



**RELAZIONE
DIRETTORE GENERALE
ASL TO4
GESTIONE ESERCIZIO 2018**

aprile 2019

SOMMARIO

1	Criteria generali di predisposizione della relazione sulla gestione	Pag.	3
2	Generalità sul territorio servito, sulla popolazione assistita e sull'organizzazione dell'Azienda	Pag.	3
3.1	Assistenza ospedaliera: stato dell'arte ed obiettivi	Pag.	7
3.2	Assistenza territoriale: stato dell'arte ed obiettivi	Pag.	25
3.3	Prevenzione: stato dell'arte ed obiettivi	Pag.	30
4.1	Assistenza ospedaliera: attività nel periodo	Pag.	37
4.2	Assistenza territoriale: attività nel periodo	Pag.	41
4.3	Prevenzione: attività nel periodo	Pag.	43
5	Gestione economico finanziaria dell'Azienda	Pag.	49
6	Conclusioni	Pag.	57
7	Riferimenti	Pag.	60

1. CRITERI GENERALI DI PREDISPOSIZIONE DELLA RELAZIONE SULLA GESTIONE

La presente relazione sulla gestione, che correda il bilancio di esercizio 2018, è stata predisposta secondo le disposizioni del D.Lgs 118/11, quindi facendo riferimento al Codice Civile e ai Principi Contabili Nazionali (OIC), fatto salvo quanto difformemente previsto dallo stesso D.Lgs 118/11.

La presente relazione sulla gestione, in particolare, contiene le informazioni minimali richieste dal D.Lgs 118/11. Fornisce inoltre le informazioni supplementari, anche se non specificamente richieste da disposizioni di legge, ritenute necessarie a dare una rappresentazione esaustiva della gestione sanitaria ed economico-finanziaria dell'esercizio 2018.

2. GENERALITÀ SUL TERRITORIO SERVITO, SULLA POPOLAZIONE ASSISTITA, SULL'ORGANIZZAZIONE DELL'AZIENDA E OBIETTIVI

A) La ASL TO4 opera su un territorio coincidente con parte della provincia di Torino, con una popolazione complessiva al 01.01.2018 di 516.255 abitanti (Fonte: BDDE) distribuiti in 177 comuni, ai quali si aggiunge la frazione Rivodora del comune di Baldissero Torinese; sono presenti 5 distretti sanitari.

Nella tabella che segue viene presentato l'andamento negli anni della popolazione dell'ASL TO4 (al 01.01.2018) - Fonte BDDE.

Anno	Maschi	Femmine	TOTALE
2010	253.055	265.310	518.365
2011	254.232	266.862	521.094
2012	249.911	264.212	514.123
2013	250.880	265.578	516.458
2014	253.561	257.538	521.099
2015	253.359	267.025	520.384
2016	252.510	265.813	518.323
2017	252.919	265.191	518.110
2018	252.161	264.094	516.255

Tabella. Andamento negli anni della popolazione dell'ASL TO4 (al 1° gennaio)

La popolazione esente da ticket per altri motivi non inerenti ad età e reddito, nell'esercizio 2018 è pari a unità 134.729.

Dichiarazione sulla coerenza dei dati esposti con i modelli ministeriali di rilevazione flussi:

MODELLO FLS 11	I dati sulla popolazione assistita nel QUADRO G del Modello FLS 11 per l'anno 2018 ammontano a 509.913
MODELLO FLS 11	I dati sulla popolazione esente da ticket sono coerenti con quelli esposti nel QUADRO H del Modello FLS 11

Modello organizzativo ed organigramma

L'ASL garantisce l'erogazione dei LEA articolata nei tre livelli assistenziali con uno specifico modello organizzativo, attraverso le seguenti macroarticolazioni organizzative:

- Direzione Generale
- Strutture di staff ed amministrative
- Dipartimento di prevenzione
- Distretti
- Presidi ospedalieri.

In tale ambito le Strutture organizzative in cui l'Azienda si articola sono:

- la Direzione Strategica e i Servizi in Staff (Strutture semplici o complesse o uffici)
- i Dipartimenti, le Strutture complesse, le Strutture semplici, le altre articolazioni organizzative.

