

ALLEGATO A

**Obiettivi economico-gestionali, di salute e di
funzionamento dei servizi dei direttori generali/commissari
delle aziende sanitarie regionali per il riconoscimento della
quota integrativa al trattamento economico
per l'annualità 2023**

Sommario	2
Premessa.....	3
Criteri e Modalità di valutazione	5
1 Gestione della spesa	10
1.1 OBIETTIVO – Efficientamento ASL; AO; AOU.....	10
1.2 OBIETTIVO – Assistenza farmaceutica appropriatezza prescrittiva ASL; AO; AOU.....	12
1.3 OBIETTIVO– Affidabilità dati rilevati da flussi informativi dei dispositivi medici ASL; AO; AOU	14
1.4 OBIETTIVO– Affidabilità dati rilevati da flussi informativi della farmaceutica ASL; AO; AOU	16
2 Edilizia Sanitaria	18
2.1 OBIETTIVO – Progetti di edilizia sanitari AO; AOU	18
3. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.....	20
3.1 OBIETTIVO - M6C1 -Potenziamento dell'Assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale- ASL	20
3.2 OBIETTIVO – M6C1 – Assistenza Domiciliare ASL.....	22\
3.3 OBIETTIVO – M6C2 - Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero ASL; AO; AOU.....	24
3.4 OBIETTIVO – M6C2 - Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l’elaborazione, l’analisi dei dati e la simulazione – FSE 2.0 ASL; AO; AOU.....	26
4 Accessibilità	28
4.1 OBIETTIVO – Tempi di attesa. Prestazioni erogate prenotate attraverso il CUP	28
4.2 OBIETTIVO – Area osteomuscolare ASL; AO; AOU.....	29
4.3 OBIETTIVO – Tempestività nell’effettuazione di PTCA nei casi di IMA Stemi ASL; AO; AOU	31
4.4 OBIETTIVO – Appropriatezza nell’assistenza al parto – ASL; AO; AOU	33
4.5 OBIETTIVO – Donazioni d’organo – ASL; AO; AOU	35
5. Prevenzione	38
5.1 Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) ASL.....	38
5.2 PanFlu ASL.....	40
5.3 - Attuazione Piano di recupero delle prestazioni di screening oncologici - ASL; AO; AOU	42

Premessa

Ai fini del riconoscimento, ai sensi dell'art. 2, comma 2, del d. lgs. n. 171/2016 e s.m.i., della quota integrativa al trattamento economico ai direttori generali delle aziende sanitarie regionali, il presente documento definisce gli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi a valere per l'annualità 2023, 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 per il 2023, in alcuni casi ripartiti in sub-obiettivi, sono suddivisi in 5 aree articolate come segue:

Tabella 1. Articolazione degli obiettivi e sub-obiettivi assegnati ai direttori generali delle ASR per il 2023

Area	#	Obiettivo	Settori Referenti	ASL	AO/AOU
1. Governo della spesa	1.1	Efficientamento	Programmazione finanziaria del sistema sanitario; Programmazione economica e controllo dei bilanci delle aziende sanitarie; Controllo di gestione, sistemi informativi, logistica sanitaria e coordinamento	✓	✓
	1.2	Assistenza farmaceutica appropriatezza prescrittiva	Assistenza farmaceutica, integrativa e protesica	✓	✓
	1.3	Affidabilità dati rilevati da flussi informativi dei dispositivi medici	Assistenza farmaceutica, integrativa e protesica	✓	✓
	1.4	Affidabilità dati rilevati da flussi informativi della farmaceutica	Assistenza farmaceutica, integrativa e protesica	✓	✓
2. Edilizia Sanitaria	2.1	Sviluppo progetti di edilizia sanitaria	Politiche degli investimenti	✓	✓
3. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza	3.1	M6C1 - Potenziamento dell'Assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale	Coordinamento attuazione del PNRR - Missione 6	✓	
	3.2	M6C1 - Assistenza domiciliare	Coordinamento attuazione del PNRR - Missione 6	✓	
	3.3	M6C2 - Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	Coordinamento attuazione del PNRR - Missione 6	✓	✓
	3.4	M6C2 - FSE 2.0	Coordinamento attuazione del PNRR - Missione 6	✓	✓
4. Accessibilità	4.1	Prestazioni erogate prenotate attraverso il CUP	Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari; Controllo di gestione, sistemi informativi, logistica sanitaria e coordinamento	✓	✓
	4.2	Area osteomuscolare	Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari	✓	✓
	4.3	Tempestività nell'effettuazione di ptca nei casi di ima stemi	Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari	✓	✓
	4.4	Appropriatezza nell'assistenza al parto (NO AOU S. LUIGI)	Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari	✓	✓
	4.5	Donazioni d'organo	Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari	✓	✓
5. Prevenzione	5.1	Piano Nazionale della Prevenzione (PNP)	Prevenzione, sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare	✓	
	5.2	PanFlu	Prevenzione, sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare	✓	
	5.3	Attuazione Piano di recupero delle prestazioni di screening oncologici	Prevenzione, sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare	✓	✓

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

“Per gli enti del Servizio sanitario nazionale che non rispettano i tempi di pagamento previsti dalla legislazione vigente, le regioni e le province autonome provvedono ad integrare i contratti dei relativi direttori generali e dei direttori amministrativi inserendo uno specifico obiettivo volto al rispetto dei tempi di pagamento ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato. La quota correlata alla valutazione del predetto obiettivo può incidere fino ad un massimo del trenta per cento della quota massima teorica del trattamento economico integrativo (venti per cento).

La predetta quota dell'indennità di risultato:

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

La valutazione dell'obiettivo in questione è da considerarsi, come sopra esposto, con carattere di preliminare rispetto al sistema obiettivi strategici ed inciderà pertanto, fino a un massimo del trenta per cento secondo le fasce sopra indicate, della quota massima teorica (venti per cento) del trattamento economico integrativo.

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 sia dichiarato decaduto per cause riconducibili, con riferimento all'annualità oggetto di valutazione, alle fattispecie di cui agli artt. 2, commi 5 e ss. del d. lgs. n. 171/2016 e s.m.i., e 52, comma 4 lett. d della legge n. 289/2002, nonché qualora, sempre in relazione al periodo considerato, emerga una

valutazione negativa che, per una delle cause previste nel relativo contratto di prestazione d'opera intellettuale, determini la cessazione del rapporto con il direttore generale.

Atteso il sostanziale raggiungimento del pareggio di bilancio da assicurare ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (in attuazione anche dei principi contenuti nella Legge Costituzionale 20 aprile 2012, n. 1 e nella Legge n. 243/2012).

Si precisa inoltre che, ai sensi dell'art. 3 bis, comma 7 bis, del d. lgs. n. 502/1992 e s.m.i., e come ripreso dalla DGR n. 69-8679 del 29 marzo 2019, all'allegato A intitolato "Schema di contratto di prestazione d'opera intellettuale dei direttori generali delle aziende sanitarie regionali", 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 per cento (da ottenersi quale somma aritmetica dei punteggi ottenuti per ogni singolo obiettivo/sub-obiettivo).

Sarà comunque fatta salva la valutazione - di carattere preliminare - inerente allo specifico obiettivo volto al rispetto dei tempi di pagamento, di cui al citato art. 1, comma 865, della legge n. 145/2018 (Legge di bilancio 2019), la quale inciderà sulla percentuale massima teorica (venti per cento) della quota integrativa al trattamento economico di base,

con carattere appunto preliminare rispetto alla valutazione dei rimanenti obiettivi e fino alla concorrenza – nell'ambito della quota massima del trattamento integrativo riconoscibile – del trenta per cento in caso di completo raggiungimento, come prescritto dalla disposizione richiamata (fermo restando, in caso di totale mancato raggiungimento, l'abbattimento del trenta per cento della percentuale massima teorica della quota integrativa del trattamento economico di base, ovvero di una diversa, minore percentuale nel caso di raggiungimento parziale dell'obiettivo, in conformità alle prescrizioni legislative richiamate).

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 s.m.i) il monitoraggio in ordine al raggiungimento degli obiettivi sarà periodico.

Compatibilmente con l'andamento dell'epidemia da Covid-19, l'attività di monitoraggio si realizzerà attraverso una serie di incontri, per area omogenea, tra le Direzioni strategiche e gli uffici competenti della Direzione Sanità con il supporto di Agenas. 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 delle stesse ed eventuali cause ostacolanti.

Tali incontri sono previsti nei mesi di:

- settembre 2023
- dicembre 2023

Successivamente, **entro il 29 febbraio 2024**, i direttori generali dovranno trasmettere un file contenente tutta la documentazione atta a comprovare il raggiungimento dei singoli obiettivi/sub-obiettivi accompagnato da una sintetica relazione riepilogativa (massimo 20 pagine); tale documentazione dovrà essere trasmessa unicamente su supporto informatico al seguente indirizzo di posta elettronica: obiettividgres@regione.piemonte.it.

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

Copia della relazione di sintesi di cui sopra sarà inviata dalle ASR interessate alle Conferenze dei Sindaci di riferimento territoriale (ovvero al Sindaco della Città di Torino per

quanto riguarda le aziende sanitarie torinesi) per l'espressione dei pareri di competenza, da rendersi **entro il 30 aprile 2024.**

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

Le valutazioni in ordine alle relazioni fatte pervenire dalle aziende sanitarie saranno rese, per le parti di rispettiva competenza, dalle strutture della Direzione Sanità direttamente interessate.

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

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

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

Qualora il raggiungimento di alcuno degli obiettivi - in dipendenza da cause od evenienze sopravvenute non direttamente ascrivibili alla responsabilità dei direttori generali - dovesse diventare impossibile o risultare più difficoltoso ovvero, per contro, verificarsi o risultare facilitato, 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.

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.

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 in misura proporzionale alla durata dell'incarico nell'annualità in oggetto.

Di seguito sono riportati il quadro sinottico sia con riferimento agli obiettivi di mantenimento che con riferimento agli obiettivi strategici. Per il quadro relativo agli obiettivi strategici è espressa la distribuzione dei complessivi 100 punti. Al quadro sinottico fanno seguito le schede le schede di dettaglio per ogni singolo obiettivo/sub-obiettivo.

