

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 2022**

Sommario

Sommario	2
Premessa.....	3
Criteri e Modalità di valutazione	5
Obiettivo di accesso: progetto regionale sperimentale di Telemedicina	10
1. Gestione piani di sviluppo e consolidamento	11
1.1 OBIETTIVO – Completamento degli interventi ex DGR n. 7-1492 del 12 giugno 2020 (PL di terapia intensiva; semi-intensiva e PS) - PNRR - M6C2 ASL; AO; AOU	11
1.2 OBIETTIVO – PNRR - M6C1 - Case di Comunità; Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali- ASL	16
1.3 OBIETTIVO – PNRR - M6C2 – Fascicolo sanitario Elettronico - ASL; AO; AOU	18
2. Qualità	22
2.1 OBIETTIVO–Area osteomuscolare ASL; AO; AOU	22
2.2 OBIETTIVO – Tempestività nell’effettuazione di PTCA nei casi di IMA Stemi ASL; AO; AOU	24
2.3 OBIETTIVO – Appropriatezza nell’assistenza al parto – ASL; AO; AOU	26
2.4 OBIETTIVO – Donazioni d’organo – ASL; AO; AOU	28
2.5 OBIETTIVO – Miglioramento nella gestione e misurazione del boarding – ASL; AO; AOU	31
2.6 OBIETTIVO – Monitoraggio attivo del Nuovo sistema di garanzia (NSG) ASL; AO; AOU	35
3. Farmaci e dispositivi medici	37
3.1 OBIETTIVO– Affidabilità dati rilevati da flussi informativi della farmaceutica ASL; AO; AOU	37
3.2 OBIETTIVO – Assistenza farmaceutica appropriatezza prescrittiva ASL; AO; AOU.....	40
3.3 OBIETTIVO– Affidabilità dati rilevati da flussi informativi dei dispositivi medici ASL; AO; AOU	42
4. Transizione post-emergenza	44
4.1 Attuazione Piano di recupero delle liste di attesa delle prestazioni di ricovero ASL; AO; AOU	44
4.2 - Attuazione Piano di recupero delle prestazioni di screening oncologici - ASL; AO; AOU	47
4.3 Attuazione Piano di recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale ASL; AO; AOU	52
4.4 Piano di recupero vaccinazioni programmate ASL	55
4.5 Prelievo ed effettuazione tamponi e vaccini anti Covid-19 ASL; AO; AOU	57
4.6 PanFlu ASL	59
5. Prevenzione	60
5.1 Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) ASL	60
5.2 Piano regionale integrato per il controlli sulla sicurezza alimentare (PRISA) ASL.....	62

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 2022, 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 2022, in alcuni casi ripartiti in sub-obiettivi, sono suddivisi in cinque aree articolate come segue:

Tabella 1. Articolazione degli obiettivi e sub-obiettivi assegnati ai direttori generali delle ASR per il 2022

Area	#	Obiettivo	Settori Referenti	ASL	AO/AOU
1. Gestione piani di sviluppo e consolidamento	1.1	Completamento degli interventi ex DGR n. 7-1492 del 12 giugno 2020 (PL di terapia intensiva; semi-intensiva e PS) - PNRR - M6C2	Politiche degli investimenti	✓	✓
	1.2	Potenziamento dell'Assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale - PNRR - M6C1	Sistemi organizzativi e risorse umane del SSR; Politiche degli investimenti; Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari; Controllo di gestione, sistemi informativi, logistica sanitaria e coordinamento acquisti	✓	
	1.3	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) - PNRR - M6C2	Controllo di gestione, sistemi informativi, logistica sanitaria e coordinamento acquisti	✓	✓
2. Qualità	2.1	Area osteomuscolare	Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari	✓	✓
	2.2	Tempestività nell'effettuazione di ptca nei casi di ima stemi		✓	✓
	2.3	Appropriatezza nell'assistenza al parto (NO AOU S. LUIGI)		✓	✓
	2.4	Donazioni d'organo		✓	✓
	2.5	Miglioramento nella gestione e misurazione del boarding		✓	✓
	2.6	Monitoraggio attivo del Nuovo Sistema di garanzia (NSG)	Controllo di gestione, sistemi informativi, logistica sanitaria e coordinamento acquisti; Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari	✓	✓
3. Farmaci e dispositivi medici	3.1	Miglioramento della qualità flussi informativi farmaceutica	Assistenza farmaceutica, integrativa e protesica	✓	✓
	3.2	Assistenza farmaceutica - appropriatezza prescrittiva		✓	✓
	3.3	Affidabilità dati rilevati da flussi informativi dei dispositivi medici		✓	✓
4. Transizione post-emergenza	4.1	Piano di recupero delle liste di attesa delle prestazioni di ricovero	Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari; Rapporti con erogatori sanitari e socio-sanitari;	✓	✓
	4.2	Piano di recupero delle prestazioni di screening oncologici	Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari; Prevenzione e Veterinaria	✓	✓
	4.3	Piano di recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari; Rapporti con erogatori sanitari e socio-sanitari;	✓	✓
	4.4	Piano di recupero vaccinazioni programmate	Prevenzione e Veterinaria	✓	
	4.5	Tamponi e vaccini Anti Covid-19	Prevenzione e Veterinaria	✓	✓
	4.6	PanFlu	Prevenzione e Veterinaria	✓	
5. Prevenzione	5.1	Piano della Prevenzione	Prevenzione e Veterinaria	✓	
	5.2	Piano regionale integrato per il controlli sulla sicurezza alimentare (PRISA)		✓	

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 richiama, con specifico riguardo alle spese correlate all'epidemia da Covid-19, come le Aziende siano

tenute al rispetto di quanto definito con nota trasmessa dalla Direzione Sanità e Welfare n°7117 del 22/02/2022.

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 e Welfare 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 2022
- dicembre 2022

Successivamente, **entro il 28 febbraio 2023**, 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 e Welfare 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 28 aprile 2023**.

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 e Welfare 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 e Welfare, 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. Gestione piani di sviluppo e consolidamento	1.1	Completamento degli interventi ex DGR n. 7-1492 del 12 giugno 2020 (PL di terapia intensiva; semi-intensiva e PS) - PNRR - M6C2	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00
	1.2	Potenziamento dell'Assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale - PNRR - M6C1	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00						
	1.3	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) - PNRR - M6C2	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00
2. Qualità	2.1	Area osteomuscolare	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	6,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
	2.2	Tempestività nell'effettuazione di ptca nei casi di ima stemi	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	6,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
	2.3	Appropriatezza nell'assistenza al parto (NO AOU S. LUIGI)	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00		4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
	2.4	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	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
	2.5	Miglioramento nella gestione e misurazione del boarding	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	6,00
	2.6	Monitoraggio attivo del Nuovo Sistema di garanzia (NSG)	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00
3. Farmaci e dispositivi medici	3.1	Miglioramento della qualità flussi informativi farmaceutica	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
	3.2	Assistenza farmaceutica - appropriatezza prescrittiva	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00
	3.3	Affidabilità dati rilevati da flussi informativi dei dispositivi medici	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
4. Transizione post-emergenza	4.1	Piano di recupero delle liste di attesa delle prestazioni di ricovero	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	14,00	14,00	14,00	14,00	14,00	14,00
	4.2	Piano di recupero delle prestazioni di screening oncologici	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00
	4.3	Piano di recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	14,00	14,00	14,00	14,00	14,00	14,00
	4.4	Piano di recupero vaccinazioni programmate	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00						
	4.5	Tamponi e vaccini Anti Covid-19	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
	4.6	PanFlu	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00						
5. Prevenzione	5.1	Piano della Prevenzione	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00						
	5.2	Piano regionale integrato per il controlli sulla sicurezza alimentare (PRISA)	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00						
			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

Obiettivo di accesso: progetto regionale sperimentale di Telemedicina

Inoltre, per le 4 ASL interessate dal progetto regionale sperimentale di Telemedicina, il punteggio complessivamente risultante dalla valutazione del sistema obiettivi sarà fatto oggetto di una ulteriore “pesatura”, con riferimento al raggiungimento dello specifico obiettivo assegnato in materia di Telemedicina, il cui mancato raggiungimento comporterà la decurtazione del punteggio complessivamente conseguito di una percentuale del 5%.

Il progetto riguarda in questa prima fase l'assistenza domiciliare, con implementazioni nei settori pediatrico e oncologico. La nuova piattaforma oggetto della sperimentazione consente la condivisione multidisciplinare e multi professionale del piano assistenziale individuale, il monitoraggio costante e continuo di parametri clinici, psicologici, assistenziali, la raccolta in unica repository virtuale e in tempo reale dei documenti sanitari correlati, la registrazione delle azioni di cura e assistenza con unicità di linguaggio, l'interattività tra ospedale e territorio con accessibilità bidirezionale ai documenti e alla cartella delle cure domiciliari (anche da Pronto Soccorso), con possibilità di prescrizione di terapie su pazienti noti anche da remoto in tempo reale e l'analisi di performance del processo di presa in carico.

Le 4 ASL oggi impegnate nell'iniziativa sono:

- ASL Città di Torino
- ASL Alessandria
- ASL CN 1
- ASL CN2

L'indicatore consiste nel numero dei pazienti in assistenza domiciliare presi in carico con la piattaforma sperimentale nel IV° trimestre 2022.

Essendo la progettualità nel primo anno di sperimentazione l'obiettivo verrà considerato raggiunto verranno presi in carico almeno il 10% dei pazienti in assistenza domiciliare dal 1° ottobre al 31 dicembre 2022.

1.Gestione piani di sviluppo e consolidamento	
1.1 OBIETTIVO – Completamento degli interventi ex DGR n. 7-1492 del 12 giugno 2020 (PL di terapia intensiva; semi-intensiva e PS) - PNRR - M6C2 ASL; AO; AOU	
SETTORI REFERENTI	Politiche degli investimenti
DESCRIZIONE DELL'OBIETTIVO	In ottemperanza a quanto previsto dall'art.2 del D.L. n.34 del 19 maggio 2020, la Regione Piemonte con DGR del 12 giugno 2020, n. 7-1492 ha deliberato il Piano Straordinario di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19 approvato dal Ministero della Salute in data 13 luglio 2020. Precisato che <u>le ASR sono state individuate quali soggetti attuatori del suddetto Piano Straordinario</u> con ordinanza del Commissario Straordinario per l’Emergenza Covid n. 29 del 9 ottobre 2020. Considerato che il Ministero della Salute ha adottato con Decreto Direttoriale n. MDS-DGPROGS-84 del 22/10/2021 il “Piano di riorganizzazione approvato dal Ministero della Salute/Regioni italiane”, relativo ai piani di riorganizzazione presentati dalle Regioni e dalle Province Autonome in attuazione all’art. 2 del DL 34/2020, volti a rafforzare la capacità delle strutture ospedaliere del SSN ad affrontare le emergenze pandemiche attraverso l’incremento del numero di posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva, in attuazione a quanto disposto dalla Decisione di Esecuzione del Consiglio dell’Unione Europea relativa all’approvazione della valutazione del Piano di Ripresa e Resilienza (PNRR) dell’Italia per la Linea di Intervento 1.1 “Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero”, inserita nella MISSIONE 6 COMPONENTE 2 - Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale. Tra quanto previsto nel già menzionato Piano straordinario, la tabella 2, presente nell’Allegato A della suddetta DGR quale parte integrante e sostanziale, dettaglia gli interventi e il relativo quadro economico, per i posti letto nelle ASR di terapia intensiva e semi intensiva mentre la Tabella 3 dettaglia gli interventi e il relativo quadro economico per l’adeguamento dei Pronti Soccorso delle Aziende. Alla luce del monitoraggio mensile effettuato dal settore competente e trasmesso alla Struttura Commissariale ed Ministero della Salute, considerando strategico che le ASR procedano alla realizzazione degli interventi programmati al 31.12.2022 si ritiene opportuno assegnare uno specifico obiettivo riferito al completamento degli interventi previsti per la realizzazione dei posti letto di terapia intensiva e di terapia semi intensiva nonché degli interventi previsti di adeguamento dei Pronto Soccorso. Sub-obiettivo 1.1.1 – completamento degli interventi previsti entro il 31.12.2022 per la realizzazione dei pl di terapia intensiva; sub-obiettivo 1.1.2 – completamento degli interventi previsti entro il 31.12.2022 per la realizzazione dei pl di terapia semi-intensiva

	sub-obiettivo 1.1.3 – completamento degli interventi previsti entro il 31.12.2022 per l'adeguamento dei PS <u>I sub-obiettivi saranno verificati sia in riferimento alla fine lavori che al collaudo anche avvalendosi del supporto del DIRMEI.</u> <u>Le ASR che non presentano <i>deadline</i> di progetto entro il 31.12.2022</u> dovranno produrre la documentazione atta a dimostrare di aver assunto tutti i provvedimenti idonei a garantire il rispetto del calendario previsto anche per gli esercizi successivi in coerenza con le dichiarazioni rese e documentate dalla tabella allegata con riferimento a: pl di terapia intensiva; pl di terapia semi-intensiva; l'adeguamento dei PS. Pertanto, alle stesse si applica il sub-obiettivo 1.1.4 seguente: sub-obiettivo 1.1.4 – completamento dei provvedimenti idonei a garantire il rispetto del calendario previsto anche per gli esercizi successivi in merito a terapie intensive; terapie sub-intensive; Pronto soccorso. Si rappresenta altresì che anche le ASR soggette dalla presente scheda alla valutazione dei sub-obiettivi 1.1.1, 1.1.2, 1.1.3, sono tenute ad assumere tutti i provvedimenti idonei a garantire il rispetto del calendario previsto anche per gli esercizi successivi. La programmazione di riferimento per gli interventi in oggetto è quella comunicata dalla Direzione Sanità e Welfare al Ministero della Salute nel mese di febbraio 2022.	
INDICATORI	1.1.1 PL terapia intensiva	Interventi programmati e realizzati al 31.12.2022
	1.1.2 PL terapia semi-intensiva	Interventi programmati e realizzati al 31.12.2022
	1.1.3 Interventi adeguamento PS	Interventi programmati e realizzati al 31.12.2022
	1.1.4 completamento provvedimenti	Provvedimenti idonei a garantire il rispetto del calendario previsto per gli esercizi successivi da adottare entro il 31.12.2022
VALORE DELL'OBIETTIVO	100% per ogni indicatore	
SCALA	SI/NO per ogni indicatore Il raggiungimento di ogni singolo sub-obiettivo comporta l'attribuzione di 1/n del punteggio complessivo, dove "n" corrisponde al numero di sub-obiettivi di competenza secondo la tabella allegata alla presente scheda.	
FONTE DATI	• Monitoraggi mensili/delibere e documentazione aziendale	
TRACKING	▪ Incontri di monitoraggio obiettivi ▪ 31.12.2022	