I Dipartimenti sono Strutture organizzative qualificate dall'aggregazione di Strutture e funzioni finalizzate all'espletamento coordinato di attività affini o complementari.

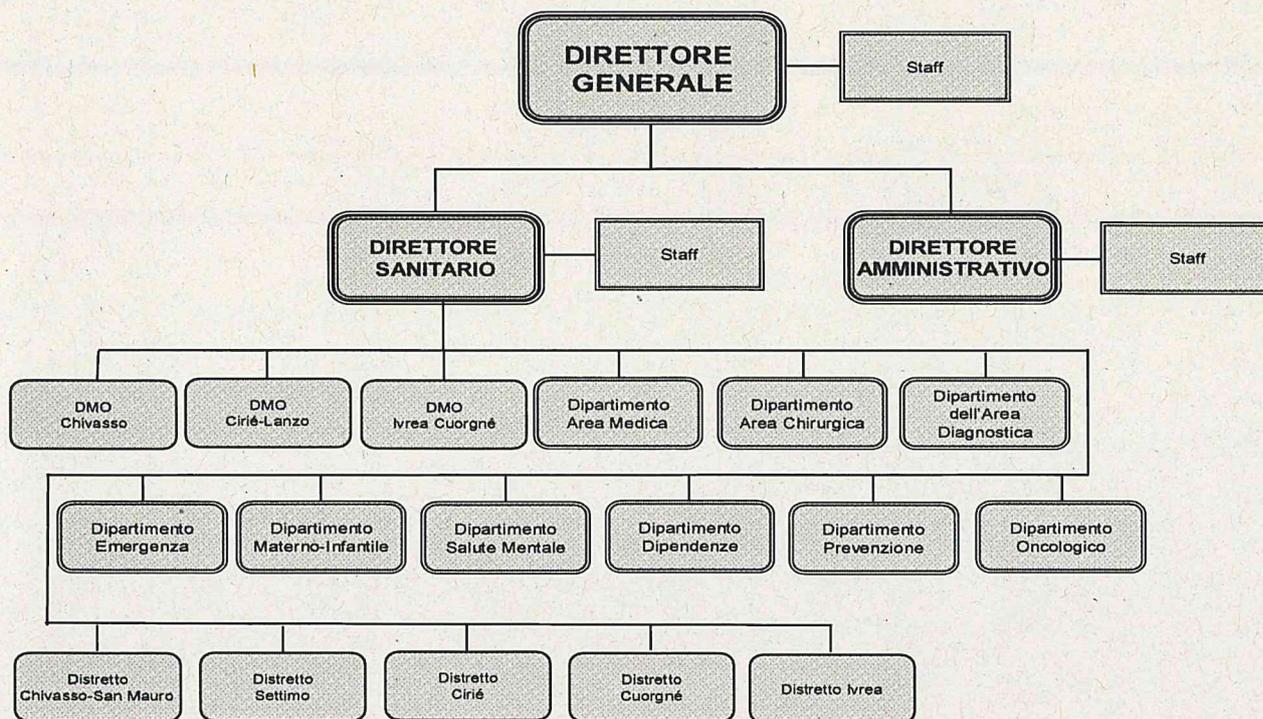
I Dipartimenti Aziendali dell'area sanitaria sono distinti in Dipartimenti Strutturali e Dipartimenti Funzionali:

- Dipartimenti Strutturali: ai quali sono ricondotte tutte le Strutture complesse (eccetto quelle in staff)
- Dipartimenti Funzionali: ai quali sono ricondotte alcune Strutture aziendali in modo trasversale agli altri Dipartimenti sulla base di specifiche funzioni al di fuori dell'albero Strutturale.

Le Strutture Complesse sono dotate di autonomia gestionale organizzativa e tecnico professionale. La Struttura Complessa dispone di risorse umane tecniche e finanziarie specificatamente assegnate, fatte salve le risorse assegnate a livello dipartimentale.

Le Strutture Semplici sono articolazioni organizzative con assegnazione di risorse specifiche. Esse possono essere articolazioni delle Strutture complesse o articolazioni organizzative dei Dipartimenti, ovvero poste in staff alla Direzione Generale. In generale hanno una valenza dipartimentale quando devono svolgere funzioni o servizi la cui organizzazione nelle singole Strutture complesse risulterebbe inefficiente.