Tabella 2. Quadro sinottico con la distribuzione dei complessivi 100 punti, per singolo obiettivo

		301	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	904	905	906	907	908	909
		ASL Città di TO	ASL TO3	ASL TO4	ASL TO5	ASL VC	ASL BI	ASL NO	ASL VCO	ASL CN1	ASL CN2	ASL AT	ASL AL	AOU S. Luigi	AOU NO	AO CN	AO AL	AO Mauriziano	AOU CdSS
Area	#	Obiettivo	PUNTI	PUNTI	PUNTI	PUNTI	PUNTI	PUNTI	PUNTI	PUNTI	PUNTI	PUNTI	PUNTI	PUNTI	PUNTI	PUNTI	PUNTI	PUNTI	PUNTI
1. Governo della spesa	1.1	Efficientamento																	
			10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
	1.2	Assistenza farmaceutica appropriatezza prescrittiva	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00
	1.3	Affidabilità dati rilevati da flussi informativi dei dispositivi medici	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
	1.4	Affidabilità dati rilevati da flussi informativi della farmaceutica	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
2. Edilizia Sanitaria	2.1	Sviluppo progetti di edilizia sanitaria	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
3. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza	3.1	M6C1 - Potenziamento dell'Assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00						
	3.2	M6C1 - Assistenza domiciliare	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00						
	3.3	M6C2 - Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
	3.4	M6C2 - FSE 2.0	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
4. Accessibilità	4.1	Prestazioni erogate prenotate attraverso il CUP	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00
	4.2	Area osteomuscolare	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	10,00	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00
	4.3	Tempestività nell'effettuazione di ptca nei casi di ima stemi	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	10,00	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00
	4.4	Appropriatezza nell'assistenza al parto (NO AOU S. LUIGI)	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00		6,00	6,00	6,00	6,00	6,00
	4.5	Donazioni d'organo	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
5. Prevenzione	5.1	Piano Nazionale della Prevenzione (PNP)	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00						
	5.2	PanFlu	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00						
	5.3	Attuazione Piano di recupero delle prestazioni di screening oncologici	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00
			100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

1 Gestione della spesa		
1.1 OBIETTIVO – Efficientamento		ASL; AO; AOU
SETTORI REFERENTI	Programmazione finanziaria del sistema sanitario; Programmazione economica e controllo dei bilanci delle aziende sanitarie; Controllo di gestione, sistemi informativi, logistica sanitaria e coordinamento	
DESCRIZIONE DELL'OBIETTIVO	<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 D.G.R. 20 Giugno 2023, n. 9-7070 ed eventuali successive variazioni con provvedimenti di giunta regionale, sono tenuti ad assicurare il 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, tra l'altro, 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 in c/esercizio non eccedenti le risorse regionali assegnate; • circolarizzazione dei crediti e debiti aziendali relativi, almeno, alle annualità 2020 e ante (ivi incluso note di credito/fatture da ricevere); • monitoraggio continuo e costante dell'eventuale contenzioso aziendale, finalizzato a identificare e realizzare le iniziative necessarie per mitigare l'eventuale rischio di soccombenza ed assicurare l'adeguatezza degli accantonamenti ai fondi rischi e oneri iscritti nei bilanci di esercizio; • attuazione di percorsi efficientamento territoriale, dei presidi a gestione diretta delle ASL e delle Aziende ospedaliere pubbliche del SSR nel rispetto degli atti di programmazione regionale e nazionale (ivi incluso PNRR, quali ad esempio decreto assistenza domiciliare); <p>In particolare, si chiede alle Direzioni aziendali di identificare ed attuare ogni utile misura di riorganizzazione dei processi produttivi aziendali che sottostanno alla erogazione delle singole tipologie di prestazioni sanitarie e sociosanitarie ed aggiornare il Preventivo economico entro il 1° settembre 2023 anche tenendo in dovuta considerazione i recenti atti regionali in materia di ADI (es. DGR n. 13-7239 del 17 luglio 2023).</p>	
INDICATORI	1.1.1	Trasmissione attestazione aziendale sul disavanzo economico atteso e Pianificazione degli obiettivi di efficientamento aziendale, con relativo monitoraggio di attuazione.
	1.1.2	Nomina Energy Manager. Definizione e sviluppo azioni finalizzati a promuovere il risparmio energetico.
VALORE DELL'OBIETTIVO	1.1.1 trasmissione di un attestazione – utilizzando il modello che verrà comunicato con specifica nota da Regione - che illustri le motivazioni delle perdite d'esercizio aziendali, la contestuale assenza di misure di riorganizzazione dei processi produttivi aziendali attivabili per	

	<p>perseguire l'obiettivo di equilibrio economico-finanziario entro il 10 settembre 2023. L'attestazione dovrà anche illustrare ogni utile misura di riorganizzazione dei processi produttivi aziendali che sottostanno alla erogazione delle singole tipologie di prestazioni sanitarie e sociosanitarie ed aggiornamento del preventivo economico che tenga conto dei recenti atti/provvedimenti regionali in materia di ADI (es. DGR n. 13-7239 del 17 luglio 2023).</p> <p>1.1.2 Relazione aziendale predisposta dall'energy manager aziendale, che indichi le azioni identificate (avviate e da avviare) per promuovere il risparmio energetico) entro il 10 settembre 2023.</p>	
SCALA	<u>1.1.1</u>	SI/NO (1-0)
	<u>1.1.2</u>	SI/NO (1-0)
FONTE DATI	<ul style="list-style-type: none"> Documentazione aziendale 	
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> Incontri monitoraggio aggiornamento preventivo economico entro il 1/09/2023 31/12/2023 	
PUNTEGGIO	ASL/AO/AOU: 10 punti	
RIFERIMENTI	D.G.R. 20 Giugno 2023, n. 9-7070	

1. Gestione della spesa		
1.2 OBIETTIVO – Assistenza farmaceutica appropriatezza prescrittiva		ASL; AO; AOU
SETTORI REFERENTI	Assistenza farmaceutica, integrativa e protesica	
DESCRIZIONE DELL'OBIETTIVO	<ul style="list-style-type: none"> - <u>AO/AOU e ASL</u>: Mantenimento dell'importo cumulato medio indotto dalla propria attività prescrittrice nel quadriennio 2019-2020-2021-2022 relativamente alla Distribuzione Diretta di tipologia 03 - Farmaci distribuiti direttamente ai pazienti cronici soggetti ai piani terapeutici o presi in carico, a partire dal primo ciclo di terapia, incluse le terapie ancillari e con le esclusioni previste dalle note alla tabella a) allegata. Nel caso l'importo cumulato relativo al 2022 sia inferiore al dato medio del quadriennio occorre mantenere il dato del 2022. - <u>ASL</u>: Riduzione nel 2023 della spesa pro-capite pesata complessiva (conv. + dd + dpc) avendo come obiettivo il valore dell'ASL <i>best performer</i> nell'anno 2022. 	
INDICATORI	1.2	<p>1.2.1 <u>AO/AOU e ASL</u>: Spesa indotta dalla propria attività prescrittrice nel 2023 (rilevata da Flusso File F ed afferente alla distribuzione diretta di tipologia 03) nel periodo gennaio-dicembre 2023</p> <p>1.2.2 <u>ASL</u>: Spesa pro-capite pesata complessiva (conv. + dd + dpc) anno 2023</p>
VALORE DELL'OBIETTIVO	<p>1.2.1 <u>AO/AOU e ASL</u>: spesa indotta nel 2023 \leq al valore più basso tra la spesa media indotta nel quadriennio 2019-2020-2021-2022 e la spesa indotta nel 2022.</p> <p>1.2.2 <u>ASL</u>: Spesa pro-capite pesata complessiva (conv. + dd + dpc) anno 2023 \leq al valore dell'ASL <i>best performer</i> nell'anno 2022.</p>	
SCALA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>1.2.1 AO e AOU</u>: SI-NO (0-1) ▪ <u>1.2.2 ASL</u>: Per l'ASL <i>best performer</i> il raggiungimento dell'obiettivo consiste nel miglioramento o nel mantenimento del dato 2022. Per le altre Aziende il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2023 tra il valore di partenza (dato anno 2022) e il valore dell'ASL <i>best performer</i> nel 2022. 	
FONTE DATI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Flusso della distribuzione diretta, convenzionata e DPC 	
TRACKING	pubblicazione dati su piattaforma PADDI e supporto da parte del Settore dell'Assessorato responsabile alle ASR	
PUNTEGGIO	<p>ASL: 10 punti per il sub-obiettivo 1.2.1 ; 5 punti per il sub-obiettivo 1.2.2</p> <p>AO/AOU: 20 punti per il solo sub-obiettivo 1.2.1</p>	

Obiettivo 1.2

a) Tabella valori sub- obiettivo 1.2.1 per AO/AOU e ASL

Rappresentazione dei dati di Distribuzione Diretta del quadriennio 2019-2020-2021-2022 e del valore obiettivo anno 2023

Azienda di Prescrizione	Importo Distribuzione Diretta (Tipo 03) 2019	Importo Distribuzione Diretta (Tipo 03) 2020	Importo Distribuzione Diretta (Tipo 03) 2021	Importo Distribuzione Diretta (Tipo 3)* 2022	Valore Target Indicatore proposto per il 2023
301 - A.S.L. CITTA' DI TORINO	49.547.332	56.313.004	45.602.551	51.045.833	50.627.180
203 - A.S.L. TORINO 3	7.160.458	7.140.113	6.161.218	6.956.776	6.854.641
204 - A.S.L. TORINO 4	8.027.761	12.334.919	13.210.875	15.457.012	12.257.642
205 - A.S.L. TORINO 5	4.170.143	3.443.780	3.280.061	2.684.372	2.684.372
206 - A.S.L. VERCELLI	5.301.846	6.062.097	6.623.707	7.079.186	6.266.709
207 - A.S.L. BIELLA	7.410.640	8.628.892	7.573.323	7.604.648	7.604.648
208 - A.S.L. NOVARA	2.363.014	2.397.940	2.646.002	3.255.706	2.665.665
209 - A.S.L. VERBANO-CUSIO-OSSOLA	6.463.306	9.026.834	8.203.758	7.441.857	7.441.857
210 - A.S.L. CUNEO 1	7.634.701	3.728.549	3.919.667	4.631.004	4.631.004
211 - A.S.L. CUNEO 2	3.826.875	4.843.096	4.604.691	5.505.427	4.695.022
212 - A.S.L. ASTI	11.566.443	12.805.730	8.243.037	8.578.665	8.578.665
213 - A.S.L. ALESSANDRIA	4.213.399	5.354.177	4.186.826	4.801.147	4.638.887
904 - AZIENDA OSP. S.LUIGI	17.544.539	18.335.634	16.931.182	16.065.502	16.065.502
905 - AZIENDA OSP. MAGGIORE DELLA CARITA'	12.805.419	14.136.431	14.724.040	16.194.675	14.465.141
906 - AZIENDA OSP. S.CROCE E CARLE	10.137.523	11.895.057	11.184.653	11.650.501	11.216.934
907 - AZIENDA OSP. S.ANTONIO BIAGIO/ARRIGO	16.336.185	20.007.198	19.573.447	20.865.040	19.195.467
908 - AZIENDA OSP. ORDINE MAURIZIANO DI TORINO	8.180.828	10.146.703	10.326.280	12.228.185	10.220.499
909 - AZIENDA OSP. CITTA DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO	61.898.963	75.771.309	77.288.041	90.721.463	76.419.944

* Viene esposto l'importo cumulato (Gennaio-Dicembre) rilevato da flusso fileF per quanto attiene alla Distribuzione Diretta di Tipo 03: Farmaci distribuiti direttamente ai pazienti cronici soggetti ai piani terapeutici o presi in carico, a partire dal primo ciclo di terapia, incluse le terapie ancillari. L'importo su riportato viene ridotto della quota parte inerente ai farmaci esclusi (si veda Esclusioni: foglio di lavoro Parametri)

b) Tabella valore best performer 2022 (in rosso)/valori partenza per obiettivo 1.2.2 ASL

