



**A.S.L. TO4**

Azienda Sanitaria Locale  
di Ciriè, Chivasso e Ivrea

Sede legale: Via Po, 11 - 10034 CHIVASSO (TO)

Tel. +39 011.9176666

Sede amministrativa: Via Aldisio, 2 - 10015 IVREA (TO)

Tel. +39 0125.4141

[www.aslto4.piemonte.it](http://www.aslto4.piemonte.it)

P.I./Cod. Fisc. 09736160012

## **RELAZIONE ANNUALE SULLA PERFORMANCE – ANNO 2017**

Il sistema di valutazione degli obiettivi assegnati per il personale dell'A.S.L. TO4, è contenuto:

- per il personale del Comparto, nel Contratto Collettivo Integrativo Aziendale (C.C.I.A.) sottoscritto in data 20/03/2013 tra la Direzione Aziendale e la R.S.U. e le Organizzazioni Sindacali del Personale del Comparto, con le modifiche di cui all'Accordo sottoscritto in data 28/12/2016 e a quanto contenuto nel Verbale dell'incontro con le Organizzazioni Sindacali e la R.S.U. del 16/06/2017;
- per la Dirigenza Medica e Veterinaria, nel "Regolamento in materia di valutazione e revoca degli incarichi dirigenziali" (approvato con deliberazione n. 2342, del 20/11/2009, nel testo concertato con le Organizzazioni Sindacali della Dirigenza Medico-Veterinaria negli incontri del 2 Ottobre e 11 Novembre 2009);
- per la Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa, nel documento "Valutazione annuale in merito alla retribuzione di risultato" (approvato con deliberazione n. 396, del 29/06/2011, nel testo concertato con le Organizzazioni Sindacali della medesima area dirigenziale nell'incontro del 20/06/2011);

nonché negli Accordi sulla retribuzione di risultato, sottoscritti con le Organizzazioni Sindacali delle rispettive aree dirigenziali.

Gli obiettivi assegnati alle Strutture Aziendali per l'anno 2017, dettagliatamente individuate nella deliberazione del Direttore Generale n. 1375 del 29/12/2017, ripropongono gli obiettivi gestionali assegnati, ai Direttori Generali / Commissari delle aziende sanitarie regionali per l'anno 2017, da parte della Regione Piemonte con D.G.R. n. 101-5530 del 3 agosto 2017. Gli obiettivi sono stati formalmente sottoscritti dal Direttore Generale, dai Direttori di Struttura Complessa e dai Responsabili di Struttura Semplice Dipartimentale.

Al fine della verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dell'A.S.L. TO4 da parte della Regione Piemonte, con comunicazioni prot. n. 0015678 del 16/02/2018, prot. n. 0021548 del 07/03/2018 e prot. n. 0033110 del 10/04/2018, sono stati inoltrati, alla Regione stessa, le relazioni e i dati relativi ai suddetti obiettivi, documenti che si allegano alla presente relazione.

La relazione è stata trasmessa alla Conferenza dei Sindaci che, riunitasi in data 16/03/2018, ha espresso parere favorevole all'unanimità.

Le valutazioni del raggiungimento degli obiettivi da parte della Regione è tutt'ora in corso.

E' altresì in corso la valutazione del raggiungimento degli obiettivi assegnati alle Strutture da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione, la cui costituzione si è perfezionata solo recentemente, stante la necessità di riaprire più volte i termini del bando per l'individuazione dei Componenti dell'Organismo stesso.

La presente relazione verrà pertanto aggiornata a conclusione dei lavori dell'Organismo Indipendente di Valutazione.

Chivasso, 28 giugno 2018

**Il Direttore Generale A.S.L. TO4**

(Dott. Lorenzo ARDISSONE)

(in originale firmato)

**D.G.R. n. 101-5530 del 03/08/2017 avente ad oggetto: “Art. 3 bis, commi 5 ss. D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.. Assegnazione obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai direttori generali/commissari delle aziende sanitarie per l’anno 2017”**

Come previsto dall’Allegato A “Obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi dei direttori generali/commissari delle aziende sanitarie regionali per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l’anno 2017” della D.G.R. n. 101-5530 del 03/08/2017, con la presente si intende relazionare sul grado di raggiungimento dei singoli obiettivi / sub obiettivi assegnati:

=====

**Obiettivo 1 Budget – “Attuazione della programmazione regionale”**

**- Sub-obiettivo 1.1 Efficientamento della spesa aziendale**

**Indicatori obiettivo:**

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

**INDICATORE 1**

Il preconsuntivo 2017, trasmesso in versione FEC il 26/01/2018, presenta un risultato provvisorio di disavanzo pari ad €. 8.787.000=. A fronte di detto disavanzo deve essere ancora recepito il finanziamento, in via di definizione, delle spese non sanitarie, stimato in €. 7.298.000=. La restante parte di disavanzo potrà trovare il suo naturale rientro in sede di consuntivo attraverso:

- riduzione del saldo negativo di mobilità;
- riduzione della spesa CAVS rispetto a quella ad oggi rilevata a livello di budget;
- probabile riduzione della spesa verso Istituti Privati Accreditati a seguito dell’applicazione della regressione tariffaria e della non compensabilità tra attività di ricovero e specialistica;
- riduzione di altri costi vari.

Si evidenzia il rispetto, già a preconsuntivo, del tetto assegnato per il Personale Dipendente e Atipico. Si allegano:

- Prospetto scostamenti Consuntivo 2016 / Preconsuntivo 2017
- Cronistoria 2016 e andamento trimestrale 2017
- Tabella di sintesi del Personale oggetto di tetto come da D.G.R. n. 113-6305 del 22/12/2017.

**INDICATORE 2**

PRODUZIONE ASL TO4	Anno 2016			
	TOTALI NETTI		TOTALI LORDI	
Tipologia	Quantità	Importo Netto	Ticket	Importo Lordo
SDO (ricoveri e DH) ospedali aziendali	36.207	<u>106.101.011,13</u>	0	<u>106.101.011,13</u>
C (specialistica ambulatoriale)	5.185.565	49.404.584,35	9.966.624,35	59.371.207,70
C2 (DEA e PS) non seguiti da ricovero	1.155.235	10.293.626,40	68.900,00	10.362.526,40
<b>Totale SDO</b>	<b>36.207</b>	<b>106.101.011,13</b>	<b>0</b>	<b>106.101.011,13</b>
<b>Totale Prestazioni</b>	<b>6.340.800</b>	<b>59.698.210,75</b>	<b>10.035.524,35</b>	<b>69.733.734,10</b>
<b>Totale generale</b>	<b>6.377.007</b>	<b>165.799.221,88</b>	<b>9.966.624,35</b>	<b>175.834.745,23</b>

PRODUZIONE ASL TO4	Anno 2017
--------------------	-----------

Tipologia	TOTALI NETTI		TOTALI LORDI	
	Quantità	Importo Netto	Ticket	Importo Lordo
SDO (ricoveri e DH) ospedali aziendali	39.671	116.761.213,49	0	116.764.213,49
C (specialistica ambulatoriale)	4.821.861	47.047.794,88	9.439.326,71	56.487.121,59
C2 (DEA e PS) non seguiti da ricovero	1.173.909	10.309.267,60	60.925,00	10.370.192,60
<b>Totale SDO</b>	<b>39.671</b>	<b>116.761.213,49</b>	<b>0</b>	<b><u>116.764.213,49</u></b>
<b>Totale Prestazioni</b>	<b>5.995.770</b>	<b>57.357.062,48</b>	<b>9.500.251,71</b>	<b>66.857.314,19</b>
<b>Totale generale</b>	<b>6.035.441</b>	<b>174.118.275,97</b>	<b>9.500.251,71</b>	<b><u>183.621.527,68</u></b>

PRODUZIONE ASL TO4	Differenza 2017 vs 2016			
	TOTALI NETTI		TOTALI LORDI	
Tipologia	Quantità	Importo Netto	Ticket	Importo Lordo
SDO (ricoveri e DH) ospedali aziendali	3.464	<u>10.663.202,36</u>	0	<u>10.663.202,36</u>
C (specialistica ambulatoriale)	-363.704	<u>-2.356.789,47</u>	-527.298	<u>-2.884.087,11</u>
C2 (DEA e PS) non seguiti da ricovero	18.674	15.641,20	-7.975	7.666,20
<b>Totale SDO</b>	<b>3.464</b>	<b>10.663.202,36</b>	<b>0</b>	<b><u>10.663.202,36</u></b>
<b>Totale Prestazioni</b>	<b>-345.030</b>	<b><u>-2.341.148,27</u></b>	<b>-535.273</b>	<b><u>-2.876.420,91</u></b>
<b>Totale generale</b>	<b>-341.566</b>	<b>8.322.054,09</b>	<b>-535.273</b>	<b><u>7.786.781,45</u></b>

=====

===

## Obiettivo 2 “Case della Salute”

### - Sub-obiettivo 2.1 Attivazione delle Case della Salute programmate - ASL

#### Indicatori obiettivo:

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

#### > Indicatore 1

L'ASL TO4 ha presentato n. 7 progetti che riguardano le Case della Salute di Lanzo, Brandizzo, Settimo Torinese, Leinì, Caluso, Castellamonte e Rivarolo.

Nel 2017 sono state avviate n. 5 Case della Salute e, precisamente:

- Castellamonte (già sede di CAP, quindi potenziamento)
- Brandizzo (già sede di GCP)
- Settimo Torinese
- Caluso
- Rivarolo

Le restanti due (Lanzo e Leinì) saranno attivate nel 2018.