L'organigramma dell'ASL TO 4 è presentato nella figura seguente.



ASL TO 4 - Organigramma

Figura. Organigramma ASL TO 4

PERSONALE IMPIEGATO:

PERSONALE DIPENDENTE (Tempo Indeterminato + Tempo Determinato)

al 31/12/2014	4.325	
al 31/12/2015	4.247	- 78
al 31/12/2016	4.261	+14
al 31/12/2017	4.210	- 51
al 31/12/2018	4.203	- 7

A. SPESA CONSUNTIVATA PERSONALE DIPENDENTE

anno 2014	€	226.566.692	
anno 2015	€	224.065.574	€ - 2.501.118
anno 2016	€	222.508.854	€ - 1.556.720
anno 2017	€	220.260.234	€ - 2.248.620
anno 2018	€	221.655.301	€ +1.395.067

B. SPESA CONSUNTIVATA PERSONALE ATIPICO

anno 2014	€	6.988.615	€ - 2.054.328
anno 2015	€	6.209.679	€ - 778.936
anno 2016	€	5.066.626	€ - 1.143.053
anno 2017	€	7.764.259	€ + 2.697.633
anno 2018	€	13.899.268	€ + 6.135.009

C. SPESA CONSUNTIVATA SUMAI

anno 2015	€	8.292.884	
anno 2016	€	8.115.313	€ - 177.571
anno 2017	€	8.171.506	€ + 56.193
anno 2018	€	8.430.341	€ + 258.835

La Regione Piemonte ha assegnato, nel tempo, alle singole ASL i tetti di spesa per Personale Dipendente ed Atipico come appresso indicato:

	Tetto regionale	Consuntivo ASL TO4
anno 2015	€ 239.090.000	€ 238.568.137
anno 2016	€ 240.624.000	€ 235.690.793
anno 2017	€ 237.000.000	€ 236.195.999
anno 2018	€ 240.616.000	€ 244.064.131

Il tetto di spesa del Personale Dipendente e Atipico, per l'anno 2018, assegnato con D.G.R. n. 40-7703 del 12/10/2018 è pari ad € 240.616.000, la spesa iscritta rientra entro tale limite, tenuto conto anche dei maggiori costi derivanti dall'applicazione del CCNL di Comparto (+ € 4.512.000).

L'andamento complessivo della spesa 2015/2018 è oggetto di monitoraggio per il rispetto del tetto regionale e del tetto meno 1,4% rispetto alla spesa 2004.

E' stato anche rispettato il limite previsto del -1,4% rispetto alla spesa sostenuta nel 2004, al netto dei nuovi rinnovi contrattuali.

Si dà atto, altresì, che i fondi contrattuali, provvisori e/o definitivi, sono stati quantificati in armonia con la legislazione vigente.

B) Obiettivi dell'esercizio relativi alla Struttura e all'organizzazione dei Servizi

D.G.R. n. 26-6421 del 26/01/2018 avente ad oggetto: "Art. 3 bis, commi 5 ss. D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.. Assegnazione obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai direttori generali/commissari delle aziende sanitarie per l'anno 2018. Approvazione criteri e modalità di valutazione"

Gli obiettivi sono suddivisi come segue:

Obiettivo 1 Budget

- **Sub-obiettivo 1.1 Attuazione della programmazione**

Obiettivo 6 Trasparenza e anticorruzione

- **Sub-obiettivo 6.1 Dichiarazione pubblica d'interessi**

Obiettivo 7 Digitalizzazione

- **Sub-obiettivo 7.1 Fascicolo sanitario elettronico e Servizi on Line**

Obiettivo	Sub - obiettivo	Indicatore
Obiettivo 1 "Budget"	1.1 Attuazione della programmazione	1. Spesa consuntiva 2018 (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); 2. Produzione sanitaria consuntiva 2018 (attività di ricovero, ambulatoriale e PS non seguito da ricovero)
Obiettivo 6 "Trasparenza e anticorruzione"	6.1 Dichiarazione pubblica d'interessi	<u>Utenti che hanno terminato la compilazione</u> Utenti abilitati alla compilazione
Obiettivo 7 "Digitalizzazione"	7.1 Fascicolo sanitario elettronico e Servizi on Line	Realizzazione, entro le tempistiche programmate, degli interventi preliminari declinati nel Piano operativo aziendale per l'alimentazione del FSE-Sol Piemontese

