libera professione intramoenia.
- Percorso di integrazione nel sistema di prenotazione unico aziendale delle agende per le prestazioni specialistiche erogate dalle Strutture private accreditate.
- Separazione delle agende "prime visite" e delle agende "controlli" con istituzione di un doppio binario, l'uno riservato unicamente alle prestazioni di "prima visita" o primi accessi, l'altro destinato ai successivi accessi, con differenziazione netta dei percorsi. Per le prestazioni diagnostiche, allo scopo di diversificare i primi accessi dai controlli, è stato reso obbligatorio il campo FLAG 0/1 (112.0 del verdino): il flag 1 indica le prestazioni "primi accessi", il flag 0 indica i "controlli".
- Strutturazione delle agende di prenotazione per classe di priorità. Le prescrizioni per visite ed esami vengono fatte dal medico curante sulla base dello stato di salute del paziente, assegnando una classe di priorità. La classe di priorità e il quesito diagnostico sono informazioni di importanza strategica per il governo dell'accesso alle prestazioni e al monitoraggio delle liste di attesa.
- Realizzazione della "presa in carico" del paziente cronico secondo precisi protocolli di gestione dei percorsi e dei follow-up che si completa con la responsabilità, per la Struttura che ha in carico il paziente cronico, di provvedere alla prenotazione delle prestazioni "di controllo" che rientrano negli interventi di assistenza programmati previsti dai PDTA (in particolare è stato avviato il PDTA sulla Bronco-Pneumopatia Cronica Ostruttiva e Asma Bronchiale).

- Pianificazione programma di incontri/corsi rivolti ai MMG, PLS con gli Specialisti delle diverse branche per discutere, condividere protocolli, linee guida, PDTA, per migliorare l'appropriatezza clinica e organizzativa.
- Assegnazione, per l'anno 2017, degli obiettivi ai Direttori di Struttura. Tra i diversi obiettivi sono stati previsti la revisione dei PDTA e la messa in atto delle azioni necessarie per il contenimento dei tempi d'attesa.
- Informazione puntuale ai cittadini e coinvolgimento delle Associazioni di volontariato accreditate. Gli sforzi organizzativi devono accompagnarsi ad una corretta informazione-formazione rivolta ai cittadini su temi come la prevenzione di patologie croniche, responsabilizzazione nei processi di cura (self management, patient empowerment), elementi fondamentali di autogestione della propria salute, modalità di accesso ai servizi, il corretto ricorso ai servizi sanitari.
- Costituzione del Gruppo di Lavoro Operativo Aziendale (deliberazione 335/2017), organismo strutturato con funzioni di governo dei tempi di attesa descritte nel "Regolamento", modello organizzativo per l'analisi dell'attività ambulatoriale prodotta dall'Azienda e dalle Strutture private accreditate, col fine di evidenziare le prestazioni che si discostano negativamente dallo standard fissato, per le quali mettere in atto sollecitamente le azioni correttive.

#### AZIONI SUL PRIVATO ACCREDITATO

Nello spirito della DGR 17 – 4817 del 27.03.2017 e nell'ambito dei conseguenti indirizzi operativi adottati dalla Regione Piemonte, viene evidenziato il ruolo degli erogatori di prestazioni specialistiche (pubblici e privati) e il loro contributo al governo delle liste d'attesa.

A tal proposito, nell'ambito dei contratti per l'anno 2017 con gli Erogatori privati accreditati, per la parte di rispettiva competenza e nei limiti dei budget provvisori assegnati, sono state previste, nei termini previsti dalla DGR 3 agosto 2017, n. 73-5504, prestazioni "protette" finalizzate al potenziamento dell'offerta di prestazioni definite critiche, in quanto i tempi di attesa rilevati nell'ambito del territorio ASL AL superavano il limite standard regionale.

Tali accordi sono stati attivati relativamente alle prestazioni di tipo diagnostico, quali ecografie in ambito radiologico, prestazioni che presentano tempi d'attesa critici all'interno dell'ASL AL e comunque nel sistema di offerta delle Strutture Pubbliche.

## OBIETTIVO 3.3

### RIDUZIONE DEL TEMPO DI PERMANENZA DEI PAZIENTI IN 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. DD 885 del 23 dicembre 2016 all'ALL 2 ha approvato l'aggiornamento del disciplinare tecnico relativo al flusso C2 integrando ulteriori campi che consentono di tracciare il percorso dei pazienti all'interno del PS.

Il presente obiettivo ha dunque la finalità di avviare un percorso di monitoraggio, valutazione e revisione delle modalità di gestione dei PS, e dei processi organizzativi correlati al PS, al fine di garantire un miglior servizio ai pazienti e di supportare le Aziende attraverso la condivisione di una metodologia uniforme a livello regionale basata sui flussi informativi disponibili.

#### INDICATORE

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

N° di accessi in PS

#### VALORE DELL'OBIETTIVO

Valore medio regionale per ciascun livello organizzativo di complessità assistenziale individuato dalla rete di Emergenza Urgenza (DEA II, DEA I, PS di base, PS di area disagiata):

DEA II ≤ 6 ore

DEA I ≤ 6 ore

PS di Base ≤ 4 ore

PS di area disagiata ≤ 5 ore

#### Punteggio

ASL 5/100

Nelle tabelle sottoriportate sono evidenziati i dati relativi all'obiettivo in esame:

DEA / PS (SINTESI)	CODICE	A2017	1S2017	2S2017	A2016	OB2017
DEA	TA MEDIO	307,9	310,0	305,7	300,0	360
PS	TA MEDIO	233,4	238,7	228,2	246,6	240
PS SEDE DISAGIATA	TA MEDIO	145,1	155,3	135,7	180,2	300

DEA / PS	CODICE	TEMPO ATTESA MEDIO				
		A2017	1S2017	2S2017	A2016	OB2017
<b>DEA CASALE</b>	<b>TOT</b>	<b>233,6</b>	<b>227,6</b>	<b>239,7</b>	<b>212,0</b>	<b>360</b>
	1 - Codice Bianco	172,3	171,0	173,8	134,1	
	2 - Codice Verde	235,4	230,3	240,6	215,3	
	3 - Codice Giallo	247,0	228,5	265,1	232,0	
	4 - Codice Rosso	135,2	169,2	93,5	97,7	
	5 - Codice Nero	122,1	109,4	181,0	127,4	
<b>DEA NOVI</b>	<b>TOT</b>	<b>383,2</b>	<b>394,3</b>	<b>372,0</b>	<b>390,5</b>	<b>360</b>
	1 - Codice Bianco	265,1	306,1	235,6	245,3	
	2 - Codice Verde	390,1	395,6	384,4	394,4	
	3 - Codice Giallo	382,2	437,4	332,3	457,3	
	4 - Codice Rosso	244,2	309,2	185,5	233,8	
	5 - Codice Nero	681,2	806,9	550,9	910,7	
<b>PS ACQUI</b>	<b>TOT</b>	<b>253,3</b>	<b>253,0</b>	<b>253,6</b>	<b>242,9</b>	<b>240</b>
	1 - Codice Bianco	112,7	97,7	126,8	108,0	
	2 - Codice Verde	247,8	245,9	249,5	244,1	
	3 - Codice Giallo	388,1	409,4	367,7	312,8	
	4 - Codice Rosso	209,2	240,0	172,4	126,6	
	5 - Codice Nero	248,9	294,1	184,4	362,0	
<b>PS TORTONA</b>	<b>TOT</b>	<b>216,4</b>	<b>227,1</b>	<b>205,2</b>	<b>249,9</b>	<b>240</b>
	1 - Codice Bianco	101,5	106,5	97,0	88,1	
	2 - Codice Verde	212,0	221,8	201,8	247,7	
	3 - Codice Giallo	351,8	384,3	322,1	375,0	
	4 - Codice Rosso	133,6	169,4	106,5	175,9	
	5 - Codice Nero	360,0	482,5	215,1	346,2	
<b>PS OVADA</b>	<b>TOT</b>	<b>145,1</b>	<b>155,3</b>	<b>135,7</b>	<b>180,2</b>	<b>300</b>
	1 - Codice Bianco	66,6	55,5	79,2	75,5	
	2 - Codice Verde	146,9	157,7	137,1	181,6	
	3 - Codice Giallo	161,4	181,6	135,8	290,6	
	4 - Codice Rosso	78,9	83,3	68,7	117,5	
	5 - Codice Nero	145,3	207,0	114,5	34,5	

### Descrizione obiettivo e criteri

Monitoraggio, valutazione e revisione delle modalità di gestione dei PS e dei processi organizzativi correlati al PS, al fine di garantire un miglior servizio ai pazienti e di supportare le aziende attraverso la condivisione di una metodologia uniforme a livello regionale, basata sui flussi informativi disponibili. Percorsi rilevati in base al tempo medio in permanenza in PS, individuato a seconda del livello organizzativo di complessità assistenziale, nell'ambito Rete Emergenza Urgenza.

Obiettivo presente nella scheda di budget 2017 assegnata alla SC DEA.

### **Azioni attivate ed intraprese**

- Incontri presso ciascun Presidio effettuati di concerto con la SSA Governo Clinico-Qualità-Accreditamento e SC Programmazione Controllo Sistema Informativo effettuati nei mesi di luglio, settembre, novembre e dicembre, al fine di illustrare l'obiettivo e fornire le opportune indicazioni per il suo perseguimento;
- incontri con il Direttore del Dipartimento Emergenza Urgenza, il Direttore SC DEA, i Dirigenti Medici DSPO, con richiesta di verifica dell'andamento dell'obiettivo;
- monitoraggio andamento dell'obiettivo mediante approfondimenti in sede di riunioni Coordinamento DSPO e incontri mirati con i Responsabili interessati;
- analisi e diffusione dati pervenuti circa il raggiungimento del valore obiettivo richiesto;
- azioni realizzate e/o in corso di realizzazione da parte del Direttore SC DEA relativamente all'obiettivo in oggetto:
  - o aggiornamento del Piano di Gestione del Sovraffollamento nei PS aziendali. Le situazioni legate all'overcrowding sono le principali cause del protrarsi del tempo di permanenza nei PS;
  - o diffusione a tutti i medici operanti in PS/DEA dei contenuti degli incontri del Coordinamento Aziendale Ricoveri Urgenti da PS/DEA, con le azioni intraprese o programmate in ambito ospedaliero ed i richiami all'utilizzo delle risorse territoriali esistenti;
  - o predisposizione del PDTA per la gestione dei pazienti con frattura di femore, con l'obiettivo di creare un percorso lineare e condiviso, uguale in tutti i Presidi ospedalieri e volto ad una tempestiva destinazione dei pazienti stessi, evitando ritardi che si riflettono sull'attesa del ricovero;
  - o definizione della procedura di "fast track ortopedico" presso il PO di Casale: tale attività ridurrà il tempo di permanenza in PS dei pazienti affetti da traumi minori che afferiscono al PS;
  - o definizione del "percorso del paziente con dolore toracico", da applicarsi in tutti i Presidi ospedalieri. Il dolore toracico rappresenta una delle principali cause di accesso in PS/DEA e di permanenza in OBI. Razionalizzarne il percorso, ottimizzarne i tempi dei controlli ematologici e fornirne un iter diagnostico ambulatoriale successivo all'osservazione, quando necessario, avrà sicuramente una ricaduta significativa sui tempi di permanenza in ospedale;
  - o attuazione a breve termine di "fast track ginecologico" presso il PO di Novi L.;
  - o programmazione, presso il PO di Casale M., di incontri tra il personale medico di DEA e quello delle Strutture complesse maggiormente interessate dai ricoveri in urgenza (Medicina e Chirurgia), allo scopo di ottimizzare le procedure di consulenza, di definizione delle indicazioni al ricovero ed alla sede dello stesso, anche attraverso momenti di audit clinico. Tali incontri saranno poi estesi anche agli altri Presidi ospedalieri aziendali.

In relazione alla previsione che *"... sarà inoltre considerata nel corso del monitoraggio la qualità nella compilazione dei seguenti campi, oggi presenti nel flusso, che si prevede di rendere obbligatori ai fini di un monitoraggio più puntuale: 121.0 data indicazione al ricovero/dimissione e 122.0 ora indicazione al ricovero/dimissione"*, si è provveduto a fine 2017 a rendere obbligatoria sul programma gestionale di PS/DEA la compilazione dei seguenti

campi:

121.0 *data indicazione al ricovero/dimissione*

122.0 *ora indicazione al ricovero/dimissione*

### **Conclusioni**

In base alla rilevazione effettuata, la media dei tempi di attesa dei DEA-PS risulta entro l'obiettivo assegnato; ancora fuori standard, a livello di singolo Presidio ospedaliero, il DEA di Novi L. (in miglioramento rispetto al 2016) ed il PS Acqui T.

