

Deliberazione della Giunta Regionale 3 agosto 2017, n. 101-5530

Art. 3 bis, commi 5 e ss. d. lgs n. 502/1992 e s.m.i. . Assegnazione obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai direttori generali/commissari delle aziende sanitarie regionali per l'anno 2017. Approvazione criteri e modalita' di valutazione.

A relazione dell'Assessore Saitta:

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

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

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

Gli stessi contratti fanno in ogni caso salve le previsioni, in materia di decadenza automatica del direttore generale, di cui all'art. 52, comma 4 lett. d) della legge n. 289/2002 e s.m.i., per il caso di mancato raggiungimento dell'equilibrio economico dell'azienda (da accertare in conformità alle disposizioni di cui all'art. 6, comma 2, dell'Intesa 23 marzo 2005), nonché l'ulteriore ipotesi di decadenza automatica introdotta dall'art. 1, comma 567 della legge n. 190/2014 (Legge di stabilità 2015), la quale ha disposto l'inserimento, nell'art. 3 bis del d. lgs. n. 502/1992 e s.m.i., del comma 7 bis, a mente del quale "l'accertamento da parte della Regione del mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali costituisce per il direttore generale grave inadempimento contrattuale e comporta decadenza automatica dello stesso".

Con DGR n. 30-3307 del 16.05.2016 sono stati a suo tempo assegnati ai direttori generali delle ASR gli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi finalizzati al riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2016.

Quanto sopra premesso, si rende ora necessario assegnare ai direttori generali/commissari delle ASR gli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi finalizzati, ai sensi delle disposizioni richiamate, all'attribuzione della quota integrativa al trattamento economico per l'anno 2017, nei limiti percentuali di cui al suddetto art. 1, comma 5, DPCM n. 502/1995 e s.m.i..

Gli obiettivi in parola sono dettagliati nell'Allegato A al presente provvedimento, a farne parte integrante e sostanziale, titolato "Obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi dei direttori generali/commissari delle aziende sanitarie regionali per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2017".

E' necessario sottolineare come l'attribuzione della quota integrativa non sia prevista qualora il direttore generale/commissario sia dichiarato decaduto per cause riconducibili, con riferimento all'annualità oggetto di valutazione, alle fattispecie di cui all'art. 3 bis, comma 7, del d. lgs. n. 502/1992 e s.m.i., all'art. 52, comma 4 lett. d della legge n. 289/2002, all'art. 1, comma 534 della legge n. 208/2015 nonché qualora, sempre in relazione al periodo considerato, emerga una valutazione negativa che, per una delle cause previste nel relativo contratto di prestazione d'opera intellettuale, determini la cessazione del rapporto.

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

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

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

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

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

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

Nella realizzazione delle azioni finalizzate al conseguimento degli obiettivi assegnati, le aziende sanitarie regionali dovranno attenersi alle prescrizioni contenute negli atti di programmazione nazionale e regionale, con particolare riferimento alle indicazioni contenute nelle linee guida in materia di appalti pubblici e concessioni di lavori, forniture e servizi, di cui al Protocollo di Intesa tra la Regione Piemonte e CGIL-CISL-UIL Piemonte, approvato a suo tempo con DGR n. 13-3370 del 30.05.2016, ed inerenti, tra l'altro, il richiamo al rispetto delle clausole sociali intese a promuovere la stabilità occupazionale del personale impiegato, ai sensi dell'art. 50, comma 1, del d. lgs. n. 50/2016 (Codice dei contratti pubblici).

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

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

Visti:

- il d. lgs. n. 502/1992 e s.m.i., recante: “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”;
- il D.P.C.M. n. 502/1995 e s.m.i., recante: “Norme sul contratto del Direttore generale, del Direttore amministrativo e del Direttore sanitario delle Unità sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere”;
- la legge n. 289/2002 (Legge Finanziaria 2003);
- la legge n. 190/2014 (Legge di stabilità 2015);
- la circolare del Ministro per la Semplificazione e la Pubblica amministrazione n. 3/2014;
- la D.G.R. n. 30 - 3307 del 16.05.2016.

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

delibera

-di assegnare ai direttori generali/commissari delle ASR, ai sensi dell'art. 3 bis, commi 5 e ss. del d. lgs. n. 502/1992 e s.m.i., e per le ragioni in premessa illustrate, che qui si intendono integralmente richiamate, gli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi finalizzati, nei limiti percentuali di cui all'art. 1, comma 5, DPCM n. 502/1995 e s.m.i., all'attribuzione della quota integrativa al trattamento economico per l'annualità 2017;

-di approvare pertanto l'allegato A), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, titolato: “Obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi dei direttori generali/commissari delle aziende sanitarie regionali per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2017”, inerente altresì l'approvazione dei criteri e delle modalità di valutazione.

- di disporre che, nella realizzazione delle azioni finalizzate al conseguimento degli obiettivi assegnati, le aziende sanitarie regionali si attengano alle prescrizioni contenute negli atti di programmazione nazionale e regionale, con particolare riferimento alle indicazioni contenute nelle linee guida in materia di appalti pubblici e concessioni di lavori, forniture e servizi, di cui al Protocollo di Intesa tra la Regione Piemonte e CGIL-CISL-UIL Piemonte, approvato a suo tempo con DGR n. 13-3370 del 30.05.2016, ed inerenti, tra l'altro, il richiamo al rispetto delle clausole sociali intese a promuovere la stabilità occupazionale del personale impiegato, ai sensi dell'art. 50, comma 1, del d. lgs. n. 50/2016 (Codice dei contratti pubblici);

- di dare infine atto che gli oneri derivanti dal presente provvedimento sono a carico dei bilanci delle ASR interessate.

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

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

(omissis)

Allegato



ALLEGATO A

Obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi dei direttori generali/commissari delle aziende sanitarie regionali per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2017.

Premessa

Ai fini del riconoscimento, ai sensi dell'art. 3 bis, comma 5, del d. lgs. n. 502/1992 e s.m.i., del trattamento economico integrativo ai direttori generali/commissari delle aziende sanitarie regionali, il presente documento definisce gli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi, a valere per l'anno 2017, corredati dei necessari criteri di valutazione (in termini di punteggio per singolo obiettivo, dei relativi indicatori, del valore obiettivo, di definizione della scala di valutazione, del tracking e dell'eventuale fonte dati).

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

Obiettivo	sub-obiettivo
1. Budget	1.1 Attuazione della programmazione regionale
2. Case della Salute	2.1 Attivazione delle CS programmate
	2.2 Monitoraggio avvio attività
3. Accessibilità	3.1 Tempi di attesa Ricoveri
	3.2 Tempi di attesa specialistica ambulatoriale
	3.3 Riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in PS
4. Gestione spesa beni	4.1 Appropriately prescrittiva ambito farmaceutico
	4.2 DM: implementazione flussi
	4.3 DM monitoraggio spesa (DPCM 24/12/2015)
5. Nuovi LEA	5.1 Attuazione indicazioni regionali
	5.2 Attuazione PNPV 2017-2019
6. Qualità	6.1 Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65
	6.2 Tempestività nell'effettuazione di ptca nei casi di ima stemi
	6.3 Appropriately nell'assistenza al parto dei Punti Nascita
	6.4 Screening oncologici
	6.5 Donazioni d'organo
	6.6 Umanizzazione
7. Edilizia	7.1 Progetti di edilizia sanitaria

Al fine di garantire una programmazione uniforme sul territorio regionale è necessario che le azioni finalizzate al raggiungimento degli obiettivi siano condivise e coordinate in maniera continuativa tra tutte le Aziende afferenti alle singole aree omogenee di programmazione.

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

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

Criteri e Modalità di valutazione

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

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

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

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

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

Tali incontri sono previsti nei mesi di:

- Settembre 2017
- Dicembre 2017

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

Successivamente, entro il 16 febbraio 2018, i direttori generali/commissari dovranno trasmettere un file contenente tutta la documentazione atta a comprovare il raggiungimento dei singoli obiettivi/sub-obiettivi, accompagnato da una sintetica relazione riepilogativa; tale documentazione dovrà essere trasmessa unicamente su supporto informatico al seguente indirizzo di posta elettronica: obiettividgres@regione.piemonte.it

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

Copia della relazione di cui sopra sarà inviata, da parte delle ASR interessate, alle Conferenze dei Sindaci di riferimento territoriale, ovvero al Sindaco della Città di Torino per quanto concerne le aziende sanitarie torinesi, per l'espressione dei pareri di competenza, da rendersi entro il 30 aprile 2018.

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

Le valutazioni in ordine alle relazioni fatte pervenire dalle aziende sanitarie saranno rese, per le parti di rispettiva competenza, dalle strutture assessorili interessate entro il 30 giugno 2018.

