



**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

P.I./Cod. Fisc. 09736160012

## **RELAZIONE ANNUALE SULLA PERFORMANCE – ANNO 2019**

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. A.SL. TO4 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:  
nell’”Accordo sull’utilizzo del fondo posizione e del fondo risultato” sottoscritto in data 4/08/2017 tra la Direzione Aziendale e le Organizzazioni Sindacali della Dirigenza Medica e Veterinaria (approvato con deliberazione n. 929 del 14/09/2017), nonché 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:  
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);
- per la Dirigenza Professionale, Tecnica e Amministrativa:  
nell’”Accordo sull’utilizzo del fondo posizione e del fondo risultato” sottoscritto in data 5/03/2018 tra la Direzione Aziendale e le Organizzazioni Sindacali della Dirigenza Professional. Tecnica ed Amministrativa (approvato con deliberazione n. 516 del 23/04/2018)

Gli obiettivi assegnati alle Strutture Aziendali per il biennio 2019/2020, dettagliatamente individuati nella deliberazione del Direttore Generale n. 1517 del 31/12/2019 (Allegata), riguardano argomenti quali l’Integrazione Ospedale/Territorio, il Piano delle Cronicità, l’Efficientamento, l’aumento della produzione chirurgica, la riduzione delle liste di attesa, il rispetto degli standard prestazionali da Piano Nazionale Esiti (PNE), nonché ulteriori obiettivi assegnati dalla Regione Piemonte ai Direttori Generali / Commissari delle aziende sanitarie regionali (D.G.R. 4-92 del 19/07/2019, come modificata dalla D.G.R. 12-156 dello 02/08/2019), e obiettivi specifici aziendali, il cui completamento richiede uno spazio temporale superiore all’anno.

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 comunicazione prot. n. 0019826 del 28/02/2020, è stata inoltrata, alla Regione stessa, la Relazione relativi ai suddetti obiettivi, documento che si allega alla presente relazione.

La Relazione suddetta, come richiesto dalla D.G.R. 4-92, entro il 30/04/2020 doveva essere illustrata alla Conferenza dei Sindaci al fine di acquisirne il parere ma, a causa dell’emergenza sanitaria CoViD-19, tale incontro è stato fissato per il giorno 6 luglio 2020.

La valutazione sul grado di raggiungimento degli obiettivi da parte della Regione Piemonte, è tutt’ora in corso.

L’emergenza sanitaria ha anche inciso sul normale svolgimento delle attività dell’Azienda, ritardando le operazioni di verifica e valutazione degli obiettivi assegnati alle Strutture aziendali per l’anno 2019 che, ad oggi, non sono concluse.

Pertanto, la presente relazione verrà aggiornata a conclusione di tutte le attività di valutazione atte a definire il definitivo grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati per l'anno 2019 alle Strutture Aziendali.

Chivasso, 26 Giugno 2020

**Il Direttore Generale A.S.L. TO4**  
(Dott. Lorenzo ARDISSONE)

(in originale firmato)

Delibera n. 1517 del 31/12/2019

PIANO DELLA PERFORMANCE ANNI 2019-2020.

**IL DIRETTORE GENERALE**  
**Dott. Lorenzo ARDISSONE**  
**(Nominato con D.G.R. n. 32-1360 del 27 aprile 2015)**

- Richiamata la deliberazione n. 149, del 06/02/2019, con la quale sono state approvate alcune modifiche all’Atto Aziendale, al Piano di Organizzazione, con il relativo Organigramma, ed alla Dotazione Organica dell’A.S.L. TO4, approvati con deliberazione n. 902, del 19/10/2015 e recepiti, in via definitiva, dalla Regione Piemonte con D.G.R. n. 53-2487, del 23/11/2015;
- Vista la D.G.R. n. 40-8765, del 12/04/2019, con la quale la Regione Piemonte ha recepito le suddette modifiche all’Atto Aziendale, nonché la deliberazione n. 538, del 30/04/2019 con la quale si è preso atto della D.G.R. citata
- Preso atto che con deliberazione del Direttore Generale n. 114 del 31/01/2019, è stato approvato il “Piano di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza triennio 2019-2021”;
- Vista la deliberazione n. 1121 del 26/09/2018, con la quale è stato adottato il Piano della Performance per l’anno 2018
- Considerato che, per gli anni 2019-2020 sono confermati i principi generali contenuti nel suddetto documento (finalità, visione strategica, identità dell’organizzazione) e che gli stessi si sono tradotti nel documento di assegnazione degli obiettivi allegati al presente provvedimento;
- Rilevato che, per l’assegnazione alle Strutture Aziendali degli obiettivi legati alla retribuzione di risultato per gli anni 2019/2020, è stato seguito il seguente iter:
  - a) In data 27/06/2019 è stata trasmessa all’Organismo Indipendente di Valutazione la bozza obiettivi anno 2019-2020;
  - b) con nota dell’11/09/2019, prot. n. 0081682 (come integrato con note protocolli n. 0108858, 0110441, 0110442 e 0110443 dello 04/12/2019 e prot. n.0110956 dello 06/12/2019), si è proceduto a trasmettere, ai Direttori di Presidio, ai Direttori di Distretto, ai Direttori di Struttura Complessa, ai Responsabili di Struttura Semplice Dipartimentale e al Di.P.Sa., il Piano Aziendale degli obiettivi assegnati per gli anni 2019-2020, contenente l’insieme degli obiettivi assegnati dalla Regione Piemonte al Direttore Generale (D.G.R. 4-92 del 19/07/2019, come modificata dalla D.G.R. 12-156 dello 02/08/2019), nonché altri obiettivi maggiormente specifici.

E’ stato richiesto ai Direttori/Responsabili, di condividere ed illustrare il documento ai propri collaboratori in linea diretta ed a fare in modo che i contenuti raggiungano un completo livello di comunicazione, attraverso incontri debitamente verbalizzati (nota prot. n. 0110444 dello 04/12/2019);
  - c) con nota prot. n. 0090188 del 07/10/2019, è stato inviato il suddetto Piano Aziendale degli obiettivi, alle Organizzazioni Sindacali della Dirigenza, del Comparto e alla R.S.U. A.S.L. TO4;
- Rilevato altresì, che si rende necessario revisionare gli Accordi relativi alle modalità di erogazione della retribuzione di risultato - già approvati con il Piano triennale della Performance 2015-2017, deliberazione n. 1088 del 29/12/2014 – alla luce degli ultimi C.C.N.L. del Personale della Sanità e che, pertanto, sarà necessario integrare il Piano della Performance 2019-2020 ad intervenuta definizione dei predetti documenti

- Ritenuto di dover approvare il Piano della Performance 2019-2020, confermando gli obiettivi assegnati per gli anni 2019-2020 alle Strutture Aziendali, contenuti nell'allegato al presente provvedimento, quale parte integrante e sostanziale;
- Visto, infine, il D.Lgs. 14/10/2013, n. 33 e s.m.i., in particolare l'art. 10, comma 8, lett. b) e l'art. 41;
- Acquisiti i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, per quanto di loro competenza, ai sensi dell'art. 3, comma 7 del D. Lgs. 502/92 e s.m.i.;

### **DELIBERA**

1. di adottare il Piano della Performance per gli anni 2019-2020, confermando i principi generali contenuti nel Piano della Performance per l'anno 2018, adottato con deliberazione n. 1121 del 26/09/2018, e contestualmente l'assegnazione degli obiettivi alle Strutture Aziendali, collegati alla retribuzione di risultato per gli anni 2019-2020, quali risultano dall'allegato Piano Aziendale degli obiettivi, allegato al presente provvedimento a formarne parte integrante e sostanziale;
2. di dare atto che il Piano della Performance, oggetto della presente deliberazione, sarà integrato con successivo provvedimento, ad intervenuta modifica degli Accordi relativi alle modalità di erogazione della retribuzione di risultato - già approvati con il Piano triennale della Performance 2015-2017, deliberazione n. 1088 del 29/12/2014- alla luce degli ultimi C.C.N.L. del Personale della Sanità;
3. di inviare il presente provvedimento all'Organismo Indipendente di Valutazione;

**Allegato**

# Obiettivi A.S.L. T04 biennio 2019-2020

<a href="#">Premessa metodologica</a> .....	7
<a href="#">L'attribuzione dei pesi</a> .....	7
<a href="#">Obiettivi da assegnare alle Strutture</a> .....	8
<a href="#">Dipartimento di Area medica</a> .....	8
<a href="#">Gruppo di Progetto Cardiologie</a> .....	8
<a href="#">SC Gastroenterologia</a> .....	9
<a href="#">SC Geriatria Cuorgnè</a> .....	9
<a href="#">SS.CC. Medicina Generale</a> .....	10
<a href="#">SC Nefrologia e dialisi</a> .....	11
<a href="#">SS.CC. Neurologia</a> .....	12
<a href="#">SC Oncologia</a> .....	12
<a href="#">SC Recupero e Riabilitazione Funzionale</a> .....	13
<a href="#">SSD Ematologia</a> .....	15
<a href="#">SSD Diabetologia</a> .....	15
<a href="#">Dipartimento di Area chirurgica</a> .....	17
<a href="#">SS.CC. Chirurgia Generale</a> .....	17
<a href="#">SC Oculistica</a> .....	17
<a href="#">SS.CC. ORL</a> .....	19
<a href="#">SS.CC. Ortopedia</a> .....	19
<a href="#">SC Urologia</a> .....	20
<a href="#">SSD Oculistica Ambulatoriale Complessa</a> .....	22
<a href="#">Dipartimento di Area diagnostica</a> .....	23
<a href="#">Gruppo di Progetto Radiologia</a> .....	23
<a href="#">SC Laboratorio Analisi</a> .....	24
<a href="#">SC Radioterapia Oncologica</a> .....	24
<a href="#">SC Anatomia Patologica</a> .....	25
<a href="#">SC Servizio Trasfusionale</a> .....	26
<a href="#">SSD Senologia e Screening Mammografico</a> .....	27
<a href="#">SSD Fisica Sanitaria</a> .....	27
<a href="#">Dipartimento di Emergenza</a> .....	29
<a href="#">SS. CC. Anestesia e rianimazione</a> .....	29
<a href="#">SC MECAU (DEA/PS)</a> .....	29
<a href="#">Dipartimento Materno infantile</a> .....	31
<a href="#">Gruppo di progetto "rete pediatrica aziendale"</a> .....	31
<a href="#">SS.CC. Ostetricia/Ginecologia</a> .....	31
<a href="#">SC Neuropsichiatria Infantile</a> .....	32
<a href="#">SSD Consultori</a> .....	34
<a href="#">Dipartimento di Salute Mentale</a> .....	35
<a href="#">Dipartimento delle Dipendenze</a> .....	35
<a href="#">Dipartimento di Prevenzione</a> .....	37

<a href="#">Strutture afferenti al Direttore Generale</a> .....	39
<a href="#">SS Medico competente</a> .....	39
<a href="#">Ufficio RSPP</a> .....	40
<a href="#">Ufficio Relazioni Esterne</a> .....	41
<a href="#">Strutture afferenti al Direttore Amministrativo</a> .....	42
<a href="#">SC Acquisizione e gestione logistica beni e servizi</a> .....	42
<a href="#">S.C. Affari Istituzionali, legali e CNU</a> .....	42
<a href="#">SC Amministrazione del Personale</a> .....	42
<a href="#">SC Gestione economico-finanziaria</a> .....	43
<a href="#">SC Programmazione strategica e sviluppo risorse attività</a> .....	43
<a href="#">SC Servizio Tecnico Patrimoniale</a> .....	43
<a href="#">SC Sistemi informativi e ufficio flussi</a> .....	44
Ufficio Gestione logistica sistemica e trasversale delle attività di supporto allo svolgimento delle attività assistenziali .....	41
<a href="#">Strutture afferenti al Direttore Sanitario</a> .....	45
<a href="#">Direzioni Mediche</a> .....	45
<a href="#">Distretti</a> .....	46
<a href="#">DIPSA</a> .....	48
<a href="#">SC Risk Management</a> .....	49
<a href="#">SC Governo Clinico</a> .....	50
<a href="#">SC Farmacia Ospedaliera</a> .....	51
<a href="#">SC Farmacia territoriale</a> .....	51
<a href="#">SS Gestione Contenzioso Medico legale</a> .....	52
<a href="#">SS Gestione operativa dei percorsi della cronicità</a> .....	53
<a href="#">SS Psicologia della Salute degli adulti</a> .....	54
<a href="#">SS Psicologia della Salute della età evolutiva</a> .....	55
<a href="#">Servizio Sociale Professionale Aziendale</a> .....	56
<a href="#">ALLEGATO 1 – Obiettivi generali</a> .....	57
<a href="#">Descrizione degli obiettivi generali</a> .....	57
<a href="#">Schema di ripartizione dei pesi per le strutture con obiettivi generali</a> .....	<b>Errore. Il segnalibro non è definito.</b>

## **Premessa metodologica**

Con questo piano appare congruo coinvolgere l'intera azienda su obiettivi che, necessariamente, interesseranno la stessa ASL TO4 nel biennio 2019/2020, quali l'integrazione ospedale/territorio, il piano della cronicità, l'efficientamento, l'aumento della produzione chirurgica, la riduzione delle liste di attesa, il rispetto degli standard prestazionali da Piano Nazionale Esiti (PNE) ed obiettivi Regionali, nonché obiettivi tipicamente aziendali il cui completamento richiede uno spazio temporale di certo superiore ai 6 mesi.

Peraltro il piano degli obiettivi aziendali 2019/2020 vuole rappresentare anche una modifica di paradigma rispetto agli anni precedenti introducendo e rafforzando la responsabilizzazione dei collaboratori ma non solo sui risultati prettamente quantitativi e qualitativi bensì anche sulla capacità di visione sistemica e di conseguente propensione alla collaborazione con tutte le strutture e gli attori rilevanti che influiscono sul risultato finale. In sostanza la Direzione Strategica ha ritenuto di dover forzare sul superamento degli orti di guerra per spingere sul concetto di collaborazione. Poi, se con tutti gli sforzi e con la coerenza con i principi della visione sistemica e della collaborazione i numeri degli obiettivi e quelli della rilevazione non saranno del tutto sovrapponibili, sarà proprio la valutazione dell'agire sulla base di questi principi irrinunciabili che potrà confortare e modificare in positivo la valutazione.

Sarà quindi cura e compito dell'OIV valutare la coerenza dell'agire organizzativo a questi principi quale elemento aggiuntivo rispetto alla mera, arida ed a volte inconcludente valutazione numerica, che, il più delle volte, alimenta il rimando alla Direzione Strategica per decidere se, o meno, riconoscere il raggiungimento degli obiettivi, aggiungendo da quest'anno oltretutto i valori di riferimento quali/quantitativi anche al rispetto dei principi organizzativi di visione sistemica e collaborazione che la Direzione Strategica ritiene indispensabili ed irrinunciabili per la migliore efficacia ed efficienza della organizzazione aziendale.

All'interno di questa visione, è del tutto naturale che rientri direttamente anche il comparto, in considerazione della importanza che le professioni che compongono questa area contrattuale hanno assunto e sempre più assumeranno nell'espletamento delle responsabilità della Azienda Sanitaria nei confronti dell'intero sistema sociale.

Sarà quindi cura dei Dirigenti/responsabili delle varie strutture, in linea con il principio della visione sistemica e della collaborazione il corretto coinvolgimento operativo riguardo al perseguimento degli obiettivi rispetto ai quali sarebbe anacronistico fare distinzioni tra obiettivi dei dirigenti e obiettivi del comparto perché andrebbe a dimenticare che il presente ed il futuro della sanità pubblica è e sarà l'integrazione perfetta tra profili clinici ed assistenziali che non dovranno essere predicati ma agiti effettivamente.

## **L'attribuzione dei pesi**

Come detto all'inizio la struttura del piano prevede due categorie di obiettivi: la prima specifica per struttura, la seconda su obiettivi generali di ASL.

Per le strutture impegnate esclusivamente sugli obiettivi specifici il peso sarà attribuito al 100% su questi obiettivi.

Per le strutture impegnate sia sugli obiettivi specifici di struttura che sugli obiettivi generali di Azienda i pesi saranno distribuiti al 50% tra gli uni e gli altri.

Per le strutture impegnate esclusivamente sugli obiettivi generali il peso sarà attribuito al 100% su questi obiettivi.

Per le strutture a cui vengono assegnati eventuali obiettivi generali, lo schema sulla ripartizione dei pesi è sintetizzato in **allegato 1**.

Le Risorse Aggiuntive Regionali sono collegate a tutti gli obiettivi, con la percentuale ad ognuno assegnata.

## **Obiettivi da assegnare alle Strutture**

### **Dipartimento di Area medica**

#### **Gruppo di Progetto Cardiologie**

I seguenti obiettivi riguardano le 3 Strutture Complesse di Cardiologia (Cardiologia Ivrea, Cardiologia Chivasso, Cardiologia Ciriè):

- 1) attività: programma operativo della gestione dei tre laboratori di emodinamica condiviso dai direttori delle tre SS.CC. con il responsabile SS emodinamica
- 2) attività: incremento prestazioni ambulatoriali sottoposte a monitoraggio al fine di farle rientrare negli standard
- 3) attività: messa a disposizione dei distretti dell'elenco dei pazienti suddivisi per distretto eligibili per l'applicazione del PDTA regionale scompenso cardiaco
- 4) razionalizzazione dei costi: miglioramento 5% rapporto costi produzione/valore produzione rispetto al 2018 per il 2019 e di un ulteriore 2% per il 2020

**-raggiungimento obiettivi da 1 a 4 di ugual peso = 100% complessivamente**

- **Indicatore: relazione tecnico economica**

Per valutare il raggiungimento dell'obiettivo è necessario conoscere l'intenzione della Direzione Strategica che è quello di considerare il valore della performance quale la capacità di interpretazione dei principi contenuti negli obiettivi dal punto di vista della coerenza con la attività narrata nella relazione in un ambito di una visione sistemica, che abbia saputo cogliere sia il sistema che le sue interrelazioni finalizzate alla creazione di quel grado di collaborazione con tutte le strutture aziendali , e con gli attori rilevanti esterni, che alla fine incidono sul raggiungimento. In sostanza nessun obiettivo può essere raggiunto al chiuso del proprio orticello di guerra.

In questo caso la relazione dovrà riportare i dati quantitativi a confronto con quelli oggetto degli obiettivi e dovrà contenere le operazioni organizzative attuate finalizzate al raggiungimento degli stessi con una valutazione sistemica e che riporti il grado di collaborazione ricercato e raggiunto con le altre strutture aziendali e con gli attori rilevanti esterni. La valutazione sarà effettuata non esclusivamente sui dati quantitativi ma anche sulla coerenza delle operazioni organizzative attivate in una logica sistemica e di collaborazione.

Sulla base di questo principio:



- relazione coerente con il principio = risultato compreso fra 67 e 100%
- relazione parzialmente coerente con il principio = risultato compreso fra 33-66%
- relazione non coerente con il principio = 0-32%

## **SC Gastroenterologia**

- 1) attività: incremento prestazioni ambulatoriali sottoposte a monitoraggio al fine di farle rientrare negli standard
- 2) attività: redazione protocollo operativo di lavoro con le SC Chirurgia della To 4 al fine di massimizzare l'efficacia in favore degli utenti
- 3) costi: miglioramento 5% rapporto costi produzione/valore produzione rispetto al 2018 per il 2019 e di un ulteriore 2% per il 2020

**-raggiungimento obiettivi da 1 a 3 di ugual peso= 100% complessivamente**

- **Indicatore : relazione tecnico economica**

Per valutare il raggiungimento dell'obiettivo è necessario conoscere l'intenzione della Direzione Strategica che è quello di considerare il valore della performance quale la capacità di interpretazione dei principi contenuti negli obiettivi dal punto di vista della coerenza con la attività narrata nella relazione in un ambito di una visione sistemica, che abbia saputo cogliere sia il sistema che le sue interrelazioni finalizzate alla creazione di quel grado di collaborazione con tutte le strutture aziendali , e con gli attori rilevanti esterni, che alla fine incidono sul raggiungimento. In sostanza nessun obiettivo può essere raggiunto al chiuso del proprio orticello di guerra.

In questo caso la relazione dovrà riportare i dati quantitativi a confronto con quelli oggetto degli obiettivi e dovrà contenere le operazioni organizzative attuate finalizzate al raggiungimento degli stessi con una valutazione sistemica e che riporti il grado di collaborazione ricercato e raggiunto con le altre strutture aziendali e con gli attori rilevanti esterni. La valutazione sarà effettuata non esclusivamente sui dati quantitativi ma anche sulla coerenza delle operazioni organizzative attivate in una logica sistemica e di collaborazione.

Sulla base di questo principio:

- relazione coerente con il principio = risultato compreso fra 67 e 100%
- relazione parzialmente coerente con il principio = risultato compreso fra 33-66%
- relazione non coerente con il principio = 0-32%

## **SC Geriatria Cuorgnè**

- 1) attività: definizione con la direzione del distretto di riferimento di piani di attività integrata ospedale/territorio nell'ambito del piano della cronicità
- 2) attività: collaborazione allo sviluppo e all'applicazione del PDTA per la gestione dei pazienti con demenza

- 3) costi: miglioramento 5% rapporto costi produzione/valore produzione rispetto al 2018 per il 2019 e di un ulteriore 2% per il 2020

**-raggiungimento obiettivi da 1 a 3 di ugual peso = 100% complessivamente**

**- Indicatore : relazione tecnico economica**

Per valutare il raggiungimento dell'obiettivo è necessario conoscere l'intenzione della Direzione Strategica che è quello di considerare il valore della performance quale la capacità di interpretazione dei principi contenuti negli obiettivi dal punto di vista della coerenza con la attività narrata nella relazione in un ambito di una visione sistemica, che abbia saputo cogliere sia il sistema che le sue interrelazioni finalizzate alla creazione di quel grado di collaborazione con tutte le strutture aziendali , e con gli attori rilevanti esterni, che alla fine incidono sul raggiungimento. In sostanza nessun obiettivo può essere raggiunto al chiuso del proprio orticello di guerra.

In questo caso la relazione dovrà riportare i dati quantitativi a confronto con quelli oggetto degli obiettivi e dovrà contenere le operazioni organizzative attuate finalizzate al raggiungimento degli stessi con una valutazione sistemica e che riporti il grado di collaborazione ricercato e raggiunto con le altre strutture aziendali e con gli attori rilevanti esterni. La valutazione sarà effettuata non esclusivamente sui dati quantitativi ma anche sulla coerenza delle operazioni organizzative attivate in una logica sistemica e di collaborazione.

Sulla base di questo principio:

- relazione coerente con il principio = risultato compreso fra 67 e 100%
- relazione parzialmente coerente con il principio = risultato compreso fra 33-66%
- relazione non coerente con il principio = 0-32%

**SS.CC. Medicina Generale**

I seguenti obiettivi riguardano le SS.CC. Medicina Generale di Chivasso, Cirié\_Lanzo, Ivrea e Cuorné:

- 1) attività: definizione con la direzione dei distretti di riferimento di piani di attività integrata ospedale/territorio nell'ambito del piano della cronicità
- 2) attività: collaborazione con la SC MECAU per lo svolgimento dell'attività di DEA
- 3) costi: miglioramento 5% rapporto costi produzione/valore produzione rispetto al 2018 per il 2019 e di un ulteriore 2% per il 2020

**-raggiungimento obiettivi da 1 a 3 di ugual peso = 100% complessivamente**

**- Indicatore: relazione tecnico economica**

Per valutare il raggiungimento dell'obiettivo è necessario conoscere l'intenzione della Direzione Strategica che è quello di considerare il valore della performance quale la capacità di interpretazione dei principi contenuti negli obiettivi dal punto di vista della coerenza con la attività narrata nella relazione in un ambito di una visione sistemica, che abbia saputo cogliere sia il sistema che le sue interrelazioni finalizzate alla creazione di

quel grado di collaborazione con tutte le strutture aziendali , e con gli attori rilevanti esterni, che alla fine incidono sul raggiungimento. In sostanza nessun obiettivo può essere raggiunto al chiuso del proprio orticello di guerra.

In questo caso la relazione dovrà riportare i dati quantitativi a confronto con quelli oggetto degli obiettivi e dovrà contenere le operazioni organizzative attuate finalizzate al raggiungimento degli stessi con una valutazione sistemica e che riporti il grado di collaborazione ricercato e raggiunto con le altre strutture aziendali e con gli attori rilevanti esterni. La valutazione sarà effettuata non esclusivamente sui dati quantitativi ma anche sulla coerenza delle operazioni organizzative attivate in una logica sistemica e di collaborazione.

Sulla base di questo principio:

- relazione coerente con il principio = risultato compreso fra 67 e 100%
- relazione parzialmente coerente con il principio = risultato compreso fra 33-66%
- relazione non coerente con il principio = 0-32%

## **SC Nefrologia e dialisi**

1) attività: definizione con la direzione dei distretti di riferimento di piani di attività integrata ospedale/territorio nell'ambito del piano della cronicità

2) costi: miglioramento 5% rapporto costi produzione/valore produzione rispetto al 2018 per il 2019 e di un ulteriore 2% per il 2020

**-raggiungimento obiettivi da 1 a 2 di ugual peso = 100% complessivamente**

- **Indicatore: relazione tecnico economica**

Per valutare il raggiungimento dell'obiettivo è necessario conoscere l'intenzione della Direzione Strategica che è quello di considerare il valore della performance quale la capacità di interpretazione dei principi contenuti negli obiettivi dal punto di vista della coerenza con la attività narrata nella relazione in un ambito di una visione sistemica, che abbia saputo cogliere sia il sistema che le sue interrelazioni finalizzate alla creazione di quel grado di collaborazione con tutte le strutture aziendali , e con gli attori rilevanti esterni, che alla fine incidono sul raggiungimento. In sostanza nessun obiettivo può essere raggiunto al chiuso del proprio orticello di guerra.

In questo caso la relazione dovrà riportare i dati quantitativi a confronto con quelli oggetto degli obiettivi e dovrà contenere le operazioni organizzative attuate finalizzate al raggiungimento degli stessi con una valutazione sistemica e che riporti il grado di collaborazione ricercato e raggiunto con le altre strutture aziendali e con gli attori rilevanti esterni. La valutazione sarà effettuata non esclusivamente sui dati quantitativi ma anche sulla coerenza delle operazioni organizzative attivate in una logica sistemica e di collaborazione.

Sulla base di questo principio:

- relazione coerente con il principio = risultato compreso fra 67 e 100%
- relazione parzialmente coerente con il principio = risultato compreso fra 33-66%
- relazione non coerente con il principio = 0-32%

## **SS.CC. Neurologia**

I seguenti obiettivi riguardano le SS.CC. Neurologia Ivrea-Chivasso e Neurologia Cirié:

- 1) attività: definizione con la direzione dei distretti di riferimento di piani di attività integrata ospedale/territorio nell'ambito del piano della cronicità
- 2) attività: collaborazione allo sviluppo e all'applicazione del PDTA per la gestione dei pazienti con demenza
- 3) costi: miglioramento 5% rapporto costi produzione/valore produzione rispetto al 2018 per il 2019 e di un ulteriore 2% per il 2020

**-raggiungimento obiettivi da 1 a 3 di ugual peso = 100% complessivamente**

- **Indicatore : relazione tecnico economica**

Per valutare il raggiungimento dell'obiettivo è necessario conoscere l'intenzione della Direzione Strategica che è quello di considerare il valore della performance quale la capacità di interpretazione dei principi contenuti negli obiettivi dal punto di vista della coerenza con la attività narrata nella relazione in un ambito di una visione sistemica, che abbia saputo cogliere sia il sistema che le sue interrelazioni finalizzate alla creazione di quel grado di collaborazione con tutte le strutture aziendali , e con gli attori rilevanti esterni, che alla fine incidono sul raggiungimento. In sostanza nessun obiettivo può essere raggiunto al chiuso del proprio orticello di guerra.

In questo caso la relazione dovrà riportare i dati quantitativi a confronto con quelli oggetto degli obiettivi e dovrà contenere le operazioni organizzative attuate finalizzate al raggiungimento degli stessi con una valutazione sistemica e che riporti il grado di collaborazione ricercato e raggiunto con le altre strutture aziendali e con gli attori rilevanti esterni. La valutazione sarà effettuata non esclusivamente sui dati quantitativi ma anche sulla coerenza delle operazioni organizzative attivate in una logica sistemica e di collaborazione.

