



**REGIONE
PIEMONTE**

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 2024

Sommario

Sommario.....	2
Premessa.....	3
Criteri e Modalità di valutazione.....	5
1 GOVERNO DI FATTORI PRODUTTIVI.....	9
1.1 OBIETTIVO – BILANCIO.....	9
1.2 OBIETTIVO – APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA: IMMUNOGLOBINE.....	12
1.3 OBIETTIVO – APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA: OSSIGENO.....	14
1.4 OBIETTIVO - APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA: ACQUISTI DIRETTI.....	16
1.5 OBIETTIVO – ALLINEAMENTO REGISTRI AIFA E FLUSSI.....	18
1.6 POLITICHE DI GESTIONE DELLE RISORSE UMANE.....	19
2. EDILIZIA SANITARIA.....	22
2.1 OBIETTIVO – ATTUAZIONE INTERVENTI DELLA PROGRAMMAZIONE REGIONALE E NAZIONALE.....	22
3. SANITA' DIGITALE.....	24
3.1 OBIETTIVO - FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO 2.0.....	24
4. QUALITA'.....	26
4.1 OBIETTIVO – TEMPI DI ATTESA. FLUSSO CUP E FLUSSO C.....	26
4.2 OBIETTIVO – TEMPI DI ATTESA E RECUPERO PRODUZIONE.....	27
4.3 OBIETTIVO – RECUPERO MOBILITA' PASSIVA.....	29
4. Qualità.....	31
4.4 OBIETTIVO – MONITORAGGIO E GARANZIA LEA - SISTEMA NSG.....	31
4.5 OBIETTIVO – TEMPESTIVITÀ NELL'EFFETTUAZIONE DI PTCA NEI CASI DI IMA STEMI.....	34
4.6 OBIETTIVO – DONAZIONI D'ORGANO.....	36
4.7 OBIETTIVO – PROGRAMMA REGIONALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E LA SICUREZZA DEL PAZIENTE.....	39
5. PREVENZIONE.....	41
5.1 OBIETTIVO - ATTUAZIONE PIANO DI RECUPERO DELLE PRESTAZIONI DI SCREENING ONCOLOGICI.....	41
5.2 OBIETTIVO – CONTRASTO ALL' ANTIMICROBICO RESISTENZA.....	44
6. AZIENDA ZERO E ASR.....	46
6.1 OBIETTIVO –ASSISTENZA DOMICILIARE.....	46
6.2 OBIETTIVO – MIGLIORAMENTO NELLA GESTIONE E MISURAZIONE DEL BOARDING.....	47
7. AO OIRM.....	49
7.1 OBIETTIVO – ATTUAZIONE COSTITUZIONE NUOVA AZIENDA OSPEDALIERA.....	49

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 2024, 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 2024, in alcuni casi ripartiti in sub-obiettivi, sono suddivisi in 5 aree ed in aggiunta, obiettivi specifici per AZIENDA ZERO e l'AO OIRM, articolate come segue:

Tabella 1. Articolazione degli obiettivi e sub-obiettivi assegnati ai direttori generali delle ASR per il 2024

Area	N	Obiettivo	Settori Referenti	ASL	AO/AOU	AO OIRM	AZ. ZERO
1 Governo dei fattori produttivi	1.1	Bilancio	Programmazione finanziaria del sistema sanitario; Programmazione economica e controllo dei bilanci delle aziende sanitarie; Controllo di gestione, sistemi informativi, logistica sanitaria e coordinamento	✓	✓		✓
	1.2	Appropriatezza prescrittiva : immunoglobine	Programmazione de i Servizi Sanitari e Socio Sanitari; Assistenza farmaceutica, integrativa e protesica	✓	✓		✓
	1.3	Appropriatezza prescrittiva: ossigeno	Assistenza farmaceutica, integrativa e protesica	✓	✓		✓
	1.4	Appropriatezza prescrittiva : acquisti diretti	Assistenza farmaceutica, integrativa e protesica	✓	✓		✓
	1.5	Allineamento registri aifa e flussi	Assistenza Farmaceutica, Integrativa, protesica.	✓	✓		
	1.6	Politiche di gestione delle risorse umane	Sistemi organizzativi e risorse umane del SSR	✓	✓		✓
2. Edilizia Sanitaria	2.1	Attuazione interventi di edilizia sanitaria	Politiche degli investimenti; Coordinamento attuazione PNRR	✓	✓		
3. Sanità digitale	3.1	Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0	Coordinamento attuazione PNRR; Controllo di gestione, Sistemi informativi, logistica Sanitaria e coordinamento degli acquisti	✓	✓		✓
4. Qualità	4.1	Tempi di attesa. Flusso CUP e Flusso C	Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-sanitari; Controllo di gestione, Sistemi informativi, logistica Sanitaria e coordinamento degli acquisti	✓	✓		
	4.2	Tempi di attesa e recupero produzione	Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-sanitari; Controllo di gestione, Sistemi informativi, logistica Sanitaria e coordinamento degli acquisti	✓	✓		
	4.3	Recupero mobilità passiva	Programmazione finanziaria del sistema sanitario; Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-sanitari; Controllo di gestione, Sistemi informativi, logistica Sanitaria e coordinamento degli acquisti				
	4.4	NSG	Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-sanitari; Controllo di gestione, Sistemi informativi, logistica Sanitaria e coordinamento degli acquisti; Prevenzione, sanità pubblica, veterinaria e sicurezza alimentare; Assistenza Farmaceutica, Integrativa, protesica.	✓	✓		
	4.5	Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI	Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-sanitari	✓	✓		
	4.6	Donazioni d'organo	Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-sanitari	✓	✓		
	4.7	Programma regionale per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente	Affari generali e giuridico legislativo	✓	✓		✓
5. Prevenzione	5.1	Attuazione Piano di recupero delle prestazioni di screening oncologici	Prevenzione, sanità pubblica, veterinaria e sicurezza alimentare	✓	✓		
	5.2	Contrasto antimicrobico resistenza	Prevenzione, sanità pubblica, veterinaria e sicurezza alimentare; Assistenza Farmaceutica, Integrativa, protesica.	✓	✓		
6. Obiettivi Azienda Zero	6.1	Assistenza domiciliare	Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-sanitari				✓
	6.2	Miglioramento nella gestione e misurazione del boarding	Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-sanitari	✓	✓		✓
7. Obiettivi AO Regina Margherita	7.1	redigere entro il 02/04/2024 cronoprogramma delle azioni da intraprendere per raggiungere gli obiettivi fissati dagli atti regionali relativi alla costituzione della nuova azienda	Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-sanitari			✓	

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), che stabilisce:

“Per gli enti del Servizio sanitario nazionale che non rispettano i tempi di pagamento previsti dalla legislazione vigente, le regioni e le provincie 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.

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

Si precisa inoltre che, ai sensi dell'art.3 bis, comma 7 bis, del d. lgs. n. 502/1992 e s.m.i., e come ripreso dalla DGR n. 69-8679 del 29 marzo 2019, all'allegato A titolato "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

I singoli obiettivi individuati concorrono nei diversi pesi specificati nel presente allegato, ad un punteggio complessivamente pari a 100 punti. Il punteggio complessivamente conseguito sarà così dato dalla somma dei punteggi ottenuti in relazione al raggiungimento di ciascun singolo obiettivo/sub-obiettivo. La positiva valutazione, da parte della Regione, in ordine all'avvenuto conseguimento degli obiettivi ne presuppone il complessivo raggiungimento entro la soglia minima di 50 punti (da ottenersi, come detto, quale somma aritmetica dei punteggi ottenuti per ogni singolo obiettivo/sub-obiettivo).

La quota integrativa al trattamento economico annuo viene calcolato 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.

Tale quota sarà attribuita in misura proporzionale al livello di raggiungimento degli obiettivi a partire dalla soglia minima di 50 punti, corrispondente allo zero, fino al pieno raggiungimento degli obiettivi (100 punti) corrispondente al 20 per cento del trattamento economico annuo. I livelli intermedi di raggiungimento saranno valorizzati con funzione lineare.

Sarà comunque fatta salva la valutazione - di carattere preliminare - inherente 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 concorren-

za – 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. Igs 502/92 e s.m.i) il monitoraggio in ordine al raggiungimento degli obiettivi sarà periodico.

L’attività di monitoraggio si realizzerà attraverso una serie di incontri, per area omogenea, tra le Direzioni strategiche e gli uffici competenti della Direzione Sanità con il supporto di Agenas. In tale sede le Direzioni presenteranno le azioni intraprese per raggiungere gli obiettivi assegnati, forniranno i dati intermedi di raggiungimento esplicitando la propria previsione di raggiungibilità delle stesse ed eventuali cause ostacolanti.

Tali incontri sono previsti nei mesi di:

- aprile 2024
- luglio 2024
- novembre 2024

Successivamente, **entro il 28 febbraio 2025**, i direttori generali dovranno trasmettere un file contenente tutta la documentazione atta a comprovare il raggiungimento dei singoli obiettivi/sub-obiettivi accompagnato da una sintetica relazione riepilogativa (massimo 20 pagine); tale documentazione dovrà essere trasmessa unicamente su supporto informatico al seguente indirizzo di posta elettronica: obiettividgres@regione.piemonte.it.

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

Copia della relazione di sintesi di cui sopra sarà inviata dalle ASR interessate alle Conferenze dei Sindaci di riferimento territoriale (ovvero al Sindaco della Città di Torino per quanto riguarda le aziende sanitarie torinesi) per l’espressione dei pareri di competenza, da rendersi **entro il 30 aprile 2025**. Sarà altresì cura delle aziende sanitarie trasmettere copia dei pareri medesimi al Settore regionale incaricato del raccordo del procedimento.

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

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

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

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

Qualora il raggiungimento di alcuno degli obiettivi - in dipendenza da cause od evenienze sopravvenute non direttamente ascrivibili alla responsabilità dei direttori generali – dovesse diventare impossibile o risultare più difficoltoso ovvero, per contro, verificarsi o risultare facilitato, a seguito della necessaria certificazione documentale e della diretta verifica di tali circostanze, gli stessi obiettivi potranno essere ridefiniti o rimodulati, in corso d'anno, su proposta della competente Direzione Sanità, con conseguente riparametrazione dei punteggi attribuiti agli altri obiettivi e adozione di relativo provvedimento di giunta.

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 a 50 punti. 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	900
Area	N	Obiettivo	PUNTI	PUNTI	PUNTI	PUNTI	PUNTI	PUNTI	PUNTI	PUNTI	PUNTI	PUNTI	PUNTI	PUNTI	PUNTI	PUNTI	PUNTI	PUNTI	PUNTI	PUNTI	
		ASL Città di TO	ASL T03	ASL T04	ASL T05	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	AO OIRM	AZ. ZERO
1. Governo dei fattori produttivi	1.1 Bilancio	13,00	13,00	13,00	13,00	13,00	13,00	13,00	13,00	13,00	13,00	13,00	13,00	13,00	13,00	13,00	13,00	13,00	13,00	10,00	
	1.2 Appropriatezza prescrittiva : immunoglobine	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
	1.3 Appropriatezza prescrittiva: ossigeno	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
	1.4 Appropriatezza prescrittiva : acquisti diretti	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
	1.5 Allineamento registri alfa e flessi	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00
	1.6 Politiche di gestione delle risorse umane	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	6,00	6,00	6,00
2. Edilizia Sanitaria	2.1 Attuazione interventi di edilizia sanitaria	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	6,00	6,00	6,00
3. Sanità digitale	3.1 Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0	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	6,00	6,00	15,00
	4.1 Tempi di attesa. Flusso CUP e Flusso C	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	8,00	8,00	
	4.2 Tempi di attesa e recupero produzione	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	8,00	8,00	
	4.3 Recupero mobilità passiva	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	7,00	7,00	
	4.4 NSG	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	6,00	6,00	
	4.5 Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di MA STEMI	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
	4.6 Donazioni d'organo	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
	4.7 Programma regionale per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	9,00
5. Prevenzione	5.1 Attuazione 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	7,00	7,00	
	5.2 Contrasto antimicrobico resistenza	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	
	6. Obiettivi Azienda Zero	6.1 Assistenza domiciliare																			30,00
		6.2 Miglioramento nella gestione e misurazione del boarding	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	6,00	15,00
	7. Obiettivi AO Regina Margherita	redigere entro il 02/04/2024 cronoprogramma delle azioni da intraprendere per raggiungere gli obiettivi fissati dagli atti regionali relativi alla costituzione della nuova azienda																		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	100,00	100,00	