ASL RESIDENZA / ASL del PRESCRITTORE (C10 - DEMA)*	IMPORTO C10-DEMA + Distribuzione Diretta + DPC Gennaio-Dicembre 2022 A = (B+C+D)	C10-DEMA - 2022 - Gennaio-Dicembre (B)	Distribuzione Diretta - 2022 - Gennaio-Dicembre (C)	DPC - 2022 - Gennaio-Dicembre (D)	RESIDENTI ISTAT al 01/01/2022 Ponderati**** (E)	SPESA PER RESIDENTE PONDERATO*** F = (A/G)
209 - A.S.L. VERBANO-CUSIO-OSSOLA	45.118.396	22.419.379	18.235.804	4.463.213	170.373	264,82
206 - A.S.L. VERCELLI	46.609.815	24.045.807	16.062.816	6.501.191	168.324	276,91
210 - A.S.L. CUNEO 1	113.005.228	50.333.960	47.462.844	15.208.424	398.025	283,91
213 - A.S.L. ALESSANDRIA	126.260.189	60.512.732	47.957.524	17.789.934	435.531	289,90
211 - A.S.L. CUNEO 2	48.297.265	22.981.465	18.596.771	6.719.030	163.469	295,45
205 - A.S.L. TORINO 5	88.813.130	42.121.364	33.899.056	12.792.710	298.345	297,69
207 - A.S.L. BIELLA	51.649.938	23.105.992	21.887.384	6.656.562	172.405	299,58
208 - A.S.L. NOVARA	99.517.573	46.132.294	39.333.500	14.051.779	330.761	300,87
212 - A.S.L. ASTI	60.572.466	28.432.666	24.040.054	8.099.746	198.790	304,71
204 - A.S.L. TORINO 4	153.602.797	70.335.789	61.599.884	21.667.123	503.306	305,19
203 - A.S.L. TORINO 3	175.952.246	82.030.398	68.177.361	25.744.486	575.873	305,54
301 - A.S.L. CITTA' DI TORINO	273.930.349	121.133.771	116.637.780	36.158.798	841.149	325,66
Valore	1.283.329.393	593.585.618	513.890.778	175.852.997	4.256.350	301,51
<p>* Viene rappresentato il valore rilevato dai diversi flussi informativi inerente ai farmaci con AIC. Il dato di residenza viene rilevato da quanto inviato attraverso i diversi flussi informativi per la Distribuzione Diretta e per la DPC. Per quanto attiene al Comma10, risulta rappresentata l'Azienda del prescrittore rilevata dalla ricetta dematerializzata, a parità di identificativo ricetta osservato da Comma10 Regionale</p> <p>*** Sistema di "pesi" predisposto dal Dipartimento della Programmazione del Ministero della Salute si veda: https://www.afia.gov.it/documents/20142/1205984/rapporto-osmed-2019.pdf/</p>						

1. Gestione della spesa		
1.3 OBIETTIVO– Affidabilità dati rilevati da flussi informativi dei dispositivi medici ASL; AO; AOU		
SETTORI REFERENTI	Assistenza farmaceutica, integrativa e protesica	
DESCRIZIONE DELL'OBIETTIVO	<p>Verifica di disponibilità, completezza e qualità, nonché del miglioramento nel tempo dell'acquisizione nel flusso informativo regionale dei dati relativi al monitoraggio dei consumi e dei contratti dei dispositivi medici (Decreto Ministeriale 11 giugno 2010 "Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio Sanitario Nazionale").</p> <p>L'obiettivo, articolato in 3 sub-obiettivi, 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 2019", a cura del Ministero della salute.</p>	
INDICATORI	1.3.1	<p>Rapporto tra spesa rilevata dal Flusso Consumi di Dispositivi medici, esclusa quella rilevata per le CND W e Z - a eccezione delle CND Z13, Z12040115 e Z12040216 – e i costi imputati a Conto Economico alle voci B.1.A.3.1 e B.1.A.3.2.</p> <p><i>Sommatoria dei costi dei Dispositivi medici rilevati nel flusso DMRP-Consumi 2022, esclusi quelli rilevati per le CND W e Z - a eccezione delle CND Z13, Z12040115 e Z12040216</i></p> <p><i>Somma dei costi rilevati da Modello di Conto Economico 2022 alle voci B.1.A.3.1 e B.1.A.3.2</i></p>
	1.3.2	<p>Rapporto tra il numero di record validi con "Forma di negoziazione" compilata e il numero complessivo di record validi inviati al flusso DMRP-Contratti (sia a numeratore che a denominatore record validi con medesima chiave univoca di identificazione, pur eventualmente oggetto di invii plurimi in inserimento e/o sostituzione, sono conteggiati una sola volta; esclusi dal conteggio i record oggetto di cancellazione)</p> $\frac{100 \times \text{Numero record validi con "Forma di negoziazione" compilata}}{\text{Numero di record validi}}$
	1.3.3	<p>Rapporto tra quantità contrattualizzata rilevata dal Flusso Contratti di Dispositivi medici, distintamente per le CND J0101, P0704, P0908, e quantità distribuita di dispositivi medici rilevata da Flusso Consumi di dispositivi medici. Tre distinti <u>per ASR inviante</u>:</p> <p><i>Sommatoria delle <u>quantità di dispositivi medici contrattualizzate</u> nel quinquennio 2018-2022, rispettivamente differenziando nelle tre CND J0101, P0704, P0908</i></p> <p><i>Sommatoria delle <u>quantità di dispositivi medici distribuite</u> nel quinquennio 2018-2022, rispettivamente differenziando nelle tre CND J0101, P0704, P0908</i></p>

VALORE DELL'OBIETTIVO	<p>1.3.1 Coerenza, con un margine di tolleranza compreso tra -5% e +10%, tra la spesa aziendale per DM rilevata da flusso DMRP (al netto dei dispositivi di CND Z – a eccezione delle Z13, Z12040115, Z12040216 – e di CND W) rispetto ai costi imputati in CE alle voci B.1.A.3.1 (dispositivi medici) e B.1.A.3.2 (dispositivi medici impiantabili attivi)</p> <p>1.3.2 Almeno il 95% dei record inviati al flusso DMRP-Contratti nel 2022 deve presentare la compilazione del campo “Forma di negoziazione”. I record oggetto di valutazione sono tutti i record inviati al flusso DMRP-Contratti dal primo gennaio 2022 alla data di consolidamento iscritta per tale flusso nella DGR succitata (al netto dei record oggetto di cancellazione), indipendentemente dalla data di stipula del contratto cui si riferisce il record.</p> <p>1.3.3 Risultato dei tre sub indicatori = 100%, con un margine di tolleranza compreso tra -50% e +50% (l'indicatore complessivamente è valutato positivamente solo se il risultato di tutti i tre sub indicatori è compreso nel margine di tolleranza)</p>	
SCALA	<u>1.3.1</u>	SI/NO (1-0)
	<u>1.3.2</u>	SI/NO (1-0)
	<u>1.3.3</u>	SI/NO (1-0)
FONTE DATI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Flusso informativo regionale Contratti di Dispositivi medici (DMRP-Contratti) ▪ Flusso informativo regionale Consumi di Dispositivi medici (DMRP-Consumi) ▪ Conto economico NSIS 	
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> • Riunioni periodiche svolte con referenti del settore regionale responsabile, ASR e CSI nel 2023; • Incontri di monitoraggio obiettivi • 31.12.2023 	
PUNTEGGIO	<p>ASL: 5 punti AO/AOU: 5 punti</p> <p>Ogni sub-obiettivo pesa 1/3 del punteggio complessivo</p>	
RIFERIMENTI	<p>D.G.R. n. 13-6981 del 30 dicembre 2013 - “Sistema regionale dei flussi informativi sanitari - Disposizioni agli Istituti di ricovero e cura pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio regionale, in ordine agli obblighi informativi e alle tempistiche di trasmissione dei flussi sulle prestazioni sanitarie erogate”</p> <p>GdL NSIS “Flusso informativo dei consumi e dei contratti di dispositivi medici direttamente acquistati dal SSN” – Presentazione ministeriale del 28 febbraio 2022</p>	

1. Gestione della spesa		
1.4 OBIETTIVO– Affidabilità dati rilevati da flussi informativi della farmaceutica		ASL; AO; AOU
SETTORI REFERENTI	Assistenza farmaceutica, integrativa e protesica	
DESCRIZIONE DELL'OBIETTIVO	<p>Si richiede la verifica trimestrale, per ciascuna azienda sanitaria e ospedaliera, della coerenza tra i costi aziendali rilevati dal Modello di Conto Economico (CE) nella voce BA0040 - B.1.A.1.1 - Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale, e nella voce BA2670 – B.15.A – Variazione rimanenze sanitarie, limitatamente ai prodotti farmaceutici ed i costi aziendali rilevati attraverso il flusso informativo della distribuzione diretta (DM 31 luglio 2007 e s.m.i.) e il flusso dei consumi ospedalieri (DM 4 febbraio 2009) tenendo conto delle eventuali note di credito.</p> <p>Le aziende dovranno fornire, a cadenza trimestrale, al Settore dell'Assessorato Regionale responsabile, una relazione che illustri le motivazioni degli scostamenti registratisi nel trimestre rispetto al valore obiettivo 100%).</p>	
INDICATORI	1.4	<p>Rapporto tra i costi aziendali rilevati dal Modello di Conto Economico (CE) ed i costi aziendali rilevati dai flussi informativi della farmaceutica (DD, CO), come di seguito formulato:</p> $\frac{\text{costi aziendali rilevati dal Modello di Conto Economico (CE) nella voce BA0040 - B.1.A.1.1 - Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale, e nella voce BA2670 B.15.A – Variazione rimanenze sanitarie, limitatamente ai prodotti farmaceutici}}{\text{costi aziendali rilevati attraverso il flusso informativo della distribuzione diretta (DM 31 luglio 2007 e s.m.i.) e il flusso dei consumi ospedalieri (DM 4 febbraio 2009), tenendo conto delle eventuali note di credito}}$
VALORE DELL'OBIETTIVO	100% con uno scostamento massimo ammissibile scostamento pari al $\pm 2\%$ sul valore annuale e $\pm 5\%$ sui valori trimestrali.	
SCALA	<ul style="list-style-type: none"> SI/NO (1-0) 	

FONTE DATI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Flusso della distribuzione diretta ▪ flusso dei consumi ospedalieri ▪ modello conto economico (CE) 	
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Invio dati trimestralmente e supporto da parte del Settore dell'Assessorato responsabile alle ASR 	
PUNTEGGIO	ASL: 5 punti	AO/AOU: 5 punti