## **4. GESTIONE SPESA BENI**

### **OBIETTIVO 4.1**

#### **ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE : APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA E RIDUZIONE DELLA VARIABILITA'**

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

Gli scostamenti presi in esame riguardano le seguenti categorie:

Farmaci ambito territoriale

ATC=A02BC (Inibitori di Pompa Acida);

ATC=J01 (Antibatterici per uso sistemico in ambito territoriale);

ATC= C07, C08, C09 (Betabloccanti, Calcio-Antagonisti, Sostanze ad azione sul sistema Renina-Angiotensina);

ATC=N06A (Antidepressivi);

ATC=R03 (Farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie)

#### **INDICATORE**

Per le 5 ATC in ambito territoriale: spesa 2016 – spesa di riferimento calcolata sul consumo pro capite del best performer.

#### **VALORE DELL'OBIETTIVO**

**La spesa in regime convenzionale nel 2017 per i farmaci:**

1. ATC=A02BC (Inibitori di Pompa Acida);

2. ATC=J01 (Antibatterici per uso sistemico in ambito territoriale);

3. ATC= C07, C08, C09 (Betabloccanti, Calcio-Antagonisti, Sostanze ad azione sul sistema Renina-Angiotensina);

4. ATC=N06A (Antidepressivi);

5. ATC=R03 (Farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie)

ha quale riferimento la spesa pro-capite registrata dall'ASL best performer nell'anno 2016 per singola molecola. Ogni ASL deve ridurre di almeno il 50% lo scostamento tra la propria spesa 2016 e quella di riferimento ottenendo l'obiettivo di spesa, in valori assoluti, indicato in tabella.

### Punteggio

ASL 6/100

## RISULTATI ANNO 2017

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

Si riportano i risultati relativi all'obiettivo in esame con i dati disponibili e relativi al periodo gennaio 2017 – novembre 2017, confrontati con pari periodo dell'anno precedente, tratti da elaborazioni ImsHealth Farma e SOGEI:

## Spesa lorda

Fonte dati: IMS

Valore €

Classe ATC	gen/nov 2016	gen/nov 2017	risparmi	Δ Proiez. 2017 vs 2016	Obj 2017	% raggiung. obj
1_A02BC	4.936.744	4.850.384	- 86.360	- 94.211	- 698.282	13,5%
2_C07-C08-C09	13.678.132	12.643.931	- 1.034.201	- 1.128.219	- 988.571	114,1%
3_J01	3.961.814	3.911.686	- 50.128	- 54.685	- 565.595	9,7%
4_N06A	3.084.292	3.078.150	- 6.142	- 6.700	- 189.764	3,5%
5_R03	6.564.263	6.450.543	- 113.720	- 124.058	- 414.597	29,9%
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>			<b>- 1.290.551</b>	<b>- 1.407.874</b>	<b>- 2.856.809</b>	<b>49,3%</b>

Fonte dati: SOGEI

Valore €

Classe ATC	gen/nov 2016	gen/nov 2017	risparmi	Δ Proiez. 2017 vs 2016	Obj 2017	% raggiung. obj
1_A02BC	4.867.207	4.799.644	- 67.563	- 73.705	- 698.282	10,6%
2_C07-C08-C09	13.513.675	12.468.504	- 1.045.171	- 1.140.187	- 988.571	115,3%
3_J01	3.899.263	3.809.551	- 89.712	- 97.868	- 565.595	17,3%
4_N06A	3.035.825	3.038.226	2.401	2.619	- 189.764	-1,4%
5_R03	6.484.463	6.369.752	- 114.711	- 125.139	- 414.597	30,2%
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>			<b>- 1.314.756</b>	<b>- 1.434.279</b>	<b>- 2.856.809</b>	<b>50,2%</b>

Ad integrazione degli esiti dell'obiettivo come sopra prospettati, tenuto conto della proiezione 2017 ed in attesa dei dati definitivi, si espongono le seguenti tabelle che confrontano le performance delle AA.SS. regionali ed evidenziano come l'ASL AL abbia ottenuto risparmi anche molto significativi per ogni ATC oggetto di obiettivo, pur non raggiungendo a pieno gli obiettivi assegnati, circostanza verificatasi anche per altre Aziende regionali.

### Performance ASL Piemonte

diminuzione

2017 < 2016

aumento

2017 > 2016

	Low Performer	Best performer	
<b>A02BC INIBITORI DELLA POMPA ACIDA</b>	ASI VCO 5,13%	ASI NO 87,24%	BI
<b>J01 ANTIBATTERICI PER USO SISTEMICO</b>	ASL AL 20,03%	ASL VCO 348%	-
<b>C07-C08-C09 ANTIPERTENSIVI</b>	ASL NO 79,66%	ASL CITTA' 228,77%	-
<b>N06A ANTIDEPRESSIVI</b>	ASL AL 0,46%	ASL NO 2,98%	AT, BI, CN1, CN2, CITTA' TORINO, TO3, TO4, TO5, VC, VCO
<b>R03 RESPIRATORIO</b>	ASL CITTA' 20,38%	ASL TO5 131,43%	BI, VCO

### ASL AL vs Piemonte: risparmi sulle classi oggetto di obiettivi 2016 – 2017

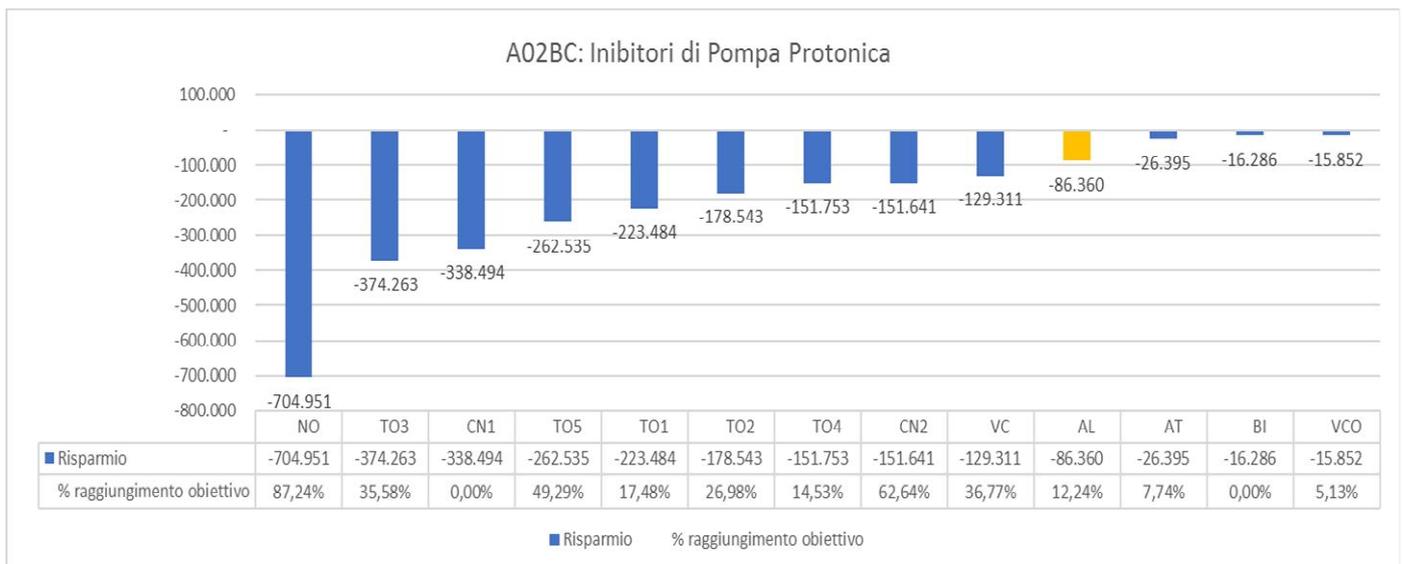
	2015	2016	DELTA		Gen-Nov 2016	Gen-Nov 2017	DELTA
<b>A02BC INIBITORI DELLA POMPA ACIDA</b>				<b>A02BC INIBITORI DELLA POMPA ACIDA</b>			
PIEMONTE	63.977.851	53.744.370	-16,0%	PIEMONTE	49.420.498	46.760.628	-5,4%
AL	6.511.763	5.373.000	-17,5%	AL	4.936.744	4.850.384	-1,7%
<b>J01 ANTIBATTERICI PER USO SISTEMICO</b>				<b>J01 ANTIBATTERICI PER USO SISTEMICO</b>			
PIEMONTE	40.387.356	36.877.390	-8,7%	PIEMONTE	33.194.847	32.387.742	-2,4%
AL	4.782.148	4.377.536	-8,5%	AL	3.961.814	3.911.686	-1,3%
<b>C07 - C08 - C09 ANTIPERTENSIVI</b>				<b>C07 - C08 - C09 ANTIPERTENSIVI</b>			
PIEMONTE	138.947.135	135.531.827	-2,5%	PIEMONTE	124.365.686	115.966.950	-6,8%
AL	15.140.857	14.904.640	-1,6%	AL	13.678.132	12.643.931	-7,6%
<b>N06A ANTIDEPRESSIVI</b>				<b>N06A ANTIDEPRESSIVI</b>			
PIEMONTE	35.162.433	30.080.537	-14,5%	PIEMONTE	27.567.354	27.982.808	1,5%
AL	3.933.372	3.358.974	-14,6%	AL	3.084.292	3.078.150	-0,2%
<b>R03 FARMACI PER DISTURBI OSTRUTTIVI</b>				<b>R03 FARMACI PER DISTURBI OSTRUTTIVI</b>			
PIEMONTE	68.200.505	65.090.557	-4,6%	PIEMONTE	59.464.872	58.443.782	-1,7%
AL	7.407.042	7.180.469	-3,1%	AL	6.564.263	6.450.543	-1,7%

La variazione di spesa gennaio-novembre 2017 (fonte IMS) rispetto all'anno precedente per le alcune classi oggetto di monitoraggio, confrontata a livello regionale per singola Azienda Sanitaria, è riportata nelle tabelle che seguono e mostrata graficamente nelle immagini che evidenziano risparmi e % di raggiungimento dell'obiettivo dell'ASL AL e delle altre Aziende regionali.

## INIBITORI DI POMPA PROTONICA – A02BC

	Conv. lorda Gen-Nov 2016	Conv. lorda Gen- Nov 2017	Variazione 2017 vs 2016	Totale Risparmio	% risparmio su regione
1_A02BC					
PIEMOI	49.420.498	46.760.628	-5,4% -	2.659.870	100,0%
NO	4.179.356	3.474.404	-16,9% -	704.951	26,5%
TO3	6.685.041	6.310.777	-5,6% -	374.263	14,1%
CN1	3.221.177	2.882.684	-10,5% -	338.494	12,7%
TO5	3.389.562	3.127.027	-7,7% -	262.535	9,9%
TO1	6.423.464	6.199.980	-3,5% -	223.484	8,4%
TO2	4.445.449	4.266.906	-4,0% -	178.543	6,7%
TO4	6.051.848	5.900.096	-2,5% -	151.753	5,7%
CN2	1.761.521	1.609.879	-8,6% -	151.641	5,7%
VC	2.088.289	1.958.978	-6,2% -	129.311	4,9%
<b>AL</b>	<b>4.936.744</b>	<b>4.850.384</b>	<b>-1,7% -</b>	<b>86.360</b>	<b>3,2%</b>
AT	2.301.449	2.275.053	-1,1% -	26.395	1,0%
BI	2.129.581	2.113.295	-0,8% -	16.286	0,6%
VCO	1.807.017	1.791.165	-0,9% -	15.852	0,6%

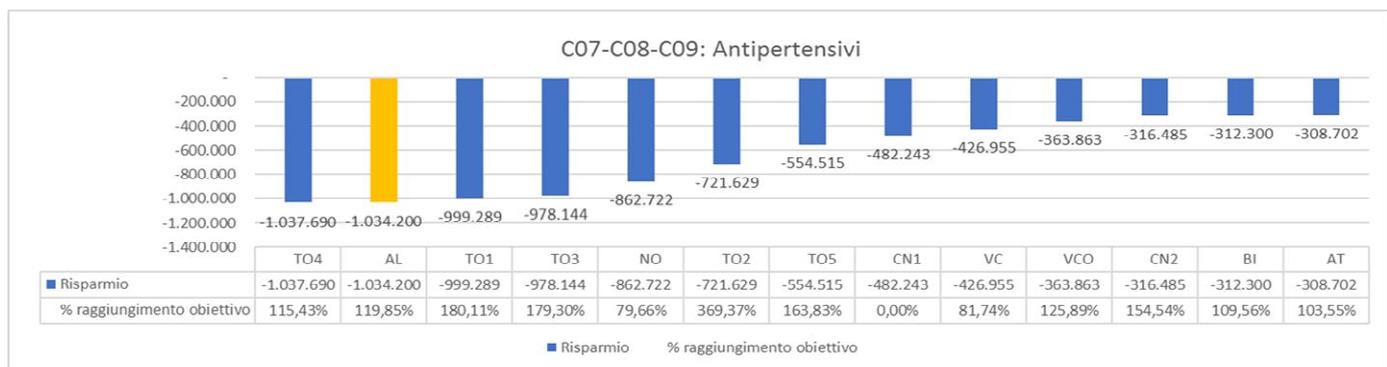
### RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO AL 12,24%