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

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

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

Ai direttori generali/commissari è consentito l'accesso agli atti di valutazione; trattandosi di valutazioni non comparative, di tipo non competitivo o selettivo, a garanzia della riservatezza l'accesso agli atti del procedimento, ai sensi degli artt. 22 della legge n. 241/1990 e s.m.i. e 25 della legge regionale n. 14/2014 sarà limitato ai soli dati relativi agli istanti.

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

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

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

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

	COD. ASR	301	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	904	905	906	907	908	909
Obiettivo	sub-obiettivo	ASL TO	ASL TO3	ASL TO4	ASL TO5	ASL VC	ASL BI	ASL NO	ASL VCO	ASL CN1	ASL CN2	ASL AT	ASL AL	AOU S. Luigi	AOU NO	AO CN	AO AL	AO Mauriziano	AOU CdSS
1. Budget	1.1 Attuazione della programmazione regionale	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
2. Case della Salute	2.1 Attivazione delle CS programmate	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6						
	2.2 Monitoraggio avvio attività	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4						
3. Accessibilità	3.1 Tempi di attesa Ricoveri	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	10	10	10	10	10	10
	3.2 Tempi di attesa specialistica ambulatoriale	15	15	15	13	15	15	15	13	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
	3.3 Riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in PS	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4. Gestione spesa beni	4.1 Appropriately prescrittiva ambito farmaceutico	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
	4.2 DM: implementazione flussi	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	6	3	5	5	5	3
	4.3 DM monitoraggio spesa (DPCM 24/12/2015)	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
5. Nuovi LEA	5.1 Attuazione indicazioni regionali													5	5	5	5	5	5
	5.2 Attuazione PNPV 2017-2019	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5						
6. Qualità	6.1 Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	7	5	5	5	5	5
	6.2 Tempestività nell'effettuazione di ptca nei casi di ima stemi	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	7	5	5	5	5	5

	COD. ASR	301	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	904	905	906	907	908	909
Obiettivo	sub-obiettivo	ASL TO	ASL TO3	ASL TO4	ASL TO5	ASL VC	ASL BI	ASL NO	ASL VCO	ASL CN1	ASL CN2	ASL AT	ASL AL	AOU S. Luigi	AOU NO	AO CN	AO AL	AO Mauriziano	AOU CdSS
	6.3 Appropriatelyzza nell'assistenza al parto dei Punti Nascita	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		5	5	5	5	5
	6.4 Screening oncologici	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	6.5 Donazioni d'organo	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	6.6 Umanizzazione	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
7. Edilizia	7.1 Progetti di edilizia sanitaria				2				2						2				2
	TOT	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

1. Attuazione della programmazione regionale, budget 2017

1.1 OBIETTIVO Efficientamento della spesa aziendale –ASL/AO/AOU

SETTORI REFERENTI	Controllo di gestione e monitoraggio costi per i Livelli di Assistenza delle ASR; Programmazione Economico Finanziaria
<p>Gli Enti del SSR in applicazione alle linee di programmazione sanitaria regionale, nel rispetto delle normative regionali e nazionali vigenti (es. D.Lgs 118/2011 e 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.</p> <p>Il perseguimento dei citati obiettivi richiede un governo aziendale attivo che assicuri, a titolo indicativo e non esaustivo, quanto segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ programmazione e realizzazione degli investimenti sanitari per fonti di finanziamento; ▪ monitoraggio continuo e costante dell’eventuale contenzioso aziendale, finalizzato a identificare e realizzare le iniziative necessarie per mitigare l’eventuale rischio di soccombenza ed assicurare l’adeguatezza degli accantonamenti ai fondi rischi e oneri iscritti nei bilanci di esercizio; ▪ adozione del piano di efficientamento annuale e triennale, ove stabilito dalla D.G.R. n. 35 – 5329/2017 per i presidi a gestione diretta delle ASL e per l’AOU Città della Salute; ▪ monitoraggio proattivo degli obiettivi di efficientamento finalizzato ad assicurare, nell’ipotesi di mancati adempimenti o disallineamenti rispetto agli obiettivi prestabiliti, l’eventuale pianificazione tempestiva di ulteriori interventi e/o manovre correttive. 	
INDICATORE	<ol style="list-style-type: none"> 1. 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Per ulteriori specifiche tecniche di rimanda a quanto riportato in allegato A).</p>
FONTE DATI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Flusso informativo relativo alle attività di ricovero (SDO), Ambulatoriale e PS non seguito da ricovero – valorizzazione inclusiva di ticket e quota aggiuntiva a ricetta ▪ CE Consuntivo 2017 ▪ D.G.R. n. 35 – 5329 del 10 Luglio 2017 e s.m.i.
SCALA	Il punteggio sarà attribuito in proporzione al raggiungimento percentuale del valore obiettivo complessivo di efficientamento indicato in tabella A) colonna C, da calcolare applicando i pesi per quote obiettivo semestrali (C/2) come da criterio di punteggio indicato (il valore minimo è pari a 0, mentre il valore massimo è pari a 20).
TRAKING	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontri di monitoraggio obiettivi
PUNTEGGIO	<p>17/100 – Efficientamento aziendale perseguito entro le quote obiettivo di un semestre (Tabella A - C/2)</p> <p>3/100 – Efficientamento aziendale perseguito oltre le quote obiettivo di un semestre</p>

(Tabella A - C/2)

NOTE Tenuto conto che per l'ASL di Novaranon sono previsti sub-obiettivi di efficientamento, in applicazione alle risorse assegnate D.G.R. n. 35 – 5329 del 10 Luglio 2017 e s.m.i., si provvederà ad attribuire il punteggio in proporzione ad un eventuale perdita (utile) d'esercizio aziendale entro il seguente range: da euro <= 0,00 (punteggio pari a 20) a euro >1.000.000,00 (punteggio pari a 0).

Tab. A**Obiettivo di efficientamento da DGR 35-5329/2017 e s.m.i.**

Enti del SSR	Obiettivo di Efficientamento della spesa aziendale	Risorse vincolate per PDR Città della Salute - Perdita programmata 2017 ai sensi della Legge di Stabilità 2016 e s.m.i.	Obiettivo efficientamento 1): "Razionalizzazione (Sviluppo) dei Fattori produttivi aziendali 2017 vs 2016"	di cui Obiettivo di Sviluppo (ASL 100% ASO 50% dell'avanzo atteso) ⁽¹⁾	Obiettivo efficientamento 2): Incremento/ Mantenimento della produzione sanitaria di Ricovero, Ambulatoriale e PS. (2017 vs 2016) - include ticket e quota aggiuntiva a ricetta	Obiettivo efficientamento annuale: Razionalizzazioni e (Sviluppo) "2017 vs 2016"	Obiettivo efficientamento semestrale: Razionalizzazione (Sviluppo) "2017 vs 2016"
Fonte per monitoraggio	DGR 35-5329/2017	DGR 35-5329/2017	CE e DGR 35-5329/2017	DGR 35-5329/2017	Flusso informativi		
	A	B	C1=A-B	X	C2	C=C1+C2	C/2
ASL 301 - Città di Torino	15.183.510		15.183.510		5.000.000	20.183.510	10.091.755
ASL 203 - TO3	1.717.502		1.717.502		0	1.717.502	858.751
ASL 204 - TO4	6.029.446		6.029.446		800.000	6.829.446	3.414.723
ASL 205 - TO5	910.818		910.818		0	910.818	455.409
ASL 206 - VC	2.870.145		2.870.145		1.600.000	4.470.145	2.235.073
ASL 207 - BI	1.707.307		1.707.307		1.300.000	3.007.307	1.503.654
ASL 208 - NO			0	1.900.106	0	0	0
ASL 209 - VCO	2.297.681		2.297.681		1.200.000	3.497.681	1.748.841
ASL 210 - CN1	1.097.600		1.097.600		0	1.097.600	548.800
ASL 211 - CN2			0	4.254.634	4.000.000	4.000.000	2.000.000
ASL 212 - AT	1.886.880		1.886.880		300.000	2.186.880	1.093.440
ASL 213 - AL	5.229.811		5.229.811		2.500.000	7.729.811	3.864.906
TOTALE ASL	38.930.700		38.930.700	6.154.740	16.700.000	55.630.700	27.815.350
Aso 904 - S.Luigi	598.936		598.936		400.000	998.936	499.468
Aso 905 - NO	0		0	4.077.346	7.000.000	7.000.000	3.500.000
Aso 906 - CN	95.997		95.997		700.000	795.997	397.999
Aso 907 - AL	340.609		340.609		4.000.000	4.340.609	2.170.305
Aso 908 - Mauriziano	1.093.705		1.093.705		700.000	1.793.705	896.853
ASO 909 - Città della Salute	93.861.195	81.888.000	11.973.195		13.000.000	24.973.195	12.486.598
TOTALE ASO	95.990.442	81.888.000	14.102.442	4.077.346	25.800.000	39.902.442	19.951.221
TOTALE ASR	134.921.142	81.888.000	53.033.142	10.232.086	42.500.000	95.533.142	47.766.571

(1) Obiettivo di mantenimento o sviluppo entro il limite annuale indicato. L'eventuale destinazione aziendale delle risorse di sviluppo per investimenti sanitari a rilevanza regionale urgenti e improcrastinabili sarà valorizzato in termini di realizzazione della quota obiettivo di efficientamento aziendale riportata in colonna C/2.