1 GOVERNO DI FATTORI PRODUTTIVI

1.1 OBIETTIVO – BILANCIO

SETTORI REFERENTI	Programmazione finanziaria del sistema sanitario; Programmazione economica e controllo dei bilanci delle aziende sanitarie; Controllo di gestione, sistemi informativi, logistica sanitaria e coordinamento
DESCRIZIONE DELL'OBBIETTIVO	<p>Gli Enti del SSR in applicazione alle linee di programmazione sanitaria regionale, nel rispetto delle normative regionali e nazionali vigenti (es. D.Lgs 118/2011 e s.m.i) e delle risorse previste per l'annualità 2024 in continuità con la D.G.R. 20 Giugno 2023, n. 9-7070 e smi, sono tenuti ad assicurare il pareggio di bilancio aziendale sia in sede di adozione dei Bilanci Preventivi economici, sia in itinere nei Conti Economici Trimestrali che, in particolare, in sede di adozione del Bilancio d'esercizio aziendale a consuntivo.</p> <p>Gli approfondimenti tecnici condotti nell'ultimo semestre 2023 hanno rilevato la necessità che le Aziende, al fine di perseguire i richiamati obiettivi, devono assicurare un governo aziendale che assicuri, tra l'altro, quanto segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> • realizzazione degli investimenti sanitari non eccedenti le risorse regionali assegnate, fatto salvo gli eventuali interventi per i quali sussistano i presupposti del verificarsi di pericoli gravi ed imminenti (cd “circostanze di somma urgenza che non consentono alcun indugio”); queste ultime autorizzazioni aziendali dovranno essere chiaramente esplicitate e motivate negli atti aziendali di spesa nel rispetto della vigente normativa nazionale applicabile; • circolarizzazione dei crediti e monitoraggio degli incassi aziendali riferiti alle annualità 2023 e ante; • governo attivo delle note di credito; • monitoraggio continuo e costante dell’eventuale contenzioso aziendale, finalizzato a identificare e realizzare le iniziative necessarie per mitigare l’eventuale rischio di soccombenza ed assicurare l’adeguatezza degli accantonamenti ai fondi rischi e oneri iscritti nei bilanci di esercizio (con particolare riferimento alla gestione e governo del rischio clinico aziendale, includendo in questa fattispecie le componenti economiche rilevate alla voce “quote di rimborso per autoassicurazione”); • riduzione delle forme atipiche di ricorso al personale provvedendo, ove necessario, alle forme di re-internalizzazione; • assicurare per ciascuna attività aziendale erogata/svolta il rispetto dei principi di efficienza, efficacia ed economicità e idonee valutazioni aziendali di <i>make or buy</i>, che dovranno essere richiamate in ciascun atto aziendale di autorizzazione di spesa; <p>In ultimo, è necessario che ciascuna Direzione aziendale identifichi ed attui ogni utile misura di riorganizzazione dei processi produttivi aziendali che sottostanno alla erogazione delle singole tipologie di prestazioni sanitarie e sociosanitarie.</p>
INDICATORI	1.1.1 Pianificazione degli obiettivi di efficientamento aziendale che tenga

		conto degli obiettivi strategici richiamati nel presente atto e rendicontazione aziendale con cadenza trimestrale (max 3 pagine). Con riferimento alla circolarizzazione dei crediti e monitoraggio degli incassi aziendali riferiti alle annualità 2023 e ante l’Azienda dovrà assicurare, tra l’altro, l’attuazione della procedura regionale dei crediti e dei ricavi (n. prot. 9038/A1400B del 27/10/2023 e smi)
	1.1.2	Riconduzione dei Costi aziendali 2024 (modelli NSIS) e delle attività sanitarie relative alla produzione sanitaria dei presidi ospedalieri a gestione diretta, dei presidi territoriali al consuntivato 2019 o altri obiettivi target concordati con la Direzione sanità entro il 30 settembre 2024. Per la confrontabilità delle due annualità, si precisa che si terrà conto delle seguenti componenti di variabilità: <ul style="list-style-type: none">• variazione della spesa osservata per applicazione dei rinnovi contrattuali;• variazione della spesa osservata ad invarianza dei servizi acquistati in attuazione alle procedure di gara e dei relativi contratti sottoscritti;• variazione della spesa osservata per recupero delle liste d’attesa;• variazione della spesa osservata per attuazione dei protocolli di cura adottati da atti regionali/nazionali;• variazione della spesa osservata per le attività Extra LEA (DPCM 2017);• ulteriori variazioni di spesa che saranno comunicati dalla Direzione sanità.
	1.1.3	Attuazione delle azioni approvate nel piano delle attività 2024, nel rispetto della programmazione economico-finanziaria definita dai provvedimenti di giunta regionale.
VALORE DELL’OBIETTIVO	1.1.1 100% 1.1.2 100% 1.1.3 100%	
SCALA	<u>1.1.1</u>	SI/NO (1-0)
	<u>1.1.2</u>	SI/NO (1-0)
	<u>1.1.3</u>	SI/NO (1-0)
FONTE DATI	<ul style="list-style-type: none">• Documentazione aziendale• CE Trimestrale e Consuntivo• Flusso SDO, C e C2	
TRACKING	<ul style="list-style-type: none">• Incontri monitoraggio• 31/12/2024	
PUNTEGGIO	ASL/AO/AOU: punti 13 Azienda ZERO: punti 10 50% del punteggio sub-obiettivo 1.1.1 per ASL/AO/AOU 50% del punteggio sub-obiettivo 1.1.2 per ASL/AO/AOU 50% del punteggio sub-obiettivo 1.1.1 per Azienda ZERO	

	50% del punteggio sub-obiettivo 1.1.3 per Azienda ZERO
RIFERIMENTI	D.G.R. 20 Giugno 2023, n. 9-7070, Circolare N. Prot. 00010251 del 10/11/2023, Circolare N. Prot. 00013401 del 18/12/2023.

1. GOVERNO DI FATTORI PRODUTTIVI

1.2 OBIETTIVO – APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA: IMMUNOGLOBINE

SETTORI REFERENTI	Settore Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio Sanitari Settore Assistenza farmaceutica, integrativa e protesica																								
DESCRIZIONE DELL'OBIETTIVO	<p>I dati attuali di domanda dei Medicinali Plasma Derivati (MPD) - specialità farmaceutiche prodotte attraverso processi di lavorazione industriale del plasma, che esercitano un ruolo chiave, e talora non sostituibile, nel trattamento di molte condizioni cliniche acute e croniche - confermano l'incremento costante nell'uso delle Immunoglobuline (IG) polivalenti (a uso endovenoso e a uso sottocutaneo) che costituiscono oggi il driver della produzione di plasma per frazionamento. Negli ultimi anni l'utilizzo delle IG ha continuato a crescere, comportando progressivamente un potenziale disequilibrio tra disponibilità e domanda. In caso di disponibilità relativa di questi farmaci è possibile operare in maniera complementare secondo tre linee strategiche:</p> <ul style="list-style-type: none">i) l'incremento della raccolta plasma per frazionamento;ii) il lavoro capillare con i prescrittori per assicurare l'appropriatezza d'uso;iii) l'incremento delle rese produttive attraverso il miglioramento della tecnologia industriale. <p>In Regione Piemonte, posto che la resa produttiva della attuale fornitura non cambierà nel medio periodo, sono due le linee di intervento che si intendono perseguire per l'anno 2024:</p> <ul style="list-style-type: none">• <u>incremento della raccolta plasma per frazionamento</u>• <u>lavoro capillare con i prescrittori per l'appropriatezza d'uso</u> <p>Dall'analisi della domanda il consumo di Ig del Piemonte nel 2022 è stato di 123,1 g/1000 abitanti, superiore al valore registrato in Lombardia (97 g/1000 abitanti) e a quello dell'Italia (105,9 g/1000 abitanti) come riportato nella tabella seguente:</p> <table border="1"><thead><tr><th>2022</th><th>Pop. per mille</th><th>Gr. Ig per mille abitanti anno 2022 da conto lavoro: Compresa compensazione extraregionale</th><th>Domanda totale di Ig in gr. per 1000 ab.</th><th>Ig da acquisire sul mercato gr. per 1000 ab.</th><th>% di autosufficienza</th></tr></thead><tbody><tr><td>Piemonte</td><td>4.234,32</td><td>85,96</td><td>123,1</td><td>37,14</td><td>70%</td></tr><tr><td>Lombardia</td><td>9.965,84</td><td>51,79</td><td>97</td><td>45,21</td><td>53%</td></tr><tr><td>Italia</td><td>59.000,00</td><td>68,00</td><td>105,9</td><td>37,90</td><td>64%</td></tr></tbody></table> <p><i>Fonte: Centro Nazionale Sangue</i></p> <p>Considerando solo le Ig endovenae il consumo è stato di 102,2 g / 1000 abitanti. L'analisi della domanda stimata per Ig vena per il 2023 è stato di 103 g/1000 abitanti – stabile rispetto al 2022 -.</p> <p>La Regione Piemonte intende migliorare la gestione dell'appropriatezza di utilizzo clinico o, in ogni caso, adeguare la strategia dell'impiego prioritario in caso di indisponibilità relativa o assoluta dei prodotti, in aderenza alle raccomandazioni</p>	2022	Pop. per mille	Gr. Ig per mille abitanti anno 2022 da conto lavoro: Compresa compensazione extraregionale	Domanda totale di Ig in gr. per 1000 ab.	Ig da acquisire sul mercato gr. per 1000 ab.	% di autosufficienza	Piemonte	4.234,32	85,96	123,1	37,14	70%	Lombardia	9.965,84	51,79	97	45,21	53%	Italia	59.000,00	68,00	105,9	37,90	64%
2022	Pop. per mille	Gr. Ig per mille abitanti anno 2022 da conto lavoro: Compresa compensazione extraregionale	Domanda totale di Ig in gr. per 1000 ab.	Ig da acquisire sul mercato gr. per 1000 ab.	% di autosufficienza																				
Piemonte	4.234,32	85,96	123,1	37,14	70%																				
Lombardia	9.965,84	51,79	97	45,21	53%																				
Italia	59.000,00	68,00	105,9	37,90	64%																				

	<p>contenute nel “Documento di indirizzo sull’uso delle Immunoglobuline umane in condizioni di carenza” dell’8 febbraio 2022, predisposto da AIFA e da CNS e trasmesso dalla Direzione Sanità della Regione Piemonte a tutte le Aziende Sanitarie Regionali (ASR) in data 15/03/2023.</p> <p>Regione Piemonte stabilisce l’obiettivo di promuovere mediante i Servizi Farmaceutici delle ASR l’appropriatezza prescrittiva e l’aderenza delle indicazioni presenti nelle richieste di Ig compilate dagli specialisti rispetto alle indicazioni previste nella linea guida AIFA/CNS del 08/02/2022 mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • verifica della presenza della modulistica per la prescrizione e, ove non sia presente, implementazione della modulistica con la presenza del campo diagnosi obbligatorio; • monitoraggio trimestrale del consumo e della spesa di Ig a livello aziendale; • in relazione ai dati di consumo (confrontando ciascun trimestre anno 2024 con il relativo trimestre anno 2023) attivazione di gruppi di lavoro aziendali con i clinici per la analisi e revisione dei casi in almeno tre dei contesti clinici a maggior impiego di Ig (es reumatologia, neurologia, ematologia, immunologia, ect.) finalizzata a fornire indicazioni per l’utilizzo appropriato e per la razionalizzazione dei consumi. 	
INDICATORI	1.2.1	Definizione e sviluppo di azioni finalizzate a promuovere l’ottimizzazione dell’utilizzo, l’appropriatezza prescrittiva e la sostenibilità economica attraverso l’istituzione di un tavolo di lavoro ASL/AO/AOU, coordinato da AZIENDA ZERO.
	1.2.2	n° grammi per IG 2024 /n° grammi per IG 2023
VALORE DELL’OBIETTIVO	<p>1.2.1 Istituzione di un tavolo di lavoro ASL/AO/AOU, coordinato da AZIENDA ZERO entro il 15 marzo 2024 e conclusione delle attività entro il 30 aprile 2024.</p> <p>1.2.2 Per ciascuna ASR: n° grammi per IG 2024 minore o uguale all’anno 2023</p> <p>Per AZIENDA ZERO l’obiettivo è da intendersi a livello regionale</p>	
SCALA	<u>1.2.1</u>	SI-NO (0-1)
	<u>1.2.2</u>	SI-NO (0-1)
FONTE DATI	<ul style="list-style-type: none"> • CNS - Programmazione annuale di autosufficienza (DM 01/08/2023 e seguenti) • File F somministrato 06 	
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> • Incontri monitoraggio • 31/12/2024 	
PUNTEGGIO	<p>ASL/AO/AOU: punti 5</p> <p>AZIENDA ZERO: punti 5</p> <p>Il primo sub-obiettivo pesa 1 punto, il secondo sub-obiettivo 4 punti</p>	
RIFERIMENTI		