## ANTIPERTENSIVI – C07-C08-C09

2_C07-C08-C09	Conv. lorda Gen-Nov 2016	Conv. lorda Gen- Nov 2017	Variazione 2017 vs 2016	Totale Risparmio	% risparmio su regione
<b>PIEMONTE</b>	<b>124.365.686</b>	<b>115.966.950</b>	<b>-6,8% -</b>	<b>8.398.736</b>	<b>100,0%</b>
TO4	14.769.555	13.731.865	-7,0% -	1.037.690	12,4%
AL	13.678.132	12.643.931	-7,6% -	1.034.200	12,3%
TO1	13.672.844	12.673.555	-7,3% -	999.289	11,9%
TO3	15.835.856	14.857.712	-6,2% -	978.144	11,6%
NO	10.637.971	9.775.249	-8,1% -	862.722	10,3%
TO2	10.708.265	9.986.636	-6,7% -	721.629	8,6%
TO5	8.257.975	7.703.460	-6,7% -	554.515	6,6%
CN1	10.336.885	9.854.642	-4,7% -	482.243	5,7%
VC	5.665.197	5.238.242	-7,5% -	426.955	5,1%
VCO	5.056.082	4.692.220	-7,2% -	363.863	4,3%
CN2	4.621.409	4.304.924	-6,8% -	316.485	3,8%
BI	5.186.912	4.874.612	-6,0% -	312.300	3,7%
AT	5.938.603	5.629.901	-5,2% -	308.702	3,7%

**RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO AL 119.85%**

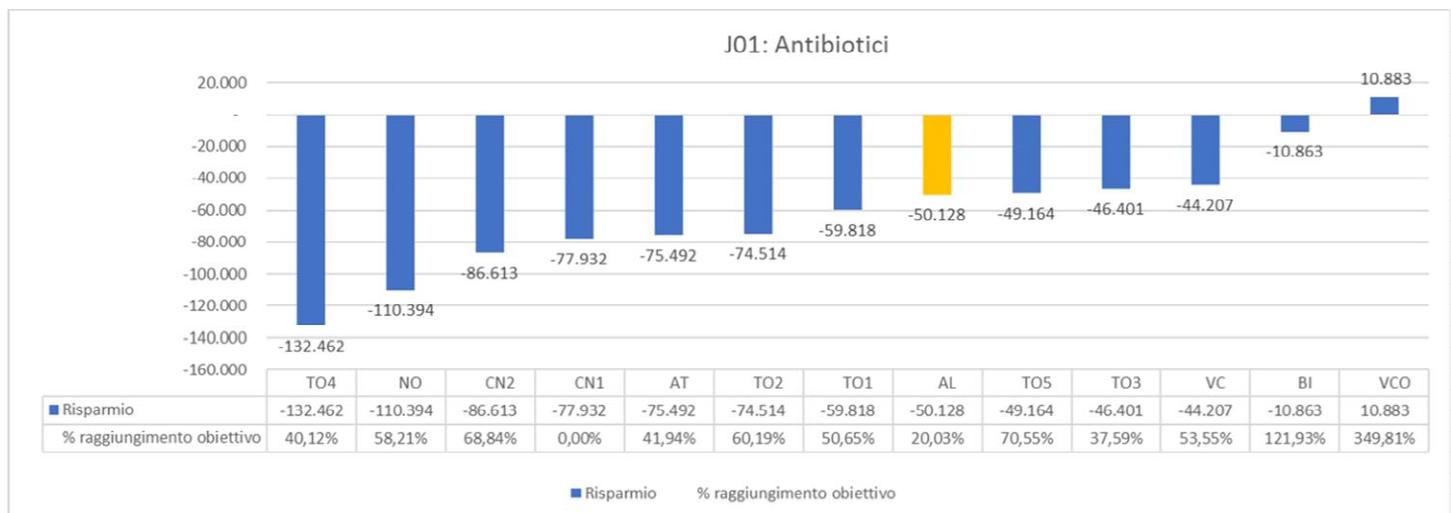


## ANTIBIOTICI – J01

3\_J01

REGIONE	2016	2017	Variazione	2017	%
<b>PIEMONTE</b>	<b>33.194.847</b>	<b>32.387.742</b>	<b>-2,4%</b>	<b>807.105</b>	<b>100,0%</b>
TO4	4.162.392	4.029.930	-3,2%	132.462	16,4%
NO	2.660.576	2.550.182	-4,1%	110.394	13,7%
CN2	1.338.600	1.251.987	-6,5%	86.613	10,7%
CN1	2.535.874	2.457.942	-3,1%	77.932	9,7%
AT	1.821.422	1.745.930	-4,1%	75.492	9,4%
TO2	2.933.160	2.858.646	-2,5%	74.514	9,2%
TO1	3.582.831	3.523.013	-1,7%	59.818	7,4%
<b>AL</b>	<b>3.961.814</b>	<b>3.911.686</b>	<b>-1,3%</b>	<b>50.128</b>	<b>6,2%</b>
TO5	2.117.763	2.068.599	-2,3%	49.164	6,1%
TO3	4.367.785	4.321.384	-1,1%	46.401	5,7%
VC	1.399.236	1.355.030	-3,2%	44.207	5,5%
BI	1.208.336	1.197.472	-0,9%	10.863	1,3%
VCO	1.105.058	1.115.941	1,0%	10.883	-1,3%

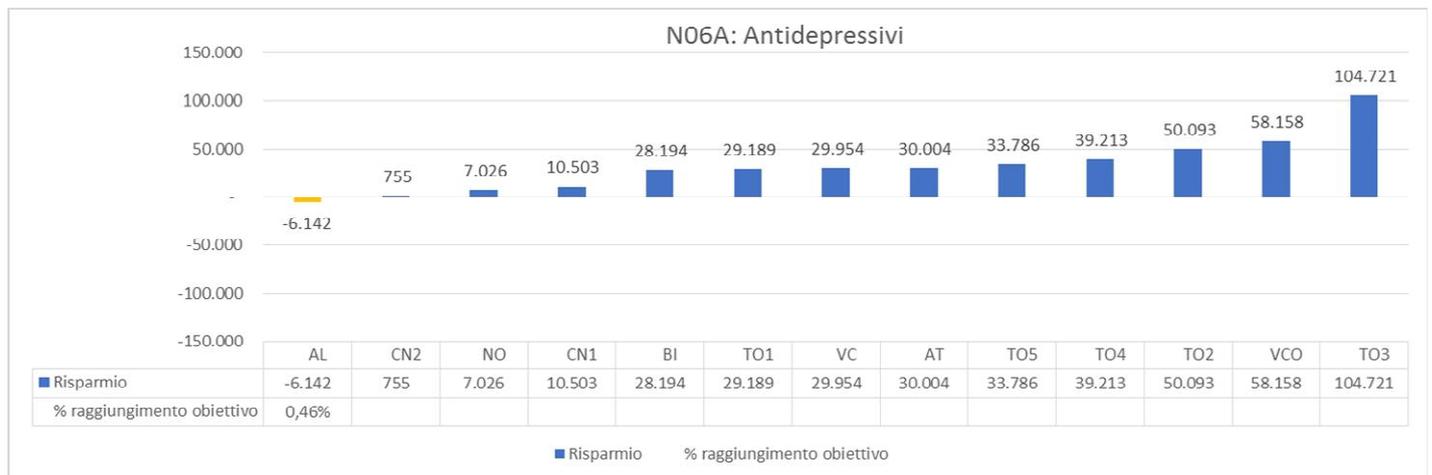
### RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO AL 20%



## ANTIDEPRESSIVI – N06A

4_N06A	Conv. lorda Gen-Nov 2016	Conv. lorda Gen- Nov 2017	Variazione 2017 vs 2016	Totale Risparmio	% risparmio su regione
<b>PIEMONTE</b>	<b>27.567.354</b>	<b>27.982.808</b>	<b>1,5%</b>	<b>415.454</b>	<b>100,0%</b>
AL	3.084.292	3.078.150	-0,2%	6.142	-1,5%
CN2	1.203.646	1.204.401	0,1%	755	0,2%
NO	1.928.039	1.935.064	0,4%	7.026	1,7%
CN1	2.843.041	2.853.543	0,4%	10.503	2,5%
BI	1.061.295	1.089.489	2,7%	28.194	6,8%
TO1	3.326.504	3.355.694	0,9%	29.189	7,0%
VC	1.114.406	1.144.360	2,7%	29.954	7,2%
AT	1.246.739	1.276.743	2,4%	30.004	7,2%
TO5	2.004.995	2.038.781	1,7%	33.786	8,1%
TO4	2.997.129	3.036.342	1,3%	39.213	9,4%
TO2	2.199.028	2.249.122	2,3%	50.093	12,1%
VCO	1.067.660	1.125.818	5,4%	58.158	14,0%
TO3	3.490.580	3.595.300	3,0%	104.721	25,2%

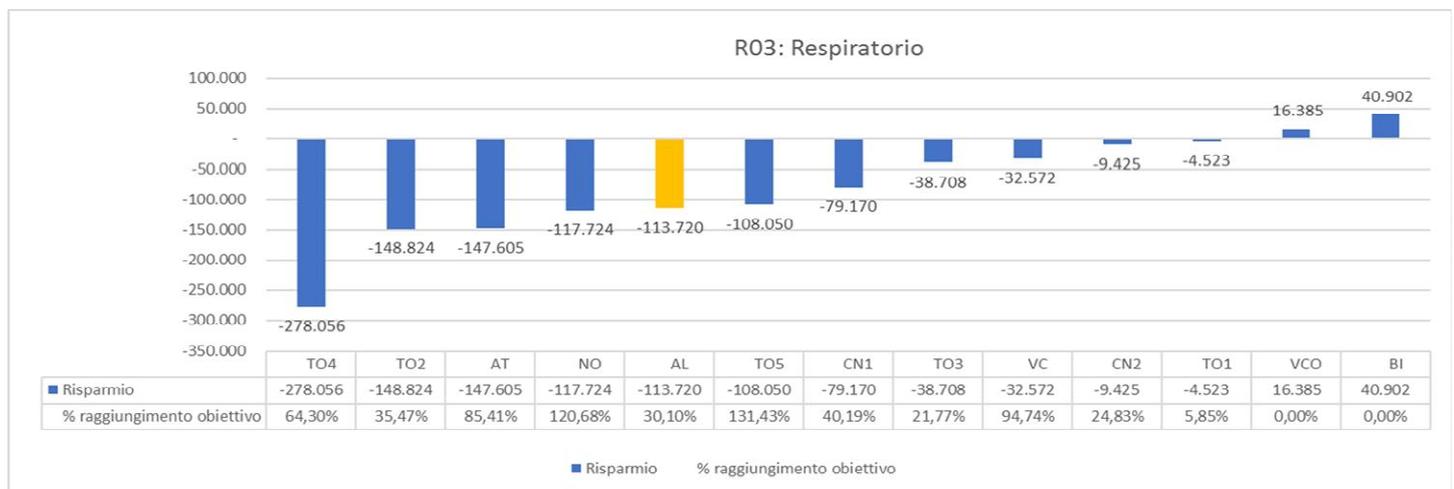
**RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO AL 0,46% - Nonostante la percentuale molto bassa di raggiungimento obiettivo, l'ASL AL è l'unica a livello regionale ad ottenere un risparmio**