(2) Si precisa che gli importi di efficientamento riportati in colonna C1 saranno quantificati a consuntivo ipotizzando invarianza della produzione programmata per l'esercizio 2017 disposta dalla DGR 35-5329/2017 - Tabella B/5.

(3) Obiettivo passibile di variazione in applicazione alle disposizioni nazionali previste della Legge di stabilità 2016 e s.m.i

2. Case della Salute

2.1 OBIETTIVO Attivazione delle Case della Salute programmate - ASL

SETTORE REFERENTE	Assistenza Sanitaria e Socio-Sanitaria Territoriale
DESCRIZIONE	<p>Con la D.G.R. n. 3-4287 del 29.11.2016 sono state definite le linee d'indirizzo ed individuate le risorse per la sperimentazione delle Case della Salute (CS) sul territorio regionale, quali forme organizzative complesse dell'Assistenza primaria, di tipo polifunzionale e multi-professionale, destinate ad intercettare ed a rispondere in forma appropriata e continuativa nell'arco dell'intera giornata ai bisogni di salute della popolazione in ambito extra-ospedaliero, con particolare riferimento alle patologie croniche e a maggior impatto sociale. In attuazione di tale provvedimento le Asl piemontesi hanno provveduto alla definizione dei rispettivi progetti CS in ambito distrettuale, sulla base dello schema-tipo regionale, proponendo complessivamente n. 66 progetti, dei quali:</p> <ul style="list-style-type: none">- n.32 progetti prevedono nuove realizzazioni nella tipologia di Case della Salute;- n.34 progetti prevedono invece interventi di potenziamento, riconversione/riorganizzazione, sviluppo di esperienze organizzative oggi già esistenti. <p>Nell'ambito dei progetti, nonché di successivo incontro regionale, le Direzioni ASL hanno previsto l'attivazione/potenziamento entro il 2017 per 44 CS, mentre per le restanti 22 è prevista l'attivazione nel corso del 2018.</p>
INDICATORE	<ol style="list-style-type: none">1. Numero strutture attivate/potenziato 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.
FONTE DATI	Documentazione prodotta dalle Asl (provvedimento di attivazione CS, regolamento di funzionamento, protocolli operativi e organizzativi, invio locandine delle iniziative ed elenco partecipanti da allegarsi alla relazione di attività).
VALORE DELL'OBIETTIVO	<ol style="list-style-type: none">1. Attivazione, entro il 31 dicembre 2017, del 67% delle CS come da cronoprogramma contenuto nella scheda-progetto trasmessa da parte delle Asl ai sensi della D.G.R. n. 3- 4287 del 29.11.2016 o come dichiarato dalle Direzioni in successivo incontro regionale.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.
SCALA	<ol style="list-style-type: none"> 1. SI/NO (0-1) 2. SI/NO (0-1) 3. SI/NO (0-1)
TRACKING	<p>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- 4287del 29.11.2016.</p> <p>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.</p>
PUNTEGGIO	<p>ASL 10/100</p> <p>Il punteggio complessivo dell'obiettivo (10 punti) si compone di 6 punti per il primo indicatore e di 2 punti per entrambi i rimanenti.</p>
NOTE	

3. Accessibilità

3.1 OBIETTIVO Miglioramento dei tempi di attesa nell'ambito dei ricoveri - ASL;AO;AOU

SETTORE REFERENTE	Assistenza specialistica e ospedaliera
DESCRIZIONE	<p>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.</p> <p>Di seguito si elencano gli interventi oggetto di monitoraggio:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ 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	<p>1. Per tipologia di intervento con codice di priorità A:</p> <p>N° interventi effettuati entro 30 gg/N° totale interventi effettuati nel 2017</p> <p>2. Per tipo di intervento con codice di priorità B:</p> <p>N° interventi effettuati entro 60 gg/N° totale interventi effettuati nel 2017</p>
VALORE DELL'OBIETTIVO	<p>1. ≥ 90% per singola tipologia di intervento con codice di priorità A</p> <p>2. ≥ 90% per singola tipologia di intervento con codice di priorità B</p>
FONTE DATI	SDO Piemonte 2017
SCALA	Ogni singola tipologia d'intervento che ha raggiunto il valore obiettivo comporta l'assegnazione di 1/16 del punteggio complessivo dell'obiettivo.
TRAKING	<ul style="list-style-type: none">▪ Incontri di monitoraggio obiettivi▪ 31.12.2017
PUNTEGGIO	<p>ASL 5/100</p> <p>AO/AOU 10/100</p>
NOTE	

3. Accessibilità

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

SETTORE REFERENTE	Assistenza specialistica e ospedaliera
------------------------------	---

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

L'obiettivo si compone di tre sub-obiettivi:

1. 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).
 - per le AO l'obiettivo è da intendersi nella prospettiva della produzione.
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	<p>N° di agende di prenotazione (pubbliche) caricate su CUP aziendale</p> <p>1. $\frac{\text{N° di agende di prenotazione (pubbliche) caricate su CUP aziendale}}{\text{N° di agende di prenotazione presenti in Azienda}} \times 100$</p> <hr/> <p>2. $\frac{\sum (\text{data prenotazione} - \text{data erogazione})}{\text{N° prestazioni}}$</p> <hr/> <p>3. $\frac{\sum (\text{data prenotazione} - \text{data erogazione})}{\text{N° prestazioni}}$</p>	
VALORE DELL'OBIETTIVO	1. 100%	2. Cfr. Tabella seguente.
	3. il valore obiettivo sarà definito dalla Regione in funzione alle specifiche prestazioni individuate.	
FONTE DATI	<p>1. Documentazione aziendale</p> <p>2. Flusso C 2017, Flusso DEM e/o rilevazioni a campione</p> <p>3. Flusso C 2017, Flusso DEM e/o rilevazioni a campione</p>	
SCALA	<p>1. SI/NO</p> <p>2. 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%.</p> <p>a. Ognuna delle 42 prestazioni oggetto di monitoraggio pesa 1/42 del relativo punteggio.</p> <p>3. 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%.</p> <p>a. Ognuna delle prestazioni individuate peserà 1/n del relativo punteggio.</p>	
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontri di monitoraggio obiettivi 	
PUNTEGGIO	ASL/AO/AOU	15/100 punti così ripartiti per sub-obiettivi:
	1.	3/15
	2.	6/15
	3.	6/15
	Per l'ASL TO5 e l'ASL VCO	13/100 punti così ripartiti per sub-obiettivi:
	1.	3/13
	2.	5/13
	3.	5/13
NOTE	Si evidenzia che la colonscopia presenta nella medesima lista d'attesa anche gli screening di secondo livello.	

Obiettivo 3.2 – Tempi di attesa della specialistica ambulatoriale. Valori obiettivo indicatore 2.

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

NOME PRESTAZIONE	Codice	Branca	Standard regionale indice di performance in giornate
ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (HOLTER)	89.50		40
ELETTROCARDIOGRAMMA DA SFORZO	89.41; 89.43		40
AUDIOMETRIA	95.41.1		30
SPIROMETRIA	89.37.1; 89.37.2		40
FONDO OCULARE	95.09.1		60
ELETTROMIOGRAFIA	93.08.1; 93.08.2; 93.08.3; 93.08.4; 93.08.5; 93.08.6; 93.08.7; 93.08.8; 93.08.A; 93.08.B; 93.08.C; 93.09.1; 93.09.2		30

3. Accessibilità

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

SETTORE REFERENTE	Assistenza specialistica e ospedaliera
DESCRIZIONE	<p>Il tempo di permanenza dei pazienti in PS (Length of Stay - LOS) è considerato in letteratura un valido indicatore di <i>outcome</i> della gestione complessiva del percorso di assistenza del paziente in PS. Nello specifico tale indicatore è direttamente influenzato da una serie di variabili gestibili sia da parte dell'organizzazione stessa che dalla cooperazione tra servizi territoriali e ospedalieri quali ad es.: organizzazione del personale, gestione del triage, utilizzo dei pl nei reparti, OBI, MCAU, etc..</p> <p>Al fine di adeguare i flussi informativi alle indicazioni ministeriali e supportare le Aziende nel monitoraggio dei dati utili per la gestione del PS secondo un modello consolidato input-throughput-output, la Regione Piemonte con D.D. 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.</p> <p>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.</p>
INDICATORE	<p>Tempo medio di permanenza in PS:</p> $\frac{(\text{data/ora di dimissione dal PS} - \text{data/ora di accesso al PS})}{\text{N}^\circ \text{ di accessi in PS}}$
VALORE DELL'OBIETTIVO	<p>Valore medio regionale per ciascun livello organizzativo di complessità assistenziale individuato dalla rete di Emergenza Urgenza (DEA II, DEA I, PS di base, PS di area disagiata):</p> <p>DEA II ≤ 6 ore DEA I ≤ 6 ore</p> <p>PS di Base ≤ 4 ore PS di area disagiata ≤ 5 ore</p>
FONTE DATI	Flusso C2
SCALA	<p>Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2017 tra valore di partenza (dato anno 2016) e target regionale (valore obiettivo).</p> <p>Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è maggiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto;</p> <p>Se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di</p>