Sulla base di questo principio:

- relazione coerente con il principio = risultato compreso fra 67 e 100%
- relazione parzialmente coerente con il principio = risultato compreso fra 33-66%
- relazione non coerente con il principio = 0-32%

## **SC Oncologia**

- 1) attività: definizione condivisa con la Rete Regionale, con il settore farmaceutico regionale e con la SC Farmacia Ospedaliera della ASL TO4 di protocolli di appropriatezza per l'utilizzo dei nuovi farmaci oncologici avuto riguardo alle specifiche linee guida nazionali
- 2) attività: definizione con la direzione dei distretti di riferimento di piani di attività integrata ospedale/territorio nell'ambito del piano della cronicità

- 3) attività: utilizzo della prescrizione informatizzata dei farmaci chemioterapici nel 100% dei pazienti in trattamento (utilizzo di Dossier)
- 4) costi: miglioramento 2% rapporto costi produzione/valore produzione rispetto al 2018 per il 2019 e di un ulteriore 2% per il 2020

**-raggiungimento obiettivi da 1 a 4 di ugual peso= 100% complessivamente**

**- Indicatore : relazione tecnico economica**

Per valutare il raggiungimento dell'obiettivo è necessario conoscere l'intenzione della Direzione Strategica che è quello di considerare il valore della performance quale la capacità di interpretazione dei principi contenuti negli obiettivi dal punto di vista della coerenza con la attività narrata nella relazione in un ambito di una visione sistemica, che abbia saputo cogliere sia il sistema che le sue interrelazioni finalizzate alla creazione di quel grado di collaborazione con tutte le strutture aziendali , e con gli attori rilevanti esterni, che alla fine incidono sul raggiungimento. In sostanza nessun obiettivo può essere raggiunto al chiuso del proprio orticello di guerra.

In questo caso la relazione dovrà riportare i dati quantitativi a confronto con quelli oggetto degli obiettivi e dovrà contenere le operazioni organizzative attuate finalizzate al raggiungimento degli stessi con una valutazione sistemica e che riporti il grado di collaborazione ricercato e raggiunto con le altre strutture aziendali e con gli attori rilevanti esterni. La valutazione sarà effettuata non esclusivamente sui dati quantitativi ma anche sulla coerenza delle operazioni organizzative attivate in una logica sistemica e di collaborazione.

Sulla base di questo principio:

- relazione coerente con il principio = risultato compreso fra 67 e 100%
- relazione parzialmente coerente con il principio = risultato compreso fra 33-66%
- relazione non coerente con il principio = 0-32%

**SC Recupero e Riabilitazione Funzionale**

- 1) attività: incremento prestazioni ambulatoriali sottoposte a monitoraggio al fine di farle rientrare negli standard
- 2) attività: definizione con la direzione dei distretti di riferimento di piani di attività integrata ospedale/territorio nell'ambito del piano della cronicità
- 3) attività: stesura e applicazione di un protocollo condiviso con i Distretti finalizzato a garantire la razionalizzazione e l'appropriatezza della prescrizione di protesi e ausili
- 4) costi: miglioramento 5% rapporto costi produzione/valore produzione rispetto al 2018 per il 2019 e di un ulteriore 2% per il 2020

**-raggiungimento obiettivi da 1 a 4 di ugual peso = 100% complessivamente**

**- Indicatore : relazione tecnico economica**

Per valutare il raggiungimento dell'obiettivo è necessario conoscere l'intenzione della Direzione Strategica che è quello di considerare il valore della performance quale la capacità di interpretazione dei principi contenuti negli obiettivi dal punto di vista della coerenza con la attività narrata nella relazione in un ambito di una visione sistemica, che abbia saputo cogliere sia il sistema che le sue interrelazioni finalizzate alla creazione di quel grado di collaborazione con tutte le strutture aziendali , e con gli attori rilevanti esterni, che alla fine incidono sul raggiungimento. In sostanza nessun obiettivo può essere raggiunto al chiuso del proprio orticello di guerra.

In questo caso la relazione dovrà riportare i dati quantitativi a confronto con quelli oggetto degli obiettivi e dovrà contenere le operazioni organizzative attuate finalizzate al raggiungimento degli stessi con una valutazione sistemica e che riporti il grado di collaborazione ricercato e raggiunto con le altre strutture aziendali e con gli attori rilevanti esterni. La valutazione sarà effettuata non esclusivamente sui dati quantitativi ma anche sulla coerenza delle operazioni organizzative attivate in una logica sistemica e di collaborazione.

Sulla base di questo principio:

- relazione coerente con il principio = risultato compreso fra 67 e 100%
- relazione parzialmente coerente con il principio = risultato compreso fra 33-66%
- relazione non coerente con il principio = 0-32%

## **SSD Ematologia**

- 1) mantenimento livelli attività 2018
- 2) miglioramento 5% rapporto costi produzione/valore produzione rispetto al 2018 per il 2019 e di un ulteriore 2% per il 2020
- 3) utilizzo della prescrizione informatizzata dei farmaci chemioterapici nel 100% dei pazienti in trattamento (utilizzo di Dossier)

**-raggiungimento obiettivi da 1 a 3 di ugual peso = 100% complessivamente**

- **Indicatore: relazione tecnico economica**

Per valutare il raggiungimento dell'obiettivo è necessario conoscere l'intenzione della Direzione Strategica che è quello di considerare il valore della performance quale la capacità di interpretazione dei principi contenuti negli obiettivi dal punto di vista della coerenza con la attività narrata nella relazione in un ambito di una visione sistemica, che abbia saputo cogliere sia il sistema che le sue interrelazioni finalizzate alla creazione di quel grado di collaborazione con tutte le strutture aziendali , e con gli attori rilevanti esterni, che alla fine incidono sul raggiungimento. In sostanza nessun obiettivo può essere raggiunto al chiuso del proprio orticello di guerra.

In questo caso la relazione dovrà riportare i dati quantitativi a confronto con quelli oggetto degli obiettivi e dovrà contenere le operazioni organizzative attuate finalizzate al raggiungimento degli stessi con una valutazione sistemica e che riporti il grado di collaborazione ricercato e raggiunto con le altre strutture aziendali e con gli attori rilevanti esterni. La valutazione sarà effettuata non esclusivamente sui dati quantitativi ma anche sulla coerenza delle operazioni organizzative attivate in una logica sistemica e di collaborazione.

Sulla base di questo principio:

- relazione coerente con il principio = risultato compreso fra 67 e 100%
- relazione parzialmente coerente con il principio = risultato compreso fra 33-66%
- relazione non coerente con il principio = 0-32%

## **SSD Diabetologia**

Piano della cronicità:

- 1) messa a disposizione dei distretti dell'elenco dei pazienti suddivisi per distretto eligibili per l'applicazione del PDTA regionale diabete
- 2) definizione con ogni singolo distretto e con i MMG dei pazienti eligibili delle azioni per la effettiva presa in carico di almeno il 50% degli eligibili per il 2019 e del 100% per il 2020 all'interno delle azioni previste nel piano della cronicità
- 3) Report annuale sul livello di raggiungimento degli standard di processo clinico e di esito

**-raggiungimento obiettivi da 1 a 3 di ugual peso = 100% complessivamente**

- **Indicatore: relazione tecnico economica**

Per valutare il raggiungimento dell'obiettivo è necessario conoscere l'intenzione della Direzione Strategica che è quello di considerare il valore della performance quale la capacità di interpretazione dei principi contenuti negli obiettivi dal punto di vista della coerenza con la attività narrata nella relazione in un ambito di una visione sistemica, che abbia saputo cogliere sia il sistema che le sue interrelazioni finalizzate alla creazione di quel grado di collaborazione con tutte le strutture aziendali , e con gli attori rilevanti esterni, che alla fine incidono sul raggiungimento. In sostanza nessun obiettivo può essere raggiunto al chiuso del proprio orticello di guerra.

In questo caso la relazione dovrà riportare i dati quantitativi a confronto con quelli oggetto degli obiettivi e dovrà contenere le operazioni organizzative attuate finalizzate al raggiungimento degli stessi con una valutazione sistemica e che riporti il grado di collaborazione ricercato e raggiunto con le altre strutture aziendali e con gli attori rilevanti esterni. La valutazione sarà effettuata non esclusivamente sui dati quantitativi ma anche sulla coerenza delle operazioni organizzative attivate in una logica sistemica e di collaborazione.

Sulla base di questo principio:

- relazione coerente con il principio = risultato compreso fra 67 e 100%
- relazione parzialmente coerente con il principio = risultato compreso fra 33-66%
- relazione non coerente con il principio = 0-32%



## Dipartimento di Area chirurgica

### SS.CC. Chirurgia Generale

Gli obiettivi che seguono riguardano la SC Chirurgia Generale Ciriè, la SC Chirurgia Generale Chivasso e la SC Chirurgia Generale Ivrea:

- 1) attività: definizione di un piano annuale di utilizzo delle sale operatorie all'interno dei blocchi operatori del relativo Presidio Ospedaliero, condiviso e validato dalla Direzione del Dipartimento chirurgico e dalle Direzioni Mediche, finalizzato:
  - 1.1) al rispetto tempi di attesa definiti dagli standard regionali per gli interventi individuati dagli obiettivi dell'Assessorato Sanità
  - 1.2) alla riduzione della mobilità passiva chirurgica per chirurgia addominale minore  $\geq 10\%$  dei casi rispetto a quella registrata nel 2018;
- 2) costi: miglioramento 5% rapporto costi produzione/valore produzione rispetto al 2018 per il 2019 e di un ulteriore 2% per il 2020

**-raggiungimento obiettivi 1, 1.1, 1.2, 2 di ugual peso (4 obiettivi) = 100% complessivamente**

- **Indicatore : relazione tecnico economica**

Per valutare il raggiungimento dell'obiettivo è necessario conoscere l'intenzione della Direzione Strategica che è quello di considerare il valore della performance quale la capacità di interpretazione dei principi contenuti negli obiettivi dal punto di vista della coerenza con la attività narrata nella relazione in un ambito di una visione sistemica, che abbia saputo cogliere sia il sistema che le sue interrelazioni finalizzate alla creazione di quel grado di collaborazione con tutte le strutture aziendali , e con gli attori rilevanti esterni, che alla fine incidono sul raggiungimento. In sostanza nessun obiettivo può essere raggiunto al chiuso del proprio orticello di guerra.

In questo caso la relazione dovrà riportare i dati quantitativi a confronto con quelli oggetto degli obiettivi e dovrà contenere le operazioni organizzative attuate finalizzate al raggiungimento degli stessi con una valutazione sistemica e che riporti il grado di collaborazione ricercato e raggiunto con le altre strutture aziendali e con gli attori rilevanti esterni. La valutazione sarà effettuata non esclusivamente sui dati quantitativi ma anche sulla coerenza delle operazioni organizzative attivate in una logica sistemica e di collaborazione.

Sulla base di questo principio:

- relazione coerente con il principio = risultato compreso fra 67 e 100%
- relazione parzialmente coerente con il principio = risultato compreso fra 33-66%
- relazione non coerente con il principio = 0-32%

### SC Oculistica

- 1) attività: definizione di un piano annuale di utilizzo delle sale operatorie all'interno dei blocchi operatori del relativo Presidio Ospedaliero, condiviso e validato dalla Direzione del Dipartimento chirurgico, finalizzato alla riduzione tempi di attesa per chirurgia ambulatoriale complessa attraverso una crescita del 20% dei casi effettuati nel 2018,
- 2) attività: definizione con la direzione dei distretti di riferimento di piani di attività integrata ospedale/territorio nell'ambito del piano della cronicità
- 3) costi: miglioramento 5% rapporto costi produzione/valore produzione rispetto al 2018 per il 2019 e di un ulteriore 2% per il 2020

**-raggiungimento obiettivi da 1 a 3 di ugual peso = 100% complessivamente**

**- Indicatore: relazione tecnico economica**

Per valutare il raggiungimento dell'obiettivo è necessario conoscere l'intenzione della Direzione Strategica che è quello di considerare il valore della performance quale la capacità di interpretazione dei principi contenuti negli obiettivi dal punto di vista della coerenza con la attività narrata nella relazione in un ambito di una visione sistemica, che abbia saputo cogliere sia il sistema che le sue interrelazioni finalizzate alla creazione di quel grado di collaborazione con tutte le strutture aziendali , e con gli attori rilevanti esterni, che alla fine incidono sul raggiungimento. In sostanza nessun obiettivo può essere raggiunto al chiuso del proprio orticello di guerra.

In questo caso la relazione dovrà riportare i dati quantitativi a confronto con quelli oggetto degli obiettivi e dovrà contenere le operazioni organizzative attuate finalizzate al raggiungimento degli stessi con una valutazione sistemica e che riporti il grado di collaborazione ricercato e raggiunto con le altre strutture aziendali e con gli attori rilevanti esterni. La valutazione sarà effettuata non esclusivamente sui dati quantitativi ma anche sulla coerenza delle operazioni organizzative attivate in una logica sistemica e di collaborazione.

Sulla base di questo principio:

- relazione coerente con il principio = risultato compreso fra 67 e 100%
- relazione parzialmente coerente con il principio = risultato compreso fra 33-66%
- relazione non coerente con il principio = 0-32%

## **SS.CC. ORL**

Gli obiettivi che seguono riguardano la SC ORL Chivasso/Ivrea e la SC ORL Ciriè e ORL territoriale ASL TO4:

- 1) attività: definizione di un piano annuale di utilizzo delle sale operatorie all'interno dei blocchi operatori dei relativi Presidio Ospedalieri, condiviso e validato dalla Direzione del Dipartimento chirurgico, finalizzato alla riduzione dei tempi di attesa chirurgici per quelle patologie ove la stessa lista lo richieda nell'interesse dei pazienti, anche al fine della riduzione della mobilità passiva;
- 2) attività: incremento prestazioni ambulatoriali di audiometria al fine della riduzione degli attuali tempi di attesa
- 3) costi: miglioramento del 5% del rapporto costi produzione/valore produzione rispetto al 2018 per il 2019 e di un ulteriore 2% per il 2020

**-raggiungimento obiettivi da 1 a 3 di ugual peso = 100% complessivamente**

- **Indicatore : relazione tecnico economica**

Per valutare il raggiungimento dell'obiettivo è necessario conoscere l'intenzione della Direzione Strategica che è quello di considerare il valore della performance quale la capacità di interpretazione dei principi contenuti negli obiettivi dal punto di vista della coerenza con la attività narrata nella relazione in un ambito di una visione sistemica, che abbia saputo cogliere sia il sistema che le sue interrelazioni finalizzate alla creazione di quel grado di collaborazione con tutte le strutture aziendali, e con gli attori rilevanti esterni, che alla fine incidono sul raggiungimento. In sostanza nessun obiettivo può essere raggiunto al chiuso del proprio orticello di guerra.

In questo caso la relazione dovrà riportare i dati quantitativi a confronto con quelli oggetto degli obiettivi e dovrà contenere le operazioni organizzative attuate finalizzate al raggiungimento degli stessi con una valutazione sistemica e che riporti il grado di collaborazione ricercato e raggiunto con le altre strutture aziendali e con gli attori rilevanti esterni. La valutazione sarà effettuata non esclusivamente sui dati quantitativi ma anche sulla coerenza delle operazioni organizzative attivate in una logica sistemica e di collaborazione.

Sulla base di questo principio:

Sulla base di questo principio:

- relazione coerente con il principio = risultato compreso fra 67 e 100%
- relazione parzialmente coerente con il principio = risultato compreso fra 33-66%
- relazione non coerente con il principio = 0-32%

## **SS.CC. Ortopedia**

Gli obiettivi che seguono riguardano la SC Ortopedia Chivasso, SC Ortopedia Ciriè e la SC Ortopedia Ivrea:

1) attività: definizione di un piano annuale di utilizzo delle sale operatorie all'interno dei blocchi operatori dei relativi Presidio Ospedalieri, condiviso e validato dalla Direzione del Dipartimento chirurgico e dalla Direzione Medica, finalizzato:

1.1 alla riduzione tempi di attesa chirurgici per quelle patologie ove la stessa lista lo richieda nell'interesse dei pazienti, anche al fine della riduzione della mobilità passiva;

1.2 al rispetto dei tempi di attesa indicati dalla Regione anche come obiettivi di esito (PNE)

2) costi: miglioramento 5% rapporto costi produzione/valore produzione rispetto al 2018 per il 2019 e di un ulteriore 2% per il 2020

**-raggiungimento obiettivi 1, 1.1, 1.2, 2 (4 obiettivi) = 100% - dicotomico**

- **Indicatore : relazione tecnico economica**

Per valutare il raggiungimento dell'obiettivo è necessario conoscere l'intenzione della Direzione Strategica che è quello di considerare il valore della performance quale la capacità di interpretazione dei principi contenuti negli obiettivi dal punto di vista della coerenza con la attività narrata nella relazione in un ambito di una visione sistemica, che abbia saputo cogliere sia il sistema che le sue interrelazioni finalizzate alla creazione di quel grado di collaborazione con tutte le strutture aziendali , e con gli attori rilevanti esterni, che alla fine incidono sul raggiungimento. In sostanza nessun obiettivo può essere raggiunto al chiuso del proprio orticello di guerra.

In questo caso la relazione dovrà riportare i dati quantitativi a confronto con quelli oggetto degli obiettivi e dovrà contenere le operazioni organizzative attuate finalizzate al raggiungimento degli stessi con una valutazione sistemica e che riporti il grado di collaborazione ricercato e raggiunto con le altre strutture aziendali e con gli attori rilevanti esterni. La valutazione sarà effettuata non esclusivamente sui dati quantitativi ma anche sulla coerenza delle operazioni organizzative attivate in una logica sistemica e di collaborazione.

Sulla base di questo principio:

- relazione coerente con il principio = risultato compreso fra 67 e 100%
- relazione parzialmente coerente con il principio = risultato compreso fra 33-66%
- relazione non coerente con il principio = 0-32%

## **SC Urologia**

1) attività: definizione di un piano annuale di utilizzo delle sale operatorie all'interno dei blocchi operatori del relativo Presidio Ospedaliero, condiviso e validato dalla Direzione del Dipartimento chirurgico e dalle Direzioni Mediche, finalizzato:

1.1 alla riduzione DEI TEMPI DI ATTESA PER CHIERURGIA urologica minore attraverso una crescita  $\geq 30\%$  dei casi rispetto a quella registrata nel 2018;

- 2) costi: miglioramento 5% rapporto costi produzione/valore produzione rispetto al 2018 per il 2019 e di un ulteriore 2% per il 2020

**-raggiungimento obiettivi 1, 1.1, 2 di ugual peso (3 obiettivi) = 100% complessivamente**

- **Indicatore : relazione tecnico economica**

Per valutare il raggiungimento dell'obiettivo è necessario conoscere l'intenzione della Direzione Strategica che è quello di considerare il valore della performance quale la capacità di interpretazione dei principi contenuti negli obiettivi dal punto di vista della coerenza con la attività narrata nella relazione in un ambito di una visione sistemica, che abbia saputo cogliere sia il sistema che le sue interrelazioni finalizzate alla creazione di quel grado di collaborazione con tutte le strutture aziendali , e con gli attori rilevanti esterni, che alla fine incidono sul raggiungimento. In sostanza nessun obiettivo può essere raggiunto al chiuso del proprio orticello di guerra.

In questo caso la relazione dovrà riportare i dati quantitativi a confronto con quelli oggetto degli obiettivi e dovrà contenere le operazioni organizzative attuate finalizzate al raggiungimento degli stessi con una valutazione sistemica e che riporti il grado di collaborazione ricercato e raggiunto con le altre strutture aziendali e con gli attori rilevanti esterni. La valutazione sarà effettuata non esclusivamente sui dati quantitativi ma anche sulla coerenza delle operazioni organizzative attivate in una logica sistemica e di collaborazione.

Sulla base di questo principio:

- relazione coerente con il principio = risultato compreso fra 67 e 100%
  - relazione parzialmente coerente con il principio = risultato compreso fra 33-66%
- relazione non coerente con il principio = 0-32%

## **SSD Oculistica Ambulatoriale Complessa**

- 1) attività: definizione di un piano annuale di utilizzo delle sale operatorie all'interno di tutti i blocchi operatori aziendali, condiviso e validato dalla Direzione del Dipartimento chirurgico e delle Direzioni Mediche, finalizzato al raggiungimento del maggiore livello di efficienza per la riduzione del tempo di attesa per l'intervento di cataratta;
- 2) attività: aumento atteso numero interventi cataratta ambulatoriale complessa tra 50 e 70 mese dalla data di effettiva entrata in funzione operativa
- 3) costi: incremento valore della produzione di specialistica ambulatoriale complessa tra il 30% ed il 50% annuale a partire dalla data di effettiva entrata in funzione operativa rispetto al valore della produzione 2018 con collegati costi di produzione incrementali non superiori al 30% della effettiva maggiore produzione rilevata

### **-raggiungimento obiettivi da 1 a 3 di ugual peso = 100% complessivamente**

- **Indicatore : relazione tecnico economica**

Per valutare il raggiungimento dell'obiettivo è necessario conoscere l'intenzione della Direzione Strategica che è quello di considerare il valore della performance quale la capacità di interpretazione dei principi contenuti negli obiettivi dal punto di vista della coerenza con la attività narrata nella relazione in un ambito di una visione sistemica, che abbia saputo cogliere sia il sistema che le sue interrelazioni finalizzate alla creazione di quel grado di collaborazione con tutte le strutture aziendali , e con gli attori rilevanti esterni, che alla fine incidono sul raggiungimento. In sostanza nessun obiettivo può essere raggiunto al chiuso del proprio orticello di guerra.

In questo caso la relazione dovrà riportare i dati quantitativi a confronto con quelli oggetto degli obiettivi e dovrà contenere le operazioni organizzative attuate finalizzate al raggiungimento degli stessi con una valutazione sistemica e che riporti il grado di collaborazione ricercato e raggiunto con le altre strutture aziendali e con gli attori rilevanti esterni. La valutazione sarà effettuata non esclusivamente sui dati quantitativi ma anche sulla coerenza delle operazioni organizzative attivate in una logica sistemica e di collaborazione.

Sulla base di questo principio:

- relazione coerente con il principio = risultato compreso fra 67 e 100%
- relazione parzialmente coerente con il principio = risultato compreso fra 33-66%
- relazione non coerente con il principio = 0-32%

## Dipartimento di Area diagnostica

### Gruppo di Progetto Radiologia

Gli obiettivi si riferiscono alle SS.CC. Radiologia Chivasso, Radiologia Ciriè e Radiologia Ivrea.

#### Obiettivi specifici di attività:

- apertura servizi sino alle ore 20 nei giorni feriali
- apertura 9/12 il sabato

Per :

- 1) riduzione liste attesa prestazioni dove si superano i tempi standard
- 2) riduzione mobilità passiva infraregione per ambulatoriale
- 3) crescita del 10% valore della produzione diagnostica appropriata
- 4) riduzione produzione esami inappropriati del 10%
- 5) riduzione esami inappropriati per PS (in collaborazione con DEA/PS)
- 6) definizione con la direzione dei distretti di riferimento di piani di attività integrata ospedale/territorio nell'ambito del piano della cronicità

#### Obiettivi specifici di razionalizzazione della spesa:

- 7) riduzione 20% costo orario gestione macchinari
- 8) miglioramento del 10% rapporto costo del personale/valore complessivo della produzione

#### **-raggiungimento obiettivi da 1 a 8 di ugual peso = 100% complessivamente**

- **Indicatore: relazione tecnico economica**

Per valutare il raggiungimento dell'obiettivo è necessario conoscere l'intenzione della Direzione Strategica che è quello di considerare il valore della performance quale la capacità di interpretazione dei principi contenuti negli obiettivi dal punto di vista della coerenza con la attività narrata nella relazione in un ambito di una visione sistemica, che abbia saputo cogliere sia il sistema che le sue interrelazioni finalizzate alla creazione di quel grado di collaborazione con tutte le strutture aziendali, e con gli attori rilevanti esterni, che alla fine incidono sul raggiungimento. In sostanza nessun obiettivo può essere raggiunto al chiuso del proprio orticello di guerra.

In questo caso la relazione dovrà riportare i dati quantitativi a confronto con quelli oggetto degli obiettivi e dovrà contenere le operazioni organizzative attuate finalizzate al raggiungimento degli stessi con una valutazione sistemica e che riporti il grado di collaborazione ricercato e raggiunto con le altre strutture aziendali e con gli attori rilevanti esterni. La valutazione sarà effettuata non esclusivamente sui dati quantitativi ma anche sulla coerenza delle operazioni organizzative attivate in una logica sistemica e di collaborazione.

Sulla base di questo principio:

- relazione coerente con il principio = risultato compreso fra 67 e 100%

- relazione parzialmente coerente con il principio = risultato compreso fra 33-66%
- relazione non coerente con il principio = 0-32%

### **SC Laboratorio Analisi**

- 1) attività: redazione progetto uniforme per tutti i Presidi Ospedalieri per la standardizzazione degli esami di laboratorio per interni secondo principio di appropriatezza e di choosing wisely con la definizione di percorsi condivisi con il dipartimento medico e con il dipartimento chirurgico con l'obiettivo della riduzione del 15% nel 2019 e del 20% nel 2020
- 2) attività: riduzione esami laboratorio per accessi di pronto soccorso attraverso definizione di percorsi condivisi con il DEA ed i PS aziendali con l'obiettivo della riduzione del 15% nel 2019 e del 20% nel 2020
- 3) attività: definizione con la direzione dei distretti di riferimento di piani di attività integrata ospedale/territorio nell'ambito del piano della cronicità
- 4) costi: miglioramento 5% rapporto costi produzione/valore produzione rispetto al 2018 per il 2019 e di un ulteriore 2% per il 2020

**-raggiungimento obiettivi da 1 a 4 di ugual peso = 100% complessivamente**

- **Indicatore: relazione tecnico economica**

Per valutare il raggiungimento dell'obiettivo è necessario conoscere l'intenzione della Direzione Strategica che è quello di considerare il valore della performance quale la capacità di interpretazione dei principi contenuti negli obiettivi dal punto di vista della coerenza con la attività narrata nella relazione in un ambito di una visione sistemica, che abbia saputo cogliere sia il sistema che le sue interrelazioni finalizzate alla creazione di quel grado di collaborazione con tutte le strutture aziendali , e con gli attori rilevanti esterni, che alla fine incidono sul raggiungimento. In sostanza nessun obiettivo può essere raggiunto al chiuso del proprio orticello di guerra.

In questo caso la relazione dovrà riportare i dati quantitativi a confronto con quelli oggetto degli obiettivi e dovrà contenere le operazioni organizzative attuate finalizzate al raggiungimento degli stessi con una valutazione sistemica e che riporti il grado di collaborazione ricercato e raggiunto con le altre strutture aziendali e con gli attori rilevanti esterni. La valutazione sarà effettuata non esclusivamente sui dati quantitativi ma anche sulla coerenza delle operazioni organizzative attivate in una logica sistemica e di collaborazione.

Sulla base di questo principio:

- relazione coerente con il principio = risultato compreso fra 67 e 100%
- relazione parzialmente coerente con il principio = risultato compreso fra 33-66%
- relazione non coerente con il principio = 0-32%

### **SC Radioterapia Oncologica**

- 1) attività: attivazione entro il 31.12.2019 del nuovo acceleratore lineare



- 2) attività: rispetto dei tempi di erogazione delle prestazioni previsti dai PDTA oncologici
- 3) costi: miglioramento 5% rapporto costi produzione/valore produzione rispetto al 2018 per il 2019 e di un ulteriore 2% per il 2020

**-raggiungimento obiettivi da 1 a 3 di ugual peso = 100% complessivamente**

- **Indicatore: relazione tecnico economica**

Per valutare il raggiungimento dell'obiettivo è necessario conoscere l'intenzione della Direzione Strategica che è quello di considerare il valore della performance quale la capacità di interpretazione dei principi contenuti negli obiettivi dal punto di vista della coerenza con la attività narrata nella relazione in un ambito di una visione sistemica, che abbia saputo cogliere sia il sistema che le sue interrelazioni finalizzate alla creazione di quel grado di collaborazione con tutte le strutture aziendali , e con gli attori rilevanti esterni, che alla fine incidono sul raggiungimento. In sostanza nessun obiettivo può essere raggiunto al chiuso del proprio orticello di guerra.

In questo caso la relazione dovrà riportare i dati quantitativi a confronto con quelli oggetto degli obiettivi e dovrà contenere le operazioni organizzative attuate finalizzate al raggiungimento degli stessi con una valutazione sistemica e che riporti il grado di collaborazione ricercato e raggiunto con le altre strutture aziendali e con gli attori rilevanti esterni. La valutazione sarà effettuata non esclusivamente sui dati quantitativi ma anche sulla coerenza delle operazioni organizzative attivate in una logica sistemica e di collaborazione.