Pertanto, risulta raggiunta la percentuale del 67% delle Case della Salute attivate entro il 31/12/2017, previsto dall'obiettivo.

Si allega la seguente documentazione:

- Allegato 1 - delibera del Direttore Generale n. 1322 del 21/12/2017, ad oggetto “Attivazione delle Case della Salute di Brandizzo, Caluso, Castellamonte, Rivarolo e Settimo Torinese”. Tale

deliberazione contiene la documentazione già trasmessa in Regione in data 22/11/2017 (progetto, regolamento di funzionamento, protocolli operativi).

> **Indicatore 2**

La relazione sarà predisposta ed inviata alla scadenza prevista dalla DGR (31 marzo 2018)

> **Indicatore 3**

Interventi di informazione rivolti ai Cittadini e alle Comunità locali.

In ciascuna delle 5 Case della Salute attivate nel 2017, è stato organizzato, nella giornata di sabato 16 dicembre 2017, un Open Day in cui le Strutture sono state aperte al pubblico.

Sono stati invitati Istituzioni, Associazioni di volontariato, Sindacati, Associazioni di tutela dei malati e dei cittadini.

I cinque eventi sono stati pubblicizzati attraverso i media locali e, durante gli eventi, è stato distribuito materiale informativo. Degli Operatori sono stati presenti ai suddetti eventi, al fine di dare informazioni sulle funzioni e sull'attività delle Case della Salute.

Interventi di formazione rivolti agli Operatori.

Sono stati organizzati due eventi formativi:

- il 18 dicembre 2017 a Ivrea per gli operatori dei Distretti e degli Ospedali di Ivrea e Cuornè
- il 20 dicembre 2017 a Settimo Torinese per gli operatori dei Distretti e degli Ospedali di Ciriè, Chivasso e Settimo.

Nel corso degli eventi sono stati presentati i progetti aziendali per le attività afferenti alle Case della Salute, evidenziando il valore dell'approccio proattivo alla cronicità, della continuità dell'assistenza, della integrazione delle figure professionali.

Si allega la seguente documentazione:

- Allegato 2 - Comunicato stampa
- Allegato 3 - Brochure di presentazione dell'Open Day delle Case della Salute
- Allegato 4 - Locandina eventi formativi
- Allegato 5 - Elenco dei partecipanti agli eventi formativi
- 

=====  
====

**- Obiettivo 3 "Accessibilità"**

**- Sub-obiettivo 3.1 Miglioramento dei tempi di attesa nell'ambito dei ricoveri**

**Indicatori obiettivo:**

**1. Per tipologia di intervento con codice di priorità A:**

N° interventi effettuati entro 30 gg / N° totale interventi effettuati nel 2017

**2. Per tipologia di intervento con codice di priorità B:**

N° interventi effettuati entro 60 gg / N° totale interventi effettuati nel 2017

Si evidenzia che tra gli interventi oggetto di monitoraggio non sono da ricomprendere l'endoarteriectomia carotidea e gli interventi chirurgici al polmone, in quanto non effettuati dall'ASL TO4.

Interventi oggetto di monitoraggio	Codici ICD9CM	Codice Priorità	Numero interventi effettuati nei 30/60 giorni	Totale interventi effettuati nel 2017	ASL TO4 % raggiunta
ANGIOPLASTICA	Codice 0066	A	30	32	94
		B	130	138	94
TUMORE COLON RETTO	Codici 457+458+486	A	93	103	90
		B	0	0	100
TUMORE MAMMELLA	Codice 85	A	80	308	26
		B	13	36	36
TUMORE PROSTATA	Codice diagn. 185 +	A	21	49	43

		B	4	9	44
TUMORE UTERO	Codice diagn. 182 + codici interv. 6849 + 6561	A	12	22	55
		B	2	2	100
PROTESI DELL'ANCA	Codici 8151+8152+8153	A	27	43	63
		B	36	64	48

Si precisa quanto segue:

nel corso dell'anno 2017, al fine di consentire la riduzione dei tempi d'attesa in particolare per gli interventi di chirurgia oncologica, è stato attivato un programma sperimentale nei mesi di novembre e dicembre, prevedendo la programmazione di sedute operatorie aggiuntive utilizzando il 5% legge Balduzzi.

Tale programma ha consentito di migliorare il dato relativo al numero di interventi effettuati entro i termini indicati per priorità clinica, in modo particolare per la priorità A.

### **Tumore all'utero**

Dalla relazione prodotta dal Direttore della Struttura Complessa Ostetricia e Ginecologia di Ciriè, si evidenzia che, prima di inserire una donna con diagnosi di tumore all'utero nella classe A, si segue il percorso interaziendale CAS-GIC. Bisogna inoltre tener conto che, in ripetuti casi, le comorbilità, per età avanzata, obesità ed altro, sono presenti in tali donne e che comportano l'esigenza di ulteriori indagini diagnostiche per una attenta valutazione anestesiológica preoperatoria, tale da far superare il tetto dei 30 giorni

I dati riguardanti la classe B (89%) sono spesso dati con "diagnosi a posteriori" in quanto situazioni di "iperplasia endometriale atipica" possono nascondere focolai di tumore dell'utero in fase iniziale (T1a) solo evidenziabili dopo l'esame istologico definitivo che richiede un tempo prolungato.

### **Tumore prostata**

#### **Priorità A**

Dalla relazione prodotta dal Direttore della Struttura Complessa Urologia si evidenzia che, molti tumori maligni prostatici sono "indolenti", cioè a lenta o lentissima evoluzione o addirittura talora non evolutivi, al punto che quando sono concordemente presenti talune condizioni (cellule con basso grado di anaplasia, piccolo volume tumorale alla biopsia, non più di 2 focolai e PSA < 10) viene proposta la cosiddetta sorveglianza attiva, cioè soprassedere all'intervento o alla radioterapia e mettere in atto un protocollo basato su periodici controlli del PSA e re-biopsia a 1 e a 4 anni. Si passa ad un trattamento attivo chirurgico o radioterapico solo in caso di incremento del PSA o peggioramento istologico alle re-biopsie. Molti di questi pazienti evitano il trattamento per 5-10 anni o addirittura "per sempre", risparmiando il rischio di possibili effetti avversi del trattamento, quali impotenza o incontinenza urinaria che, se risultano accettabili a fronte di un tumore a rischio intermedio o alto, lo sono molto meno in presenza di un tumore a basso o bassissimo rischio.

La biopsia prostatica comporta pur sempre un traumatismo e un rischio di infezione della prostata e dei tessuti circostanti attraversati dall'ago, per cui un breve periodo di decantazione potrebbe anche essere utile.

Anche se per tutti gli interventi oncologici è previsto il codice A, il rispetto del mese è assai pregnante per il rene (per il testicolo possibilmente anche molto prima), per la prostata, almeno in termini scientifici, è molto meno rilevante, così come in discussione nell'ambito degli Urologi operanti nella Rete Oncologica Regionale.

#### **Priorità B**

Per quanto riguarda i tumori di classe B, si tratta generalmente di pazienti inseriti in lista d'attesa per un intervento disostruttivo con una diagnosi pre-operatoria di patologia prostatica benigna, in cui poi l'esame istologico rivela la presenza di focolai di tumore, diagnosi che per correttezza viene riportata nella SDO, ma è chiaramente una diagnosi a posteriori.

Infatti se fosse già nota pre-operatoriamente la diagnosi di neoplasia prostatica, questi pazienti verrebbero messi in lista d'attesa in categoria A.

=====  
===

- **Sub-obiettivo 3.2 Tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali**

**Indicatori obiettivo:**

- N° di agende di prenotazione (pubbliche) caricate su CUP aziendale
1. ----- x 100  
N° di agende di prenotazione presenti in Azienda
- (data prenotazione – data erogazione)
2.  $\sum$  -----  
N° prestazioni
- (data prenotazione – data erogazione)
3.  $\sum$  -----  
N° prestazioni

**L'obiettivo si compone di 3 sub-obiettivi:**

1. Caricamento sul CUP Aziendale di tutte le agende di prenotazione.
2. Adeguamento al tempo medio di attesa (indice di performance) allo standard regionale, come indicato nella DGR n. 101- 5530 del 03/08/2017.
3. Azioni di piani di area, a seguito dall'approvazione dei programmi di area da parte della Regione.

**Sub-obiettivo 1**

Il lavoro interno di riorganizzazione delle Agende di Prenotazione per classi di Priorità e di caricamento sul CUP aziendale di tutte le agende di prenotazione (pubblico/privato convenzionato) ha portato alla presenza di 1482 agende di prenotazione presenti in Azienda con un totale di agende presenti a CUP di 1173.

Il numero totale è di 1484, dalle quali devono essere sottratte n. 311 agende autogestite riferite a percorsi di presa in carico quali:

- Controlli
- Approfondimenti diagnostici
- Percorsi diagnostico-terapeutici
- Pre-Ricoveri
- Percorsi di Medicina d'Iniziativa

La percentuale di agende "pubbliche a CUP" rispecchia il valore del 100% di agende presenti in Azienda.

**n. agende di prenotazione a CUP aziendale 1173**

----- =

**1173**

**n. di agende di prenotazione presenti in azienda 1484 -311 ( agende Autogestite ed interne)**

**Risultato = 100%**

**Sub-obiettivo 2**

Sono prese in considerazione per l'anno 2017, come da indicazione della DGR n. 101- 5530 del 03/08/2017 le prestazioni previste dal PNLGA (visite specialistiche e diagnostica strumentale) indicate nella tabella che segue.