2 Edilizia Sanitaria		
2.1 OBIETTIVO – Progetti di edilizia sanitari		ASL; AO; AOU
SETTORI REFERENTI	Politiche degli investimenti	
DESCRIZIONE DELL'OBIETTIVO	<p>Regione Piemonte nel 2022 ha proceduto con l'aggiornamento dei programmi di investimento in edilizia sanitaria a seguito dell'opera di censimento del patrimonio sanitario piemontese che ha evidenziato condizioni e stato d'uso obsoleti e generatori di rilevanti costi di gestione e di manutenzione, attraverso progetti innovativi per offrire ambienti e tecnologie d'avanguardia che portano ad elevare la qualità dei servizi offerti, a migliorare l'accessibilità, la qualità ambientale interna, la razionalizzazione dei percorsi e soprattutto a rispettare le normative antincendio e antisismiche nonché l'adeguamento degli impianti.</p> <p>Inoltre, il PNRR, con la Missione 6, ha riservato alla sanità uno spazio importante prevedendo investimenti e riforme volti a rafforzare il sistema sanitario nazionale per 15,6 miliardi di cui una parte rilevante finalizzati ad investimenti nell'area dell'edilizia e prevedono sia il potenziamento dell'assistenza territoriale, sia l'ammodernamento degli ospedali. Una programmazione efficiente degli interventi per migliorare l'assistenza è richiesta da diversi fattori: ridurre i costi di manutenzione; rispondere adeguatamente alla spinta delle politiche ambientali ed energetiche; calibrare gli interventi sulle necessità di potenziamento dell'assistenza territoriale; superare criticità connesse alla vetustà del patrimonio; economizzare sui costi sopportati per gli affitti dei locali utilizzati; mettere in sicurezza le strutture dai rischi sismici.</p>	
INDICATORI	2.1	Interventi programmati e realizzati entro le tempistiche indicate in tabella
VALORE DELL'OBIETTIVO	100%	
SCALA	SI/NO	
FONTE DATI	<ul style="list-style-type: none"> Documentazione aziendale 	
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> Monitoraggio obiettivi 31.12.2022 	
PUNTEGGIO	ASL/AO/AOU: 10 punti	
RIFERIMENTI	DGR 20-6514 del 13/02/2023 DGR 20-3485 del 02/07/2021 DCR 193-974 del 18/01/2022 DCR 244-19217 del 05/10/2022 DGR 8-4741 del 11/03/2022 DGR 39-5033 del 13/05/2022 DGR 21-6661 del 27/03/2023 DGR 42-6897 del 15/05/2023 DGR 22-6662 del 27/03/2023 DGR 14-6871 del 15/05/2023 DCR 280-14649 del 21/06/2023	

Obiettivo 2.1

a) Tabella valori obiettivo progetti edilizia sanitaria per AO/AOU e ASL

COD. AZ	AZIENDA	DESCRIZIONE INTERVENTO	COMUNE	OBIETTIVO	
				ATTIVITA'	SCADENZA
203	ASL TO3	Realizzazione Ospedale di Comunità	Venaria	Stipula delle obbligazioni giuridicamente vincolanti	30/09/2023
204	ASL TO4	ristrutturazione PO - Chivasso edificio storico	Chivasso	Approvazione studio di fattibilità	31/12/2023
205	ASL TO5	Realizzazione di un nuovo presidio ospedaliero-DEA di I livello ASL TO5	Cambiano	Aggiudicazione servizio di progettazione	31/12/2023
206	ASL VC	Nuova Piastra Emergenza PO S.Andrea	Vercelli	Avvio gara di progettazione	31/12/2023
207	ASL BI	Presidio territoriale ex-macello di Biella	Biella	Approvazione del Progetto di Fattibilità Tecnico Economica	31/12/2023
208	ASL NO	Ampliamento dell'ospedale di Borgomanero	Borgomanero	Aggiudicazione gara di progettazione	31/12/2023
209	ASL VCO	Ristrutturazione presidi ospedalieri VCO	Verbania e Domodossola	Approvazione studi di fattibilità	31/12/2023
210	ASL CN1	Realizzazione di un nuovo presidio ospedaliero-DEA di I livello	Savigliano	Stipula contartto servizio di progettazione	31/12/2023
211	ASL CN2	Ristrutturazione ospedali di comunità di Alba e Bra	Alba e Bra	Avvio gara per affidamento lavori	31/12/2023
212	ASL AT	Realizzazione Ospedale di Comunità	Asti	Stipula delle obbligazioni giuridicamente vincolanti	30/09/2023
213	ASL AL	Realizzazione Ospedale di Comunità	Valenza	Stipula delle obbligazioni giuridicamente vincolanti	30/09/2023
301	ASL Città di Torino	Realizzazione di un nuovo presidio ospedaliero-DEA di I livello Torino Nord	Torino	Aggiudicazione servizio di progettazione	31/12/2023
904	AO S.LUIGI	Progetti antincendio L. 145/2018 – Art. 1 c. 95	Orbassano	Approvazione studi di fattibilità	31/12/2023
905	AO NO	Realizzazione di un nuovo presidio ospedaliero-DEA di II livello	Novara	aggiudicazione gara di concessione progettazione e costruzione in project financing	31/12/2023
906	AO CN	Realizzazione di un nuovo presidio ospedaliero-DEA di II livello	Cuneo	completamento istruttoria valutazione PPP	31/12/2023
907	AO AL	Ristrutturazione ospedale infantile di Alessandria (2° Lotto)	Alessandria	Approvazione del Progetto di Fattibilità Tecnico Economica	31/12/2023
908	AO Mauriziano	Progetti antincendio L. 145/2018 – Art. 1 c. 95	Torino	Approvazione studi di fattibilità	31/12/2023
909	AO CdSS	Interventi di messa in sicurezza 1° e 2° lotto PS/DEA e CORRIDOI art.71	Torino	affidamento lavori	31/12/2023

3. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

3.1 OBIETTIVO - M6C1 -Potenziamento dell'Assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale-ASL

SETTORI REFERENTI	Coordinamento attuazione del PNRR - Missione 6	
DESCRIZIONE dell'obiettivo	<p>Alla luce della straordinaria opportunità costituita dal PNRR, il presente obiettivo ha come finalità il conseguimento degli obiettivi programmati dalla Regione Piemonte e validati dai Ministeri competenti per i diversi investimenti che compongono la suddetta pianificazione relativamente alle progettualità di seguito definite.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Case di Comunità, la quale consiste nella creazione e nell'avvio di 82 Case della Comunità sul territorio piemontese, attraverso l'attivazione, lo sviluppo e l'aggregazione di servizi di assistenza di base e la realizzazione di centri di assistenza; - Ospedali di Comunità, la quale consiste nella creazione e nell'avvio di 27 Ospedali di Comunità sul territorio piemontese; - Centrali Operative Territoriali, la quale consiste nell'attivazione di 43 Centrali Operative Territoriali sul territorio piemontese, con la funzione di collegare e coordinare i servizi domiciliari con vari servizi territoriali, sociosanitari e ospedalieri e con la rete di emergenza. <p>In particolare, con riferimento agli obiettivi definiti, al fine di raggiungere l'obiettivo europeo entro i tempi stabiliti, risulta fondamentale il rispetto dei vincoli e delle condizionalità previste dal POR ed i relativi Milestone e Target per il 2023.</p> <p>Inoltre, oltre al presente specifico obiettivo saranno comunque oggetto di valutazione tutte le azioni portate avanti dalle ASR in attuazione delle indicazioni normative e degli impegni connessi al PNRR per l'annualità 2023.</p>	
INDICATORI	3.1.1	Stipula dei contratti per la realizzazione delle Case della Comunità entro il 3° trimestre 2023
	3.1.2	Stipula dei contratti per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali e dei contratti per l'interconnessione aziendale entro il 2° trimestre 2023
	3.1.3	Completamento lavori delle Centrali Operative Territoriali entro il 31/12/2023
	3.1.4	Stipula delle obbligazioni giuridicamente rilevanti per la realizzazione degli Ospedali di Comunità entro il 3° trimestre 2023
VALORE DELL'OBIETTIVO	100% per ogni indicatore	
SCALA	SI/NO per ogni indicatore Ogni indicatore pesa ¼ del punteggio complessivo	
FONTE DATI	<ul style="list-style-type: none"> • Rendicontazione aziendale 	
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Come da cronoprogramma regionale ▪ 31.12.2023 	

PUNTEGGIO	ASL: 5 punti
RIFERIMENTI	<p>DCR n. 199-3824 del 22.02.2022 "Approvazione della programmazione relativa alle strutture di prossimità ed intermedie nelle aziende sanitarie locali: localizzazione dei siti delle case di comunità, ospedali di comunità e centrali operative territoriali."</p> <p>Contratto istituzionale di sviluppo tra Ministero della Salute e Regione Piemonte (https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3240)</p> <p>DGR n. 25-5186 del 14 giugno 2022, allegato A lettera f), l'Azienda in qualità di soggetto attuatore delegato esterno <u>"<i>garantisce l'avvio tempestivo delle attività progettuali per non incorrere in ritardi attuativi e concludere il progetto nella forma, nei modi e nei tempi previsti, nel rispetto della tempistica prevista dal relativo cronoprogramma di intervento/progetto e sottopone al Ministero della salute attraverso la Regione le eventuali modifiche al progetto.</i>"</u></p>

3. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza		
3.2 OBIETTIVO – M6C1 – Assistenza Domiciliare		ASL
SETTORI REFERENTI	Coordinamento attuazione del PNRR - Missione 6	
DESCRIZIONE DELL'OBIETTIVO	<p>Il presente obiettivo ha come finalità il conseguimento degli obiettivi programmati dalla Regione Piemonte e validati dai Ministeri competenti per la linea di investimento Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), la quale ha come obiettivo quello di aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare.</p> <p>L'incremento della popolazione over 65 (1.116.681 soggetti al 31.12.2022), in regione Piemonte ha comportato un aumento progressivo delle malattie cronico/degenerative richiedendo un incremento dei servizi di assistenza a lungo termine, supportando l'assistito e la sua famiglia. A tal proposito, il presente obiettivo ha come finalità il conseguimento degli obiettivi programmati dalla Regione Piemonte e validati dai Ministeri competenti per la linea di investimento Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), la quale ha come obiettivo quello di aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare.</p> <p><u>Oltre al presente specifico obiettivo saranno comunque oggetto di valutazione tutte le azioni portate avanti dalle ASR in attuazione delle indicazioni normative e degli impegni connessi al PNRR per l'annualità 2023.</u></p>	
INDICATORI	3.2.1	Raggiungimento della copertura in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) per tutti i soggetti over 65, così come dettagliato per ASL nella seguente tabella, entro il 31/12/2023 .
VALORE DELL'OBIETTIVO	100%	
SCALA	SI/NO	
FONTE DATI	<ul style="list-style-type: none"> Rendicontazione aziendale, Flusso SIAD 	
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> Come da cronoprogramma regionale 31.12.2023 	
PUNTEGGIO	ASL: 5 punti	
RIFERIMENTI	Deliberazione della Giunta Regionale del 17 luglio 2023 n. 13-7239 "D.M. 23/01/2023 "Ripartizione delle risorse relative all'investimento M6- C1-1.2.1. «Casa come primo luogo di cura (ADI)» del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)" - Adozione Piano Operativo Regionale cure domiciliari sanitarie - CUP J64E23000110002".	