Sulla base di questo principio:

- relazione coerente con il principio = risultato compreso fra 67 e 100%
- relazione parzialmente coerente con il principio = risultato compreso fra 33-66%
- relazione non coerente con il principio = 0-32%

## **SC Anatomia Patologica**

- 1) attività: consolidamento nuove attività 2018 e definizione catalogo prestazioni con relativo cronoprogramma e tempistiche di produzione
- 2) attività: refertazione tempestiva ai fini del rispetto dei tempi di erogazione dei trattamenti oncologici previsti dai PDTA
- 3) costi: miglioramento 5% rapporto costi produzione/valore produzione rispetto al 2018 per il 2019 e di un ulteriore 2% per il 2020

**-raggiungimento obiettivi da 1 a 3 di ugual peso = 100% complessivamente**

- **Indicatore : relazione tecnico economica**

Per valutare il raggiungimento dell'obiettivo è necessario conoscere l'intenzione della Direzione Strategica che è quello di considerare il valore della performance quale la

capacità di interpretazione dei principi contenuti negli obiettivi dal punto di vista della coerenza con la attività narrata nella relazione in un ambito di una visione sistemica, che abbia saputo cogliere sia il sistema che le sue interrelazioni finalizzate alla creazione di quel grado di collaborazione con tutte le strutture aziendali , e con gli attori rilevanti esterni, che alla fine incidono sul raggiungimento. In sostanza nessun obiettivo può essere raggiunto al chiuso del proprio orticello di guerra.

In questo caso la relazione dovrà riportare i dati quantitativi a confronto con quelli oggetto degli obiettivi e dovrà contenere le operazioni organizzative attuate finalizzate al raggiungimento degli stessi con una valutazione sistemica e che riporti il grado di collaborazione ricercato e raggiunto con le altre strutture aziendali e con gli attori rilevanti esterni. La valutazione sarà effettuata non esclusivamente sui dati quantitativi ma anche sulla coerenza delle operazioni organizzative attivate in una logica sistemica e di collaborazione.

Sulla base di questo principio:

- relazione coerente con il principio = risultato compreso fra 67 e 100%
- relazione parzialmente coerente con il principio = risultato compreso fra 33-66%
- relazione non coerente con il principio = 0-32%

### **SC Servizio Trasfusionale**

- 1) attività: consolidamento standard prestazionali comuni e definizione catalogo delle prestazioni con descrizione delle modalità operative
- 2) attività: piena integrazione organizzativa delle risorse umane e tecnologiche presenti nelle diverse sedi aziendali nello svolgimento dell'attività del servizio
- 3) miglioramento 5% rapporto costi produzione/valore produzione rispetto al 2018 per il 2019 e di un ulteriore 2% per il 2020

**-raggiungimento obiettivi da 1 a 3 di ugual peso = 100% complessivamente**

- **Indicatore : relazione tecnico economica**

Per valutare il raggiungimento dell'obiettivo è necessario conoscere l'intenzione della Direzione Strategica che è quello di considerare il valore della performance quale la capacità di interpretazione dei principi contenuti negli obiettivi dal punto di vista della coerenza con la attività narrata nella relazione in un ambito di una visione sistemica, che abbia saputo cogliere sia il sistema che le sue interrelazioni finalizzate alla creazione di quel grado di collaborazione con tutte le strutture aziendali , e con gli attori rilevanti esterni, che alla fine incidono sul raggiungimento. In sostanza nessun obiettivo può essere raggiunto al chiuso del proprio orticello di guerra.

In questo caso la relazione dovrà riportare i dati quantitativi a confronto con quelli oggetto degli obiettivi e dovrà contenere le operazioni organizzative attuate finalizzate al raggiungimento degli stessi con una valutazione sistemica e che riporti il grado di collaborazione ricercato e raggiunto con le altre strutture aziendali e con gli attori rilevanti

esterni. La valutazione sarà effettuata non esclusivamente sui dati quantitativi ma anche sulla coerenza delle operazioni organizzative attivate in una logica sistemica e di collaborazione.

Sulla base di questo principio:

- relazione coerente con il principio = risultato compreso fra 67 e 100%
- relazione parzialmente coerente con il principio = risultato compreso fra 33-66%
- relazione non coerente con il principio = 0-32%

### **SSD Senologia e Screening Mammografico**

- 1) attività: adesione obiettivi prestazionali definiti dalla Regione
- 2) costi: riduzione 5% costi di produzione rispetto al 2018

**-raggiungimento obiettivi da 1 a 2 di ugual peso = 100% complessivamente**

- **Indicatore : relazione tecnico economica**

Per valutare il raggiungimento dell'obiettivo è necessario conoscere l'intenzione della Direzione Strategica che è quello di considerare il valore della performance quale la capacità di interpretazione dei principi contenuti negli obiettivi dal punto di vista della coerenza con la attività narrata nella relazione in un ambito di una visione sistemica, che abbia saputo cogliere sia il sistema che le sue interrelazioni finalizzate alla creazione di quel grado di collaborazione con tutte le strutture aziendali , e con gli attori rilevanti esterni, che alla fine incidono sul raggiungimento. In sostanza nessun obiettivo può essere raggiunto al chiuso del proprio orticello di guerra.

In questo caso la relazione dovrà riportare i dati quantitativi a confronto con quelli oggetto degli obiettivi e dovrà contenere le operazioni organizzative attuate finalizzate al raggiungimento degli stessi con una valutazione sistemica e che riporti il grado di collaborazione ricercato e raggiunto con le altre strutture aziendali e con gli attori rilevanti esterni. La valutazione sarà effettuata non esclusivamente sui dati quantitativi ma anche sulla coerenza delle operazioni organizzative attivate in una logica sistemica e di collaborazione.

Sulla base di questo principio:

- relazione coerente con il principio = risultato compreso fra 67 e 100%
- relazione parzialmente coerente con il principio = risultato compreso fra 33-66%
- relazione non coerente con il principio = 0-32%

### **SSD Fisica Sanitaria**

- 1) attività: collaborazione con tutte le strutture aziendali per la messa in funzione con relativo collaudo del nuovo acceleratore lineare entro il 31 dicembre 2019
- 2) costi: riduzione 1% costi di produzione rispetto al 2018 nel 2019 e di un ulteriore 2% nel 2020

**-raggiungimento obiettivi da 1 a 2 di ugual peso = 100% complessivamente**

**- *Indicatore : relazione tecnico economica***

Per valutare il raggiungimento dell'obiettivo è necessario conoscere l'intenzione della Direzione Strategica che è quello di considerare il valore della performance quale la capacità di interpretazione dei principi contenuti negli obiettivi dal punto di vista della coerenza con la attività narrata nella relazione in un ambito di una visione sistemica, che abbia saputo cogliere sia il sistema che le sue interrelazioni finalizzate alla creazione di quel grado di collaborazione con tutte le strutture aziendali , e con gli attori rilevanti esterni, che alla fine incidono sul raggiungimento. In sostanza nessun obiettivo può essere raggiunto al chiuso del proprio orticello di guerra.

In questo caso la relazione dovrà riportare i dati quantitativi a confronto con quelli oggetto degli obiettivi e dovrà contenere le operazioni organizzative attuate finalizzate al raggiungimento degli stessi con una valutazione sistemica e che riporti il grado di collaborazione ricercato e raggiunto con le altre strutture aziendali e con gli attori rilevanti esterni. La valutazione sarà effettuata non esclusivamente sui dati quantitativi ma anche sulla coerenza delle operazioni organizzative attivate in una logica sistemica e di collaborazione.

Sulla base di questo principio:

- relazione coerente con il principio = risultato compreso fra 67 e 100%
- relazione parzialmente coerente con il principio = risultato compreso fra 33-66%
- relazione non coerente con il principio = 0-32%

## Dipartimento di Emergenza

### SS. CC. Anestesia e rianimazione

Gli obiettivi che seguono riguardano la SC Anestesia e Rianimazione Chivasso, la SC Anestesia e Rianimazione Ciriè e la SC Anestesia e Rianimazione Ivrea:

- 1) attività: raggiungimento dell'obiettivo regionale inerente le donazioni d'organo e tessuti
- 2) attività: collaborazione con il Dipartimento di Area Chirurgica nella costruzione di un piano di attività dei blocchi operatori finalizzato all'efficientamento della attività operatoria delle diverse specialità per la riduzione dei tempi di attesa degli interventi chirurgici;
- 3) attività: raggiungimento obiettivo GiViTi 2019
- 4) costi: miglioramento 5% rapporto costi produzione/valore produzione rispetto al 2018 per il 2019 e di un ulteriore 2% per il 2020

**-raggiungimento obiettivi da 1 a 4 di ugual peso= 100% complessivamente**

- **Indicatore: relazione tecnico economica**

Per valutare il raggiungimento dell'obiettivo è necessario conoscere l'intenzione della Direzione Strategica che è quello di considerare il valore della performance quale la capacità di interpretazione dei principi contenuti negli obiettivi dal punto di vista della coerenza con la attività narrata nella relazione in un ambito di una visione sistemica, che abbia saputo cogliere sia il sistema che le sue interrelazioni finalizzate alla creazione di quel grado di collaborazione con tutte le strutture aziendali, e con gli attori rilevanti esterni, che alla fine incidono sul raggiungimento. In sostanza nessun obiettivo può essere raggiunto al chiuso del proprio orticello di guerra.

In questo caso la relazione dovrà riportare i dati quantitativi a confronto con quelli oggetto degli obiettivi e dovrà contenere le operazioni organizzative attuate finalizzate al raggiungimento degli stessi con una valutazione sistemica e che riporti il grado di collaborazione ricercato e raggiunto con le altre strutture aziendali e con gli attori rilevanti esterni. La valutazione sarà effettuata non esclusivamente sui dati quantitativi ma anche sulla coerenza delle operazioni organizzative attivate in una logica sistemica e di collaborazione.

Sulla base di questo principio:

- relazione coerente con il principio = risultato compreso fra 67 e 100%
- relazione parzialmente coerente con il principio = risultato compreso fra 33-66%
- relazione non coerente con il principio = 0-32%

### SC MECAU (DEA/PS)

1. riduzione richiesta prestazioni ambulatoriali / diagnostiche del 20%
2. redazione progetto di integrazione clinica/assistenziale condiviso tra medici ed infermieri finalizzato al miglioramento del livello della gestione degli accessi al PS
3. appropriatezza assegnazione codici in entrata (=corretta classificazione all'ingresso)
4. riduzione tempi permanenza e miglioramento umanizzazione

**-raggiungimento obiettivi da 1 a 4 di ugual peso = 100% complessivamente**

- **Indicatore: relazione tecnico economica**

Per valutare il raggiungimento dell'obiettivo è necessario conoscere l'intenzione della Direzione Strategica che è quello di considerare il valore della performance quale la capacità di interpretazione dei principi contenuti negli obiettivi dal punto di vista della coerenza con la attività narrata nella relazione in un ambito di una visione sistemica, che abbia saputo cogliere sia il sistema che le sue interrelazioni finalizzate alla creazione di quel grado di collaborazione con tutte le strutture aziendali , e con gli attori rilevanti esterni, che alla fine incidono sul raggiungimento. In sostanza nessun obiettivo può essere raggiunto al chiuso del proprio orticello di guerra.

In questo caso la relazione dovrà riportare i dati quantitativi a confronto con quelli oggetto degli obiettivi e dovrà contenere le operazioni organizzative attuate finalizzate al raggiungimento degli stessi con una valutazione sistemica e che riporti il grado di collaborazione ricercato e raggiunto con le altre strutture aziendali e con gli attori rilevanti esterni. La valutazione sarà effettuata non esclusivamente sui dati quantitativi ma anche sulla coerenza delle operazioni organizzative attivate in una logica sistemica e di collaborazione.

Sulla base di questo principio:

- relazione coerente con il principio = risultato compreso fra 67 e 100%
- relazione parzialmente coerente con il principio = risultato compreso fra 33-66%
- relazione non coerente con il principio = 0-32%

## **Dipartimento Materno infantile**

### **Gruppo di progetto “ rete pediatrica aziendale”**

Gli obiettivi che seguono riguardano la SC Pediatria Chivasso, la SC Pediatria Ciriè e la SC Pediatria Ivrea:

- 1) attività: definizione protocolli clinici ed assistenziali finalizzati al mantenimento dei livelli di attività quali/quantitativi considerata la difficoltà, al livello nazionale, di reperimento di risorse di pediatri specialisti
- 2) attività: definizione di protocolli clinici ed assistenziali concordati con i Pediatri di Libera Scelta per favorire la gestione dei pazienti in continuità assistenziale
- 3) costi: miglioramento 1% rapporto costi produzione/valore produzione rispetto al 2018 per il 2019 e di un ulteriore 1% per il 2020

#### **-raggiungimento obiettivi da 1 a 3 di ugual peso = 100% complessivamente**

##### **- *Indicatore : relazione tecnico economica***

Per valutare il raggiungimento dell'obiettivo è necessario conoscere l'intenzione della Direzione Strategica che è quello di considerare il valore della performance quale la capacità di interpretazione dei principi contenuti negli obiettivi dal punto di vista della coerenza con la attività narrata nella relazione in un ambito di una visione sistemica, che abbia saputo cogliere sia il sistema che le sue interrelazioni finalizzate alla creazione di quel grado di collaborazione con tutte le strutture aziendali , e con gli attori rilevanti esterni, che alla fine incidono sul raggiungimento. In sostanza nessun obiettivo può essere raggiunto al chiuso del proprio orticello di guerra.

In questo caso la relazione dovrà riportare i dati quantitativi a confronto con quelli oggetto degli obiettivi e dovrà contenere le operazioni organizzative attuate finalizzate al raggiungimento degli stessi con una valutazione sistemica e che riporti il grado di collaborazione ricercato e raggiunto con le altre strutture aziendali e con gli attori rilevanti esterni. La valutazione sarà effettuata non esclusivamente sui dati quantitativi ma anche sulla coerenza delle operazioni organizzative attivate in una logica sistemica e di collaborazione.

Sulla base di questo principio:

- relazione coerente con il principio = risultato compreso fra 67 e 100%
- relazione parzialmente coerente con il principio = risultato compreso fra 33-66%
- relazione non coerente con il principio = 0-32%

### **SS.CC. Ostetricia/Ginecologia**

Gli obiettivi che seguono riguardano la SC Ostetricia/Ginecologia Chivasso, la SC Ostetricia/Ginecologia Ciriè e la SC Ostetricia/Ginecologia Ivrea:

- 1) attività: definizione di un piano annuale di utilizzo delle sale operatorie all'interno dei blocchi operatori dei relativi Presidio Ospedalieri, condiviso e validato dalla Direzione del Dipartimento chirurgico e dalla Direzione Medica, finalizzato alla riduzione tempi di attesa chirurgici per quelle patologie ove la stessa lista lo richieda nell'interesse dei pazienti, anche al fine della riduzione della mobilità passiva;
- 2) attività: mantenere/ridurre la percentuale di tagli cesarei primari al di sotto del 15%
- 3) costi: miglioramento 5% rapporto costi produzione/valore produzione rispetto al 2018 per il 2019 e di un ulteriore 2% per il 2020

**-raggiungimento obiettivi da 1 a 3 di ugual peso = 100% complessivamente**

**- Indicatore: relazione tecnico economica**

Per valutare il raggiungimento dell'obiettivo è necessario conoscere l'intenzione della Direzione Strategica che è quello di considerare il valore della performance quale la capacità di interpretazione dei principi contenuti negli obiettivi dal punto di vista della coerenza con la attività narrata nella relazione in un ambito di una visione sistemica, che abbia saputo cogliere sia il sistema che le sue interrelazioni finalizzate alla creazione di quel grado di collaborazione con tutte le strutture aziendali , e con gli attori rilevanti esterni, che alla fine incidono sul raggiungimento. In sostanza nessun obiettivo può essere raggiunto al chiuso del proprio orticello di guerra.

In questo caso la relazione dovrà riportare i dati quantitativi a confronto con quelli oggetto degli obiettivi e dovrà contenere le operazioni organizzative attuate finalizzate al raggiungimento degli stessi con una valutazione sistemica e che riporti il grado di collaborazione ricercato e raggiunto con le altre strutture aziendali e con gli attori rilevanti esterni. La valutazione sarà effettuata non esclusivamente sui dati quantitativi ma anche sulla coerenza delle operazioni organizzative attivate in una logica sistemica e di collaborazione.

Sulla base di questo principio:

- relazione coerente con il principio = risultato compreso fra 67 e 100%
- relazione parzialmente coerente con il principio = risultato compreso fra 33-66%
- relazione non coerente con il principio = 0-32%

## **SC Neuropsichiatria Infantile**

- 1) attività: definizione di percorsi di transizione verso i servizi per l'età adulta concordati con i servizi che avranno in carico i pazienti



- 2) attività: definizione di modelli di intervento integrati con DSM/Dipartimento per le dipendenze/aree consultoriali nell'ambito di progetti finalizzati alla prevenzione e all'intervento precoce
- 3) costi: rendicontazione mensile degli inserimenti in strutture residenziali e semi residenziali con relativa quantificazione economica al fine del rispetto puntuale attraverso il controllo del budget assegnato sulla base di evidenze cliniche e nel rispetto delle disposizioni regionali.

**-raggiungimento obiettivi da 1 a 3 di ugual peso = 100% complessivamente**

**- *Indicatore: relazione tecnico economica***

Per valutare il raggiungimento dell'obiettivo è necessario conoscere l'intenzione della Direzione Strategica che è quello di considerare il valore della performance quale la capacità di interpretazione dei principi contenuti negli obiettivi dal punto di vista della coerenza con la attività narrata nella relazione in un ambito di una visione sistemica, che abbia saputo cogliere sia il sistema che le sue interrelazioni finalizzate alla creazione di quel grado di collaborazione con tutte le strutture aziendali , e con gli attori rilevanti esterni, che alla fine incidono sul raggiungimento. In sostanza nessun obiettivo può essere raggiunto al chiuso del proprio orticello di guerra.

In questo caso la relazione dovrà riportare i dati quantitativi a confronto con quelli oggetto degli obiettivi e dovrà contenere le operazioni organizzative attuate finalizzate al raggiungimento degli stessi con una valutazione sistemica e che riporti il grado di collaborazione ricercato e raggiunto con le altre strutture aziendali e con gli attori rilevanti esterni. La valutazione sarà effettuata non esclusivamente sui dati quantitativi ma anche sulla coerenza delle operazioni organizzative attivate in una logica sistemica e di collaborazione.

Sulla base di questo principio:

- relazione coerente con il principio = risultato compreso fra 67 e 100%
- relazione parzialmente coerente con il principio = risultato compreso fra 33-66%
- relazione non coerente con il principio = 0-32%

## SSD Consultori

- 1) attività: definizione con la direzione dei distretti di riferimento di piani di attività integrata ospedale/territorio con evidenziazione di luoghi, attività prevista ed obiettivi di salute;
- 2) attività: definizione di attività integrata con le SC Ostetricia e Ginecologia con definizione obiettivi comuni e di sistema Asl To 4
- 3) costi: miglioramento 5% rapporto costi produzione/valore produzione rispetto al 2018 per il 2019 e di un ulteriore 2% per il 2020

### **-raggiungimento obiettivi da 1 a 3 di ugual peso = 100% complessivamente**

#### **- Indicatore: relazione tecnico economica**

Per valutare il raggiungimento dell'obiettivo è necessario conoscere l'intenzione della Direzione Strategica che è quello di considerare il valore della performance quale la capacità di interpretazione dei principi contenuti negli obiettivi dal punto di vista della coerenza con la attività narrata nella relazione in un ambito di una visione sistemica, che abbia saputo cogliere sia il sistema che le sue interrelazioni finalizzate alla creazione di quel grado di collaborazione con tutte le strutture aziendali , e con gli attori rilevanti esterni, che alla fine incidono sul raggiungimento. In sostanza nessun obiettivo può essere raggiunto al chiuso del proprio orticello di guerra.

In questo caso la relazione dovrà riportare i dati quantitativi a confronto con quelli oggetto degli obiettivi e dovrà contenere le operazioni organizzative attuate finalizzate al raggiungimento degli stessi con una valutazione sistemica e che riporti il grado di collaborazione ricercato e raggiunto con le altre strutture aziendali e con gli attori rilevanti esterni. La valutazione sarà effettuata non esclusivamente sui dati quantitativi ma anche sulla coerenza delle operazioni organizzative attivate in una logica sistemica e di collaborazione.

Sulla base di questo principio:

- relazione coerente con il principio = risultato compreso fra 67 e 100%
- relazione parzialmente coerente con il principio = risultato compreso fra 33-66%
- relazione non coerente con il principio = 0-32%

## Dipartimento di Salute Mentale

I seguenti obiettivi riguardano la SC Salute Mentale Chivasso, la SC Salute Mentale Ivrea/Ciriè e la SSD Integrazione progetti territoriali ambulatoriali e residenziali nell'ambito della salute mentale:

- 1) attività: adesione alle disposizioni regionali in tema di residenzialità psichiatrica
- 2) attività: sviluppo centro Asl To 4 diagnosi autismo
- 3) attività: collaborazione con Centro disturbi alimentari
- 4) attività: promozione corretti stili di vita nei pazienti psichiatrici in collaborazione con MMG
- 5) attività: implementazione delle raccomandazioni nazionali su TSO, contenzione fisica, prevenzione del suicidio
- 6) attività: prevenzione e lotta allo stigma sviluppando collaborazioni con Dipartimento di Prevenzione , distretti, Comuni, MMG , associazioni utenti e loro familiari.
- 7) attività: sviluppo di iniziative di collaborazioni con il tessuto imprenditoriale locale al fine di inserimenti lavorativi e loro monitoraggio
- 8) costi: rendicontazione mensile degli inserimenti in strutture residenziali e semi residenziali con relativa quantificazione economica al fine del rispetto puntuale attraverso il controllo del budget assegnato sulla base di evidenze cliniche e nel rispetto delle disposizioni regionali.

**-raggiungimento obiettivi da 1 a 8 di ugual peso = 100% complessivamente**

- **Indicatore: relazione tecnico economica**

Per valutare il raggiungimento dell'obiettivo è necessario conoscere l'intenzione della Direzione Strategica che è quello di considerare il valore della performance quale la capacità di interpretazione dei principi contenuti negli obiettivi dal punto di vista della coerenza con la attività narrata nella relazione in un ambito di una visione sistemica, che abbia saputo cogliere sia il sistema che le sue interrelazioni finalizzate alla creazione di quel grado di collaborazione con tutte le strutture aziendali , e con gli attori rilevanti esterni, che alla fine incidono sul raggiungimento. In sostanza nessun obiettivo può essere raggiunto al chiuso del proprio orticello di guerra.

In questo caso la relazione dovrà riportare i dati quantitativi a confronto con quelli oggetto degli obiettivi e dovrà contenere le operazioni organizzative attuate finalizzate al raggiungimento degli stessi con una valutazione sistemica e che riporti il grado di collaborazione ricercato e raggiunto con le altre strutture aziendali e con gli attori rilevanti esterni. La valutazione sarà effettuata non esclusivamente sui dati quantitativi ma anche sulla coerenza delle operazioni organizzative attivate in una logica sistemica e di collaborazione.

Sulla base di questo principio:

- relazione coerente con il principio = risultato compreso fra 67 e 100%
- relazione parzialmente coerente con il principio = risultato compreso fra 33-66%
- relazione non coerente con il principio = 0-32%

## Dipartimento delle Dipendenze

Gli obiettivi assegnati alla SC Ser.D. Ivrea sono:

- 1) attività: definizione di modelli di intervento integrati con NPI/ DSM/ consultoriali nell'ambito di progetti finalizzati alla prevenzione e all'intervento precoce nei confronti dei minori
- 2) attività: rivalutazione dei pazienti in carico ai servizi pubblici in comunità terapeutica per verificare la persistenza dei criteri di ammissione e, in caso di variazione, aggiornamento del piano di cura e collocazione in adeguato setting
- 3) attività: sviluppo di iniziative di collaborazioni con il tessuto imprenditoriale locale al fine di inserimenti lavorativi e loro monitoraggio
- 4) attività: definizione e rivisitazione programmi di coinvolgimento dei MMG sin dall'inizio dei programmi terapeutici per rafforzare modalità di rapporto dinamico con reciproco scambio di informazioni e consegne
- 5) attività: rafforzamento iniziative di informazione e di sensibilizzazione rivolte alle famiglie concreti le problematiche dell'adolescenza, le difficoltà educative, i fattori di rischio e di protezione dal disagio, il miglioramento della comunicazione intergenerazionale, la trasmissione di valori positivi alla crescita, all'autoresponsabilizzazione ed alla emancipazione
- 6) costi: rendicontazione mensile degli inserimenti in strutture residenziali e semi residenziali con relativa quantificazione economica al fine del rispetto puntuale attraverso il controllo del budget assegnato sulla base di evidenze cliniche e nel rispetto delle disposizioni regionali.

**-raggiungimento obiettivi da 1 a 6 di ugual peso = 100% complessivamente**

- **Indicatore: relazione tecnico economica**

Per valutare il raggiungimento dell'obiettivo è necessario conoscere l'intenzione della Direzione Strategica che è quello di considerare il valore della performance quale la capacità di interpretazione dei principi contenuti negli obiettivi dal punto di vista della coerenza con la attività narrata nella relazione in un ambito di una visione sistemica, che abbia saputo cogliere sia il sistema che le sue interrelazioni finalizzate alla creazione di quel grado di collaborazione con tutte le strutture aziendali , e con gli attori rilevanti esterni, che alla fine incidono sul raggiungimento. In sostanza nessun obiettivo può essere raggiunto al chiuso del proprio orticello di guerra.

In questo caso la relazione dovrà riportare i dati quantitativi a confronto con quelli oggetto degli obiettivi e dovrà contenere le operazioni organizzative attuate finalizzate al raggiungimento degli stessi con una valutazione sistemica e che riporti il grado di collaborazione ricercato e raggiunto con le altre strutture aziendali e con gli attori rilevanti esterni. La valutazione sarà effettuata non esclusivamente sui dati quantitativi ma anche sulla coerenza delle operazioni organizzative attivate in una logica sistemica e di collaborazione.

Sulla base di questo principio:

- relazione coerente con il principio = risultato compreso fra 67 e 100%
- relazione parzialmente coerente con il principio = risultato compreso fra 33-66%
- relazione non coerente con il principio = 0-32%

## Dipartimento di Prevenzione

Per tutte le SC e le SSD afferenti al dipartimento gli **obiettivi specifici** sono:

- 1) attività: attuazione del piano locale della prevenzione in riferimento agli adempimenti previsti per il biennio 2019/2020
- 2) attività: adesione a tutti gli obiettivi fissati dalla Regione Piemonte per il biennio 2019/2020 nella parte di specifico riferimento ed anche con lo sviluppo di azioni integrate con le strutture interessate dai medesimi obiettivi
- 3) attività: promozione e supporto allo sviluppo di progetti per il benessere psico-fisico degli operatori dell'ASL TO4
- 4) attività: promozione e supporto all'attivazione di progetti di *pet therapy* nelle strutture aziendali
- 5) attività: promozione e supporto allo sviluppo di progetti, rivolti alle scuole elementari e medie, di conoscenza e rispetto del mondo animale
- 6) costi: riduzione dell'1% per il 2019 e di un ulteriore 2% per il 2020 dei costi di produzione

**-raggiungimento obiettivi da 1 a 5 di ugual peso = 50%. Il restante 50% è riconosciuto al raggiungimento degli obiettivi generali assegnati (vd. oltre)**

- **Indicatore: relazione tecnico economica**

Per valutare il raggiungimento dell'obiettivo è necessario conoscere l'intenzione della Direzione Strategica che è quello di considerare il valore della performance quale la capacità di interpretazione dei principi contenuti negli obiettivi dal punto di vista della coerenza con la attività narrata nella relazione in un ambito di una visione sistemica, che abbia saputo cogliere sia il sistema che le sue interrelazioni finalizzate alla creazione di quel grado di collaborazione con tutte le strutture aziendali , e con gli attori rilevanti esterni, che alla fine incidono sul raggiungimento. In sostanza nessun obiettivo può essere raggiunto al chiuso del proprio orticello di guerra.

In questo caso la relazione dovrà riportare i dati quantitativi a confronto con quelli oggetto degli obiettivi e dovrà contenere le operazioni organizzative attuate finalizzate al raggiungimento degli stessi con una valutazione sistemica e che riporti il grado di collaborazione ricercato e raggiunto con le altre strutture aziendali e con gli attori rilevanti esterni. La valutazione sarà effettuata non esclusivamente sui dati quantitativi ma anche sulla coerenza delle operazioni organizzative attivate in una logica sistemica e di collaborazione.

Sulla base di questo principio, per la valutazione degli obiettivi specifici:

- relazione coerente con il principio = risultato compreso fra 33,3 e 50%
- relazione parzialmente coerente con il principio = risultato compreso fra 16,6-33,2%
- relazione non coerente con il principio = 0-16,5%

Gli **obiettivi generali** assegnati alle strutture in oggetto sono elencati di seguito (per i dettagli informativi e i pesi assegnati ai singoli obiettivi generali si rimanda all'**allegato 1**):

2G) riduzione del 5% costi di produzione relativi a beni e servizi, sanitari e non

6G) obiettivi di qualità prestazionale (area osteomuscolare, tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI, appropriatezza dei tagli cesarei, colecistectomia laparoscopica, screening oncologici, vaccini, donazioni d'organo, protocollo ERAS, umanizzazione).