## RESPIRATORIO – R03

5_R03					
<b>PIEMONTE</b>	<b>59.464.872</b>	<b>58.443.782</b>	<b>-1,7%</b>	<b>1.021.089</b>	<b>100,0%</b>
TO4	7.108.132	6.830.076	-3,9%	278.056	27,2%
TO2	5.822.679	5.673.855	-2,6%	148.824	14,6%
AT	2.902.105	2.754.500	-5,1%	147.605	14,5%
NO	4.251.704	4.133.980	-2,8%	117.724	11,5%
<b>AL</b>	<b>6.564.263</b>	<b>6.450.543</b>	<b>-1,7%</b>	<b>113.720</b>	<b>11,1%</b>
TO5	3.796.828	3.688.778	-2,8%	108.050	10,6%
CN1	5.389.894	5.310.723	-1,5%	79.170	7,8%
TO3	7.765.560	7.726.852	-0,5%	38.708	3,8%
VC	2.282.158	2.249.585	-1,4%	32.572	3,2%
CN2	2.125.919	2.116.494	-0,4%	9.425	0,9%
TO1	6.925.241	6.920.719	-0,1%	4.523	0,4%
VCO	2.135.771	2.152.156	0,8%	16.385	-1,6%
BI	2.394.619	2.435.521	1,7%	40.902	-4,0%

### RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO AL 30%



Azioni svolte sugli obiettivi di spesa farmaceutica per l'anno 2017:

- incontri periodici del Direttore SS.CC. Farmacia Ospedaliera e Territoriale con i Direttori di Distretto;
- accordo con i MMG;
- incontri con i MMG in equipe;
- incontri con i MMG iperprescrittori nel mese di agosto e settembre 2017;
- incontri tematici con i MMG su IPP e diabete nei mesi di settembre e novembre 2017;
- invio ai MMG delle estrazioni relative alle particolari categorie di farmaci;
- invio note ai MMG relativamente alle prescrizione di farmaci in DPC, antipertensivi, antidepressivi, antibiotici, inibitori di pompa protonica;
- incontri con gli Specialisti Diabetologi (settembre 2017) e Psichiatri / Neurologi (novembre 2017);
- report inviati ai MMG/PLS con il monitoraggio per singolo prescrittore delle classi oggetto di obiettivo;
- attività dei CAP distrettuali, relativamente al periodo I e II trimestre 2017:
  - per il I trim 2017 esaminate come non conformi n.600 ricette e addebitate n.111 prescrizioni per un valore di euro 3.797,80
  - per il II trimestre esaminate come non conformi n.1.740 ricette e addebitate n.165 prescrizioni per un valore di euro 6.342,84

## OBIETTIVO 4.2

### MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DEL FLUSSO INFORMATICO DEI DISPOSITIVI MEDICI

Verifica della disponibilità, completezza, qualità e miglioramento nel tempo dell'acquisizione nel flusso informativo regionale dei dati relativi al monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici (Decreto Ministeriale 11 giugno 2010 "Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio Sanitario Nazionale"). L'obiettivo è allineato rispetto agli adempimenti LEA nonché alle performance di alcune regioni benchmark come risulta dal "Rapporto sulla spesa rilevata dalle strutture sanitarie pubbliche del SSN per l'acquisto di dispositivi medici – Anno 2015 –" a cura del Ministero della Salute.

#### INDICATORE

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

Flusso Consumi DMRP2017(esclusa la CNDW- Dispositivi medico-diagnostici in vitro)

CE 2017 (Voci B.1.A.3.1 + B.1.A.3.2)

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

#### VALORE DELL'OBIETTIVO

Coerenza, con un margine di tolleranza del +/- 10%, tra la spesa aziendale per DM rilevata da flusso DMRP rispetto ai costi imputati da CE alle voci:

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

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

#### Punteggio

ASL 3/100

In merito all'obiettivo in esame, nel corso del secondo semestre 2017 l'Azienda ha provveduto ad un periodico e sistematico monitoraggio di allineamento del dato di contabilità generale, contabilità analitica e di flusso consumo Dispositivi Medici, operando una verifica circa la corretta imputazione dei prodotti ai fattori produttivi associati.

Gli scostamenti rilevati tra i dati delle tre rilevazioni si sono assestati tra l'1% ed il 2%, fornendo un riscontro sostanzialmente positivo stante le inevitabili differenze causate da vari possibili fattori tra cui, in primis, la variazione delle giacenze.

Nella tabella sottoriportata sono evidenziati i dati relativi all'obiettivo in esame:

	<b>12 mesi 2017</b>
<b>Flusso DM (escluso CND W) da PADDI</b>	14.837.557
<b>conti 03100158 - 03100164 dato contabile (*)</b>	14.904.087
<b>fattori produttivi conti 03100158 - 03100164 dato COAN</b>	14.949.252
(*) vedere quanto riportato nell'obiettivo 4.3	

**RAPPORTO FLUSSO DM 2017 / CE 2017: 99,6%**

Il dato relativo ai valori di consuntivo 2017 del flusso DM non è ad oggi disponibile sul Portale regionale PADDI; il valore sui 12 mesi 2017 è pertanto stimato sulla base del dato del flusso DM relativo agli 11 mesi ed il dato relativo alla COAN di consuntivo 2017.

Alla luce di quanto sopra evidenziato, tenuto anche conto quanto riportato in relazione al successivo obiettivo 4.3 - Contenimento della spesa aziendale per l'acquisto di dispositivi medici, l'obiettivo è da ritenersi raggiunto.

## OBIETTIVO 4.3

### CONTENIMENTO DELLA SPESA AZIENDALE PER L'ACQUISTO DI DISPOSITIVI MEDICI

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

Il confronto dei dati di Conte Economico del primo trimestre 2017, in rapporto allo stesso periodo 2016, evidenziano un aumento della spesa per Dispositivi Medici (voci di CE considerate: BA0220; BA0230).

Inoltre, è stata aggiudicata la gara organizzata dalla società di committenza regionale (SCR) in merito alla fornitura di presidi per l'autocontrollo della glicemia e servizi connessi per le Aziende del Servizio Sanitario Regionale. Nell'anno 2016 si riscontra un'alta variabilità prescrittiva dei dispositivi oggetto di gara sia a livello di singola azienda che fra i singoli prescrittori. L'obiettivo è dunque rivolto all'utilizzo appropriato dei presidi oggetto di gara. In proposito occorre sottolineare che l'obiettivo non intende in alcun modo limitare la libertà prescrittiva dei medici (specialisti) che mantengono la possibilità di effettuare prescrizioni terapeutiche motivatamente indirizzate verso dispositivi più costosi laddove giustificate esigenze di cura, non altrimenti perseguibili in modo egualmente efficace, lo richiedono.

#### INDICATORE

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

mantenimento della spesa 2016.

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

media percentuale del primo quarto della popolazione pesata.

#### VALORE DELL'OBIETTIVO

La spesa per Dispositivi Medici BA0220 e BA0230 2017, per ogni singola Azienda, ha quale riferimento i valori di CE Consuntivo 2016. Ogni singola Azienda deve mantenere o ridurre il proprio valore. Per i presidi per l'autocontrollo della glicemia il valore obiettivo è rappresentato dalla media percentuale dell'incidenza delle strisce distribuite in convenzione rispetto al totale delle strisce distribuite considerando il primo quarto della popolazione regionale pesata.

#### Punteggio

ASL 6/100

BA0220 3/6

BA0230 1/6

Presidi per l'autocontrollo della glicemia 2/6

1.

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

**VALORE OBIETTIVO DM BA0220: €11.641.000**

**VALORE OBIETTIVO DM BA0230: €1.585.000**

conto bilancio	bilancio 31/12/16	CE IV trim 2017 (precons)
<b>BA0220</b>	11.641	11.886
<b>BA0230</b>	1.585	1.271
<b>TOTALE</b>	<b>13.226</b>	<b>13.157</b>

Si registra, pertanto, nel 2017 un incremento sulla voce BA0220 pari a ca. €245.000, una riduzione di oneri su BA0230 pari a ca. €314.000, con un saldo relativo all'aggregato "Dispositivi Medici" pari ad una riduzione di costi di ca. €69.000.

Nell'anno 2017 si sono registrati due costi emergenti sulla voce **BA0220**:

- il primo, che ha determinato un aumento di circa 220.000 euro, è ascrivibile alla consegna di microinfusori per insulina e loro materiali dedicati di distribuzione esclusiva da parte delle ASR
- il secondo fattore (pari a circa 140.000 euro) è determinato dalla necessità di acquisizione di SACCHE QUADRUPLE CON FILTRO in uso presso i Centri Trasfusionali per l'adeguamento a normative europee non ulteriormente procrastinabile

Si evidenzia, peraltro, che il risultato esposto nella tabella precedente dovrà essere valutato in sedi di bilancio consuntivo 2017, tenendo in considerazione gli effetti della variazione delle rimanenze, nel CE IV trimestre preliminarmente valorizzate a saldo zero.

Occorre però precisare, come accennato nel precedente obiettivo 4.2, che il sottoconto 31000164 sul CE IV trimestre 2017 (analogamente a quanto avvenuto nelle precedenti rilevazioni contabili) è stato oggetto di erroneo giroconto, con storno di oneri successivamente imputati ai conti di distribuzione diretta, in quanto relativi a prodotti alternativi all'erogazione presso farmacie convenzionate.

Per consentire una lettura omogenea rispetto al precedente esercizio è stato preferito in sede di rilevazione CE IV trim 2017 mantenere la rilevazione analoga a quella 2016; in sede di consuntivo 2017 si procederà alla rettifica in oggetto, che sarà adeguatamente circostanziata in sede di Nota Integrativa al Bilancio Consuntivo.

La tabella che correttamente rappresenta i costi sostenuti sulle voci di costo BA0220 e BA0230 è così evidenziata, laddove i maggiori oneri (pari ad €1.747.023) sul BA0220 non costituiscono

un incremento di costi verificatosi rispetto al precedente esercizio, ma derivano dal loro corretto posizionamento rispetto a quanto avvenuto negli esercizi precedenti.

<b>conto bilancio</b>	<b>bilancio 31/12/16</b>	<b>CE IV trim 2017 (precons)</b>
<b>BA0220</b>	11.641	13.633
<b>BA0230</b>	1.585	1.271
<b>TOTALE</b>	<b>13.226</b>	<b>14.904</b>

## 2.

### Presidi per l'autocontrollo della glicemia e servizi connessi per le aziende del SSR VALORE OBIETTIVO: 22,41%

ASL		Totale integrativa per ASL gennaio-novembre					
		Ricette			Importo		
		genn novembre 2016	genn novembre 2017	Δ %	genn novembre 2016	genn novembre 2017	Δ %
301	CITTA D'ATO	408.886	448.717	9,74	€ 21.103.282	€ 21.584.825	2,28
203	TO3	235.114	258.063	9,76	€ 13.424.583	€ 13.774.501	2,61
204	TO4	171.046	192.329	12,44	€ 9.186.989	€ 9.607.258	4,57
205	TO5	145.056	154.820	6,73	€ 6.544.857	€ 6.617.519	1,11
206	VC	36.070	42.982	19,16	€ 1.493.144	€ 1.345.999	-9,85
207	BI	32.201	38.455	19,42	€ 1.857.076	€ 1.591.705	-14,29
208	NO	90.138	90.152	0,02	€ 5.174.838	€ 4.897.221	-5,36
209	VCO	28.828	28.488	-1,18	€ 1.400.842	€ 1.255.065	-10,41
210	CNI	69.702	84.402	21,89	€ 3.072.291	€ 3.157.344	2,77
211	CN2	36.463	42.450	16,42	€ 2.108.473	€ 2.137.300	1,37
212	AT	98.656	100.626	2,88	€ 4.712.927	€ 4.513.836	-4,22
213	AL	100.813	113.936	13,02	€ 5.175.219	€ 5.071.067	-2,01
Tot. Reg.		1.452.973	1.595.420	9,80	€ 75.254.520	€ 75.553.640	0,40

Assistenza Integrativa tramite  
farmacie convenzionate

ASL		Presidi per diabetici per ASL gennaio novembre					
		Ricette			Importo		
		genn novembre 2016	genn novembre 2017	Δ %	genn novembre 2016	genn novembre 2017	Δ %
301	CITTA D'ATO	154.386	186.392	20,72	€ 5.611.150	€ 5.619.768	0,15
203	TO3	104.326	120.703	15,70	€ 4.065.390	€ 3.956.745	-2,67
204	TO4	76.592	92.614	20,92	€ 2.917.677	€ 2.977.097	2,04
205	TO5	55.604	62.527	12,45	€ 1.869.256	€ 1.701.503	-8,97
206	VC	29.878	37.285	24,79	€ 887.138	€ 767.873	-13,44
207	BI	26.146	33.796	29,26	€ 1.047.114	€ 1.008.968	-3,64
208	NO	62.872	61.514	-2,16	€ 2.427.746	€ 2.050.110	-15,56
209	VCO	20.449	21.578	5,52	€ 642.811	€ 550.092	-14,42
210	CNI	49.277	63.212	28,28	€ 1.603.282	€ 1.672.327	4,31
211	CN2	20.999	26.916	28,18	€ 695.731	€ 713.454	2,55
212	AT	43.642	46.451	6,44	€ 1.243.035	€ 1.055.107	-15,12
213	AL	76.506	88.829	16,11	€ 2.580.175	€ 2.422.714	-6,10
Tot. Reg.		720.687	841.817	16,81	€ 25.590.504	€ 24.495.759	-4,28