La valutazione positiva presuppone, per ogni singola prestazione in oggetto, che l'indice di performance rispetti lo standard regionale o, in caso contrario, il sub-obiettivo è ritenuto positivo se vi è un aumento del 30% dei volumi delle prestazioni consumate dai residenti dell'ASL TO 4 rispetto al 2015.

**Dato fornito dal Controllo di Gestione**

La tabella seguente riporta l'indice di performance dell'ASL TO4 delle prestazioni monitorate: **in “chiaro” le prestazioni con indice di performance che rispetta lo standard regionale, in rosso quelle che non sono in linea con lo standard**

**Il dato si riferisce alla prestazioni “consumate” dai residenti ASL TO 4 indipendentemente dalla sede di erogazione**

Nella tabella sottostante risultano essere fuori standard 22 delle 42 indicate nella DGR 101\_5530 del 03.08.2017

DESCRIZIONE_PRESTAZIONE_TA	nr_prestazioni	Performance	St_REG	
Audiometria	5.936	47	30	
Colonscopia	7.050	44	30	
Ecocolordoppler cardiaca	22.412	47	40	
Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	17.148	47	40	
Ecocolordoppler dei vasi periferici	13.485	27	30	
Ecografia Addome	29.883	39	30	
Ecografia Capo e collo	10.653	51	40	
Ecografia Mammella	7.768	27	30	
Ecografia Ostetrica-Ginecologica	5.545	7	11	
Elettrocardiogramma	44.727	28	30	
Elettrocardiogramma da sforzo	4.001	53	40	
Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	6.052	37	30	
Elettromiografia	26.501	25	30	
Esofagogastroduodenoscopia	6.994	39	30	
Fondo oculare	6.663	155	60	
Mammografia	6.238	99	40	
RMN Cervello e tronco encefalico	7.146	12	30	
RMN Colonna vertebrale	12.636	8	30	
RMN Muscoloscheletrica	9.385	8	30	
RMN Pelvi, Prostata e Vescica	1.039	18	30	
Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	291	17	30	
Spirometria	6.314	43	40	
TC senza e con contrasto Addome	9.030	27	30	
TC senza e con contrasto Bacino	565	8	30	
TC senza e con contrasto Capo	4.414	17	30	
TC senza e con contrasto Rachide e speco verbale	1.905	11	30	
TC senza e con contrasto Torace	9.504	28	30	
Visita cardiologica	16.226	44	30	
Visita chirurgia vascolare	1.523	25	30	
Visita dermatologica	14.717	63	30	
Visita endocrinologica	5.244	49	30	
Visita fisiatrica	25.177	35	30	
Visita gastroenterologica	4.002	44	30	
Visita ginecologica	13.746	20	30	
Visita neurologica	9.304	32	30	
Visita oculistica	23.061	111	30	
Visita ortopedica	16.085	32	30	
Visita otorinolaringoiatrica	18.961	22	30	
Visita pneumologica	4.824	51	30	
Visita urologia	8.175	32	30	

**Per le prestazioni fuori standard regionale viene riportato il confronto con i volumi delle singoli prestazioni riferiti all'anno 2015 e lo scostamento rispetto ai volumi dell'anno 2017:**

Anche valutando lo scostamento 2017-2015 per singola prestazione fuori standard regionale, non si raggiunge un incremento del 30% rispetto all'anno 2015.

### **Sub-obiettivo 3**

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

Si attendono ancora le disposizioni della Direzione Sanità, così come esplicitato nella spiegazione dell'obiettivo nella DGR n. 101- 5530 del 03/08/2017

Comunque, nell'anno 2017 i componenti dell'area omogenea 1, cui afferisce l'ASL TO4, hanno dedicato l'attenzione ed hanno lavorato allo studio dell'appropriatezza prescrittiva ed alla individuazione dei criteri di accesso per classi di priorità.

Il lavoro ha portato alla produzione per quanto riguarda le prestazioni di **visita endocrinologia, visita gastroenterologica, visita oculistica, esame del fundus oculi, visita pneumologica, spirometria semplice e globale ecografia dell'addome completo, ecografia dell'addome superiore, ecografia dell'addome inferiore, esofagogastroduodenoscopia**, di una serie di indicazioni cliniche che regolano l'accesso dei pazienti alle classi di priorità con il risultato della redazione di RAO (raggruppamenti di attesa omogenei) di area.

Il lavoro, eseguito dai vari tavoli costituiti per specifica branca specialistica, ha prodotto raccomandazioni prescrittive per classi di priorità ed è stato portato il giorno 17 gennaio corrente anno al vaglio della Direzione Sanità della regione Piemonte, che si esprimerà in merito soprattutto in relazione alla concordanza tra le indicazioni del PNLGA e quelle prodotte dai "tavoli" di area rispetto alle prestazioni suddette.

Per quanto riguarda la "fase prescrittiva", in accordo con le indicazioni condivise al tavolo dell'area omogenea, **ASL TO 4, con nota protocollo n.009471 del 17/10/2017 indirizzata ai Direttori di Distretti, ai Direttori Direzioni Mediche Ospedaliere al Direttore CNU, ai referenti CUP, alle strutture private accreditate** che erogano prestazioni ambulatoriali, invita i medici prescrittori a rispettare rigorosamente le indicazioni della DGR 17-4817 del 27 marzo 2017 e successiva nota 7136/A1403A dell'Assessorato, che hanno inteso chiarire come il percorso assistenziale dei pazienti con patologia cronica preveda una Prima Visita (non esente dal "ticket") durante la quale viene accertata e certificata la malattia. Successivamente per tali pazienti possono essere indicate solo Visite di Controllo, opportunamente programmate in occasione della visita precedente e auspicabilmente sulla base di percorsi assistenziali prestabiliti.

Per effetto di entrambe le considerazioni/disposizioni, su un'impegnativa che riporta un codice di esenzione per patologia cronica non può essere indicata una Prima Visita, ma solo visite di controllo, **anche se il cittadino si rivolge a struttura o centro diverso da quello in cui sono state effettuate le visite precedenti.**

Lo scopo è quello di identificare con maggior precisione le **visite in primo accesso reale** all'inizio del percorso di cura e quindi permettere al sistema sanitario di valutare il fabbisogno reale di prime visite. Inoltre le strutture erogatrici sono state invitate a rispettare tali prescrizioni di visite di controllo e a **non invitare i cittadini a tornare dal proprio medico curante per modificare l'impegnativa.**

Inoltre il gruppo tecnico informatico dell'area omogenea ha redatto la procedura "**Prescrizione e Prenotazione delle Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali, Gestione delle Agende, Monitoraggio dei Tempi Di Attesa**".

**Tale procedura sarà presentata dal manager dei tempi di attesa lunedì 12 febbraio ai direttori di distretto, ai direttori di Presidio Ospedaliero ed ai referenti CUP dell'ASL TO4 e quindi deliberata dall'Azienda, come da indicazioni del dott. Veglio, direttore sanitario ASL Città di Torino e coordinatore dell'area omogenea.**

Lo scopo della procedura è di descrivere e rendere uniformi nelle ASR dell'area omogenea:

- le modalità di prescrizione delle prestazioni a carico del SSR
- le modalità di prenotazione
- le modalità di gestione delle agende di prenotazione in ordine alla loro strutturazione e regolamentazione per quanto concerne le chiusure e le sospensioni di attività
- le modalità di monitoraggio dei tempi di attesa

Inoltre l'ASL TO4 ha messo in atto azioni di potenziamento/rimodulazione dell'offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali finalizzate all'abbattimento delle liste di attesa.

**A questo proposito è stato avviato un programma sperimentale di riduzione dei tempi di attesa attraverso l'utilizzo del 5% legge Balduzzi.**

La legge n. 189/2012 di conversione del decreto Legge n. 158/2012 (Balduzzi) prevede che una quota del 5% del tariffario sia destinata al fondo liste di attesa ed il regolamento aziendale sulla libera professione dell'ASL TO4 prevede che la Direzione Aziendale definisca ogni anno gli interventi da finanziare per favorire la riduzione delle liste di attesa.

Di conseguenza la Direzione Aziendale ha avviato una sperimentazione per i mesi di novembre-dicembre 2017 per abbattere le liste di attesa di alcune prestazioni che risultano non in linea con lo standard previsto dalla normativa regionale o per le quali risulta fondamentale porre in atto interventi di tutela.

Tale programma è stato indirizzato, oltre agli interventi chirurgici di cui all'obiettivo 3.1, a prestazioni ambulatoriali di I visite nelle discipline di gastroenterologia, pneumologia, cardiologia, dermatologia e oculistica, con le seguenti sedute aggiuntive:

Visite	Effettuato	
	N. sedute	Totale ore
Dermatologica	16	23
Cardiologica	4	16
Pneumologica	6	24
Oculistica	7	20
Endocrinologia	3	7
Gastroenterologica	6	24
<b>Totale</b>	<b>42</b>	<b>114</b>

=====  
===

**- Sub-obiettivo 3.3 Riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in PS**

**Indicatori obiettivo:** Tempo medio di permanenza in PS

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

-----  
N° di accessi in PS

La rendicontazione dell'obiettivo verrà trasmessa a breve termine, essendo in corso una verifica su alcune anomalie riscontrate sulla chiusura delle dimissioni

=====  
===

**Obiettivo 4 “Gestione Spesa Beni”**

**- Sub-obiettivo 4.1 Assistenza farmaceutica Territoriale ed Ospedaliera: appropriatezza prescrittiva e riduzione della variabilità**

**Indicatore obiettivo:**

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

### **Ambito farmaceutico territoriale:**

- ATC = A02BC (Inibitori di pompa acida);
- ATC = J01 (Antibatterici per uso sistemico in ambito territoriale);
- ATC = C07, C08, C09 (Betabloccanti, Calcio antagonisti, Sostanze ad azione sul sistema renina angiotensina);
- ATC = N06A (Antidepressivi);
- ATC = R03 (Farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie)

### **Azioni intraprese:**

E' stata eseguita un'analisi per ciascuna classe di farmaci oggetto di obiettivo al fine di valutare lo stato dell'arte dell'ASL TO4 rispetto quanto stabilito dalla DGR 101-5530 del 03/08/2017. Contemporaneamente è stata eseguita un'analisi della spesa pro-capite pesata sui dati disponibili del 1° semestre 2017 ed è stata fatta la proiezione annuale per ciascun distretto e per ciascuna classe di farmaci oggetto di obiettivo. Tale analisi è stata quindi estesa a livello di Equipe e Medico di medicina generale, al fine di evidenziare le maggiori variabilità e individuare i punti di maggiore criticità. Queste analisi sono state inviate ai Direttori di Distretto in data 11/09/2017 e discussi con gli stessi, al fine di programmare azioni specifiche, mirate per la riduzione della spesa e della variabilità.