PUNTEGGIO	ASL/AO/AOU: 8 punti
RIFERIMENTI	DGR del 12 giugno 2020, n. 7-1492 e sue eventuali modifiche e/o integrazioni

Tabella sub-obiettivi 1.1.1/1.1.2 – Posti letto Terapia Intensiva e Semi Intensiva

DATI ANAGRAFICI		DESCRIZIONE INTERVENTO		Numero di posti letto di TERAPIA INTENSIVA attivati	Numero di posti letto di TERAPIA- SEMINTENSIVA attivati	DATA PREVISTA CONCLUSIONE INTERVENTO
AZIENDA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	Posti letto da realizzare (terapia intensiva) IRI	Posti letto da realizzare (terapia semi intensiva) IRI			
ASL CITTA' DI TORINO	OSPEDALE MARIA VITTORIA	8	8	0	CONCLUSI	31.03.2022
ASL CITTA' DI TORINO	OSPEDALE MARTINI	15	8	2	0	31.03.2022
ASL CITTA' DI TORINO	OSPEDALE SAN GIOVANNI BOSCO	12	16	0	CONCLUSI	31.03.2022
ASL CITTA' DI TORINO	OSPEDALE AMEDEO DI SAVDIA	10	12	0	0	NON DEFINIBILE. ASL CITTA' DI TORINO dichiara che i Locali sono occupati da Reparto Covid, la fine dei lavori sarà definita in seguito
ASL TO3	OSPEDALE PINEROLO	2	8	0	0	30.04.2022
ASL TO3	OSPEDALE RIVOLI	12	8	0	0	30.04.2022
ASL TO4	OSPEDALE CIVICO CHIVASSO	10	6	0	0	NON DEFINIBILE. L'ASL TO4 dichiara che l'impresa esecutrice non è in grado di rispettare il cronoprogramma dei lavori.
ASL TO4	OSPEDALE DI CIRIÉ	2	6	0	3	10.05.2022
ASL TO4	OSPEDALE CIVILE DI IVREA	1	6	0	0	NON DEFINIBILE. L'ASL TO4 dichiara che l'impresa esecutrice non è in grado di rispettare il cronoprogramma dei lavori.
ASL TO5	OSPEDALE MAGGIORE DI CHIERI	2	6	CONCLUSI	CONCLUSI	20.05.2021
ASL TO5	OSPEDALE SANTA CROCE MONCALIERI	3	2	CONCLUSI	0	31.07.2022
ASL TO5	OSPEDALE SAN LORENZO CARMAGNOLA	8	6	0	CONCLUSI	31.07.2022
ASL VC	OSPEDALE S. ANDREA VERCELLI	8	6	CONCLUSI	CONCLUSI	CONCLUSI
ASL VC	OSPEDALE SS.PIETRO PAOLO -- BORGOSSESIA --	8	2	0	0	28.02.2023
ASL BI	OSPEDALE DEGLI INFERMI -- BIELLA--	8	12	0	CONCLUSI	31.5.2022
ASL NO	ISTITUTO S.S. TRINITA -- BORGOMANERO	10	4	6	0	31.12.2022
ASL VCO	OSPEDALE SAN BIAGIO -- DOMODOSSOLA --	6	4	2	0	31.07.2022
ASL VCO	OSPEDALE CASTELLI -- VERBANIA--	7	8	2	0	30.04.2022
ASL CN1	OSPEDALE DI MONDOVI' CN1	10	4	2	CONCLUSI	28.02.2023
ASL CN1	OSPEDALE MAGGIORE S.S. ANNUNZIATA SAVIGLIANO CN1	2	6	CONCLUSI	CONCLUSI	CONCLUSI
ASL CN1	OSPEDALE CIVILE SALUZZO CN1	8	6	0	CONCLUSI	30.10.2022
AO CUNEO	AZIENDA OSPED. S.CROCE E CARLE -- CUNEO--	15	18	0	0	04.04.2022
ASL CN2	OSPEDALE MICHELE E PIETRO FERRERO -- VERDUNO--	14	12	CONCLUSI	CONCLUSI	CONCLUSO
ASL AT	PRESIDIO OSPEDALIERO CARDINAL MASSAIA -- ASTI --	6	12	0	0	15.07.2022
ASL AL	PRESIDIO S.SPIRITO CASALE MONFERRATO	10	8	4	0	31.10.2022
ASL AL	OSPEDALE SS ANTONIO E MARGHERITA TORTONA	1	4	0	0	30.09.2022
ASL AL	OSPEDALE SAN GIACOMO NOVI LIGURE	6	4	n.1 p.i. TI aggiuntivo attivato	0	31.07.2022
ASL AL	OSPEDALE CIVILE ACQUI TERME	1	4	n.1 p.i. TI aggiuntivo attivato	0	30.06.2022
AOU SAN LUIGI	OSPEDALE SAN LUIGI GONZAGA ORBASSANO	8	12	0	CONCLUSI	31.01.2023
AZIENDA OSPED. NOVARA	OSPEDALE MAGGIORE DELLA CARITA'	18	18	8	10	NON DEFINIBILI L'Azienda Ospedaliera dichiara che l'impresa esecutrice ha formalizzato la Rinuncia ad eseguire i Lavori.
AO ALESSANDRIA	OSP.CIVILE S.S. ANTONIO E BIAGIO -- ALESSANDRIA--	7	16	0	0	24.06.2022
AO MAURIZIANO	OSPEDALE MAURIZIANO UMBERTO I -- TO --	10	16	CONCLUSI	10	31.12.2022
AOU CITTA' DELLA SALUTE	OSPEDALE MOLINETTE TORINO	34	25	0	0	31.05.2023
AOU CITTA' DELLA SALUTE	PRES. OSP. CENTRO TRAUMATOLOGICO ORTOPEDICO CTO	12	8	0	0	31.05.2023
AOU CITTA' DELLA SALUTE	OSP.OSTETR.GINECO LOG.SANT'ANNA TORINO	1	0	CONCLUSI	CONCLUSI	CONCLUSI
AOU CITTA' DELLA SALUTE	OSP. INFANT. REGINA MARGHERITA TORINO	6	4	0	0	31.03.2023

Tabella sub-obiettivo 1.1.3 – interventi per adeguamento PS

AZIENDA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	DATA PREVISTA CONCLUSIONE INTERVENTO
ASL CITTA' DI TORINO	OSPEDALE MARIA VITTORIA	31.12.2022
ASL CITTA' DI TORINO	OSPEDALE MARTINI	CONCLUSO
ASL CITTA' DI TORINO	OSPEDALE SAN GIOVANNI BOSCO	30.04.2022
ASL TO3	OSPEDALE DI PINEROLO	30.04.2022
ASL TO3	OSPEDALE DI RIVOLI	30.04.2022
ASL TO4	OSPEDALE CIVICO DI CHIVASSO	NON DEFINIBILE. L'ASL TO4 dichiara che l'impresa esecutrice non è in grado di rispettare il cronoprogramma dei lavori.
ASL TO4	OSPEDALE DI CIRI'	30/03/2022
ASL TO4	OSPEDALE CIVILE DI IVREA	NON DEFINIBILE. L'ASL TO4 dichiara che l'impresa esecutrice non è in grado di rispettare il cronoprogramma dei lavori.
ASL TO5	OSPEDALE MAGGIORE DI CHIERI	30.04.2022
ASL TO5	OSPEDALE SANTA CROCE MONCALIERI	CONCLUSO
ASL TO5	OSPEDALE SAN LORENZO CARMAGNOLA	31.03.2022
ASL VC	OSPEDALE S. ANDREA VERCELLI	31.10.2022
ASL VC	OSPEDALE SS.PIETRO PAOLO - BORGOSIESA -	28.02.2023
ASL BI	OSPEDALE DEGLI INFERMI - BIELLA -	31.05.2022
ASL NO	ISTITUTO S.S. TRINITA - BORGOMANERO	31.12.2022
ASL VCO	OSPEDALE SAN BIAGIO - DOMODOSSOLA -	31.12.2022
ASL VCO	STABILIMENTO OSPEDALIERO CASTELLI - VERBANIA -	CONCLUSO
ASL CN1	OSPEDALE DI MONDOVI' CN1	CONCLUSO
ASL CN1	OSPEDALE MAGGIORE S.S. ANNUNZIATA SAVIGLIANO CN1	30.01.2023
ASL CN2	OSPEDALE MICHELE E PIETRO FERRERO - VERDUNO -	CONCLUSO
ASL AT	PRESIDIO OSPEDALIERO CARDINAL MASSAIA - ASTI -	31.03.2022
ASL AL	PRESIDIO S. SPIRITO CASALE MONFERRATO	CONCLUSO
ASL AL	OSPEDALE SS ANTONIO E MARGHERITA TORTONA	31.03.2022
ASL AL	OSPEDALE SAN GIACOMO NOVI LIGURE	30.06.2022
ASL AL	OSPEDALE CIVILE ACQUI TERME	30.06.2022
ASL AL	OSPEDALE CIVILE OVADA	30.06.2022
AOU SAN LUIGI	OSPEDALE SAN LUIGI GONZAGA ORBASSANO	31.01.2023
AOU NOVARA	OSPEDALE MAGGIORE DELLA CARITA'	CONCLUSO
AO CUNEO	AZIENDA OSPED. S.CROCE E CARLE - CUNEO -	31.05.2022
AO ALESSANDRIA	OSP.CIVILE S.S. ANTONIO E BIAGIO - ALESSANDRIA -	24.04.2022
AO MAURIZIANO UMBERTO I	OSPEDALE MAURIZIANO UMBERTO I TORINO	CONCLUSO
AOU CITTA' DELLA SALUTE	OSPEDALE MOLINETTE TORINO	31.01.2024
AOU CITTA' DELLA SALUTE	PRES. OSP. CENTRO TRAUMATOLOGICO ORTOPEDICO CTO TORINO	31.05.2023
AOU CITTA' DELLA SALUTE	OSP.OSTETR.GINECOLOG.SANT'ANNA TORINO	CONCLUSO
AOU CITTA' DELLA SALUTE	OSP. INFANT. REGINA MARGHERITA TORINO	CONCLUSO

1.Gestione piani di sviluppo e consolidamento		
1.2 OBIETTIVO – PNRR - M6C1 - Case di Comunità; Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali- ASL		
SETTORI REFERENTI	Politiche degli investimenti; Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari; Sistemi organizzativi e risorse umane del SSR; Controllo di gestione, sistemi informativi, logistica sanitaria e coordinamento acquisti	
DESCRIZIONE dell'obiettivo	Considerata la DCR n. 199-3824 del 22.02.2022 <i>“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.”</i> Tenuto conto che la Conferenza Stato-Regioni ha approvato in data 30.03.2022 l’Intesa sullo schema di Contratto istituzionale di Sviluppo (CIS) e lo schema di Piano Operativo. Considerato che all’art.5 c.1 del suddetto schema si esplicita che: <i>“La Regione La Regione/Provincia Autonoma, quale Soggetto attuatore degli interventi previsti nel presente Contratto (...) <u>direttamente ovvero congiuntamente ed in solido con gli Enti del Servizio sanitario regionale dalla medesima eventualmente delegati all’attuazione di specifici interventi, svolge le seguenti attività:</u></i> (...) <i>f) <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 le eventuali modifiche al progetto.</u></i> (...) 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 a: e Case di Comunità; Ospedali di Comunità; Centrali Operative Territoriali. <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 2022.</u>	
INDICATORI	1.2.1	Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) ai progetti per la realizzazione delle Case della Comunità entro il 2°trimestre 2022
	1.2.2	Assegnazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione delle Case della Comunità entro il 4°trimestre 2022
	1.2.3	Assegnazione codici CUP (Codice Unico di Progetto) per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali entro il 2°trimestre 2022
	1.2.4	Assegnazione codici CUP (Codice Unico di Progetto) per l'interconnessione aziendale delle Centrali Operative Territoriali entro il 2°trimestre 2022