Presidi per diabetici  
tramite farmacie convenzionate

Dalle tabelle si rileva:

- una diminuzione per l'ASL AL della spesa totale dell'assistenza integrativa tramite farmacie convenzionate (-2.01%) in controtendenza con la media regionale (+0.40%)
- un decremento della spesa riferita ai presidi per diabetici tramite farmacie convenzionate (-6.10%) maggiore rispetto alla media regionale (-4.28%)

DPC vs CONVENZIONATA					
GEN – DIC 2017	PEZZI		Incidenza pz strisce convenzionata su tot	Incidenza pz lancette convenzionata su tot	Incidenza spesa conv su tot incluso onorario
	DPC	CONV			
ASL	STRISCE	STRISCE			
<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE AL</b>	<b>3.142.450</b>	<b>1.775.130</b>	<b>36,10%</b>	33,38%	41,39%
AZIENDA SANITARIA LOCALE AT	1.679.250	366.284	17,91%	16,94%	21,47%
AZIENDA SANITARIA LOCALE BI	1.803.975	542.045	23,10%	21,62%	27,47%
AZIENDA SANITARIA LOCALE CN1	2.404.475	1.197.675	33,25%	30,71%	38,52%
AZIENDA SANITARIA LOCALE CN2	1.214.500	465.337	27,70%	23,98%	32,13%
AZIENDA SANITARIA LOCALE NO	2.760.500	1.058.902	27,72%	26,42%	32,47%
AZIENDA SANITARIA LOCALE EX TO1	3.421.750	2.191.806	39,04%	36,06%	44,43%
AZIENDA SANITARIA LOCALE EX TO2	3.876.625	2.144.071	35,61%	34,13%	41,13%
AZIENDA SANITARIA LOCALE TO3	4.130.275	3.806.456	47,96%	46,86%	54,16%
AZIENDA SANITARIA LOCALE TO4	3.446.125	2.610.382	43,10%	41,33%	48,99%
AZIENDA SANITARIA LOCALE TO5	2.539.950	1.125.360	30,70%	30,31%	36,08%
AZIENDA SANITARIA LOCALE VC	1.581.025	226.397	12,53%	11,47%	15,20%
AZIENDA SANITARIA LOCALE VCO	534.300	476.360	47,13%	41,82%	52,35%
<b>TOTALE</b>	<b>32.535.200</b>	<b>17.986.205</b>	<b>35,60%</b>	<b>33,49%</b>	<b>41,02%</b>

La percentuale rilevata a fine 2017 pari al 36.10% per l'ASL AL, risulta distante dal valore obiettivo del 22.41%.

Dalla tabella che segue è possibile verificare che a livello regionale non si registrano miglioramenti sostanziali a livello di singola Azienda, pur confrontando i risultati dei due semestri 2017, ma emerge una sostanziale stabilità.

GEN – DIC 2017	GEN – DIC 2017	I SEMESTRE 2017 DA DGR
ASL	Incidenza pz strisce convenzionata su tot	Incidenza pz strisce convenzionata su tot
<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE AL</b>	<b>36,10%</b>	<b>36,19%</b>
AZIENDA SANITARIA LOCALE AT	17,91%	<b>18,06%</b>
AZIENDA SANITARIA LOCALE BI	23,10%	<b>22,76%</b>
AZIENDA SANITARIA LOCALE CN1	33,25%	<b>36,03%</b>
AZIENDA SANITARIA LOCALE CN2	27,70%	<b>29,76%</b>
AZIENDA SANITARIA LOCALE NO	27,72%	<b>25,85%</b>
AZIENDA SANITARIA LOCALE EX TO1	39,04%	<b>37,77%</b>
AZIENDA SANITARIA LOCALE EX TO2	35,61%	
AZIENDA SANITARIA LOCALE TO3	47,96%	<b>49,37%</b>
AZIENDA SANITARIA LOCALE TO4	43,10%	<b>43,28%</b>
AZIENDA SANITARIA LOCALE TO5	30,70%	<b>30,90%</b>
AZIENDA SANITARIA LOCALE VC	12,53%	<b>12,84%</b>
AZIENDA SANITARIA LOCALE VCO	47,13%	<b>49,35%</b>
<b>TOTALE</b>	<b>35,60%</b>	<b>36,21%</b>

## NUOVI LEA

### **OBIETTIVO 5.1**

#### **ATTUAZIONE DPCM 12 GENNAIO 2017 DEFINIZIONE E AGGIORNAMENTO DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA, DI CUI ALL'ARTICOLO 1 – COMMA 7 – DEL D.LGS 30 DICEMBRE 1992 N. 502**

Il DPCM 12 gennaio 2017 - Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 – si pone come fonte primaria per la definizione dei livelli essenziali di assistenza garantiti ai cittadini suddivisi in

- a) prevenzione collettiva e sanità pubblica;
- b) assistenza distrettuale;
- c) assistenza ospedaliera

La Regione Piemonte adoterà un'idonea delibera al fine di attuare quanto previsto dalla normativa nazionale a garanzia dei livelli di assistenza erogati ai cittadini.

#### **INDICATORE**

Dichiarazione delle Aziende in merito all'adempimento di quanto previsto dagli atti regionali in materia di nuovi LEA.

#### **VALORE DELL'OBIETTIVO**

Attuazione delle indicazioni regionali in materia di nuovi LEA

#### **Tracking previsto**

31.12.2017

#### **Punteggio**

ASL 5/100

Essendo intervenuta solamente in data 22.12.2017 la prevista D.G.R. finalizzata ad attuare quanto previsto dalla normativa nazionale a garanzia dei livelli di assistenza erogati ai cittadini (Deliberazione della Giunta Regionale 22 dicembre 2017, n.118-6310 ad oggetto: Applicazione del D.P.C.M. 12 gennaio 2017, recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n.502", pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n.65 del 18 marzo 2017. Indicazioni operative), non si è potuto dare corso nel 2017 all'obiettivo di cui trattasi, ferme restando le prime analisi e valutazioni effettuate circa l'impatto delle disposizioni nazionali sui livelli dei servizi offerti. Così come precisato nell'ambito del Tavolo Regionale di Monitoraggio, il peso del presente obiettivo sarà spalmato sugli altri obiettivi della DGR n.101-5530 del 3 agosto 2017.

## OBIETTIVO 5.2

### **ATTUAZIONE DPCM 12 GENNAIO 2017 DEFINIZIONE E AGGIORNAMENTO DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA , DI CUI ALL'ARTICOLO 1 – COMMA 7 - DEL D. LGS. 30 DICEMBRE 1992 N.502 – PNPV 207-**

Il DPCM 12 gennaio 2017 Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 – si pone come fonte primaria per la definizione dei livelli essenziali di assistenza garantiti ai cittadini suddivisi in

- a) prevenzione collettiva e sanità pubblica;
- b) assistenza distrettuale;
- c) assistenza ospedaliera.

Nell'ambito della prevenzione collettiva e sanità pubblica è presente l'attività di sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali.

Rispetto quest'ultimi è stata pubblicata in Gazzetta Ufficiale (G.U. n.41 del 18 febbraio 2017) l'Intesa (Rep. Atti n. 10/CSR) tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano riguardo il “Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019”. È inoltre stato presentato il decreto-legge 7 giugno 2017, n.73, recante disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale che, all'articolo 1, individua le vaccinazioni obbligatorie.

Successivamente il ministero, in data 10 giugno 2017, ha emanato una circolare che individua le prime indicazioni operative per l'applicazione del decreto-legge nonché lo schema degli obblighi vaccinali - in relazione all'anno di nascita - con il quale le ASL competenti devono effettuare il recupero dei non vaccinati o dei vaccinati parzialmente.

In ambito regionale, è stata emanata la Circolare n.15657/A14000 del 18.07.2017. Al fine di dare tempestività all'attuazione del decreto-legge 7 giugno 2017 n.73 pianificando e attuando il recupero dei soggetti non in regola con gli adempimenti previsti.

#### **INDICATORE**

Dichiarazione delle Aziende relativi agli inviti effettuati come da indicazione nel valore obiettivo validate dal Servizio di riferimento Regionale di Epidemiologia per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle Malattie Infettive (SEREMI).

#### **VALORE DELL'OBIETTIVO**

1. Invio, entro il 31 agosto 2017, degli inviti alla vaccinazione dei soggetti che risultano, in base alle anagrafi vaccinali delle aziende, non in regola con gli obblighi vaccinali.
2. Effettuazione entro il 31 dicembre 2017 del primo accesso vaccinale di tutti i soggetti non in regola in età 6-10 anni che hanno dichiarato l'intenzione di vaccinarsi.

#### **Tracking previsto**

31.12.2017 Invio delle dichiarazioni come da indicatore presso il settore referente regionale ed il SEREMI.

#### **Punteggio**

ASL 5/100

Il punteggio complessivo dell'obiettivo si compone di 2 punti per il primo indicatore e di 3 punti per il secondo.

In allegato si riporta la dichiarazione del Direttore della SC SISP Servizio Igiene e Sanità Pubblica relativa a

- 1. Invio, entro il 31 agosto 2017, degli inviti alla vaccinazione dei soggetti che risultano, in base alle anagrafi vaccinali delle aziende, non in regola con gli obblighi vaccinali.*
- 2. Effettuazione entro il 31 dicembre 2017 del primo accesso vaccinale di tutti i soggetti non in regola in età 6-10 anni che hanno dichiarato l'intenzione di vaccinarsi.*

In particolare si segnala:

### **Attività svolte**

Nel luglio 2017, a seguito della emanazione del Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale è stata interrogata l'anagrafe vaccinale per le coorti di nascita 2001-2016 (49.257 nominativi) per individuare i soggetti non vaccinati o incompletamente vaccinati.

Gli elenchi dei nominativi estratti sono stati controllati per individuare eventuali errori (nomi doppi, non più residenti, errori di registrazione, ecc) ed escludere pertanto convocazioni inopportune.

Per tutti i 4.587 soggetti candidati sono stati preparati e spediti inviti alla vaccinazione entro il 31.08.2017.

A partire dal 02.10.2017 sono stati avviati in tutti gli ambiti territoriali dei Distretti ambulatori straordinari per la vaccinazione dei bambini / ragazzi non in regola e per le altre attività correlate (telefonate, controlli, colloqui) attraverso uno straordinario impegno del personale sanitario dipendente e di personale sanitario convenzionato. Le attività si sono svolte attraverso una specifica programmazione che ha coinvolto (tramite periodiche riunioni di lavoro) anche il locale SEREMI.

A tutti i soggetti convocati è stata data l'opportunità di spostare l'appuntamento telefonicamente e a tutti i genitori che si sono presentati per ottenere informazioni o che hanno telefonato è stata data la possibilità di un colloquio informale.

A seguito di una ulteriore e complessa revisione sugli accessi dei soggetti invitati presso gli ambulatori territoriali, si è proceduto ad individuare tutti i soggetti inadempienti di età 6-10 anni (nati 2007-2011) e a convocarli con appuntamento entro la data del 31.12.2017.

Sempre entro tale data risultavano recuperati alla vaccinazione n.993 soggetti.

## 5. QUALITA'

### OBIETTIVO 6.1

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

Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 2 giorni in pazienti ultrasessantacinquenni.

L'indicatore è presente nella Griglia LEA, oggetto di valutazione da parte del Ministero della Salute. Inoltre il DM 702 del 2.4.2015 ha inserito tale indicatore tra quelli in evidenza per il monitoraggio del rapporto tra volumi/esiti delle strutture complesse ponendo la soglia del tasso minimo aggiustato di rischio al 60% e un volume minimo di interventi per struttura complessa pari a 75/anno.

Per il 2017 l'indicatore oggetto dell'obiettivo è espresso in termini di produzione sia per le AO/AOU che per le ASL.

In linea generale l'indicatore può essere migliorato e reso più aderente alla realtà calcolando la differenza tra la data di intervento chirurgico e la data di arrivo in Pronto Soccorso, ricavabile dal flusso C2. I due flussi (SDO e C2) sono linkabili tra loro mediante il codice identificativo univoco anonimo. In questo modo viene conteggiato anche il periodo trascorso in Pronto Soccorso. Nel 2017 l'indicatore è calcolato sia con la medesima modalità con cui è stato calcolato nel 2016 (cioè calcolando il tempo di attesa all'interno della SDO), sia con la modalità proposta sopra, cioè calcolando i tempi a partire dall'arrivo in PS. Il confronto tra i valori dei due indicatori contribuirà ad evidenziare eventuali differenze organizzative nella gestione del paziente favorendo la necessaria attività di audit organizzativo nella gestione del percorso.