Tali dati sono inoltre stati presentati nelle riunioni di UCAD e, in particolare:

- o Distretto Ciriè, in data 22/09/2017
- o Distretto di Chivasso - San Mauro, in data 28/09/2017
- o Distretto di Settimo, in data 13/09/2017
- o Distretto di Ivrea, in data 19/09/2017
- o Distretto di Cuornè, in data 11/10/2017

E' stata quindi predisposta una reportistica trimestrale per il 2017, per ciascun medico, con gli indicatori individuati dall'obiettivo 4.1.

Sono state inoltre messe in atto alcune azioni di sensibilizzazione sull'appropriatezza prescrittiva e sui costi delle classi di farmaci oggetto di obiettivo e, in particolare:

- Inibitori di pompa protonica: invio lettera prot. n. 93208 del 24/10/2017 relativa ad un confronto sui costi dei diversi confezionamenti di IPP; monitoraggio e invio alle apposite commissioni distrettuali per l'appropriatezza prescrittiva dei casi di iperprescrizione di IPP.
- Antibatterici per uso sistemico: incontro nelle UCAD con il Medico specialista infettivologo aziendale per analizzare i comportamenti prescrittivi di antibiotici, focalizzando l'attenzione alla prevenzione delle resistenze batteriche.
- Farmaci per i disturbi ostruttivi delle vie respiratorie: pubblicazione sul portale dei Medici di medicina generale e diffusione/discussione nelle UCAD distrettuali delle Linee Guida Aziendali "Documento di raccomandazioni per la gestione delle patologie cronico ostruttive dell'apparato respiratorie (BPCO e Asma)" - delibera aziendale n. 571 del 01/06/2016); monitoraggio e invio alle apposite commissioni distrettuali per l'appropriatezza prescrittiva dei casi di iperprescrizione di farmaci con ATC = R03.
- Attribuzione di specifici obiettivi ai Medici di medicina generale per l'anno 2017 riferiti alle classi di farmaci in oggetto.

### **Risultati e monitoraggio dati:**

La DGR 101-5530 dello 03/08/2017 prevede, per l'obiettivo 4.1 (pag 22) come valore di riferimento, la spesa pro-capite pesata registrata dall'ASL best performer nell'anno 2016 per ogni singola molecola, e come obiettivo per ciascuna ASL, la riduzione di almeno il 50% dello scostamento tra la propria spesa 2016 e quella di riferimento.

La riduzione di spesa prevista secondo la DGR doveva produrre un risparmio in valore assoluto totale pari a euro 3.360.324.

Si nota una diminuzione di tutti i valori rispetto ai dati del 2016.

Nella tabella seguente, il dettaglio per ciascuna classe e il valore raggiunto come proiezione 2017 (calcolato sui dati di novembre).

	<b>IPP A02BC</b>	<b>ANTIPERTENSIVI C07 - C08 - C09</b>	<b>ANTIBIOTICI J01</b>	<b>ANTIDEPRESSIVI N06A</b>	<b>RESPIRATORI R03</b>	<b>TOTALE</b>
Spesa totale 2016	6.597.325,87	16.097.360,73	4.607.091,79	3.269.227,86	7.779.746,31	38.350.752,56
Spesa gen-nov 2017	5.900.095,65	13.731.865,40	4.029.929,88	3.036.342,32	6.830.076,32	33.528.309,58
Proiezione anno 2017	6.436.467,98	14.980.216,80	4.396.287,15	3.312.373,44	7.450.992,35	36.576.337,72
Valore obiettivo raggiunto (diff. 2017 vs 2016)	-160.857,89	-1.117.143,93	-210.804,64	43.145,58	-328.753,95	-1.774.414,84
Valore previsto da obiettivo DGR 101-5530 del 2017	-1.148.741,00	-1.102.471,00	-576.957,00	-38.007,00	-494.148,00	-3.360.324,00
<b>Percentuale raggiunta</b>	<b>14,00%</b>	<b>101,33%</b>	<b>36,54%</b>	<b>-113,52%</b>	<b>66,53%</b>	<b>52,80%</b>

La percentuale raggiunta è rappresentata dal risparmio ottenuto per ogni molecola rispetto al valore fissato dalla DGR (tabella Valori obiettivo pag 23). Esempio: per i farmaci IPP valore di risparmio indicato nella DGR 1.18.741, valore di risparmio raggiunto 160.857, pari a una percentuale del 14% rispetto al valore fissato.

=====

===

**- Sub-obiettivo 4.2 Miglioramento della qualità del flusso informativo dei dispositivi medici**

**Indicatore obiettivo:** Rapporto tra i dati di consumo aziendale dei dispositivi medici ed i costi rilevati dal modello di conto economico

Flusso Consumi DMRP 2017  
(esclusa la CND W – Dispositivi medico- diagnostici in vitro)

-----  
CE 2016 (Voci B.1.A.3.1 + B.1.A.3.2)

Si riporta il raffronto tra i dati di consumo aziendale dei dispositivi medici ed i costi rilevati dal modello di conto economico:

Flusso Consumi DMRP 2017	21.226.869	
-----	-----	= <b>96,5%</b>
Ce 2017 (voci B.1.A.3.1 + B.1.A.3.2)	22.000.000	

=====

===

**- Sub-obiettivo 4.3 Contenimento della spesa aziendale per l'acquisto di Dispositivi Medici**

**Indicatore obiettivo:**

1. Spesa per Dispositivi Medici (voce di CE considerata: BA0220 e BA0230): mantenimento della spesa 2016
2. Presidi per l'autocontrollo della glicemia e servizi connessi per le aziende del SSR: media percentuale del primo quarto della popolazione pesata.

**Sub.1**

Voci CE considerate: BA0220 e BA0230  
(3100164+ 3100158)

CE 2016 = 22.253.396

CE 2017 = 22.000.000           **-1.14%**

**Sub.2**

**Azioni intraprese dalla S.C. Farmacia Territoriale:** è stato effettuato un monitoraggio dell'erogazione di tali presidi, eseguito mensilmente dal programma applicativo Gopencare°.

Nella tabella seguente, si riportano i dati congiunti dell'andamento mensile delle strisce per glicemia e il numero di glucometri consegnati dall'ASL AT:

Mese	STRISCE in pezzi			Glucometri DPC consegnati alle diabetologie (tramite FO) in unità
	DPC	Convenzionata	Incidenza % Strisce Convenzionata su Totale	
Gennaio 2017	285.450	205.088	41,81	102
Febbraio 2017	265.625	194.982	42,33	90
Marzo 2017	305.200	231.673	43,15	152
Aprile 2017	269.000	207.316	43,52	82
Maggio 2017	295.100	236.896	44,53	36
Giugno 2017	300.450	246.029	45,02	0
Luglio 2017	306.825	256.541	45,54	0
Agosto 2017	229.450	187.079	44,91	84
Settembre 2017	281.225	227.431	44,71	462
Ottobre 2017	292.050	222.252	43,21	210
Novembre 2017	288.250	198.413	40,77	250
Dicembre 2017	287.100	192.559	40,14	553
<b>Progressivo/totale</b>	<b>3.405.725</b>	<b>2.606.259</b>	<b>43,35</b>	<b>2.021</b>
	<b>Obiettivo Regionale - DGR 101-5530</b>			<b>22,41</b>

Si segnala che tale obiettivo è strettamente collegato alla disponibilità e alla distribuzione dei riflettometri vincitori della gara, vi è stato per molto tempo una mancata consegna da parte dell'ASL AT di tali presidi, pertanto, non era possibile per i medici diabetologi effettuare lo switch necessario per l'utilizzo delle strisce per la glicemia della gara DPC.

Andamento consegne Glucometri (a cura della S.C. Farmacia Ospedaliera)

Nell'anno 2016, da febbraio a dicembre, la S.C. Farmacia Ospedaliera ha consegnato agli specialisti n. 5.930 Kit ricevuti in base a consegne programmate, stabilite dall'ASL AT; in data 12/09/2016, ha trasferito n. 408 Kit all'Ospedale di Alessandria, secondo disposizioni giunte con specifica comunicazione dal Settore Sanità della Regione Piemonte.

Verso fine febbraio 2017, il dott. Giorni ha comunicato che, essendo esaurite le scorte dei glucometri della gara Consip per la DPC, aveva dato mandato ad SCR di avviare una gara regionale che si sarebbe dovuta concludere ad inizio marzo e che si è invece conclusa il 17/05.