1. GOVERNO DI FATTORI PRODUTTIVI

1.3 OBIETTIVO – APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA: OSSIGENO

SETTORI REFERENTI	Settore Assistenza Farmaceutica, Integrativa, protesica.	
DESCRIZIONE DELL'OBBIETTIVO	<p>Dalla verifica del rispetto dei tetti programmati della spesa farmaceutica per acquisti diretti relativi ai gas medicinali (0,20 % del fabbisogno sanitario nazionale), la Regione Piemonte registra, come evidenziato dall'ultimo monitoraggio disponibile gennaio-agosto 2023, uno scostamento dal tetto pari a 2,6 milioni di euro.</p> <p>Inoltre dall'analisi dei flussi della farmaceutica con riferimento all' OSSIGENO (DD) emerge una rilevante variabilità prescrittiva tra le Aziende Sanitarie Regionali in termini di consumi/spesa per residente ponderato.</p> <p>L'obiettivo è volto al monitoraggio delle prescrizioni e delle relative erogazioni, con particolare riferimento all'ossigeno terapia domiciliare (DD).</p> <p>Con il presente obiettivo Regione Piemonte intende promuovere il progressivo allineamento al tetto di spesa previsto da AIFA mediante l'istituzione di un tavolo di lavoro ASL/AO/AOU Coordinato da AZIENDA ZERO per la definizione e lo sviluppo di azioni finalizzate a promuovere l'ottimizzazione dell'utilizzo, l'appropriatezza prescrittiva e la sostenibilità economica attraverso le seguenti azioni a titolo indicativo e non esaustivo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ASL: controllo dell'aderenza tra erogato e prescritto, monitoraggio della spesa, dei consumi, rivalutazione periodica da parte degli specialisti dei pazienti e redazione dei Piani Terapeutici (PT) in coerenza con le linee guida regionali anche in termini di validità. Predisposizione di una relazione trimestrale sui controlli effettuati e sulle eventuali azioni correttive intraprese comprensiva dei relativi costi. 2. AO/AOU: rivalutazione periodica dei pazienti presi in carico e redazione dei PT in coerenza con le linee guida regionali anche in termini di validità del PT. 	
INDICATORI	1.3.1	Definizione e sviluppo di azioni finalizzate a promuovere l'ottimizzazione dell'utilizzo, l'appropriatezza prescrittiva e la sostenibilità economica attraverso l'istituzione di un tavolo di lavoro ASL/AO/AOU, coordinato da AZIENDA ZERO.
	1.3.2	Quantità per acquisti diretti per gas medicinali Regionale Totale 2024/ Quantità per acquisti diretti per gas medicinali Regionale Totale 2023
VALORE DELL'OBBIETTIVO	<p>1.3.1 Istituzione di un tavolo di lavoro ASL/AO/AOU, coordinato da AZIENDA ZERO entro il 15 marzo 2024 e conclusione delle attività entro il 30 aprile 2024.</p> <p>1.3.2 Quantità anno 2024 minore o uguale all'anno 2023 per ciascuna ASR.</p> <p>Per AZIENDA ZERO l'obiettivo è da intendersi a livello regionale</p>	
SCALA	1.3.1	SI/NO

	<u>1.3.2</u>	SI/NO
FONTE DATI	<ul style="list-style-type: none"> • Flusso della distribuzione diretta • Consumo ospedaliero 	
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> • pubblicazione dati su piattaforma PADDI e supporto da parte del Settore dell'Assessorato 	
PUNTEGGIO	ASL/AO/AOU: punti 5 AZIENDA ZERO : punti 5 Il primo sub-obiettivo pesa 1 punto, il secondo sub-obiettivo 4 punti	
RIFERIMENTI	ASL/AO/AOU	

1. GOVERNO DI FATTORI PRODUTTIVI

1.4 OBIETTIVO- APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA: ACQUISTI DIRETTI

SETTORI REFERENTI	Settore Assistenza Farmaceutica, Integrativa, protesica.
DESCRIZIONE DELL'OBBIETTIVO	<p>Dall'analisi della spesa farmaceutica degli acquisti diretti per il periodo gennaio-settembre 2023, rispetto al tetto di spesa del 7,65% del FSN, la Regione Piemonte mostra uno scostamento pari a circa 208 mln € con una spesa di circa 745 mln € pari al 10,61 % del FSR.</p> <p>Si ritiene che un andamento stabile della spesa farmaceutica relativa agli acquisti diretti possa essere conseguito attraverso un monitoraggio assiduo e capillare dell'appropriatezza prescrittiva e dell'aderenza alla terapia. Questo comporta un atteggiamento, nei confronti del consumo dei farmaci, volto alla valutazione dell'allineamento della pratica clinica a quanto previsto dai criteri di rimborsabilità definiti dall' AIFA, ente regolatorio nazionale competente.</p> <p>Risulta pertanto necessario un obiettivo, finalizzato ad un uso appropriato dei farmaci e alla sostenibilità del sistema, affidato per il suo sviluppo e per la sua realizzazione ad una azione multidisciplinare, fortemente responsabilizzante gli attori, sostenuta, dalla rete delle professioni mediche insieme alle farmacie ospedaliere.</p> <p>Tra le classi terapeutiche per le quali il Piemonte registra, sulla base dei dati pubblicati dal rapporto OsMed-AIFA 2022, una spesa pro-capite superiore alla media italiana si registrano le seguenti : IPOLIPEMIZZANTI, IMMUNOSOPPRESSORI ED IMMUNOMODULATORI. In particolare per ciascuna di queste classi terapeutiche si sono individuate le sottoclassi che hanno determinato tale scostamento. E' stato altresì analizzato l'incremento di spesa di tali sottoclassi nell'anno 2023 rispetto al 2022. Nello specifico:</p> <p>1) IPOLIPEMIZZANTI: INIBITORI PCSK-9 (spesa 2023 pari a 17 mln di euro con un incremento del 41% di spesa rispetto al 2022 e con una notevole variabilità tra le ASL).</p> <p>2) IMMUNOSOPPRESSORI ED IMMUNOMODULATORI: INIBITORI DELLE INTERLEUCHINE, IMMUNOSOPPRESSORI SELETTIVI (ANTICORPI MONOCLONALI), INIBITORI TIROSIN CHINASI JAK, MODULATORI SELETTIVI DELLA COSTIMOLAZIONE DEI LINFOCITI T (spesa 2023 pari a 96 mln di euro con un incremento del 14 % rispetto al 2022 e con una con una notevole variabilità tra le ASL). Per il raggiungimento dell'obiettivo è necessaria l' Istituzione di un tavolo di lavoro ASL/AO/AOU coordinato da AZIENDA ZERO per la definizione e lo sviluppo di azioni finalizzate a promuovere l'ottimizzazione dell'utilizzo, l'appropriatezza prescrittiva e la sostenibilità attraverso: il monitoraggio dei consumi e della spesa, la verifica dell'impiego delle terapie in base a quanto previsto dai criteri di rimborsabilità, la condivisione con il clinico dei costi di cessione SSN dei farmaci per le varie opzioni terapeutiche disponibili, verifica della congruità della quantità erogata rispetto al periodo di terapia previsto, promozione dell'utilizzo delle molecole a brevetto scaduto e comunque delle molecole aggiudicate nell'ambito delle gare farmaci. Si ricorda che swicht terapeutici verso altre sottoclassi ad alto costo delle medesime categorie</p>

	terapeutiche, devono essere motivate clinicamente tramite una sintetica ma esaustiva relazione per singolo paziente.	
INDICATORI	<u>1.4.1</u>	Definizione e sviluppo di azioni finalizzate a promuovere l'ottimizzazione dell'utilizzo, l'appropriatezza prescrittiva e la sostenibilità economica attraverso l'istituzione di un tavolo di lavoro ASL/AO/AOU, coordinato da AZIENDA ZERO.
	<u>1.4.2</u>	Spesa anno 2024 su spesa anno 2023 per ciascuna categoria terapeutica individuata e per ciascuna ASR.
VALORE DELL'OBIETTIVO	<p>1.4.1 Istituzione di un tavolo di lavoro ASL/AO/AOU, coordinato da AZIENDA ZERO entro il 15 marzo 2024 e conclusione delle attività entro il 30 aprile 2024.</p> <p>1.4.2 Per le ASL/AO/AOU: Spesa anno 2024 minore o uguale rispetto alla spesa anno 2023, per ciascuna categoria terapeutica individuata relativamente alle proprie prescrizioni.</p>	
SCALA	<u>1.4.1</u>	SI/NO (1-0)
	<u>1.4.2</u>	SI/NO (1-0)
FONTE DATI	<ul style="list-style-type: none"> • Flusso della distribuzione diretta • File F somministrato (esclusione farmaci innovativi se erogati per indicazioni che accedono al fondo) 	
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> • pubblicazione dati su piattaforma PADDI e supporto da parte del Settore dell'Assessorato 	
PUNTEGGIO	ASL/AO/AOU: punti 5 AZIENDA ZERO : punti 5 Il primo sub-obiettivo pesa 1 punto, il secondo sub-obiettivo 4 punti	
RIFERIMENTI		

1. GOVERNO DI FATTORI PRODUTTIVI					
1.5 OBIETTIVO – ALLINEAMENTO REGISTRI AIFA E FLUSSI					
SETTORI REFERENTI	Settore Assistenza Farmaceutica, Integrativa, protesica.				
DESCRIZIONE DELL'OBBIETTIVO	<p>Con il presente obiettivo Regione Piemonte intende promuovere il corretto utilizzo dei Registri di monitoraggio AIFA, l'appropriatezza prescrittiva, il monitoraggio consumi e della relativa spesa nonché il corretto allineamento ai flussi informativi regionali:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) per farmaci innovativi al registro di monitoraggio AIFA. 2) per farmaci al registro di monitoraggio AIFA con MEA attivo e con tutte le indicazioni rimborsate sottoposte a registro. <p>La verifica dell'obiettivo sarà effettuata considerando l'allineamento del numero delle confezioni dispensate rilevabili dai Registri di monitoraggio AIFA rispetto a quelle rilevabili dai flussi regionali per l'anno 2024.</p>				
INDICATORI	<table border="1"> <tr> <td>1.5.1</td><td>Numero di confezioni a Registro AIFA/numero confezioni rilevabili dai flussi (DD e file F)</td></tr> <tr> <td>1.5.2</td><td>Numero di confezioni a Registro AIFA/numero confezioni rilevabili dai flussi (DD e CO)</td></tr> </table>	1.5.1	Numero di confezioni a Registro AIFA/numero confezioni rilevabili dai flussi (DD e file F)	1.5.2	Numero di confezioni a Registro AIFA/numero confezioni rilevabili dai flussi (DD e CO)
1.5.1	Numero di confezioni a Registro AIFA/numero confezioni rilevabili dai flussi (DD e file F)				
1.5.2	Numero di confezioni a Registro AIFA/numero confezioni rilevabili dai flussi (DD e CO)				
VALORE DELL'OBBIETTIVO	<p>1.5.1 100% 1.5.2 100 %</p>				
SCALA	<table border="1"> <tr> <td><u>1.5.1</u></td><td>SI/NO</td></tr> <tr> <td><u>1.5.2</u></td><td>SI/NO</td></tr> </table>	<u>1.5.1</u>	SI/NO	<u>1.5.2</u>	SI/NO
<u>1.5.1</u>	SI/NO				
<u>1.5.2</u>	SI/NO				
FONTE DATI	<ul style="list-style-type: none"> • registri monitoraggio AIFA, flusso della distribuzione diretta e File F somministrato. • registri monitoraggio AIFA, flusso della distribuzione diretta, consumo ospedaliero. 				
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> • pubblicazione dati su piattaforma PADDI e supporto da parte del Settore dell'Assessorato 				
PUNTEGGIO	ASL/AO/AU: punti 3 I 2 sub-obiettivi pesano ognuno il 50% del punteggio				
RIFERIMENTI					

1. GESTIONE DELLE RISORSE STRATEGICHE

1.6 POLITICHE DI GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

SETTORI REFERENTI	Sistemi Organizzativi e Risorse Umane del SSR
DESCRIZIONE DELL'OBBIETTIVO	<p>Nell'ambito delle politiche di gestione delle Risorse Umane è stato avviato un percorso di efficientamento e miglioramento delle azioni reclutative del S.S.R., il quale si affianca ad un percorso di monitoraggio continuo dei trend occupazionali del personale. In data 31/5/2023 è stato firmato l'Accordo Politico con le OO.SS. del Comparto Sanità ad oggetto "Costituzione dell'Osservatorio Regionale in materia di Risorse Umane in Sanità - Area Comparto"; in data 27/6/2023 è stato firmato l'Accordo Politico con le OO.SS. della Dirigenza Area Sanità ad oggetto "Costituzione dell'Osservatorio Regionale in materia di Risorse Umane in Sanità - Dirigenza Area Sanità, aventi riflesso sulle politiche assunzionali aziendali, programmazione, percorsi di incentivazione e valorizzazione del personale; in data 28/6/2023 è stata rappresentata ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Piemontesi la linea di indirizzo sulla progettualità di "Governance delle Risorse Umane in Sanità" che sarà successivamente declinata nel Piano Straordinario per il personale sanitario; in data 7/7/2023 è stato firmato "l'Accordo Politico-Sindacale tra la Regione Piemonte le OO.SS. del Comparto Sanità nell'ambito dell'attuazione del Piano Straordinario per il Personale Sanitario" in materia di politiche assunzionali aziendali, recepiti con D.G.R. n. 1-7225 del 13.07.2023.</p> <p>Tale processo è esitato nella D.G.R. 13 luglio 2023, n. 2-7226 recante "Approvazione Schema Protocollo d'Intesa da sottoscriversi tra la Regione Piemonte, le AA.SS.RR., gli Atenei piemontesi e le OO.SS. del Comparto Sanità e le OO.SS. della Dirigenza Area Sanità: attuazione del piano straordinario per il personale sanitario."</p> <p>Il presente obiettivo misura il contributo delle AA.SS.RR. al raggiungimento degli target del piano straordinario per il personale sanitario, monitorati attraverso alcuni indicatori certificativi. Nell'ambito dell'applicazione di tale piano straordinario tali indicatori sono declinati operativamente con l'individuazione di un valore atteso regionale e di un valore atteso locale. Pertanto, al fine di raggiungere gli obiettivi del piano straordinario per il personale sanitario, le AA.SS.RR. dovranno garantire, per il 2024, il raggiungimento di almeno il 60% degli "indicatori di programma", aventi un valore atteso locale, contenuti nella programmazione complessiva di tale piano straordinario.</p> <p>Al fine di raggiungere gli obiettivi, le AA.SS.RR. dovranno assicurare una congrua gestione e programmazione delle Risorse Umane considerando l'andamento (assunzionale e di quiescenze) del proprio personale. Le Aziende potranno adottare un modello di Human Resource Management privilegiando le assunzioni a tempo indeterminato e rimodulando il personale oggetto di stabilizzazione e/o proroga contrattuale in relazione alle eventuali attività (sanitarie, amministrative o di supporto) prestazionali o progettuali emergenti (ad es. liste di attesa), considerando un rapporto proporzionato all'utilizzo delle prestazioni aggiuntive e considerando altresì la limitazione e/o cessazione al ricorso delle agenzie di somministrazione lavoro, agli incarichi individuali libero professionali nonché al ricorso di operatori economici per l'esternalizzazione di attività prestazionali sanitarie.</p>