	<p>raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.</p> <p>Per le Aziende con più di uno stabilimento dotato di PS, ai fini della definizione del punteggio aziendale, la somma del punteggio conseguito da ciascun PS sarà diviso per il numero dei PS aziendali.</p>
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontri di monitoraggio obiettivi ▪ 31.12.2017
PUNTEGGIO	<p>ASL 5/100</p> <p>AO/AOU 5/100</p>
NOTE	<p>Con riferimento al tracciato record “C2”, ai fini del monitoraggio e della valutazione saranno presi in considerazione, per tutti gli accessi al PS e tutti i codici colore, i seguenti campi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 94.0 data entrata PS ▪ 95.0 ora entrata PS ▪ 102.0 data dimissione PS ▪ 103.0 ora dimissione PS <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 121.0 data indicazione al ricovero/dimissione ▪ 122.0 ora indicazione al ricovero/dimissione
RIFERIMENTI PRINCIPALI	<p>Ministero della Salute. Progetto Mattoni SSN - Pronto Soccorso e sistema 118: Milestone 1.2.2 - Analisi dell'attività, descrizione dell'offerta, valutazioni di esito e di appropriatezza. 2007.</p> <p>DD 885 del 23 dicembre 2016, All. 2 “flusso informativo specialistica ambulatoriale e altre prestazioni tracciati record b, c, c2, c4, c5 - Disciplinare tecnico strutture pubbliche”</p> <p>Asaro PV, Lewis LM, Boxerman SB. The Impact of Input and Output Factors on Emergency Department Throughput. <i>ACADEMIC EMERGENCY MEDICINE</i> 2007; 14:235–242</p> <p>Fogarty, Saunders, Cummins. The effect of boarders on emergency department process flow. <i>J Emerg Med.</i> 2014 May;46(5):706-10.</p> <p>Liu, Milne, Yun, Walsh. The boarding experience from the patient perspective: the wait. <i>Emerg Med J.</i> 2015 Nov;32(11):854-9.</p> <p>Qiu, Chinnam RB, Murat A, Batarse B, Neemuchwala H, Jordan W. A cost sensitive inpatient bed reservation approach to reduce emergency department boarding times. <i>Health Care Manag Sci.</i> 2015 Mar;18(1):67-85.</p> <p>Wiler J, Bolandifar E, Griffey RT, Poirier RF, Olsen T. An emergency department patient flow model based on queueing theory principles. <i>Acad Emerg Med.</i> 2013 Sep;20(9):939-46.</p>

4. Gestione Beni

4.1 OBIETTIVO Assistenza Farmaceutica Territoriale ed Ospedaliera: appropriatezza prescrittiva e riduzione della variabilità – ASL;AO;AOU

SETTORE REFERENTE Assistenza farmaceutica, integrativa e protesica

DESCRIZIONE 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);

Farmaci ambito ospedaliero

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

INDICATORE

1. Per le 5 ATC in ambito territoriale: spesa 2016 – spesa di riferimento calcolata sul consumo pro capite del best performer.
2. Per le 2 ATC in ambito ospedaliero: % spesa in ambito ospedaliero dei principi attivi per richiesta motivata.

VALORE DELL'OBIETTIVO	<p>La spesa in regime convenzionale nel 2017 per i farmaci:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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); <p>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;</p> <p>Farmaci ambito ospedaliero L'obiettivo 2017 per i farmaci ad uso sistemico in ambito ospedaliero antibatterici (ATC=J01) e antimicotici (ATC=J02) ha quale riferimento la percentuale di spesa dei farmaci soggetti a richiesta motivata dell'AO/AOU best performer nell'anno 2016. Ogni singola AO/AOU deve riportare nel 2017 una percentuale inferiore o pari a quella di riferimento indicata in tabella.</p> <p>Per tutte le ATC Cfr. Tabella allegata</p>
FONTE DATI	Portale della Tessera Sanitaria
SCALA	<p>ATC da 1 a 5: per ogni singola ATC, il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2017 tra valore di partenza (spesa 2016) e valore obiettivo. Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è superiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare. Per l'ASL best performer il raggiungimento dell'obiettivo prevede il miglioramento o mantenimento del dato 2016.</p> <p>ATC 6 e 7: SI/NO (0-1). Per l'AO/AOU best performer il raggiungimento dell'obiettivo prevede il miglioramento o mantenimento del dato 2016.</p>
TRACKING	Incontri di monitoraggio obiettivi
PUNTEGGIO	<p>ASL 6/100</p> <p>AO/AOU 6/100</p>
NOTE	<p>Nel caso in cui il mancato raggiungimento dell'obiettivo sia attribuibile a prescrizioni terapeutiche motivatamente indirizzate verso trattamenti farmacologici più costosi, giustificati da esigenze di cura non altrimenti perseguibili in modo egualmente efficace, si chiede al Direttore generale una dettagliata relazione con la quale si documenta in maniera oggettiva tale circostanza.</p>

Obiettivo 4.1 –Valori obiettivo

<i>Aziende</i>		<i>Valore di spesa A02BC</i>	<i>Valore di spesa C07-C08-C09</i>	<i>Valore di spesa J01</i>	<i>Valore di spesa N06A</i>	<i>Valore di spesa R03</i>	<i>TOTALE</i>
301	A.S.L. CITTA' DI TORINO	€ 2.146.847	€ 1.007.548	€ 526.812	€ 183.422	€ 1.017.979	€ 4.882.607
203	A.S.L. TORINO 3	€ 1.175.934	€ 646.084	€ 428.534	€ 71.348	€ 367.092	€ 2.688.992
204	A.S.L. TORINO 4	€ 1.148.741	€ 1.102.471	€ 576.957	€ 38.007	€ 494.148	€ 3.360.324
205	A.S.L. TORINO 5	€ 608.961	€ 477.453	€ 178.932	€ 185.651	€ 133.134	€ 1.584.131
206	A.S.L. VERCELLI	€ 368.941	€ 600.166	€ 158.008	€ 47.807	€ 43.191	€ 1.218.114
207	A.S.L. BIELLA	€ 399.349	€ 328.300	€ 42.234	€ 0	€ 106.131	€ 876.014
208	A.S.L. NOVARA	€ 827.183	€ 1.198.068	€ 339.406	€ 6.853	€ 82.068	€ 2.453.578
209	A.S.L. VCO	€ 231.828	€ 309.522	€ 7.410	€ 27.900	€ 0	€ 576.660
210	A.S.L. CUNEO 1	€ 0	€ 0	€ 0	€ 219.556	€ 219.161	€ 438.718
211	A.S.L. CUNEO 2	€ 257.220	€ 252.702	€ 175.636	€ 141.915	€ 57.289	€ 884.762
212	A.S.L. ASTI	€ 350.982	€ 311.339	€ 277.856	€ 5.471	€ 145.158	€ 1.090.805
213	A.S.L. ALESSANDRIA	€ 698.282	€ 988.571	€ 565.595	€ 189.764	€ 414.597	€ 2.856.809
TOTALE		€ 8.214.267	€ 7.222.225	€ 3.277.380	€ 1.117.695	€ 3.079.947	€ 22.911.513

<i>Aziende Osp.</i>		<i>% spesa ospedaliera per ATC= J01 con richiesta motivata su totale spesa</i>	<i>% spesa ospedaliera per ATC= J02 con richiesta motivata su totale spesa</i>
904	AOU S.LUIGI	39,91%	32,20%
905	AOU MAGGIORE DELLA CARITA'	35,77%	51,75%
906	AO S.CROCE E CARLE	31,65%	22,95%
907	AO S.ANTONIO BIAGIO/ARRIGO	40,45%	43,58%
908	AO MAURIZIANO DI TORINO	40,62%	61,92%
909	AOU CITTA DELLA SALUTE TO	45,82%	52,36%
Media		40,93%	47,19%