Codice Asl	Descrizione Asl	Popolazione over 65	Target minimo 2023	di cui DL34/PNRR
301	ASL CITTA' DI TORINO	220.883	19.184	7.914
203	TO3	151.777	13.182	5.438
204	TO4	130.672	11.349	4.682
205	TO5	76.575	6.651	2.743
206	VC	45.650	3.965	1.635
207	BI	47.963	4.166	1.718
208	NO	82.787	7.190	2.966
209	VCO	45.722	3.971	1.638
210	CN1	101.906	8.851	3.651
211	CN2	41.272	3.584	1.479
212	AT	52.865	4.591	1.894
213	AL	118.609	10.301	4.249
TOTALE		1.116.681	96.984	40.007

Pazienti over 65 da prendere in carico in assistenza domiciliare per ogni classe di CIA (Coefficiente di Intensità Assistenziale), ai sensi del DPCM PNRR MISSIONE 6 - SALUTE 12 gennaio 2017 art. 22 e art. 23

3. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

3.3 OBIETTIVO – M6C2 - Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero ASL; AO; AOU

SETTORI REFERENTI	Coordinamento attuazione del PNRR - Missione 6	
DESCRIZIONE DELL'OBIETTIVO	<p>Alla luce della straordinaria opportunità costituita dal PNRR, il presente obiettivo ha come finalità il conseguimento degli obiettivi programmati dalla Regione Piemonte e validati dai Ministeri competenti per i diversi investimenti che compongono la suddetta pianificazione relativamente alle progettualità di seguito definite.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Digitalizzazione DEA I e II livello, la quale, riferendosi alle 24 strutture sede di DEA di regione Piemonte, consiste nella digitalizzazione dell'assistenza sanitaria e dei sistemi informativi sanitari; - Grandi Apparecchiature Sanitarie, la quale consiste nell'ammodernamento digitale del parco tecnologico ospedaliero tramite la sostituzione di 181 modelli obsoleti con modelli tecnologicamente avanzati. <p>In particolare, con riferimento agli obiettivi definiti, al fine di raggiungere l'obiettivo europeo entro i tempi stabiliti, risulta fondamentale il rispetto dei vincoli e delle condizionalità previste dal POR ed i relativi Milestone e Target per il 2023</p> <p><u>Inoltre, oltre al presente specifico obiettivo saranno comunque oggetto di valutazione tutte le azioni portate avanti dalle ASR in attuazione delle indicazioni normative e degli impegni connessi al PNRR per l'annualità 2023.</u></p>	
INDICATORI	3.3.1	Stipula obbligazione giuridicamente rilevante per l'impiego di almeno il 75% dell'importo assegnato per la digitalizzazione degli ospedali con sede DEA entro il 31/12/2023 .
	3.3.2	Adozione di un cronoprogramma di sostituzione delle Grandi Apparecchiature Sanitarie entro il T3 2023 e perseguimento del target di sostituzione del 50% della spesa finanziata entro T4 2023 .
	3.3.3	Stipula obbligazione giuridicamente rilevante per la realizzazione degli interventi pari al 100% degli interventi relativi all'acquisto delle Grandi Apparecchiature Sanitarie entro il 31/12/2023 .
VALORE DELL'OBIETTIVO	100% per ogni indicatore	
SCALA	SI/NO per ogni indicatore	
	Ogni indicatore pesa 1/3 del punteggio complessivo	
FONTE DATI	<ul style="list-style-type: none"> • Rendicontazione aziendale 	
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Come da cronoprogramma regionale ▪ 31.12.2023 	
PUNTEGGIO	ASL/AO/AOU: 5 punti	

RIFERIMENTI	<p>Contratto istituzionale di sviluppo tra Ministero della Salute e Regione Piemonte (https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3240)</p> <p>DGR n. 25-5186 del 14 giugno 2022, allegato A lettera f), l'Azienda in qualità di soggetto attuatore delegato esterno <i><u>“garantisce l’avvio tempestivo delle attività progettuali per non incorrere in ritardi attuativi e concludere il progetto nella forma, nei modi e nei tempi previsti, nel rispetto della tempistica prevista dal relativo cronoprogramma di intervento/progetto e sottopone al Ministero della salute attraverso la Regione le eventuali modifiche al progetto.”</u></i></p>
--------------------	---

3. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza		
3.4 OBIETTIVO – M6C2 - Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione – FSE 2.0		
ASL; AO; AOU		
SETTORI REFERENTI	Coordinamento attuazione del PNRR - Missione 6	
DESCRIZIONE DELL'OBIETTIVO	<p>Alla luce della straordinaria opportunità costituita dal PNRR, il presente obiettivo ha come finalità il conseguimento degli obiettivi programmati dalla Regione Piemonte e validati dai Ministeri competenti per i diversi investimenti che compongono la suddetta pianificazione relativamente alla progettualità Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0, il quale mira ad imprimere un profondo cambio di passo nell'infrastrutturazione tecnologica alla base dell'erogazione dell'assistenza, dell'analisi dei dati sanitari e della capacità predittiva del SSN italiano.</p> <p>In particolare, con riferimento agli obiettivi definiti, al fine di raggiungere l'obiettivo europeo entro i tempi stabiliti, risulta fondamentale il rispetto dei vincoli e delle condizionalità previste dal POR ed i relativi Milestone e Target per il 2023.</p> <p><u>Inoltre, oltre al presente specifico obiettivo saranno comunque oggetto di valutazione tutte le azioni portate avanti dalle ASR in attuazione delle indicazioni normative e degli impegni connessi al PNRR per l'annualità 2023.</u></p>	
INDICATORI	3.4.1	<p>Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023:</p> <ul style="list-style-type: none"> - adeguamento tecnologico degli applicativi refertanti per il dialogo con il gateway nazionale, nel rispetto cronoprogramma condiviso con la Regione. - aggiornamento del repository relativamente alle specifiche tecniche regionali, ivi incluso l'avvio degli interventi per la gestione del processo di dematerializzazione esenzioni di patologia entro il 30 settembre 2023 con predisposizione del cronoprogramma realizzativo. - conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali.
VALORE DELL'OBIETTIVO	100%	
SCALA	SI/NO	
FONTE DATI	<ul style="list-style-type: none"> • Rendicontazione aziendale • Cruscotto PADDI 	
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Come da cronoprogramma regionale ▪ 31.12.2023 	
PUNTEGGIO	ASL/AO/AOU: 5 punti	
RIFERIMENTI	Delibera di Giunta Regionale n. 9-6437 del 23 gennaio 2023 con oggetto "PNRR M6 Salute: Interventi digitalizzazione attuazione FSE 2.0. Riparto, ai sensi dell'art.5, c.1 del CIS alle ASR, quali soggetti attuatori	

	<p><i>esterni delegati. Riparto agli Enti SSR risorse PNRR per complessivi Euro 20.684.021,00 per potenziamento infrastrutture digitali. Riparto ad Azienda Zero risorse per attività di supporto pari a Euro 1.500.000,00.” e contestuale allegato C.</i></p> <p>Contratto istituzionale di sviluppo tra Ministero della Salute e Regione Piemonte (https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3240)</p>
--	--

4 Accessibilità

4.1 OBIETTIVO – Tempi di attesa. Prestazioni erogate prenotate attraverso il CUP

SETTORI REFERENTI	Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari; Controllo di gestione, sistemi informativi, logistica sanitaria e coordinamento acquisti	
DESCRIZIONE DELL'OBIETTIVO	<p>L'erogazione delle prestazioni entro tempi appropriati, rispetto alla patologia ed alle necessità di cura, è a tutti gli effetti una componente strutturale dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).</p> <p>Le liste di attesa delle prestazioni ambulatoriali rappresentano un fenomeno che pregiudica l'accessibilità e la fruibilità delle prestazioni specialistiche da parte dei cittadini, rappresentando un elemento di forte criticità del SSR. In osservanza delle indicazioni previste nel vigente Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA 2019-2021), sono stati previsti interventi volti all'implementazione e all'ammodernamento delle infrastrutture tecnologiche legate ai sistemi di prenotazione elettronica per l'accesso alle strutture sanitarie. In Particolare il Piano nazionale prevede che <i>“Tutte le Agende di prenotazione sopra specificate devono essere gestite dai sistemi CUP e devono essere suddivise per Classi di priorità. La gestione delle Agende deve essere improntata a criteri di flessibilità, in modo da evitare la sottoutilizzazione della capacità erogativa e massimizzare la capacità di assicurare il rispetto del tempo massimo di attesa per ciascuna Classe di priorità”</i>.</p> <p>Il presente obiettivo ha come finalità l'efficientamento e l'adeguato utilizzo delle agende aziendali sia “pubbliche” che “dedicate” mediante il Sistema CUP; pertanto, sarà oggetto di valutazione la relazione tra le prestazioni erogate e le prestazioni prenotate, il cui rapporto dovrà essere minore o uguale a 1,00.</p>	
INDICATORI	4.1.1	Prestazioni erogate Flusso C / Prestazioni prenotate CUP
VALORE DELL'OBIETTIVO	N° Prestazioni erogate (Flusso C) nel 2023 ≤ N° Prestazioni prenotate a CUP nel 2023	
SCALA	SI/NO	
FONTE DATI	<ul style="list-style-type: none"> • CUP • Flusso C 	
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> • 31/12/2023 	
PUNTEGGIO	ASL:10 AO/AOU: 12 punti	
RIFERIMENTI	D.G.R. n. 10-3790 del 17 settembre 2021 ad oggetto <i>“D.M. 8 luglio 2011: Recepimento accordo per l'erogazione a prezzi di riferimento massimi dei servizi di prenotazione, ritiro referti e pagamento ticket da parte delle farmacie territoriali e disposizioni attuative. Riparto quote contributo ASR per la copertura delle spese di implementazione e ammodernamento infrastrutture tecnologiche sistemi di prenotazione elettronica ambulatoriale (D.M. 20 agosto 2019)”</i>	

4. Accessibilità		
4.2 OBIETTIVO – Area osteomuscolare ASL; AO; AOU		
SETTORI REFERENTI	Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari	
DESCRIZIONE DELL'OBIETTIVO	<p>Le Linee Guida internazionali concordano sul fatto che il trattamento migliore delle fratture del collo del femore sia di tipo chirurgico; la strategia chirurgica dipende dal tipo di frattura e dall'età del paziente; gli interventi indicati sono la riduzione della frattura e la sostituzione protesica.</p> <p>Diversi studi hanno dimostrato che ad una lunga attesa per l'intervento corrisponda un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente.</p> <p>Pertanto, si conferma per il 2023 il seguente obiettivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 48 ore in pazienti ultrasessantacinquenni. <p>L'indicatore oggetto dell'obiettivo è espresso in termini di produzione sia per le AO/AOU che per le ASL.</p> <p>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.</p> <p>L'indicatore è calcolato valutando il tempo a partire dall'arrivo in PS.</p>	
INDICATORI	4.2	<p>Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 48 ore dall'arrivo in PS (differenza tra data della procedura e data di arrivo in PS \leq 48 ore)</p> <hr/> <p>Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore</p>
VALORE DELL'OBIETTIVO	Tasso aggiustato \geq 70%	
SCALA	<p>Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2023 tra il valore di partenza (dato anno 2022) e il valore obiettivo.</p> <p>Se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.</p> <p>Qualora il risultato 2023 dell'indicatore corrisponda al valore obiettivo, l'obiettivo è considerato raggiunto.</p>	
FONTE DATI	Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) e Flusso C2	
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontri di monitoraggio obiettivi ▪ 31.12.2023 	

PUNTEGGIO	ASL: 5 punti AO/AOU: 7 punti AOU S. Luigi: 10 punti
RIFERIMENTI	<p>https://pne.agenas.it/</p> <p>Pre.Va.Le Piemonte - http://95.110.213.190/</p> <p>Belotti, LMB; Bartoli S; Trombetti S; Montella MT; Toni A; De Palma R. Factors influencing surgical delay after hip fracture in hospitals of Emilia Romagna Region, Italy: a multilevel analysis. Hip International. Jan/Feb2013, 23(1): 15-21.</p> <p>Johansen, A., Tsang, C., Boulton, C., Wakeman, R. and Moppett, I. (2017), Understanding mortality rates after hip fracture repair using ASA physical status in the National Hip Fracture Database. Anaesthesia. doi:10.1111/anae.13908</p> <p>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 Journal of Orthopaedic Trauma: August 2015 - Volume 29 - Issue 8 - p 343–348</p> <p>Tzortziou Brown V, Underwood M, Mohamed N, Westwood O, Morrissey D. Professional interventions for general practitioners on the management of musculoskeletal conditions. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 5. Art. No.: CD007495. DOI: 10.1002/14651858.CD007495.pub2.</p>