#### INDICATORE

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

Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore

#### VALORE DELL'OBIETTIVO

Tasso aggiustato > 70%

#### Punteggio

ASL 4/100

Nella tabella sottoriportata sono evidenziati i dati relativi all'obiettivo in esame:

	9M2016 (*)	A2016(*)	6M2017 (*)	9M2017 (*)	A2017 (**)
PO CASALE M.	32,4%	30,60%	25,0%	35,1%	38,6%
PO NOVI L.	31,0%	29,17%	35,1%	31,1%	30,7%
PO ACQUI T.	52,3%	49,53%	52,0%	52,2%	54,8%
PO TORTONA	54,3%	56,25%	36,5%	28,4%	37,8%
ASL AL TUTELA	45,1%	43,40%	36,0%	39,3%	in attesa dato
(*) FONTE DATI: TAVOLO REGIONALE DI MONITORAGGIO					
(**) FONTE DATI: DATO INTERNO STIMATO DI PRECONSUNTIVO					

### Descrizione obiettivo e criteri

Numero di ricoveri per fratture del collo del femore in pazienti >65 con intervento chirurgico entro 2 giorni, in rapporto al numero complessivo di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore per un valore atteso > 70%.

Obiettivo presente nella scheda di budget 2017 assegnata alle SS.CC. Ortopedia.

### Azioni attivate ed intraprese

- Incontri presso ciascun Presidio effettuati di concerto con la SSA Governo Clinico-Qualità-Accreditamento e SC Programmazione Controllo Sistema Informativo, effettuate nei mesi di luglio, settembre, novembre e dicembre al fine di illustrare l'obiettivo e di fornire le indicazioni utili al suo perseguimento;
- monitoraggio andamento dell'obiettivo mediante approfondimenti in sede di riunioni Coordinamento DSPO e incontri mirati con Responsabili interessati;
- analisi e diffusione dati circa il raggiungimento del valore obiettivo richiesto;
- incontri specifici effettuati con i Responsabili Medici coinvolti nell'attività oggetto dell'obiettivo a settembre 2017 per analizzare le criticità riscontrate nel raggiungimento (percentuale riscontrata ancora lontana dal valore atteso del 70%, anche se in miglioramento negli ultimi mesi 2017);
- PDTA percorso femore (allegato) a cura Gruppo di Lavoro appositamente istituito, comprensivo di indicazioni anestesiológicas del Direttore del Dipartimento Emergenza Urgenza.

### Conclusioni

In attesa del dato di consuntivo 2017 elaborato e fornito dal competente Settore dell'Assessorato regionale si evidenzia quanto segue.

Tre PP.OO. su quattro (Casale M., Novi L. e Acqui T.) migliorano il dato rispetto all'anno precedente.

Dai dati 2017 si evidenzia un recupero negli ultimi mesi dell'anno in particolare sul P.O. di Casale M. e sul P.O. di Tortona

Si rileva il permanere di criticità legate principalmente al notevole numero di pazienti che non viene operato nelle 48 ore per problemi di carattere anestesiológico / internistico (assunzione di anticoagulanti che richiedono sospensione della terapia prima dell'intervento) e non ortopedico.

Si segnalano, inoltre, gravi criticità di personale medico sui PP.OO. Novi L. e Tortona che lavorano in integrazione.

	6M2017 (*)	9M2017 (*)	OTT17	NOV17	DIC17
PO CASALE M.	25,0%	35,1%	40,0%	70,00%	80,0%
PO NOVI L.	35,1%	31,1%	25,0%	40,00%	16,7%
PO ACQUI T.	52,0%	52,2%	54,5%	75,00%	33,3%
PO TORTONA	36,5%	28,4%	46,2%	37,50%	75,0%
(*) FONTE DATI: TAVOLO REGIONALE DI MONITORAGGIO					
(**) FONTE DATI: DATO INTERNO STIMATO DI PRECONSUNTIVO					

### PO Casale M.

La percentuale di pazienti trattati in 48h sta aumentando significativamente; i dati dimostrano che nel mese di Novembre il 70% e nel mese di dicembre l'80% dei pazienti è stato trattato entro le 48h raggiungendo quindi il valore atteso. Nel corso del 2017 si è assistito a un progressivo miglioramento del dato: alla fine dei primi 6 mesi la percentuale era pari a 25%, salendo a 35,1 % alla fine dei primi 9 mesi.

### PO Novi L.

Relativamente al PO di Novi L., nel mese di Novembre si è assistito a un leggero miglioramento del dato: la percentuale dei pazienti trattati in 48h ha raggiunto il 40% rispetto al 31,1% (valore medio dei primi 6 mesi).

### PO Tortona

Il PO di Tortona presenta attualmente problematiche strutturali, ovvero l'inagibilità della sala operatoria per gli interventi di sintesi delle ossa lunghe (fratture per trocanteriche del femore); in tali casi il paziente viene trasferito in altri Presidi dell'Azienda, mentre altri tipi di procedure sono convogliate verso il PO di Tortona (fratture mediali). Questi trasferimenti non sono immediati e spesso causano sforamenti delle 48h; questo rende più difficile il raggiungimento dell'obiettivo. Nonostante ciò, grazie all'integrazione e alla collaborazione tra i Presidi di Novi L. e Tortona, nei mesi di Ottobre e Novembre il dato è sensibilmente migliorato rispetto al valore medio dei primi 6 mesi (46,2% ad ottobre, 37,5% a novembre e 75% a dicembre).

### PO Acqui T.

La percentuale di pazienti trattati in 48h nei primi 6 mesi dell'anno è stata del 52,2%; particolarmente positivo è il risultato del mese di Novembre in cui la percentuale raggiunge il 75%, superando lo standard atteso.

## OBIETTIVO 6.2

### 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 2017 si utilizzerà la procedura del PNE calcolando il periodo di 2 giorni tra la data di ingresso alla prima struttura che riceve il paziente (qualunque essa sia) e la data di PTCA (ovunque eseguita). In questo modo viene incluso nell'indicatore anche il tempo trascorso tra l'arrivo in un qualunque ospedale e l'effettuazione della procedura; il valore dell'indicatore è quindi attribuito alla prima struttura che riceve il paziente. La "tracciatura" del paziente lungo i differenti ospedali avviene tramite record linkage con il codice identificativo anonimo.

#### INDICATORE

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

Numero di episodi di STEMI

#### VALORE DELL'OBIETTIVO

Tasso aggiustato > 85%

#### Punteggio

ASL 4/100

Nella tabella sottoriportata sono evidenziati i dati relativi all'obiettivo in esame:

	12M2016 (*)	6M2017 (*)	9M2017 (*)	A2017
ASL AL TUTELA	60,5%	65,1%	59,1%	in attesa dato
(*) FONTE DATI: TAVOLO REGIONALE DI MONITORAGGIO				

#### Descrizione obiettivo e criteri

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

Obiettivo presente nella scheda di budget 2017 assegnata alle SS.CC. Cardiologia.

## Azioni attivate ed intraprese

- Incontri presso ciascun Presidio ospedaliero effettuati di concerto con la SSA Governo Clinico-Qualità-Accreditamento e SC Programmazione Controllo Sistema Informativo, effettuate nei mesi di luglio, settembre, novembre e dicembre. al fine di illustrare l'obiettivo e di fornire le indicazioni utili al suo perseguimento;
- monitoraggio andamento dell'obiettivo mediante approfondimenti in sede di riunioni Coordinamento DSPO e incontri mirati con Responsabili interessati;
- analisi e diffusione dati pervenuti circa il raggiungimento del valore obiettivo richiesto;
- incontri con Direttori SC per analisi specifica;

## Conclusioni

In attesa del dato di consuntivo 2017 elaborato e fornito dal competente Settore dell'Assessorato regionale si evidenzia quanto segue.

Il calcolo dell'indicatore per l'ASL è effettuato su tutti i residenti dell'ASL AL ricoverati e sottoposti a PTCA in qualsiasi Presidio Ospedaliero del Piemonte (include quindi la mobilità intraregionale).

Nei primi sei mesi del 2017 su 172 pazienti con STEMI, 112 sono stati trattati con PTCA entro 48 ore (tasso grezzo: 65,1%); con un miglioramento importante rispetto al 2016 (tasso grezzo: 60,5%).

Il dato fornito dal competente Settore regionale relativamente ai primi nove mesi 2017 risulta pari, sempre in ottica di "tutela", a 59,1%.

Per quanto riguarda il dato di produzione, nei Presidi di Casale M. e Novi L. il tasso grezzo nei primi sei mesi del 2017 risultava rispettivamente uguale a 11,1% e 37,5%

In esito a verifica sul tema, si è riscontrato che i risultati non erano congrui rispetto l'effettiva presa in carico dell'evento, a causa di un errore nella codifica delle SDO: in particolare erano stati inclusi nella casistica anche i casi di *completamento degenza dopo PTCA* perché scorrettamente codificati con diagnosi principale *infarto miocardico acuto primo episodio di cura (41011 invece che v665)*.

Si è provveduto, pertanto, alla rettifica della codifica della diagnosi principale ed al reinoltro delle SDO interessate; ciò porterà ad un sensibile miglioramento del dato relativo alla produzione, peraltro limitato a casistiche molto ridotte.

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

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

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

## OBIETTIVO 6.3

### APPROPIATEZZA NELL'ASSISTENZA AL PARTO DEI PUNTI NASCITA

Alla luce della Delibera del 2008 in merito al Percorso nascita che ha preceduto l'Accordo Stato Regioni del 2010 (DGR 34-8769 del 12.05.2008 e s.m.i), dell'avvio e del consolidamento del flusso CEDAP e del DWH regionale relativo al Percorso Nascita, il presente obiettivo intende valorizzare l'attenzione che il Servizio Sanitario Regionale ha sempre più rivolto a tale ambito attraverso il progressivo allineamento e integrazione dei diversi flussi informativi (CEDAP e SDO) che consentono di monitorare la tipologia e la qualità dell'assistenza erogata in tale percorso assistenziale supportando altresì gli audit organizzativi interni ai Punti nascita. Pertanto, alla luce delle evidenze scientifiche in materia, degli standard qualitativi consolidati a livello internazionale e nazionale (WHO, Piano Nazionale Esiti) e della qualità dei flussi informativi disponibili in Regione Piemonte, si ritiene idoneo assegnare l'obiettivo "proporzione di parti con taglio cesareo primario" per ciascuna Azienda andando ad esplicitare degli indicatori di accesso allo stesso che pongano in evidenza la qualità dell'assistenza e il monitoraggio dei flussi informativi relativamente all'evento parto. L'obiettivo è misurato in una prospettiva di produzione, ovvero per ciascun Punto Nascita, sia per le ASL che per le AO/AOU.

#### INDICATORE

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

#### VALORE DELL'OBIETTIVO

Tasso aggiustato <= 20%

#### Punteggio

ASL 4/100

Nella tabella sottoriportata sono evidenziati i dati relativi all'obiettivo in esame:

	9M2016 (*)	12M2016(*)	6M2017 (*)	9M2017 (*)	A2017 (**)
PO NOVI L.	13,98%	14,86%	18,69%	16,73%	17,13%
PO CASALE M.	25,78%	25,28%	30,91%	25,98%	25,12%
(*) FONTE DATI: TAVOLO REGIONALE DI MONITORAGGIO					
(**) FONTE DATI: DATO INTERNO STIMATO DI PRECONSUNTIVO					

### **Descrizione obiettivo e criteri**

Proporzione parti con taglio cesareo primario nella misura  $\leq 20\%$  rispetto a n. parti con nessun pregresso cesareo, misurata per ciascun Punto Nascita, nell'ottica della qualità dell'assistenza e monitoraggio flussi informativi relativi all'evento parto.

Obiettivo presente nella scheda di budget 2017 assegnata alle SS.CC. Ostetricia e Ginecologia.

### **Azioni attivate ed intraprese**

- Incontri presso ciascun Presidio effettuati di concerto con la SSA Governo Clinico-Qualità-Accreditamento e SC Programmazione Controllo Servizio Informativo, effettuate nei mesi di luglio, settembre, novembre e dicembre. al fine di illustrare l'obiettivo e di fornire le indicazioni utili al suo perseguimento;
- monitoraggio andamento dell'obiettivo mediante approfondimenti in sede di riunioni Coordinamento DSPO e incontri mirati con Responsabili interessati;
- analisi e diffusione dati circa il raggiungimento del valore obiettivo richiesto;
- incontri specifici con i Responsabili di SS.CC. Ostetricia e Ginecologia per approfondimenti.