Obiettivo 1 Budget

- Sub-obiettivo 1.1 Attuazione della programmazione

INDICATORE 1: Spesa consuntiva 2018 (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)

Atteso: Spesa consuntiva 2018 (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) poste pari o inferiore rispetto alla programmazione declinata per componenti economiche nel Bilancio Preventivo 2018.

Nel corso dell'esercizio è stato effettuato un costante e attento monitoraggio della attività aziendale e del relativo andamento della spesa, al fine di garantire, nelle more del finanziamento definitivo per l'anno in corso, il miglior risultato possibile.

In particolare viene costantemente monitorato:

- Andamento spesa Beni e Servizi;
- Spesa Personale Dipendente ed Atipico al fine del rispetto del tetto di spesa assegnato, al netto dei costi del nuovo contratto CCNL di comparto (Tetto rispettato a consuntivo);
- Spesa territoriale: residenzialità, semiresidenzialità, integrativa e protesica.

Si evidenzia l'andamento del risultato d'esercizio che si è determinato per periodo considerato:

	B di P 2018 iniziale	B di P 2018 assestato (°)	1° Trim 2018	2° Trim 2018 (°°)	3° Trim 2018	4° Trim 2018	Cons.2018
Risultato d'esercizio	- 31.257	- 33.576	- 31.288	- 39.696	- 32.608	- 31.703	- 18.900

(°) Compresi € 4.512.000= Oneri CCNL Comparto

(°°) Compresi costi aggiornati CCNL Comparto

INDICATORE 2: Produzione sanitaria consuntiva 2018 (attività di ricovero, ambulatoriale e PS non seguito da ricovero)

Atteso: Produzione sanitaria consuntiva 2018, prestazioni di Ricovero e Ambulatoriali e PS non seguito da ricovero, pari o superiore rispetto alla programmazione definita nei Piani di efficientamento 2018 delle AO e dei presidi a gestione diretta delle ASL.

Attività	Sede	Gennaio - Dicembre 2017	Gennaio - Dicembre 2018	Variazione
Attività di ricovero (*)	Ivrea	33.001.419	33.720.924	2,2%
	Cuorgné	7.215.957	6.937.387	-3,9%
	Cirié	33.975.006	33.157.976	-2,4%
	Lanzo	5.770.353	5.776.621	0,1%
	Chivasso	27.050.639	26.759.789	-1,1%
	SAAPA (cod. 60 e cod. 56)	9.852.258	10.057.586	2,1%
	ASL TO4	116.865.632	116.410.282	-0,4%
Attività ambulatoriale	ASL TO4	56.483.264	59.881.605	6,0%
Attività PS non seguita da ricovero	Ivrea	2.104.175	2.129.151	1,2%
	Cuorgné	867.548	936.731	8,0%
	Cirié	3.382.944	3.427.544	1,3%
	Lanzo	427.792	344.559	-19,5%
	Chivasso	3.587.601	3.652.495	1,8%
	ASL TO4	10.370.060	10.490.479	1,2%
	TOTALE	ASL TO4	183.718.956	186.782.365

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

Obiettivo 6 Trasparenza e anticorruzione

- Sub-obiettivo 6.1 Dichiarazione pubblica d'interessi

INDICATORE: Utenti che hanno terminato la compilazione
Utenti abilitati alla compilazione

Valore atteso: 80%

Valore raggiunto al 31/12/2018 = 91,78%

Dirigenti abilitati alla compilazione n. 146

Dirigenti che hanno concluso la compilazione n. 134

Obiettivo 7 Digitalizzazione

- Sub-obiettivo 7.1 Fascicolo sanitario elettronico e Servizi on Line

INDICATORE: Realizzazione, entro le tempistiche programmate, degli interventi preliminari declinati nel Piano operativo aziendale per l'alimentazione del FSE-Sol Piemontese

Con deliberazione del Direttore Generale n. 399 del 28/03/2018 è stato approvato, tra l'A.S.L. TO4, la Regione Piemonte - Direzione Sanità e il CSI Piemonte, il "Protocollo di intesa - Fascicolo Sanitario Elettronico e Servizi on line - Integrazione dei laboratori analisi".