4. Gestione Beni									
4.2 OBIETTIVO Miglioramento della qualità del flusso informativo dei dispositivi medici – ASL;AO;AOU									
SETTORE REFERENTE	Assistenza farmaceutica, integrativa e protesica								
DESCRIZIONE	<p>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”).</p> <p>L’obiettivo è allineato rispetto agli adempimenti LEA nonché alle performance di alcune regioni benchmark come risulta dal “Rapporto sulla spesa rilevata dalle strutture sanitarie pubbliche del SSN per l’acquisto di dispositivi medici – Anno 2015 –”a cura del Ministero della salute.</p>								
INDICATORE	<p>Rapporto tra i dati di consumo aziendale dei dispositivi medici ed i costi rilevati dal modello di conto economico.</p> $\frac{\text{Flusso Consumi DMRP 2017 (esclusa la CND W - Dispositivi medico-diagnostici in vitro)}}{\text{CE 2016 (Voci B.1.A.3.1 + B.1.A.3.2)}}$								
VALORE DELL’OBIETTIVO	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ B.1.A.3.1 (dispositivi medici); ▪ B.1.A.3.2 (dispositivi medici impiantabili attivi); 								
FONTE DATI	Flusso DMRP/CE								
SCALA	Il livello di raggiungimento del sub-obiettivo è riconosciuto solamente se la spesa aziendale rilevata da DMRP per l’anno 2017 è compresa tra il 90 ed il 110 per cento del valore rilevato.								
TRACKING	Riunioni periodiche svolte con referenti del settore regionale responsabile, ASR e CSI nel 2017; valutazione finale sulla base dei dati al 31.12. 2017.								
PUNTEGGIO	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">ASL</td> <td style="width: 50%;">3/100</td> </tr> <tr> <td>AOU NO e AOU Città della Salute</td> <td>3/100</td> </tr> <tr> <td>AO CN, AO AL, AO Mauriziano</td> <td>5/100</td> </tr> <tr> <td>AOU S.Luigi</td> <td>6/100</td> </tr> </table>	ASL	3/100	AOU NO e AOU Città della Salute	3/100	AO CN, AO AL, AO Mauriziano	5/100	AOU S.Luigi	6/100
ASL	3/100								
AOU NO e AOU Città della Salute	3/100								
AO CN, AO AL, AO Mauriziano	5/100								
AOU S.Luigi	6/100								
NOTE									

4. Gestione spesa beni

4.3 OBIETTIVO Contenimento della spesa aziendale per l'acquisto di Dispositivi Medici - ASL;AO;AOU

SETTORE REFERENTE	Assistenza farmaceutica, integrativa e protesica
DESCRIZIONE	<p>La Legge 24 dicembre 2012, n. 228 (Legge di Stabilità 2013) ha rideterminato a partire dall'anno 2014 il tetto di costo per l'acquisto di Dispositivi Medici (DM) nella misura del 4,4% del FSN (art.1, comma 131, lettera b). Considerato il limite di tetto imposto a livello nazionale, la Legge n. 125 del 6 agosto 2015 ha stabilito la possibilità di una rinegoziazione dei contratti in essere da proporre ai fornitori di dispositivi medici al fine di garantire il rispetto del tetto e l'andamento della spesa.</p> <p>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).</p> <p>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.</p>
INDICATORE	<p>1. Spesa per Dispositivi Medici (voce di CE considerata: BA0220 e BA0230): mantenimento della spesa 2016.</p> <p>2. Presidi per l'autocontrollo della glicemia e servizi connessi per le aziende del SSR: media percentuale del primo quarto della popolazione pesata.</p>
VALORE OBIETTIVO	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Vedi tabelle allegate.</p>
FONTE DATI	Flusso DMRP/CE

SCALA	<p>SI/NO (0-1).</p> <p>Per le due voci di spesa oggetto di valutazione (BA0220 e BA0230) il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto al mantenimento o riduzione del proprio valore che risulta a Consuntivo CE 2016 come indicato in tabella. La valutazione terrà in considerazione la produzione delle prestazioni sanitarie riferite alle categorie di DM oggetto di monitoraggio.</p> <p>Rispetto ai presidi per l'autocontrollo della glicemia, il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto al conseguimento del valore obiettivo previsto in tabella. Per le Aziende che presentano nel 2016 valori uguali o inferiori rispetto a quelli obiettivo il raggiungimento dello stesso è conseguito mediante il mantenimento o miglioramento dei propri valori espressi in tabella.</p>
TRACKING	<p>Riunioni periodiche svolte con referenti del settore regionale responsabile, ASR e CSI nel 2017; valutazione finale sulla base dei dati al 31.12. 2017.</p>
PUNTEGGIO	<p>AO; AOU 6/100</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ BA0220 4,5/6 ▪ BA0230 1,5/6 <p>ASL 6/100</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ BA0220 3/6 ▪ BA0230 1/6 ▪ Presidi per l'autocontrollo della glicemia 2/6
NOTE	<p>Nel caso in cui il mancato raggiungimento dell'obiettivo sia attribuibile a prescrizioni terapeutiche motivatamente indirizzate verso trattamenti farmacologici più costosi, giustificati da esigenze di cura non altrimenti perseguibili in modo egualmente efficace, si chiede al Direttore generale una dettagliata relazione con la quale si documenta in maniera oggettiva tale circostanza.</p>

Tabella obiettivo 4.3. Valori obiettivo per DM BA0220 - Dispositivi medici

Aziende del SSR Valori in €/000		CE I	CE	CE I	Previsione di	Previsione di	Delta	Proiezione	Delta
		Trimestre 2016	Consuntivo 2016	Trimestre 2017	Spesa 2017 (Proiezione Lineare)	Spesa 2017 (Riproporzione su base storica)	(P.Lineare vs CE Consuntivo 2016)	Lineare del Delta Trimestrale	(Riproporzione vs CE Consuntivo 2016)
		a	b	c	d=c*4	e=c*b/a	f=d-b	g=4*(c-a)	h=e-b
Voce di CE Considerata: BA0220 - Dispositivi medici									
201	ASL TO1	2.459	9.612	2.390	9.561	9.344	-51	-275	-268
202	ASL TO2	6.585	23.837	6.542	26.168	23.682	2.330	-172	-156
301	ASL Città di Torino	9.044	33.450	8.932	35.729	33.025	2.279	-447	-424
203	ASL TO3	3.682	13.655	4.197	16.788	15.565	3.133	2.060	1.910
204	ASL TO4	4.738	18.827	4.875	19.500	19.374	673	550	546
205	ASL TO5	2.193	8.966	2.732	10.928	11.169	1.962	2.156	2.204
206	ASL VC	2.284	9.231	2.308	9.231	9.325	0	94	95
207	ASL BI	2.471	9.111	2.640	10.560	9.734	1.449	676	623
208	ASL NO	1.313	4.964	1.388	5.551	5.248	587	300	283
209	ASL VCO	1.868	7.031	1.998	7.990	7.520	959	520	489
210	ASL CN1	3.152	12.014	3.062	12.247	11.670	233	-361	-344
211	ASL CN2	2.217	8.206	2.360	9.441	8.737	1.235	574	531
212	ASL AT	3.221	13.432	4.045	16.178	16.864	2.746	3.292	3.432
213	ASL AL	2.986	11.641	3.040	12.160	11.852	519	216	211
904	AO S.Luigi	2.484	10.144	2.758	11.032	11.262	888	1.095	1.118
905	AO Maggiore della Carità	5.745	23.170	6.251	25.006	25.214	1.836	2.027	2.044
906	AO S. Croce e Carle	4.788	20.496	6.618	26.470	28.330	5.975	7.320	7.835
907	AO SS. Antonio e Biagio-C.Arrigo	4.413	19.767	5.314	21.258	23.803	1.491	3.605	4.036
908	AO Mauriziano	4.274	18.535	4.469	17.875	19.379	-660	778	844
909	AO Città della Salute	17.961	69.685	19.677	78.710	76.345	9.025	6.866	6.660
Totale Regionale		78.833	312.324	86.663	346.653	344.417	34.329	31.322	32.093

Tabella obiettivo 4.3. Valori obiettivo per DM BA0230 - Dispositivi medici impiantabili attivi