Dal punto di vista delle scorte, il 02/03/2017 abbiamo ricevuto una consegna integrativa chiesta dopo l'ultima programmata da Asti e ad inizio maggio le Farmacie Ospedaliere hanno effettuato le ultime consegne agli ambulatori di Diabetologia; approssimativamente intorno a metà maggio, le Diabetologie hanno esaurito le scorte presso gli ambulatori.

Sempre a metà maggio, la S.C. Farmacia Ospedaliera ha richiesto telefonicamente ad Asti la disponibilità ad una fornitura integrativa. Asti ha risposto di non poter evadere la richiesta in quanto non avrebbero avuto glucometri da mettere in consegna fino alla disponibilità di quelli della nuova gara.

Ad inizio agosto abbiamo nuovamente contattato Asti per avere informazioni più aggiornate in merito alle consegne dei glucometri della nuova gara che, ci hanno risposto, sarebbero stati disponibili probabilmente verso metà-fine settembre. Contestualmente, ci hanno proposto una piccola fornitura di glucometri della vecchia gara che erano riusciti a recuperare, pari a 144 pezzi.

Il 15 settembre la Regione ha comunicato che, in seguito all'aggiudicazione della gara SCR alla ditta Biochemical Systems International s.r.l., l'ASL AT aveva previsto la consegna dei nuovi glucometri: la prima fornitura è arrivata il 22/09 e da allora le consegne sono state regolari ed aderenti a quelle previste dalla Regione. In totale, nell'anno 2017 l'ASL TO4 ha ricevuto n. 2246 glucometri.

Nella seguente tabella, si riassume la situazione delle forniture dei glucometri dal 2016 – inizio 2018:

<b>Movimentazione Glucometri Presso Farmacie Ospedaliere</b>	<b>Consegnati da Regione</b>	<b>Inviati a Diabetologie</b>
2016	6.410	5.930
Ospedale Alessandria		408
2017	2.246	2.021
2018	0	297
	8.656	8.656

=====

===

#### **Obiettivo 5 “Nuovi LEA”**

- **Sub-obiettivo 5.2 Attuazione DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1 – comma 7 – del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 – PNPV 2017 - 2019**

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

In ottemperanza alla nota regionale n. 15657/A1400 del 18/07/2017, sono stati spediti, tramite Postel n. 7.672 inviti alla vaccinazione, relativi a tutti i soggetti non in regola con gli obblighi vaccinali.

Si tratta dei nati dal 2001 al 2017 (16 coorti) di nascita.

In tale numero sono stati ricompresi anche:

- cicli vaccinali in corso, da concludere;
- soggetti stranieri da regolarizzare rispetto al calendario vaccinale italiano;
- soggetti temporaneamente esonerati dall'effettuazione della vaccinazione;
- soggetti provenienti da altre Aziende Sanitarie Locali, già presenti nell'Anagrafe aziendale, i cui vaccini, eseguiti altrove, però non erano stati ancora registrati nella nostra Anagrafe vaccinale alle date del 31/07/2017 e 31/08/2017 (scadenze previste dalla nota regionale rispettivamente per nidi e materne e scuola dell'obbligo)

I soggetti in età 6-10 anni sono quindi stati invitati tutti ad effettuare la vaccinazione entro il 31/12/2017, secondo la pianificazione aziendale.

Relativamente ai bambini convocati dopo il 31/12/2017, si tratta di rinvii oppure della progressione del ciclo vaccinale in corso, iniziato in precedenza.

=====

=====

#### **Obiettivo 6 “Qualità dell'assistenza”**

- **Sub-obiettivo 6.1 Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti >65**

**Indicatore obiettivo:**

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

-----  
 Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore

**Tasso aggiustato >70%**

Sede	Numeratore	Denominatore	Percentuale
Chivasso	199	257	77
Ciriè	159	221	72
Ivrea	210	272	77
<b>Totale ASL TO4</b>	<b>568</b>	<b>750</b>	<b>76</b>

(fonte dati SDO)

- **Sub-obiettivo 6.2 Tempestività nell'effettuazione di ptca nei casi di ima stemi**

**Indicatore obiettivo:**

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

-----  
 Numero di episodi di STEMI

**Tasso grezzo ≥ 85%**

Con riferimento all'obiettivo, sono state analizzate le SDO dei ricoveri del 2017 dei Presidi di Ciriè e Ivrea, incrociando la diagnosi di IMA STEMI (cod. 410.xx tranne 41070, 41071, 41072 riferiti a IMA NSTEMI) e la procedura di PTCA (cod. 0066).

Sono stati ricoverati 206 pazienti IMA STEMI ma, per il conteggio dell'obiettivo, sono stati esclusi i pazienti che non hanno avuto necessità clinica di eseguire PTCA (35 pazienti) e, pertanto, è stato considerato come denominatore il numero 171 (pazienti con IMA STEMI trattati con PTCA).

Di questi pazienti, 162 hanno eseguito la PTCA entro 2 giorni.

Pertanto:  $\frac{162 \text{ (n° episodi di STEMI, con esecuzione di PTCA entro 2 giorni)}}{171 \text{ (numero di episodi di STEMI)}} = 0,947$   
 (94,7%)

-----  
 171 (numero di episodi di STEMI)

=====  
 - **Sub-obiettivo 6.3 Appropriatelyzza nell'assistenza al parto dei Punti Nascita**

**Indicatore obiettivo:**

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

**Tasso aggiustato ≤ 20%**

Sede	Numeratore	Denominatore	Percentuale
IVREA	76	560	13,6
CHIVASSO	145	720	20,1
CIRIE'	131	898	14,6

(fonte dati CEDAP)

=====  
 - **Sub-obiettivo 6.4 Screening oncologici**

**Indicatore obiettivo:**

1. COPERTURE INVITI: N° persone invitate + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale

## 2. COPERTURA ESAMI: N° persone sottoposte al test di screening, incluse le adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale

La copertura del Programma è un indicatore di efficacia delle azioni di reclutamento dei programmi di screening. Per copertura da inviti si intende la capacità di invitare tutte le persone facenti parte della popolazione target con la cadenza stabilita. La copertura da esami si riferisce alla percentuale di persone appartenenti alla popolazione eleggibile allo screening che ha effettuato un esame di primo livello, sia come adesione all'invito sia come adesione spontanea.

### **PROGRAMMA DI SCREENING MAMMOGRAFICO**

Popolazione bersaglio: donne assistite del SSR di età compresa tra 45 e 74 anni.

Il protocollo prevede l'invito attivo biennale tra 50 e 69 anni e l'invito attivo annuale tra 45 e 49 dopo la prima adesione. Le donne nelle fasce di età 45-49 e 70-74 possono aderire spontaneamente.

#### **COPERTURA DA INVITI (ETA' 50-69)**

VALORE ATTESO 100%

VALORE MINIMO 97%

N° donne invitate ad effettuare la mammografia + adesioni spontanee  
popolazione bersaglio annuale

- Dato popolazione obiettivo 50-69 anni: 37.431

- Dato inviti: 24.725

- Dato adesioni spontanee: 416

VALORE INDICATORE: **67,2%**

#### **COPERTURA DA ESAMI (ETA' 50-69)**

VALORE ATTESO 51%

VALORE MINIMO 45,9%

N° donne sottoposte alla mammografia + adesioni spontanee  
popolazione bersaglio annuale

- Dato popolazione obiettivo 50-69 anni: 37.431

- Dato adesioni spontanee: 416

- Dato esami I livello: 17.576

VALORE INDICATORE: **48%**

#### **OSSERVAZIONI:**

I Piani di Attività del Programma Locale di Screening hanno evidenziato come prioritaria la necessità di recuperare il ritardo di copertura accumulato nel corso degli anni. Per risanare l'arretrato, l'attività del programma è stata pianificata in modo da garantire la copertura della popolazione annuale ed il recupero su un intervallo di tempo corrispondente all'intervallo di invito. La ridefinizione delle popolazioni bersaglio annuali nelle programmazioni aziendali tiene conto pertanto del volume di inviti effettivamente necessario per rispettare il Piano di Attività.

A fronte di una capacità produttiva aziendale massima di 25.000 esami mammografici di I livello registrata nel 2016, con Deliberazione N. 848 del 10 Agosto 2017 si integra l'offerta di screening alla popolazione con l'esternalizzazione di 10.000 esami aggiuntivi.

L'incremento di attività è iniziato nella seconda metà del mese di ottobre 2017 su una sede e a dicembre sulla seconda.

Si osserva che gli obiettivi di copertura assegnati per lo screening mammografico si riferiscono alla sola fascia d'età 50-69 anni. La popolazione bersaglio del Programma è costituita da tutte le donne assistite del SSR di età compresa tra 45 e 74 anni. Il Piano Regionale di Prevenzione prevede inoltre di aumentare l'estensione e la copertura da esami delle donne di età compresa tra 45 e 49 anni mediante l'invio di una lettera informativa che presenta l'offerta dello screening con mammografia in adesione spontanea.

Le risorse limitate hanno portato alla scelta aziendale di non inviare, per il 2017, la lettera, ritenendo non sostenibile per l'anno in corso tale azione. La piena implementazione del percorso con lettera

informativa per le donne di 45-49 anni (n. 21.586 donne) secondo le modalità previste dal protocollo regionale di screening mammografico (screening annuale per le donne che decidono di aderire), deve necessariamente essere coerente con l'attività per il reinvio a un anno delle donne già aderenti 45-49enni, con l'attività per il raggiungimento della piena copertura della popolazione obiettivo delle donne 50-69enni, e infine con l'attività per poter garantire il percorso fino ai 74 anni di età, oltre ovviamente a quella per il recupero dell'arretrato.