## Strutture afferenti al Direttore Generale

### SS Medico competente

- 1) attività: messa in atto di tutte le operazioni organizzative ed operative al fine di favorire la celere entrata in servizio delle risorse umane assunte attraverso pubblici concorsi, effettuati direttamente ovvero attraverso l'utilizzo di graduatorie di pubblici concorsi effettuati da altre Asl/AO/AOU ovvero attraverso procedure di mobilità
- 2) attività: incremento della percentuale di operatori vaccinati (vaccinazione antinfluenzale)
- 3) costi: riduzione dell'1% per il 2019 e di un ulteriore 2% per il 2020 dei costi di produzione

**-raggiungimento obiettivi da 1 a 3 di ugual peso = 100% complessivamente**

- **Indicatore: relazione tecnica ed economica**

Per valutare il raggiungimento dell'obiettivo è necessario conoscere l'intenzione della Direzione Strategica che è quello di considerare il valore della performance quale la capacità di interpretazione dei principi contenuti negli obiettivi dal punto di vista della coerenza con la attività narrata nella relazione in un ambito di una visione sistemica, che abbia saputo cogliere sia il sistema che le sue interrelazioni finalizzate alla creazione di quel grado di collaborazione con tutte le strutture aziendali , e con gli attori rilevanti esterni, che alla fine incidono sul raggiungimento. In sostanza nessun obiettivo può essere raggiunto al chiuso del proprio orticello di guerra.

In questo caso la relazione dovrà riportare i dati quantitativi a confronto con quelli oggetto degli obiettivi e dovrà contenere le operazioni organizzative attuate finalizzate al raggiungimento degli stessi con una valutazione sistemica e che riporti il grado di collaborazione ricercato e raggiunto con le altre strutture aziendali e con gli attori rilevanti esterni. La valutazione sarà effettuata non esclusivamente sui dati quantitativi ma anche sulla coerenza delle operazioni organizzative attivate in una logica sistemica e di collaborazione.

Sulla base di questo principio:

- relazione coerente con il principio = risultato compreso fra 67 e 100%
- relazione parzialmente coerente con il principio = risultato compreso fra 33-66%
- relazione non coerente con il principio = 0-32%

## Ufficio RSPP

- 1) attività: presa in carico delle procedure necessarie alla definizione dell'aggiornamento del documento di gestione rischio stress lavoro correlato ASL TO 4 nel rispetto del cronoprogramma individuato dal competente servizio della Asl Città di Torino
- 2) costi: riduzione dell'1% per il 2019 e di un ulteriore 2% per il 2020 dei costi di produzione

**-raggiungimento obiettivi da 1 a 2 di ugual peso= 100% complessivamente**

- **Indicatore: relazione tecnica ed economica**

Per valutare il raggiungimento dell'obiettivo è necessario conoscere l'intenzione della Direzione Strategica che è quello di considerare il valore della performance quale la capacità di interpretazione dei principi contenuti negli obiettivi dal punto di vista della coerenza con la attività narrata nella relazione in un ambito di una visione sistemica, che abbia saputo cogliere sia il sistema che le sue interrelazioni finalizzate alla creazione di quel grado di collaborazione con tutte le strutture aziendali , e con gli attori rilevanti esterni, che alla fine incidono sul raggiungimento. In sostanza nessun obiettivo può essere raggiunto al chiuso del proprio orticello di guerra.

In questo caso la relazione dovrà riportare i dati quantitativi a confronto con quelli oggetto degli obiettivi e dovrà contenere le operazioni organizzative attuate finalizzate al raggiungimento degli stessi con una valutazione sistemica e che riporti il grado di collaborazione ricercato e raggiunto con le altre strutture aziendali e con gli attori rilevanti esterni. La valutazione sarà effettuata non esclusivamente sui dati quantitativi ma anche sulla coerenza delle operazioni organizzative attivate in una logica sistemica e di collaborazione.

Sulla base di questo principio:

- relazione coerente con il principio = risultato compreso fra 67 e 100%
- relazione parzialmente coerente con il principio = risultato compreso fra 33-66%
- relazione non coerente con il principio = 0-32%



## Ufficio Relazioni Esterne

- 1) attività: collaborazione con la referente per le liste di attesa per definire modalità di comunicazione e dell'informazione al cittadino sui criteri di priorità delle prestazioni nonché sui diritti e doveri degli utenti, privilegiando la rete web ma tenendo conto anche delle fasce di popolazione che per i vari motivi non accedono ad internet,
- 2) attività: creazione sul sito web di una apposita sezione denominata "liste di attesa" di un prospetto standard di monitoraggio dei tempi di attesa, con aggiornamento periodico;
- 3) attività: utilizzo dei nuovi media sia per informare sul funzionamento del sistema di governo sui tempi di attesa, sia per la regolazione del sistema stesso

**-raggiungimento obiettivi da 1 a 3 di ugual peso = 50%. Il restante 50% è riconosciuto al raggiungimento degli obiettivi generali assegnati (vd. oltre)**

### **- Indicatore: relazione tecnica**

Per valutare il raggiungimento dell'obiettivo è necessario conoscere l'intenzione della Direzione Strategica che è quello di considerare il valore della performance quale la capacità di interpretazione dei principi contenuti negli obiettivi dal punto di vista della coerenza con la attività narrata nella relazione in un ambito di una visione sistemica, che abbia saputo cogliere sia il sistema che le sue interrelazioni finalizzate alla creazione di quel grado di collaborazione con tutte le strutture aziendali, e con gli attori rilevanti esterni, che alla fine incidono sul raggiungimento. In sostanza nessun obiettivo può essere raggiunto al chiuso del proprio orticello di guerra.

In questo caso la relazione dovrà riportare i dati quantitativi a confronto con quelli oggetto degli obiettivi e dovrà contenere le operazioni organizzative attuate finalizzate al raggiungimento degli stessi con una valutazione sistemica e che riporti il grado di collaborazione ricercato e raggiunto con le altre strutture aziendali e con gli attori rilevanti esterni. La valutazione sarà effettuata non esclusivamente sui dati quantitativi ma anche sulla coerenza delle operazioni organizzative attivate in una logica sistemica e di collaborazione.

Sulla base di questo principio, per la valutazione degli obiettivi specifici:

- relazione coerente con il principio = risultato compreso fra 33,3 e 50%
- relazione parzialmente coerente con il principio = risultato compreso fra 16,6-33,2%
- relazione non coerente con il principio = 0-16,5%

Gli **obiettivi generali** assegnati sono elencati di seguito (per i dettagli informativi e i pesi assegnati ai singoli obiettivi generali si rimanda all'**allegato 1**):

6G) obiettivi di qualità prestazionale (area osteomuscolare, tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI, appropriatezza dei tagli cesarei, colecistectomia laparoscopica, screening oncologici, vaccini, donazioni d'organo, protocollo ERAS, umanizzazione)

11G) obblighi di pubblicazione del bilancio – accessibilità e comprensibilità dei dati.

## **Strutture afferenti al Direttore Amministrativo**

Le strutture afferenti al Direttore Amministrativo sono interessate prioritariamente da obiettivi generali. Esse sono:

- S.C. Acquisizione e Gestione Logistica Beni e Servizi
- S.C. Affari Istituzionali, Legali e CNU
- S.C. Amministrazione del Personale
- S.C. Gestione Economico-Finanziaria
- S.C. Programmazione Strategica e Sviluppo Risorse
- S.C. Servizio Tecnico Patrimoniale
- S.C. Sistemi informativi e Ufficio Flussi
- Ufficio Gestione logistica sistemica e trasversale delle attività di supporto allo svolgimento delle attività assistenziali

### **S.C. Acquisizione e Gestione Logistica Beni e Servizi**

Gli obiettivi generali assegnati sono elencati di seguito e dettagliati in Allegato 1 per quanto attiene la modalità di valutazione e la distribuzione dei pesi.

1G) rispetto tempi di pagamento (collegato 30% indennità)

2G) riduzione del 5% costi di produzione relativi a beni e servizi, sanitari e non

6G) obiettivi di qualità prestazionale (area osteomuscolare, tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI, appropriatezza dei tagli cesarei, colecistectomia laparoscopica, screening oncologici, vaccini, donazioni d'organo, protocollo ERAS, umanizzazione)

9G) miglioramento della qualità del flusso informativo dei dispositivi medici

### **S.C. Affari Istituzionali, legali e CNU**

L'obiettivo specifico assegnato è il seguente:

1) Attività: redazione di un documento di analisi dei possibili fattori di digital risk management (telemedicina – intelligenza artificiale) in collaborazione con la S.C. Risk Management e con l'Ufficio Privacy e implementazione di attività di risk management, anche in collaborazione con altri servizi, finalizzate a contenere il costo dei premi assicurativi aziendali e/o le spese per risarcimento danni.

- raggiungimento obiettivo = 30%

**Indicatore**: relazione tecnico economica

Gli obiettivi generali assegnati sono elencati di seguito e dettagliati in Allegato 1 per quanto attiene la modalità di valutazione e la distribuzione dei pesi:

4G) rispetto del tetto di spesa del personale

5G) tempi di attesa dei ricoveri, della specialistica ambulatoriale, riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in Pronto Soccorso

### **S.C. Amministrazione del Personale**

Gli obiettivi generali assegnati sono elencati di seguito e dettagliati in Allegato 1 per quanto attiene la modalità di valutazione e la distribuzione dei pesi:

4G) rispetto del tetto di spesa del personale

- 5G) tempi di attesa dei ricoveri, della specialistica ambulatoriale, riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in Pronto Soccorso
- 6G) obiettivi di qualità prestazionale (area osteomuscolare, tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI, appropriatezza dei tagli cesarei, colecistectomia laparoscopica, screening oncologici, vaccini, donazioni d'organo, protocollo ERAS, umanizzazione)

### **S.C. Gestione Economico-Finanziaria**

Gli obiettivi generali assegnati sono elencati di seguito e dettagliati in Allegato 1 per quanto attiene la modalità di valutazione e la distribuzione dei pesi.

- 1G) rispetto tempi di pagamento (collegato 30% indennità)
- 2G) riduzione del 5% costi di produzione relativi a beni e servizi, sanitari e non
- 10G) implementazione progetto FSE – SOL e CUP unico regionale
- 11G) obblighi di pubblicazione del bilancio – accessibilità e comprensibilità dei dati

### **S.C. Programmazione Strategica e Sviluppo Risorse**

Gli obiettivi generali assegnati sono elencati di seguito e dettagliati in Allegato 1 per quanto attiene la modalità di valutazione e la distribuzione dei pesi.

- 2G) riduzione del 5% costi di produzione relativi a beni e servizi, sanitari e non
- 3G) aumento del 5% del valore della produzione
- 4G) rispetto del tetto di spesa del personale
- 5G) tempi di attesa dei ricoveri, della specialistica ambulatoriale, riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in Pronto Soccorso
- 6G) obiettivi di qualità prestazionale (area osteomuscolare, tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI, appropriatezza dei tagli cesarei, colecistectomia laparoscopica, screening oncologici, vaccini, donazioni d'organo, protocollo ERAS, umanizzazione)
- 7G) affidabilità dati rilevati della farmaceutica
- 8G) assistenza farmaceutica territoriale ed ospedaliera appropriatezza prescrittiva e riduzione variabilità
- 9G) miglioramento della qualità del flusso informativo dei dispositivi medici
- 11G) obblighi di pubblicazione del bilancio – accessibilità e comprensibilità dei dati

### **S.C. Servizio Tecnico Patrimoniale**

Gli obiettivi specifici assegnati sono i seguenti:

- 1) Attività: stesura di un regolamento sulla gestione dell'inventario dei beni patrimoniali nel 2019 e sua applicazione nel 2020
  - **Indicatore 2019**: regolamento approvato dalla Direzione Generale entro il 2019 (50%);
  - **Indicatore 2020**: relazione attestante la sua applicazione (25%)

2) Attività: indizione delle procedure ad evidenza pubblica per completare entro il 31/12/2020, il piano triennale per l'alienazione degli immobili aziendali di cui alla deliberazione n. 1366 del 29/12/2017

**- Indicatore 2020:** presenza di atti di indizione di gare pubbliche(25%)

Gli obiettivi generali assegnati sono elencati di seguito e dettagliati in Allegato 1 per quanto attiene la modalità di valutazione e la distribuzione dei pesi:

1G) rispetto tempi di pagamento (collegato 30% indennità)

2G) riduzione del 5% costi di produzione relativi a beni e servizi, sanitari e non

6G) obiettivi di qualità prestazionale (area osteomuscolare, tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI, appropriatezza dei tagli cesarei, colecistectomia laparoscopica, screening oncologici, vaccini, donazioni d'organo, protocollo ERAS, umanizzazione)

### **S.C. Sistemi Informativi e Ufficio Fluss**

Gli obiettivi generali assegnati sono elencati di seguito e dettagliati in Allegato 1 per quanto attiene la modalità di valutazione e la distribuzione dei pesi:

1G) rispetto tempi di pagamento (collegato 30% indennità)

2G) riduzione del 5% costi di produzione relativi a beni e servizi, sanitari e non

5G) tempi di attesa dei ricoveri, della specialistica ambulatoriale, riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in Pronto Soccorso

7G) affidabilità dati rilevati della farmaceutica

9G) miglioramento della qualità del flusso informativo dei dispositivi medici

10G) implementazione progetto FSE – SOL e CUP unico regionale

11G) obblighi di pubblicazione del bilancio – accessibilità e comprensibilità dei dati

### **Ufficio Gestione logistica sistemica e trasversale delle attività di supporto allo svolgimento delle attività assistenziali**

Gli obiettivi generali assegnati sono elencati di seguito e dettagliati in Allegato 1 per quanto attiene la modalità di valutazione e la distribuzione dei pesi:

2G) riduzione del 5% costi di produzione relativi a beni e servizi, sanitari e non

4G) rispetto del tetto di spesa del personale

9G) miglioramento della qualità del flusso informativo dei dispositivi medici

## Strutture afferenti al Direttore Sanitario

### Direzioni Mediche

Le Direzioni Mediche di Chivasso, Cirié-Lanzo e Ivrea-Cuorgné sono interessate esclusivamente a obiettivi generali che, quindi, pesano complessivamente per il 100% del risultato.

Gli obiettivi generali assegnati alle strutture in oggetto sono elencati di seguito (per i dettagli informativi e i pesi assegnati ai singoli obiettivi generali si rimanda all'**allegato 1**):

1G) rispetto tempi di pagamento (collegato 30% indennità)

2G) riduzione del 5% costi di produzione relativi a beni e servizi, sanitari e non

3G) aumento del 5% del valore della produzione

4G) rispetto del tetto di spesa del personale

5G) tempi di attesa dei ricoveri, della specialistica ambulatoriale, riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in Pronto Soccorso

6G) obiettivi di qualità prestazionale (area osteomuscolare, tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI, appropriatezza dei tagli cesarei, colecistectomia laparoscopica, screening oncologici, vaccini, donazioni d'organo, protocollo ERAS, umanizzazione)

7G) affidabilità dati rilevati della farmaceutica

8G) assistenza farmaceutica territoriale ed ospedaliera appropriatezza prescrittiva e riduzione variabilità

10G) implementazione progetto FSE – SOL e CUP unico regionale.

## Distretti

I seguenti **obiettivi specifici** riguardano il Distretto Ciriè-Lanzo, il Distretto Cuornè, il Distretto Ivrea, il Distretto Chivasso-San Mauro e il Distretto Settimo:

- 1) attività: *governance* degli interventi effettuati dalla intera rete sanitaria – sociale – privata e privata no profit per verificarne la coerenza con la programmazione, la sostenibilità, l'efficacia e l'efficienza;
- 2) attività: definizione strumenti dimensionali di valutazione esterna (il punto di vista della popolazione e degli utenti dei servizi di distretto e delle attività territoriali ad esse correlate, attraverso la valutazione della soddisfazione e di esperienza) ed interna (in questa dimensione viene monitorata la coerenza dei sistemi e dei meccanismi gestionali atti a sostenere il coinvolgimento e la responsabilizzazione degli operatori negli obiettivi di miglioramento dei servizi erogati)
- 3) attività: regia di tutti gli attori interessati nell'ambito del piano della cronicità per realizzare tutte le attività sostenibili nell'ambito della medicina di iniziativa e della gestione della non autosufficienza a tutela della continuità assistenziale e dell'equità di accesso;
- 4) costi: governo dei budget assegnati per l'assistenza integrativa e protesica, residenziale e semi residenziali di anziani e disabili attraverso rilevazione mensile degli impegni di spesa effettivi, condotto secondo principi di appropriatezza e sostenibilità e finalizzato al rispetto dei budget assegnati dalla Direzione Strategica per l'esercizio finanziario.

**-raggiungimento obiettivi da 1 a 4 di ugual peso = 50%. Il restante 50% è attribuito ad obiettivi generali.**

- **Indicatore : relazione tecnico economica**

Per valutare il raggiungimento dell'obiettivo è necessario conoscere l'intenzione della Direzione Strategica che è quello di considerare il valore della performance quale la capacità di interpretazione dei principi contenuti negli obiettivi dal punto di vista della coerenza con la attività narrata nella relazione in un ambito di una visione sistemica, che abbia saputo cogliere sia il sistema che le sue interrelazioni finalizzate alla creazione di quel grado di collaborazione con tutte le strutture aziendali, e con gli attori rilevanti esterni, che alla fine incidono sul raggiungimento. In sostanza nessun obiettivo può essere raggiunto al chiuso del proprio orticello di guerra.

In questo caso la relazione dovrà riportare i dati quantitativi a confronto con quelli oggetto degli obiettivi e dovrà contenere le operazioni organizzative attuate finalizzate al raggiungimento degli stessi con una valutazione sistemica e che riporti il grado di collaborazione ricercato e raggiunto con le altre strutture aziendali e con gli attori rilevanti esterni. La valutazione sarà effettuata non esclusivamente sui dati quantitativi ma anche sulla coerenza delle operazioni organizzative attivate in una logica sistemica e di collaborazione.

Sulla base di questo principio, per la valutazione degli obiettivi specifici:

- relazione coerente con il principio = risultato compreso fra 33,3 e 50%
- relazione parzialmente coerente con il principio = risultato compreso fra 16,6-33,2%
- relazione non coerente con il principio = 0-16,5%

Gli **obiettivi generali** assegnati ai Distretti sono elencati di seguito (rispettivi pesi dettagliati in **Allegato 1**):

1G) rispetto tempi di pagamento (collegato 30% indennità)

2G) riduzione del 5% costi di produzione relativi a beni e servizi, sanitari e non

3G) aumento del 5% del valore della produzione

4G) rispetto del tetto di spesa del personale

5G) tempi di attesa dei ricoveri, della specialistica ambulatoriale, riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in Pronto Soccorso

6G) obiettivi di qualità prestazionale (area osteomuscolare, tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI, appropriatezza dei tagli cesarei, colecistectomia laparoscopica, screening oncologici, vaccini, donazioni d'organo, protocollo ERAS, umanizzazione)

8G) assistenza farmaceutica territoriale ed ospedaliera appropriatezza prescrittiva e riduzione variabilità

10G) implementazione del progetto FSE-SOL e CUP unico regionale

## DIPSA

- 1) garantire il personale infermieristico e OSS per l'incremento della produzione chirurgica all'interno degli obiettivi di costo delle sc chirurgiche e cioè riduzione del 5% del rapporto tra costi di produzione e valore della produzione per il 2019 e di un ulteriore 2% per il 2020;
- 2) garantire il personale infermieristico e tecnico ed oss per l'incremento delle prestazioni diagnostiche ed ambulatoriali finalizzate alla riduzione dei tempi di attesa all'interno degli obiettivi di costo delle sc chirurgiche e cioè riduzione del 5% del rapporto tra costi di produzione e valore della produzione per il 2019 e di un ulteriore 2% per il 2020;
- 3) garantire il personale infermieristico, tecnico ed oss al fine di migliorare l'integrazione tra ospedale/distretti/territorio nell'ambito del piano della cronicità nonché a sviluppare l'infermieristica di continuità, l'ostetrica di continuità, l'attività consultoriale e quella presso le case della salute con mantenimento dei costi del personale dedicato rispetto al costo 2018
- 4) garantire la concretizzazione dei progetti di integrazione clinico assistenziale nei PS e nelle SC di Pediatria completandone i percorsi all'interno di tutte le prescrizioni sindacali
- 5) definire concreti ed attuabili progetti di integrazione tra le Strutture del dipartimento della diagnostica della Asl To 4 per quanto riguarda il personale del comparto sanitario e dell'area amministrativa sempre all'interno delle prescrizioni sindacali

**-raggiungimento obiettivi da 1 a 5 di ugual peso = 50%. Il restante 50% è riconosciuto al raggiungimento degli obiettivi generali assegnati (vd. oltre)**

- **Indicatore: relazione tecnico economica**

Per valutare il raggiungimento dell'obiettivo è necessario conoscere l'intenzione della Direzione Strategica che è quello di considerare il valore della performance quale la capacità di interpretazione dei principi contenuti negli obiettivi dal punto di vista della coerenza con la attività narrata nella relazione in un ambito di una visione sistemica, che abbia saputo cogliere sia il sistema che le sue interrelazioni finalizzate alla creazione di quel grado di collaborazione con tutte le strutture aziendali , e con gli attori rilevanti esterni, che alla fine incidono sul raggiungimento. In sostanza nessun obiettivo può essere raggiunto al chiuso del proprio orticello di guerra.

Sulla base di questo principio, per la valutazione degli obiettivi specifici:

- relazione coerente con il principio = risultato compreso fra 33,3 e 50%
- relazione parzialmente coerente con il principio = risultato compreso fra 16,6-33,2%
- relazione non coerente con il principio = 0-16,5%

Gli **obiettivi generali** assegnati al DIPSA sono elencati di seguito (pesi dettagliati in **Allegato 1)**:

2G) riduzione del 5% costi di produzione relativi a beni e servizi, sanitari e non

5G) tempi di attesa dei ricoveri, della specialistica ambulatoriale, riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in Pronto Soccorso



6G) obiettivi di qualità prestazionale (area osteomuscolare, tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI, appropriatezza dei tagli cesarei, colecistectomia laparoscopica, screening oncologici, vaccini, donazioni d'organo, protocollo ERAS, umanizzazione)

## **SC Risk Management**

- 2) attività: redazione di un documento di analisi dei possibili fattori di digital risk management ( telemedicina – intelligenza artificiale) in collaborazione con il servizio legale Asl To 4 e con l'ufficio privacy
- 3) attività: progettazione ed organizzazione della conferenza annuale sul rischio clinico, in collaborazione con il servizio formazione e con tutte le funzioni aziendali che , a vario titolo, si occupano di sicurezza e gestione del rischio e rivolta agli operatori della Asl To 4
- 4) costi: implementazione di attività di risk management, anche in collaborazione con altri servizi, finalizzate a contenere il costo dei premi assicurativi aziendali e/o le spese per risarcimento danni

**-raggiungimento obiettivi da 1 a 3 di ugual peso = 100% complessivamente**

- **Indicatore: relazione tecnico economica**

Per valutare il raggiungimento dell'obiettivo è necessario conoscere l'intenzione della Direzione Strategica che è quello di considerare il valore della performance quale la capacità di interpretazione dei principi contenuti negli obiettivi dal punto di vista della coerenza con la attività narrata nella relazione in un ambito di una visione sistemica, che abbia saputo cogliere sia il sistema che le sue interrelazioni finalizzate alla creazione di quel grado di collaborazione con tutte le strutture aziendali , e con gli attori rilevanti esterni, che alla fine incidono sul raggiungimento. In sostanza nessun obiettivo può essere raggiunto al chiuso del proprio orticello di guerra.

In questo caso la relazione dovrà riportare i dati quantitativi a confronto con quelli oggetto degli obiettivi e dovrà contenere le operazioni organizzative attuate finalizzate al raggiungimento degli stessi con una valutazione sistemica e che riporti il grado di collaborazione ricercato e raggiunto con le altre strutture aziendali e con gli attori rilevanti esterni. La valutazione sarà effettuata non esclusivamente sui dati quantitativi ma anche sulla coerenza delle operazioni organizzative attivate in una logica sistemica e di collaborazione.

Sulla base di questo principio:

- relazione coerente con il principio = risultato compreso fra 67 e 100%
- relazione parzialmente coerente con il principio = risultato compreso fra 33-66%
- relazione non coerente con il principio = 0-32%

## SC Governo Clinico

- 1) attività: redazione di una proposta di documento sistemico che individui le azioni per la promozione integrata della qualità assistenziale e l'efficienza in relazione alla sostenibilità economica.
- 2) attività: messa a punto di un sistema multidimensionale di indicatori per monitorare la qualità dell'assistenza sanitaria, in termini di sicurezza, efficacia, appropriatezza, partecipazione degli utenti, equità, efficienza mediante l'utilizzo integrato degli strumenti accreditati a livello nazionale e regionale;
- 3) attività: sviluppo di interventi formativi idonei a supportare il processo di sistema
- 4) attività: adesione alle direttive regionali riferite alla messa in atto del processo di accreditamento
- 5) attività: presa in carico PNGLA 2019 e dei relativi adempimenti sulla base delle linee guida regionali

### **-raggiungimento obiettivi da 1 a 5 di ugual peso = 100% complessivamente**

#### **- Indicatore: relazione tecnico economica**

Per valutare il raggiungimento dell'obiettivo è necessario conoscere l'intenzione della Direzione Strategica che è quello di considerare il valore della performance quale la capacità di interpretazione dei principi contenuti negli obiettivi dal punto di vista della coerenza con la attività narrata nella relazione in un ambito di una visione sistemica, che abbia saputo cogliere sia il sistema che le sue interrelazioni finalizzate alla creazione di quel grado di collaborazione con tutte le strutture aziendali, e con gli attori rilevanti esterni, che alla fine incidono sul raggiungimento. In sostanza nessun obiettivo può essere raggiunto al chiuso del proprio orticello di guerra.

In questo caso la relazione dovrà riportare i dati quantitativi a confronto con quelli oggetto degli obiettivi e dovrà contenere le operazioni organizzative attuate finalizzate al raggiungimento degli stessi con una valutazione sistemica e che riporti il grado di collaborazione ricercato e raggiunto con le altre strutture aziendali e con gli attori rilevanti esterni. La valutazione sarà effettuata non esclusivamente sui dati quantitativi ma anche sulla coerenza delle operazioni organizzative attivate in una logica sistemica e di collaborazione.

Sulla base di questo principio:

- relazione coerente con il principio = risultato compreso fra 67 e 100%
- relazione parzialmente coerente con il principio = risultato compreso fra 33-66%
- relazione non coerente con il principio = 0-32%

## **SC Farmacia Ospedaliera**

La SC Farmacia Ospedaliera è esclusivamente da obiettivi generali che, quindi, pesano complessivamente per il 100% del risultato (per i pesi assegnati ai singoli obiettivi generali si rimanda all'**allegato 1**).

Gli obiettivi generali assegnati sono i seguenti:

- 1G) rispetto tempi di pagamento (collegato 30% indennità)
- 2G) riduzione del 5% costi di produzione relativi a beni e servizi, sanitari e non
- 7G) affidabilità dati rilevati della farmaceutica
- 8G) assistenza farmaceutica territoriale ed ospedaliera appropriatezza prescrittiva e riduzione variabilità
- 9G) miglioramento della qualità del flusso informativo dei dispositivi medici

## **SC Farmacia territoriale**

La SC Farmacia territoriale è interessata esclusivamente da obiettivi generali che, quindi, pesano complessivamente per il 100% del risultato (per i pesi assegnati ai singoli obiettivi generali si rimanda all'**allegato 1**).

Gli obiettivi generali assegnati sono i seguenti:

- 1G) rispetto tempi di pagamento (collegato 30% indennità)
- 2G) riduzione del 5% costi di produzione relativi a beni e servizi, sanitari e non
- 7G) affidabilità dati rilevati della farmaceutica
- 8G) assistenza farmaceutica territoriale ed ospedaliera appropriatezza prescrittiva e riduzione variabilità

## **SS Gestione Contenzioso Medico legale**

- 1) attività: redazione di un documento di raccolta sistematica di giurisprudenza e delle normative aggiornate in tema di contenzioso medico legale in collaborazione con l'ufficio legale della Asl To 4;
- 2) attività: organizzazione di un convegno annuale, di carattere regionale, con la presenza di Avvocati, Magistrati ed esperti sul tema del contenzioso medico legale
- 3) attività: stesura di un report annuale che sintetizzi l'attività svolta e la quantificazione economica dei risparmi ottenuti a vantaggio dell'azienda

### **-raggiungimento obiettivi da 1 a 3 di ugual peso = 100% complessivamente**

#### **- Indicatore: relazione tecnica**

Per valutare il raggiungimento dell'obiettivo è necessario conoscere l'intenzione della Direzione Strategica che è quello di considerare il valore della performance quale la capacità di interpretazione dei principi contenuti negli obiettivi dal punto di vista della coerenza con la attività narrata nella relazione in un ambito di una visione sistemica, che abbia saputo cogliere sia il sistema che le sue interrelazioni finalizzate alla creazione di quel grado di collaborazione con tutte le strutture aziendali , e con gli attori rilevanti esterni, che alla fine incidono sul raggiungimento. In sostanza nessun obiettivo può essere raggiunto al chiuso del proprio orticello di guerra.