4. Accessibilità

4.3 OBIETTIVO – Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA Stemi ASL; AO; AOU

SETTORI REFERENTI	Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari	
DESCRIZIONE DELL'OBIETTIVO	<p>Proporzione di episodi di STEMI trattati con PTCA entro 90 minuti.</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>A seguito di verifiche di associazione tra andamenti degli esiti e nuove variabili cliniche introdotte nel tracciato delle SDO a partire dal 2018, a partire dall'edizione 2021 del PNE Agenas ha introdotto 2 indicatori che considerano come tempo di riferimento per l'esecuzione della PTCA dall'accesso nella struttura di ricovero 90 minuti. In linea con quanto già previsto dalla DGR 23-5653 del 19 settembre 2022 si è stabilito che per l'annualità 2023 l'indicatore sia:</p> <p>1) STEMI: proporzione di pazienti trattati con PTCA entro 90 minuti dall'accesso nella struttura di ricovero;</p> <p>L'indicatore è espresso in termini di produzione per le AO e di tutela per le ASL</p>	
INDICATORI	4.3	<p>Numero di episodi di STEMI in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro novanta minuti.</p> <p>-----</p> <p>Numero di episodi di STEMI</p>
VALORE DELL'OBIETTIVO	Tasso grezzo $\geq 60\%$	
SCALA	<p>Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2023 tra il valore di partenza (dato anno 2022) e il valore obiettivo.</p> <p>Se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.</p> <p>Qualora il risultato 2023 dell'indicatore corrisponda al valore obiettivo, l'obiettivo è considerato raggiunto.</p>	
FONTE DATI	Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) e Flusso C2	

TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontri di monitoraggio obiettivi ▪ 31.12.2023 		
PUNTEGGIO	ASL: 5 punti	AO/AOU: 7 punti	AOU S. Luigi: 10 punti
RIFERIMENTI	<p>https://pne.agenas.it/</p> <p>Pre.Va.Le Piemonte - http://95.110.213.190/</p> <p><i>Bonnefoy E, Steg PG, Boutitie F, et al.</i> For the CAPTIM Investigators. Comparison of primary angioplasty and prehospital fibrinolysis in acute myocardial infarction (CAPTIM) trial: a 5-year follow-up. <i>Eur Heart J</i> 2009;30:1598-606</p> <p><i>Assessment of the Safety and Efficacy of a New Treatment Strategy with Percutaneous Coronary Intervention (ASSENT-4 PCI) Investigators.</i> Primary versus tenecteplase facilitated percutaneous coronary intervention in patients with ST-segment elevation acute myocardial infarction (ASSENT-4 PCI): a randomised trial. <i>Lancet</i> 2006;367:569–78.</p> <p><i>Steg PG, James SK, Atar D, et al.</i> The Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology (ESC). ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. <i>Eur Heart J</i> 2012 doi:10.1093/eurheartj/ehs215</p> <p><i>Dorler J, Edlinger M, Alber HF, et al.</i> Clopidogrel pre-treatment is associated with reduced in-hospital mortality in primary percutaneous coronary intervention for acute ST-elevation myocardial infarction. <i>Eur Heart J</i> 2011;32:2954–61.</p> <p><i>Andersen HR, Nielsen TT, Rasmussen K, Thuesen L, Kelbaek H, Thayssen P, Abildgaard U, Pedersen F, Madsen JK, Grande P, Villadsen AB, Krusell LR, Haghfelt T, Lomholt P, Husted SE, Vigholt E, Kjaergard HK, Mortensen LS; DANAMI-2 Investigators.</i> A comparison of coronary angioplasty with fibrinolytic therapy in acute myocardial infarction. <i>N Engl J Med.</i> 2003; 349(8): 733-42.</p> <p><i>Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW et al;</i> ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction; A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. <i>J Am Coll Cardiol.</i> 2004;44(3):E1-E211</p>		

4. Accessibilità

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

SETTORI REFERENTI	Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari	
DESCRIZIONE DELL'OBIETTIVO	<p>Alla luce della Delibera del 2008 in merito al Percorso nascita (DGR 34-8769 del 12.05.2008 e s.m.i), che ha preceduto l'Accordo Stato Regioni del 2010, dell'avvio e del consolidamento del flusso CEDAP e del DWH regionale relativo al Percorso Nascita, il presente obiettivo intende valorizzare l'attenzione che il Servizio Sanitario Regionale ha sempre più rivolto a tale ambito attraverso il progressivo allineamento e integrazione dei diversi flussi informativi (CEDAP e SDO) che consentono di monitorare la tipologia e la qualità dell'assistenza erogata in tale percorso assistenziale supportando altresì gli audit organizzativi interni ai Punti nascita.</p> <p>Pertanto, alla luce delle evidenze scientifiche in materia, degli standard qualitativi consolidati a livello internazionale e nazionale (WHO, Piano Nazionale Esiti) e della qualità dei flussi informativi disponibili in Regione Piemonte, si ritiene idoneo assegnare l'obiettivo “proporzione di parti con taglio cesareo primario” per ciascuna Azienda andando ad esplicitare degli indicatori di accesso allo stesso che pongano in evidenza la qualità dell'assistenza e il monitoraggio dei flussi informativi relativamente all'evento parto.</p> <p>In particolare, viene posta attenzione al Bilancio di Salute materno -fetale alla 36°-37° settimana, strumento che permette alla donna e all'operatore del Punto Nascita di confrontarsi sulle aspettative per il travaglio e per il parto e sugli elementi clinici che ne guideranno l'assistenza. Con riferimento a tale strumento si richiama quanto riportato nell'Agenda di Gravidanza (pag. 112): <i>“A 36-37 settimane il Bilancio di Salute materno-fetale va programmato presso il Punto Nascita scelto per il parto. In questo bilancio viene predisposta la cartella clinica ospedaliera che verrà successivamente utilizzata durante il ricovero per la nascita e si compilano alcune parti del Certificato di Assistenza al Parto...”</i>.</p> <p>L'obiettivo è misurato in una prospettiva di produzione sia per le ASL che per le AO/AOU.</p>	
INDICATORI	4.4.1	$\frac{\text{N° parti con cesareo primario}}{\text{N° parti con nessun pregresso cesareo}} \times 100$
	4.4.1	coerenza tra cartella SDO e scheda CEDAP con DRG di parto da 370 a 375

VALORE DELL'OBIETTIVO	4.4.1 maternità di II livello: tasso aggiustato ≤ 20,00% maternità di I livello: tasso aggiustato ≤ 15,00% 4.4.2 100%
SCALA	<p><u>4.4.1</u> Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2023 tra il valore di partenza (dato anno 2022) e il valore obiettivo.</p> <p>Se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.</p> <p>Qualora il risultato 2023 dell'indicatore corrisponda al valore obiettivo, l'obiettivo è considerato raggiunto.</p> <p><u>4.4.2</u> SI/NO a livello aziendale</p>
FONTE DATI	Flussi CEDAP- SDO
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontri di monitoraggio obiettivi ▪ 31.12.2023
PUNTEGGIO	<p>ASL: 5 punti AO/AOU: 6 punti</p> <p>(sia per le ASL che per le AO/AOU gli indicatori pesano rispettivamente: 70% indicatore 4.4.1; 30% indicatore 4.4.2)</p> <p>L'AOU S. Luigi è esclusa dal presente obiettivo in quanto non presenta il Punto Nascita</p>
RIFERIMENTI	<p>https://pne.agenas.it/</p> <p>Pre.Va.Le Piemonte - http://95.110.213.190/</p> <p>Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2019 (https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3076)</p> <p>World Health Organization. WHO Statement on Caesarean Section Rates. April 2015</p> <p>2015, Michael Robson, Martina Murphy, Fionnuala Byrne. Quality assurance: The 10-Group Classification System (Robson classification), induction of labor, and cesarean delivery. International Journal of Gynecology and Obstetrics 131 (2015) S23–S27</p> <p>2014, Antenatal and postnatal mental health NICE guideline CG192</p> <p>2014, Intrapartum care NICE guideline CG190</p> <p>http://epoc.cochrane.org/</p> <p>Mulaku N M. Do non-clinical interventions reduce unnecessary caesarean sections rates? A SUPPORT Summary of a systematic review. May 2016. www.supportsummaries.org</p> <p>https://www.choosingwiselyitaly.org/index.php/it/le-raccomandazioni</p>

4. Accessibilità

4.5 OBIETTIVO – Donazioni d'organo – ASL; AO; AOU

SETTORI REFERENTI	Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari
DESCRIZIONE DELL'OBIETTIVO	<p>La Regione Piemonte con DGR n. 48-8659 del 29 marzo 2019 ha provveduto al recepimento dell'ultimo Accordo tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano in merito al documento recante "Programma Nazionale di Donazione Organi 2018-2020". Il presente obiettivo si pone dunque in linea con quanto deliberato nella suddetta DGR, nonché con quanto previsto dal sistema obiettivi dei DG a partire dall'anno 2015.</p> <p>Piena attuazione - attraverso il Coordinamento Ospedaliero delle donazioni e dei prelievi di organi e tessuti, operativamente e funzionalmente in staff alla Direzione Sanitaria, con il supporto dell'Infermiere Esperto nel Procurement, come previsto dalla DD n.466 del 7 giugno 2019 - dei parametri fissati dal Coordinamento Regionale delle donazioni e dei Prelievi di organi e tessuti finalizzati per il 2023 a incrementare il procurement di organi e di cornee.</p> <p>Si prevede per il 2023 il raggiungimento aziendale dei seguenti obiettivi di governo regionale:</p> <p>4.5.1 Segnalazioni di soggetti in Morte Encefalica (BDI%)</p> <p>Per ogni Presidio Ospedaliero in elenco viene valutato il BDI (vedi indicatore 1). Per i Presidi Ospedalieri con più rianimazioni viene valutato il BDI complessivo del Presidio. BDI atteso nel 2023:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Tra il 20 e il 40 % per i P.O. senza neurochirurgiab. Superiore al 40 % per i P.O. con neurochirurgia <p>La valutazione del BDI sarà effettuata sugli ultimi tre anni per i P.O. con meno di tre diagnosi di ingresso compatibili nel 2023.</p> <p>4.5.2 Non opposizioni alla donazione di organi</p> <p>Considerati i colloqui di donazione in cui non è presente una volontà (favorevole o contraria) nel Sistema Informativo Trapianti (SIT), per ogni Presidio Ospedaliero in elenco si richiede un tasso di opposizione alla donazione di organi inferiore o uguale al 33 % delle segnalazioni di morte encefalica (vedi indicatore 2). Per i Presidi Ospedalieri con più rianimazioni viene valutato il tasso di opposizione alla donazione di organi complessivo del Presidio.</p> <p>La valutazione sarà effettuata sugli ultimi tre anni per i P.O. che hanno meno di tre segnalazioni di morte encefalica nel 2023 senza volontà presente nel SIT.</p> <p>4.5.3 Donatori di Cornee</p> <p>Considerati i decessi ospedalieri del primo semestre 2022 fra i 5 e i 78 anni compresi, proiettato il dato al 31 dicembre 2022, considerato il numero di posti letto degli ospedali della Regione nel 2022:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Per i Presidi Ospedalieri senza neurochirurgia e con meno di 400 posti letto: un numero di donatori pari al 10 % dei decessi ospedalieri del 2022 fra i 5 e i 78 anni compresi