Si evidenzia che l'intera attività annuale, per fascia d'età, si è così strutturata:

(Fonte dati CSI Piemonte – elaborazione del 2.02.18 - aggiornamento al 15.01.18):

Inviti per fascia d'età

<b>Anno Invito 2017</b>	
<b>Fascia Età Invito</b>	<b>Numero Inviti</b>
<b>45-49</b>	6.214
<b>50-54</b>	8.149
<b>55-59</b>	6.172
<b>60-64</b>	5.983
<b>65-69</b>	6.014
<b>70-74</b>	1.476
<b>Somma:</b>	<b>34.013</b>

Esami I livello eseguiti per fascia di età

<b>Anno Esame 2017</b>	
<b>Fascia Età Esame</b>	<b>Numero Esami</b>
<b>45-49</b>	5.190
<b>50-54</b>	5.723
<b>55-59</b>	4.037
<b>60-64</b>	3.791
<b>65-69</b>	3.718
<b>70-74</b>	923
<b>Somma:</b>	<b>23.387</b>

Ipotizzando di aver finalizzato tutta la capacità di inviti e di esami alla sola fascia d'età obiettivo e rapportandola alla numerosità della popolazione obiettivo, si sarebbero raggiunti valori del 90% per la copertura da inviti e del 62% per quella da esami, ma tale scelta, con le risorse disponibili nel 2017, non sarebbe stata coerente con il rispetto del programma e del protocollo di screening, che si estende a tutte le donne 45-74enni.

Si sottolinea che, nel 2017, per la prima volta si attribuiscono obiettivi di copertura da invito del 100%. Nel 2016, per lo screening mammografico, lo Standard assegnato si attestava all'85%.

Rispetto al 2016, nonostante le note criticità verificatesi in particolar modo sullo screening mammografico direttamente legate al cambio dell'applicativo gestionale degli screening, gli inviti sono aumentati da n. 32.382 a 34.013. Sono incrementati anche gli inviti sulla fascia di età 45-49, pur non legata all'obiettivo. Ciò è stato motivato dalla necessità di garantire e, dove necessario, recuperare per le donne giovani già aderenti il periodismo di reinvio annuale.

#### **PROGRAMMA DI SCREENING CERVICO-VAGINALE**

Popolazione bersaglio: donne assistite del SSR di età compresa tra 25 e 64 anni.

Il protocollo prevede l'invito attivo triennale per il Pap-test per le donne nella fascia d'età 25-29 anni, l'invito attivo per il test Hpv ogni 5 anni o per il Pap-test ogni 3 per le donne nella fascia d'età 30-64 anni.

Essendo in corso il completamento dell'implementazione dello screening cervico-vaginale tramite test per l'Hpv, vengono inclusi tra gli inviti e gli esami sia i test Hpv che i Pap-test.

Popolazione target: donne di età 25-64 anni.

#### **COPERTURA DA INVITI**

VALORE ATTESO 100%

VALORE MINIMO 97%

N° donne invitate ad effettuare il Pap-test o il test Hpv + adesioni spontanee  
popolazione bersaglio annuale

- Dato popolazione obiettivo: 32.311

- Dato inviti: 48.379

VALORE INDICATORE: **149,7%**

#### **COPERTURA DA ESAMI**

VALORE ATTESO 47%

VALORE MINIMO 42,3%

N° donne sottoposte al Pap-test o al test Hpv + adesioni spontanee  
popolazione bersaglio annuale

- Dato popolazione obiettivo: 32.311

- Dato esami I livello: 24.232

VALORE INDICATORE: **75%**

#### **OSSERVAZIONI:**

L'attività del 2017 è stata pianificata per raggiungere la piena implementazione del programma attraverso l'incremento dell'estensione reale (copertura da invito). La programmazione ha previsto il recupero completo dell'arretrato in un anno.

Il raggiungimento dello standard previsto del 100% degli inviti ha richiesto un'attività straordinaria concentrata in particolar modo nell'ultimo quadrimestre del 2017, modulata sulla base delle esigenze territoriali.

Il progetto si è caratterizzato per i seguenti punti di forza:

- Pianificazione delle sedute di screening modulata sulla base del fabbisogno, dettagliato per unità territoriale e per mese
- Creazione di due nuove unità operative di I livello nelle aree a maggior arretrato
- Potenziamento degli strumenti gestionali idonei alla saturazione massima delle disponibilità
- Dinamicità delle zone statistiche
- Allocazione di una risorsa aggiuntiva esterna a tempo determinato sulle aree a maggiore criticità

Il risultato del 150% di copertura da inviti dimostra il pieno raggiungimento di quanto prefissato.

La copertura da esami del 75%, la più elevata in Piemonte tra tutti e 6 i Programmi, evidenzia un'adesione allo screening cervico-vaginale nell'Azienda ottimale, che ha superato l'atteso, dato l'importante lavoro di recupero dell'arretrato portato avanti anche su categorie di donne inevitabili con percentuali statistiche di adesione inferiori alla media aziendale. Certamente la creazione di unità operative nuove, specificamente dedicate al recupero, prossimali rispetto alle aree maggiormente critiche è stata strategica per l'incremento dell'adesione da parte della popolazione delle aventi diritto.

#### **PROGRAMMA DI SCREENING COLO-RETTALE**

Popolazione bersaglio: uomini e donne assistiti del SSR di età compresa tra 58 e 69 anni.

Il protocollo prevede l'invito attivo alla sigmoidoscopia per donne e uomini al compimento del 58° anno. Alle persone che non aderiscono è offerta la possibilità di optare per lo screening con il FIT (ricerca sangue occulto nelle feci). Il FIT viene offerto attivamente alle donne e agli uomini di età

compresa tra 59 e 69 anni non invitati nel programma di sigmoidoscopia fino ad esaurimento della coorte.

Popolazione target: uomini e donne di età 58-69 anni.

#### **COPERTURA DA INVITI (ETA' 58)**

VALORE ATTESO 100%

VALORE MINIMO 97%

N° persone invitate ad effettuare la sigmoidoscopia + adesioni spontanee

popolazione bersaglio annuale

- Dato popolazione obiettivo 58 anni: 7.888

- Dato inviti: 8.492

VALORE INDICATORE: **108%**

#### **COPERTURA DA ESAMI (ETA' 58-69)**

VALORE ATTESO 40%

VALORE MINIMO 36%

N° persone sottoposte a sigmoidoscopia o FIT + adesioni spontanee

popolazione bersaglio annuale

- Dato popolazione obiettivo 58-69 anni: 24.251

- Dato esami I livello: 12.457

VALORE INDICATORE: **51%**

#### **OSSERVAZIONI:**

Nonostante le criticità direttamente collegate al cambio dell'applicativo gestionale degli screening, sono stati completamente raggiunti gli obiettivi di copertura da inviti e da esami, conteggiati escludendo la quota di attività di recupero. L'arretrato sarà necessariamente da includere nella programmazione per il 2018.

Si sottolinea che nel corso dell'anno 2017 si è recuperato il ritardo temporale nel periodismo di sollecito, riportando nell'ultimo trimestre dell'anno tutti i solleciti, sia per il sangue occulto che per la flessosigmoidoscopia, a 45 giorni.

=====  
===

#### **- Sub-obiettivo 6.5 Donazioni d'organo**

##### **Indicatore obiettivo:**

1. n° morti encefaliche segnalate nei reparti di rianimazione / n° decessi di soggetti ricoverati nei reparti di rianimazione con una patologia compatibile con l'evoluzione verso la morte encefalica
2. n° donatori di cornea nel 2017 / totale decessi ospedalieri del 2016 fra i 5 e i 75 anni compresi

	Donatori di Cornee		Segnalazioni di soggetti in Morte Encefalica (BDI%)	
	Cornee donate	Atteso al 31/12/2017	BDI% raggiunto	Atteso al 31/12/2017
Ivrea	14	15	30%	20-40%
Ciriè	11	10	100%	20-40%
Chivasso	12	9	75%	20-40%

Per quanto attiene il Presidio di Ivrea, si allega Comunicazione pervenuta dal Coordinamento Regionale delle donazioni.

#### **- Sub-obiettivo 6.6 Umanizzazione nelle strutture di ricovero delle Aziende Sanitarie Regionali**

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

##### **Indicatore obiettivo:**

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

Le informazioni in merito alle azioni di miglioramento a "breve" e a "medio" termine individuate nel Piano di miglioramento aziendale sono riportate nell'Allegato “00\_Ob\_6.6.1 Relazione Piano Miglioramento”.

=====  
===

#### **6.6.2 Comunicazione fra medici curanti e familiari dei pazienti**

##### **Indicatore obiettivo:**

Per ogni unità operativa ospedaliera dell’Azienda:

N° giornate in cui viene garantito colloquio / 250 (gg lavorativi annuali)

Sono stati raccolti dalle Strutture operative i dati necessari per la stampa di un cartello predisposto con un format unico da affiggere all’ingresso di ciascuna Struttura operativa interessata.

I dati raccolti riguardano le seguenti variabili:

- medico responsabile della Struttura operativa;
- luogo per il colloquio clinico tra medici curanti e parenti dei ricoverati;
- orario del colloquio clinico (per ogni Struttura operativa è stata prevista almeno 1 ora per ogni giorno feriale, da lunedì a sabato; il sabato non è previsto soltanto per le Strutture operative chiuse in tale giornata).

Si allegano i prospetti con i dati raccolti e la foto di un esempio di cartello affisso.