Aziende del SSR		CE I	CE	CE I	Previsione di	Previsione di	Delta	Proiezione	Delta
Valori in €/000		Trimestre	Consuntivo	Trimestre	Spesa 2017	Spesa 2017	(P.Lineare vs	Lineare del	(Riproporzione
		2016	2016	2017	(Proiezione	(Riproporzione	CE	Delta	vs CE
					Lineare)	su base	Consuntivo	Trimestrale	Consuntivo
		a	b	c	d=c*4	e=c*b/a	f=d-b	g=4*(c-a)	h=e-b
Voce di CE Considerata: BA0230 - Dispositivi medici impiantabili attivi									
201	ASL TO1	339	882	216	863	562	-19	-492	-320
202	ASL TO2	579	2.241	508	2.034	1.968	-208	-282	-273
301	ASL Città di Torino	918	3.124	724	2.897	2.531	-227	-774	-593
203	ASL TO3	583	2.337	742	2.968	2.975	631	636	637
204	ASL TO4	938	3.426	913	3.650	3.335	224	-100	-91
205	ASL TO5	290	1.146	292	1.168	1.154	22	8	8
206	ASL VC	404	1.699	425	1.699	1.788	0	85	89
207	ASL BI	201	932	202	807	936	-125	3	4
208	ASL NO	313	1.266	247	987	999	-279	-263	-266
209	ASL VCO	293	1.186	387	1.549	1.569	364	378	383
210	ASL CN1	214	945	275	1.102	1.215	156	245	270
211	ASL CN2	8	176	65	260	1.398	84	227	1.222
212	ASL AT	430	1.538	458	1.830	1.637	293	111	100
213	ASL AL	1.104	1.585	453	1.810	650	225	-2.607	-936
904	AO S.Luigi	258	903	317	1.267	1.111	364	237	208
905	AO Maggiore della Carità	592	2.365	494	1.976	1.973	-389	-393	-393
906	AO S. Croce e Carle	596	2.696	552	2.207	2.494	-490	-179	-203
907	AO SS. Antonio e Biagio-C.Arrigo	813	2.398	513	2.053	1.515	-345	-1.197	-883
908	AO Mauriziano	222	834	232	930	872	96	41	38
909	AO Città della Salute	1.019	6.203	1.492	5.966	9.081	-237	1.891	2.878
Totale Regionale		9.195	34.761	8.782	35.127	37.231	366	-1.652	2.471

Tabella obiettivo 4.3. Valore obiettivo per i presidi per la glicemia (SOLO ASL)

<i>PEZZI</i>				
<i>1 semestre 2017</i>	DPC	CONV		
<i>ASL</i>	STRISCE REAGENTI PER MONITORAGGIO	STRISCE REAGENTI PER MONITORAGGIO	Incidenza pz strisce convenzionata su tot (%)	Popolazione residente pesata 01/01/2016
<i>ASL VC</i>	786.375	115.862	12,84%	181.190
<i>ASL AT</i>	847.650	186.767	18,06%	209.496
<i>ASL BI</i>	896.875	264.305	22,76%	183.583
<i>ASL NO</i>	1.407.100	490.444	25,85%	332.427
<i>ASL CN2</i>	592.775	251.093	29,76%	165.254
<i>ASL TO5</i>	1.298.025	580.376	30,90%	297.281
<i>ASL CN1</i>	1.143.300	643.857	36,03%	405.147
<i>ASL AL</i>	1.587.325	900.213	36,19%	469.246
<i>ASL Città Metropolitana</i>	3.731.950	2.264.846	37,77%	897.219
<i>ASL TO4</i>	1.720.900	1.313.151	43,28%	509.212
<i>ASL VCO</i>	251.275	244.794	49,35%	175.883
<i>ASL TO3</i>	2.062.925	2.011.846	49,37%	578.306
TOTALE	16.326.475	9.267.554	36,21%	4.404.246
VALORE OBIETTIVO				22,41%

5. Area nuovi LEA

5.1 OBIETTIVO 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 - AO;AOU

SETTORE REFERENTE	Assistenza specialistica e ospedaliera Assistenza Sanitaria e Socio-Sanitaria Territoriale
DESCRIZIONE	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none">a) prevenzione collettiva e sanità pubblica;b) assistenza distrettuale;c) assistenza ospedaliera <p>La Regione Piemonte adotterà un'ideale delibera al fine di attuare quanto previsto dalla normativa nazionale a garanzia dei livelli di assistenza erogati ai cittadini.</p>
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
FONTE DATI	Documentazione prodotta dall'Aziende e/o flussi informativi regionali
SCALA	SI/NO (0-1)
TRACKING	<ul style="list-style-type: none">▪ Incontri di monitoraggio obiettivi▪ 31.12.2017
PUNTEGGIO	AO; AOU 5/100
NOTE	

5. Area nuovi LEA

5.2 OBIETTIVO 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 2017 – 2019 - ASL

SETTORE REFERENTE	Assistenza sanitaria e socio sanitaria territoriale
DESCRIZIONE	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none">a) prevenzione collettiva e sanità pubblica;b) assistenza distrettuale;c) assistenza ospedaliera. <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
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	<ol style="list-style-type: none">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.
FONTE DATI	Documentazione prodotta dall'ASL
SCALA	1. SI/NO (0-1);

	2. SI/NO (0-1).
TRACKING	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.
NOTE	L'obiettivo è suscettibile di variazioni dovute ad eventuali modifiche, durante l'iter di conversione in Legge, del Decreto-legge 7 giugno 2017 n. 73.

6. Qualità dell'assistenza

6.1 OBIETTIVO Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 – ASL;AO;AOU

SETTORE REFERENTE	Assistenza Specialistica e Ospedaliera
DESCRIZIONE	<p>Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 2 giorni in pazienti ultrasessantacinquenni.</p> <p>L'indicatore è presente nella Griglia LEA, oggetto di valutazione da parte del Ministero della Salute. Inoltre il DM 702 del 2.04.2015 ha inserito tale indicatore tra quelli in evidenza per il monitoraggio del rapporto tra volumi/esiti delle strutture complesse ponendo la soglia del tasso minimo aggiustato di rischio al 60% e un volume minimo di interventi per struttura complessa pari a 75/anno.</p> <p>Per il 2017 l'indicatore oggetto dell'obiettivo è espresso in termini di produzione sia per le AO/AOU che per le ASL.</p> <p>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.</p>
INDICATORE	<p>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)</p> <hr/> <p>Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore</p>
VALORE DELL'OBIETTIVO	Tasso aggiustato > 70%
FONTE DATI	Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)
SCALA	<p>Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2017 tra il valore di partenza (dato anno 2016) e il valore obiettivo.</p> <p>Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è inferiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto;</p> <p>Se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.</p>
TRACKING	<ul style="list-style-type: none">▪ Incontri di monitoraggio obiettivi

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

6. Qualità dell'assistenza

6.2 OBIETTIVO Tempestività nell'effettuazione di ptca nei casi di ima stemi – ASL;AO;AOU

SETTORE REFERENTE	Assistenza specialistica ed ospedaliera						
DESCRIZIONE	<p>Proporzione di episodi di STEMI trattati con PTCA entro 2 giorni.</p> <p>La tempestività dell'effettuazione dell'angioplastica percutanea su pazienti con diagnosi di IMA STEMI, cruciale per la sopravvivenza del paziente, deve pertanto essere fatta oggetto di monitoraggio insieme alle altre indicazioni sul percorso del paziente come definito per le reti di patologie tempo dipendenti quali la rete IMA STEMI (DM/70 del 2.4.2015).</p> <p>L'indicatore è espresso in termini di produzione per le AO e di tutela per le ASL</p> <p>Per il 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.</p>						
INDICATORE	$\frac{\text{Numero di episodi di STEMI, in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro 2 giorni}}{\text{Numero di episodi di STEMI}}$						
VALORE DELL'OBIETTIVO	Tasso grezzo $\geq 85\%$						
FONTE DATI	Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)						
SCALA	<p>Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2017 tra il valore di partenza (dato anno 2016) e il valore obiettivo.</p> <p>Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è inferiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto;</p> <p>Se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.</p>						
TRACKING	<ul style="list-style-type: none">▪ Monitoraggio trimestrale▪ 31.12.2017						
PUNTEGGIO	<table><tr><td>ASL</td><td>4/100</td></tr><tr><td>AO; AOU</td><td>5/100</td></tr><tr><td>AOU S. Luigi</td><td>7/100</td></tr></table>	ASL	4/100	AO; AOU	5/100	AOU S. Luigi	7/100
ASL	4/100						
AO; AOU	5/100						
AOU S. Luigi	7/100						

NOTE	<p>I risultati dell'indicatore saranno messi in relazione ai dati del registro SAE (sistema di indicatori per la rilevazione dell'attività dei centri di emodinamica) per una valutazione comprensiva dei dati relativi agli indicatori di attività dei laboratori di emodinamica.</p> <p>Inoltre considerata l'informazione aggiuntiva disponibile sulle SDO 2017, relativa all'indicazione sull'ora di effettuazione dell'intervento e l'ora di ammissione in ospedale, verrà effettuato e presentato il calcolo dell'indicatore con il tempo espresso in ore tra l'ammissione in ospedale e l'effettuazione della procedura. Per il 2017 l'indicatore verrà monitorato, ma non ancora utilizzato per la valutazione dei DG, allo scopo di effettuare una valutazione della qualità della compilazione delle variabili "ora" sulla SDO .</p>
RIFERIMENTI PRINCIPALI	Piano Nazionale Esiti - Treemap