### **Conclusioni**

In attesa del dato di consuntivo 2017 elaborato e fornito dal competente Settore dell'Assessorato regionale si evidenzia quanto segue.

Sulla base dei dati disponibili per i due Punti Nascita presenti nel P.O. di Novi Ligure e nel P.O. di Casale, si evince che la percentuale di parti cesarei primari a Novi L. nei primi 9 mesi dell'anno è del 16,7%, raggiungendo ampiamente l'obiettivo, anche se si riscontra un lieve peggioramento rispetto allo stesso periodo del 2016, mentre per quanto riguarda il P.O. di Casale l'obiettivo non risulta ancora raggiunto in quanto la percentuale di cesarei è del 26% nei primi 9 mesi, valore comunque in miglioramento rispetto a quello relativo ai primi 6 mesi 2017 pari al 30,9%.

Come si evince dai dati soprariportati, mentre il risultato relativo al P.O. di Novi L. risulta ampiamente al di sotto dello standard del 20%, per l'Ospedale di Casale M. si stima un preconsuntivo al di sopra dell'obiettivo 2017.

Occorre però evidenziare un sensibile miglioramento del dato "grezzo" della percentuale di cesarei sul totale dei parti a partire dal secondo semestre 2017, come evidenziato nella tabella seguente:

#### % PARTI CESAREI SU TOTALE PARTI

<b>PO NOVI L.</b>	<b>A2016</b>	<b>Anno</b>	26,4%
	<b>A2017</b>	<b>Anno</b>	25,2%
		<b>1 sem</b>	27,1%
		<b>2 sem</b>	23,5%
<b>PO CASALE M.</b>	<b>A2016</b>	<b>Anno</b>	32,1%
	<b>A2017</b>	<b>Anno</b>	35,9%
		<b>1 sem</b>	39,5%
		<b>2 sem</b>	32,5%

I soprarichiamati miglioramenti riscontrati nel secondo semestre per i PP.OO. di Casale M. e Novi L. permettono di ipotizzare che il valore atteso per l'anno 2017 sia raggiunto per il punto nascita del P.O. di Novi L., mentre per quanto riguarda il P.O. di Casale M. il dato di consuntivo 2017, seppur superiore alla soglia-obiettivo, dovrebbe risultare in miglioramento sia rispetto all'andamento del 1° semestre 2017 sia rispetto al dato di consuntivo 2016 (25,28%).

## OBIETTIVO 6.4

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

#### INDICATORE

**COPERTURE INVITI:** N° persone invitate + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale. **COPERTURA ESAMI:** N° persone sottoposte al test di screening, incluse le adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale

#### VALORE DELL'OBIETTIVO

Cfr. tabella allegata

#### Punteggio

ASL 3/100

Il primo indicatore per ciascuno dei tre screening oncologici (tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto) riguarda la copertura da inviti, mentre il secondo la copertura da esami. Per copertura da inviti si intende la capacità di invitare tutte le persone facenti parte della popolazione target con la cadenza stabilita.

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

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

- donne di età 50-69 anni per lo screening mammografico (due anni);
- donne di età 25-64 anni (30-64 per HPV) per lo screening cervico-vaginale (tre anni screening citologico e 5 anni HPV);

- uomini e donne di età 58-69 anni per lo screening colorettales (due anni per il FIT e solo una volta a 58 anni per la sigmoidoscopia).

I report di seguito esposti sono stati forniti dal CRPT Piemonte.

### SCREENING MAMMOGRAFICO - ETÀ 50-69 ANNI

COPERTURA INVITI	NUMERO	OBIETTIVO ASL AO	OBIETTIVO REGIONE
NUMERATORE: n. donne 50/69 anni invitate ad effettuare una mammografia (36.704) + adesioni spontanee (125)	36.829	<b>119,4 %</b>	<b>97 %</b>
DENOMINATORE: n. donne 50/69 anni da invitare ad effettuare una mammografia	30.856		

COPERTURA ESAMI	NUMERO	OBIETTIVO ASL AO	OBIETTIVO REGIONE
NUMERATORE: N. donne 50/69 anni sottoposte a mammografia	17.108	<b>55,4 %</b>	<b>45,9 %</b>
DENOMINATORE: N. donne 50/69 anni da invitare ad effettuare una mammografia	30.856		

NOTE:

**L'obiettivo è stato raggiunto.**

## SCREENING CERVICO-VAGINALE - ETÀ 25-64 ANNI

COPERTURA INVITI	NUMERO	OBIETTIVO ASL AO	OBIETTIVO REGIONE
NUMERATORE: n. donne 25/64 anni <b>invitate</b> ad effettuare PAP-TEST o HPV-TEST	40.024	<b>105,0 %</b>	<b>97 %</b>
DENOMINATORE: n. donne 25/64 anni <b>da invitare</b> ad effettuare PAP-TEST o HPV-TEST	38.131		

COPERTURA ESAMI	NUMERO	OBIETTIVO ASL AO	OBIETTIVO REGIONE
NUMERATORE: n. donne 25/64 anni sottoposte a PAP-TEST o HPV-TEST	16.666	<b>43,7 %</b>	<b>42,3 %</b>
DENOMINATORE: n. donne 25/64 anni da invitare ad effettuare PAP-TEST o HPV-TEST	38.131		

**NOTE:**

La copertura da inviti calcolata sulla base dello standard regionale richiesto dell'97% doveva essere di **40.400**.

**L'obiettivo è stato raggiunto.**

## SCREENING COLO-RETTALE - ETÀ 58 ANNI

COPERTURA INVITI	NUMERO	OBIETTIVO ASL AO	OBIETTIVO REGIONE
NUMERATORE: n. persone 58 anni (e precedenti) invitate ad effettuare una sigmoidoscopia + adesioni spontanee	1.161	<b>18,1 %</b>	97 %
DENOMINATORE: n. persone 58 anni (e precedenti) da invitare ad effettuare una sigmoidoscopia	6.403		

COPERTURA ESAMI	NUMERO	OBIETTIVO ASL AO	OBIETTIVO REGIONE
NUMERATORE: n. persone sottoposte a sigmoidoscopia o FIT	6.813	<b>21,4 %</b>	36 %
DENOMINATORE: n. persone da invitare ad effettuare una sigmoidoscopia o FIT	31.781		

NOTE:

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

I motivi del mancato raggiungimento di entrambi gli obiettivi sullo screening coloretale dipendono dalla ridotta offerta di prestazioni di screening da parte delle strutture di Endoscopia dell'ASL AL, con una offerta non sufficiente di posti per FS di 1° livello, cui si aggiunge la ridotta offerta anche da parte del struttura di Endoscopia Digestiva dell'AO AL; tale condizione ha comportato negli anni l'accumularsi di un arretrato a cui si potrà porre rimedio dando attuazione al Piano d'Attività 2017, di cui alla deliberazione n.738 del 9.11.2017.

## OBIETTIVO 6.5

### 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 2017 il numero di donatori di organi e cornee rispetto al 2016.

In considerazione della tipologia di attività, si prevede per il 2017 il raggiungimento aziendale dei seguenti obiettivi di governo regionale:

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

Valutazione della incidenza della morte encefalica nei reparti di rianimazione dei Coordinamenti Ospedalieri rispetto al numero dei decessi dei soggetti ricoverati con una patologia compatibile con l'evoluzione verso la stessa (BDI =Brain Death Index).

a. Almeno il 40 % per gli ospedali con neurochirurgia;

b. Tra il 20 e il 40 % per gli ospedali senza neurochirurgia;

La valutazione del BDI sarà effettuata sugli ultimi tre anni per le Rianimazioni con meno di tre diagnosi di ingresso compatibile all'anno.

#### 2. Donatori di Cornee

Considerati i decessi ospedalieri del 2016 fra i 5 e i 75 anni compresi considerati il numero di posti letto degli ospedali della Regione nel 2016

a. Per gli ospedali senza neurochirurgia e con meno di 400 posti letto: un numero di donatori pari al 10% dei decessi ospedalieri del 2016 fra i 5 e i 75 anni compresi;

b. Per gli ospedali con neurochirurgia e per gli ospedali senza neurochirurgia ma con più di 400 posti letto: un numero di donatori pari al 12% dei decessi ospedalieri del 2016 fra i 5 e i 75 anni compresi.

#### INDICATORE

1. n° morti encefaliche segnalate nei reparti di rianimazione/ n° decessi di soggetti ricoverati nei Reparti di rianimazione con una patologia compatibile con l'evoluzione verso la morte encefalica

2. n° donatori di cornea nel 2017 / totale decessi ospedalieri del 2016 fra i 5 e i 75 anni compresi

#### VALORE DELL'OBIETTIVO

Cfr. Tabelle seguenti

#### Punteggio

ASL 5/100

#### Descrizione obiettivo e criteri

Attuazione parametri fissati dal Coordinamento regionale delle Donazioni e dei Prelievi di organi e tessuti finalizzati ad incrementare nel 2017 il numero di donatori di organi e cornee rispetto al 2016, per un valore di segnalazione di soggetti in morte encefalica (BDI) atteso tra il 20% e il 40% (Ospedali senza Neurochirurgia) e numero di donatori pari al 10% dei decessi

ospedalieri del 2016 fra i 5 e i 75 anni compresi (Ospedali senza Neurochirurgia e con meno di 400 posti letto).

Obiettivo presente nella scheda di budget 2017 assegnata alla SC DSPO.

### **Azioni attivate ed intraprese**

- Incontri presso ciascun Presidio ospedaliero effettuati di concerto con la SSA Governo Clinico-Qualità-Accreditamento e SC Programmazione Controllo Sistema Informativo, effettuate nei mesi di luglio, settembre, novembre e dicembre, al fine di illustrare l'obiettivo e di fornire le indicazioni utili al suo perseguimento;
- monitoraggio andamento dell'obiettivo mediante approfondimenti in sede di riunioni Coordinamento DSPO e incontri mirati con Responsabili interessati;
- analisi e diffusione dati circa il raggiungimento del valore obiettivo richiesto;
- incontri specifici con i Responsabili di SC per approfondimenti.

### **Conclusioni**

Gli obiettivi nazionali e regionali di incremento delle attività di prelievo/trapianto d'organo, assegnati come obiettivi strategici a tutte le ASL/ASO Piemontesi, sono stati ampiamente diffusi in Azienda.

I Coordinatori locali di Presidio Ospedaliero hanno implementato l'azione di "procurement" di cornee proseguendo sia la formazione dei prelevatori cornee che la campagna di sensibilizzazione del personale afferente alle SS.CC. di Medicina Generale, Neurologia e Oncologia, al fine di ottemperare correttamente e puntualmente a quanto previsto dalla normativa vigente.

I Coordinatori di Presidio Ospedaliero e i Direttori delle SS.CC. di Medicina, Neurologia, Oncologia, Anestesia e Rianimazione e del Dipartimento di Emergenza Urgenza hanno attivamente e proficuamente partecipato all'obiettivo regionale legato all'incremento delle donazioni di cornee, realizzando tutti i prelievi richiesti e, in alcuni casi (Acqui T. e Novi L.), superando significativamente le indicazioni regionali.

Si segnala inoltre che le opere intraprese hanno interessato tutti i Presidi e negli ultimi mesi soprattutto il P.O. di Tortona caratterizzato da un minor numero di cornee prelevate; le azioni hanno previsto riunioni di sensibilizzazione con il Coordinatore locale, il Direttore SC e Coordinatore infermieristico dei Reparti ospedalieri con possibili donatori e contatti con l'Hospice di Alessandria per formare, diffondere e concordare la procedura di prelievo, al fine di iniziare la collaborazione con il Coordinatore locale del Presidio ospedaliero stesso.

## DONAZIONI CORNEE

**INDICATORE:** N° DONATORI CORNEA NEL 2017 / TOTALE DECESSI OSPEDALIERI DEL 2016 FRA I 5 E I 75 ANNI COMPRESI

### DONAZIONI CORNEE ANNO 2017

Presidio Ospedaliero	Donatori cornee anno 2017	Obiettivo 2017
CASALE M.	12	12
TORTONA	5	6
NOVI L.	10	7
ACQUI T.	12	6

L'unico Presidio ospedaliero che non ha raggiunto l'obiettivo risulta essere quello di Tortona. Sono state verificate le tipologie di pazienti afferenti presso il P.O. di Tortona e i potenziali donatori, con il risultato di riscontrare una adesione alle indicazioni regionali. In riferimento al numero totale aziendale l'obiettivo risulta raggiunto.