=====  
===

#### **6.6.3 Commissioni miste conciliative**

##### **Indicatore obiettivo:**

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

La Commissione Mista Conciliativa è stata istituita con la deliberazione del Direttore Generale dell’ASL TO4 n. 1079 del 26/10/2017 e contestualmente ne è stato approvato il Regolamento per la disciplina delle modalità di funzionamento (si allega la deliberazione).

Non si è reso necessario attivare tentativi di conciliazione tra cittadini e operatori; in ogni caso, la Commissione Mista Conciliativa ha effettuato tre riunioni nel 2017 (si allegano i verbali):

- in data 24 novembre
- in data 15 dicembre
- in data 22 dicembre

=====  
===

#### **6.6.4 Progetti sostegno pazienti/famiglie**

##### **Indicatore obiettivo:**

Progetti attivati che prevedano specifici indicatori di valutazione

Sono stati attivati quattro progetti di sostegno pazienti/famiglie, uno per ogni Presidio Ospedaliero dell’ASL TO4 sottoposto a valutazione del grado di umanizzazione (Ospedali di: Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuorgnè):

- Presidio Ospedaliero di Chivasso: “Istituzione dell’ Ambulatorio Parkinson”;
- Presidio Ospedaliero di Ciriè-Lanzo: “Attivazione del progetto NOCC (Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure)”;
- Presidio Ospedaliero di Ivrea: “Attivazione del Progetto Protezione Famiglie Fragili (PPFF)”
- Presidio Ospedaliero di Cuorgnè: lo stesso progetto attivato per il Presidio Ospedaliero di Ivrea.

Si allega lettera delle Direzioni Mediche Ospedaliere (prot. ASL TO4 n. 114207 del 29 dicembre 2017) con allegati i progetti, per ciascuno dei quali sono stati previsti specifici indicatori di valutazione.

=====

Chivasso, 19 Febbraio 2018

**Il Direttore Generale dell’A.S.L. TO4**

(Dott. Lorenzo ARDISSONE)

(in originale firmato)

**Integrazione prot. n. 0021548 dello 07/03/2018**

**D.G.R. n. 101-5530 del 03/08/2017 avente ad oggetto: "Art. 3 bis, commi 5 ss. D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. Assegnazione obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai direttori generali/commissari delle aziende sanitarie per l'anno 2017"**

**- Sub-obiettivo 3.3 Riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in PS**

**Indicatore obiettivo:** Tempo medio di permanenza in PS

(data/ora di dimissione dal PS – data/ora di accesso al PS)  
N° di accessi in PS

Valore medio regionale DEA  $\leq 6$  ore; PS di Base  $\leq 4$  ore; PS di area disagiata  $\leq 5$  ore

Fonte dati: flusso regionale C2

**RISULTATI 2017**

I dati sono elaborati mediante il DWH aziendale in dotazione al Settore Controllo di Gestione (OSLO).

DEA/PS	anno 2016		anno 2017	
	N° Accessi	Permanenza in Ps (ore)	N° Accessi	Permanenza in Ps (ore)
<b>D.E.A.</b>				
CHIVASSO	53.623	5,45	52.566	6,31
CIRIE'	47.130	5,54	47.789	6,22
IVREA	41.991	5,57	40.236	6,14
<b>PS Area Disagiata</b>				
CUORGNE'	16.553	5,52	16.570	5,34
<b>P.P.I.</b>				
LANZO	6.734	2,11	7.201	2,29

La fonte dei dati è il flusso regionale C2.

Sono stati effettuati ulteriori controlli su quanto registrato su tale flusso, in quanto risulta che per alcuni accessi non è avvenuta la corretta chiusura.

I dati riportati sono relativi ad accessi con permanenza inferiore ai 3 giorni e comprensivi degli OBI.

**Integrazione prot. n. 0033110 dello 10/04/2018**

- **Sub-obiettivo 2.1 Attivazione delle Case della Salute programmate – indicatore 2**  
Presentazione relazione di attività e costi sostenuti per l'avvio e/o lo sviluppo delle CS nel 2017, entro il 31.3.2018, secondo lo schema-tipo regionale; primo monitoraggio degli indicatori di processo e di esito, come previsti dalla determinazione regionale di validazione dei progetti CS.

Ad integrazione delle informazioni riportate nel modello D (allegato alla DD 438 del 30-6-17 e alla presente relazione) si forniscono ulteriori indicazioni sull'attività delle Case della Salute avviate nel 2017 nella ASL TO4.

**Casa della Salute di Brandizzo (Distretto di Chivasso San Mauro)**

Avviata il 16 dicembre 2017.

Presenza di una medicina di gruppo (ex GCP) 8 MMG e 1 PLS

Percorso BPCO

Infermiere di comunità

Presenza di servizi ASL (CUP, consultorio) e sociali

**Casa della Salute di Castellamonte (Distretto di Cuornè)**

Potenziamento di organizzazione già esistente come CAP

Presenza di 11 MMG

Sede di continuità assistenziale

Percorsi: Diabete, BPCO, Ipertensione arteriosa, dolore cronico

Presenza di Infermiere di comunità

Progetti di rete territoriale collegati alla casa della salute:

- Infermieri di comunità nella Valli Orco e Soana
- Cure intermedie – Strutture residenziali di Locana e Pont Canavese
- Partecipazione al Progetto PITEM
- Telemedicina applicata alla vulnologia

**Casa della salute di Rivarolo (Distretto di Cuornè)**

Avviata il 16 dicembre 2017

Presenza di una medicina di Gruppo 3 MMG

Percorsi: diabete e BPCO

Infermiere di comunità

**Casa della salute Caluso (Distretto di Ivrea)**

Avviata il 16 dicembre 2017

Presenza di una medicina di gruppo 7 medici di famiglia

Sede di continuità assistenziale

Percorsi: diabete e BPCO

Infermiere di comunità (con ruolo di coordinamento della rete)

Presenza di ambulatori specialistici

Progetti di rete territoriale collegati alla casa della salute:

- Punto di ascolto disturbi cognitivi - Ivrea
- Ambulatorio infermieristico quartiere Bellavista - Ivrea
- Infermiere/Ostetrica/Assistente Sanitaria di comunità - Valchiusella
- Rete territoriale ambulatori per punti prelievo e utilizzo di coagulometri – Comuni vari

### **Casa della Salute di Settimo Torinese (Distretto di Settimo Torinese)**

Avviata il 16 dicembre 2017

Percorso BPCO condiviso con 15 MMG

Presenza della continuità assistenziale

Ambulatori specialistici: Oncologia, Cardiologia, ORL, Cure Palliative, Ortopedia, Neurologia, ambulatorio NPI per i disturbi dello spettro autistico, Psicologia della Salute, centro per il trattamento del tabagismo e Chirurgia con ambulatorio di vulnologia.

Area consultorio.

Progetti di rete territoriale collegati alla casa della salute:

Infermiere di comunità - Settimo Ex villaggio FIAT - C.so Agnelli

### **Indicatori di processo ed esito (allegato C DD 438 del 30-6-17)**

L'allegato C prevede un set di indicatori qualificanti per la valutazione dei processi:

#### **1)Integrazione delle attività**

Tutte le case della salute sono funzionalmente collegate al SUSS che è presente in tutti i distretti della ASL TO4. Esistono protocolli per la gestione coordinata delle attività afferenti all'area di integrazione comprese le Unità di Valutazione.

#### **2) Continuità assistenziale**

Nelle case della Salute di Castellamonte, Caluso, Settimo è presente la sede della Continuità assistenziale. Nelle sedi di Brandizzo e Rivarolo è previsto il collegamento funzionale con le sedi principali.

Esistono protocolli aziendali legati al bed management per l'integrazione dei percorsi aziendali territorio – ospedale e ospedale – territorio che coinvolgono le cure intermedie.

NOCC e NDCC fanno parte della rete.

#### **3) Sviluppo di percorsi assistenziali condivisi a livello aziendale e avvio di esperienze di medicina di iniziativa**

A livello aziendale è stato adottato il PDTA per la BPCO che è sviluppato in tutte le case della salute.

Sono presenti, inoltre, il percorso del diabete ( come previsto delle indicazioni regionali e dalla GID) e a Castellamonte il percorso dell'ipertensione e del dolore cronico.

Per tutti questi percorsi è prevista la presa in carico proattiva delle persone a rischio.

Per quanto riguarda gli indicatori di risultato ed esito, rimaniamo in attesa degli indirizzi regionali per la rilevazione.

In ogni caso per l'anno 2017 non sono calcolabili per le Case della Salute di Brandizzo, Rivarolo, Caluso, Settimo Torinese che sono state avviate a dicembre 2017.

## RETTIFICA DATI SUB-OBIETTIVO 3.1

### - Sub-obiettivo 3.1 Miglioramento dei tempi di attesa nell'ambito dei ricoveri

Si rende necessari sostituire la tabella precedentemente inviata con quella che segue in quanto, da una verifica effettuata sui dati relativi ai ricoveri, è stato rilevato che il codice intervento utilizzato per l'estrazione dai flussi degli interventi per tumore della mammella non selezionava i soli tumori maligni, ma comprendeva anche i tumori benigni. Dopo un ulteriore esame, è stato possibile estrarre dai flussi regionali SDO i soli dati richiesti dall'obiettivo.

Alla luce di quanto sopra, è risultato che per la patologia maligna della mammella, non sono più presenti casi in classe di priorità B.