	1.2.5	Assegnazione dei progetti idonei per indizione della gara per l'implementazione delle Centrali Operative Territoriali entro il 3° trimestre 2022
	1.2.6	Assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali entro il 4°trimestre 2022
	1.2.7	Assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per l'interconnessione aziendale delle Centrali Operative Territoriali entro il 4°trimestre 2022
	1.2.8	Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) per la realizzazione degli Ospedali di Comunità entro il 2°trimestre 2022
	1.2.9	Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione degli Ospedali di Comunità entro il 4°trimestre 2022
VALORE DELL'OBIETTIVO	100% per ogni indicatore	
SCALA	SI/NO per ogni indicatore	
	Ogni indicatore pesa 1/9 del punteggio complessivo	
FONTE DATI	• Rendicontazione aziendale	
TRACKING	▪ Come da cronoprogramma regionale ▪ 31.12.2022	
PUNTEGGIO	ASL: 8 punti	
RIFERIMENTI	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." Contratto istituzionale di sviluppo di cui all'intesa della Conferenza Stato-Regioni del 30/03/2022 (https://temi.camera.it/leg18/post/OCD15_14640/pnrr-approvato-conferenza-stato-regioni-l-intesa-sullo-schema-i-contratti-istituzionali-sviluppo.html)	

1.Gestione piani di sviluppo e consolidamento	
1.3 OBIETTIVO – PNRR - M6C2 – Fascicolo sanitario Elettronico - ASL; AO; AOU	
SETTORI REFERENTI	Controllo di gestione, sistemi informativi, logistica sanitaria e coordinamento acquisti
DESCRIZIONE dell’obiettivo	La Missione 6 C2 del PNRR all’investimento 1.3 individua il rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l’elaborazione, l’analisi dei dati e la simulazione. Tale investimento prevede tra gli altri ambiti di intervento <i>“il potenziamento del FSE al fine di garantirne la diffusione, l’omogeneità e l’accessibilità su tutto il territorio nazionale da parte degli assistiti e operatori sanitari. Il FSE svolgerà tre funzioni chiave: (i) punto di accesso per le persone e pazienti per la fruizione di servizi essenziali forniti dal SSN; (ii) base dati per i professionisti sanitari contenente informazioni cliniche omogenee che includeranno l’intera storia clinica del paziente; (iii) strumento per le ASL che potranno utilizzare le informazioni cliniche del FSE per effettuare analisi di dati clinici e migliorare la prestazione dei servizi sanitari.”</i> Con riguardo al FSE la Regione Piemonte ha intrapreso da tempo la sua attivazione promuovendo interventi di digitalizzazione, archiviazione alimentazione dello stesso da parte delle ASR. In ultimo, con nota prot. N° 00030413 del 28/09/2020 rivolta a tutti di Direttori Generali/Commissari delle ASR piemontesi, gli stessi sono stati invitati ad <i>“assumere, promuovere e sostenere le iniziative in grado di garantire il completamento degli interventi aziendali previsti dalla DD 385/2019 secondo la riprogrammazione autorizzata (...) in considerazione dell’emergenza COVID”</i>. Considerato altresì l’obiettivo di governo regionale di alimentare integralmente il FSE con i documenti clinico-sanitari prodotti dalle strutture ospedaliere del SSR, il presente obiettivo <i>distingue gli indicatori e target di raggiungimento in ragione dello stato di avanzamento delle ASR che rientrano in una dei due aggregati come di seguito individuati sono tra loro mutualmente esclusivi.</i> Aziende con Repository interoperabile con FSE nel 2021: - distribuzione degli strumenti di firma digitale per digitalizzare (LDO, VPS, RIS-PACS, AP, e Tutti i restanti referti ambulatoriali) - assicurare alimentazione dei documenti FSE firmata digitalmente Aziende con Repository NON interoperabile con FSE nel 2021: - interoperabilità del repository aziendale con FSE - distribuzione degli strumenti di firma digitale per digitalizzare (LDO, VPS, RIS-PACS, AP, e Tutti i restanti referti ambulatoriali) - assicurare alimentazione dei documenti FSE firmati digitalmente <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 2022.</u> Si ricorda che per l’attuazione degli interventi richiamati dalla DGR n. 25-5186 le ASR sono tenute ad assicurare il rispetto degli obiettivi di programmazione e indirizzi regionali, e delle indicazioni tecniche e istruzioni formulate dall’Azienda Zero.

INDICATORI	Aziende con Repository interoperabile con FSE nel 2021:	
	1.3.1	distribuzione degli strumenti di firma digitale per digitalizzare i documenti sanitari (LDO, VPS, RIS-PACS, AP, e tutti i restanti referti ambulatoriali)
	1.3.2	assicurare alimentazione dei documenti FSE firmata digitalmente
	1.3.3	interventi di adeguamento dei documenti clinico sanitari alle specifiche HL7 CDA R2
	Aziende con Repository NON interoperabile con FSE nel 2021:	
	1.3.4	interoperabilità del repository aziendale con FSE
	1.3.5	distribuzione degli strumenti di firma digitale per digitalizzare i documenti sanitari (LDO, VPS, RIS-PACS, AP, e Tutti i restanti referti ambulatoriali)
	1.3.6	assicurare alimentazione dei documenti FSE firmati digitalmente
	1.3.7	interventi di adeguamento dei documenti clinico sanitari alle specifiche HL7 CDA R2
VALORE DELL'OBIETTIVO	Aziende con Repository interoperabile con FSE nel 2021:	
	1.3.1	> 95 % entro e non oltre agosto 2022
	1.3.2	- entro giugno 2022 non inferiore al 60% (Ricoveri, Ambulatoriale e PS) - entro ottobre 2022 non inferiore all'85% delle attività ospedaliere complessive (Ricoveri, Ambulatoriale e PS)
	1.3.3	Avvio degli interventi entro il 31/12/2022 con previsione di conclusione attività entro I sem. 2023
	Aziende con Repository NON interoperabile con FSE nel 2021:	
	1.3.4	Avvio interventi interoperabilità entro dicembre 2022
	1.3.5	> 95 % entro e non oltre agosto 2022
	1.3.6	- entro giugno 2022 non inferiore al 30% (Ricoveri, Ambulatoriale e PS) - entro ottobre 2022 non inferiore al 60% delle attività ospedaliere complessive (Ricoveri, Ambulatoriale e PS) - entro dicembre 2022 non inferiore al 85% delle attività ospedaliere complessive (Ricoveri, Ambulatoriale e PS) Il conferimento nel FSE nelle more degli interventi aziendali sul repository potrà avvenire con le modalità in uso per i referti di laboratorio
	1.3.7	Avvio degli interventi entro il 31/12/2022 con previsione di conclusione attività entro I sem. 2023
SCALA	SI/NO per ogni indicatore Con riferimento agli indicatori 1.3.2 e 1.3.6 la valutazione sarà considerata positiva solo nel caso in cui sia rispettato il cronoprogramma intermedio e finale e i relativi target di raggiungimento.	
FONTE DATI	Piattaforma regionale FSE-SOL; documentazione aziendale	
TRACKING	Monitoraggio obiettivi	

	31.12.2022
PUNTEGGIO	ASL/AO/AOU: 6 punti Relativamente all'aggregato di riferimento di ogni ASR (Repository interoperabile/ Repository NON interoperabile), ogni indicatore pesa 1/n (n=numero di indicatori dell'aggregato) del punteggio assegnato al presente obiettivo.
NOTE	<i>I suddetti obiettivi sono monitorati attraverso gli indicatori definiti nell'ambito delle iniziative di crash program di alimentazione del FSE.</i> <i>La valutazione terrà conto anche del dato di performance del best performer regionale.</i>
RIFERIMENTI	https://www.salutepiemonte.it/servizi/fonti-fascicolo-sanitario-elettronico DECRETO-LEGGE 27 gennaio 2022, n. 4, Art.21 recante: "Misure in materia di fascicolo sanitario elettronico e governo della sanità digitale DGR 3 luglio 2020, n. 6-1613 DGR 20 novembre 2020, n. 17-2318

2. Qualità		
2.1 OBIETTIVO—Area osteomuscolare ASL; AO; AOU		
SETTORI REFERENTI	Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari	
DESCRIZIONE DELL'OBIETTIVO	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. Diversi studi hanno dimostrato che ad una lunga attesa per l'intervento corrisponda un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente. Pertanto, si conferma per il 2022 il seguente obiettivo: 2.1 Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 48 ore in pazienti ultrasessantacinquenni. L'indicatore oggetto dell'obiettivo è espresso in termini di produzione sia per le AO/AOU che per le ASL. L'indicatore può essere migliorato e reso più aderente alla realtà calcolando la differenza tra la data di intervento chirurgico e la data di arrivo in Pronto Soccorso, ricavabile dal flusso C2. I due flussi (SDO e C2) sono linkabili tra loro mediante il codice identificativo univoco anonimo. In questo modo viene conteggiato anche il periodo trascorso in Pronto Soccorso. L'indicatore è calcolato valutando il tempo a partire dall'arrivo in PS.	
INDICATORI	2.1	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) Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore
VALORE DELL'OBIETTIVO	Tasso aggiustato $\geq$ 70%	
SCALA	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2022 tra il valore di partenza (dato anno 2021) e il valore obiettivo. Se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare. Qualora il risultato 2022 dell'indicatore corrisponda al valore obiettivo, l'obiettivo è considerato raggiunto.	
FONTE DATI	Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) e Flusso C2	

TRACKING	▪ Incontri di monitoraggio obiettivi ▪ 31.12.2022
PUNTEGGIO	ASL: 3 punti AO/AOU: 4 punti AOU S. Luigi: 6 punti
RIFERIMENTI	https://pne.agenas.it/ https://www.agenas.gov.it/covid19/web/index.php?r=site%2Fresilienza Pre.Va.Le Piemonte - http://95.110.213.190/ 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. 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 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 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.

2. Qualità		
2.2 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	Proporzione di episodi di STEMI trattati con PTCA entro 2 giorni. La tempestività dell’effettuazione dell’angioplastica percutanea su pazienti con diagnosi di IMA STEMI, cruciale per la sopravvivenza del paziente, deve pertanto essere fatta oggetto di monitoraggio insieme alle altre indicazioni sul percorso del paziente come definito per le reti di patologie tempo dipendenti quali la rete IMA STEMI (DM/70 del 2.4.2015). L’indicatore è espresso in termini di produzione per le AO e di tutela per le ASL Come di consueto si utilizzerà la procedura del Pre.Val.E Piemonte (http://95.110.213.190/) calcolando il periodo di 2 giorni tra la data/ora di ingresso alla prima struttura che riceve il paziente (qualunque essa sia) e la data/ora di PTCA (ovunque eseguita). In questo modo viene incluso nell’indicatore anche il tempo trascorso tra l’arrivo in un qualunque ospedale e l’effettuazione della procedura; il valore dell’indicatore è quindi attribuito alla prima struttura che riceve il paziente. La “tracciatura” del paziente lungo i differenti ospedali avviene tramite <i>record linkage</i> con il codice identificativo anonimo. L’indicatore può essere migliorato calcolando l’esito dall’ora di ricovero o dall’ora di accesso in PS del paziente fino all’ora di esecuzione della PTCA considerando un intervallo compreso entro i 90 minuti, pertanto nel 2022 sarà possibile monitorare anche il calcolo così eseguito pur non essendo oggetto di valutazione.	
INDICATORI	2.2	Numero di episodi di STEMI, in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro 2 giorni. ----- Numero di episodi di STEMI
VALORE DELL’OBIETTIVO	Tasso grezzo $\geq 85\%$	
SCALA	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2022 tra il valore di partenza (dato anno 2021) e il valore obiettivo. Se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare. Qualora il risultato 2022 dell’indicatore corrisponda al valore obiettivo, l’obiettivo è considerato raggiunto.	

FONTE DATI	Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) e Flusso C2
TRACKING	▪ Incontri di monitoraggio obiettivi ▪ 31.12.2022
PUNTEGGIO	ASL: 3 punti AO/AOU: 4 punti AOU S. Luigi: 6 punti
RIFERIMENTI	https://pne.agenas.it/ https://www.agenas.gov.it/covid19/web/index.php?r=site%2Fresilienza Pre.Va.Le Piemonte - http://95.110.213.190/ <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 <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. <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 <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.