6. Qualità dell'assistenza

6.3 OBIETTIVO Appropriately nell'assistenza al parto dei Punti Nascita – ASL;AO;AOU

SETTORE	Assistenza Sanitaria e Socio Sanitaria territoriale
REFERENTE	Assistenza Specialistica e Ospedaliera
DESCRIZIONE	<p>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.</p> <p>Pertanto, alla luce delle evidenze scientifiche in materia, degli standard qualitativi consolidati a livello internazionale e nazionale (WHO, Piano Nazionale Esiti) e della qualità dei flussi informativi disponibili in Regione Piemonte, si ritiene idoneo assegnare l'obiettivo "proporzione di parti con taglio cesareo primario" per ciascuna Azienda andando ad esplicitare degli indicatori di accesso allo stesso che pongano in evidenza la qualità dell'assistenza e il monitoraggio dei flussi informativi relativamente all'evento parto.</p> <p>L'obiettivo è misurato in una prospettiva di produzione, ovvero per ciascun Punto Nascita, sia per le ASL che per le AO/AOU.</p>
INDICATORE	$\frac{\text{N}^\circ \text{ parti con cesareo primario}}{\text{N}^\circ \text{ parti con nessun pregresso cesareo}} \times 100$
VALORE DELL'OBIETTIVO	Tasso aggiustato $\leq 20\%$
FONTE DATI	CEDAP- SDO
SCALA	<p>Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2016 tra valore di partenza (dato anno 2016) e target regionale (valore obiettivo).</p> <p>Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è maggiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto;</p> <p>Se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.</p> <p><u>Criteria di accesso al punteggio dell'obiettivo per Azienda.</u></p> <ol style="list-style-type: none">1. Almeno 99% di coerenza tra cartella SDO e scheda CEDAP con DRG di parto da 370 a 375 (SI/NO). Qualora tale criterio non fosse soddisfatto non sarà

	<p>attribuito il punteggio dell'obiettivo.</p> <p>2. classe 2 di Robson \leq 45% per ciascun punto nascita aziendale. Qualora tale criterio non fosse soddisfatto a livello aziendale, il punteggio ottenuto dall'obiettivo sarà decurtato del 50% fatta salva la possibilità per l'Azienda di presentare una reportistica clinica dei dati che motivi la casistica presente nella classe.</p> <p>Per le Aziende con più di un Punto Nascita (PN), ai fini della definizione del punteggio aziendale, la somma del punteggio conseguito da ciascun PN sarà diviso per il numero dei Punti nascita aziendali.</p>
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontri di monitoraggio obiettivi ▪ 31.12.2017
PUNTEGGIO	<p>ASL 4/100</p> <p>AO; AOU 5/100</p> <p>Dall'obiettivo è esclusa l'AOU S. Luigi di Orbassano in quanto non presenta Punti Nascita.</p>
NOTE	<p>Con riferimento alla valutazione del secondo criterio di accesso al punteggio, la Regione potrà avvalersi in sede di istruttoria del supporto scientifico del Comitato Regionale Percorso Nascita.</p>
RIFERIMENTI PRINCIPALI	<p>Piano Nazionale Esiti – Treemap</p> <p>Gli standard per la valutazione dei Punti Nascita (Manuale). Agenas. 2012</p> <p>Who Statement on Cesarean Section Rates. Human Reproduction Programme (http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/en)</p> <p>http://epoc.cochrane.org/</p> <p>Mulaku N M. Do non-clinical interventions reduce unnecessary caesarean sections rates? A SUPPORT Summary of a systematic review. May 2016. www.supportsummaries.org</p>

6. Qualità dell'assistenza

6.4 OBIETTIVO Screening oncologici – ASL;AO;AOU

SETTORI REFERENTI	Prevenzione e Veterinaria Assistenza specialistica e ospedaliera
DESCRIZIONE	<p>Il primo indicatore per ciascuno dei tre screening oncologici (tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto) riguarda la copertura da inviti, e il secondo la copertura da esami. Per copertura da inviti si intende la capacità di invitare tutte le persone facenti parte della popolazione target con la cadenza stabilita: se, per esempio, la cadenza degli inviti è biennale, la popolazione target annuale è data dalla popolazione target diviso due. L'indicatore viene pertanto calcolato come numero di inviti diviso la popolazione target annuale.</p> <p>Analogamente, la copertura da esami viene calcolata come numero di esami di screening eseguiti diviso la popolazione target annuale.</p> <p>Essendo in corso l'implementazione dello screening cervico-vaginale tramite test per l'HPV, per tale screening vengono inclusi tra gli inviti e gli esami sia il pap test che l'HPV.</p> <p>La popolazione target e gli intervalli di screening sono i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none">- Donne di età 50-69 anni per lo screening mammografico (due anni).- Donne di età 25-64 anni (30-64 per HPV) per lo screening cervico-vaginale (tre anni screening citologico e 5 anni HPV).- Uomini e donne di età 58-69 anni per lo screening colorettaale (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
FONTE DATI	Banca dati CSI – CRPT Piemonte
SCALA	<p>Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2017 tra valore minimo (come indicato in tabella) e il valore obiettivo. Se il valore dell'indicatore è inferiore al valore minimo, l'obiettivo è considerato non raggiunto; Se il valore dell'indicatore è compreso tra il valore minimo e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.</p> <p>Ogni indicatore partecipa per 1/6 del punteggio complessivo.</p>
TRACKING	<ul style="list-style-type: none">▪ Incontri di monitoraggio obiettivi

▪ 31.12.2017

PUNTEGGIO ASL; AO; AOU 3/100

NOTE Gli obiettivi vengono valutati a livello dei SEI PROGRAMMI Prevenzione Secondaria dei Tumori cui partecipano le Aziende. Se l'obiettivo è stato raggiunto, la valorizzazione riguarda tutti i Direttori Generali delle Aziende che fanno parte del programma, incluse le Aziende Ospedaliere: infatti, tutte le Aziende di ciascun programma concorrono al raggiungimento degli obiettivi (l'obiettivo non si applica al solo presidio CTO; l'AO Mauriziano partecipa solo per lo screening del cancro del colon-retto).

Gli indicatori descritti sono tra quelli previsti entro il Piano Regionale della Prevenzione.

Obiettivo 6.4 - Valori obiettivo per tipologia di screening e popolazione target

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

6.Qualità dell'assistenza	
6.5 OBIETTIVO Donazioni d'organo - ASL;AO; AOU	
SETTORE REFERENTE	Assistenza Specialistica e Ospedaliera
DESCRIZIONE	<p>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.</p> <p>In considerazione della tipologia di attività, si prevede per il 2017 il raggiungimento aziendale dei seguenti obiettivi di governo regionale:</p> <p>1. Segnalazioni di soggetti in Morte Encefalica (BDI%)</p> <p>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).</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Almeno il 40 % per gli ospedali con neurochirurgia; b. Tra il 20 e il 40 % per gli ospedali senza neurochirurgia; <p>La valutazione del BDI sarà effettuata sugli ultimi tre anni per le rianimazioni con meno di tre diagnosi di ingresso compatibile all'anno.</p> <p>2. Donatori di Cornee</p> <p>considerati i decessi ospedalieri del 2016 fra i 5 e i 75 anni compresi</p> <p>considerati il numero di posti letto degli ospedali della Regione nel 2016</p> <ul style="list-style-type: none"> 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	<ol style="list-style-type: none"> 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
SCALA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Il raggiungimento dell'sub-obiettivo sarà riconosciuto: <ul style="list-style-type: none"> a. Per gli ospedali con neurochirurgia: SI/NO b. Per gli ospedali senza neurochirurgia: per un valore inferiore al 20% l'obiettivo è considerato non raggiunto; per un valore compreso fra 20% e 40% l'obiettivo è considerato raggiunto applicando una funzione

	<p>lineare; un valore superiore al 40% evidenzia una performance oltre quanto richiesto e quindi l'obiettivo è considerato raggiunto.</p> <p>2. SI/NO</p> <p>Ogni azione pesa, rispetto al punteggio dell'obiettivo, rispettivamente il:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 65%. 2. 35%
FONTE DATI	report CRT annuale
TRACKING	Incontri di monitoraggio obiettivi
PUNTEGGIO	ASL; AO; AOU 5/100
NOTE	Ai fini della valutazione per le ASR con più Coordinamenti delle donazioni, il punteggio totale assegnato all'obiettivo viene equamente diviso per il numero dei Coordinamenti delle donazioni dell'ASR.