In questo caso la relazione dovrà riportare i dati quantitativi a confronto con quelli oggetto degli obiettivi e dovrà contenere le operazioni organizzative attuate finalizzate al raggiungimento degli stessi con una valutazione sistemica e che riporti il grado di collaborazione ricercato e raggiunto con le altre strutture aziendali e con gli attori rilevanti esterni. La valutazione sarà effettuata non esclusivamente sui dati quantitativi ma anche sulla coerenza delle operazioni organizzative attivate in una logica sistemica e di collaborazione.

Sulla base di questo principio:

- relazione coerente con il principio = risultato compreso fra 67 e 100%
- relazione parzialmente coerente con il principio = risultato compreso fra 33-66%
- relazione non coerente con il principio = 0-32%

## **SS Gestione operativa dei percorsi della cronicità**

- 1) attività: supporto al Referente Aziendale del Piano Cronicità nel coordinamento delle attività di tutte le strutture aziendali coinvolte nella attuazione del piano della cronicità secondo gli standard e le tempistiche regionali
- 2) attività: definizione, in collaborazione con la SS Qualità e formazione, di un sistema di indicatori e relativo monitoraggio finalizzati alla verifica di efficacia, efficienza e sostenibilità delle azioni svolte e da svolgere all'interno del piano stesso.

### **-raggiungimento obiettivi da 1 a 2 di ugual peso= 100% complessivamente**

#### **- Indicatore: relazione tecnica**

Per valutare il raggiungimento dell'obiettivo è necessario conoscere l'intenzione della Direzione Strategica che è quello di considerare il valore della performance quale la capacità di interpretazione dei principi contenuti negli obiettivi dal punto di vista della coerenza con la attività narrata nella relazione in un ambito di una visione sistemica, che abbia saputo cogliere sia il sistema che le sue interrelazioni finalizzate alla creazione di quel grado di collaborazione con tutte le strutture aziendali , e con gli attori rilevanti esterni, che alla fine incidono sul raggiungimento. In sostanza nessun obiettivo può essere raggiunto al chiuso del proprio orticello di guerra.

In questo caso la relazione dovrà riportare i dati quantitativi a confronto con quelli oggetto degli obiettivi e dovrà contenere le operazioni organizzative attuate finalizzate al raggiungimento degli stessi con una valutazione sistemica e che riporti il grado di collaborazione ricercato e raggiunto con le altre strutture aziendali e con gli attori rilevanti esterni. La valutazione sarà effettuata non esclusivamente sui dati quantitativi ma anche sulla coerenza delle operazioni organizzative attivate in una logica sistemica e di collaborazione.

Sulla base di questo principio:

- relazione coerente con il principio = risultato compreso fra 67 e 100%
- relazione parzialmente coerente con il principio = risultato compreso fra 33-66%
- relazione non coerente con il principio = 0-32%

## **SS Psicologia della Salute degli adulti**

- 1) attività: sviluppare, in condivisione con i Distretti e con le professionalità impegnate nell'ambito del piano della cronicità, piani e proposte indirizzate alla integrazione tra psicologia clinica e psicologia di comunità secondo i criteri della psicologia della salute
- 2) attività: riorganizzazione della “mappa aziendale” delle prestazioni psicologiche erogate (codice della prestazione e descrizione, indicazioni cliniche, n° standard di accessi per paziente, sede di erogazione, ore settimanali di erogazione) per migliorare l'efficienza del servizio
- 3) costi: riduzione dell'1% per il 2019 e di un ulteriore 2% per il 2020 dei costi di produzione

**-raggiungimento obiettivi da 1 a 3 di ugual peso = 100% complessivamente**

- **Indicatore: relazione tecnica economica**

Per valutare il raggiungimento dell'obiettivo è necessario conoscere l'intenzione della Direzione Strategica che è quello di considerare il valore della performance quale la capacità di interpretazione dei principi contenuti negli obiettivi dal punto di vista della coerenza con la attività narrata nella relazione in un ambito di una visione sistemica, che abbia saputo cogliere sia il sistema che le sue interrelazioni finalizzate alla creazione di quel grado di collaborazione con tutte le strutture aziendali , e con gli attori rilevanti esterni, che alla fine incidono sul raggiungimento. In sostanza nessun obiettivo può essere raggiunto al chiuso del proprio orticello di guerra.

In questo caso la relazione dovrà riportare i dati quantitativi a confronto con quelli oggetto degli obiettivi e dovrà contenere le operazioni organizzative attuate finalizzate al raggiungimento degli stessi con una valutazione sistemica e che riporti il grado di collaborazione ricercato e raggiunto con le altre strutture aziendali e con gli attori rilevanti esterni. La valutazione sarà effettuata non esclusivamente sui dati quantitativi ma anche sulla coerenza delle operazioni organizzative attivate in una logica sistemica e di collaborazione.

Sulla base di questo principio:

- relazione coerente con il principio = risultato compreso fra 67 e 100%
- relazione parzialmente coerente con il principio = risultato compreso fra 33-66%
- relazione non coerente con il principio = 0-32%

## **SS Psicologia della Salute della età evolutiva**

- 1) attività: sviluppare, in condivisione con i Distretti e con le professionalità impegnate nell'ambito del piano della cronicità, piani e proposte indirizzate alla integrazione tra psicologia clinica e psicologia di comunità secondo i criteri della psicologia della salute
- 2) attività: riorganizzazione della “mappa aziendale” delle prestazioni psicologiche erogate (codice della prestazione e descrizione, indicazioni cliniche, n° standard di accessi per paziente, sede di erogazione, ore settimanali di erogazione) per migliorare l'efficienza del servizio
- 3) costi: riduzione dell'1% per il 2019 e di un ulteriore 2% per il 2020 dei costi di produzione

**-raggiungimento obiettivo da 1 a 3 di ugual peso = 100% complessivamente**

- **Indicatore: relazione tecnica ed economica**

Per valutare il raggiungimento dell'obiettivo è necessario conoscere l'intenzione della Direzione Strategica che è quello di considerare il valore della performance quale la capacità di interpretazione dei principi contenuti negli obiettivi dal punto di vista della coerenza con la attività narrata nella relazione in un ambito di una visione sistemica, che abbia saputo cogliere sia il sistema che le sue interrelazioni finalizzate alla creazione di quel grado di collaborazione con tutte le strutture aziendali , e con gli attori rilevanti esterni, che alla fine incidono sul raggiungimento. In sostanza nessun obiettivo può essere raggiunto al chiuso del proprio orticello di guerra.

In questo caso la relazione dovrà riportare i dati quantitativi a confronto con quelli oggetto degli obiettivi e dovrà contenere le operazioni organizzative attuate finalizzate al raggiungimento degli stessi con una valutazione sistemica e che riporti il grado di collaborazione ricercato e raggiunto con le altre strutture aziendali e con gli attori rilevanti esterni. La valutazione sarà effettuata non esclusivamente sui dati quantitativi ma anche sulla coerenza delle operazioni organizzative attivate in una logica sistemica e di collaborazione.

Sulla base di questo principio:

- relazione coerente con il principio = risultato compreso fra 67 e 100%
- relazione parzialmente coerente con il principio = risultato compreso fra 33-66%
- relazione non coerente con il principio = 0-32%

## **Servizio Sociale Professionale Aziendale**

- 1) attività: definire una proposta documentata di organizzazione del nuovo servizio attraverso modalità di chiara integrazione professionale costruita su dati di attività , di fabbisogno e di soddisfazione delle conclamate necessità espresse dalla utenza servita con esclusione di ogni suggestione autoreferenziale.
- 2) attività: stesura di report periodici (semestrali) sull'attività svolta dal Servizio Sociale

### **-raggiungimento obiettivo da 1 a 2 di ugual peso = 100% complessivamente**

#### **- *Indicatore : relazione tecnico economica***

Per valutare il raggiungimento dell'obiettivo è necessario conoscere l'intenzione della Direzione Strategica che è quello di considerare il valore della performance quale la capacità di interpretazione dei principi contenuti negli obiettivi dal punto di vista della coerenza con la attività narrata nella relazione in un ambito di una visione sistemica, che abbia saputo cogliere sia il sistema che le sue interrelazioni finalizzate alla creazione di quel grado di collaborazione con tutte le strutture aziendali , e con gli attori rilevanti esterni, che alla fine incidono sul raggiungimento. In sostanza nessun obiettivo può essere raggiunto al chiuso del proprio orticello di guerra.

In questo caso la relazione dovrà riportare i dati quantitativi a confronto con quelli oggetto degli obiettivi e dovrà contenere le operazioni organizzative attuate finalizzate al raggiungimento degli stessi con una valutazione sistemica e che riporti il grado di collaborazione ricercato e raggiunto con le altre strutture aziendali e con gli attori rilevanti esterni. La valutazione sarà effettuata non esclusivamente sui dati quantitativi ma anche sulla coerenza delle operazioni organizzative attivate in una logica sistemica e di collaborazione.

Sulla base di questo principio:

- relazione coerente con il principio = risultato compreso fra 67 e 100%
- relazione parzialmente coerente con il principio = risultato compreso fra 33-66%
- relazione non coerente con il principio = 0-32%



## ALLEGATO 1 – Obiettivi generali

### ***Descrizione degli obiettivi generali***

Si descrivono a seguire gli 11 obiettivi generali, le strutture interessate e i criteri di valutazione.

A fondo capitolo è invece riportato lo schema di ripartizione dei pesi fra i diversi obiettivi per le strutture interessate parzialmente o totalmente all'assegnazione di obiettivi generali.

#### **1G) rispetto tempi di pagamento (collegato 30% indennità)**

**L'obiettivo riguarda tutti gli ordinatori di spesa in quanto liquidatori delle fatture ed al servizio economico finanziario in quanto delegato al pagamento.**

Indicatore: relazione del responsabile della SC Gestione economico finanziaria che attesti il rispetto dei termini fissati dall'obiettivo, nonché metta in risalto tutte le operazioni organizzative intraprese a garanzia del raggiungimento trattandosi di un flusso coordinato di attività che rientrano nei doveri di centri di responsabilità diversi ma che devono confluire, attraverso regole di coordinamento chiare e nette, in un flusso positivo ai fini del raggiungimento del risultato stesso e che devono registrare la irrinunciabile collaborazione operativa delle diverse strutture ognuna per la parte di sua competenza.

La mancata collaborazione, oltreché sulla retribuzione di risultato avrà dirette conseguenze sulla valutazione dei Dirigenti/Responsabili dei servizi preposti.

Naturalmente la relazione dovrà prendere a riferimento la rilevazione mensile ad oggi prodotta dal competente Ufficio dell'Assessorato Regionale alla Sanità.

#### **Misurazione:**

- ritardi > 60 giorni = 0%
- ritardi tra 31 e 60 giorni = 50%
- ritardi tra 11 e 30 giorni = 75%
- ritardi compresi tra 1 e 10 giorni = 90%

#### **2G) riduzione del 5% costi di produzione relativi a beni e servizi, sanitari e non**

**L'obiettivo riguarda tutti gli ordinatori di spesa. La SC Gestione economico finanziaria e la SC programmazione e controllo di gestione effettuano il puntuale monitoraggio.**

Indicatore: relazione da parte della SC Programmazione e controllo di gestione che attesti, per ogni conto economico interessato della corrispondenza tra l'obiettivo dato ed i costi effettivamente iscritti a bilancio, nonché metta in risalto tutte le operazioni organizzative intraprese a garanzia del raggiungimento trattandosi di un flusso coordinato di attività che rientrano nei doveri di centri di responsabilità diversi ma che devono confluire, attraverso regole di coordinamento chiare e nette, in un flusso positivo ai fini del raggiungimento del risultato stesso e che devono registrare la irrinunciabile collaborazione operativa delle diverse strutture ognuna per la parte di sua competenza.

La mancata collaborazione, oltreché sulla retribuzione di risultato avrà dirette conseguenze sulla valutazione dei Dirigenti/Responsabili dei servizi preposti.

**Misurazione:**

- riduzione 5% = 100%
- riduzione tra 4,9% e 3% = 75%
- riduzione tra 2,9% e 1,5% = 50%
- riduzione < 1,5% = 0%

**3G) aumento del 5% del valore della produzione**

**L'obiettivo riguarda le Direzioni Mediche ed i Distretti per l'organizzazione dei fattori produttivi ospedalieri e territoriali e la SC Programmazione e controllo di gestione per il puntuale monitoraggio**

Indicatore: relazione da parte della Sc programmazione e controllo di gestione che attesti, per ogni centro di produzione interessato, la corrispondenza tra l'obiettivo dato ed il valore della produzione effettivamente iscritto a bilancio, nonché metta in risalto tutte le operazioni organizzative intraprese a garanzia del raggiungimento trattandosi di un flusso coordinato di attività che rientrano nei doveri di centri di responsabilità diversi ma che devono confluire, attraverso regole di coordinamento chiare e nette, in un flusso positivo ai fini del raggiungimento del risultato stesso e che devono registrare la irrinunciabile collaborazione operativa delle diverse strutture ognuna per la parte di sua competenza.

La mancata collaborazione, oltreché sulla retribuzione di risultato avrà dirette conseguenze sulla valutazione dei Dirigenti/Responsabili dei servizi preposti.

**Misurazione:**

- aumento 5% = 100%
- aumento tra 4,9% e 3% = 75%
- aumento tra 2,9% e 1,5% = 50%
- aumento < 1,5% = 0%

**4G) rispetto del tetto di spesa del personale**

**L'obiettivo riguarda le Direzioni Mediche ed i Distretti per l'organizzazione dei fattori produttivi ospedalieri e territoriali; il DIPSA, l'OSRU, la SC Amministrazione del Personale e la SC Affari generali, legali e CNU per il supporto all'analisi del fabbisogno del personale e al monitoraggio della spesa; la SC Programmazione e controllo di gestione per il puntuale monitoraggio complessivo.**

Indicatore: relazione da parte della Sc Programmazione e Controllo di Gestione che attesti la corrispondenza tra l'obiettivo ed il costo effettivamente iscritto a bilancio, nonché metta in risalto tutte le operazioni organizzative intraprese a garanzia del raggiungimento trattandosi di un flusso coordinato di attività che rientrano nei doveri di centri di responsabilità diversi ma che devono confluire, attraverso regole di coordinamento chiare e nette, in un flusso positivo ai fini del raggiungimento del risultato stesso e che devono registrare la irrinunciabile collaborazione operativa delle diverse strutture ognuna per la parte di sua competenza.

La mancata collaborazione, oltreché sulla retribuzione di risultato avrà dirette conseguenze sulla valutazione dei Dirigenti/Responsabili dei servizi preposti.

**Misurazione :**

dicotomico

- raggiungimento = 100%
- mancato raggiungimento = 0%

**5G) tempi di attesa dei ricoveri, della specialistica ambulatoriale, riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in Pronto Soccorso**

**L'obiettivo riguarda le Direzioni Mediche, i Distretti, il DIPSA per l'organizzazione dei fattori produttivi ospedalieri e territoriali; la SC OSRU, la SC Amministrazione del Personale, la SC Affari generali, legali e CNU per le proposte di integrazione delle risorse umane utili a ridurre le criticità sui tempi di attesa; la SS Qualità e formazione, anche tramite il Referente dei tempi di attesa, per il puntuale monitoraggio; la SC Sistemi informativi ed ufficio flussi e la SC Programmazione e controllo di gestione per il supporto al monitoraggio.**

Indicatore: relazione da parte dell'Ufficio Qualità e della referente per i tempi di attesa che attesti, per ogni centro di produzione interessato, la corrispondenza tra l'obiettivo dato ed il tempo di attesa in bersaglio, nonché metta in risalto tutte le operazioni organizzative intraprese a garanzia del raggiungimento trattandosi di un flusso coordinato di attività che rientrano nei doveri di centri di responsabilità diversi ma che devono confluire, attraverso regole di coordinamento chiare e nette, in un flusso positivo ai fini del raggiungimento del risultato stesso e che devono registrare la irrinunciabile collaborazione operativa delle diverse strutture ognuna per la parte di sua competenza.

La mancata collaborazione, oltreché sulla retribuzione di risultato avrà dirette conseguenze sulla valutazione dei Dirigenti/Responsabili dei servizi preposti.

### **Misurazione**

#### **dicotomico**

- trend in riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni inserite nel PRGLA come obiettivi sensibili = 100%
- trend che non registra riduzioni delle prestazioni inserite nel PRGLA come obiettivi sensibili = 0%

**6G) obiettivi di qualità prestazionale (area osteomuscolare, tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI, appropriatezza dei tagli cesarei, colecistectomia laparoscopica, screening oncologici, vaccini, donazioni d'organo, protocollo ERAS, umanizzazione)**

**L'obiettivo riguarda le Direzioni Mediche, i Distretti, il Dipartimento di Prevenzione, il DIPSA per l'organizzazione dei fattori produttivi ospedalieri e territoriali; la SC OSRU, la SC Amministrazione del Personale per le proposte di integrazione delle risorse umane utili a ridurre le criticità sui tempi di attesa; la SC Acquisizione e gestione logistica beni e servizi per l'acquisto di beni/servizi utili all'umanizzazione dei presidi ospedalieri; l'Ufficio Relazioni Esterne per il monitoraggio sul progetto di umanizzazione e la SS Qualità e formazione per il puntuale monitoraggio complessivo.**

Indicatore: relazione da parte della SS Qualità e formazione che attesti, per ogni centro di produzione interessato, la corrispondenza tra l'obiettivo dato ed il risultato effettivo in bersaglio, nonché metta in risalto tutte le operazioni organizzative intraprese a garanzia del raggiungimento trattandosi di un flusso coordinato di attività che rientrano nei doveri di centri di responsabilità diversi ma che devono confluire, attraverso regole di coordinamento chiare e nette, in un flusso positivo ai fini del raggiungimento del risultato stesso e che devono registrare la irrinunciabile collaborazione operativa delle diverse strutture ognuna per la parte di sua competenza.

La mancata collaborazione, oltreché sulla retribuzione di risultato avrà dirette conseguenze sulla valutazione dei Dirigenti/Responsabili dei servizi preposti.

### **Misurazione**

dicotomico

- rispetto degli obiettivi regionali di qualità prestazionale riferiti alle singole attività = 100%
- mancato rispetto degli obiettivi regionali di qualità prestazionale riferiti alle singole attività = 0%

**7G) affidabilità dati rilevati della farmaceutica**

**L'obiettivo riguarda le Direzioni Mediche, i Distretti, le SS.CC. Farmacia Ospedaliera e Territoriale, la SC Sistemi informativi ed ufficio flussi per i controlli e le azioni di miglioramento della qualità dei dati; la SC Programmazione e controllo di gestione per il puntuale monitoraggio.**

Indicatore: relazione da parte della SC Programmazione e controllo di gestione che attesti, per ogni centro di produzione interessato, la corrispondenza tra l'obiettivo dato ed il risultato effettivo in bersaglio, nonché metta in risalto tutte le operazioni organizzative intraprese a garanzia del raggiungimento trattandosi di un flusso coordinato di attività che rientrano nei doveri di centri di responsabilità diversi ma che devono confluire, attraverso regole di coordinamento chiare e nette, in un flusso positivo ai fini del raggiungimento del risultato stesso e che devono registrare la irrinunciabile collaborazione operativa delle diverse strutture ognuna per la parte di sua competenza.

La mancata collaborazione, oltreché sulla retribuzione di risultato avrà dirette conseguenze sulla valutazione dei Dirigenti/Responsabili dei servizi preposti.

**Misurazione**

dicotomico

- rispetto degli obiettivi regionali di affidabilità dei dati = 100%
- mancato rispetto degli obiettivi regionali di affidabilità dei dati = 0%

**8G) assistenza farmaceutica territoriale ed ospedaliera appropriatezza prescrittiva e riduzione variabilità**

**L'obiettivo riguarda le Direzioni Mediche, i Distretti, le SS.CC. Farmacia Ospedaliera e Territoriale per le azioni rivolte ai prescrittori; la SC Affari generali, legali e CNU per il supporto alle azioni di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva del personale convenzionato; la SC Programmazione e controllo di gestione per il puntuale monitoraggio.**

Indicatore: relazione da parte della SS Qualità e formazione che attesti, per ogni centro di produzione interessato, la corrispondenza tra l'obiettivo dato ed il risultato effettivo in bersaglio, nonché metta in risalto tutte le operazioni organizzative intraprese a garanzia del raggiungimento trattandosi di un flusso coordinato di attività che rientrano nei doveri di centri di responsabilità diversi ma che devono confluire, attraverso regole di coordinamento chiare e nette, in un flusso positivo ai fini del raggiungimento del risultato stesso e che devono registrare la irrinunciabile collaborazione operativa delle diverse strutture ognuna per la parte di sua competenza.

La mancata collaborazione, oltreché sulla retribuzione di risultato avrà dirette conseguenze sulla valutazione dei Dirigenti/Responsabili dei servizi preposti

**Misurazione**

dicotomico

- produzione di relazione condivisa tra i servizi interessati con indicazione documentata dei principali fattori di successo= 100%

- mancata produzione di relazione condivisa tra i servizi interessati con indicazione documentata dei principali fattori di successo= 0%

### **9G) miglioramento della qualità del flusso informativo dei dispositivi medici**

**L'obiettivo riguarda le SS.CC. Farmacia Ospedaliera per le azioni rivolte alla corretta registrazione dei dispositivi medici; la SC Sistemi informativi e ufficio flussi per nell'estrazione e controllo dei flussi prima dell'invio a CSI; la SC Acquisizione e gestione logistica beni e servizi per la corretta compilazione dell'anagrafica dei prodotti classificati come dispositivi medici e la corretta movimentazione dei dispositivi medici; la SC Gestione economico-finanziaria per la collaborazione al monitoraggio dell'indicatore; la SC programmazione e controllo di gestione per il puntuale monitoraggio complessivo dell'obiettivo.**

Indicatore: relazione da parte della SC programmazione e controllo di gestione che attesti , per ogni centro di produzione interessato della corrispondenza tra l'obiettivo dato ed il risultato effettivo in bersaglio, nonché metta in risalto tutte le operazioni organizzative intraprese a garanzia del raggiungimento trattandosi di un flusso coordinato di attività che rientrano nei doveri di centri di responsabilità diversi ma che devono confluire, attraverso regole di coordinamento chiare e nette, in un flusso positivo ai fini del raggiungimento del risultato stesso e che devono registrare la irrinunciabile collaborazione operativa delle diverse strutture ognuna per la parte di sua competenza.

La mancata collaborazione, oltreché sulla retribuzione di risultato avrà dirette conseguenze sulla valutazione dei Dirigenti/Responsabili dei servizi preposti

#### **Misurazione**

##### **dicotomico**

- rispetto degli obiettivi regionali di miglioramento dei dati = 100%
- mancato rispetto degli obiettivi regionali di miglioramento dei dati = 0%

### **10G) implementazione progetto FSE – SOL e CUP unico regionale**

**L'obiettivo riguarda le Direzioni Mediche e i Distretti per l'attuazione delle misure di supporto alla messa a regime del FSE; la SC Sistemi informativi ed ufficio flussi per il coordinamento del progetto; la SC Servizio Tecnico Patrimoniale per l'espletamento tempestivo delle gare necessarie; la SC Gestione economico finanziaria per il monitoraggio finanziario del progetto; la SS Qualità e formazione per il monitoraggio puntuale e complessivo dell'obiettivo.**

Indicatore: relazione da parte della SS Qualità e formazione che attesti , per ogni centro di produzione interessato della corrispondenza tra l'obiettivo dato ed il risultato effettivo in bersaglio, nonché metta in risalto tutte le operazioni organizzative intraprese a garanzia del raggiungimento trattandosi di un flusso coordinato di attività che rientrano nei doveri di centri di responsabilità diversi ma che devono confluire, attraverso regole di coordinamento chiare e nette, in un flusso positivo ai fini del raggiungimento del risultato stesso e che devono registrare la irrinunciabile collaborazione operativa delle diverse strutture ognuna per la parte di sua competenza.

La mancata collaborazione, oltreché sulla retribuzione di risultato avrà dirette conseguenze sulla valutazione dei Dirigenti/Responsabili dei servizi preposti

#### **Misurazione**

- rispetto degli obiettivi regionali di implementazione = 100%
- mancato rispetto degli obiettivi regionali di implementazione = 0%

## 11G) obblighi di pubblicazione del bilancio – accessibilità e comprensibilità dei dati

**L'obiettivo riguarda la SC Gestione economico-finanziaria per la messa a disposizione tempestiva di contenuti comprensibili; la SC Sistemi informativi e Ufficio Flussi per il supporto alla pubblicazione; l'Ufficio Relazioni Esterne per la pubblicazione; la SC Programmazione e controllo di gestione per il monitoraggio puntuale dell'obiettivo.**

Indicatore: relazione da parte della SC Programmazione e controllo di gestione che attesti, per ogni centro di produzione interessato della corrispondenza tra l'obiettivo dato ed il risultato effettivo in bersaglio, nonché metta in risalto tutte le operazioni organizzative intraprese a garanzia del raggiungimento trattandosi di un flusso coordinato di attività che rientrano nei doveri di centri di responsabilità diversi ma che devono confluire, attraverso regole di coordinamento chiare e nette, in un flusso positivo ai fini del raggiungimento del risultato stesso e che devono registrare la irrinunciabile collaborazione operativa delle diverse strutture ognuna per la parte di sua competenza.

La mancata collaborazione, oltreché sulla retribuzione di risultato avrà dirette conseguenze sulla valutazione dei Dirigenti/Responsabili dei servizi preposti

### **Misurazione**

- rispetto degli obiettivi regionali di trasparenza = 100%
- mancato rispetto degli obiettivi regionali di trasparenza = 0%



**RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE  
SUL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI ASSEGNATI  
PER L'ANNO 2019  
(D.G.R. N. 4-92 DEL 19 LUGLIO 2019 COME RETTIFICATA DALLA  
D.G.R. N. 12-156 DEL 2 AGOSTO 2019)**

PREMESSA .....	64
<a href="#">OBIETTIVO 1.1 Equilibrio Economico Finanziario e Sostenibilità dell'SSR</a> .....	64
<a href="#">OBIETTIVO 2.1 Continuità assistenziale e Programma Regionale Cronicità</a> .....	65
<a href="#">OBIETTIVO 3.1 Tempi di attesa Ricoveri</a> .....	65
<a href="#">OBIETTIVO 3.2 Tempi di attesa prestazioni di specialistica ambulatoriale</a> .....	68
<a href="#">OBIETTIVO 3.3 Riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in DEA/PS</a> .....	72
<a href="#">OBIETTIVO 4.1 Area Osteomuscolare</a> .....	72
<a href="#">OBIETTIVO 4.2 Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI</a> .....	73
<a href="#">OBIETTIVO 4.3 Appropriatelyzza nell'assistenza al parto</a> .....	74
<a href="#">OBIETTIVO 4.4 Area Chirurgia Generale: colecistectomia laparoscopica</a> .....	76
<a href="#">OBIETTIVO 4.5 Screening oncologici</a> .....	76
<a href="#">OBIETTIVO 4.6 Programma regionale prevenzione: coperture vaccinali</a> .....	77
<a href="#">OBIETTIVO 4.7 Donazioni d'organo</a> .....	78
<a href="#">OBIETTIVO 4.8 Adesione al Programma ERAS "Enhanced Recovery After Surgery"</a> .....	78
<a href="#">OBIETTIVO 4.9 Umanizzazione dei percorsi ed empowerment del paziente</a> .....	79
<a href="#">OBIETTIVO 5.1 Affidabilità dati rilevati da flussi informativi della farmaceutica</a> .....	80
<a href="#">OBIETTIVO 5.2 Assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera: appropriatezza prescrittiva e riduzione variabilità</a> .....	82
<a href="#">OBIETTIVO 5.3 Miglioramento della qualità del flusso informativo dei dispositivi medici</a> .....	84
<a href="#">OBIETTIVO 6.1 Fascicolo sanitario elettronico e Servizi on Line</a> .....	85

## **PREMESSA**

D.G.R. n. 4-92 del 19/07/2019 avente ad oggetto: “Art. 2, comma 2 del D.Lgs. n. 171/2016 e s.m.i.. Assegnazione obiettivi di attività ai Direttori Generale/Commissari delle ASR per l’anno 2019. Approvazione criteri e modalità di valutazione”, come rettificata dalla D.G.R. n. 12-156 del 02/08/2019, avente ad oggetto: “Art. 2, comma 2 del D.Lgs. n. 171/2016 e s.m.i.. Assegnazione obiettivi di attività ai Direttori Generale/Commissari delle ASR per l’anno 2019. Approvazione criteri e modalità di valutazione. Revoca per meri errori materiali dell’Allegato A alla D.G.R. n. 4-92 del 19/07/2019. Approvazione nuovo Allegato A rettificato”.