2. Qualità		
2.3 OBIETTIVO – Appropriately nell’assistenza al parto – ASL; AO; AOU		
SETTORI REFERENTI	Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari	
DESCRIZIONE DELL’OBIETTIVO	Alla luce della Delibera del 2008 in merito al Percorso nascita (DGR 34-8769 del 12.05.2008 e s.m.i), che ha preceduto l’Accordo Stato Regioni del 2010, dell’avvio e del consolidamento del flusso CEDAP e del DWH regionale relativo al Percorso Nascita, il presente obiettivo intende valorizzare l’attenzione che il Servizio Sanitario Regionale ha sempre più rivolto a tale ambito attraverso il progressivo allineamento e integrazione dei diversi flussi informativi (CEDAP e SDO) che consentono di monitorare la tipologia e la qualità dell’assistenza erogata in tale percorso assistenziale supportando altresì gli audit organizzativi interni ai Punti nascita. Pertanto, alla luce delle evidenze scientifiche in materia, degli standard qualitativi consolidati a livello internazionale e nazionale (WHO, Piano Nazionale Esiti) e della qualità dei flussi informativi disponibili in Regione Piemonte, si ritiene idoneo assegnare l’obiettivo “proporzione di parti con taglio cesareo primario” per ciascuna Azienda andando ad esplicitare degli indicatori di accesso allo stesso che pongano in evidenza la qualità dell’assistenza e il monitoraggio dei flussi informativi relativamente all’evento parto. 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>. L’obiettivo è misurato in una prospettiva di produzione sia per le ASL che per le AO/AOU.	
INDICATORI	2.3.1	$\frac{\text{N° parti con cesareo primario}}{\text{N° parti con nessun pregresso cesareo}} \times 100$
	2.3.2	coerenza tra cartella SDO e scheda CEDAP con DRG di parto da 370 a 375
VALORE DELL’OBIETTIVO	2.3.1 maternità di II livello: tasso aggiustato ≤ 20,00% maternità di I livello: tasso aggiustato ≤ 15,00% 2.3.2 100%	

SCALA	<u>2.3.1</u> Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2022 tra il valore di partenza (dato anno 2021) e il valore obiettivo. Se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare. Qualora il risultato 2022 dell'indicatore corrisponda al valore obiettivo, l'obiettivo è considerato raggiunto. <u>2.3.2</u> SI/NO a livello aziendale
FONTE DATI	Flussi CEDAP- SDO
TRACKING	▪ Incontri di monitoraggio obiettivi ▪ 31.12.2022
PUNTEGGIO	ASL: 3 punti AO/AOU: 4 punti (sia per le ASL che per le AO/AOU gli indicatori pesano rispettivamente: 70% indicatore 2.3.1; 30% indicatore 2.3.2) L'AOU S. Luigi è esclusa dal presente obiettivo in quanto non presenta il Punto Nascita
RIFERIMENTI	https://pne.agenas.it/ Pre.Va.Le Piemonte - http://95.110.213.190/ 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 World Health Organization. WHO Statement on Caesarean Section Rates. April 2015 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 2014, Antenatal and postnatal mental health NICE guideline CG192 2014, Intrapartum care NICE guideline CG190 http://epoc.cochrane.org/ Mulaku N M. Do non-clinical interventions reduce unnecessary caesarean sections rates? A SUPPORT Summary of a systematic review. May 2016. www.supportsummaries.org https://www.choosingwiselyitaly.org/index.php/it/le-raccomandazioni

2. Qualità	
2.4 OBIETTIVO – Donazioni d’organo – ASL; AO; AOU	
SETTORI REFERENTI	Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari
DESCRIZIONE DELL’OBIETTIVO	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. 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 2022 a mantenere il procurement di organi rispetto al 2021 e a ravviare il procurement di cornee, rallentato dalla pandemia da SarS-CoV-2. Si prevede per il 2022 il raggiungimento aziendale dei seguenti obiettivi di governo regionale: 2.4.1 Segnalazioni di soggetti in Morte Encefalica (BDI%) 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 2022: a. Tra il 20 e il 40 % per i P.O. senza neurochirurgia b. Superiore al 40 % per i P.O. con neurochirurgia La valutazione del BDI sarà effettuata sugli ultimi tre anni per i P.O. con meno di tre diagnosi di ingresso compatibili nel 2022. 2.4.2 Non opposizioni alla donazione di organi 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. La valutazione sarà effettuata sugli ultimi tre anni per i P.O. con meno di tre segnalazioni di morte encefalica nel 2022. Al fine di supportare nel raggiungimento di questo obiettivo, il Coordinamento Regionale delle donazioni e dei Prelievi incontrerà i Coordinamenti Ospedalieri delle donazioni e dei prelievi che hanno evidenziato un tasso di opposizione alla donazione di organi elevato. 2.4.3 Donatori di Cornee Considerato che in numerosi Presidi Ospedalieri bisogna riavviare i programmi di procurement di cornee, interrotti o rallentati a causa della pandemia da SarS-CoV-2, si richiede per il 2022 un numero di donatori di cornee pari al 75% di quelli richiesti per il 2019 (vedi indicatore 3).

INDICATORI	2.4.1	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.
	2.4.2	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.
	2.4.3	n° donatori di cornea 75% dell'obiettivo previsto per il 2019 con DGR 2 agosto 2019, n. 12-156
VALORE DELL'OBIETTIVO	Cfr. valori indicati nelle tabelle seguenti	
SCALA	<u>2.4.1</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>2.4.2</u> SI/NO <u>2.4.3</u> SI/NO Nel caso la pandemia da SarS-CoV-2 avesse recrudescenze della durata complessiva maggiore di 6 mesi, questo sub-obiettivo sarà considerato raggiunto.	
FONTE DATI	report CRT annuale e CSI Piemonte	
TRACKING	▪ Incontri di monitoraggio ▪ 31.12.2022	
PUNTEGGIO	ASL: 3 punti AO/AOU: 4 punti Ogni sub-obiettivo pesa rispettivamente il: 2.4.1 40% 2.4.2 30% 2.4.3 30%	

Tabella valori obiettivo per ogni indicatore della scheda 2.4

		BDI %	OPPOSIZIONE ALLA DONAZIONE %	DONATORI DI CORNEE
Azienda	Denominazione Presidio Ospedaliero	atteso al 31.12.2022	atteso al 31.12.2022	atteso al 31.12.2022
CITTA' DI TORINO	OSPEDALE MARTINI	20 - 40 %	<=33 %	n.8 donatori
	OSPEDALE MARIA VITTORIA	20 - 40 %	<=33 %	n.10 donatori
	TORINO NORD EMERGENZA SAN GIOVANNI BOSCO	> 40 %	<=33 %	n.26 donatori
TO3	OSPEDALE CIVILE "E. AGNELLI"	20 - 40 %	< =33 %	n.10 donatori
	OSPEDALE DEGLI INFERMI	20 - 40 %	< =33 %	n.10 donatori
TO4	PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI CIRIE'	20 - 40 %	< =33 %	n.9 donatori
	OSPEDALE CIVICO DI CHIVASSO	20 - 40 %	< =33 %	n.10 donatori
	OSPEDALE CIVILE DI IVREA	20 - 40 %	< =33 %	n.13 donatori
TO5	OSPEDALE MAGGIORE	20 - 40 %	<= 33 %	n.7 donatori
	OSPEDALE SANTA CROCE	20 - 40 %	<= 33 %	n.6 donatori
VC	OSPEDALE SANT'ANDREA	20 - 40 %	< =33 %	n.12 donatori
BI	OSP. DEGLI INFERMI DI BIELLA	20 - 40 %	< =33 %	n.19 donatori
NO	ISTITUTO S.S. TRINITA'-BORGOMANERO	20 - 40 %	< =33 %	n.7 donatori
VCO	OSPEDALE SAN BIAGIO	20 - 40 %	< =33 %	n.3 donatori
	STABILIMENTO OSPEDALIERO CASTELLI	20 - 40 %	< =33 %	n.6 donatori
CN1	OSPEDALE DI MONDOVI'	20 - 40 %	< =33 %	n.5 donatori
	OSP. MAGGIORE S.S. ANNUNZIATA SAVIGLIANO	20 - 40 %	<=33 %	n.5 donatori
CN2	OSPEDALE MICHELE E PIETRO FERRERO-VERDUNO	20 - 40 %	< =33 %	n.8 donatori
AT	PRESIDIO OSP. CARDINAL G. MASSAIA	20 - 40 %	< =33 %	n.25 donatori
AL	OSPEDALE SANTO SPIRITO CASALE	20 - 40 %	< =33 %	n.9 donatori
AL	OSPEDALE SS. ANTONIO E MARGHERITA TORTONA	20 - 40 %	< =33 %	n.3 donatori
AL	OSPEDALE SAN GIACOMO NOVI	20 - 40 %	< =33 %	n.7 donatori
AL	OSP. MONS. G. GALLIANO ACQUI T.ME	20 - 40 %	< =33 %	n.4 donatori
AOU CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO	CENTRO TRAUMATOLOGICO ORTOPEDICO	> 40 %	< =33 %	n.7 donatori
	OSPEDALE INFANTILE REGINA MARGHERITA	> 40 %	< =33 %	n.3 donatori
	OSPEDALE S. ANNA	20 - 40 %	< =33 %	n.2 donatori
	OSPEDALE S. GIOV. BATTISTA MOLINETTE	> 40 %	< =33 %	n.58 donatori
AO SS. ANTONIO E BIAGIO E C. ARRIGO	OSP. CIVILE SS. ANTONIO E BIAGIO	> 40 %	< =33%	n.22 donatori
AO ORDINE MAURIZIANO	OSP. MAURIZIANO UMBERTO I - TORINO	20 - 40 %	< =33%	n.19 donatori
AO S. CROCE E CARLE	AZ. OSPEDAL. S. CROCE E CARLE	> 40 %	< =33 %	n.31 donatori
AOU S. LUIGI GONZAGA	AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA S. LUIGI	20 - 40 %	< =33 %	n.19 donatori
AOU NOVARA	OSPEDALE MAGGIORE DELLA CARITA'	> 40 %	< =33 %	n.31 donatori

2. Qualità	
2.5 OBIETTIVO – Miglioramento nella gestione e misurazione del boarding – ASL; AO; AOU	
SETTORI REFERENTI	Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari
DESCRIZIONE DELL'OBIETTIVO	Il presente obiettivo ha la finalità di consolidare un percorso di monitoraggio, valutazione e revisione delle modalità di gestione dei DEA/PS, e dei processi organizzativi correlati al DEA/PS (boarding da parte delle Unità Organizzative ospedaliere; percorsi di dimissione; presa in carico territoriale), al fine di garantire un miglior servizio ai pazienti e di supportare le Aziende attraverso la condivisione di una metodologia uniforme a livello regionale basata sui flussi informativi disponibili. Tale finalità è in linea con quanto peraltro previsto dall'Accordo n°143 del 1°/08/2019 della Conferenza Stato Regioni, con il quale sono stati approvati i seguenti documenti: i) Linee di indirizzo nazionali sul Triage Intraospedaliero; ii) Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva; iii) Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso. In particolare, nel documento riferito al sovraffollamento si esplicita che il termine boarding si riferisce al prolungato stazionamento in PS dei pazienti già valutati e in attesa di un posto letto per il ricovero. Considerata la DGR n. 7-3088 del 16 aprile 2021 con la quale la Regione Piemonte ha deliberato il Nuovo modello organizzativo per percorsi omogenei in Pronto Soccorso; Considerato che con DD 762/A1416C/2021 del 25/05/2021, <u>in coerenza al D.M. 17 dicembre 2008</u>, la Direzione sanità e Welfare ha introdotto per il flusso C2 il nuovo controllo LG8 – Congruenza tra modalità dimissione e data/ora di indicazione al ricovero/dimissione e che la suddetta modifica è entrata in vigore a partire dalle elaborazioni del 15 maggio 2021. Al fine di migliorare il servizio offerto ai cittadini la presente scheda si compone di cinque sub-obiettivi: 2.5.1 Attivazione dei percorsi di fast-track - in tutti i PO sede di PS/DEA dell'ASR come previsto dall'Allegato C alla DGR n.7-3088/2021 compatibilmente con la casistica trattata. Nello specifico l'allegato C alla DGR riporta le schede relative al fast track problemi di pertinenza delle seguenti specialistiche: oculistica; ORL; dermatologia; maxillo/odontoiatrica. 2.5.2 Miglioramento della compilazione dei campi del flusso C2 ai fini della corretta misurazione del boarding.