	<p>Tale modello è applicato nell'ambito dell'equilibrio economico-finanziario aziendale nonché nel rispetto dei limiti di spesa per il personale di cui alla D.G.R. n. 46 – 6202 del 7.12.2022 al netto delle specifiche fonti di finanziamento nazionali per il reclutamento di personale (es. D.L. 34/2020).</p> <p>Il terzo sub-obiettivo intende misurare il contributo delle Aziende sanitarie al raggiungimento del target regionale relativo all'investimento 2.2 - Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali, con focus sul Sub-misura 2.2 (b) - Corso di formazione in infezioni ospedaliere e con focus sull'investimento M6C2-2.2.3 “Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario. Sub-misura: corso di formazione manageriale”.</p>	
INDICATORI	1.6.1	Corretta e completa alimentazione del flusso regionale OPESAN.
	1.6.2	Numero di assunzioni a tempo indeterminato, oltre il turnover rispetto alla data del 30 giugno 2023, definito in sede di “Osservatorio per le Risorse Umane in Sanità” (privilegiando il potenziamento dei servizi territoriali per le Aziende Sanitarie Locali).
	1.6.3	Formazione ICA e Manageriale: Numero formati, sul totale di personale da formare al 31/12/2024
VALORE DELL'OBBIETTIVO	1.6.1	Verifica della corretta alimentazione della flusso OPESAN da parte del settore Sistemi Organizzativi e Risorse Umane del SSR, prima rilevazione il 30 giugno 2024.
	1.6.2	Target personale dipendente in servizio al 31.12.2024 (personale dipendente in servizio al 30.06.2023 incrementato ai sensi del fabbisogno approvato in sede di osservatorio sia per la Dirigenza Area Sanità sia per il Comparto Sanitario).
	1.6.3	100%
SCALA	1.6.1	SI/NO (1-0)
	1.6.2	<ul style="list-style-type: none"> • Target <70 % : 0; • Target ≥ 70% e < 80%: 50% del punteggio; • Target ≥ 80% e < 99%: 80 % del punteggio; • Target = 100%: 100% del punteggio
	1.6.3	<ul style="list-style-type: none"> • Target <60 % : 0; • Target ≥ 60% e < 80%: 50% del punteggio; • Target ≥ 80% e < 99%: 80 % del punteggio; • Target = 100%: 100% del punteggio
	1.6.1: peso 25 % del punteggio complessivo	
	1.6.2: peso 50 % del punteggio complessivo	
	1.6.3: peso 25 % del punteggio complessivo	
FONTE DATI	<ul style="list-style-type: none"> • Rendicontazione aziendale; • aggiornamento, verifica e controllo della corretta compilazione dell'Anagrafe regionale operatori sanitari (OPESAN) • Attestazione da parte del Direttore Generale del numero di formati al 31/12/2024. 	
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> • Rendicontazioni almeno trimestrali • Verifica del target al 31.12.2024 	
PUNTEGGIO	ASL/AO/AOU/AZIENDA ZERO: punti 6	
RIFERIMENTI	<ul style="list-style-type: none"> • DDGR n. 2-7226/2023, n. 1-6675/2023, n. 39-7337/2023 	

Tab. Obiettivo 1.6.2 – Numero di assunzioni a Tempo Indeterminato, oltre il turnover rispetto alla data del 30 giugno 2023, definito in sede di “Osservatorio per le Risorse Umane in Sanità” (privilegiando il potenziamento dei servizi territoriali per le Aziende Sanitarie Locali).

AA.SS.RR.	OBIETTIVO: Comparto	OBIETTIVO: Dirigenza Area Sanità
203 - ASL TO3	76	32
204 - ASL TO4	70	0
205 - ASL TO5	68	24
206 - ASL VC	31	15
207 - ASL BI	54	33
208 - ASL NO	55	26
209 - ASL VCOz	40	50
210 - ASL CN1	105	37
211 - ASL CN2	89	39
212 - ASL AT	38	13
213 - ASL AL	127	76
301 - ASL CITTA' DI TORINO	144	45
900 - AZIENDA ZERO	9	2
904 - AOU S. LUIGI ORBASSANO	25	0
905 - AOU MAGGIORI DELLA CARITA' NO	56	17
906 - AO S. CROCE E CARLE CN	41	16
907 - AO SS. ANTONIO E BIAGIO E C. ARRIGO AL	60	43
908 - AO MAURIZIANO	31	12
909 - AOU CITTA' D/ SALUTE E D/ SCIENZA TORINO	202	0

Tabella 1- Numerosità definite in sede di Osservatorio per le Risorse Umane in Sanità, in accordo alla DGR 2-7226/2023/XI del 13 luglio 2023 ed alla normativa nazionale e regionale vigente, al netto delle assunzioni oltre il turnover già effettuate al 31.10.2023

2.EDILIZIA SANITARIA		
2.1 OBIETTIVO – ATTUAZIONE INTERVENTI DELLA PROGRAMMAZIONE REGIONALE E NAZIONALE		
SETTORI REFERENTI	Politiche degli investimenti; Struttura temporanea Coordinamento attuazione del PNRR - Missione 6	
DESCRIZIONE DELL'OBBIETTIVO	<p>La DGR del 10 marzo 2014, n. 18-7208 individua le procedure amministrative ed informatiche per la programmazione, la gestione ed il monitoraggio degli investimenti in edilizia ed attrezzature sanitarie ai sensi della L.R. n. 40 del 3 luglio 1996.</p> <p>Il provvedimento succitato approva uno specifico disciplinare in cui sono definite le modalità e le tempistiche da rispettare da parte delle ASR con riferimento a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programmazione degli interventi • Attuazione e gestione degli interventi finanziati • Monitoraggio degli interventi finanziati • Flussi informativi a supporto delle procedure informatiche (EDISAN – EDISAN DES) <p>La DGR 25 luglio 2023, n. 1-7297 ha approvato una prima ricognizione degli investimenti di edilizia sanitaria in corso di attuazione e già programmati a livello regionale, riportati nella tabella B allegata al provvedimento, demandando alla Direzione Sanità la verifica e l'aggiornamento continuo dei dati finanziari e dello stato di avanzamento delle attività.</p> <p>Tra gli interventi oggetto di ricognizione figurano anche gli interventi di nuova costruzione e/o ristrutturazione di ospedali per i quali risulta prioritario il raggiungimento degli obiettivi programmati e il rispetto delle tempistiche per il 2024.</p> <p>Alla luce di quanto sopra si ritiene opportuno assegnare alle ASR il seguente specifico obiettivo di attuare di tutte le attività necessarie per la realizzazione degli interventi di edilizia sanitaria previsti negli atti di programmazione regionale e nazionale nel rispetto delle scadenze intermedie (milestone) relative ad ogni singola fase del procedimento attuativo definita nei crono programmi di progetto.</p> <p>Le ASR dovranno produrre la documentazione atta a dimostrare di aver assunto tutti i provvedimenti idonei a garantire il rispetto delle scadenze già definite e previste nei cronoprogrammi approvati e negli atti normativi e di programmazione nazionale e regionale.</p> <p>La Direzione Sanità, al fine di perseguire una semplificazione e chiarificazione procedurale, nonché trasparenza del procedimento e una completa ed oggettiva valutazione dello stato di attuazione degli interventi procederà ad una ricognizione generale degli interventi, con le relative scadenze delle attività previste per il 2024, entro il mese di marzo.</p>	
INDICATORI	2.1	Provvedimenti idonei a garantire il rispetto delle scadenze previste negli atti di programmazione regionale e nelle normative di riferimento con riferimento a ciascun programma di finanziamento secondo il seguente algoritmo: n. interventi con attività completate nel 2024/n. interventi totali

	programmati in anno 2024
VALORE DELL'OBBIETTIVO	2.1 Attuazione di tutte le attività necessarie per la realizzazione degli interventi di edilizia sanitaria previsti negli atti di programmazione regionale e nazionale nel rispetto delle scadenze intermedie (milestone) relative ad ogni singola fase del procedimento attuativo definita nei crono programmi di progetto.
SCALA	Il punteggio sarà valorizzato in funzione della % delle azioni realizzate.
FONTE DATI	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoraggi periodici / delibere e documentazione aziendale
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontri di monitoraggio obiettivi
PUNTEGGIO	<p>ASL/AO/AOU: punti 6</p> <p>Per le ASR che devono realizzare gli interventi di nuova costruzione/ristrutturazione di ospedali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 50% del punteggio massimo sarà attribuito per il completamento delle attività previste nel 2024 nel rispetto delle scadenze programmate per gli interventi relativi alla costruzione/ristrutturazione degli stessi; • 50% del punteggio calcolato sui restanti interventi; <p>Per le ASR che non hanno in programma interventi di nuova costruzione/ristrutturazione di ospedali il punteggio sarà calcolato secondo la scala indicata.</p>
RIFERIMENTI	DGR del 10 marzo 2014, n. 18-7208 DGR del 25 luglio 2023, n. 1-7297

3. SANITA' DIGITALE

3.1 OBIETTIVO- FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO 2.0

SETTORI REFERENTI	Coordinamento attuazione del PNRR - Missione 6; Controllo di gestione, sistemi informativi, logistica sanitaria e coordinamento acquisti
DESCRIZIONE DELL'OBBIETTIVO	<p>In considerazione degli sforzi finora profusi, sia individualmente da parte delle Aziende Sanitarie Regionali (ASR) sia in collaborazione con il sistema regionale nel suo complesso, al fine di garantire un sempre maggiore coinvolgimento degli assistiti stessi della Regione nei percorsi di cura, il presente obiettivo è focalizzato sul raggiungimento da parte delle Aziende sanitarie dei seguenti obiettivi di programmazione regionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adeguamento infrastrutturale delle applicazioni aziendali al FSE 2.0 - Alimentazione dei documenti clinico-sanitari, prodotti con le nuove modalità tecniche 2.0, nel FSE - Consultazione del FSE da parte dei medici specialisti aziendali - Piena operatività del nuovo nomenclatore di specialistica ambulatoriale - Piena operatività dell'Infrastruttura COT <p>Inoltre, oltre al presente specifico obiettivo saranno comunque oggetto di valutazione le restanti azioni informativo-informatiche portate avanti dalle ASR in attuazione delle indicazioni normative e degli impegni connessi al PNRR per l'annualità 2024.</p>
INDICATORI	<p>Realizzazione della fase 2 del FSE 2.0 attraverso:</p> <p>3.1.1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 aggiornamento degli applicativi referenti nel rispetto delle specifiche FSE 2.0 relative a LDO, LIS, RIS, VPS. (entro giugno 2024). 2 aggiornamento dei restanti applicativi referenti nel rispetto delle specifiche FSE 2.0. (entro dicembre 2024 o comunque nel rispetto cronoprogramma condiviso con la Regione). 3 conferimento di almeno l'45% dei documenti clinico sanitari 2.0 nel FSE: LDO, VP, LIS, RIS, AP e restanti referti ambulatoriali per esterni. (entro marzo 2024 o comunque nel rispetto cronoprogramma condiviso con la Regione). 4 integrazione delle cartelle cliniche degli operatori sanitari con l'applicazione web del FSE. (entro aprile 2024 o comunque nel rispetto cronoprogramma condiviso con la Regione). 5 aggiornamento, ove applicabile, delle procedure aziendali finalizzate ad efficientare la consultazione del FSE da parte dei medici specialisti aziendali. <p>3.1.2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Piena operatività del nuovo nomenclatore di specialistica ambulatoriale dal 1 aprile 2024, o successiva data autorizzata dalla Direzione sanità al fine di tenere conto di eventuali successivi atti del Ministero della salute, attraverso a titolo esemplificativo e non esaustivo: 2 aggiornamento dei sistemi CUP, e dei sistemi di accettazione, refertazione e rendicontazione. 3 aggiornamento delle cartelle cliniche prescrittive. <p>3.1.3</p> <p>Piena operatività dell'infrastruttura COT entro il 10 marzo 2024, o successiva data autorizzata dalla Direzione sanità previo acquisizione del</p>

	parere favorevole dell'UMPNRR nazionale.
VALORE DELL'OBBIETTIVO	100% per tutti gli obiettivi
SCALA	SI/NO per tutti i 3 sub-obiettivi
FONTE DATI	<ul style="list-style-type: none"> • Rendicontazione aziendale • Cruscotto di monitoraggio regionale PADDI • Cruscotto di monitoraggio nazionale (SOGEI/MEF/MDS) • Sistema SAR/SAC • Attestazione ingegnere indipendente COT
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> • Come da cronoprogramma regionale • 31.12.2024
PUNTEGGIO	<p>ASL/AO/AOU: punti 6 AZIENDA ZERO: punti 15</p> <p>3 punti intervento 1.1.1 per ASL/AO/AOU 3 punti intervento 1.1.2 per ASL/AO/AOU 15 punti intervento 1.1.3 per AZIENDA ZERO</p>
RIFERIMENTI	D.G.R. n. 9-6437 del 23 gennaio 2023 D.G.R. n. 36-6240 del 16 dicembre 2022 Contratto istituzionale di sviluppo tra Ministero della Salute e Regione Piemonte (https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3240) DPCM del 12 gennaio 2017 e DM del 23 giugno 2023