Come previsto dall’Allegato A “Obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi, di trasparenza dei direttori generali/commissari delle aziende sanitarie regionali per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l’anno 2019” delle suddette D.G.R., con la presente si intende relazionare sul grado di raggiungimento dei singoli obiettivi / sub obiettivi assegnati.

\*\*\*\*

<b>OBIETTIVO 1.1 Equilibrio Economico Finanziario e Sostenibilità dell'SSR</b>	
<b>INDICATORI</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Spesa consuntiva 2019 (costi al netto delle componenti finanziarie e straordinarie attive, ed inclusivi delle rettifiche dei contributi c/esercizio per destinazione investimenti non finanziati da specifici atti regionali);</li><li>2. Produzione sanitaria consuntiva 2019 (attività di Ricovero, Ambulatoriale e PS non seguito da ricovero).</li><li>3. Previsionale (bilancio preventivo) per l'anno 2020</li></ol>
<b>VALORE DELL'OBIETTIVO</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Spesa consuntiva 2019 (costi al netto delle componenti finanziarie e straordinarie attive, ed inclusivi delle rettifiche dei contributi e/esercizio per destinazione investimenti non finanziati da specifici atti regionali) poste pari o inferiori rispetto al Bilancio Consuntivo 2018. Eventuali variazioni positive nei costi potranno essere autorizzate, nello specifico ed in forma scritta, dalla Regione Piemonte.</li><li>2. Produzione sanitaria consuntiva 2019, prestazioni di Ricovero e Ambulatoriali e PS non seguito da ricovero, pari o superiore rispetto alla programmazione definita nei Piani di efficientamento 2019 delle AO e dei presidi a gestione diretta delle ASL.</li><li>3. Presentazione e adozione entro il 31.12.2019</li></ol>

## **VALORE OSSERVATO**

In merito a quanto previsto dall'art. 1, comma 865 della L. n. 145/2018 (Legge di bilancio 2019) riguardo l'ulteriore specifico obiettivo di rispettare i "tempi di pagamento" previsti dalla legislazione vigente, si precisa che per gli Enti del SSR il ritardo massimo consentito per i pagamenti di debiti commerciali è pari a 60 gg. L'indice di tempestività dei pagamenti calcolato per l'intero anno 2019 vale, nel caso dell'ASL TO4, -4,52 e pertanto consente il pieno raggiungimento dell'obiettivo preliminare indicato.

### **Sub-obiettivo 1)**

In merito all'obiettivo 1.1 Equilibrio Economico Finanziario e sostenibilità dell'SSR, si dà atto di quanto segue. La DGR di riferimento richiede di valutare la spesa consuntiva 2019 al netto delle componenti finanziarie e straordinarie attive, ma inclusiva dello storno di contributi in c/esercizio destinati ad investimenti. Tale valore dovrebbe essere inferiore a quello dell'esercizio 2018. Sono tollerati valori superiori se compresi entro + 4 mln/€ o + 0,80% che nel caso dell'ASL TO4 vale 7,7 mln/€. Ad una prima valutazione tale obiettivo appare non raggiunto in quanto il differenziale tra 2018 e 2019 corrisponde a circa 20 mln/€, quindi superiore



di 12,3 mln/€ rispetto al limite consentito. Tuttavia se si considerano gli incrementi di voci di costo non governabili quali il rinnovo CCNL e IVC del comparto, Irap conseguente, medici a gettone, medici CUN, farmaci innovativi e innovativi oncologici, farmaci in DPC, Farmacie convenzionate per servizio distribuzione, assistenza integrativa, psichiatria da privato e gli incrementi di costi non monetari quali gli ammortamenti, il maggior costo complessivo del 2019 rispetto all'esercizio 2018, rientra entro il limite del + **0,8%**.

Si evidenzia inoltre che, il maggior saldo di retribuzione passiva 2018 vs 2019, è pari ad €. 8.2017.974.

#### Sub-obiettivo 2)

Attività	Gennaio - Dicembre 2018	Gennaio - Dicembre 2019	Variazione	Percentuale variazione 2019 VS 2018
Attività di ricovero (*)	116.410.281,60	119.862.403,97	3.452.122,37	<b>2,97%</b>
Attività ambulatoriale	59.881.737,78	62.390.963,09	2.509.225,31	<b>4,19%</b>
Attività in PS non seguita da ricovero	€ 12.986.428,70	€ 13.056.607,80	€ 70.179,10	<b>0,54%</b>
<b>TOTALE A.S.L. TO4</b>	<b>189.278.448,08</b>	<b>195.309.974,86</b>	<b>6.031.526,78</b>	<b>3,19%</b>

(\*) L'attività di ricovero è relativo agli oneri degenza a carico del SSN (esclusi quindi ricoveri a carico del Ministero dell'Interno di stranieri indigenti e la libera professione)

#### Sub-obiettivo 3)

Il Bilancio di Previsionale Provvisorio Tecnico per l'esercizio 2020, è stato adottato con Deliberazione del Direttore Generale, n. 1518 del 31/12/2019.

OBIETTIVO 2.1 Continuità assistenziale e Programma Regionale Cronicità	
<b>INDICATORI</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Presenza in ogni Presidio Ospedaliero e in ogni Distretto aziendale, rispettivamente del Nucleo Ospedaliero di Continuità Assistenziale e del Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure come previsti, anche in termini di profili professionali e modalità operative, dall'All. A ex DGR n. 27-3628/2012 e s.m.i.</li> <li>2. Definizione della proposta di Piano Aziendale della cronicità secondo contenuti e i tempi previsti dall'Assessorato.</li> </ol>
<b>VALORE DELL'OBIETTIVO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 100%</li> <li>2. 100%</li> </ol>

#### VALORE OSSERVATO

##### Sub-obiettivo 1)

I NOCC (Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure) e i NDCC (Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure) sono costituiti nei 3 Presidi Ospedalieri e nei 5 Distretti. La rilevazione della composizione e delle modalità di funzionamento è stata inviata alla Regione Piemonte con nota prot. n. 0022839 dell'11/03/2019 (All. 1).

##### Sub-obiettivo 2)

Il Piano Locale Cronicità è stato inviato in Regione nei termini previsti, con nota prot. n. 0098882 del 30/10/2019 (All. 2)

OBIETTIVO 3.1 Tempi di attesa Ricoveri	
<b>INDICATORE</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Per tipologia di intervento con codice di priorità A:</b> N° prestazioni per classe di priorità A erogate entro 30 giorni/N° prestazioni totali per classe di priorità A</li> <li>2. <b>Per tipo di intervento con codice di priorità B:</b> N° prestazioni per classe di priorità B erogate entro 60 giorni/N° prestazioni totali per classe di priorità B</li> </ol>
<b>VALORE DELL'OBIETTIVO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Come da tabella regionale dei valori soglia di garanzia</li> <li>2. ≥ 90% per singola tipologia di intervento con codice di priorità B</li> </ol>

#### VALORE OSSERVATO

##### Sub-obiettivo 1)

##### Tipologia di intervento con codice di priorità A

Cod	Interventi oggetto di monitoraggio	Presidi	N. ricov	Num	Den	Perc	Val Obiet
49	interventi chirurgici tumore mammella	Ivrea	223	201	223	90,09%	
		Chivasso	62	44	62	70,97%	
		<b>Totale Azienda</b>	<b>285</b>	<b>245</b>	<b>285</b>	<b>85,96%</b>	<b>≥ 90%</b>
50	interventi chirurgici tumore prostata	Ivrea	33	24	33	72,73%	
		Ciriè	30	23	30	76,67%	
		<b>Totale Azienda</b>	<b>63</b>	<b>47</b>	<b>63</b>	<b>74,60%</b>	<b>≥ 90%</b>
51	interventi chirurgici tumore colon	Ivrea	29	28	29	96,55%	
		Ciriè	14	9	14	64,29%	
		Chivasso	20	15	20	75,00%	
		<b>Totale Azienda</b>	<b>63</b>	<b>52</b>	<b>63</b>	<b>82,54%</b>	<b>≥ 90%</b>
51	interventi chirurgici tumore retto	Ivrea	16	14	16	87,50%	
		Ciriè	3	3	3	100,00%	
		Chivasso	6	3	6	50,00%	
		<b>Totale Azienda</b>	<b>25</b>	<b>20</b>	<b>25</b>	<b>80,00%</b>	<b>≥ 90%</b>
52	interventi chirurgici tumori utero	Ivrea	8	5	8	62,50%	
		Ciriè	2	1	2	50,00%	
		<b>Totale Azienda</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>60,00%</b>	<b>≥ 90%</b>
52 01	interventi chirurgici per melanoma	Cuornè	4	4	4	100,00%	
		Ivrea	1	1	1	100,00%	
		<b>Totale Azienda</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>100,00%</b>	<b>≥ 90%</b>
52 02	interventi chirurgici tumore tiroide	Ivrea	11	8	11	72,73%	
		Chivasso	5	4	5	80,00%	
		<b>Totale Azienda</b>	<b>16</b>	<b>12</b>	<b>16</b>	<b>75,00%</b>	<b>≥ 89%</b>
54	angioplastica coronarica (PTCA)	Ivrea	39	30	39	76,92%	
		Ciriè	54	53	54	98,15%	
		Chivasso	29	11	29	37,93%	
		<b>Totale Azienda</b>	<b>122</b>	<b>94</b>	<b>122</b>	<b>77,05%</b>	<b>≥ 90%</b>
56	intervento protesi d'anca	Ivrea	5	4	5	80,00%	
		Ciriè	5	5	5	100,00%	
		Chivasso	19	18	19	94,74%	
		<b>Totale Azienda</b>	<b>29</b>	<b>27</b>	<b>29</b>	<b>93,10%</b>	<b>≥ 90%</b>
60	colecistectomia laparoscopica	Ivrea	6	6	6	100,00%	
		Ciriè	17	13	17	76,47%	
		Chivasso	19	9	19	47,37%	
		<b>Totale Azienda</b>	<b>42</b>	<b>28</b>	<b>42</b>	<b>66,67%</b>	<b>≥ 67%</b>
65	coronarografia	Ivrea	68	22	68	32,35%	
		Ciriè	81	42	81	51,85%	
		Chivasso	42	5	42	11,90%	
		<b>Totale Azienda</b>	<b>191</b>	<b>69</b>	<b>191</b>	<b>36,13%</b>	<b>≥ 90%</b>
70	biopsia percutanea del fegato	Ivrea	1	1	1	100,00%	
		<b>Totale Azienda</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>100,00%</b>	<b>≥ 90%</b>
75	emorroidectomia	Ivrea	2	2	2	100,00%	
		Ciriè	3	2	3	66,67%	
		Chivasso	5	0	5	0,00%	
		<b>Totale Azienda</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>40,00%</b>	<b>≥ 90%</b>
80	Riparazione ernia inguinale	Cuornè	1	0	1	0,00%	
		Ivrea	1	1	1	100,00%	
		Ciriè	29	20	29	68,97%	
		Chivasso	25	9	25	36,00%	
		<b>Totale Azienda</b>	<b>56</b>	<b>30</b>	<b>56</b>	<b>53,57%</b>	<b>≥ 73%</b>

## Sub-obiettivo 2)

### Tipologia di intervento con codice di priorità B

Cod	Interventi oggetto di monitoraggio	Presidi	N. ricov	Diff gg	Num	Den	Perc	Val Obiet
-----	------------------------------------	---------	----------	---------	-----	-----	------	-----------

Cod	Interventi oggetto di monitoraggio	Presidi	N. ricov	Diff gg	Num	Den	Perc	Val Obiet
49	interventi chirurgici tumore mammella	Ivrea	3	91	3	3	100,00%	
		Ciriè	1	38	1	1	100,00%	
		Chivasso	1	43	1	1	100,00%	
		<b>Totale Azienda</b>	<b>5</b>	<b>172</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>100,00%</b>	<b>≥ 90%</b>
50	interventi chirurgici tumore prostata	Ivrea	3	319	1	3	33,33%	
		Ciriè	1	147	0	1	0,00%	
		<b>Totale Azienda</b>	<b>4</b>	<b>466</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>25,00%</b>	<b>≥ 90%</b>
52	interventi chirurgici tumori utero	Ciriè	2	45	2	2	100,00%	
		<b>Totale Azienda</b>	<b>2</b>	<b>45</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>100,00%</b>	<b>≥ 90%</b>
52 02	interventi chirurgici tumore tiroide	Ivrea	6	545	1	6	16,67%	
		Chivasso	3	323	0	3	0,00%	
		<b>Totale Azienda</b>	<b>9</b>	<b>868</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>11,11%</b>	<b>≥ 90%</b>
54	angioplastica coronarica (PTCA)	Ivrea	25	1239	17	25	68,00%	
		Ciriè	59	2264	59	59	100,00%	
		Chivasso	22	2079	6	22	27,27%	
		<b>Totale Azienda</b>	<b>106</b>	<b>5582</b>	<b>82</b>	<b>106</b>	<b>77,36%</b>	<b>≥ 90%</b>
56	intervento protesi d'anca	Ivrea	13	587	11	13	84,62%	
		Ciriè	10	987	2	10	20,00%	
		Chivasso	52	3740	30	52	57,69%	
		<b>Totale Azienda</b>	<b>75</b>	<b>5314</b>	<b>43</b>	<b>75</b>	<b>57,33%</b>	<b>≥ 90%</b>
60	colecistectomia laparoscopica	Ivrea	81	8759	13	61	21,31%	
		Ciriè	49	5847	7	49	14,29%	
		Chivasso	61	8759	13	61	21,31%	
		<b>Totale Azienda</b>	<b>191</b>	<b>22706</b>	<b>47</b>	<b>191</b>	<b>24,61%</b>	<b>≥ 90%</b>
65	coronarografia	Ivrea	59	3136	21	59	35,59%	
		Ciriè	139	5464	81	139	58,27%	
		Chivasso	35	3207	3	35	8,57%	
		<b>Totale Azienda</b>	<b>233</b>	<b>11807</b>	<b>105</b>	<b>233</b>	<b>45,06%</b>	<b>≥ 90%</b>
70	biopsia percutanea del fegato	Chivasso	1	168	0	1	0,00%	
		<b>Totale Azienda</b>	<b>1</b>	<b>168</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0,00%</b>	<b>≥ 90%</b>
75	emorroidectomia	Cuornè	49	6651	5	49	10,20%	
		Ivrea	16	2954	3	16	18,75%	
		Ciriè	22	2555	2	22	9,09%	
		Chivasso	27	5558	3	27	11,11%	
		<b>Totale Azienda</b>	<b>114</b>	<b>17718</b>	<b>13</b>	<b>114</b>	<b>11,40%</b>	<b>≥ 90%</b>
80	Riparazione ernia inguinale	Cuornè	187	15443	75	187	40,11%	
		Ivrea	51	5706	17	51	33,33%	
		Ciriè	100	10682	20	100	20,00%	
		Chivasso	98	13072	18	98	18,37%	
		<b>Totale Azienda</b>	<b>436</b>	<b>44903</b>	<b>130</b>	<b>436</b>	<b>29,82%</b>	<b>≥ 90%</b>

Nel 2019 non risultano erogate le seguenti prestazioni, oggetto di monitoraggio regionale:

- Bypass aortocoronarico
- Endoarteriectomia carotidea
- Tumore polmone
- Biopsia cutanea del fegato

Nel corso del 2019 sono state intraprese principalmente azioni di tipo metodologico ed organizzativo sui percorsi e sulla gestione delle liste.

Tra le azioni di miglioramento si segnalano in particolar modo:

1. Incremento delle sedute operatorie/estensione pomeridiana delle sedute
2. Ottimizzazione dei percorsi dei pazienti oncologici (All. 1 e 2)

3. Implementazione di un modello gestionale atto a garantire l'incremento dell'efficienza di utilizzo dei posti letto (All. 3)
  4. Tracciabilità di eventuali variazioni di priorità ed implementazione della funzionalità di sospensione dalla lista per indisponibilità del paziente (All. 4)
  5. Correzione ove necessario delle tempistiche e delle modalità di inserimento in lista dei pazienti (All. 4)
  6. Coinvolgimento dei Direttori di Struttura Complessa, dei Direttori di Dipartimento e dei Direttori di Presidio (All. 4)
  7. Emodinamica: completamento dell'articolazione dei laboratori su 3 sedi aziendali
- Permangono tuttavia criticità in alcune sedi anche sulla classe di priorità A e sulla patologia oncologica.

Si precisa, inoltre:

#### **49 – Interventi chirurgici tumore maligno della mammella**

Le tempistiche sulla sede di Chivasso hanno risentito della disponibilità di sala operatoria. L'azione correttiva è consistita nell'incremento degli spazi operatori. Nell'ultimo quadrimestre 2018, la sede di Chivasso è stata attivata come estensione della Breast Unit con incremento della disponibilità totale di sala operatoria per la patologia oncologica della mammella, richiedendo verifiche su aspetti metodologici attinenti il percorso della Breast Unit. Tali azioni hanno permesso di ottenere un globale miglioramento nel 2019 rispetto all'anno 2018 (Priorità A 79,53% vs 85,96%).

#### **50 – Interventi chirurgici tumore maligno della prostata**

L'azione correttiva è stata di tipo organizzativo (in allegato documento di "Ottimizzazione del percorso del paziente affetto da tumore maligno della prostata" -All. 1). Per le patologie di area oncologica, il PNGLA prevede un tempo di attesa fino a 30 gg per la fase diagnostica e fino ad altri 30 gg per l'intervento, dal momento in cui se ne pone l'indicazione. È stato rilevato che, difformemente da quanto previsto dal PNGLA, i casi venivano inseriti in lista di attesa per l'intervento all'inizio della fase diagnostica, perciò il tempo di attesa registrato risultava distorto in quanto comprensivo anche della fase diagnostica. La revisione del percorso consente tempistiche più adeguate e funzionali. Tali azioni hanno permesso un miglioramento rispetto all'anno 2018 (Priorità A 68,42% vs 74,60% - Priorità B 0% vs 25%), e sono tutt'oggi in corso di implementazione.

#### **52 – Interventi chirurgici tumore maligno utero**

L'azione correttiva attuata è ancora in corso ed è di tipo organizzativo (in allegato documento di "Ottimizzazione del percorso della paziente di ginecologia oncologica" -All. 2). Trattasi di una revisione di percorso analoga a quella attuata per la patologia neoplastica prostatica. Risulta funzionale un modello di gestione della paziente che preveda una netta distinzione tra fase diagnostica e fase terapeutica. (Priorità A 50% vs 60%).

#### **56 – Intervento protesi d'anca**

Il personale medico è stato richiamato al corretto utilizzo del software per la gestione delle liste d'attesa, tracciando i pazienti per i quali risulta sospeso l'intervento chirurgico (ad esempio per condizioni cliniche), e quindi non rientranti nel calcolo dell'indicatore. (Priorità A 86,11% vs 93,10% - Priorità B 43,06% vs 57,33%).

#### **60 – 75 – 80 – Colecistectomia laparoscopica, emorroidectomia e riparazione ernia inguinale**

Le tempistiche hanno risentito della disponibilità di sala operatoria. Nella programmazione viene data priorità agli interventi di chirurgia oncologica. Sono in atto interventi di ottimizzazione dell'utilizzo delle sale.

### **OBBIETTIVO 3.2 Tempi di attesa prestazioni di specialistica ambulatoriale**

<b>INDICATORE</b>	1. $\frac{\sum (\text{data prenotazione} - \text{data erogazione})}{\text{N}^\circ \text{ prestazioni}}$
	2. Implementazione del modello RAO per la gastroenterologia
	3. partecipazione dei referenti aziendali per i tempi di attesa al gruppo regionale per la definizione del nuovo modello di monitoraggio regionale

<b>VALORE DELL'OBIETTIVO</b>	1. Come da tabella regionale prestazioni
	2. Evidenza dell'applicazione del modello RAO – gastroenterologia nella prescrizione delle prestazioni
	3. Partecipazione ad almeno il 90% degli incontri programmati

## **VALORE OSSERVATO**

### **Sub-obiettivo 1)**

Per le ASL l'obiettivo è da intendersi nella prospettiva della tutela pertanto il monitoraggio è relativo al consumo dei residenti del proprio territorio a prescindere da chi eroga la prestazione (pubblico o privato).

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 (con esclusione di TC e RM).

La tabella seguente riporta l'indice di performance dell'ASL TO 4 secondo il metodo della "tutela" cioè si riferisce alle prestazioni "consumate" dai residenti ASL TO 4 indipendentemente dalla sede di erogazione: in verde sono riportate quelle che sono in linea con lo standard.

Con i dati relativi al periodo gennaio - dicembre 2019, risultano nello standard regionale n. 27 prestazioni e fuori standard regionale n. 34 prestazioni, di cui n. 5 si discostano dallo standard di un numero di giorni che va da 2 a 4. I dati migliorano se si prende in considerazione (come indicato nel PNGLA 2019-2021) le prescrizioni di primo accesso: risultano essere nello standard n. 33 prestazioni con una percentuale di soddisfazione pari al 54%.

Descrizione Prestazione TA 2019	numero prestazioni	Performance 2019	Percentuale	numero prestazioni	Performance 2018	Percentuale	Standard Regione	Delta Prestazioni 2019 vs 2018	Delta Performance 2019
01 - Visita Cardiologica	14.739	49,49	62,09%	16.054	42,42	69,21%	30	-1.315	19
02 - Visita Chirurgia vascolare	2.094	28,48	83,19%	2.084	20,02	90,07%	30	10	-2
03 - Visita Endocrinologica	5.200	63,99	74,50%	5.246	58,57	78,10%	30	-46	34
04 - Visita Neurologica	8.963	39,38	70,12%	9.939	38,53	69,56%	30	-976	9
05 - Visita Oculistica	21.930	78,11	62,83%	23.157	83,75	61,19%	30	-1.227	48
06 - Visita Ortopedica	17.807	33,53	73,88%	17.400	30,64	78,48%	30	407	4
07 - Visita Ginecologica	14.255	27,43	71,13%	14.392	23,49	74,79%	30	-137	-3
08 - Visita ORL	19.899	20,70	90,03%	20.442	17,51	91,80%	30	-543	-9
09 - Visita Urologica	8.993	28,80	82,71%	8.969	30,16	81,15%	30	24	-1
10 - Visita Dermatologica	16.527	66,06	62,34%	16.532	66,01	64,61%	30	-5	36
11 - Visita Fisiatrica	26.477	37,60	69,85%	25.881	38,45	71,15%	30	596	8
12 - Visita Gastroenterologica	3.893	58,71	55,46%	4.074	47,84	65,24%	30	-181	29
13 - Visita Oncologica	2.706	23,64	90,58%	2.986	17,01	92,50%	30	-280	-6
14 - Visita Pneumologica	5.658	70,29	54,83%	5.328	57,74	64,51%	30	330	40
15 - Mammografia bilaterale	5.688	68,77	84,04%	5.342	53,70	88,06%	40	346	29
16 - Mammografia monolaterale	970	72,12	82,47%	897	59,47	85,40%	40	73	32
17 - TC del torace	3.795	33,25	92,25%	3.208	26,23	94,39%	30	587	3
18 - TC del torace con e senza MDC	9.319	34,69	86,68%	8.681	31,17	88,69%	30	638	5
19 - TC dell'addome superiore	63	17,13	95,24%	66	17,27	96,97%	30	-3	-13
20 - TC dell'addome superiore con e senza MDC	531	31,59	85,12%	407	30,07	90,91%	30	124	2
21 - TC dell'addome inferiore	112	4,48	99,11%	78	13,06	97,44%	30	34	-26
22 - TC dell'addome inferiore con e senza MDC	160	19,26	90,63%	94	22,84	93,62%	30	66	-11
23 - TC dell'addome completo	1.301	16,55	91,93%	1.145	13,67	94,06%	30	156	-13
24 - TC dell'addome completo con e senza MDC	10.126	32,83	86,47%	9.260	29,46	88,88%	30	866	3
25 - TC Cranio - encefalo	3.305	13,77	95,25%	3.084	12,33	96,66%	30	221	-16
26 - TC Cranio - encefalo con e senza MDC	2.586	24,62	87,82%	2.334	21,42	89,55%	30	252	-5
27 - TC del rachide e dello speco verterbrale cervicale	1.946	14,81	92,19%	1.659	14,04	92,65%	30	287	-15
30 - TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale con e senza MDC	680	15,79	72,65%	568	12,30	75,70%	30	112	-14
33 - TC del bacino e articolazioni sacroiliache	722	10,48	85,73%	537	10,76	86,96%	30	185	-20
34 - RM Encefalo	4.282	16,68	96,82%	4.276	13,18	96,84%	30	6	-13
35 - RM encefalo con e senza MDC	4.340	23,96	94,70%	4.327	19,90	96,21%	30	13	-6
36 - RM Addome inferiore	264	14,43	96,59%	243	16,79	97,12%	30	21	-16
37 - RM addome inferiore con e senza MDC	1.222	25,39	94,44%	1.016	20,04	97,05%	30	206	-5
38 - RM colonna vertebrale	12.082	14,42	95,41%	12.237	9,91	96,97%	30	-155	-16
39 - RM colonna vertebrale con e senzaMDC	1.961	22,60	93,73%	2.184	19,70	93,77%	30	-223	-7
40 - Ecografia capo e collo	11.771	62,24	80,63%	11.426	61,02	82,44%	40	345	22
41 - Ecocolordopler cardiaca	24.496	52,32	81,26%	25.705	45,99	82,69%	40	-1.209	12
42 - Ecocolordopler dei tronchi sovra-ortici	19.199	52,65	87,23%	19.537	51,17	87,86%	40	-338	13
43 - Ecografia addome superiore	4.327	48,64	89,09%	4.391	45,71	90,69%	30	-64	19
44 - Ecografia addome inferiore	1.102	42,94	90,11%	1.038	40,81	90,56%	30	64	13
45 - Ecografia addome completo	27.680	45,13	87,83%	26.003	46,09	88,40%	30	1.677	15
46 - Ecografia bilaterale della mammella	7.897	38,87	91,67%	7.882	28,20	94,13%	30	15	9
47 - Ecografia monolaterale della mammella	704	12,59	94,89%	679	13,69	96,17%	30	25	-17
48 - Ecografia ostetrica	6.203	7,36	95,13%	5.586	4,46	99,66%	11	617	-4
49 - Ecografia ginecologica	238	26,35	93,28%	292	39,07	86,99%	11	-54	15
50 - Ecocolordoppler arti inferiori arterioso e/o venoso	14.551	28,53	92,65%	14.997	31,67	91,85%	30	-446	-1
51 - Colonscopia totale con endoscopio flessibile	6.259	78,09	65,52%	6.139	62,97	72,59%	30	120	48
52 - Polipectomia intestino crasso	998	5,81	98,30%	1.005	14,88	97,51%	30	-7	-24
53 - Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	374	27,22	89,57%	348	20,09	93,97%	30	26	-3
54/55 - Esofagogastroduodenoscopia	7.571	43,44	80,33%	7.859	36,61	84,78%	30	-288	13
56 - Elettrocardiogramma	46.248	36,73	87,23%	48.608	29,86	88,91%	30	-2.360	7
57 - Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	6.571	43,85	83,24%	6.559	39,37	85,91%	40	12	4
58 - Test cardiovascolare da sforzo	1.683	67,00	78,97%	1.655	52,96	84,53%	40	28	27
60 - Esame audiometrico tonale	7.155	51,98	85,74%	7.005	48,46	88,92%	30	150	22
61 - Spirometria semplice	5.553	76,36	74,72%	5.745	40,90	87,52%	40	-192	36
62 - Spirometria globale	3.502	48,87	85,92%	2.493	62,02	79,86%	40	1.009	9
63 - Fotografia del fundus	204	48,90	88,73%	150	42,81	86,67%	30	54	19
64 - Elettromiografia semplice (EMG) per arto superiore	3.269	36,05	85,32%	2.566	31,57	86,94%	pag. 70 di 87 30	703	6
65 - Elettromiografia semplice (EMG) per arto inferiore	2.299	38,37	83,34%	2.026	32,14	84,65%	30	273	8
66 - Elettromiografia semplice (EMG) del capo	29	28,69	75,86%	27	36,52	55,56%	30	2	-1
70 - Elettromiografia	1.210	4,42	100,00%	2.238	5,64	99,73%	30	-1.028	-26

Nella tabella successiva si evidenziano le prestazioni per le quali si è avuto un aumento di volumi, rispetto al 2015, per una percentuale superiore al 30% così come da obiettivo regionale.  
In totale risulta che il 56% delle prestazioni ha raggiunto lo standard richiesto.