## SEGNALAZIONI DI SOGGETTI IN MORTE ENCEFALICA (BDI%)

**INDICATORE:** N° MORTI ENCEFALICHE SEGNALATE NEI REPARTI DI RIANIMAZIONE / N° DECESSI DI SOGGETTI RICOVERATI NEI REPARTI DI RIANIMAZIONE CON PATOLOGIA COMPATIBILE CON L'EVOLUZIONE VERSO LA MORTE ENCEFALICA

BDI % ANNO 2017		
Presidi Ospedalieri	Dato anno 2017	Obiettivo 2017
CASALE M.	43 %	20-40%
TORTONA	100%	20-40%
NOVI L.	75 %	20-40%
ACQUI T.	33%	20-40%

Considerato, altresì, che non essendo presenti nei Presidi di Tortona e Acqui T. SS.CC. di Anestesia e Rianimazione, ma Strutture Semplici di Anestesia, Terapia Intensiva e Sub Intensiva, con conseguente diversa tipologia di pazienti afferenti ai Presidi stessi, l'obiettivo è da considerarsi raggiunto.

## OBIETTIVO 6.6

### UMANIZZAZIONE DELLE STRUTTURE DI RICOVERO DELLE AZIENDE SANITARIE REGIONALI

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

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

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

In coerenza con la normativa vigente e con gli atti sopracitati, nonché in continuità con le iniziative in tema di umanizzazione avviate a livello regionale nel corso degli ultimi anni, si ritiene di prevedere nell'ambito degli obiettivi da assegnare per l'annualità 2017 ai Direttori generali delle ASR una serie sub-obiettivi specifici di seguito indicati finalizzati alla verifica della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie con riferimento all'umanizzazione dell'assistenza:

1. Programma nazionale valutazione partecipata della qualità delle Strutture di ricovero secondo i principi dell'empowerment
2. Comunicazione fra medici curanti e familiari dei pazienti
3. Commissioni miste conciliative
4. Progetti sostegno pazienti/famiglie

## OBIETTIVO 6.6.1

### **Programma nazionale valutazione partecipata della qualità delle Strutture di ricovero secondo i principi dell'empowerment**

La Regione Piemonte, nell'ambito delle iniziative legate al processo di empowerment ed in coerenza con il PSSR 2012-2015, si è fatta promotrice con le ASR del Programma nazionale di valutazione partecipata della qualità delle strutture di ricovero promosso e coordinato da Agenas e dall'Agenda di Valutazione Civica di CittadinanzAttiva.

Il Programma, cui hanno partecipato tutte le ASR, ha consentito la realizzazione della valutazione partecipata (secondo lo strumento predisposto da AGENAS e CittadinanzAttiva e secondo i principi dell'empowerment – ovvero attraverso equipe territoriali miste cittadini-operatori sanitari) su tutti i Presidi Ospedalieri pubblici regionali con oltre 120 p.l..

Alla valutazione è seguita la fase della predisposizione del "Piano di miglioramento" da parte di ciascuna ASR con predisposizione di azioni correttive in relazione alle criticità rilevate in sede di monitoraggio.

Per l'annualità 2017 la Regione, unitamente alle ASR, ha partecipato alla 3° fase del progetto nazionale che prevede, a livello aziendale, un'ulteriore fase di valutazione con riguardo a nuovi item definiti da AGENAS, un generale un aggiornamento dei dati della checklist nazionale sulla base delle risultanze aziendali, nonché l'attuazione delle azioni di miglioramento definite nei Piani aziendali.

#### **INDICATORE**

Implementazione/completamento azioni correttive a "breve" e "medio" termine individuate nei Piani di miglioramento aziendali.

#### **Punteggio**

ASL 2/100

Con atto deliberativo n.948 del 23.12.2016 è stato approvato il Piano di Miglioramento Aziendale nel quale sono state dettagliate le azioni correttive da mettere in atto, a fronte delle criticità rilevate durante le verifiche dell'equipe regionale, con l'individuazione della tempistica di adozione a breve (entro 6 mesi), a medio (tra 6 e 12 mesi) e lungo termine (oltre 12 mesi).

Per l'annualità 2017 l'Azienda ha partecipato alla terza fase del progetto nazionale che prevedeva:

- ulteriore fase di valutazione con riguardo ai nuovi item definiti da Agenas e relativo aggiornamento dei dati delle check list;
- attuazione delle azioni di miglioramento, a breve e medio termine, definite nel Piano di Miglioramento aziendale.

A fronte delle sopracitate attività, nel mese di giugno 2017, si è tenuto un incontro con il Coordinatore di Cittadinanzattiva della Provincia di Alessandria, al quale hanno partecipato i referenti aziendali del progetto, quelli civici e i Direttori delle Strutture interessate, per visionare e condividere i documenti riguardanti le azioni correttive a breve termine (6 mesi) e gli item del

nuovo modulo integrativo per la sicurezza dei pazienti, predisposti dal Rischio Clinico e Controllo Infezioni Ospedaliere.

Il lavoro è proseguito nel mese di settembre nel quale si sono svolti gli incontri di equipe con verifica in loco, presso i Presidi Ospedalieri di Casale M., Novi L. e Tortona, interessati al progetto (in quanto dotati di più di 120 posti letto), di tutti gli item per i quali erano previste azioni di miglioramento a breve termine e quelli nuovi sulla sicurezza. Si sono concordate con i Rappresentanti di Cittadinanzattiva la compilazione della nuova check list e le annotazioni sul diario di bordo.

Come da indicazioni della Regione Piemonte, entro la fine di settembre si è provveduto all'inserimento della Check list aggiornata, del nuovo Modulo per la sicurezza del paziente e del diario di bordo su piattaforma Agenas on-line con le credenziali attribuite a ciascuna équipe.

Terminata questa fase, al fine di rispettare la tempistica prevista dal Piano di miglioramento Aziendale per le azioni a medio termine, è stato trasmesso il riepilogo delle azioni correttive da implementare al Direttore e ai Referenti della SC Direzione Sanitaria Presidi Ospedalieri e ai Direttori delle Strutture direttamente coinvolte, al fine di acquisire le evidenze attestanti il superamento delle singole criticità.

Il 16.01.2018 si è infine svolto ad Alessandria, presso la Sala Chessa, l'incontro con il Rappresentante di Cittadinanzattiva e i Responsabili delle Strutture interessate per la disamina, valutazione, condivisione e approvazione delle azioni correttive a medio termine previste ed implementate.

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

- verbali riunioni con Equipe regionale per verifica ed applicazioni azioni a breve termine;
- copia frontespizio check list per la valutazione del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero inserite su piattaforma Agenas;
- verbali riunioni con Equipe regionale per verifica ed applicazioni azioni a medio termine.

## OBIETTIVO 6.6.2

### Comunicazione fra medici curanti e familiari dei pazienti

Istituzione in ogni Unità operativa della struttura ospedaliera di un luogo/orario predefiniti per il colloquio clinico fra medici curanti e parenti dei ricoverati

#### INDICATORE

Per ogni unità operativa ospedaliera dell'Azienda: N° giornate in cui viene garantito colloquio/250 (gg lavorativi annuali).

#### VALORE DELL'OBIETTIVO

almeno 1 ora per ogni giorno feriale

#### Punteggio

ASL 1/100

#### **Descrizione obiettivo e criteri**

Adozione di strumenti finalizzati allo sviluppo del processo "Empowerment" attraverso il rafforzamento delle sue tre componenti fondamentali: il controllo, la consapevolezza critica, la partecipazione.

Nell'ambito di tale obiettivo sono stati individuati specifici sub-obiettivi, fra cui l'obiettivo 6.6.2 Comunicazione fra medici curanti e familiari dei pazienti.

Tale obiettivo prevede l'istituzione in ogni Struttura dei Presidi Ospedalieri di un luogo/orario predefiniti per il colloquio clinico fra medici curanti e parenti dei ricoverati (valore atteso: almeno 1 ora per ogni giorno feriale).

L'obiettivo è presente nella scheda di budget 2017 assegnata alla SC DSPO.

#### **Azioni attivate ed intraprese**

- Incontri presso ciascun Presidio effettuati di concerto con la SSA Governo Clinico-Qualità-Accreditamento e SC Programmazione Controllo Sistema Informativo, effettuate nei mesi di luglio, settembre, novembre e dicembre, al fine di illustrare l'obiettivo e di fornire le indicazioni utili al suo perseguimento;
- monitoraggio andamento dell'obiettivo mediante approfondimenti in sede di riunioni Coordinamento DSPO e incontri mirati con Responsabili interessati;
- analisi e diffusione dati circa il raggiungimento del valore obiettivo richiesto;
- incontri specifici con i Responsabili di SC per approfondimenti;
- procedura specifica "Accoglienza del paziente in reparto".

### **Conclusioni**

In ogni Struttura dei Presidi Ospedalieri dell'ASL AL viene garantita almeno 1 ora di colloquio clinico, per ogni giorno feriale, tra medici curanti e parenti dei ricoverati.

In particolare, nell'ambito del *Progetto Empowerment – Umanizzazione nelle strutture di ricovero delle Aziende Sanitarie Regionali - azioni di miglioramento a rilevanza aziendale*, l'oggetto del presente obiettivo è descritto nella brochure informativa da consegnare ai pazienti/famigliari al momento del ricovero.

Si allega Procedura specifica "Accoglienza del paziente in reparto", con allegata Brochure informativa che risponde all'obiettivo richiesto nei paragrafi: Colloqui con i Medici / Dimissione.

## OBIETTIVO 6.6.3

### Commissioni miste conciliative

Istituzione di Commissioni miste conciliative, come da DPCM 19.5.95, con rappresentanti delle Aziende Sanitarie regionali e delle Associazioni di volontariato e/o di tutela, da convocare per far fronte alle segnalazioni pervenute e fornire le adeguate informazioni favorendo la conciliazione dei conflitti.

<b>INDICATORE</b>
-------------------

n. riunioni svolte nell'anno.
-------------------------------

<b>VALORE DELL'OBIETTIVO</b>
------------------------------

almeno 3 anno
---------------

<b>Punteggio</b>
------------------

ASL 1/100
-----------

Con atto deliberativo n.838 del 14.12.2017 (allegato) si è provveduto all'aggiornamento del Regolamento di Pubblica Tutela dell'Azienda Sanitaria Locale ASL AL e all'istituzione della Commissione Mista Conciliativa.

Il documento è visionabile e scaricabile nella sezione URP del sito internet aziendale.

Si segnala che ad oggi, ai sensi del DPCM 19.5.1995, non sono pervenute all'ASL segnalazioni di disservizio tramite le Associazioni di Volontariato e gli Organismi di Tutela, né dichiarazioni di insoddisfazione sugli esiti dell'istruttoria di prima istanza che rendessero necessaria la convocazione della Commissione Mista Conciliativa; pertanto non risulta agli atti documentazione attestante l'attività della Commissione.

## OBIETTIVO 6.6.4

### Progetti sostegno pazienti/famiglie

Attivazione progetti che assicurano in un momento successivo alla dimissione del paziente un sostegno al paziente/famigliari utili al recupero delle capacità funzionali ed al miglioramento della qualità della vita, con particolare attenzione a pazienti fragili e/o affetti da patologie croniche (paziente post ictus, con malattie cardiovascolari, Parkinson, psichiatrici, ecc...).

#### INDICATORE

Progetti attivati che prevedano specifici indicatori di valutazione

#### VALORE DELL'OBIETTIVO

n. progetti attivati => 3

#### Punteggio

ASL 1/100

I servizi territoriali si occupano di persone fragili nella propria attività quotidiana, in particolare nel momento successivo alla dimissione del paziente prevedendo un sostegno al paziente/famigliari utile al recupero delle capacità funzionali ed al miglioramento della qualità della vita; i Distretti hanno sviluppato una serie di progetti nel corso dell'ultimo anno sul tema della fragilità.

Tra le diverse iniziative promosse si ritiene di segnalare:

- progetto proposto dal Gruppo di Educazione alla salute volto a stimolare il loro ruolo attivo degli anziani dal titolo "Argento Attivo" (allegato);
- progetto nell'ambito del Distretto di Casale M. per favorire le dimissioni protette di persone fragili dall'Ospedale che non possono rientrare immediatamente a domicilio oppure che hanno bisogno di un ricovero di sollievo (allegato);
- progetto proposto ai MMG nell'ambito dell'Accordo Aziendale anno 2017 volto a individuare precocemente i soggetti a rischio di dipendenza alcolica (allegato);
- progetto "Simultaneous Care" proposto nell'ambito della Rete Oncologica con il coinvolgimento delle strutture aziendali di Cure Palliative e di Oncologia (allegato).

IL DIRETTORE GENERALE  
Dr. Gilberto GENTILI  
(firmato in originale)

*Allegati relativi ai seguenti obiettivi*  
OB2 – OB5.2 – OB.6.1 – OB.6.6