4. QUALITÀ'

4.1 OBIETTIVO – TEMPI DI ATTESA. FLUSSO CUP E FLUSSO C

SETTORI REFERENTI	Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari; Controllo di gestione, sistemi informativi, logistica sanitaria e coordinamento acquisti
DESCRIZIONE DELL'OBBIETTIVO	<p>L'erogazione delle prestazioni entro tempi appropriati, rispetto alla patologia ed alle necessità di cura, è a tutti gli effetti una componente strutturale dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).</p> <p>Le liste di attesa delle prestazioni ambulatoriali rappresentano un fenomeno che pregiudica l'accessibilità e la fruibilità delle prestazioni specialistiche da parte dei cittadini, rappresentando un elemento di forte criticità del SSR. In osservanza delle indicazioni previste nel vigente Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA 2019-2021), sono stati previsti interventi volti all'implementazione e all'ammodernamento delle infrastrutture tecnologiche legate ai sistemi di prenotazione elettronica per l'accesso alle strutture sanitarie. In Particolare il Piano nazionale prevede che <i>"Tutte le Agende di prenotazione sopra specificate devono essere gestite dai sistemi CUP e devono essere suddivise per Classi di priorità. La gestione delle Agende deve essere improntata a criteri di flessibilità, in modo da evitare la sottoutilizzazione della capacità erogativa e massimizzare la capacità di assicurare il rispetto del tempo massimo di attesa per ciascuna Classe di priorità"</i>.</p> <p>Il presente obiettivo ha come finalità l'efficientamento e l'adeguato utilizzo delle agende aziendali sia “pubbliche” che “dedicate” mediante il Sistema CUP; pertanto, sarà oggetto di valutazione la relazione tra le prestazioni erogate e le prestazioni prenotate, il cui rapporto dovrà essere minore o uguale a 1,00.</p>
INDICATORI	4.1 Prestazioni prenotate CUP 2024/ Prestazioni erogate Flusso C 2024 (saranno escluse le prestazioni per le quali non è prevista la prenotazione a CUP, ad esempio laboratorio)
VALORE DELL'OBBIETTIVO	4.1. 100%
SCALA	SI/NO
FONTE DATI	<ul style="list-style-type: none"> • CUP • Flusso C
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> • 31/12/2024
PUNTEGGIO	ASL/AO/AOU: punti 8
RIFERIMENTI	D.G.R. n. 10-3790 del 17 settembre 2021 ad oggetto “D.M. 8 luglio 2011: Recepimento accordo per l'erogazione a prezzi di riferimento massimi dei servizi di prenotazione, ritiro referti e pagamento ticket da parte delle farmacie territoriali e disposizioni attuative. Riparto quote contributo ASR per la copertura delle spese di implementazione e ammodernamento infrastrutture tecnologiche sistemi di prenotazione elettronica ambulatoriale (D.M. 20 agosto 2019)”

4 QUALITÀ		
4.2 OBIETTIVO – TEMPI DI ATTESA E RECUPERO PRODUZIONE		
SETTORI REFERENTI	Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari; Controllo di gestione, sistemi informativi, logistica sanitaria e coordinamento acquisti	
DESCRIZIONE DELL'OBBIETTIVO	<p>Il governo dei tempi di attesa per le attività sanitarie è uno degli obiettivi prioritari del SSN e l'erogazione dei servizi entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura, rappresenta una componente strutturale dei LEA e in tale ambito vanno poste in essere azioni articolate al fine di favorire l'accessibilità ai servizi da parte dei cittadini.</p> <p>Con la D.G.R. 22 Maggio 2023, n. 20-6920 è stato 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. Con la D.G.R. 20 Novembre 2023, n. 16-7729 sono state definire le ulteriori azioni programmatiche di rilevanza regionale e aziendale finalizzate alla realizzazione dell'obiettivo di riduzione delle liste di attesa relative alle visite e prestazioni ambulatoriali, ad integrazione delle DGR n.4-4878 del 14.04.2022 e n.20-6920 del 22.05.2023 sulle modalità di attuazione del controllo di valorizzazione economico-finanziaria delle prestazioni.</p> <p>In tale ambito il presente obiettivo concerne il miglioramento della erogazione adeguata delle attività secondo il principio dell'appropriatezza nelle sue diverse articolazioni.</p>	
INDICATORI	4.2.1	Numero ricoveri/DRG per classi 1,2,3 erogati nell'anno 2024 > Numero ricoveri/DRG per classi 1,2,3 erogati nell'anno 2019
	4.2.2	Numero prestazioni PNGLA erogate nell'anno 2024 > Numero prestazioni PNGLA erogate nell'anno 2019
VALORE DELL'OBBIETTIVO	<p>4.2.1 Superamento della produzione anno 2024 vs 2019 per almeno nel 90% di ognuno dei singoli ricoveri DGR e comunque produzione totale maggiore del 100 %.</p> <p>4.2.2 Superamento produzione anno 2024 vs 2019 per almeno nel 90% di ognuna delle singole prestazioni PNGLA e comunque produzione totale maggiore del 100 %.</p>	
SCALA	<p>>= 100% assegnazione piena del punteggio</p> <p>>= 90% assegnazione 50% del punteggio</p>	
FONTE DATI	<ul style="list-style-type: none"> • Flusso SDO • Flusso C 	
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> • 31/12/2024 	
PUNTEGGIO	ASL/AO/AOU: PUNTI 8	

RIFERIMENTI	<p>DGR 14 aprile 2022, n. 4-4878 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.</p> <p>D.G.R. 22 Maggio 2023, n. 20-6920. Approvazione della rimodulazione del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici, ai sensi dell'art. 4, comma 9 octies del D.L. 29 dicembre 2022, n. 198. Aggiornamento della D.G.R. n. 48-4605 del 28.01.2022 e della D.G.R. n. 4-4878 del 14.04.2022.</p> <p>D.G.R. 20 Novembre 2023, n. 16-7729. Definizione delle ulteriori azioni programmate di rilevanza regionale e aziendale finalizzate alla realizzazione dell'obiettivo di riduzione delle liste di attesa relative alle visite e prestazioni ambulatoriali. Integrazioni alle DGR n.4-4878 del 14.04.2022 e n.20-6920 del 22.05.2023 sulle modalità di attuazione del controllo di valorizzazione economico-finanziaria delle prestazioni.</p> <p>Determina dirigenziale 1954/A1400B/2023 del 21.12.2023 "Linee di indirizzo per il percorso chirurgico nella Regione Piemonte".</p>
--------------------	---

4. QUALITÀ

4.3 OBIETTIVO – RECUPERO MOBILITÀ PASSIVA

SETTORI REFERENTI	Programmazione dei Servizi Socio-Sanitari; Controllo di gestione, sistemi informativi, logistica sanitaria e coordinamento acquisti; Programmazione finanziaria del Sistema Sanitario	
DESCRIZIONE DELL'OBIETTIVO	<p>La legge di Bilancio 30 Dicembre 2020, n.178, articolo 1, comma 494, recependo quanto già sancito dal Patto della Salute 2019-21 scheda 4, affida al Comitato LEA il compito di elaborare “un programma nazionale di valutazione e di miglioramento dei processi di mobilità sanitaria, al fine di salvaguardare i normali livelli di mobilità e di fornire adeguate alternative per la tutela di un più equo e trasparente accesso alle cure, nei casi di mobilità non fisiologica” e “specifici programmi destinati alle aree di confine nonché ai flussi interregionali per migliorare e sviluppare i servizi di prossimità al fine di evitare criticità di accesso e rilevanti costi sociali e finanziari a carico dei cittadini”. Sulla base della metodologia formulata dal Ministero della Salute, in collaborazione con AGENAS, Regione Piemonte ha definito il proprio piano di miglioramento della mobilità regionale trasmesso al tavolo congiunto prot. SIVEAS 43 del 29 settembre 2023. Con nota 3381/A1400B del 8 febbraio 2024 è stato richiesto alle ASR lo sviluppo di progetto di analisi e miglioramento dei processi della mobilità sanitaria interregionale entro il 29 febbraio 2024, secondo il seguente schema:</p> <ul style="list-style-type: none"> • analisi della situazione relativa al sistema di erogazione e alla mobilità passiva interregionale a livello di Aziende Sanitarie e per Area di programmazione; • individuazione delle principali criticità e priorità di intervento; • definizione degli obiettivi relativi al recupero della mobilità, con i relativi indicatori di monitoraggio; • definizioni e proposta delle azioni di miglioramento efficaci e fattibili, con tempistica di realizzazione e relativi indicatori di monitoraggio. <p>Il presente obiettivo ha lo scopo di predisporre un'analisi dei principali DRG oggetto di fuga dei residenti in Regione Piemonte con contestuale riduzione per quantità offrendo la possibilità di usufruire le prestazioni sul territorio.</p>	
INDICATORI	4.3	Riduzione della mobilità passiva extra-regione per area, previa adozione dei piani come da comunicazione “Analisi e Miglioramento dei processi della mobilità sanitaria” relativamente ai primi 15 DRG a maggior incidenza di fuga per quantità (periodo di riferimento anno 2022).
VALORE DELL'OBIETTIVO	4.3	Riduzione almeno del 30% del numero prestazioni dei primi 15 DRG a maggior incidenza di fuga.
SCALA	<p>50 % dell'obiettivo al raggiungimento del 15 % 100 % dell'obiettivo al raggiungimento del 30 % Livelli intermedi tra il 15 ed il 30 % saranno valorizzati in maniera proporzionale al grado di raggiungimento dell'obiettivo.</p>	
FONTE DATI	<ul style="list-style-type: none"> • File scambio tra le regioni. • Flusso SDO 	

TRACKING	<ul style="list-style-type: none">• Rendicontazioni almeno trimestrali• 31.12.2024
PUNTEGGIO	ASL/AO/AOU: punti 7
RIFERIMENTI	

4. Qualità

4.4 OBIETTIVO – MONITORAGGIO E GARANZIA LEA- SISTEMA NSG

SETTORI REFERENTI	Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari; Controllo di gestione, sistemi informativi, logistica sanitaria e coordinamento; Prevenzione, Sanità pubblica, Veterinaria e Sicurezza alimentare; Assistenza Farmaceutica Integrativa e Protesica
DESCRIZIONE DELL'OBIETTIVO	<p>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 verificare - 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).</p> <p>Esso rappresenta una svolta significativa nelle metodologie di monitoraggio dei LEA e aggiorna il Sistema di Garanzia avviato nel 2000.</p> <p>Il NSG è stato introdotto con il DM 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria", pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019, ed è operativo dal 1° gennaio 2020.</p> <p>All'interno del NSG è stato individuato un sottoinsieme di 22 indicatori, cosiddetto "CORE", in sostituzione della "Griglia LEA" (in vigore fino al 2019), da utilizzare per valutare sinteticamente l'erogazione dei LEA da parte delle Regioni.</p> <p>Tali indicatori sono suddivisi in tre macro-aree:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prevenzione collettiva a sanità pubblica; • assistenza distrettuale; • assistenza ospedaliera. <p>La finalità dell'obiettivo è di sviluppare a livello regionale un sistema di valutazione in coerenza con il Sistema di verifica degli adempimenti LEA, di competenza del Comitato LEA nazionale.</p>
INDICATORI	<p>4.4.1 <u>Indicatori NGS Area Distrettuale</u></p> <p>D03C: Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco;</p> <p>D04C: Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica ($< =18$ anni) per: asma e gastroenterite;</p> <p>D09Z: Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso;</p> <p>D10Z: Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B;</p> <p>D14C: Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti. Antibiotici</p> <p>D22Z: Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3);</p> <p>D27Z: Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche;</p> <p>D30Z: Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore;</p> <p>D33Za: Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura);</p>

		Indicatori NGS Area Ospedaliera H01Z: Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1000 residenti; H02Z: Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui; H04Z: Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario; H05Z: Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni; H13C: Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario; H17C – H18C: % di Parti cesarei primari in strutture con meno o più di 1.000 parti all'anno;
	4.4.3	Indicatori NGS Area Prevenzione P01C: Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib); P02C: Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR); 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; P12Z: Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale; P15C: Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto;
VALORE DELL'OBBIETTIVO	4.4.1 n.d. 4.4.2 n.d 4.4.3 n.d	La valorizzazione dei target per indicatore sarà comunicata con successivo provvedimento
SCALA	ASL	AO/AOU
	4.4.1. 34%	34%
	4.4.2. 33%	66%
	4.4.3. 33%	0%
	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2024 tra il valore di partenza (dato anno 2023) 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	
FONTE DATI	Flussi informativi (SDO, C, C2, EMUR, File F, Distribuzione Diretta, Farmaceutica territoriale, flussi sistema prevenzione ecc.) Sistema PADDI Rendicontazione aziendale ove non disponibile il relativo flusso	