Si è altresì proceduto ad una rettifica del dato relativo ai tumori colon retto e utero

Interventi oggetto di monitoraggio	Codici ICD9CM	Codice Priorità	Numero interventi effettuati nei 30/60 giorni	Totale interventi effettuati nel 2017	ASL TO4 % raggiunta
ANGIOPLASTICA	Codice 0066	A	30	32	94
		B	130	138	94
TUMORE COLON RETTO	Codici 45+458+486	A	144	151	95,36
		B	0	0	100
TUMORE MAMMELLA	Codice 85	A	80	308	26
		B	0	0	100
TUMORE PROSTATA	Codice diagn. 185 + Codice interv. 605	A	21	49	43
		B	4	9	44
TUMORE UTERO	Codice diagn. 182 + Codici interv. 6849 - 6561	A	13	22	59
		B	2	2	100
PROTESI DELL'ANCA	Codici 8151+8152+8153	A	27	43	63
		B	36	64	48

## Schema di relazione e di rendiconto attività svolte dalla Casa della Salute nel 2017

**Premessa metodologica.** Il presente schema deve essere compilato dall'ASL e relativi Distretti, entro il 31.3.2018, con riferimento alle attività di ogni Casa della Salute presente sul proprio territorio alla data del 31.12.2017: sia quelle già esistenti, sia quelle attivate e/o potenziate nell'ambito della sperimentazione di cui al presente provvedimento. La compilazione deve essere effettuata sul presente foglio excel, senza modificarne l'impostazione e riportando in ogni colonna i dati di ciascuna CS presente sul territorio di ogni Distretto, ferma restando ovviamente l'opportunità di dettagliare le specificità e le peculiarità inerenti alle attività svolte e alle risorse impiegate in un apposito allegato facente parte integrante del presente schema di riepilogo. Il presente schema verrà annualmente aggiornato entro 31.3.2019 e 31.3.2020.

ASL TO4	Distretto Chivasso	Distretto Cuornè		Distretto Ivrea	Distretto Settimo Torinese
Case della Salute (CS)	Brandizzo	Castellamonte	Rivarolo	Caluso	Settimo Torinese
Data di attivazione (per le nuove CS)	16/12/2017	/	16/12/2017	16/12/2017	16/12/2017
Data di avvio potenziamento (per le CS già esistenti al 30.11.2016)	/	16/12/2017	/	/	/
Estremi provvedimento ASL (1)	Delibera del DG n. 1322 del 21.12.17				
Bacino d'utenza servito: n. popolazione	8.000	15.000	4.500	10.000	45.000
Ambito territoriale: confermato quello indicato nel Regolamento di funzionamento (2)	SI	SI	SI	SI	SI
Se NO inserire elenco comuni separati da virgola	/	/	/	/	/
<b>Sezione 1: Attività svolte nel 2017 (dalle date indicate sopra)</b>					
TOT. N. accessi (3)	nd	3234	nd	nd	nd
di cui 0-14 anni	nd	nd	nd	nd	nd
di cui 15-64 anni	nd	nd	nd	nd	nd
di cui 65-74	nd	nd	nd	nd	nd
di cui oltre 75enni	nd	nd	nd	nd	nd
N.pz. trattati solo dall'infermiere	nd	2791	nd	nd	nd
N. pz. trattati dal MME/PDLS nell'ambito della rete CS	nd	3234	nd	nd	nd
Esito accessi. Sui tot. degli accessi:					
N. pazienti rinvii al proprio MMG/PDLS per proseguim.terapia	nd	0	nd	nd	nd
N. pazienti per cui sono stati richiesti approfondimenti diagnostico/specialistici	nd	nd	nd	nd	nd
N. pazienti indirizzati verso attività/strutture dell'area socio-sanitaria	nd	nd	nd	nd	nd
N. pazienti indirizzati verso l'area socio-assistenziale	nd	nd	nd	nd	nd
N. pazienti indirizzati verso strutture ospedaliere	nd	nd	nd	nd	nd
N. pazienti trasferiti in DEA	nd	nd	nd	nd	nd
N.accessi impropri (motivati)	nd	nd	nd	nd	nd
PDTA EROGATI. Confermato l'elenco indicato nel Regolamento di funzionamento (2)	SI	SI	SI	SI	SI
Se NO inserire elenco PDTA separati da virgola	/	/	/	/	/
N. totale pazienti in carico nei principali PDTA (4)	nd	2445	nd	nd	nd
di cui Gestione integrata del diabete (GID)	nd	nd	nd	nd	nd
di cui BPCO	nd	nd	nd	nd	nd
di cui Scompenso cardiaco	nd	nd	nd	nd	nd
N. pazienti seguiti in teleassistenza/telemedicina	/	/	/	/	/
<b>% Attività CS per:</b>					
Cronicità: gestione percorsi	100%	100%	100%	100%	100%
Cronicità scompensata/riacutizzata	/	/	/	/	/
Acuzie di bassa intensità (problema nuovo, urgenza ma non di competenza DEA)	/	/	/	/	/
Azioni informative/comunicative rivolte all'Utenza	Evento Open day 16 dicembre- Produzione di locandine informative – Comunicati stampa	Evento Open day 16 dicembre- Produzione di locandine informative – Comunicati stampa	Evento Open day 16 dicembre- Produzione di locandine informative – Comunicati stampa	Evento Open day 16 dicembre- Produzione di locandine informative – Comunicati stampa	Evento Open day 16 dicembre- Produzione di locandine informative – Comunicati stampa
Azioni formative rivolte al personale	Iniziativa formativa a Settimo Torinese il 18 dicembre	Iniziativa formativa a Ivrea il 18 dicembre	Iniziativa formativa a Ivrea il 18 dicembre	Iniziativa formativa a Ivrea il 18 dicembre	Iniziativa formativa a Settimo Torinese il 18 dicembre
Azioni finalizzate all'avvio/potenziamento dell'informatizzazione/collegamento in rete	Collegamento dei computer dei MMG in rete tra i medici e accesso ai sistemi informativi aziendali	Collegamento dei computer dei MMG in rete tra i medici e accesso ai sistemi informativi aziendali	Collegamento dei computer dei MMG in rete tra i medici e accesso ai sistemi informativi aziendali	Collegamento dei computer dei MMG in rete tra i medici e accesso ai sistemi informativi aziendali	Collegamento dei computer dei MMG in rete tra i medici e accesso ai sistemi informativi aziendali
<b>Sezione 2: Costi sostenuti(dalle date indicate sopra)</b>					
<b>2.1. Costi complessivi sostenuti</b>					
Costi per Personale dipendente SSR (t.i./t.d.)					
Personale infermieristico	dal 2018	140.245,07	dal 2018	dal 2018	dal 2018
Medici specialisti	/	/	/	/	/
Personale sanitario dirigente non medico (5)	/	/	/	/	/
Personale sanitario non dirigente (5)	/	/	/	/	/
Personale amministrativo	/	82.704,11	/	/	/
Personale area professionale e tecnica (dirigente e non)	/	/	/	/	/
<b>Totale costi per personale dipendente SSR</b>	0	222.949,18	0	0	0
Costi per Personale convenzionato SSR					
MMG/ PDLS	/	84.800,00	/	/	/
Specialisti ambulatoriali	dal 2018				
M.C.A.	/	/	/	/	/
Altro personale con rapporto di lavoro non strutturato	/	/	/	/	/
<b>Totale costi per personale non strutturato SSR</b>	0	84.800,00	0	0	0

ASL TO4	Distretto Chivasso	Distretto Cuorgnè	Distretto Ivrea	Distretto Settimo Torinese
<b>Costi gestione ordinaria</b>				
Costi per beni e servizi	0,00	8009,54	11194,17	0,00
Costo utenze	/	405,00	/	/
Formazione	/	283,68	/	/
Costi manutenzione ordinaria e straordinaria immobile struttura CS				
Costi manutenzione ordinaria e straordinaria attrezzature sanitarie	0,00	976,00	0,00	0,00
Costi per Informatizzazione (canoni, ecc)	0,00	7.320,00	0,00	0,00
Costi per progetti di telemedicina	0,00	0,00	0,00	17.850,21
Altri costi gestione ordinaria	/	/	/	/
<b>Totale costi gestione ordinaria</b>	<b>0,00</b>	<b>16.994,22</b>	<b>11.194,17</b>	<b>17.850,21</b>
<b>Costi investimenti</b>				
Costi per adeguamento/manutenzione straordinaria struttura CS	/	/	/	11.059,61
Costi per acquisto attrezzature sanitarie	2.013,00	0,00	2.013,00	2.013,00
Costi per dotazioni informatiche/telematiche	/	/	/	/
Altri costi d'investimento	/	/	/	/
<b>Totale costi investimento</b>	<b>2.013,00</b>	<b>0,00</b>	<b>2.013,00</b>	<b>13.072,61</b>
<b>TOTALE COSTI SOSTENUTI ANNO 2017</b>	<b>2.013,00</b>	<b>324.743,40</b>	<b>13.207,17</b>	<b>30.922,82</b>

#### NOTE per la compilazione

Le righe evidenziate in grigio (titoli e sottotitoli) non devono essere compilate

(1) Per l'attivazione del progetto di avvio/potenziamento CS

(2) SI/NO

(3) Per le CS funzionali il dato si riferisce ai pazienti affetti da patologie croniche presi in carico sulla base di PDTA condivisi con l'area specialistica

(4) In fase di avvio della sperimentazione CS, viene monitorata la presa in carico dei pazienti nei principali percorsi già in atto, ovvero Gestione Integrata del Diabete (GID), Scompenso Cardiaco (SC) e BPCO

(5) Eccetto gli infermieri, già indicati sopra