INDICATORI	2.5.3 Piano di Gestione del Sovraffollamento - PGS (Allegato D alla DGR n.7-3088/2021). PGS aziendale e per ogni singolo Presidio ospedaliero dell'ASR sede di PS/DEA, da aggiornare, deliberare e trasmettere alla Direzione Sanità e Welfare entro il 30/09/22 2.5.4 Monitoraggio per la riduzione del <i>boarding</i>, (fonte EPICLIN). - Rilevazione giornaliera e audit clinico assistenziale e organizzativo per ogni Presidio ospedaliero dell'ASR sede di PS/DEA almeno mensile tra le Unità operative coinvolte ai fini della riduzione del <i>boarding</i> 2.5.5 Tempo medio di permanenza in PS: <u>(data/ora di dimissione dal PS – data/ora di accesso al PS)</u> N° di accessi in PS Sono esclusi dalla selezione i giunti cadavere.	
	2.5.1	Rapporto trimestrale con n° di accessi di PS/DEA avviati ai percorsi fast-track e chiusi dagli specialisti competenti, per ogni PO sede di DEA/PS dell'ASR a partire da aprile 2022 compreso. <i>NB. Nel report, unico per ASR ma con i dati distinti per ogni DEA/PS qualora in presenza di più PO, si chiede di esplicitare in premessa per ogni PO l'orario e i giorni di apertura dei diversi percorsi di fast track attivati.</i>
	2.5.2	differenza tra data/ora dimissione PS e data/ora indicazione al ricovero diversa da 0,00 <i>NB: salvo casi specifici e considerati tutti gli accessi seguiti da ricovero nel periodo di riferimento.</i> <i>campi flusso C2: 102.0 Data dimissione PS; 103.0 Ora Dimissione PS; 121.0 Data Indicazione al ricovero/dimissione; 122.0 Ora Indicazione al ricovero/dimissione</i>
	2.5.3	Piano di Gestione del Sovraffollamento aziendale e per ogni singolo Presidio ospedaliero dell'ASR sede di PS/DEA da deliberare ed inviare alla Direzione Sanità e Welfare entro il 30/09/22
	2.5.4	Monitoraggio per la riduzione del <i>boarding</i>, (fonte EPICLIN): Rilevazione giornaliera ed audit al-meno mensile per ogni singolo Presidio ospedaliero dell'ASR sede di PS/DEA tra le Unità Operative coinvolte
	2.5.5	<u>(data/ora di dimissione dal PS – data/ora di accesso al PS)</u> N° di accessi in PS Sono esclusi dalla selezione i giunti cadavere.

VALORE DELL'OBIETTIVO	2.5.1 100%. Presenza dei rapporti trimestrali riferiti ai singoli Presidi ospedalieri dell'ASR sede di PS/DEA. (3 rapporti/3 trimestri) 2.5.2 ≥ 75% su base mensile per tutti i Presidi ospedalieri dell'ASR sede di PS/DEA 2.5.3 100%. Presenza Piano di Gestione del Sovraffollamento riferito ai singoli Presidi ospedalieri dell'ASR sede di PS/DEA. 2.5.4 report con rilevazione giornaliera su <i>boarding</i> per ogni Presidio Ospedaliero sede di PS/DEA un audit clinico assistenziale organizzativo almeno mensile per ogni Presidio Ospedaliero sede di PS/DEA 2.5.5. Tempo medio di permanenza in PS. Valore medio regionale per ciascun livello organizzativo di complessità assistenziale individuato dalla rete di Emergenza Urgenza (DEA II, DEA I, PS di base, PS di area disagiata). DEA II ≤ 6 ore DEA I ≤ 6 ore PS di Base ≤ 4 ore PS di area disagiata ≤ 5 ore
SCALA	<u>2.5.1</u> SI/NO <u>2.5.2</u> SI/NO <u>2.5.3</u> SI/NO <u>2.5.4</u> SI/NO <u>2.5.5</u> Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2022 tra valore di partenza (dato anno 2019) e target regionale (valore obiettivo). Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è maggiore del valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto; Se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare. Qualora, nello specifico presidio sede di DEA/PS, la percentuale annuale di pazienti OBI sul totale degli accessi in DEA/PS del presidio stesso sia compresa tra il 5% e il 10%, il tempo di OBI sarà scorporato dalla valutazione del singolo presidio che presenta tale risultato Ogni sub-obiettivo pesa rispettivamente 1/5 del punteggio
FONTE DATI	• Flusso C2 • Piattaforma EPICLIN • documentazione aziendale • eventuale rilevazione a campione

TRACKING	▪ Incontri di monitoraggio ▪ 31.12.2022
PUNTEGGIO	ASL: 5 punti AO/AOU: 6 punti
RIFERIMENTI	CSR/143 del 1° agosto 2019 <i>“Accordo, ai sensi dell’articolo 4, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sui documenti “Linee di indirizzo nazionali sul Triage Intraospedaliero”, “Linee di indirizzo nazionali sull’Osservazione Breve Intensiva” e “Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso”.</i> DGR 16 aprile 2021, n. 7-3088 <i>“Nuovo modello organizzativo per percorsi omogenei in Pronto Soccorso. Linee di indirizzo. Revoca DD.G.R. n. 43-15182 del 23 marzo 2005 e n. 15-12160 del 21 settembre 2009”</i> DD 762/A1416C/2021 del 25/05/2021 DD 885 del 23 dicembre 2016, All. 2 <i>“flusso informativo specialistica ambulatoriale e altre prestazioni tracciati record b, c, c2, c4, c5 - Disciplinare tecnico strutture pubbliche”</i> Asaro PV, Lewis LM, Boxerman SB. The Impact of Input and Output Factors on Emergency Department Throughput. ACADEMIC EMERGENCY MEDICINE 2007; 14:235–242 Fogarty, Saunders, Cummins. The effect of boarders on emergency department process flow. J Emerg Med. 2014 May;46(5):706-10. Liu, Milne, Yun, Walsh. The boarding experience from the patient perspective: the wait. Emerg Med J. 2015 Nov;32(11):854-9. Pronto Soccorso: spazi, processi, relazioni – una visione unitaria. Documenti dell’Agenzia Regionale della Sanità Toscana. N°94, giugno 2017.

2. Qualità	
2.6 OBIETTIVO – Monitoraggio attivo del Nuovo sistema di garanzia (NSG) ASL; AO; AOU	
SETTORI REFERENTI	Assistenza farmaceutica, integrativa e protesica; Sistemi organizzativi e risorse umane del SSR; Programmazione economico-finanziaria; Prevenzione, sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare; Programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari; Rapporti con erogatori sanitari e socio-sanitari; Politiche degli investimenti; Controllo di gestione, sistemi informativi, logistica sanitaria e coordinamento acquisti.
DESCRIZIONE dell'obiettivo	Dal 1° gennaio 2020 è vigente il Nuovo Sistema di Garanzia, come previsto dall'art. 3, comma 6, del DM 12 marzo 2019, pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 14 giugno 2019. Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), è lo strumento che consente, con le numerose informazioni ad oggi disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di misurare secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA). Esso rappresenta una svolta significativa nelle metodologie di monitoraggio dei LEA, e aggiorna il Sistema di Garanzia introdotto nel 2000. Le specifiche tecniche degli indicatori sono illustrate nella circolare applicativa (DM 12 marzo 2019, art. 3, comma 1) del 27 ottobre 2020, che contiene le schede tecniche degli indicatori NSG (prevenzione, distrettuale, ospedaliera, contesto ed equità) e la metodologia per il calcolo degli indicatori NSG-PDTA. A fronte di quanto già avviato dalle Aziende nel 2° semestre 2021 si definiscono i seguenti sub- obiettivi: ▪ Monitoraggio attivo (ASL) delle attività erogate e dichiarate dalle strutture nel flusso STS.24 con riferimento in particolare all'assistenza domiciliare (flusso SIAD), all'assistenza residenziale e semiresidenziale (flusso FAR), all'assistenza psichiatrica, disabili psichici-fisici e malati terminali. ▪ <u>Pianificazione del monitoraggio attivo (ASR) degli indicatori CORE del Nuovo sistema di garanzia di competenza aziendale</u> finalizzati tra l'altro a contribuire al miglioramento delle performance regionali, <u>tra cui</u> i seguenti indicatori - P10Z - Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino - P14C - Indicatore composito sugli stili di vita (fonte PASSI) - P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per mammella, cervice uterina e colon retto - D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3) - D27Z - Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche. - D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure

	palliative sul numero deceduti per causa di tumore - H02Z - Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui Pertanto, la seguente scheda prevede due sub-obiettivi finalizzati ad assicurare: 2.6.1 Aggiornamento tempestivo delle strutture in anagrafe regionale; Completezza delle strutture che rendicontano le attività nel flusso STS24; Verifica della qualità dei dati dichiarati dalle strutture nel flusso STS24 (esempio verifica di coerenza dei dati dichiarati rispetto all'esercizio precedente). 2.6.2 Definizione degli interventi di breve, medio e lungo periodo da avviare/avviati per monitorare e migliorare la <i>performance</i> aziendale relativa agli indicatori CORE del Nuovo sistema di garanzia.	
INDICATORI	2.6.1	Completezza e Qualità dei dati dichiarati nel flusso STS24, ovvero assenza di correzione rilevata nell'annualità 2023 rispetto ai dati dichiarati per l'annualità 2022. Risccontro tempestivo di eventuali rilievi segnalati dal Ministero per l'annualità 2021.
	2.6.2	Trasmissione del Piano degli interventi di breve, medio e lungo periodo da avviare/avviati per migliorare la <i>performance</i> aziendale desumibile dagli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia
VALORE DELL'OBIETTIVO	2.6.1	▪ Trasmissione al 31.12.2022 di una relazione delle attività svolte. (all'indirizzo sanita@regione.piemonte.it e per conoscenza all'indirizzo obiettividgres@regione.piemonte.it) ▪ Assenza di correzione rilevata nell'annualità 2023 rispetto ai dati dichiarati per l'annualità 2022.
	2.6.2	Trasmissione del Piano degli interventi di monitoraggio e miglioramento entro il 31.12.2022. (all'indirizzo sanita@regione.piemonte.it e per conoscenza all'indirizzo obiettividgres@regione.piemonte.it)
SCALA	SI/NO per ogni sub-obiettivo	
FONTE DATI	• Flusso FAR-SIAD, FIM • Verbali del Ministero • Documentazione aziendale	
TRACKING	▪ Monitoraggio obiettivi ▪ 31.12.2022	
PUNTEGGIO	ASL: 5 punti AO/AOU: 3 punti Il sub-obiettivo 2.6.1 si applica solo alle ASL e pesa 40% mentre il sub-obiettivo 2.6.2. pesa il 60% del punteggio complessivo. Le AO/AOU sono valutate unicamente relativamente il sub-obiettivo 2.6.2. che pesa il 100% del punteggio complessivo.	
RIFERIMENTI	https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4744&area=Lea&menu=monitoraggioLea	

3. Farmaci e dispositivi medici

3.1 OBIETTIVO– Affidabilità dati rilevati da flussi informativi della farmaceutica ASL; AO; AOU

SETTORI REFERENTI	Assistenza farmaceutica, integrativa e protesica
DESCRIZIONE DELL'OBIETTIVO	3.1.1 Verifica trimestrale, per ciascuna azienda sanitaria e ospedaliera, della coerenza tra i costi aziendali rilevati dal Modello di Conto Economico (CE) nella voce BA0040 - B.1.A.1.1 - Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale, e nella voce BA2670 – B.15.A – Variazione rimanenze sanitarie, limitatamente ai prodotti farmaceutici ed i costi aziendali rilevati attraverso il flusso informativo della distribuzione diretta (DM 31 luglio 2007 e s.m.i.) e il flusso dei consumi ospedalieri (DM 4 febbraio 2009) tenendo conto delle eventuali note di credito. 3.1.2 Verifica della coerenza tra i dati dei flussi informativi inviati mensilmente dalle aziende (relativi alla distribuzione diretta e ai consumi ospedalieri) e gli analoghi valori mensili consolidati a fine anno. 3.1.3 Negli ultimi mesi si è svolto un lavoro di screening nell'ambito della logistica sanitaria, con approfondimento e analisi dell'esistente condotto in sinergia con i rappresentanti dei settori aziendali coinvolti, allo scopo di delineare il quadro complessivo dell'attuale situazione e delle possibili misure da adottare, in futuro, per l'organizzazione di servizi di macro e micro-logistica funzionali ad un'evoluzione in termini di efficienza ed economicità. Al fine di approfondire l'indagine conoscitiva già iniziata nei mesi scorsi e di acquisire gli elementi per valutare le soluzioni più adeguate in materia di logistica sanitarie e gestione dei vaccini e degli screening, è stato sottoposto alle AA.SS.RR. un questionario volto a consentire l'acquisizione di ulteriori dati di approfondimento tecnico, indispensabili per poter procedere alla mappatura definitiva delle attività. Le aziende dovranno fornire per i primi 2 sub-obiettivi, 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%).