	b. Per i Presidi Ospedalieri con neurochirurgia e per i Presidi Ospedalieri senza neurochirurgia ma con più di 400 posti letto: un numero di donatori pari al 12% dei decessi ospedalieri del 2022 fra i 5 e i 78 anni compresi (vedi indicatore 3).	
INDICATORI	4.5.1	BDI = n° morti encefaliche segnalate nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero/n° decessi di soggetti ricoverati nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero con una patologia compatibile con l’evoluzione verso la morte encefalica.
	4.5.2	Opposizioni alla donazione di organi nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero/segnalazioni di morte encefalica nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero senza volontà presente nel SIT.
	4.5.3	n° donatori di cornea n° donatori di cornea nel 2023/ totale decessi ospedalieri del 2022 fra i 5 e i 78 anni compresi.
VALORE DELL’OBIETTIVO	Cfr. valori indicati nelle tabelle seguenti	
SCALA	<u>4.5.1</u> Il raggiungimento del sub-obiettivo sarà riconosciuto: 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 parzialmente raggiunto applicando una funzione lineare che valorizzi la quota di risultato prodotto; un valore superiore al 40% evidenzia una performance superiore al target pertanto l’obiettivo è considerato raggiunto. <u>4.5.2</u> SI/NO <u>4.5.3</u> SI/NO	
FONTE DATI	report CRT annuale e CSI Piemonte	
TRACKING	<ul style="list-style-type: none">▪ Incontri di monitoraggio▪ 31.12.2023	
PUNTEGGIO	ASL: 3 punti AO/AOU: 5 punti Ogni sub-obiettivo pesa rispettivamente il: 4.5.1 40% 4.5.2 30% 4.5.3 30%	

Tabella valori obiettivo per ogni indicatore della scheda 4.5

		BDI %	OPPOSIZIONE ALLA DONAZIONE %	DONATORI DI CORNEE
Azienda	Denominazione Presidio Ospedaliero	atteso al 31.12.2023	atteso al 31.12.2023	atteso al 31.12.2023
CITTA' DI TORINO	OSPEDALE MARTINI	20 - 40 %	<=33 %	n.12
	OSPEDALE MARIA VITTORIA	20 - 40 %	<=33 %	n.20
	TORINO NORD EMERGENZA SAN GIOVANNI BOSCO	> 40 %	<=33 %	n.34
TO3	OSPEDALE CIVILE "E. AGNELLI"	20 - 40 %	< =33 %	n.18
	OSPEDALE DEGLI INFERMI	20 - 40 %	< =33 %	n.24
TO4	PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI CIRIE'	20 - 40 %	< =33 %	n.16
	OSPEDALE CIVICO DI CHIVASSO	20 - 40 %	< =33 %	n.12
	OSPEDALE CIVILE DI IVREA	20 - 40 %	< =33 %	n.22
TO5	OSPEDALE MAGGIORE	20 - 40 %	<= 33 %	n.11
	OSPEDALE SANTA CROCE	20 - 40 %	<= 33 %	n.10
VC	OSPEDALE SANT'ANDREA	20 - 40 %	< =33 %	n.19
BI	OSP. DEGLI INFERMI DI BIELLA	20 - 40 %	< =33 %	n.28
NO	ISTITUTO S.S. TRINITA'-BORGOMANERO	20 - 40 %	< =33 %	n.12
VCO	OSPEDALE SAN BIAGIO	20 - 40 %	< =33 %	n.7
	STABILIMENTO OSPEDALIERO CASTELLI	20 - 40 %	< =33 %	n.10
CN1	OSPEDALE DI MONDOVI'	20 - 40 %	< =33 %	n.7
	OSP. MAGGIORE S.S. ANNUNZIATA SAVIGLIANO	20 - 40 %	<=33 %	n.10
CN2	OSPEDALE MICHELE E PIETRO FERRERO-VERDUNO	20 - 40 %	< =33 %	n.15
AT	PRESIDIO OSP. CARDINAL G. MASSAIA	20 - 40 %	< =33 %	n.35
AL	OSPEDALE SANTO SPIRITO CASALE	20 - 40 %	< =33 %	n.19
	OSPEDALE SS. ANTONIO E MARGHERITA TORTONA	20 - 40 %	< =33 %	n.7
	OSPEDALE SAN GIACOMO NOVI	20 - 40 %	< =33 %	n.14
	OSP. MONS. G. GALLIANO ACQUI T.ME	20 - 40 %	< =33 %	n.10
AOU CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO	CENTRO TRAUMATOLOGICO ORTOPEDICO	> 40 %	< =33 %	n.8
	OSPEDALE INFANTILE REGINA MARGHERITA	> 40 %	< =33 %	n.2
	OSPEDALE S. ANNA	20 - 40 %	< =33 %	n.2
	OSPEDALE S. GIOV. BATTISTA MOLINETTE	> 40 %	< =33 %	n.93
AO SS. ANTONIO E BIAGIO E C. ARRIGO	OSP. CIVILE SS. ANTONIO E BIAGIO	> 40 %	< =33%	n.40
AO ORDINE MAURIZIANO	OSP. MAURIZIANO UMBERTO I - TORINO	20 - 40 %	< =33%	n.38
AO S.CROCE E CARLE	AZ. OSPEDAL. S. CROCE E CARLE	> 40 %	< =33 %	n.46
AOU S. LUIGI GONZAGA	AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA S. LUIGI	20 - 40 %	< =33 %	n.31
AOU MAGGIORE DELLA CARITA' NOVARA	OSPEDALE MAGGIORE DELLA CARITA'	> 40 %	< =33 %	n.50

5. Prevenzione	
5.1 Piano Nazionale della Prevenzione (PNP)	
SETTORI REFERENTI	Prevenzione, sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare
DESCRIZIONE DELL'OBIETTIVO	<p>Con DGR n. 16/4469 del 29/12/2021 è stato approvato il Piano regionale di prevenzione 2020-2025 (PRP), in attuazione del Piano nazionale di cui all'Intesa Stato-Regioni del 6 agosto 2020. Il PRP è articolato in 16 programmi, di cui 10 "predefiniti" a livello nazionale e 6 "liberi"; i programmi si articolano in azioni, declinate a livello regionale e locale.</p> <p>Il PRP è un adempimento LEA valutato annualmente attraverso 130 indicatori certificativi che misurano il raggiungimento di obiettivi specifici di ogni programma e alcuni aspetti trasversali a tutto il PRP: accordi intersettoriali, comunicazione, formazione, impatto sull'equità.</p> <p>I criteri di certificazione dei Piani regionali stabiliti dal PNP prevedono che, per il 2023, la certificazione ha esito positivo se il 60% degli indicatori certificativi raggiunge il valore atteso per l'anno di riferimento.</p> <p>La DGR suindicata demanda alla Direzione regionale Sanità l'adozione di atti annuali di programmazione delle azioni PRP, sulla base dei quali le ASL definiscono i Piani locali della Prevenzione (PLP). I PLP rappresentano lo strumento per attuare sul territorio le azioni previste dal PRP e si configurano come documenti di pianificazione strategica delle ASL, in quanto implicano il coinvolgimento di numerose strutture aziendali (anche esterne al Dipartimento di Prevenzione), richiedono il coordinamento di diversi Piani settoriali e il raccordo con stakeholder e soggetti esterni al SSR. A tal fine, la DGR suindicata stabilisce che le Aziende Sanitarie Locali approvino annualmente il PLP e producano una relazione sull'attività svolta nell'anno precedente, per ciascuna annualità.</p> <p>Il presente obiettivo misura il contributo delle Aziende sanitarie al raggiungimento degli obiettivi del PRP monitorati attraverso gli indicatori certificativi. Nella programmazione annuale PRP che viene approvata dalla Direzione Sanità tali indicatori sono declinati operativamente con l'individuazione di un valore atteso regionale e di un valore atteso locale (ASL). Inoltre, la programmazione introduce alcuni "indicatori di processo", non certificativi ai fini della valutazione adempimenti LEA, utili per monitorare l'attività necessaria al raggiungimento di obiettivi pluriennali. Pertanto, al fine di raggiungere gli obiettivi PRP come Regione Piemonte, le ASL dovranno garantire, per il 2023, il raggiungimento di almeno il 60% degli "indicatori di programma", aventi un valore atteso locale, contenuti nella programmazione annuale PRP e il 60% degli indicatori di processo.</p> <p>Al fine di raggiungere gli obiettivi PRP, le ASL dovranno, in collaborazione con i coordinatori dei Piani Locali di Prevenzione, formulare proposte organizzative (complete della definizione del fabbisogno di personale e dei profili professionali necessari), finalizzate a garantire la piena attuazione degli obiettivi PRP.</p> <p>Nel Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio LEA (DM 12 marzo 2019) è individuato l'indicatore "P14C: Indicatore composito sugli stili di vita" che misura la proporzione di soggetti con comportamenti/stili di vita non salutari desunta sulla base delle informazioni fornite dalla sorveglianza PASSI.</p> <p>Inoltre il questionario adempimenti LEA introduce l'indicatore U.1.2 "Monitoraggio dei dati dei sistemi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento" che valuta il tasso di copertura delle interviste e il tasso di risposta. Pertanto le ASL dovranno:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ garantire il mantenimento o la ripresa delle interviste necessarie per la continuità della sorveglianza PASSI; ▪ avviare la sorveglianza Passi d'Argento attraverso l'individuazione del coordinatore aziendale e del gruppo lavoro; <p>anche attraverso la revisione dei piani di organizzazione, se necessario.</p>	
INDICATORI	5.1.1	Percentuale di indicatori di programma e di processo, aventi un valore atteso locale per il 2023, che raggiungono lo standard atteso
	5.1.2	Documento di proposte organizzative complete della definizione del fabbisogno di personale e dei profili professionali necessari
	5.1.3	Numero delle interviste effettuate
VALORE DELL'OBIETTIVO	5.1.1	>= 60%
	5.1.2	documento trasmesso alla Direzione Sanità entro il 31/12/2023. (all'indirizzo sanita@regione.piemonte.it e per conoscenza all'indirizzo obiettividgres@regione.piemonte.it)
	5.1.3	numero di interviste concordato nel coordinamento regionale
SCALA	SI/NO per ogni indicatore	
FONTE DATI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rendicontazioni ASL dei Piani locali di prevenzione, trasmesse alla Direzione Sanità entro il 28/02/2023 ▪ Documentazione ASL ▪ piattaforma sorveglianzepassi.iss.it 	
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitoraggio obiettivi ▪ 31.12.2023 	
PUNTEGGIO	ASL: 2 punti Ogni indicatore pesa 1/3 del punteggio complessivo	
RIFERIMENTI	DGR n. 16/4469 del 29/12/2021 DM 12 marzo 2019	