<b>PRODUZIONE ASL TO4</b>			
<b>Descrizione Prestazione TA 2019</b>	<b>2019</b>	<b>2015</b>	<b>delta % 2019 vs 2015</b>
40 - Ecografia capo e collo	4.583	3.248	41%
45 - Ecografia addome completo	11.488	8.276	39%
47 - Ecografia monolaterale della mammella	606	418	45%
53 - Rettosigmoidoscopia con endoscopia flessibile	162	84	93%
58 - Test cardiovascolare da sforzo	615	429	43%
62 - Spirometria globale	2.503	447	460%
63 - Fotografia del fundus	87	50	74%

### **Sub-obiettivo 2)**

In data 13/05/2019, a seguito della DGR 259 del 10/04/2019, il Manager dei Tempi di attesa ha inoltrato la stessa al Direttore della Struttura Complessa Gastroenterologia con l'indicazione di implementazione delle cedole per la preparazione all'esame, da consegnare agli utenti CUP e con la richiesta di incontro.

A fine agosto è stato effettuato un incontro finalizzato al coordinamento delle azioni da implementare per la condivisione con i Medici di Medicina Generale per l'applicazione del modello RAO.

In data 30/08/2019 con lettera prot. n. 78406 la Direzione Sanitaria d'Azienda ha assegnato gli obiettivi alla Struttura di Gastroenterologia, Direzioni di Distretto e Direzioni di Presidio, aggiornati con le indicazioni della D.D. 259 del 10/04/2019 e alle specifiche tecniche per la prescrizione delle classi di priorità delle prestazioni diagnostiche ambulatoriali relative ai seguenti codici:

89.7                               prima visita gastroenterologica  
45.13                               esofagogastroduodenoscopia  
45.24                               biopsia endoscopica  
45.23                               colonscopia totale  
45.25-48.24-45.42            biopsia

Il coordinatore dei Direttori di Distretto ha rendicontato una relazione in data 06/12/2019 in riferimento agli incontri svolti nelle diverse UCAD distrettuali le cui date sono di seguito riportate:

UCAD Distretto Ciriè            data 29/11/2019  
UCAD Distretto Chivasso        data 24/10/2019  
UCAD Distretto Settimo         data 04/12/2019  
UCAD Distretto Ivrea            data 19/11/2019  
UCAD Distretto Cuornè         data 06/11/2019

Le Direzioni Medico Ospedaliere hanno fatto incontri con il Responsabile della S.C. Gastroenterologia per l'applicazione nell'erogazione del Sistema RAO nei diversi Presidi ospedalieri dalla ASL TO4, e nella rendicontazione della coerenza della classe di priorità prescritta con quella effettivamente riscontrata dall'anamnesi preventiva all'intervento del Gastroenterologo.

E' stata predisposta una modalità di rendicontazione (tramite applicativo gestionale aziendale) e di raccolta dati sulla coerenza della classe di priorità prescritta e effettivamente riscontrata dall'anamnesi dello specialista.

### **Sub-obiettivo 3)**

Il Direttore Sanitario d'Azienda e/o suo delegato, con la presenza di personale tecnico, ha partecipato a tutte le convocazioni della Regione, come risulta da foglio firme dell'ufficio competente dell'Assessorato Sanità.

<b>OBIETTIVO 3.3 Riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in DEA/PS</b>	
<b>INDICATORE</b>	<p><b>Tempo medio di permanenza in PS:</b> (data/ora di dimissione dal PS – data/ora di accesso al PS)</p> $\frac{\text{N}^\circ \text{ di accessi in PS}}{\text{N}^\circ \text{ di accessi in PS}}$ <p><b>Sono esclusi dalla selezione i pazienti giunti in assenza di segni vitali e non sottoposti a manovre rianimatorie</b> Qualora, nello specifico presidio sede di DEA/PS, la percentuale annuale di pazienti OBI sul totale degli accessi in DEA/PS del presidio stesso sia compresa tra il 5% e il 10%, il tempo di OBI sarà scorporato dalla valutazione del singolo presidio che presenta tale risultato</p>
<b>VALORE DELL'OBIETTIVO</b>	<p>Valore medio regionale per ciascun livello organizzativo di complessità assistenziale individuato dalla rete di Emergenza Urgenza (DEA II, DEA I, PS di base, PS di area disagiata):</p> <p>DEA II ≤ 6 ore                      DEA I ≤ 6 ore PS di Base ≤ 4 ore                      PS di area disagiata ≤ 5 ore</p>

### VALORE OSSERVATO

D.E.A./P.S.	anno 2019		ATTESO Permanenza (ore)
	N. Accessi	Permanenza	
D.E.A Chivasso	49.562	11,4	≤ 6 ore
D.E.A Ciriè (senza OBI)	46.591	7,3	≤ 6 ore
D.E.A Ivrea	38.370	6,7	≤ 6 ore
P.S. Area Disagiata Cuorgnè	18.516	4,8	≤ 5 ore
P.P.I. Lanzo	6.302	1,9	≤ 4 ore

Il trend in incremento dei valori orari è una costante nei DEA, secondaria due fenomeni principali:

- il primo fenomeno è l'incremento della complessità assistenziale dei pazienti, non associato necessariamente a incremento della complessità clinica, che si traduce in aumento del numero di pazienti che sosta in DEA in attesa di trasferimento presso strutture a carattere assistenziale del territorio.
- il secondo fenomeno è il boarding, ossia la permanenza in DEA di pazienti in attesa di ricovero presso i reparti ospedalieri.
- per il DEA di Chivasso, a causa del fenomeno boarding e l'incremento della complessità assistenziale, al fine di garantire una corretta gestione dei pazienti e per evitare stazionamenti degli stessi nei corridoi del DEA, si sono approntate aree adibite all'assistenza del paziente (non OBI), con caratteristiche, sia per quanto riguarda l'assistenza, sia per quanto riguarda i letti, riconducibili a quella garantita nei ricoveri ordinari.

<b>OBIETTIVO 4.1 Area Osteomuscolare</b>	
<b>INDICATORE</b>	<p>Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 48 ore dall'arrivo in PS (differenza tra data della procedura e data di arrivo in PS ≤ 48 ore)</p> $\frac{\text{Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore}}{\text{Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore}}$
<b>VALORE DELL'OBIETTIVO</b>	Tasso aggiustato > 70%

### VALORE OSSERVATO

Atteso: Tasso aggiustato >70%

ANNO 2019			
Sede	Numeratore	Denominatore	%



Chivasso	160	218	73%
Ciriè	112	207	54%
Ivrea	156	296	54%
<b>Totale ASL TO4</b>	<b>428</b>	<b>721</b>	<b>59%</b>

(Fonte dati SDO)

Per il Presidio di Ivrea è stata fatta la verifica sui casi fuori standard ed è risultato che in 74 di essi i pazienti sono risultati non eleggibili all'intervento entro 2 gg per motivi clinici. Considerando tali casi come se fossero in standard il tasso complessivo passa al 78% (vedi tabella seguente).

Per il Presidi di Ciriè la verifica effettuata individua 55 casi di non eleggibilità per motivi clinici per cui la percentuale rideterminata sale al 81% (vedi tabella seguente).

Sede	Numeratore	Denominatore	%
Chivasso	160	218	73%
Ciriè	167	207	81%
Ivrea	230	296	78%
<b>Totale ASL TO4</b>	<b>557</b>	<b>721</b>	<b>77%</b>

(Fonte dati SDO)

In relazione al pre-requisito di accesso al raggiungimento dell'obiettivo i tempi di attesa per frattura di tibia e perone, si riportano in calce i dati disponibili in PNE (Fonte dati SDO)

Tempi di attesa per intervento chirurgico: valore compreso tra <2 e =4 giorni

Sede	Media (giorni)	Mediana (giorni)
Chivasso	1	1
Ciriè	1,3	0,5
Ivrea	2,4	1
<b>Totale A.S.L. TO4</b>	<b>1,5</b>	<b>1</b>

#### OBIETTIVO 4.2 Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI

<b>INDICATORE</b>	Numero di episodi di STEMI, in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro 2 giorni ----- Numero di episodi di STEMI
<b>VALORE DELL'OBIETTIVO</b>	Tasso grezzo $\geq 85\%$

#### VALORE OSSERVATO

Atteso: Tasso grezzo  $\geq 85\%$

ANNO 2019		
Sede		Totale Produzione
Ivrea	N° di ricoveri STEMI con PTCA 0-1gg netti	81
	N° di ricoveri STEMI netti	105
	<b>% ricoveri appropriati</b>	<b>77,14%</b>
Ciriè	N° di ricoveri STEMI con PTCA 0-1gg netti	92
	N° di ricoveri STEMI netti	111
	<b>% ricoveri appropriati</b>	<b>82,88%</b>
Chivasso	N° di ricoveri STEMI con PTCA 0-1gg netti	4
	N° di ricoveri STEMI netti	15
	<b>% ricoveri appropriati</b>	<b>26,67%</b>
<b>Totale ASL TO4</b>	N° di ricoveri STEMI con PTCA 0-1gg netti	177

	N° di ricoveri STEMI netti	231
	<b>% ricoveri appropriati</b>	<b>76,62%</b>

(Fonte dati SDO)

E' stata effettuata un'analisi di approfondimento sulla casistica relativa agli episodi di STEMI, utilizzando come fonte i dato SDO e la documentazione clinica. I risultati dell'analisi sono di seguito riportati:

**Ivrea:**

Su un totale di **105 episodi di STEMI**, per **83** casi vi era indicazione all'intervento di PTCA; tra questi **81** casi sono stati trattati entro 2 giorni (97,59% del totale dei casi elegibili).

Nei restanti **22** casi non sottoposti ad intervento, **8** sono risultati essere episodi di NSTEMI erroneamente codificati come STEMI sulle SDO e **14** sono risultati casi per cui non vi era indicazione all'intervento per presenza di comorbidità.

**Ciriè:**

Su un totale di **111 episodi di STEMI**, per **96** casi vi era indicazione all'intervento di PTCA; tra questi **92** casi sono stati trattati entro 2 giorni (95,83% del totale dei casi elegibili).

I restanti **15** casi non sottoposti ad intervento sono risultati casi per cui non vi era indicazione all'intervento per presenza di comorbidità.

**Chivasso:**

Su un totale di **15 episodi di STEMI**, per **5** casi vi era indicazione all'intervento di PTCA; tra questi **4** casi sono stati trattati entro 2 giorni (80% del totale dei casi elegibili).

Nei restanti **10** casi non sottoposti ad intervento, **5** sono risultati essere episodi di NSTEMI erroneamente codificati come STEMI sulle SDO, **2** sono stati trattati presso altro Ospedale e ritrasferiti per competenza al Presidio Ospedaliero di Chivasso e **3** sono risultati casi per cui non vi era indicazione all'intervento per presenza di comorbidità.

A fronte di questa valutazione i valori reali sono di seguito indicati, e rientrano complessivamente nello standard.

ANNO 2019		
Sede		Totale Produzione
Ivrea	N° di ricoveri STEMI con PTCA 0-1gg netti	81
	N° di ricoveri STEMI netti	83
	<b>% ricoveri appropriati</b>	<b>97,59%</b>
Ciriè	N° di ricoveri STEMI con PTCA 0-1gg netti	92
	N° di ricoveri STEMI netti	96
	<b>% ricoveri appropriati</b>	<b>95,83%</b>
Chivasso	N° di ricoveri STEMI con PTCA 0-1gg netti	4
	N° di ricoveri STEMI netti	5
	<b>% ricoveri appropriati</b>	<b>80%</b>
<b>Totale ASL TO4</b>	N° di ricoveri STEMI con PTCA 0-1gg netti	177
	N° di ricoveri STEMI netti	184
	<b>% ricoveri appropriati</b>	<b>96,20%</b>

**OBIETTIVO 4.3 Appropriatazza nell'assistenza al parto**

<b>INDICATORE</b>	$\frac{\text{N° parti con cesareo primario}}{\text{N° parti co nessun pregresso cesareo}} \times 100$
-------------------	---

<b>VALORE OBIETTIVO</b>	maternità di II livello: tasso aggiustato $\leq 20,00\%$ maternità di I livello: tasso aggiustato $\leq 15,00\%$
-------------------------	---

## VALORE OSSERVATO

Atteso: Maternità di I livello: tasso aggiustato  $\leq 15,00\%$

Sede		Anno 2019
		Totale Produzione
Ivrea	Parti cesarei primari senza pregresso cesareo e/o morte neonatale	87
	Altri parti senza pregresso cesareo e/o morte neonatale	455
	Totali parti senza pregresso cesareo e/o morte neonatale	542
	% Cesarei Primari	<b>16%</b>
Ciriè	Parti cesarei primari senza pregresso cesareo e/o morte neonatale	69
	Altri parti senza pregresso cesareo e/o morte neonatale	621
	Totali parti senza pregresso cesareo e/o morte neonatale	690
	% Cesarei Primari	<b>10%</b>
Chivasso	Parti cesarei primari senza pregresso cesareo e/o morte neonatale	129
	Altri parti senza pregresso cesareo e/o morte neonatale	534
	Totali parti senza pregresso cesareo e/o morte neonatale	665
	% Cesarei Primari	<b>19%</b>
<b>Totale ASL TO4</b>	Parti cesarei primari senza pregresso cesareo e/o morte neonatale	285
	Altri parti senza pregresso cesareo e/o morte neonatale	1.610
	Totali parti senza pregresso cesareo e/o morte neonatale	1.897
	% Cesarei Primari	<b>15%</b>

Si riportano in calce i valori osservati inerenti i pre-requisiti di accesso al riconoscimento dell'obiettivo:

- 100% di coerenza tra cartella SDO e scheda CEDAP

Coerenza SDO - CEDAP	2019		% Coerenza
	SDO	CEDAP	
Ivrea (°)	614	614	100%
Ciriè	802	802	100%
Chivasso	717	717	100%
<b>Totale</b>	<b>2.133</b>	<b>2.133</b>	<b>100%</b>

(°) Si precisa che, presso il Presidio di Ivrea, in un caso la SDO corrisponde al DRG di parto in quanto codificata con procedura chirurgica per complicanze intervenute

- Bilancio della salute alla 36°-37° settimana  $\geq 60\%$

Sede	2019		% raggiunta
	Bilanci salute	Parti	
Ivrea	482	614	79%
Ciriè	818	802	102% (°)
Chivasso	689	717	96%
<b>Totale</b>	<b>1.989</b>	<b>2.133</b>	<b>93%</b>

(°) il dato è legato a bilanci già effettuati su gravide che non hanno ancora partorito

<b>OBIETTIVO 4.4 Area Chirurgia Generale: colecistectomia laparoscopica</b>	
<b>INDICATORE</b>	Intervento chirurgico per colecistectomia laparoscopica con dimissione entro 3 giorni ----- Ricoveri per colecistectomia laparoscopica
<b>VALORE DELL'OBIETTIVO</b>	Tasso aggiustato > 70%

### VALORE OSSERVATO

Atteso: tasso aggiustato > 70%

2019			
Sede	Interventi colecist. lapar. con dimissione entro 3 giorni	Ricoveri per colecistectomia laparoscopica	Percentuale
Chivasso	81	101	80,20%
Ciriè	100	121	82,64%
Ivrea	121	131	92,37%
<b>ASL TO4</b>	<b>302</b>	<b>353</b>	<b>85,55%</b>

(fonte dati SDO)

<b>OBIETTIVO 4.5 Screening oncologici</b>	
<b>INDICATORE</b>	<b>COPERTURE INVITI:</b> N° persone invitate + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale. <b>COPERTURA ESAMI:</b> N° persone sottoposte al test di screening, incluse le adesioni spontanee/ popolazione bersaglio annuale
<b>VALORE DELL'OBIETTIVO</b>	Come da tabella regionale

### PROGRAMMA DI SCREENING MAMMOGRAFICO

Popolazione target: donne di età compresa tra 50 e 69 anni (due anni)

#### COPERTURA DA INVITI

VALORE ATTESO 100% (MINIMO 97%)

**VALORE OSSERVATO: 100,9%**

#### COPERTURA DA ESAMI

VALORE ATTESO 51% (MINIMO 45,9%)

**VALORE OSSERVATO: 66,4%**

### PROGRAMMA DI SCREENING CERVICO-VAGINALE

Popolazione target: donne di età 25-64 anni (30-64 per HPV) per lo screening cervico-vaginale (tre anni screening citologico e 5 anni HPV)

#### COPERTURA INVITI

VALORE ATTESO 100% (MINIMO 97%)

**VALORE OSSERVATO: 109,2%**

#### COPERTURA ESAMI

VALORE ATTESO 47% (MINIMO 42,3%)

**VALORE OSSERVATO: 61,5%**

### PROGRAMMA DI SCREENING COLO-RETTALE

Popolazione target: uomini e donne di età 58-69 anni per lo screening colonrettale (due anni per il FIT e solo una volta a 58 anni per la sigmoidoscopia)

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

VALORE ATTESO 100% (MINIMO 97%)

**VALORE OSSERVATO: 99,3%**

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

VALORE ATTESO 40% (MINIMO 36%)

**VALORE OSSERVATO: 65,7%**

<b>OBIETTIVO 4.6 Programma regionale prevenzione: coperture vaccinali</b>	
<b>INDICATORE</b>	1) N° di soggetti residenti appartenenti alla coorte 2017 e vaccinati per 1° dose di MPRV ----- Numero di soggetti residenti appartenenti alla coorte 2017
	2) N° di soggetti residenti appartenenti alla coorte 2012 e vaccinati per 2° dose di MPR ----- Numero di soggetti residenti appartenenti alla coorte 2012
	3) Numero di soggetti residenti femmine appartenenti alla coorte 2007 vaccinate per HPV (ciclo completo) ----- Numero di soggetti residenti femmine appartenenti alla coorte 2007
<b>VALORE DELL'OBIETTIVO</b>	1. copertura vaccinale ≥ 95% 2. copertura vaccinale ≥ 95% 3. copertura vaccinale ≥ 95%

**VALORE OSSERVATO**

**Sub-obiettivo 1)**

Copertura per 1° dose di vaccino Morbillo **95,62%**  
 Copertura per 1° dose di vaccino Parotite **95,59%**  
 Copertura per 1° dose di vaccino Rosolia **95,62%**  
 Copertura per 1° dose di vaccino Varicella **94,75%.**

Il valore del 94,75% osservato per la vaccinazione anti-varicella è essenzialmente dovuto all'acquisita immunità per superata malattia.

**Sub-obiettivo 2)**

Copertura per 2° dose di vaccino Morbillo **93,39%**  
 Copertura per 2° dose di vaccino Parotite **93,28%**  
 Copertura per 2° dose di vaccino Rosolia **93,30%**

Alla data del 30 giugno 2019 il valore osservato dell'indicatore era:

Copertura per 2° dose di vaccino Morbillo **90,92%**  
 Copertura per 2° dose di vaccino Parotite **90,79%**  
 Copertura per 2° dose di vaccino Rosolia **90,81%**

In aggiunta alla normale procedura dei richiami/solleciti, dopo la conclusione della verifica dello stato vaccinale degli alunni iscritti all'Anno Scolastico 2019/2020, sono stati inviati agli operatori sanitari dei vari punti vaccinali gli elenchi dei soggetti risultati non vaccinati di età 0-16 anni affinché venissero ulteriormente ricontattati per l'effettuazione della/e dose/i mancanti. Tale azione è tuttora in corso.

**Sub-obiettivo 3)**

Copertura per ciclo completo di HPV: **65,90%.**

In data 16 settembre 2019 la Ditta MSD, produttore della specialità medicinale GARDASIL 9, ha comunicato all'AIFA la carenza temporanea sul mercato del vaccino a partire dal 17 settembre 2019. Verificate le scorte

presenti presso la Farmacia aziendale, dal mese di ottobre 2019 si è dovuto sospendere la programmazione delle sedute vaccinali fino alla seconda settimana di gennaio 2020.

A giugno 2019 il valore dell'indicatore era 37,20%.

OBIETTIVO 4.7 Donazioni d'organo																									
<b>INDICATORE</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>n° donatori di cornea nel 2019/ totale decessi ospedalieri del 2018 fra i 5 e i 75 anni compresi.</li> </ol>																								
<b>VALORE DELL'OBIETTIVO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li> <table border="0"> <tr> <td><b>Presidio</b></td> <td><b>BDI% atteso al 31 dicembre 2019</b></td> </tr> <tr> <td>Ciriè</td> <td>20 – 40%</td> </tr> <tr> <td>Chivasso</td> <td>20 – 40%</td> </tr> <tr> <td>Ivrea</td> <td>20 – 40%</td> </tr> </table> </li> <li> <table border="0"> <tr> <td><b>Presidio</b></td> <td><b>Opposizione alla donazione di organi atteso al 31 dicembre 2019</b></td> </tr> <tr> <td>Ciriè</td> <td>&lt; 33%</td> </tr> <tr> <td>Chivasso</td> <td>&lt; 33%</td> </tr> <tr> <td>Ivrea</td> <td>&lt; 33%</td> </tr> </table> </li> <li> <table border="0"> <tr> <td><b>Presidio</b></td> <td><b>Donatori di cornee atteso al 31 dicembre 2019</b></td> </tr> <tr> <td>Ciriè</td> <td>n. 12 donatori</td> </tr> <tr> <td>Chivasso</td> <td>n. 13 donatori</td> </tr> <tr> <td>Ivrea</td> <td>n. 18 donatori</td> </tr> </table> </li> </ol>	<b>Presidio</b>	<b>BDI% atteso al 31 dicembre 2019</b>	Ciriè	20 – 40%	Chivasso	20 – 40%	Ivrea	20 – 40%	<b>Presidio</b>	<b>Opposizione alla donazione di organi atteso al 31 dicembre 2019</b>	Ciriè	< 33%	Chivasso	< 33%	Ivrea	< 33%	<b>Presidio</b>	<b>Donatori di cornee atteso al 31 dicembre 2019</b>	Ciriè	n. 12 donatori	Chivasso	n. 13 donatori	Ivrea	n. 18 donatori
<b>Presidio</b>	<b>BDI% atteso al 31 dicembre 2019</b>																								
Ciriè	20 – 40%																								
Chivasso	20 – 40%																								
Ivrea	20 – 40%																								
<b>Presidio</b>	<b>Opposizione alla donazione di organi atteso al 31 dicembre 2019</b>																								
Ciriè	< 33%																								
Chivasso	< 33%																								
Ivrea	< 33%																								
<b>Presidio</b>	<b>Donatori di cornee atteso al 31 dicembre 2019</b>																								
Ciriè	n. 12 donatori																								
Chivasso	n. 13 donatori																								
Ivrea	n. 18 donatori																								

#### VALORE OSSERVATO

Presidio	Segnalazioni di soggetti in Morte Encefalica (BDI%)		Opposizione alla donazione di organi		Donatori di Cornee	
	Raggiunto	Atteso	Raggiunto	Atteso	Raggiunto	Atteso
Ciriè	25%	20-40%	0%	< 33%	12	12
Chivasso	100%	20-40%	25%	< 33%	18	13
Ivrea	40%	20-40%	50%	< 33%	12	18

Per quanto riguarda le opposizioni alle donazioni si osserva, a livello aziendale, un 33,3% di opposizione alla donazione (3 opposizioni/tot. 9 segnalazioni di morte encefalica).

**Donatori di Cornee:** si evidenzia che è stato effettuato alle Strutture del Presidio, da parte della Direzione Medica di Presidio, richiamo sulle segnalazioni, da parte dei reparti ospedalieri, dei potenziali donatori, con specifica sulla disponibilità H 24 del Personale Dirigente Anestesista dell'Azienda.

Appena disponibili i dati provenienti dal Coordinamento Regionale Prelievi, si provvederà ad una verifica della potenzialità dei possibili donatori non segnalati.

**Opposizione alla donazione di organi:** si tiene a precisare che il Personale della S.C. Anestesia e Rianimazione di Ivrea (Dirigenti Medici, Infermieri, OSS) sono tutti complianti, sensibili e comunicativi. Alcuni hanno già effettuato i corsi di formazione regionale sulla comunicazione della morte e della donazione ed altri stanno frequentando i corsi in essere.

OBIETTIVO 4.8 Adesione al Programma ERAS "Enhanced Recovery After Surgery"	
<b>INDICATORE</b>	$\frac{\text{N° pazienti inseriti nel database elettronico di raccolta dati (int. colon-retto + isterectomia) nel 2019}}{\text{N° pazienti da SDO con interventi programmati (int. colon-retto + isterectomia) nel 2019}}$
<b>VALORE DELL'OBIETTIVO</b>	≥ 90%

## VALORE OSSERVATO

### Dato aziendale al 31/12/2019

Pazienti inseriti nel database elettronico di raccolta dati (int. colon-retto + isterectomia) nel 2019 = **n. 79**

Pazienti da SDO con interventi programmati (int. colon-retto + isterectomia) nel 2019 = **n. 80**

**Percentuale casi inseriti nel database = 98%**

Si precisa inoltre:

- Nota prot. n. 0091357 del 18/10/2018: il Direttore Generale ASL TO 4 nomina il Team ERAS Aziendale;
- Mail Regione Piemonte del 28/01/2019: nota per presentazione ai Comitati Etici del protocollo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) nell'ambito del progetto di rete EASY-NET (bando 2016 della Ricerca Sanitaria Finalizzata del Ministero della Salute);
- Mail Segreteria di Coordinamento Organizzativo del 18/02/2019: invio della documentazione relativa al Progetto ERAS da inviare al Comitato Etico;
- Nomina Principal Investigator per la ASL TO 4: Dott. Fabrizio BOGLIATTO per studio su isterectomia e Dott.ssa Adriana GINARDI per studio su colon-retto;
- Mail Sperimentazioni Cliniche ASL TO4 del 17/07/2019: conferma parer favorevole Comitato Etico San Luigi di Orbassano su documentazione ERAS ASL TO4, sia per ambito isterectomia che per ambito colon-retto.
- Mail Direttore della S.C. Direzione Medica Presidio di Chivasso del 24/07/2019: invio ai Principal Investigator, e ai Direttori delle Strutture Complesse coinvolte nello studio, di tutta la modulistica necessaria alla raccolta dati.
- Nota prot. 0068892 del 27/07/2019: il Direttore Generale ASL TO4, rispetto all'aggiornamento dell'attività programma ERAS, invia alla Regione elenco con identificazione del referente Aziendale raccolta dati e nominativi da accreditare per l'accesso alla piattaforma Epiclin;
- Dal 01/09/2019 inizio raccolta dati come da indicazioni della Regione Piemonte;
- Mail Coordinamento Progetto EASY-NET-ERAS del 18/11/2019: composizione del secondo gruppo di centri randomizzati ad applicare il Protocollo ERAS a partire dal 01/03/2020:
  - Ospedale degli Infermi – Biella
  - Ospedale San Lazzaro – Alba
  - Ospedale Civile – Mondovì
  - Ospedale Sant'Andrea – Vercelli (solo colon)
  - **Ospedale Civico – Chivasso**
  - Ospedale Maggiore – Chieri
  - **Ospedale Civile – Ciriè**
  - Ospedale San Lorenzo – Carmagnola (solo colon)
  - **Ospedale Civile – Ivrea**
  - Ospedale Santa Croce – Moncalieri
- In data 10/12/2020 invio al Coordinamento Progetto EASY-NET-ERAS dei nominativi, evidenziati dai Principal Investigators e dai Direttori delle Strutture Complesse interessate al progetto per l'ASL TO4, dei partecipanti al corso (seconda edizione Corso di formazione - 16 Gennaio 2020 - presso la Sala Multimediale della Regione Piemonte);

Dal 01/09/2019 al 10/02/2020 sono stati arruolati 99 pazienti:

• Colon-retto Presidio di Ciriè	15	
• Colon-retto Presidio di Chivasso	18	
• Colon-retto Presidio di Ivrea		6
<b>Totale</b>	<b>39</b>	
• Isterectomia Presidio di Ciriè	24	
• Isterectomia Presidio di Chivasso		14
• Isterectomia Presidio di Ivrea	22	
<b>Totale</b>	<b>60</b>	

### OBIETTIVO 4.9 Umanizzazione dei percorsi ed empowerment del paziente

<b>INDICATORE</b>	<b>1. PERCORSO CONTINUITÀ OSPEDALE-TERRITORIO E PRONTO SOCCORSO</b> Compilazione check liste definizione delle azioni di miglioramento su aree critiche <b>2. PROGETTI EMPOWERMENT CRONICITA'</b> Implementazione delle azioni pianificate per l'anno 2019 nell'ambito dei progetti di empowerment definiti nel Piano aziendale cronicità.
<b>VALORE DELL'OBIETTIVO</b>	<b>1. 100%</b> <b>2. 100%</b>

## VALORE OSSERVATO

### Sub-obiettivo 1)

Sono state applicate le indicazioni trasmesse dalla Direzione Sanità della Regione Piemonte alle Aziende Sanitarie Regionali per il raggiungimento di questo sub obiettivo (prot. n. 15482/A14000 del 29/07/2019):

- nell'ambito dell'Équipe Locale dell'ASL TO4, équipe mista cittadini-operatori, è stata compilata la checklist di valutazione partecipata rivolta a rilevare il grado di umanizzazione nell'ambito della continuità ospedale-territorio e della gestione del paziente in pronto soccorso e sono state definite le relative azioni di miglioramento, sviluppate secondo l'apposito format regionale; la compilazione della checklist è stata supportata da evidenza documentale;
- il verbale della riunione dell'Équipe Locale (effettuata in data 19/12/2019), la checklist compilata e le relative azioni di miglioramento definite, sono stati inoltrati alla Regione Piemonte attraverso il personale share "Umanizzazione" entro il 31/12/2019 (l'inoltro è stato completato in data 27/12/2019).