TRACKING	31.12.2024
PUNTEGGIO TOTALE	<p>ASL/AO/AOU punti 6</p> <p>La valutazione non avverrà per singola ASR ma sarà effettuata nel rispetto dei pesi riportati nella sezione "scala" secondo il raggiungimento degli obiettivi realizzati nelle seguenti aree territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Area Omogenea Provincia di Torino: ASL Città di Torino ASL TO4, ASL TO5, AOU Città della Salute di Torino, ASL TO3, AOU S.Luigi di Orbassano, AO Ordine Mauriziano di Torino; - Area Omogenea Piemonte Sud Ovest: ASL CN 1, ASL CN 2, AO S.Croce e Carle di Cuneo; - Area Omogenea Piemonte Nord Est: ASL NO, ASL VCO, ASL VC, ASL BI, AOU Maggiore della Carità di Novara; - Area Omogenea Piemonte Sud Est: ASL AL, ASL AT, AO SS.Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria.
RIFERIMENTI	<p>Art. 2, comma 68, della legge n. 191 del 23 dicembre 2009, ai sensi dell'art. 15, comma 24, del decreto-legge n.95/2012 (convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012).</p> <p>DM 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria".</p>

4. QUALITÀ

4.5 OBIETTIVO – TEMPESTIVITÀ NELL’EFFETTUAZIONE DI PTCA NEI CASI DI IMA STEMI

SETTORI REFERENTI	Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari	
DESCRIZIONE DELL’OBIETTIVO	<p>Proporzione di episodi di STEMI trattati con PTCA entro 90 minuti.</p> <p>La tempestività dell’effettuazione dell’angioplastica percutanea su pazienti con diagnosi di IMA STEMI, cruciale per la sopravvivenza del paziente, deve pertanto essere fatta oggetto di monitoraggio insieme alle altre indicazioni sul percorso del paziente come definito per le reti di patologie tempo dipendenti quali la rete IMA STEMI (DM/70 del 2.4.2015). A seguito di verifiche di associazione tra andamenti degli esiti e nuove variabili cliniche introdotte nel tracciato delle SDO a partire dal 2018, a partire dall’edizione 2021 del PNE Agenas ha introdotto 2 indicatori che considerano come tempo di riferimento per l’esecuzione della PTCA dall’accesso nella struttura di ricovero 90 minuti. In linea con quanto già previsto dalla DGR 23-5653 del 19 settembre 2022 si è stabilito che anche per l’annualità 2024 l’indicatore sia STEMI: proporzione di pazienti trattati con PTCA entro 90 minuti dall’accesso nella struttura di ricovero.</p> <p>L’indicatore è espresso in termini di produzione per le AO e di tutela per le ASL.</p>	
INDICATORI	4.5	<p>Numero di episodi di STEMI in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro novanta minuti.</p> <hr/> <p>Numero di episodi di STEMI</p>
VALORE DELL’OBIETTIVO	<p>4.5 Tasso grezzo $\geq 60\%$</p>	
SCALA	<p>Il raggiungimento dell’obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2024 tra il valore di partenza (dato anno 2023) e il valore obiettivo.</p> <p>Se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.</p> <p>Qualora il risultato 2024 dell’indicatore corrisponda al valore obiettivo, l’obiettivo è considerato raggiunto.</p>	
FONTE DATI	<ul style="list-style-type: none"> • Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) • Flusso C2 	
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> • Incontri di monitoraggio obiettivi • 31.12.2024 	
PUNTEGGIO	<p>ASL/AO/AOU: punti 1</p>	

RIFERIMENTI	https://pne.agenas.it/
	<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.
	<i>Andersen HR, Nielsen TT, Rasmussen K, Thuesen L, Kelbaek H, Thayssen P, Abildgaard U, Pedersen F, Madsen JK, Grande P, Villadsen AB, Krusell LR, Haghfelt T, Lomholt P, Husted SE, Vigholt E, Kjaergard HK, Mortensen LS; DANAMI-2 Investigators.</i> A comparison of coronary angioplasty with fibrinolytic therapy in acute myocardial infarction. <i>N Engl J Med.</i> 2003; 349(8): 733-42.
	<i>Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW et al;</i> ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction; A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. <i>J Am Coll Cardiol.</i> 2004;44(3):E1-E211

4. QUALITA'

4.6 OBIETTIVO – DONAZIONI D'ORGANO

SETTORI REFERENTI	Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari
DESCRIZIONE DELL'OBBIETTIVO	<p>La Regione Piemonte con DGR n. 48-8659 del 29 marzo 2019 ha provveduto al recepimento dell'ultimo Accordo tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano in merito al documento recante "Programma Nazionale di Donazione Organi 2018-2020". Il presente obiettivo si pone dunque in linea con quanto deliberato nella suddetta DGR, nonché con quanto previsto dal sistema obiettivi dei DG a partire dall'anno 2015.</p> <p>Piena attuazione - attraverso il Coordinamento Ospedaliero delle donazioni e dei prelievi di organi e tessuti, operativamente e funzionalmente in staff alla Direzione Sanitaria, con il supporto dell'Infermiere Esperto nel Procurement, come previsto dalla DD n.466 del 7 giugno 2019 - dei parametri fissati dal Coordinamento Regionale delle donazioni e dei Prelievi di organi e tessuti finalizzati per il 2023 a incrementare il procurement di organi e di cornee.</p> <p>Si prevede per il 2024 il raggiungimento aziendale dei seguenti obiettivi di governo regionale:</p> <p>4.7.1 Segnalazioni di soggetti in Morte Encefalica (BDI%)</p> <p>Per ogni Presidio Ospedaliero in elenco viene valutato il BDI (vedi indicatore 1). Per i Presidi Ospedalieri con più rianimazioni viene valutato il BDI complessivo del Presidio. BDI atteso nel 2024:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Tra il 20 e il 40 % per i P.O. senza neurochirurgiab. Superiore al 40 % per i P.O. con neurochirurgia <p>La valutazione del BDI sarà effettuata sugli ultimi tre anni per i P.O. con meno di tre diagnosi di ingresso compatibili nel 2024.</p> <p>4.7.2 Non opposizioni alla donazione di organi</p> <p>Considerati i colloqui di donazione in cui non è presente una volontà (favorevole o contraria) nel Sistema Informativo Trapianti (SIT), per ogni Presidio Ospedaliero in elenco si richiede un tasso di opposizione alla donazione di organi inferiore o uguale al 33 % delle segnalazioni di morte encefalica (vedi indicatore 2). Per i Presidi Ospedalieri con più rianimazioni viene valutato il tasso di opposizione alla donazione di organi complessivo del Presidio.</p> <p>La valutazione sarà effettuata sugli ultimi tre anni per i P.O. che hanno meno di tre segnalazioni di morte encefalica nel 2023 senza volontà presente nel SIT.</p> <p>4.7.3 Donatori di Cornee</p> <p>Considerati i decessi ospedalieri del primo semestre 2023 fra i 5 e i 78 anni compresi, proiettato il dato al 31 dicembre 2023, considerato il numero di posti letto degli ospedali della Regione nel 2023:</p> <ul style="list-style-type: none">a Per i Presidi Ospedalieri senza neurochirurgia e con meno di 400 posti letto: un numero di donatori pari al 10 % dei decessi ospedalieri del 2023 fra i 5 e i 78 anni compresi

	b Per i Presidi Ospedalieri con neurochirurgia e per i Presidi Ospedalieri senza neurochirurgia ma con più di 400 posti letto: un numero di donatori pari al 12% dei decessi ospedalieri del 2023 fra i 5 e i 78 anni compresi (vedi indicatore 3).
INDICATORI	4.7.1 BDI = n° morti encefaliche segnalate nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero/n° decessi di soggetti ricoverati nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero con una patologia compatibile con l'evoluzione verso la morte encefalica.
	4.7.2 Opposizioni alla donazione di organi nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero/segnalazioni di morte encefalica nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero senza volontà presente nel SIT.
	4.7.3 n° donatori di cornea n° donatori di cornea nel 2024/ totale decessi ospedalieri del 2023 fra i 5 e i 78 anni compresi.
VALORE DELL'OBBIETTIVO	Cfr. valori indicati nelle tabelle seguenti
SCALA	<p><u>4.7.1</u> Il raggiungimento del sub-obiettivo sarà riconosciuto:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Per gli ospedali con neurochirurgia: SI/NO b) Per gli ospedali senza neurochirurgia: per un valore inferiore al 20% l'obiettivo è considerato non raggiunto; per un valore compreso fra 20% e 40% l'obiettivo è considerato 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. <p><u>4.7.2</u> SI/NO</p> <p><u>4.7.3</u> SI/NO</p>
FONTE DATI	report CRT annuale e CSI Piemonte
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontri di monitoraggio ▪ 31.12.2024
PUNTEGGIO	ASL/AO/AOU: punti 1 Ogni sub-obiettivo pesa rispettivamente il: 4.7.1 40% 4.7.2 30% 4.7.3 30%

Tabella valori obiettivo per ogni indicatore della scheda 4.6

Azienda	Denominazione Presidio Ospedaliero	BDI %	OPPOSIZIONE ALLA DONAZIONE %	DONATORI DI CORNEE
		atteso al 31.12.2024	atteso al 31.12.2024	atteso al 31.12.2024
CITTA' DI TORINO	OSPEDALE MARTINI	20 - 40 %	< =33 %	n.8
	OSPEDALE MARIA VITTORIA	20 - 40 %	< =33 %	n.13
	TORINO NORD EMERGENZA SAN GIOVANNI BOSCO	> 40 %	< =33 %	n.36
TO3	OSPEDALE CIVILE "E. AGNELLI"	20 - 40 %	< =33 %	n.15
	OSPEDALE DEGLI INFERNMI	20 - 40 %	< =33 %	n.20
TO4	PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI CIRIE'	20 - 40 %	< =33 %	n.11
	OSPEDALE CIVICO DI CHIVASSO	20 - 40 %	< =33 %	n.13
	OSPEDALE CIVILE DI IVREA	20 - 40 %	< =33 %	n.17
TO5	OSPEDALE MAGGIORE	20 - 40 %	< =33 %	n.8
	OSPEDALE SANTA CROCE	20 - 40 %	< =33 %	n.9
VC	OSPEDALE SANT'ANDREA	20 - 40 %	< =33 %	n.13
BI	OSP. DEGLI INFERNMI DI BIELLA	20 - 40 %	< =33 %	n.32
NO	ISTITUTO S.S. TRINITA'-BORGOMANERO	20 - 40 %	< =33 %	n.12
VCO	OSPEDALE SAN BIAGIO	20 - 40 %	< =33 %	n.7
	STABILIMENTO OSPEDALIERO CASTELLI	20 - 40 %	< =33 %	n.10
CN1	OSPEDALE DI MONDOVI'	20 - 40 %	< =33 %	n.3
	OSP. MAGGIORE S.S. ANNUNZIATA SAVIGLIANO	20 - 40 %	< =33 %	n.10
CN2	OSPEDALE MICHELE E PIETRO FERRERO-VERDUNO	20 - 40 %	< =33 %	n.12
AT	PRESIDIO OSP. CARDINAL G. MASSAIA	20 - 40 %	< =33 %	n.32
AL	OSPEDALE SANTO SPIRITO CASALE	20 - 40 %	< =33 %	n.15
	OSPEDALE SS. ANTONIO E MARGHERITA TORTONA	20 - 40 %	< =33 %	n.7
	OSPEDALE SAN GIACOMO NOVI	20 - 40 %	< =33 %	n.10
	OSP. MONS. G. GALLIANO ACQUI T.ME	20 - 40 %	< =33 %	n.7
AOU CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO	CENTRO TRAUMATOLOGICO ORTOPEDICO	> 40 %	< =33 %	n.8
	OSPEDALE INFANTILE REGINA MARGHERITA	> 40 %	< =33 %	n.1
	OSPEDALE S. ANNA	20 - 40 %	< =33 %	n.2
	OSPEDALE S. GIOV. BATTISTA MOLINETTE	> 40 %	< =33 %	n.92
AO SS. ANTONIO E BIAGIO E C. ARRIGO	OSP. CIVILE SS. ANTONIO E BIAGIO	> 40 %	< =33%	n.43
AO ORDINE MAURIZIANO	OSP. MAURIZIANO UMBERTO I - TORINO	20 - 40 %	< =33%	n.31
AO S.CROCE E CARLE	AZ. OSPEDAL. S. CROCE E CARLE	> 40 %	< =33 %	n.47
AOU S. LUIGI GONZAGA	AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA S. LUIGI	20 - 40 %	< =33 %	n.27
AOU MAGGIORE DELLA CARITA' NOVARA	OSPEDALE MAGGIORE DELLA CARITA'	> 40 %	< =33 %	n.43