Obiettivo 6.5 – ASL, valori obiettivo

ASL	Denominazione presidio	1. Segnalazioni di soggetti in	2. Donatori di Cornee
		Morte Encefalica (BDI%)	
		atteso al 31.12.2017	atteso al 31.12.2017
ex TO1	OSPEDALE MARTINI	20 - 40 %	n.10 donatori
ex TO2	OSPEDALE MARIA VITTORIA	20 - 40 %	n.15 donatori
ex TO2	TORINO NORD EMERGENZA SAN GIOVANNI BOSCO	> 40 %	n.32 donatori
TO3	OSPEDALE CIVILE "E. AGNELLI"	20 - 40 %	n.9 donatori
TO3	OSPEDALE DEGLI INFERMI	20 - 40 %	n.10 donatori
TO4	PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI CIRIE'	20 - 40 %	n.10 donatori
TO4	OSPEDALE CIVICO DI CHIVASSO	20 - 40 %	n.9 donatori
TO4	OSPEDALE CIVILE DI IVREA	20 - 40 %	n.15 donatori
TO5	OSPEDALE MAGGIORE	20 - 40 %	n.7 donatori
TO5	OSPEDALE SANTA CROCE	20 - 40 %	n.6 donatori
VC	OSPEDALE SANT'ANDREA	20 - 40 %	n.15 donatori
BI	OSP. DEGLI INFERMI DI BIELLA	20 - 40 %	n.25 donatori
NO	ISTITUTO S.S. TRINITA'-BORGOMANERO	20 - 40 %	n.8 donatori
VCO	OSPEDALE SAN BIAGIO	20 - 40 %	n.5 donatori
VCO	STABILIMENTO OSPEDALIERO CASTELLI	20 - 40 %	n.8 donatori
CN1	OSPEDALE DI MONDOVI'	20 - 40 %	n.5 donatori
CN1	OSP. MAGGIORE S.S. ANNUNZIATA SAVIGLIANO	20 - 40 %	n.8 donatori
CN2	OSPEDALE SAN LAZZARO- ALBA	20 - 40 %	n.12 donatori
AT	PRESIDIO OSP. CARDINAL G. MASSAIA	20 - 40 %	n.30 donatori
AL	OSPEDALE SANTO SPIRITO CASALE	20 - 40 %	n.12 donatori
AL	OSPEDALE SS. ANTONIO E MARGHERITA TORTONA	20 - 40 %	n.6 donatori
AL	OSPEDALE SAN GIACOMO NOVI	20 - 40 %	n.7 donatori
AL	OSP. MONS. GIOVANNI GALLIANO ACQUI T.ME	20 - 40 %	n.6 donatori

Obiettivo 6.5 – AO/AOU, valori obiettivo

AO	DENOMINAZIONE PRESIDIO	ATTESO AL 31.12.2017	ATTESO AL 31.12.2017
AOU CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO	CENTRO TRAUMATOLOGICO ORTOPEDICO	> 40 %	n.8 donatori
	OSP. INFANTILE REGINA MARGHERITA	> 40 %	n.1 donatore
	OSPEDALE S. ANNA	20 - 40 %	n.2 donatori
	OSP. S. GIOV. BATTISTA MOLINETTE	> 40 %	n.70 donatori
AO SS. ANTONIO E BIAGIO E C. ARRIGO	OSP. CIVILE SS. ANTONIO E BIAGIO	> 40%	n.34 donatori
AO ORDINE MAURIZIANO	OSPEDALE MAURIZIANO UMBERTO I-TORINO	20 - 40 %	n.24 donatori
AO S. CROCE E CARLE	AZ. OSPEDAL. S. CROCE E CARLE	> 40 %	n.33 donatori
AOU S. LUIGI GONZAGA	AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITA' S. LUIGI	20 - 40 %	n.30 donatori
AOU MAGGIORE DELLA CARITA' NOVARA	OSPEDALE MAGGIORE DELLA CARITA'	> 40 %	n.41 donatori

6. Qualità dell'assistenza	
6.6 OBIETTIVO Umanizzazione nelle strutture di ricovero delle Aziende Sanitarie Regionali ASL; AO; AOU	
SETTORE REFERENTE	Direzione Sanità
DESCRIZIONE	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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
6.6.1. Programma nazionale valutazione partecipata della qualità delle Strutture di ricovero secondo i principi dell'empowerment	
DESCRIZIONE	<p>La Regione Piemonte, nell'ambito delle iniziative legate al processo di empowerment ed in coerenza con il PSSR 2012-2015 – si è fatto promotore con le ASR del programma nazionale di valutazione partecipata della qualità delle strutture di ricovero - promosso e coordinato da Agenas e dall'Agenzia di Valutazione Civica di CittadinanzAttiva. Il programma, cui hanno partecipato tutte le ASR, ha consentito la realizzazione della valutazione partecipata (secondo lo strumento predisposto da AGENAS e CittadinanzAttiva e secondo i principi dell'empowerment – ovvero attraverso equipe territoriali miste cittadini-operatori sanitari) su tutti i presidi sanitari pubblici regionali con oltre 120 p.l..</p> <p>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.</p>

	Per l'annualità 2017 la Regione, unitamente alle ASR, partecipa 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.
FONTE DATI	Produzione documentazione attestante l'implementazione della totalità delle azioni correttive a breve e medio termine individuate dal Piano di miglioramento di rilevanza aziendale. Verbali verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale.
<u>6.6.2 Comunicazione fra medici curanti e familiari dei pazienti</u>	
DESCRIZIONE	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 OBIETTIVO	almeno 1 ora per ogni giorno feriale
FONTE DATI	Evidenza documentale dei tempi/luoghi dei colloqui fra medici curanti/pazienti (documentazione informativa sulle procedure, cartelli con indicazioni luoghi orari predefiniti per i colloqui, verbali verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale)
<u>6.6.3. Commissioni miste conciliative</u>	
DESCRIZIONE	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.
INDICATORE	n. riunioni svolte nell'anno.
VALORE OBIETTIVO	almeno 3 anno
FONTE DATI	Produzione entro il 31.1.2018 della documentazione attestante l'attività delle Commissioni conciliative (verbali riunioni attestanti l'avvenuta conciliazione)
<u>6.6.4. Progetti sostegno pazienti/famiglie</u>	
DESCRIZIONE	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, psichiatriche, ecc...)
INDICATORE	Progetti attivati che prevedano specifici indicatori di valutazione

VALORE OBIETTIVO	n. progetti attivati => 3
FONTE DATI	Produzione entro il 31.1.2018 della documentazione attestante i progetti attivati dall'Azienda
SCALA	SI/NO per tutti i sub-obiettivi
PUNTEGGIO	5/100 sub-obiettivo 6.6.1: 2 punti sub- obiettivo 6.6.2;6.6.3;6.6.4: 1 punto ciascuno
NOTE	Ai fini della valutazione dei sub-obiettivi individuati la Direzione Sanità si avvarrà della collaborazione della cabina di regia regionale e dei settori competenti.

7.Edilizia Sanitaria	
7.1 OBIETTIVO Investimenti nel sistema sanitario: nuove infrastrutture edilizie Solo ASR individuate	
SETTORE REFERENTE	Logistica ed edilizia
DESCRIZIONE	<p>In merito all’edilizia sanitaria si stima che il fabbisogno per l’adeguamento degli ospedali piemontesi sia pari a circa 1,5 miliardi di euro. In questo contesto si inseriscono le scelte dell’amministrazione sia riguardo l’opportunità di investire sull’esistente patrimonio immobiliare sia sull’intraprendere percorsi di innovazione riguardanti il compimento di nuovi ospedali.</p> <p>Rispetto a quest’ultimo aspetto è stata programmata la realizzazione di nuovi presidi quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ il Parco della Salute, della Ricerca e dell’Innovazione di Torino; ▪ la Città della Salute e della Scienza di Novara; ▪ il Nuovo Ospedale Unico dell’ASL VCO; ▪ il Nuovo Ospedale Unico dell’ASL TO5.
INDICATORE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Approvazione, attraverso deliberazione delle singole aziende competenti, della documentazione prevista nell’obiettivo; ▪ Invio alla Regione della documentazione approvata entro i 10 gg. successivi alla scadenza prevista (31.12.2017).
VALORE DELL’OBIETTIVO	<p>Parco della Salute, della Ricerca e dell’Innovazione di Torino e la Città della Salute e della Scienza di Novara:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ definizione delle procedure di gara, anche in relazione al parere dell’ANAC in fase di acquisizione; ▪ definizione delle modifiche relative agli accordi di programma vigenti sottoscritti da Regione Piemonte, Università e Comuni competenti. <p>Nuovo Ospedale Unico dell’ASL VCO e il Nuovo Ospedale Unico dell’ASL TO5:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ definizione del quadro dei costi di manutenzione e gestione dei presidi ospedalieri esistenti in relazione a tutti i servizi ad oggi erogati nonché rispetto al personale impegnato; ▪ determinazione dei nuovi costi previsti per il nuovo presidio ospedaliero anche in funzione dell’adeguamento alla rete ospedaliera regionale (DGR 19 novembre 2014 N. 1-600; DGR 23 gennaio 2015 N. 1-924) oltre che delle linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale.
FONTE DATI	Documentazione prodotta dalle ASL.

SCALA	SI/NO (0-1)
TRACKING	31.12.2017
PUNTEGGIO	ASL TO5; ASL VCO; AOU Città della Salute; AOU Novara 2/100
NOTE	