INDICATORI	3.1.1	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: 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 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
	3.1.2	Rapporto tra i costi aziendali rilevati mensilmente dai flussi informativi della farmaceutica (DD, CO) e gli analoghi costi mensili consolidati a fine anno, come di seguito formulato: costi aziendali rilevati mensilmente, attraverso il flusso informativo della distribuzione diretta e il flusso dei consumi ospedalieri costi aziendali mensili rilevati ad annualità conclusa, attraverso il flusso informativo della distribuzione diretta e il flusso dei consumi ospedalieri
	3.1.3	Trasmissione da parte delle AA.SS.RR., dello strumento di rilevazione, completo di tutti i dati richiesti, entro i termini stabiliti, stante la rilevanza delle informazioni fornite attraverso l'indagine suddetta. Trasmissione di eventuali integrazioni, modifiche o chiarimenti da parte delle Aziende sanitarie, entro i termini a tal fine specificamente previsti.
VALORE DELL'OBIETTIVO	3.1.1 100% con uno scostamento massimo ammissibile scostamento pari al ± 2 % sul valore annuale e ± 5 % sui valori trimestrali. 3.1.2 il sub-obiettivo sarà valutato positivamente se l'indicatore raggiunge un valore obiettivo pari al 100 % per almeno 10 mesi su dodici, con uno scostamento massimo ammissibile pari al 2 % limitatamente a 2 mesi su 12 3.1.3 Accuratezza e coerenza nella compilazione e trasmissione dei questionari entro le tempistiche previste	
SCALA	1. SI/NO (1-0) 2. SI/NO (1-0) 3. SI/NO (1-0)	
FONTE DATI	• Flusso della distribuzione diretta • flusso dei consumi ospedalieri • modello conto economico (CE)	

TRACKING	▪ Riunioni periodiche svolte con referenti del settore regionale responsabile, ASR e CSI nel 2022 ▪ Incontri di monitoraggio obiettivi ▪ 31.12.2022
PUNTEGGIO	ASL: 3 punti AO/AOU: 4 punti Ogni sub-obiettivo pesa 1/3 del punteggio complessivo

3. Farmaci e dispositivi medici		
3.2 OBIETTIVO – Assistenza farmaceutica appropriatezza prescrittiva ASL; AO; AOU		
SETTORI REFERENTI	Assistenza farmaceutica, integrativa e protesica	
DESCRIZIONE DELL'OBIETTIVO	a) <u>AO e AOU</u>: Mantenimento dell'importo cumulato medio indotto dalla propria attività prescrittrice nel triennio 2019-2020-2021 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. Nel caso l'importo cumulato relativo al 2021 sia inferiore al dato medio del triennio occorre mantenere il dato del 2021. b) <u>ASL</u>: Riduzione nel 2022 della spesa pro-capite pesata complessiva (conv. + dd + dpc) avendo come obiettivo il valore dell'ASL <i>best performer</i> nell'anno 2021.	
INDICATORI	3.2	a) <u>AO e AOU</u>: Spesa indotta dalla propria attività prescrittrice nel 2022 (rilevata da Flusso File F ed afferente alla distribuzione diretta di tipologia 03) nel periodo gennaio-dicembre 2022 b) <u>ASL</u>: Spesa pro-capite pesata complessiva (conv. + dd + dpc) anno 2022
VALORE DELL'OBIETTIVO	a) <u>AO e AOU</u>: spesa indotta nel 2022 $\leq$ al valore più basso tra la spesa media indotta nel triennio 2019-2020-2021 e la spesa indotta nel 2021. b) <u>ASL</u>: Spesa pro-capite pesata complessiva (conv. + dd + dpc) anno 2022 $\leq$ al valore dell'ASL <i>best performer</i> nell'anno 2021.	
SCALA	a) <u>AO e AOU</u>: SI/NO (1-0) b) <u>ASL</u>: Per l'ASL <i>best performer</i> il raggiungimento dell'obiettivo consiste nel miglioramento o nel mantenimento del dato 2021. Per le altre Aziende il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2022 tra il valore di partenza (dato anno 2021) e il valore dell'ASL <i>best performer</i> nel 2021.	
FONTE DATI	Flusso della distribuzione diretta, convenzionata e DPC	
TRACKING	- Riunioni periodiche svolte con referenti del settore regionale responsabile, ASR e CSI nel 2022 - Incontri di monitoraggio obiettivi 31.12.2022	
PUNTEGGIO	ASL: 6 punti AO/AOU: 8 punti	

Obiettivo 3.2

a) Tabella valori obiettivo per AO e AOU

Azienda del Prescrittore	DD Tipologia 03* - Importo Cumulato mesi: 01 - 12 - Anno - 2019	DD Tipologia 03* - Importo Cumulato mesi: 01 - 12 - Anno - 2020	DD Tipologia 03 - Importo Cumulato mesi: 01 - 12 - Anno - 2021	DD Tipologia 03* - Importo Cumulato mesi: 01 - 12 - Anno - Obiettivo 2022
904 - AZIENDA OSP. S.LUIGI	23.760.392	21.479.831	22.042.403	22.042.403
905 - AZIENDA OSP. MAGGIORE DELLA CARITA'	13.996.658	15.798.854	16.697.112	15.497.542
906 - AZIENDA OSP. S.CROCE E CARLE	13.854.213	13.063.843	12.506.815	12.506.815
907 - AZIENDA OSP. S.ANTONIO BIAGIO/ARRIGO	25.106.096	22.477.550	22.984.588	22.984.588
908 - AZIENDA OSP. ORDINE MAURIZIANO DI TORINO	11.684.823	10.589.823	10.875.405	10.875.405
909 - AZIENDA OSP. CITTA DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO	90.491.702	83.447.548	90.131.116	88.023.456

b) Tabella valore best performer 2021 (in rosso)/valori partenza per obiettivo ASL

ASL di Residenza	IMPORTO* CONVENZIONATA DISTRIBUZIONE DIRETTA e DPC 2021 - Gen-Dic	IMPORTO* CONVENZIONATA 2021 - Gen-Dic	IMPORTO* DISTRIBUZIONE DIRETTA 2021 - Gen-Dic	IMPORTO* DPC 2021 - Gen-Dic	RESIDENTI** PONDERATI 2021	IMPORTO (Gen-Dic 2021) per RESIDENTE PONDERATO
301-A.S.L. CITTA' DI TORINO	262.934.086	123.318.539	107.567.171	32.048.375	850.996	309,0
203-A.S.L. TORINO 3	169.381.325	83.773.439	62.609.150	22.998.736	575.415	294,4
204-A.S.L. TORINO 4	146.214.089	71.900.944	55.426.244	18.886.901	503.919	290,2
205-A.S.L. TORINO 5	84.110.492	42.523.721	30.282.157	11.304.614	298.252	282,0
206-A.S.L. VERCELLI	47.741.141	25.746.191	16.591.045	5.403.905	169.386	281,8
207-A.S.L. BIELLA	51.516.745	24.426.878	21.187.622	5.902.245	173.031	297,7
208-A.S.L. NOVARA	96.124.554	46.901.609	37.116.304	12.106.641	331.640	289,8
209-A.S.L. VERBANO-CUSIO-OSSOLA	44.694.630	22.743.232	17.973.083	3.978.315	170.954	261,4
210-A.S.L. CUNEO 1	105.671.198	49.412.845	43.152.388	13.105.965	399.460	264,5
211-A.S.L. CUNEO 2	45.666.408	22.545.603	17.316.740	5.804.065	163.824	278,8
212-A.S.L. ASTI	57.791.711	29.339.189	21.182.825	7.269.697	200.036	288,9
213-A.S.L. ALESSANDRIA	125.784.326	65.315.034	43.954.815	16.514.477	438.030	287,2
Valore Residenti Regione Piemonte	1.237.630.704	607.947.224	474.359.545	155.323.935	4.274.945	289,5

3. Farmaci e dispositivi medici		
3.3 OBIETTIVO– Affidabilità dati rilevati da flussi informativi dei dispositivi medici ASL; AO; AOU		
SETTORI REFERENTI	Assistenza farmaceutica, integrativa e protesica	
DESCRIZIONE DELL'OBIETTIVO	Verifica di disponibilità, completezza e qualità, nonché del miglioramento nel tempo dell'acquisizione nel flusso informativo regionale dei dati relativi al monitoraggio dei consumi e dei contratti dei dispositivi medici (Decreto Ministeriale 11 giugno 2010 "Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio Sanitario Nazionale"). L'obiettivo, 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.	
INDICATORI	3.3.1	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. <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> <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>
	3.3.2	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) $\frac{100 \times \text{Numero record validi con "Forma di negoziazione" compilata}}{\text{Numero di record validi}}$
	3.3.3	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>: <i>Sommatoria delle <u>quantità di dispositivi medici contrattualizzate</u> nel quinquennio 2018-2022, rispettivamente differenziando nelle tre CND J0101, P0704, P0908</i> <i>Sommatoria delle <u>quantità di dispositivi medici distribuite</u> nel quinquennio 2018-2022, rispettivamente differenziando nelle tre CND J0101, P0704, P0908</i>
VALORE DELL'OBIETTIVO	3.3.1 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) 3.3.2 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. 3.3.3 Risultato dei tre sub indicatori $\geq 50\%$ (l’indicatore complessivamente è valutato positivamente solo se il risultato di tutti i tre sub indicatori è non inferiore al cinquanta per cento)	
SCALA	<u>3.3.1</u>	SI/NO (1-0)
	<u>3.3.2</u>	SI/NO (1-0)
	<u>3.3.3</u>	SI/NO (1-0)
FONTE DATI	• Flusso informativo regionale Contratti di Dispositivi medici (DMRP-Contratti) • Flusso informativo regionale Consumi di Dispositivi medici (DMRP-Consumi) • Conto economico NSIS	
TRACKING	▪ Riunioni periodiche svolte con referenti del settore regionale responsabile, ASR e CSI nel 2022 (min. una riunione per trimestre); ▪ Incontri di monitoraggio obiettivi ▪ 31.12.2022	
PUNTEGGIO	ASL: 3 punti AO/AOU: 4 punti Ogni sub-obiettivo pesa 1/3 del punteggio complessivo	
RIFERIMENTI	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” GdL NSIS “Flusso informativo dei consumi e dei contratti di dispositivi medici direttamente acquistati dal SSN” – Presentazione ministeriale del 28 febbraio 2022	

4. Transizione post-emergenza

4.1 Attuazione Piano di recupero delle liste di attesa delle prestazioni di ricovero ASL; AO; AOU

SETTORI REFERENTI	Programmazione dei Servizi Sanitari e Sociosanitari; Controllo di gestione, Sistemi informativi, Logistica Sanitaria e Coordinamento Acquisti; Rapporti con erogatori sanitari e socio-sanitari;
DESCRIZIONE DELL'OBIETTIVO	La D.G.R. n. 2-1980 del 23.09.2020, titolata "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" ha approvato, all'allegato A, il Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici. La successiva D.G.R. n. 22-3690 del 06.08.2021, titolata "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" con la quale si è disposto per l'aggiornamento del Piano di recupero delle liste di attesa, secondo le indicazioni fornite nel DL 73/2021 sopra citato ed approvato quale Allegato A dell'atto suddetto. In seguito, l'art. 1, comma 276 e successivi 277, 278 e 279 della legge 30 dicembre 2021, n. 234 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024" ha previsto una proroga alle misure adottate con i precedenti atti sopra richiamati fino al 31 dicembre 2022, nonché il finanziamento e i canali utilizzabili per le finalità specifiche di recupero delle liste di attesa delle prestazioni di ricovero, di specialistica ambulatoriale e di screening oncologici. In attuazione del disposto della normativa di cui ai paragrafi precedenti, con D.G.R. n. 48-4605 del 28.01.2022 è stata approvata la rimodulazione del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici, tenuto conto delle indicazioni in merito fornite dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, che ha provveduto ad inviare, con proprie note, le "Linee di indirizzo per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell'epidemia da SARS-COV-2". Infine, con D.G.R. n. 4-4878 del 14.04.2022 è stata approvata, ad integrazione della D.G.R. n. 48-4605 del 28.01.2022, la nuova rimodulazione del piano regionale e dei piani aziendali per il recupero delle liste di attesa per le prestazioni di ricovero, di specialistica ambulatoriale e di screening oncologici, fornendo ulteriori disposizioni attuative e modalità organizzative per il recupero delle liste di attesa nelle strutture pubbliche e private accreditate ed autorizzando le Aziende Sanitarie Regionali all'utilizzo, ad integrazione delle risorse già assegnate con D.G.R. del 24 novembre 2021, n. 2-4147, delle ulteriori risorse previste dall'art. 1, comma 278, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 pari a Euro 36.862.840,00, secondo la ripartizione riportata nell'allegato B) definita sulla base del fabbisogno espresso dalle ASR – a partire dal conteggio delle prestazioni erogate nell'anno 2019.