4. QUALITÀ	
4.7 OBIETTIVO – PROGRAMMA REGIONALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E LA SICUREZZA DEL PAZIENTE	
SETTORI REFERENTI	Affari generali e giuridico legislativo / Programmazione dei Servizi sanitari e socio-sanitari
DESCRIZIONE DELL'OBBIETTIVO	<p>La sicurezza dei pazienti è uno dei fattori determinanti la qualità delle cure. La “gestione del rischio clinico” è uno degli interventi del “governo clinico” per il miglioramento della qualità delle prestazioni attraverso un processo sistematico, comprendente sia la dimensione clinico-assistenziale che quella gestionale, che impiega un insieme di metodi, strumenti ed azioni che consentono di identificare, analizzare, valutare, trattare e monitorare i rischi al fine di migliorare la sicurezza dei pazienti e degli operatori.</p> <p>Con D.D. n. 2005/A1400B/2023 del 28.12.2023 è stato approvato il “Programma regionale per la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti 2023-2025” - PRRC. Il Programma, che si pone in continuità con gli Interventi/Azioni già sviluppati sulla base dei precedenti programmi triennali si articola in una serie di aree progettuali che, nel corso di dette annualità, dovranno essere oggetto di implementazione a livello di Sistema Sanitario Regionale. Con D.G.R. n. 32-7573/2023/XI del 16.10.2023 è stato approvato, ai sensi dell'art. 21 della L.R. 9/2024 e s.m.i., il programma regionale per la copertura dei rischi di responsabilità civile RCT/O delle ASR; il provvedimento definisce gli elementi costitutivi del programma regionale ed affida ad AZIENDA ZERO, con riferimento ai sinistri di competenza annualità 2024 e segg., l'attività di liquidazione dei sinistri di competenza del fondo speciale regionale.</p> <p>Il presente obiettivo ha come finalità lo sviluppo del PRRC relativamente agli obiettivi 2024 di competenza aziendale. In questo ambito il punteggio è assegnato alle ASL/AO/AOU che hanno realizzato almeno il 90% degli obiettivi relativi all'annualità 2024 secondo gli indicatori/standard definiti dal PRRC.</p> <p>L'obiettivo mira altresì ad una raccolta sistematica dei dati relativi alle denunce di sinistri/E.S. attraverso una puntuale e completa alimentazione del flusso SIMES al fine di favorire la conoscenza della dimensione del rischio e consentire la predisposizione di un piano di interventi a medio/lungo termine idoneo a ridurre i danni conseguenti ad errori umani e di sistema. Sarà valutata la corretta e puntuale alimentazione del flusso SIMES regionale Eventi sentinella/Sinistri in relazione ai seguenti indicatori: inserimento degli eventi sentinella e compilazione della scheda B entro i termini definiti dal D.M. 11/12/2009 n. 43079; compilazione scheda C (scheda monitoraggio a lungo termine delle azioni correttive – Piani di azione) ex DD. n. 699 del 7.8.2014; inserimento in SIMES dei sinistri entro 30 gg. dalla richiesta di risarcimento; completa compilazione dei campi significativi del SIMES-Sinistri (campi attenzionati: “Contesto di riferimento” nel caso di valorizzazione della voce “Altro” dovrà essere compilata la relativa voce</p>

	<p>“Note”; “Disciplina” sarà ammessa una valorizzazione del campo “Altro” nei limiti del 20% dei sinistri; “Importo riservato” dovrà essere aggiornato con cadenza almeno semestrale).</p> <p>In relazione all’ AZIENDA ZERO si pone la finalità di verificare il corretto e puntuale esercizio dell’attività di liquidazione dei sinistri sulla base dei seguenti parametri: organizzazione attività liquidazione sinistri; liquidazione dei sinistri entro 30 gg dal ricevimento della documentazione aziendale; puntuale alimentazione del flusso SIMES Sinistri per i campi relativi alle attività di liquidazione di competenza</p>
INDICATORI	<p>4.8.1 ASR: Numero azioni di competenza aziendale previste dal PRRC per l’anno 2024 implementate in SIMES</p> <p>4.8.2 ASR/AZIENDA ZERO: Corretto adempimento al debito informativo relativo al flusso SIMES</p> <p>4.8.3 AZIENDA ZERO: Numero gg medio per liquidazione sinistri anno 2024</p>
VALORE DELL’OBIETTIVO	<p>4.8.1 azioni implementate > 90%</p> <p>4.8.2 soddisfatti tutti indicatori del flusso</p> <p>4.8.3 30 gg</p>
SCALA	<p><u>4.8.1 SI/NO</u></p> <p><u>4.8.2 SI/NO</u></p> <p><u>4.8.3 SI/NO</u></p>
FONTE DATI	<ul style="list-style-type: none"> Documenti trasmessi ai seguenti indirizzi e-mail:obiettividgres@regione.piemonte.it, rischio.clinico@regione.piemonte.it Report aziendale, consultazione della sezione amministrazione trasparente del sito web aziendale e del flusso SIMES
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> Monitoraggio obiettivi 31.12.2024
PUNTEGGIO	<p>ASL/AO/AOU: punti 2</p> <p>AZIENDA ZERO : punti 9</p> <p>1 punti intervento 4.8.1 per ASL/AO/AOU</p> <p>1 punti intervento 4.8.2 per ASL/AO/AOU</p> <p>3 punti intervento 4.8.2 per AZIENDA ZERO</p> <p>6 punti intervento 4.8.3 per AZIENDA ZERO</p>
RIFERIMENTI	<p>Art. 21 della L.R. 9/2024 e s.m.i.</p> <p>D.G.R. n. 32-7573/2023/XI del 16.10.2023</p> <p>D.D. n. 2005/A1400B/2023 del 28.12.2023</p> <p>D.M. 11/12/2009 n. 43079</p> <p>DD. n. 699 del 7.8.2014</p>

5. PREVENZIONE

5.1 OBIETTIVO - ATTUAZIONE PIANO DI RECUPERO DELLE PRESTAZIONI DI SCREENING ONCOLOGICI

SETTORI REFERENTI	Programmazione dei Servizi Sanitari e Sociosanitari; Prevenzione, Sanità pubblica veterinaria e Sicurezza Alimentare	
DESCRIZIONE DELL'OBBIETTIVO	<p>Il presente obiettivo si inquadra nell'ambito normativo nazionale e regionale vigenti e prevede il raggiungimento degli obiettivi di inviti e prestazioni secondo i target di cui ai paragrafi successivi.</p> <p>Il primo indicatore per ciascuno dei tre screening oncologici (tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto) riguarda la copertura da inviti, e il secondo la copertura da esami.</p> <p>Per copertura da inviti si intende la capacità di invitare tutte le persone facenti parte della popolazione target con la cadenza stabilita: se, per esempio, la cadenza degli inviti è biennale, la popolazione target annuale è data indicativamente dalla popolazione target diviso due. In questa fase di recupero del ritardo accumulato a seguito del rallentamento dell'attività dovuto alla pandemia, la popolazione target è calcolata includendo anche la quota di popolazione con periodismo di invito già scaduto.</p> <p>L'indicatore viene calcolato come numero di inviti diviso la popolazione target annuale.</p> <p>Analogamente, la copertura da esami viene calcolata come numero di esami di screening eseguiti diviso la popolazione target annuale.</p> <p>Per il programma di screening della cervice uterina, che utilizza due tipi di test (HPV test per le donne di età compresa tra 30 e 64 anni e Pap-test per le donne di età compresa tra 25 e 29 anni) si considera, sia per la copertura da inviti che per la copertura da esami, la somma dei volumi di attività erogati per i due test (inviti per HPV + inviti per Pap-test; esami HPV + Esami Pap-test).</p> <p>La popolazione target e gli intervalli di screening sono i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Donne di età 50-69 anni per lo screening mammografico (due anni). ▪ Donne di età 25-64 anni (30-64 per HPV) per lo screening cervico-vaginale (tre anni per le donne con Pap-test negativo e 5 anni per donne con test HPV negativo). ▪ Uomini e donne di età 50-74 anni per lo screening colorettale (due anni) 	
INDICATORI	5.1	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
VALORE DELL'OBBIETTIVO	5.1 Cfr. tabella seguente con dettaglio delle coperture	
SCALA	<u>5.1</u> Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2024 tra valore minimo (come	

	indicato in tabella) e il valore obiettivo. Se il valore dell'indicatore è inferiore al valore minimo, l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore dell'indicatore è compreso tra il valore minimo e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare. Ogni indicatore compartecipa per 1/6 del punteggio dell'obiettivo.
FONTE DATI	▪ Banca da CSI – CRPT Piemonte
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoraggio obiettivi • 31.12.2024
PUNTEGGIO	ASL/AO/AOU: punti 7
NOTE	<p><i>Gli obiettivi vengono valutati a livello dei SEI PROGRAMMI di Prevenzione Secondaria dei Tumori cui partecipano le Aziende. Se l'obiettivo è stato raggiunto, la valorizzazione riguarda tutti i Direttori Generali delle Aziende che fanno parte del programma, incluse le Aziende Ospedaliere: infatti, tutte le Aziende di ciascun programma concorrono al raggiungimento degli obiettivi (l'AO Mauriziano partecipa solo per lo screening del cancro del colon-retto).</i></p> <p><i>Gli indicatori descritti sono tra quelli previsti entro il Piano Regionale della Prevenzione.</i></p> <p><i>La valutazione terrà conto anche del dato di performance del best performer regionale.</i></p>
RIFERIMENTI	<ul style="list-style-type: none"> - D.G.R. n. 27-3570 del 04.07.2016, Aggiornamento del Programma regionale di screening oncologici, denominato "Prevenzione Serena" e individuazione del centro unificato regionale per l'esecuzione del test immunochimico di ricerca del sangue occulto nelle feci. Parziale modifica della D.G.R. n. 111-3632 del 02.08.2006. - DL 14 agosto 2020, n. 104 "Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia", che reca le disposizioni urgenti in materia di liste di attesa. - DGR 23 settembre 2020, n. 2-1980. "Decreto-Legge 14 agosto 2020, n. 104. Obiettivi programmatici e riparto risorse alle Aziende pubbliche del SSR per il recupero delle liste di attesa relative a prestazioni ambulatoriali, di screening oncologici e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-CoV-2"; - DL 25 maggio 2021, n. 73. Misure urgenti connesse all'emergenza da COVID-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali" Disposizioni in materia di liste di attesa e utilizzo flessibile delle risorse; - D.G.R. n. 51-3662 del 30.07.2021, di costituzione della Commissione regionale per il recupero ed il contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie, di cui al D.L. 17 marzo 2020, n. 18 ed al D. L. 14 agosto 2020, n. 104, a supporto del Gruppo di Coordinamento del Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale e di Ricovero, di cui alla D.G.R. 16 maggio 2019 n. 110-9017; - D.G.R. n. 22-3690 del 06.08.2021, "Approvazione dell'aggiornamento del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici. Ulteriori indicazioni in applicazione del D.L. 14 agosto 2020, n.104 e del D.L. 25 maggio 2021, n. 73, ad integrazione ed aggiornamento della D.G.R. 23 settembre 2020, n. 2-1980"; - L. 30 dicembre 2021, n. 234, "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024"; - D.G.R. n. 48-4605 del 28.01.2022, "Approvazione della rimodulazione del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici, a norma dell'art. 1, commi 276 e seguenti, della L. 30 dicembre 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

	<p>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".</p> <p>- D.G.R. n. 20-6920 del 22.05.2023, "Approvazione della rimodulazione del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici, ai sensi dell'art. 4, comma 9 octies del D.L. 29 dicembre 2022, n. 198. Aggiornamento della D.G.R. n. 48-4605 del 28.01.2022 e della D.G.R. n. 4-4878 del 14.04.2022.</p>
--	--

Obiettivo 5.3 – Valori obiettivo per tipologia screening e popolazione target

		ATTESO	MINIMO
SCREENING MAMMOGRAFICO ETÀ 50-69 ANNI			
COPERTURA INVITI:		100%	97%
NUMERO DI DONNE INVITATE AD EFFETTUARE IL TEST DI SCREENING + ADESIONI SPONTANEE / POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUALE			
SCREENING MAMMOGRAFICO ETÀ 50-69 ANNI		63%	60%
COPERTURA ESAMI:			
NUMERO DI DONNE SOTTOPOSTE AL TEST DI SCREENING + ADESIONI SPONTANEE / POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUALE			
SCREENING CERVICO-VAGINALE ETÀ 25-64 ANNI		100%	97%
COPERTURA INVITI:			
NUMERO DI DONNE INVITATE AD EFFETTUARE IL TEST DI SCREENING + ADESIONI SPONTANEE / POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUALE (SONO CONTEGGIATI TRA GLI INVITI SIA QUELLI RELATIVI AL PAP-TEST CHE AL TEST PER L'HPV PRIMARI)			
SCREENING CERVICO-VAGINALE ETÀ 25-64 ANNI		52%	49%
COPERTURA ESAMI:			
NUMERO DI DONNE SOTTOPOSTE AL TEST DI SCREENING + ADESIONI SPONTANEE / POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUALE (SONO CONTEGGIATI TRA I TEST DI SCREENING SIA I PAP TEST CHE IL TEST PER L'HPV PRIMARI)			
SCREENING COLO-RETTALE ETÀ 50 ANNI-74 ANNI		100%	97%
COPERTURA INVITI:			
NUMERO PERSONE INVITATE AD EFFETTUARE IL TEST DI SCREENING + ADESIONI SPONTANEE / POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUALE			
SCREENING COLO-RETTALE ETÀ 50-74 ANNI		53%	50%
COPERTURA ESAMI:			
NUMERO PERSONE SOTTOPOSTE AL TEST DI SCREENING + ADESIONI SPONTANEE / POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUALE			