### Sub-obiettivo 2)

Sono state implementate le azioni pianificate per l'anno 2019 nell'ambito dei progetti di empowerment definiti nel Piano Aziendale Cronicità e sono state applicate le indicazioni trasmesse dalla Direzione Sanità della Regione Piemonte alle Aziende Sanitarie Regionali per il raggiungimento di questo sub obiettivo (prot. n. 15482/A14000 del 29/07/2019):

- è stato utilizzato l'apposito format regionale per la definizione dei progetti di empowerment sviluppati nell'ambito del Piano Aziendale Cronicità;
- tali progetti sono stati trasmessi alla Regione Piemonte attraverso il personal share "Umanizzazione" entro il 31/12/2019 (la trasmissione è stata effettuata in data 27/12/2019).

OBIETTIVO 5.1 Affidabilità dati rilevati da flussi informativi della farmaceutica	
<b>INDICATORE</b>	<p>1. Rapporto tra i costi aziendali rilevati dal Modello di Conto Economico (CE) ed i costi aziendali rilevati dai flussi informativi della farmaceutica (DD, CO), come di seguito formulato:</p> <p>costi aziendali rilevati dal Modello di Conto Economico (CE) nella voce BA0040 - B.1.A.1.1- Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale, e nella voce BA2670 B.15.A- Variazione rimanenze sanitarie, limitatamente ai prodotti farmaceutici</p> <p>-----</p> <p>costi aziendali rilevati attraverso il flusso informativo della distribuzione diretta (DM 31 luglio 2007 e s.m.i.) e il flusso dei consumi ospedalieri (DM 4 febbraio 2009), tenendo conto delle eventuali note di credito</p> <p>2. Rapporto tra i costi aziendali rilevati mensilmente dai flussi informativi della farmaceutica (DD, CO e tracciabilità) e gli analoghi costi mensili consolidati a fine anno, come di seguito formulato:</p> <p>costi aziendali rilevati mensilmente, attraverso il flusso informativo della distribuzione diretta e il flusso dei consumi ospedalieri</p> <p>-----</p> <p>costi aziendali mensili rilevati ad annualità conclusa, attraverso il flusso informativo della distribuzione diretta e il flusso dei consumi ospedalieri</p>
<b>VALORE OBIETTIVO</b>	<p>1. 100% del rapporto tra i costi aziendali rilevati dal Modello di Conto Economico (CE) ed i costi aziendali rilevati dai flussi informativi della farmaceutica (DD, CO e tracciabilità)</p> <p>2. 100% del rapporto tra costi aziendali rilevati mensilmente dai flussi informativi della farmaceutica (DD, CO) e i costi aziendali mensili rilevati a fine anno</p>

### VALORE OSSERVATO

#### Sub-obiettivo 1)

I costi aziendali della distribuzione diretta e dei consumi ospedalieri sono monitorati, con cadenza trimestrale su indicazione Regionale.

L'obiettivo è valutabile esclusivamente in base ai dati trimestrali che la Regione trasmette, di norma, circa due mesi dopo l'ultimo giorno del periodo. Attualmente i dati, riportati nella tabella seguente, sono aggiornati al II° trimestre 2019. Dalla suddetta tabella si evince che lo scostamento dell'ASL TO4 è pari allo 0,9%, che rientra nella "SCALA" richiesta dalla Regione.

BA0040	Colonna di compilazione	Colonna di compilazione regionale	BA2671	Colonna di compilazione regionale
--------	-------------------------	-----------------------------------	--------	-----------------------------------



	regionale			
<b>B.1.A.1.1) Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale, ossigeno e altri gas medicali</b>	<b>Importo note di credito</b>	<b>Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini e emoderivati di produzione regionale, lordo note di credito</b>	<b>B.13.A.1) Variazione delle rimanenze - Prodotti farmaceutici ed emoderivati</b>	<b>Valore finale da confrontare con i flussi DD,CO e TRACCIA</b>
<b>(1)</b>	<b>(1-bis)</b>	<b>(1 ter)=(1)+(1-bis)</b>	<b>(2 a)</b>	<b>(3)=(1 ter) + (2 a)</b>
22.600.000,00	1.729.875,65	24.329.875,65	0,00	24.329.875,65

Consumi ospedalieri	Distribuzione diretta	Distribuzione per conto	Distribuzione per conto	Distribuzione Diretta totale	Totale flussi	Δ in valore assoluto	Δ in valore %
A	B	C	C bis	D=B+Cbis	E=A+D	F= E-(3)	G=E/(3)
6.220.560	17.883.660	7.627.653		17.883.660	24.104.220	-225.655	99,1%

Aggiornamento dati del flusso DD al 30/08/2019, del flusso della DPC al 29/07/2019 e del flusso CO al 04/09/2019  
 Medicinali con AIC, esclusi vaccini (ATC J07), emoderivati di produzione regionale (ditta Kedrion)

Nella tabella sottostante si riportano i dati aggiornati al III° trimestre costruita sui dati forniti dalla S.C. Gestione Economico-Finanziaria e su dati calcolati interamente in Azienda.

BA0040	Colonna di compilazione regionale	Colonna di compilazione regionale	BA2671	Colonna di compilazione regionale
<b>B.1.A.1.1) Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale, ossigeno e altri gas medicali</b>	<b>Importo note di credito</b>	<b>Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini e emoderivati di produzione regionale, lordo note di credito</b>	<b>B.13.A.1) Variazione delle rimanenze - Prodotti farmaceutici ed emoderivati</b>	<b>Valore finale da confrontare con i flussi DD,CO e TRACCIA</b>
<b>(1)</b>	<b>(1-bis)</b>	<b>(1 ter)=(1)+(1-bis)</b>	<b>(2 a)</b>	<b>(3)=(1 ter) + (2 a)</b>
33.885.000,00	2.381.014,56	36.266.014,56		36.266.014,56

Consumi ospedalieri	Distribuzione diretta	Distribuzione per conto	Distribuzione per conto	Distribuzione Diretta totale	Totale flussi	Δ in valore assoluto	Δ in valore %
A	B	C	C bis	D=B+Cbis	E=A+D	F= E-(3)	G=E/(3)
9.119.025	26.921.663	11.434.947		26.921.663	36.040.688	-225.327	99,4%

### Sub-obiettivo 2)

L'obiettivo verifica il rispetto delle scadenze degli invii dei flussi, monitorando i dati inviati in competenza e i consolidamenti effettuati oltre il termine fissato (extracompetenza).

L'obiettivo è valutabile esclusivamente in base ai dati Regionali. Attualmente i dati a noi trasmessi sono riferiti al primo quadrimestre 2019 ed evidenziavano il rispetto dell'obiettivo assegnato sia per quanto riguarda la Distribuzione diretta che i Consumi Ospedalieri (vedi tabelle).

Si segnala in ogni caso che sono stati effettuati invii in consolidamento oltre i termini previsti (extracompetenza) per il flusso F Ossigeno, che incidono in minima parte negativamente sull'obiettivo.

### Consumi ospedalieri

(A)	(B)	(C)	(D)	(A)	(B)	(C)	(D)
Gennaio scadenza mensile	Gennaio all'elaborazione 19 luglio 2019	Delta (B - A)	Percentuale scostamento (C/A) %	Febbraio scadenza mensile	Febbraio all'elaborazione 19 luglio 2019	Delta (B - A)	Percentuale scostamento (C/A) %
1.257.372,00	1.257.372,00	-	0%	964.636,00	964.636,00	-	0%
(A)	(B)	(C)	(D)	(A)	(B)	(C)	(D)
Marzo scadenza mensile	Marzo all'elaborazione 19 luglio 2019	Delta (B - A)	Percentuale scostamento (C/A) %	Aprile scadenza mensile	Aprile all'elaborazione 19 luglio 2019	Delta (B - A)	Percentuale scostamento (C/A) %
988.799,00	988.799,00	-	0%	1.037.829,00	1.037.829,00	-	0%

### Distribuzione diretta

(A)	(B)	(C)	(D)	(A)	(B)	(C)	(D)
Gennaio scadenza mensile	Gennaio all'elaborazione 19 luglio 2019	Delta ( B – A )	Percentuale scostamento ( C/A ) %	Febbraio scadenza mensile	Febbraio all'elaborazione 19 luglio 2019	Delta ( B – A )	Percentuale scostamento ( C/A ) %
2.869.183,10	2.856.998,86	- 12.184,24	-0,4%	2.386.946,28	2.359.752,42	- 27.193,86	-1,1%
(A)	(B)	(C)	(D)	(A)	(B)	(C)	(D)
Marzo scadenza mensile	Marzo all'elaborazione 19 luglio 2019	Delta ( B – A )	Percentuale scostamento ( C/A ) %	Aprile scadenza mensile	Aprile all'elaborazione 19 luglio 2019	Delta ( B – A )	Percentuale scostamento ( C/A ) %
2.481.225,95	2.481.424,52	198,57	0,0%	2.589.404,25	2.589.404,25	-	0,0%

Di seguito si riportano gli importi accettati in extracompetenza per il flusso F Ossigeno, suddivisi per mese:

Flusso	Mese competenza	Data Invio	Numero record	Importo totale
File F ossigeno	03	04/06/2019	3	€ 198,57
File F ossigeno	05	03/01/2020	2	€ 99,29
File F ossigeno	06	09/01/2020	8	€ 562,63
File F ossigeno	07	03/01/2020	13	€ 1.092,19
File F ossigeno	08	08/01/2020	9	€ 794,33
File F ossigeno	09	08/01/2020	17	€ 959,8
File F ossigeno	10	09/01/2020	19	€ 1.131,15
				<b>€ 5.333,82</b>

#### OBIETTIVO 5.2 Assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera: appropriatezza prescrittiva e riduzione variabilità

INDICATORE	
	<p>1. Per ATC = A0IBC:</p> $\frac{\text{Numero di confezioni da 28 compresse}}{\text{Numero di confezioni globale}} \%$ <p>2. Per ATC = J0I ambito territoriale: Spesa in regime convenzionale nell'anno 2019 - spesa di riferimento calcolata sulla spesa pro-capite del best performer regionale</p> <p>3. Per ATC = J0I ambito ospedaliero: rapporto tra le giornate di terapia a richiesta motivata e il totale delle giornate di terapia</p> <p>4. Numero di eventi realizzati nell'anno</p>
VALORE OBIETTIVO	<p>1. Per ATC = A0IBC:</p> $\frac{\text{Numero di confezioni da 28 compresse}}{\text{Numero di confezioni globale}} \geq 60 \%$ <p>2. La spesa in regime convenzionale nel 2019 per gli antibatterici ATC J0I ha come riferimento la spesa pro capite (per popolazione pesata) registrata dalla ASL best performer per l'anno 2018. Ogni ASL deve ridurre di almeno il 50% lo scostamento fra la propria spesa pro-capite e quella di riferimento dell'azienda best performer</p> <p>3. L'obiettivo 2019 per i farmaci antibatterici ATC J0I ad uso sistemico in ambito ospedaliero ha quale riferimento il rapporto tra le giornate di terapia dei farmaci a richiesta motivata della AO / AOU e il totale delle giornate di terapia registrate nella AO / AOU best performer nel periodo 1° ottobre 2017 - 30 settembre 2018. Ogni AO / AOU deve riportare nel 2019 una percentuale pari o non superiore a quella di riferimento dell'azienda best performer. L'obiettivo si considera raggiunto anche in presenza di uno scostamento rispetto al valore best performer non superiore al 10% - <b>OBIETTIVO PER AO/AOU</b></p> <p>4. Il numero di eventi realizzati nell'anno deve essere pari ad almeno 4, uno per ogni tematica oggetto del presente punto indicati nella descrizione. Le ASL dovranno organizzare gli eventi in collaborazione con le AO/AOU.</p>

#### VALORE OSSERVATO

##### Sub-obiettivo 1)

	<b>Monitoraggio</b>			
	<b>Percentuale confezioni da 28 compresse su totale confezioni globale</b>			
	<b>I° semestre 2019</b>	<b>Gennaio-Settembre 2019</b>	<b>Ottobre 2019</b>	<b>Cumulativo Gennaio-Ottobre 2019</b>
Regione Piemonte	45,35	48,8	64	50,31
A.S.L. TO4	38,8	41,30	60,52	43,18

### AZIONI INTRAPRESE

- In data 2 settembre 2019 è stata inviata comunicazione ai Direttori delle Strutture Complesse di Distretto, contenente l'analisi, effettuata per ogni singolo, della percentuale di prescrizione di confezioni da 28 compresse
- In data 21 ottobre 2019, prot. n. 0095011, è stata inviata comunicazione aggiornata dei suddetti dati ai Medici di Medicina Generale
- Fatto incontri con gli Uffici di Coordinamento delle Attività Distrettuali nelle seguenti date: 11/09/2019 Settimo Torinese - 13/09/2019 Ciriè - 18/09/2019 Cuorgnè - 19/09/2019 Chivasso - 24/09/2019 Ivrea.

### Sub-obiettivo 2)

Farmaci	Spesa farmaco 2018	Popolazione Pesata	Spesa pro-capite 2018	Best performer	Scostamento	Riduzione del 50% dello scostamento	Atteso 2019
ATC J01	4.426.600,35	509.110	8,69	6,78	1,91	0,96	7,74

Farmaci	Spesa Gen-Ott 2019	Popolazione Pesata	Spesa pro-capite Gen-Ott 2019	Proiezione anno 2019	Spesa pro-capite 2018	Atteso pro-capite 2019	Scostamento % proiezione 2019 vs 2018	Scostamento % vs obiettivo 2019
ATC J01	3.488.470,47	511.811	6,82	8,18	8,69	7,74	-5,94%	5,66%

### AZIONI INTRAPRESE

Attribuzione di un obiettivo specifico anche ai Medici di Medicina Generale e discussione dell'obiettivo negli incontri con gli Uffici di Coordinamento delle Attività Distrettuali nelle seguenti date: 08/11/2019 Ciriè - 25/11/2019 Ivrea/Cuorgnè - 27/11/2019 Chivasso/Settimo Torinese.

### Sub-obiettivo 4)

Il Servizio Farmaceutico Territoriale dell'A.S.L. TO4, nel corso del 2019 ha affrontato la sensibilizzazione dell'appropriatezza prescrittiva di farmaci per BPCO, antibatterici, inibitori di pompa protonica e farmaci a base di vitamina D, nelle diverse riunioni verbalizzate degli Uffici di Coordinamento delle Attività Distrettuali dei cinque Distretti Aziendali e, precisamente:

- Distretto di Settimo Torinese nei giorni 03/07/2019 e 11/09/2019
- Distretto di Ciriè nei giorni 31/05/2019 e 18/10/2019
- Distretto di Ivrea nei giorni 03/09/2019 e 24/09/2019
- Distretto di Chivasso-S. Mauro nei giorni 29/08/2019 e 19/09/2019 e 24/10/2019
- Distretto di Cuorgnè nei giorni 26/06/2019 e 18/09/2019

In data 21/10/2019, si è provveduta ad organizzare un incontro di aggiornamento con la AOU Città della Salute di Torino, in cui sono stati coinvolti medici clinici specialisti appartenenti alle seguenti branche di specializzazione: geriatri e malattie metaboliche dell'osso, medicina interna, gastroenterologia, malattie infettive, pneumologia. A tale incontro hanno partecipato per l'ASL TO4 tutti i Dirigenti Farmacisti della S.C. Farmacia Territoriale, due rappresentanti della S.C. Farmacia Ospedaliera e un rappresentante dei Direttori di Distretto. Lo scopo della riunione è stato quello di illustrare le criticità che emergono a livello territoriale relativamente al consumo e alla spesa di farmaci oggetto di monitoraggio, le cui prescrizioni possono essere indotte da Specialisti appartenenti ad Aziende Ospedaliere, che pur non appartenendo territorialmente all'Azienda, hanno un impatto rilevante nella cura di pazienti dell'Azienda stessa.

In tale contesto la Città della Salute è la AOU Piemontese più vicina e con la quale si è intrapreso questo primo percorso di collaborazione, al fine di cercare di ridurre le variabilità che caratterizzano le diverse

aziende sanitarie. Durante l'incontro sono stati riportati dati di consumo e di spreca relativi alle 4 categorie di farmaci individuate dall'obiettivo, ponendo anche l'attenzione alle differenze che vengono riscontrate tra le Aziende Ospedaliere, e riportando le azioni che sono state messe in pratica all'interno dell'Azienda. I clinici hanno preso atto delle criticità evidenziate seppur lontane dagli obiettivi che vengono loro assegnati, anche in considerazione delle patologie specifiche e di conseguenza farmaci specifici che impattano in modo diverso sulla spesa farmaceutica. E' stata evidenziata la difficoltà a dialogare con i Medici di Medicina Generale, nell'ottica di una revisione e prescrizione di farmaci in seguito a ricovero o visita specialistica ed ambulatoriale. I clinici si sono infine resi disponibili a partecipare a lavori comuni nell'ottica di armonizzare le indicazioni alla prescrizione di farmaci (es. gruppi di lavoro, linee di indirizzo, etc.), anche con un coinvolgimento regionale.

Nel mese di novembre sono stati organizzati, in collaborazione con i Direttori di Distretto, n. 3 incontri di formazione e aggiornamento (08/11/2019 – 25/11/2019 – 27/11/2019) con i rappresentanti di Equipe e i membri UCAD dei Distretti dell'ASL TO4. Gli argomenti trattati sono stati in linea con quelli trattati con la AUO Città della Salute e, pertanto, sono state messe in evidenza le variabilità riscontrate nelle diverse aziende sanitarie relativamente ai farmaci oggetto di monitoraggio. Si è quindi proceduto a riassumere le azioni che sono state messe in atto nella nostra Azienda, al fine di contenere/ridurre queste differenze e avviare ad un processo di miglioramento dell'appropriatezza delle prescrizioni, coinvolgendo tutti i medici (Specialisti Ospedalieri e Medici di Medicina Generale), coinvolti nella prescrizione di tali farmaci. Le azioni principali, per ciascuna classe di farmaci, sono di seguito riportate:

- Inibitori di Pompa Protonica:
  - Indicazioni aziendali per la prescrizione e l'uso dei farmaci inibitori della pompa protonica
  - Analisi casi di iperprescrizione con dosaggi non autorizzati in scheda tecnica o al di fuori delle note AIFA 1 e 48
  - Monitoraggio trimestrale e obiettivi ai MMG
- Farmaci Respiratori RO3:
  - Documento di raccomandazioni per la gestione delle patologie croniche ostruttive dell'apparato respiratorio (BPCO e asma)
  - Analisi casi di iperprescrizione
  - Monitoraggio trimestrale e obiettivi ai MMG
- Antibatterici per uso sistemico:
  - Incontri specifici tra MMG e infettivologo aziendale (temi trattati: infezioni delle vie urinarie, infezioni alle vie respiratorie, diverticolosi). Programmazione di un evento formativo specifico nel 2020 sulla corretta prescrizione dei farmaci antibatterici territoriali
- Vitamina D:
  - Informativa dati di consumo e confronto costi diversi prodotti
  - Segnalazione di casi di iperprescrizioni
  - Istituzione a livello aziendali di un gruppo di lavoro multidisciplinare per la redazione di linee di indirizzo comuni
  - Illustrazione della nota AIFA96, istituita a fine ottobre 2019

#### OBIETTIVO 5.3 Miglioramento della qualità del flusso informativo dei dispositivi medici

INDICATORE	
	1. Rapporto tra i dati di consumo aziendale dei dispositivi medici e i costi rilevati dal modello di conto economico. I dati riguardano i dispositivi medici (B.1.A.3.1) e i dispositivi medici impiantabili attivi (B.1.A.3.2); Flusso Consumi DMRP 2019 <b>(escluse la CND2- eccezione della 213-ela CNDW- Dispositivi medico-diagnostici in vitro)</b> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> CE 2019 (Voci B.1.A.3.1 + B.1.A.3.2)
	2. Compilazione del campo "Forma di negoziazione" (campo 20.0 del Tracciato Contratti indicato nel Disciplinare regionale del flusso DMRP, reperibile su Sistema Piemonte all'indirizzo <a href="http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/143-flussi-informativi-regionali/3068-nuovi-flussi">http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/143-flussi-informativi-regionali/3068-nuovi-flussi</a> ), nonché

	compilazione del campo "Identificativo Contratto" (campo 16.0 del Tracciato Contratti) del flusso regionale DMRP con un CIG per lotto.
<b>VALORE OBIETTIVO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Coerenza, con un margine di tolleranza compreso tra -5% e +10%, tra la spesa aziendale per DM rilevata da flusso DMRP (al netto dei dispositivi di CND Z - a eccezione della 213 - e di CND W) rispetto ai costi imputati in CE alle voci: <ul style="list-style-type: none"> <li>B.1.A.3.1 (dispositivi medici);</li> <li>8.1.A.3.2 (dispositivi medici impiantabili attivi)</li> </ul> </li> <li>Almeno l'85% dei record relativi a contratti stipulati nel 2019 inviati al flusso DMRP-Contratti nel 2019 deve presentare la compilazione del campo "Forma di negoziazione", nonché la compilazione del campo "Identificativo Contratto" con codici CIG per lotto aventi corrispondenza nell'archivio dei codici CIG rilasciati dall'ANAC</li> </ol>

## VALORE OSSERVATO

### Sub-obiettivo 1)

La spesa rilevata dal flusso DMRP 2019, così come richiesto nell'obiettivo, ovvero al netto dei dispositivi di CND Z – a eccezione della Z13 – e di CND W, ammonta ad Euro 23.606.560,97.

I costi imputati sui Conti Economici, verificati con la S.C. Economico – Finanziario, ammontano ad Euro 24.308.048,00.

Il rapporto risulta essere al **97,11%** e pertanto è coerente con l'obiettivo regionale.

A questo proposito, si può ormai affermare che l'inserimento del codice RDM (Repertorio Dispositivi Medici), indispensabile per l'inserimento del dato nel flusso DMRP, sia effettuato per la totalità dei dispositivi per i quali è possibile farlo. Va però evidenziato che per alcuni dispositivi prodotti all'estero non è obbligatoria la registrazione del codice RDM. Di conseguenza, questi articoli non verranno compresi nel flusso, pur trattandosi a tutti gli effetti di dispositivi medici. Per il momento tali casi non sono ancora così rilevanti da pregiudicare il raggiungimento dell'obiettivo del 95%, ma si ritiene doveroso segnalare l'esistenza di questa problematica.

### Sub-obiettivo 2)

Nell'anno 2019 sono stati inviati 46 nuovi contratti di cui tutti hanno il campo "Forma di negoziazione" compilato, pertanto la percentuale è 100% come richiesto.

Dalla verifica effettuata risulta che tutti gli "Identificativi Contratto" inseriti nel flusso trovano rispondenza nell'archivio dei codici CIG rilasciati dall'ANAC. Pertanto la percentuale è pari al 100%.

<b>OBIETTIVO 6.1 Fascicolo sanitario elettronico e Servizi on Line</b>	
<b>INDICATORE</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Avvio di tutte le iniziative di digitalizzazione, archiviazione nel deposito repository aziendale e alimentazione FSE-Sol, nel rispetto delle indicazioni regionali, e realizzazione dell'alimentazione nel FSE entro il 31 dicembre 2019 di almeno 2 dei seguenti documenti clinico-sanitari: LDO, VPS, AP e Radiologia;</li> <li>Avvio entro il 31 dicembre 2019, fatto salvo eventuale deroga regionale, il sistema regionale omogeneo di gestione delle agende e delle prenotazioni sanitarie (Gara 63/2015) e adesione alla convenzione sottoscritta da SCR in esito alla gara 63/2015 entro 30 giorni successivi alla pubblicazione del presente provvedimento;</li> <li>Informare e Promuovere l'utilizzo dei servizi digitali realizzati: a) ritiro referti on line utilizzato per almeno 5% dei cittadini che hanno effettuato presso la struttura pubblica un esame di laboratorio nel periodo da luglio - dicembre 2019; espressione del consenso alimentazione FSE per almeno il 20% dei cittadini che hanno effettuato presso la struttura pubblica un esame di laboratorio nel periodo da luglio - dicembre 2019.</li> </ol>
<b>VALORE OBIETTIVO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Iniziativa di digitalizzazione, archiviazione nel deposito repository aziendale e alimentazione F5E-Sol, nel rispetto delle indicazioni regionali avviate al 100% e 2 dei documenti clinico-sanitari sopra elencati realizzati al 100%</li> <li>Sistema regionale omogeneo di gestione delle agende e delle prenotazioni sanitarie (Gara 63/2015) avviato entro il 31 dicembre 2019, fatto salvo eventuale deroga regionale, e adesione alla convenzione sottoscritta da SCR in esito alla gara 63/2015 entro 30 giorni successivi alla pubblicazione del presente provvedimento;</li> <li>% referti ritirati on line: <math>\geq 5\%</math></li> <li>Espressione consenso alimentazione FSE: <math>\geq 20\%</math></li> </ol>

## VALORE OSSERVATO

### Sub-obiettivo 1)

Digitalizzazione: Sono già digitalizzati e firmati in formato PAdES i documenti LDO, AP e Radiologia.

Archiviazione ed alimentazione FSE: Completamento dell'iter amministrativo di scelta del contraente entro il 31/12/2019 per la messa a disposizione del repository.

In seguito a procedura di gara tramite RDO su piattaforma MEPA è stato completato l'iter amministrativo di scelta del contraente: atto deliberativo n. 1465 del 20/12/2019 ad oggetto "Affidamento della fornitura di un sistema di repository clinico documentale aziendale, dossier clinico, gestore consensi e servizi connessi per la durata di mesi 48."

### Sub-obiettivo 2)

Con deliberazione n. 653 del 30/5/2019 l'ASL TO4 ha aderito alla convenzione sottoscritta da S.C.R. Piemonte in esito alla gara 63/2015.

Con nota prot. 21873/2019 del 12/11/2019 la Regione Piemonte ha comunicato che l'avvio del CUP Regionale per l'ASL TO4 è posticipato al 2020.

### Sub-obiettivo 3)

Ritiro referti on line: utilizzato attraverso la soluzione regionale per almeno il 5% dei cittadini che hanno effettuato presso la struttura pubblica un esame di laboratorio nel periodo luglio-dicembre 2019, tramite confronto dei corrispondenti Codici Fiscali.

Si riporta di seguito il report sull'indicatore presente nel sistema informativo regionale che evidenzia una percentuale del 6,17% al 31/12/2019.

Consenso alimentazione FSE: Espressione del consenso all'alimentazione del FSE per almeno il 20% dei cittadini che hanno effettuato presso la struttura pubblica un esame di laboratorio nel periodo luglio – dicembre 2019.

E' stata avviata la campagna di comunicazione verso i cittadini sul FSE e l'apertura dei punti assistiti con il coinvolgimento dell'Ufficio Relazioni Esterne, Distretti e Direzione Mediche Ospedaliere per apertura punti assistito. Si allega il report sull'indicatore presente nel sistema informativo regionale che evidenzia una percentuale del 3,02% al 31/12/2019. Si evidenzia che si riscontra anche nelle altre Aziende Sanitarie Regionali, un'analogia difficoltà di raggiungimento della percentuale richiesta.

#### *Conteggio CF con ROL e Consenso all'alimentazione del FSE - Da 07/2019 A 12/2019*

ASR EROGANTE	NUM CF che hanno fruito del ROL	NUM CF con consenso alimentazione FSE	NUM CF per ricetta relativa a prestazioni di laboratorio erogate	INDICATORE di utilizzo ROL	INDICATORE di attivazione FSE
204 – TO4	22.607	11.060	366.333	6,17%	3,02%

Chivasso, 28 febbraio 2020

**Il Direttore Generale A.S.L. TO4**  
(Dott. Lorenzo ARDISSONE)

(in originale firmato)