5. Prevenzione	
5.2 PanFlu	
SETTORI REFERENTI	Prevenzione, sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare
DESCRIZIONE DELL'OBIETTIVO	<p>Con Lettera prot.n. 10361/A1409B del 17.03.2021 il Settore Prevenzione e Veterinaria della Direzione Sanità e Welfare della Regione Piemonte stabiliva una serie di indirizzi operativi per l'attività delle ASL nell'ambito dell'Emergenza Corona virus (con particolare riferimento ai Servizi Veterinari, Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione, Servizi di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro, Servizi di Igiene e Sanità Pubblica, e Servizi di Medicina Legale).</p> <p>In particolare, venivano individuate una serie di attività differibili, al fine di garantire un impiego delle risorse umane dei Dipartimenti di Prevenzione tale da consentire il massimo supporto richiesto alle ASL per il controllo della diffusione dell'epidemia.</p> <p>Le attività individuate come non differibili comprendevano quelle che, se non svolte, avrebbero comportato ricadute sul livello di protezione dei cittadini, sulla salute e il benessere degli animali, o un elevato impatto economico negativo per le imprese.</p> <p>Con D.G.R n.7-3122 del 34.04.2021 la Regione Piemonte ha recepito il "<i>Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale</i>" e approvato il "<i>Piano strategico-operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale</i>" (<i>PanFlu 2021-2023</i>). Suddetta DGR, tra l'altro, dispone che le ASL e le altre Strutture del SSR debbano mettere in atto le indicazioni contenute nel Piano "<i>PanFlu 2021-2023</i>", con il supporto e sotto la supervisione e il monitoraggio del Dipartimento Interaziendale Funzionale a valenza regionale "Malattie ed Emergenze Infettive".</p> <p>Il presente obiettivo, stante il decorso del termine individuato nella lettera suindicata per le attività "<i>Differibili</i>", e vista l'adozione di un Piano Regionale dedicato alla gestione di future emergenze sanitarie analoghe a quella da COVID-19, è volto a richiedere alle ASL l'elaborazione di un piano per la ripresa dell'operatività di tutte le attività, con particolare attenzione al mantenimento delle prestazioni del Dipartimento di Prevenzione che rientrano nei Livelli Essenziali di Assistenza.</p> <p>Nell'attuale fase inter-pandemica, i servizi devono pertanto adottare le misure finalizzate ad assicurare, per quanto possibile, il recupero delle prestazioni non effettuate e del Piano Regionale per la Prevenzione anche utilizzando gli strumenti di supporto (acquisizione di risorse, prestazioni aggiuntive, ecc.) messi a disposizione dal livello nazionale. Si richiede inoltre di progettare, per alcune tipologie di prestazioni, dei modelli organizzativi interaziendali che consentano un bacino di utenza sufficientemente ampio per giustificare l'acquisizione di nuove figure specialistiche creando sinergie positive nella gestione delle risorse.</p>

INDICATORI	5.3	Trasmissione della relazione riepilogativa delle misure messe in atto per lo sviluppo delle azioni previste dal PanFlu e il recupero delle prestazioni dei dipartimenti di prevenzione, entro il 29.10.2023
VALORE DELL'OBIETTIVO	100%	
SCALA	SI/NO	
FONTE DATI	<ul style="list-style-type: none"> • Documenti trasmessi ai seguenti indirizzi e-mail: obiettividgres@regione.piemonte.it; sanita.pubblica@regione.piemonte.it; • Documentazione aziendale/delibere, anche attraverso consultazione della sezione amministrazione trasparente del sito web aziendale 	
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitoraggio obiettivi ▪ 31.12.2023 	
PUNTEGGIO	ASL: 2 punti	
RIFERIMENTI	D.G.R. n. 7-3122 del 23.04.2021 D.G.R. n. 21-2701 del 27.12.2020 D.G.R. n. 1-1979 del 23.09.2020 D.G.R. n. 16-1481 del 05.06.2020 D.G.R. n. 10-11769 del 20.07.2009 Legge Regionale n.10/1995	

5. Prevenzione

5.3 - Attuazione Piano di recupero delle prestazioni di screening oncologici - ASL; AO; AOU

SETTORI REFERENTI	Programmazione dei Servizi Sanitari e Sociosanitari; Prevenzione, Sanità pubblica veterinaria e Sicurezza Alimentare	
DESCRIZIONE DELL'OBIETTIVO	<p>Il presente obiettivo si inquadra nell'ambito normativo nazionale e regionale vigenti e prevede il raggiungimento dello standard erogativo previsto e così articolato:</p> <p>Obiettivo 5.3: raggiungimento degli obiettivi di inviti e prestazioni secondo gli indicatori di cui ai paragrafi successivi.</p> <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.</p> <p>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 indicativamente dalla popolazione target diviso due. In questa fase di recupero del ritardo accumulato a seguito del rallentamento dell'attività dovuto alla pandemia, la popolazione target è calcolata includendo anche la quota di popolazione con periodismo di invito già scaduto.</p> <p>L'indicatore viene 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>Per il programma di screening della cervice uterina, che utilizza due tipi di test (HPV test per le donne di età compresa tra 30 e 64 anni e Pap-test per le donne di età compresa tra 25 e 29 anni) si considera, sia per la copertura da inviti che per la copertura da esami, la somma dei volumi di attività erogati per i due test (inviti per HPV + inviti per Pap-test; esami HPV + Esami Pap-test).</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 per le donne con Pap-test negativo e 5 anni per donne con test HPV negativo). ▪ Uomini e donne di età 50-74 anni per lo screening coloretale (due anni) 	
INDICATORI	5.3	<p>COPERTURE INVITI: N° persone invitate + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale.</p> <p>COPERTURA ESAMI: N° persone sottoposte al test di screening, incluse le adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale</p>
VALORE DELL'OBIETTIVO	5.3 Cfr. tabella seguente con dettaglio delle coperture	

SCALA	<p><u>5.3</u> Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2023 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. Ogni indicatore compartecipa per 1/6 del punteggio dell'obiettivo.</p>
FONTE DATI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Banca da CSI – CRPT Piemonte
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoraggio obiettivi • 31.12.2023
PUNTEGGIO	ASL/AO/AOU: 3 punti
NOTE	<p><i>Gli obiettivi vengono valutati a livello dei SEI PROGRAMMI di Prevenzione Secondaria dei Tumori cui partecipano le Aziende. Se l'obiettivo è stato raggiunto, la valorizzazione riguarda tutti i Direttori Generali delle Aziende che fanno parte del programma, incluse le Aziende Ospedaliere: infatti, tutte le Aziende di ciascun programma concorrono al raggiungimento degli obiettivi (l'AO Mauriziano partecipa solo per lo screening del cancro del colon-retto).</i></p> <p><i>Gli indicatori descritti sono tra quelli previsti entro il Piano Regionale della Prevenzione.</i></p> <p><i>La valutazione terrà conto anche del dato di performance del best performer regionale.</i></p>
RIFERIMENTI	<ul style="list-style-type: none"> - D.G.R. n. 27-3570 del 04.07.2016, Aggiornamento del Programma regionale di screening oncologici, denominato "Prevenzione Serena" e individuazione del centro unificato regionale per l'esecuzione del test immunochimico di ricerca del sangue occulto nelle feci. Parziale modifica della D.G.R. n. 111-3632 del 02.08.2006. - DL 14 agosto 2020, n. 104 "Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia", che reca le disposizioni urgenti in materia di liste di attesa. - DGR 23 settembre 2020, n. 2-1980. "Decreto-Legge 14 agosto 2020, n. 104. Obiettivi programmatici e riparto risorse alle Aziende pubbliche del SSR per il recupero delle liste di attesa relative a prestazioni ambulatoriali, di screening oncologici e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2"; - DL 25 maggio 2021, n. 73. Misure urgenti connesse all'emergenza da COVID-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali" Disposizioni in materia di liste di attesa e utilizzo flessibile delle risorse; - D.G.R. n. 51-3662 del 30.07.2021, di costituzione della Commissione regionale per il recupero ed il contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie, di cui al D.L. 17 marzo 2020, n. 18 ed al D. L. 14 agosto 2020, n. 104, a supporto del Gruppo di Coordinamento del Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale e di Ricovero, di cui alla D.G.R. 16 maggio 2019 n. 110-9017; - D.G.R. n. 22-3690 del 06.08.2021, "Approvazione dell'aggiornamento del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici. Ulteriori indicazioni in applicazione del D.L. 14 agosto 2020, n.104 e del D.L. 25 maggio 2021, n. 73, ad integrazione ed aggiornamento della D.G.R. 23 settembre 2020, n. 2-1980"; - L. 30 dicembre 2021, n. 234, "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024"; - D.G.R. n. 48-4605 del 28.01.2022, "Approvazione della rimodulazione del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici, a norma dell'art. 1, commi 276 e seguenti, della L. 30 dicembre

	<p>2021, n. 234, "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024".</p> <ul style="list-style-type: none"> - D.G.R. n. 4-4878 del 14.04.2022, "Piano straordinario di recupero delle Liste d'attesa. Ulteriori disposizioni attuative, ad integrazione della D.G.R. n. 48-4605 del 28.01.2022 e autorizzazioni di spesa per le Aziende Sanitarie Regionali. Modifica della D.G.R. 38-846 del 22.02.2019 sui termini di validita' delle ricette relative alle prestazioni diagnostico-specialistiche di primo accesso". - D.G.R. n. 20-6920 del 22.05.2023, "Approvazione della rimodulazione del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici, ai sensi dell'art. 4, comma 9 octies del D.L. 29 dicembre 2022, n. 198. Aggiornamento della D.G.R. n. 48-4605 del 28.01.2022 e della D.G.R. n. 4-4878 del 14.04.2022.
--	---

Obiettivo 5.3 – Valori obiettivo per tipologia screening e popolazione target

	ATTESO	MINIMO
SCREENING MAMMOGRAFICO ETÀ 50-69 ANNI COPERTURA INVITI: NUMERO DI DONNE INVITATE AD EFFETTUARE IL TEST DI SCREENING + ADESIONI SPONTANEE / POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUALE	100%	97%
SCREENING MAMMOGRAFICO ETÀ 50-69 ANNI COPERTURA ESAMI: NUMERO DI DONNE SOTTOPOSTE AL TEST DI SCREENING + ADESIONI SPONTANEE / POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUALE	55%	50%
SCREENING CERVICO-VAGINALE ETÀ 25-64 ANNI COPERTURA INVITI: NUMERO DI DONNE INVITATE AD EFFETTUARE IL TEST DI SCREENING + ADESIONI SPONTANEE / POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUALE (SONO CONTEGGIATI TRA GLI INVITI SIA QUELLI RELATIVI AL PAP-TEST CHE AL TEST PER L'HPV PRIMARI)	100%	97%
SCREENING CERVICO-VAGINALE ETÀ 25-64 ANNI COPERTURA ESAMI: NUMERO DI DONNE SOTTOPOSTE AL TEST DI SCREENING + ADESIONI SPONTANEE / POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUALE (SONO CONTEGGIATI TRA I TEST DI SCREENING SIA I PAP TEST CHE IL TEST PER L'HPV PRIMARI)	50%	45%
SCREENING COLO-RETTALE ETÀ 50 ANNI-74 ANNI COPERTURA INVITI: NUMERO PERSONE INVITATE AD EFFETTUARE IL TEST DI SCREENING + ADESIONI SPONTANEE / POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUALE	100%	97%
SCREENING COLO-RETTALE ETÀ 50-74 ANNI COPERTURA ESAMI: NUMERO PERSONE SOTTOPOSTE AL TEST DI SCREENING + ADESIONI SPONTANEE / POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUALE	40%	35%