5. PREVENZIONE		
5.2 OBIETTIVO – CONTRASTO ALL' ANTIMICROBICO RESISTENZA		
SETTORI REFERENTI	Prevenzione, Sanità pubblica, Veterinaria e Sicurezza alimentare, Assistenza Farmaceutica Integrativa e Protesica, Programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari	
DESCRIZIONE DELL'OBBIETTIVO	<p>La resistenza agli antimicrobici (AMR), di cui l'Antibiotico-Resistenza (ABR) rappresenta certamente il fattore di maggiore rilevanza, è un fenomeno che avviene naturalmente nei microrganismi come forma di adattamento all'ambiente ed è dovuto alla capacità di questi ultimi di mutare e acquisire la capacità di resistere a molecole potenzialmente in grado di ucciderli o arrestarne la crescita. A causa dell'enorme pressione selettiva esercitata da un uso eccessivo e spesso improprio degli antibiotici in ambito umano, veterinario e zootecnico, nel tempo questo fenomeno ha assunto i caratteri di una delle principali emergenze sanitarie globali. Il nuovo documento "Piano Nazionale di Contrastto all'Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025", nasce con l'obiettivo di fornire al Paese le linee strategiche e le indicazioni operative per affrontare l'emergenza dell'ABR nei prossimi anni, seguendo un approccio multidisciplinare e una visione One Health, promuovendo un costante confronto in ambito internazionale. Promuovere l'uso appropriato degli antibiotici rappresenta uno dei sei obiettivi generali per ridurre l'incidenza e l'impatto delle infezioni resistenti agli antibiotici. Il PNCAR 2022-2025 (recepito dalla regione Piemonte con DGR 11-7877 dell'11 dicembre 2023), è stato predisposto dalla Direzione generale della prevenzione sanitaria, in collaborazione con le DG del Ministero della Salute e altri istituti e Ministeri italiani competenti, e in linea con le indicazioni europee (EU-JAMRAI 1 e ECDC 2017). Infine, ricevuto parere favorevole all'unanimità dal Consiglio Superiore di Sanità, è stato approvato in Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 30 novembre 2022.</p>	
INDICATORI	5.2.1	Consumo (DDD/100 giornate di degenza) di carbapenemi in ambito ospedaliero.
	5.2.2	Consumo (DDD/100 giornate di degenza) di fluorochinoloni in ambito ospedaliero
	5.2.3	Rapporto tra il consumo (DDD/1000 ab die) di molecole ad ampio spettro e di molecole a spettro ristretto in ambito territoriale.
VALORE DELL'OBBIETTIVO	<p>5.2.1 Riduzione del consumo (DDD/100 giornate di degenza) di carbapenemi (Fonte ESAC) ≥4% in ambito ospedaliero nel 2024 rispetto al 2022.</p> <p>5.2.2 Riduzione del consumo (DDD/100 giornate di degenza) di fluorochinoloni (Fonte ESAC) ≥4% in ambito ospedaliero nel 2024 rispetto al 2022</p> <p>5.2.3 Riduzione ≥7% del rapporto tra il consumo (DDD/1000 ab die) di molecole ad ampio spettro e di molecole a spettro ristretto (Fonte ESAC) in ambito territoriale nel 2024 rispetto al 2022.</p>	
SCALA	<p><u>5.2.1</u> SI/NO</p> <p><u>5.2.2</u> SI/NO</p>	

	5.2.3 SI/NO
FONTE DATI	Ambito ospedaliero: flusso consumo ospedaliero di farmaci e flusso informativo scheda di dimissione ospedaliera Ambito territoriale: comma 10 regionale prescrittore
TRACKING	• 31/12/2024
PUNTEGGIO	ASL/AO/AOU: punti 5
RIFERIMENTI	Recepimento PNCAR- DGR 11-7877 dell'11 dicembre 2023; PNCAR - CSR - 30 novembre 2022.

6. AZIENDA ZERO E ASR

6.1 OBIETTIVO –ASSISTENZA DOMICILIARE

SETTORI REFERENTI	Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari	
DESCRIZIONE DELL'OBBIETTIVO	L'incremento della popolazione <i>over 65</i> in regione Piemonte ha comportato un aumento progressivo delle malattie cronico/degenerative richiedendo un incremento dei servizi di assistenza a lungo termine, supportando l'assistito e la sua famiglia. In relazione alla Deliberazione 20 dicembre 2022, n. 257 – 25346 “Decreto del Ministero della salute 23 maggio 2022, n. 77 (Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale). Recepimento e approvazione del provvedimento generale di programmazione “Assistenza territoriale nella Regione Piemonte”, il presente obiettivo ha come finalità il conseguimento degli obiettivi programmati dalla Regione Piemonte e validati dai Ministeri competenti per la linea di investimento Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) , al fine di aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare.	
INDICATORI	6.1.1	Coordinamento delle ASL sull'assistenza domiciliare: presenza di almeno 3 report/anno e contestuali incontri di audit con le Aziende sanitarie sul raggiungimento della copertura in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) per i soggetti over 65
	6.1.2	Almeno il 12 % di pazienti over 65 in assistenza domiciliare (considerando tutti gli assistiti di età pari o superiore a 65 anni “presi in carico” per tutte le classi di CIA) al 31.12.2024
VALORE DELL'OBBIETTIVO	<p>6.1.1. 100%</p> <p>6.1.2. 100%</p>	
SCALA	<p><u>6.1.1.</u> SI/NO</p> <p><u>6.1.2.</u> SI/NO</p>	
FONTE DATI	Rendicontazione aziendale, Flusso SIAD	
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Come da cronoprogramma regionale ▪ 31.12.2024 	
PUNTEGGIO	<p>AZIENDA ZERO punti 30</p> <p>6.1.1 = punti 5</p> <p>6.1.2 = punti 25</p>	
RIFERIMENTI	<p>Deliberazione delle Giunta Regionale del 17 luglio 2023 n. 13-7239 “D.M. 23/01/2023 <i>“Ripartizione delle risorse relative all'investimento M6- C1-1.2.1. «Casa come primo luogo di cura (ADI)» del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)”</i> - Adozione Piano Operativo Regionale cure domiciliari sanitarie - CUP J64E23000110002”.</p> <p><i>Deliberazione 20 dicembre 2022,n. 257 – 25346 “Decreto del Ministero della salute 23 maggio 2022, n. 77 (Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale). Recepimento e approvazione del provvedimento generale di programmazione “Assistenza territoriale nella Regione Piemonte”</i></p>	

6. AZIENDA ZERO E ASR					
6.2 OBIETTIVO – MIGLIORAMENTO NELLA GESTIONE E MISURAZIONE DEL BOARDING					
SETTORI REFERENTI	Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari				
DESCRIZIONE DELL'OBBIETTIVO	<p>In relazione alla DGR 16 gennaio 2023, n. 23-6428 “Aggiornamento delle “Linee di indirizzo per il controllo e la gestione del sovraffollamento e del boarding in pronto soccorso” a parziale modifica ed integrazione della DGR 16 aprile 2021, n. 7-3088. Ulteriori indicazioni alle Aziende Sanitarie Regionali”, il presente obiettivo ha la finalità di consolidare un percorso di monitoraggio e revisione delle modalità di gestione dei processi organizzativi correlati al DEA/PS con particolare riferimento al <i>boarding</i> nelle Unità Organizzative ospedaliere.</p> <p>Quanto sopra per garantire un miglior servizio ai pazienti e di supportare le Aziende, attraverso la condivisione di una metodologia uniforme a livello regionale.</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. 				
INDICATORI	<p>Tempo medio di permanenza in PS: $\frac{(\text{data/ora di dimissione dal PS} - \text{data/ora di accesso al PS})}{\text{N}^{\circ} \text{ di accessi in PS}}$</p> <p>6.2 Sono esclusi dalla selezione i pazienti giunti in assenza di segni vitali e non sottoposti a manovre rianimatorie.</p> <p>Nella valutazione dell'obiettivo si terrà conto della percentuale annuale di pazienti OBI sul totale degli accessi in DEA/PS</p>				
VALORE DELL'OBBIETTIVO	<p>6.2 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). Il valore obiettivo si applica alla singola ASR per ciascuna delle seguenti strutture:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">DEA II ≤ 6 ore</td> <td style="width: 50%;">DEA I ≤ 6 ore</td> </tr> <tr> <td>PS di Base ≤ 4 ore</td> <td>PS di area disagiata ≤ 5 ore</td> </tr> </table>	DEA II ≤ 6 ore	DEA I ≤ 6 ore	PS di Base ≤ 4 ore	PS di area disagiata ≤ 5 ore
DEA II ≤ 6 ore	DEA I ≤ 6 ore				
PS di Base ≤ 4 ore	PS di area disagiata ≤ 5 ore				
SCALA	6.2.SI/NO				
FONTE DATI	<ul style="list-style-type: none"> • Flusso C2 e flusso SDO 				

	<ul style="list-style-type: none"> • documentazione aziendale • eventuale rilevazione a campione
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontri di monitoraggio ▪ 31.12.2024
PUNTEGGIO	AZIENDA ZERO punti: 15 ASL/AO/AOU punti: 6
RIFERIMENTI	<p>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></p> <p>DGR 16 aprile 2021, n. 7-3088 “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”</p> <p>DD 762/A1416C/2021 del 25/05/2021</p> <p>DD 885 del 23 dicembre 2016, All. 2 “flusso informativo specialistica ambulatoriale e altre prestazioni tracciati record b, c, c2, c4, c5 - Disciplinare tecnico strutture pubbliche”</p> <p>Asaro PV, Lewis LM, Boxerman SB. The Impact of Input and Output Factors on Emergency Department Throughput. ACADEMIC EMERGENCY MEDICINE 2007; 14:235–242</p> <p>Fogarty, Saunders, Cummins. The effect of boarders on emergency department process flow. J Emerg Med. 2014 May;46(5):706-10.</p> <p>Liu, Milne, Yun, Walsh. The boarding experience from the patient perspective: the wait. Emerg Med J. 2015 Nov;32(11):854-9.</p> <p>DGR 16 gennaio 2023, n. 23-6428 “Aggiornamento delle “Linee di indirizzo per il controllo e la gestione del sovraffollamento e del boarding in pronto soccorso” a parziale modifica ed integrazione della DGR 16 aprile 2021, n. 7-3088. Ulteriori indicazioni alle Aziende Sanitarie Regionali”,</p>

7. AO OIRM

7.1 OBIETTIVO – ATTUAZIONE COSTITUZIONE NUOVA AZIENDA OSPEDALIERA

SETTORI REFERENTI	Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari
DESCRIZIONE DELL'OBBIETTIVO	<p>Con deliberazione del 19/12/2023, n. 307-27525, il Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, ha individuato, modificando la D.C.R. 3 aprile 2012, n. 167-14087, la nuova Azienda ospedaliera "Ospedale Infantile Regina Margherita" di Torino, prevedendo la costituzione a partire dal 1° gennaio 2024, cui è stato contestualmente assegnato il presidio ospedaliero infantile Regina Margherita e a cui ricondurre le prestazioni nei confronti dell'utenza pediatrica attualmente svolte dall'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino.</p> <p>Con D.P.G.R. n. 61 del 28/12/2023 è stata costituita, ai sensi e per gli effetti della citata D.C.R. l'Azienda ospedaliera "Ospedale Infantile Regina Margherita" e con D.G.R. 33-8063/2023/XI è stato nominato il Commissario affinché ponga in essere le misure operative ed organizzative necessarie all'avvio della nuova organizzazione e idonee a garantire nell'immediato la continuità di tutte le funzioni aziendali assegnate anche mediante atti convenzionali fra Aziende.</p> <p>La costituzione della nuova azienda richiede l'espletamento, in stretto collaborazione con AOU CDSS e con gli uffici competenti della Regione, di una serie di attività tecniche di natura giuridica e contabile che dovranno essere oggetto di uno specifico piano di attuazione.</p>
INDICATORI	<p>7.1.1 redazione del piano delle azioni e relativo cronoprogramma entro le tempistiche stabilite</p> <p>7.1.2 Piena operatività dell'Azienda OIRM entro le tempistiche programmate.</p>
VALORE DELL'OBBIETTIVO	<p>7.1.1 Redazione entro il 02/04/2024 del piano delle azioni da intraprendere e relativo cronoprogramma per raggiungere gli obietti fissati dagli atti regionali relativi alla costituzione dell'AO</p> <p>7.1.2. Piena operatività dell'Azienda OIRM al 31-12-2024</p>
SCALA	<p><u>7.1.1.</u> SI/NO</p> <p><u>7.1.2.</u> SI/NO</p>
FONTE DATI	Rendicontazione aziendale
TRACKING	31.12.2024
PUNTEGGIO TOTALE	<p>100 punti</p> <p>Il primo sub-obiettivo pesa 10% del punteggio complessivo</p>
RIFERIMENTI	D.P.G.R. n. 61 del 28/12/2023