	Il presente obiettivo si inquadra nell'ambito normativo sopra delineato e prevede il raggiungimento dello standard erogativo descritto negli atti succitati. Ai sensi dell'art. 3 bis, comma 7 bis del D.lgs 502/92 e s.m. il rispetto degli impegni assunti per il superamento delle criticità legate ai tempi di attesa previsti nei Piani operativi regionali costituisce elemento prioritario di valutazione dai Direttori Generali. L'obiettivo è articolato in 3 sub-obiettivi. Sub-obiettivo 4.1.1: La produzione relativa all'attività di ricovero deve tornare complessivamente ai volumi e al mix indicativo che venivano ordinariamente erogati antecedentemente all'emergenza pandemica, pertanto, prendendo quale anno di riferimento il 2019 <u>al netto delle mensilità relative al periodo emergenziale.</u> Sub-obiettivo 4.1.2: Recupero prestazioni di ricovero secondo classi di complessità e priorità come programmato nel piano aziendale di utilizzo risorse previste dall'art. 1, comma 278, della legge 30 dicembre 2021, n. 234. (prospettiva committenza per ASL – prospettiva produzione per AO/AOU) Sub-obiettivo 4.1.3: Utilizzo, secondo criteri di appropriatezza e in coerenza con il fabbisogno stimato, delle risorse residue ex DL 104/DGR 2-1980 entro il 31/12/2022	
INDICATORI	4.1.1	$\frac{\text{n° prestazioni di ricovero prodotte nell'anno 2022}}{\text{n° prestazioni di ricovero prodotte nell'anno 2019}} \times 100$
	4.1.2	percentuale interventi chirurgici in regime di ricovero recuperati per classe di complessità (1 2 3) e di priorità (A B C D) rispetto al fabbisogno stimato nel piano aziendale di utilizzo risorse ex. DGR 4-4878/2022 del 14.4.2022 e s.m.i.
	4.1.3	utilizzo, secondo criteri di appropriatezza e in coerenza con il fabbisogno stimato, delle risorse residue ex DL 104/DGR 2-1980 entro il 31/12/2022
VALORE DELL'OBIETTIVO	4.1.1 >= 100% 4.1.2 100% n° interventi chirurgici programmati per classe di complessità (1 2 3) e di priorità (A B C D) indicati quale fabbisogno stimato nei piani secondo quanto previsto dalla DGR 4-4878/2022 e s.m.i. e valutati dalla Direzione Sanità e Welfare, ai sensi della normativa regionale vigente. <u>(prospettiva committenza per ASL – prospettiva produzione per AO/AOU)</u> 4.1.1 100%	
SCALA	<u>4.1.1</u> SI/NO <u>4.1.2</u> il punteggio sarà attribuito in funzione del livello percentuale raggiunto <u>4.1.3</u> SI/NO Ogni sub-obiettivo pesa rispettivamente 1/3 del punteggio	

FONTE DATI	• Flusso SDO • Dati aziendali
TRACKING	▪ Monitoraggio obiettivi ▪ 31.12.2022
PUNTEGGIO	ASL: 8 AO/AOU: 14
NOTE	<i>La valutazione terrà conto anche dell'evoluzione della situazione pandemica, del rispetto delle indicazioni trasmesse dalla Regione, nonché del dato di performance del best performer regionale.</i>
RIFERIMENTI	- 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 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. 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 validità delle ricette relative alle prestazioni diagnostico-specialistiche di primo accesso".

4. Transizione post-emergenza

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

SETTORI REFERENTI	Programmazione dei Servizi Sanitari e Sociosanitari; Controllo di gestione, Sistemi informativi, Logistica Sanitaria e Coordinamento Acquisti; Prevenzione, Sanità pubblica veterinaria e Sicurezza Alimentare
DESCRIZIONE DELL'OBIETTIVO	La D.G.R. n. 2-1980 del 23.09.2020, titolata "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" ha approvato, all'allegato A, il Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici. La successiva D.G.R. n. 22-3690 del 06.08.2021, titolata "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" con la quale si è disposto per l'aggiornamento del Piano di recupero delle liste di attesa, secondo le indicazioni fornite nel DL 73/2021 sopra citato ed approvato quale Allegato A dell'atto suddetto. In seguito, l'art. 1, comma 276 e successivi 277, 278 e 279 della legge 30 dicembre 2021, n. 234 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024" ha previsto una proroga alle misure adottate con i precedenti atti sopra richiamati fino al 31 dicembre 2022, nonché il finanziamento e i canali utilizzabili per le finalità specifiche di recupero delle liste di attesa delle prestazioni di ricovero, di specialistica ambulatoriale e di screening oncologici. In attuazione del disposto della normativa di cui ai paragrafi precedenti, con D.G.R. n. 48-4605 del 28.01.2022 è stata approvata la rimodulazione del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici, tenuto conto delle indicazioni in merito fornite dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, che ha provveduto ad inviare, con proprie note, le "Linee di indirizzo per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell'epidemia da SARS-COV-2". Infine, con D.G.R. n. 4-4878 del 14.04.2022 è stata approvata, ad integrazione della D.G.R. n. 48-4605 del 28.01.2022, la nuova rimodulazione del piano regionale e dei piani aziendali per il recupero delle liste di attesa per le prestazioni di ricovero, di specialistica ambulatoriale e di screening oncologici, fornendo ulteriori disposizioni attuative e modalità organizzative per il recupero delle liste di attesa nelle strutture pubbliche e private accreditate ed autorizzando le Aziende Sanitarie Regionali all'utilizzo, ad integrazione delle risorse già assegnate con D.G.R. del 24 novembre 2021, n. 2-4147, delle ulteriori risorse previste dall'art. 1, comma 278, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 pari a Euro 36.862.840,00, secondo la ripartizione riportata nell'allegato B) alla deliberazione stessa, definita sulla base del fabbisogno espresso dalle ASR – a partire dal conteggio delle prestazioni erogate nell'anno 2019.

In particolare, la sopra citata D.G.R. n. 4-4878 del 14.04.2022 dispone per il miglioramento dei risultati delle campagne di screening regionale al fine di raggiungere gli obiettivi prefissati nel Piano Nazionale Screening e nel Piano Regionale di Prevenzione (Volumi di attività indicati in tabella A), prevedendo in coerenza alla nota prot. n. 7258 del 23 febbraio 2022 le seguenti prestazioni aggiuntive (indicate in Tabella B), necessarie per raggiungere gli obiettivi programmati:

Tabella A

Obiettivi di attività 2022 (comprensivi del recupero del ritardo)	INVITI	PRESTAZIONI
Tumore mammella	279.780	160.005
Tumore cervice	356.632	186.484
Tumore colon-retto	267.341	88.405

Tabella B

PROGRAMMI DI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE	INVITI	PRESTAZIONI
Tumore mammella	138.333	83.000
Tumore cervice	147.242	88.345
Tumore colon-retto	69.083	9.845

Il presente obiettivo si inquadra nell'ambito normativo sopra delineato e prevede il raggiungimento dello standard erogativo descritto negli atti succitati e si articola in due sub obiettivi:

Sub-obiettivo 4.2.1: raggiungimento degli obiettivi di inviti e prestazioni secondo gli indicatori di cui ai paragrafi successivi.

Il primo indicatore per ciascuno dei tre screening oncologici (tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto) riguarda la copertura da inviti, e il secondo la copertura da esami.

Per copertura da inviti si intende la capacità di invitare tutte le persone facenti parte della popolazione target con la cadenza stabilita: se, per esempio, la cadenza degli inviti è biennale, la popolazione target annuale è data 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.

L'indicatore viene calcolato come numero di inviti diviso la popolazione target annuale.

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

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).

	Per il programma di screening della colon-retto, che utilizza due tipi di test (sigmoidoscopia e test per la ricerca del sangue occulto –FIT), che richiedono una diversa programmazione dell'attività, la copertura da inviti viene calcolata per la coorte delle persone invitate alla sigmoidoscopia (58 anni), che rappresenta il primo test proposto a tutta la popolazione target. La copertura da esami viene calcolata come il totale degli esami eseguiti (FIT + sigmoidoscopia) diviso per il totale della popolazione bersaglio 58-69 anni (soggetti da invitare alla sigmoidoscopia o al FIT nell'anno di riferimento). La popolazione target e gli intervalli di screening sono i seguenti: • Donne di età 50-69 anni per lo screening mammografico (due anni). • Donne di età 25-64 anni (30-64 per HPV) per lo screening cervico-vaginale (tre anni per le donne con Pap-test negativo e 5 anni per donne con test HPV negativo). • Uomini e donne di età 58-69 anni per lo screening coloretale (due anni per il FIT e solo una volta a 58 anni per la sigmoidoscopia). Sub-obiettivo 4.2.1: Aggiornamento del Piano di attività annuale, per l'anno 2022, da approvarsi con deliberazione del Direttore Generale di ogni Azienda afferente al Programma di Screening, ai sensi della D.G.R. n. 27-3570 del 04.07.2016.	
INDICATORI	4.2.1	COPERTURE INVITI: N° persone invitate + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale. COPERTURA ESAMI: N° persone sottoposte al test di screening, incluse le adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale
	4.2.2	Deliberazione del Direttore Generale di approvazione del Piano di Attività per il 2022
VALORE DELL'OBIETTIVO	4.2.1 Cfr. tabella seguente con dettaglio delle coperture 4.2.2 Atto deliberato al 31/12/2022	
SCALA	<u>4.2.1</u> Il raggiungimento del sub-obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2022 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 partecipa per 1/6 del punteggio del sub-obiettivo. <u>4.1.2</u> SI/NO Ogni sub-obiettivo pesa rispettivamente il: 4.1.1 80% 4.1.2 20%	
FONTE DATI	• Banca da CSI – CRPT Piemonte	
TRACKING	▪ Monitoraggio obiettivi ▪ 31.12.2022	
PUNTEGGIO	ASL/AO/AOU: 7 punti	

NOTE	<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> <i>Gli indicatori descritti sono tra quelli previsti entro il Piano Regionale della Prevenzione.</i> <i>La valutazione terrà conto anche dell'evoluzione della situazione pandemica, nonché del dato di performance del best performer regionale.</i>
RIFERIMENTI	- 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 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. 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".

Obiettivo 4.2 – 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 58 ANNI COPERTURA INVITI: NUMERO PERSONE INVITATE A SIGMOIDOSCOPIA + ADESIONI SPONTANEE / POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUALE	100%	97%
SCREENING COLO-RETTALE ETÀ 58-69 ANNI COPERTURA ESAMI: NUMERO PERSONE SOTTOPOSTE A SIGMOIDOSCOPIA O FIT (INCLUDE ADESIONI SPONTANEE) / POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUALE	40%	35%

4. Transizione post-emergenza

4.3 Attuazione Piano di recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale ASL; AO; AOU

SETTORI REFERENTI	Programmazione dei Servizi Sanitari e Sociosanitari; Controllo di gestione, Sistemi informativi, Logistica Sanitaria e Coordinamento Acquisti; Rapporti con erogatori sanitari e socio-sanitari;
DESCRIZIONE DELL'OBIETTIVO	La D.G.R. n. 2-1980 del 23.09.2020, titolata "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" ha approvato, all'allegato A, il Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici. La successiva D.G.R. n. 22-3690 del 06.08.2021, titolata "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" con la quale si è disposto per l'aggiornamento del Piano di recupero delle liste di attesa, secondo le indicazioni fornite nel DL 73/2021 sopra citato ed approvato quale Allegato A dell'atto suddetto. In seguito, l'art. 1, comma 276 e successivi 277, 278 e 279 della legge 30 dicembre 2021, n. 234 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024" ha previsto una proroga alle misure adottate con i precedenti atti sopra richiamati fino al 31 dicembre 2022, nonché il finanziamento e i canali utilizzabili per le finalità specifiche di recupero delle liste di attesa delle prestazioni di ricovero, di specialistica ambulatoriale e di screening oncologici. In attuazione del disposto della normativa di cui ai paragrafi precedenti, con D.G.R. n. 48-4605 del 28.01.2022 è stata approvata la rimodulazione del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici, tenuto conto delle indicazioni in merito fornite dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, che ha provveduto ad inviare, con proprie note, le "Linee di indirizzo per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell'epidemia da SARS-COV-2". Infine, con D.G.R. n. 4-4878 del 14.04.2022 è stata approvata, ad integrazione della D.G.R. n. 48-4605 del 28.01.2022, la nuova rimodulazione del piano regionale e dei piani aziendali per il recupero delle liste di attesa per le prestazioni di ricovero, di specialistica ambulatoriale e di screening oncologici, fornendo ulteriori disposizioni attuative e modalità organizzative per il recupero delle liste di attesa nelle strutture pubbliche e private accreditate ed autorizzando le Aziende Sanitarie Regionali all'utilizzo, ad integrazione delle risorse già assegnate con D.G.R. del 24 novembre 2021, n. 2-4147, delle ulteriori risorse previste dall'art. 1, comma 278, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 pari a Euro 36.862.840,00, secondo la ripartizione riportata nell'allegato B) definita sulla base del fabbisogno espresso dalle ASR – a partire dal conteggio delle prestazioni erogate nell'anno 2019.

	Il presente obiettivo si inquadra nell’ambito normativo sopra delineato e prevede il raggiungimento dello standard erogativo descritto negli atti succitati. Ai sensi dell’art. 3 bis, comma 7 bis del D.lgs 502/92 e s.m. il rispetto degli impegni assunti per il superamento delle criticità legate ai tempi di attesa previsti nei Piani operativi regionali costituisce elemento prioritario di valutazione dai Direttori Generali. L’obiettivo è articolato in 3 sub-obiettivi. Sub-obiettivo 4.3.1: La produzione relativa all’attività di specialistica ambulatoriale deve tornare complessivamente ai volumi e al mix indicativo che venivano ordinariamente erogati antecedentemente all’emergenza pandemica, pertanto, prendendo quale anno di riferimento il 2019 al netto delle mensilità relative al periodo emergenziale. Sub-obiettivo 4.3.2: Recupero prestazioni di specialistica ambulatoriale come previsto dal piano aziendale di utilizzo risorse previste dall’art. 1, comma 278, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 (prospettiva committenza per ASL – prospettiva produzione per AO/AOU) Sub-obiettivo 4.3.3: Utilizzo, secondo criteri di appropriatezza e in coerenza con il fabbisogno stimato, delle risorse residue ex DL 104/DGR 2-1980 entro il 31/12/2022		
INDICATORI	4.3.1	$\frac{\text{n° prestazioni di spec. amb. prodotte nell’anno 2022}}{\text{n° prestazioni di spec. amb. prodotte nell’anno 2019}} \times 100$	
	4.3.2	percentuale prestazioni di specialistica ambulatoriale recuperate rispetto al fabbisogno stimato nel piano aziendale di utilizzo risorse ex. DGR 4-4878/2022 del 14.4.2022 e s.m.i.	
	4.3.3	utilizzo, secondo criteri di appropriatezza e in coerenza con il fabbisogno stimato, delle risorse residue ex DL 104/DGR 2-1980 entro il 31/12/2022	
VALORE DELL’OBIETTIVO	4.3.1 >= 100% 4.3.2 100% n° prestazioni specialistica ambulatoriale indicate quale fabbisogno stimato nei piani secondo quanto previsto dalla DGR 4-4878/2022 e valutati dalla Direzione Sanità e Welfare, ai sensi della normativa regionale vigente. (prospettiva committenza per ASL – prospettiva produzione per AO/AOU) 4.3.3 100%		
SCALA	<u>4.3.1 SI/NO</u> <u>4.3.2 il punteggio sarà attribuito in funzione del livello percentuale raggiunto.</u> <u>Il punteggio non sarà attribuito qualora sia stato accertato dalla Regione il mancato rispetto delle indicazioni regionali con particolare riferimento all’avvio entro le tempistiche regionali indicate della presa in carico attiva delle prescrizioni di 1° accesso per le prime due prestazioni pilota: mammografie e visite cardiologiche.</u>		

	<u>4.3.3</u> SI/NO Ogni sub-obiettivo pesa rispettivamente 1/3 del punteggio
FONTE DATI	• Flusso C • Dati aziendali
TRACKING	▪ Monitoraggio obiettivi ▪ 31.12.2022
PUNTEGGIO	ASL: 10 AO/AOU: 14
NOTE	<i>La valutazione terrà conto anche dell'evoluzione della situazione pandemica, del rispetto delle indicazioni trasmesse dalla Regione, nonché del dato di performance del best performer regionale.</i>
RIFERIMENTI	- DGR 16 maggio 2019, n. 110-9017. "Recepimento dell'Intesa [...] tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2019-2021 [...]" e approvazione del "Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica e di Ricovero per il triennio 2019-2021", a parziale modifica della D.G.R. n.17-4817 del 27.03.2017"; - 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 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. 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 validità delle ricette relative alle prestazioni diagnostico-specialistiche di primo accesso".

4. Transizione post-emergenza

4.4 Piano di recupero vaccinazioni programmate ASL

SETTORI REFERENTI	Prevenzione, sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare	
DESCRIZIONE DELL'OBIETTIVO	L'emergenza COVID-19 ha avuto un impatto molto elevato sulla popolazione e sui servizi sanitari nazionali; le misure di sanità pubblica che hanno imposto alla popolazione di rimanere a casa hanno portato alcune persone a decidere di rimandare le vaccinazioni programmate per sé stessi o per i propri figli; inoltre la necessità di riorganizzare i servizi sanitari per aumentare la disponibilità di personale dedicato a fronteggiare l'emergenza e gestire la vaccinazione anti SARS-COV-2, può aver avuto un impatto sullo svolgimento regolare delle attività di vaccinazione di routine (che rappresentano dei Livelli Essenziali di Assistenza, LEA) come si evince dalla riduzione delle coperture vaccinali nel corso di questo ultimo periodo. Le coperture vaccinali rappresentano l'indicatore per eccellenza delle strategie vaccinali di una regione poiché forniscono informazioni in merito alla loro reale attuazione sul territorio e sull'efficienza del sistema vaccinale. Negli ultimi 2 anni le vaccinazioni hanno subito un rallentamento a causa dell'emergenza pandemica e pertanto non si stanno raggiungendo i risultati attesi e previsti dal PNPV 2017-2019. Per le vaccinazioni degli ospiti nelle strutture residenziali o di lungo degenza, è stato predisposto un documento regionale per la vaccinazione in RSA che descrive la procedura vaccinale, contiene informazioni tecniche sui vaccini per gli operatori, informazioni divulgative sulle malattie e sulle vaccinazioni per i pazienti/ospiti nonché il modulo di rifiuto alla vaccinazione. Per le motivazioni sopra esposte si decide per il 2022 di stabilire come obiettivo di offrire e implementare le vaccinazioni influenzale, pneumococcica e herpes zoster agli ospiti delle RSA	
INDICATORI	4.4.1	Copertura degli ospiti delle RSA per pneumococco e zoster nell'ultimo trimestre 2022
	4.4.2	Copertura degli ospiti delle RSA per vaccinazione antinfluenzale entro il 31 dicembre 2022
VALORE DELL'OBIETTIVO	4.4.1 Copertura di almeno il 50% degli ospiti delle RSA per pneumococco e zoster 4.4.2 Copertura di almeno il 75% degli ospiti delle RSA per antinfluenzale	
SCALA	<u>4.4.1</u> SI/NO <u>4.4.2</u> SI/NO Ogni sub-obiettivo pesa rispettivamente il: 4.4.1 50% 4.4.2 50%	
FONTE DATI	- SIRVA - ECWMED	
TRACKING	- Monitoraggio obiettivi 31.12.2022	

PUNTEGGIO	ASL: 3 punti
RIFERIMENTI	Determinazione Dirigenziale n. 507 del 25/03/2022 Nota prot. 11956 del 28.03.2022 Nota prot. 24830 del 30.06.2022

4. Transizione post-emergenza		
4.5 Prelievo ed effettuazione tamponi e vaccini anti Covid-19 ASL; AO; AOU		
SETTORI REFERENTI	Prevenzione, sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare	
DESCRIZIONE DELL'OBIETTIVO	Nonostante la fine dello stato di emergenza, l'infezione da SARS COV 2 richiede anche in fase interpandemica il mantenimento di attività per la gestione della diffusione del virus e la riduzione della gravità della malattia. Le misure che le aziende devono essere in grado di assicurare sono: - la disponibilità di un sistema di sorveglianza basato sulla effettuazione di tamponi antigenici o molecolari in grado di intercettare ed isolare i casi di malattia; - la capacità di effettuare, qualora necessario, le attività di ricerca dei contatti e la gestione dei periodi contumaciali; - la capacità di rendere disponibile la vaccinazione anti COVID 19 alla popolazione piemontese sulla base dei programmi nazionali così come articolati a livello regionale. Le AO/AOU dovranno collaborare con le ASL e saranno valutate insieme alle ASL sul cui territorio insistono le strutture ospedaliere. Le AO/AOU dovranno mettere a disposizione le risorse che potranno rendersi necessarie nel caso di una ripresa dell'epidemia.	
INDICATORI	4.5.1	presenza sul territorio delle ASL, anche mediante collaborazione con ASO-ASOU, di strutture in grado di assicurare la disponibilità per l'effettuazione di tamponi antigenici/molecolari ai fini di sorveglianza di sanità pubblica, per la popolazione piemontese;
	4.5.2	disponibilità di risorse umane e informatiche per assicurare la gestione dei periodi contumaciali e ove necessario, la ricerca attiva dei contatti stretti; l'azienda deve disporre di un piano per fronteggiare un eventuale richiesta di aumento in tempi brevi di personale;
	4.5.3	organizzazione di centri vaccinali e coordinamento delle attività degli MMG/PLS per la somministrazione di vaccini COVID 19 sulla base dei programmi nazionali;
VALORE DELL'OBIETTIVO	4.5.1 Presenza di strutture per accesso ai tamponi tutti i giorni compresi i prefestivi ed i festivi; 4.5.2 Capacità di presa in carico dei nuovi positivi e di chiusura dei periodi di isolamento entro 48 ore; 4.5.3 Presenza di centri vaccinali e di programmi con MMG/PLS a livello aziendale per assicurare le coperture vaccinali previste	
SCALA	<u>4.5.1</u> SI/NO <u>4.5.2</u> SI/NO <u>4.5.2</u> SI/NO Ogni sub-obiettivo pesa rispettivamente il: 4.5.1 20%	

	4.5.2 30% 4.5.3 50%
FONTE DATI	• Sistemi di rilevazione aziendali • Piattaforma regionale COVID 19 • Sirva
TRACKING	▪ Monitoraggio obiettivi ▪ 31.12.2022
PUNTEGGIO	ASL/ AO/AOU:10 punti
RIFERIMENTI	Determinazione Dirigenziale n. 507 del 25/03/2022 Nota prot. 11956 del 28.03.2022

4.6 PanFlu ASL

SETTORI REFERENTI	Prevenzione, sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare	
DESCRIZIONE DELL'OBIETTIVO	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). 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. 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. 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 <i>"Malattie ed Emergenze Infettive"</i>. 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. 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.	
INDICATORI	4.6	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 29.10.2022
VALORE DELL'OBIETTIVO	100%	
SCALA	SI/NO	

FONTE DATI	• 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	▪ Monitoraggio obiettivi ▪ 31.12.2022
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

5.1 Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) ASL

SETTORI REFERENTI	Prevenzione, sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare
------------------------------	--

DESCRIZIONE DELL'OBIETTIVO	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. 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. I criteri di certificazione dei Piani regionali stabiliti dal PNP prevedono che, per il 2022, la certificazione ha esito positivo se il 60% degli indicatori certificativi raggiunge il valore atteso per l'anno di riferimento. La DGR suindicata demanda alla Direzione regionale Sanità e Welfare 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. 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 e Welfare 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 2022, 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. 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. 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. 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: ▪ 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; anche attraverso la revisione dei piani di organizzazione, se necessario.
--	---

INDICATORI	5.1.1	Percentuale di indicatori di programma e di processo, aventi un valore atteso locale per il 2022, 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 e Welfare entro il 31/12/2022. (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	▪ Rendicontazioni ASL dei Piani locali di prevenzione, trasmesse alla Direzione Sanità e Welfare entro il 28/02/2023 ▪ Documentazione ASL ▪ piattaforma sorveglianzepassi.iss.it	
TRACKING	▪ Monitoraggio obiettivi ▪ 31.12.2022	
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 Piano regionale integrato per il controlli sulla sicurezza alimentare (PRISA) ASL

SETTORI REFERENTI	Prevenzione, sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare
-------------------	---

DESCRIZIONE DELL'OBIETTIVO	Con Determinazione Dirigenziale n. 507 del 25/03/2022 è stato approvato il Piano regionale integrato per i controlli sulla sicurezza alimentare PRISA 2022, in attuazione del Piano nazionale pluriennale per i controlli ufficiali e nel rispetto del regolamento UE 2017/625. Il PRISA stabilisce i controlli ufficiali che devono essere svolti dai servizi veterinari di Sanità Animale (area A) di Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione e trasporto degli alimenti di origine animale (area B), di Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (area C) e dal servizio di Igiene degli alimenti e della nutrizione (SIAN). Il PRISA è un adempimento LEA valutato annualmente attraverso indicatori di produttività che misurano la percentuale di controlli effettuati sul totale dei controlli previsti per i diversi settori di intervento. Al fine di raggiungere gli obiettivi PRISA, le ASL dovranno, in collaborazione con i responsabili dei gruppi di progetto Piano aziendale integrato per i controlli sulla sicurezza alimentare (PAISA), formulare proposte organizzative (complete della definizione del fabbisogno di personale e dei profili professionali necessari), finalizzate a garantire la piena attuazione degli obiettivi PRISA.	
INDICATORI	5.2.1	Settori di intervento che per il 2022, che raggiungono lo standard atteso
	5.2.2	Documento di proposte organizzative complete della definizione del fabbisogno di personale e dei profili professionali necessari
VALORE DELL'OBIETTIVO	5.1.1	50% dei settori di controllo che abbiano raggiunto almeno l'80% dei controlli previsti.
	5.1.2	documento trasmesso alla Direzione Sanità e Welfare entro il 31/12/2022. (all'indirizzo sanita@regione.piemonte.it e per conoscenza all'indirizzo obiettividgres@regione.piemonte.it)
SCALA	SI/NO per ogni indicatore	
FONTE DATI	• Sistema informativo ARVET • Sistema informativo VETALIMENTI • Sistema informativo SIGLAWEB	
TRACKING	▪ Monitoraggio obiettivi ▪ 31.12.2022	
PUNTEGGIO	ASL: 2 punti Ogni indicatore pesa 1/2 del punteggio complessivo	
RIFERIMENTI	Determinazione Dirigenziale n. 507 del 25/03/2022 Nota prot. 11956 del 28.03.2022	