Con deliberazione del Direttore Generale n. 1480 del 19/12/2018, si è proceduto ad affidare alla Dedalus S.p.a., l'aggiornamento del sistema dipartimentale LIS DNLab, per l'integrazione con la piattaforma TraKCare, l'apposizione sul referto della firma digitale in formato PADES e i servizi professionali per l'attivazione della nuova versione del sistema 8attività di installazione, configurazione, test, avvio).

Con comunicazione prot. 25003/2018 del 3/12/2018, acquisita al protocollo aziendale n. 0106543, la Regione Piemonte ha inviato l'aggiornamento del cronoprogramma relativo alla "Digitalizzazione, Archiviazione e Conferimento al FSE-Sol dei referti di laboratorio".

Da tale comunicazione si evince che il conferimento dei referti Laboratorio Analisi per l'A.S.L. TO4 previsti nel Piano Operativo aziendale per l'alimentazione del FSE-Sol piemontese, è stato ripianificato nel periodo 15-22 febbraio 2019. Si comunica, inoltre, che lo stesso è in attuazione per il periodo 4-8 marzo 2019.

3.1 ASSISTENZA OSPEDALIERA: STATO DELL'ARTE ED OBIETTIVI**A) Stato dell'arte**

L'attività di produzione ospedaliera per acuti viene effettuata negli Ospedali aggregati in tre Presidi riuniti, a cui dal 2010 si è aggiunto l'Ospedale di Settimo Torinese. Nel corso dell'anno 2013 l'Ospedale di Castellamonte è stato riconvertito secondo gli indirizzi della programmazione regionale.

OSPEDALE RIUNITO CIRIE' – LANZO

– Ospedale di Cirié (242 posti letto in ricovero ordinario e 23 posti letto in ricovero DH), l'ospedale capo fila del Presidio riunito. Dotato di specialità di base e di quelle specialistiche. E' sede di D.E.A. I livello.

– Ospedale di Lanzo (83 posti letto in ricovero ordinario e 19 posti letto in ricovero DH): Ospedale con alcune specialità di base e particolare caratterizzazione verso la day surgery e i day hospital (anche con valenza sovra ospedaliera). E' sede di un punto di primo intervento (P.P.I.)

OSPEDALE DI CHIVASSO

– Ospedale di Chivasso (184 posti letto in ricovero ordinario e 28 posti letto in ricovero DH). Dotato di specialità di base e di quelle specialistiche. E' sede di D.E.A. I livello.

OSPEDALE RIUNITO IVREA – CUORGNE'

– Ospedale di Ivrea (236 posti letto in ricovero ordinario e 30 posti letto in ricovero DH), è l'ospedale capo fila del Presidio riunito. Dotato di specialità di base e di quelle specialistiche. E' sede di D.E.A. I livello.

– Ospedale di Cuorgné (98 posti letto in ricovero ordinario e 23 posti letto in ricovero DH), Ospedale con le specialità di base e particolare caratterizzazione verso la day surgery e i day hospital (anche con valenza sovra ospedaliera). E' sede di Pronto Soccorso.

Ospedale di SETTIMO TORINESE

– Gestito in sperimentazione gestionale in forma mista pubblico e privato con SAAPA s.p.a., il Presidio ha indirizzo riabilitativo di 2° livello (59 p.l.) e lungodegenziale (82 p.l.), per un totale di 141 posti letto, a cui vanno aggiunti 94 posti letto CAVS (DGR n12-3730 del 27/07/2016).

I posti letto

Per quanto riguarda dotazione di posti letto, nella tabella che segue viene presentata la situazione in posti letto dei Presidi pubblici e privati accreditati dell'ASL TO 4 al 31.12.2018.

Denominazione Struttura	Day Hospital	Ricoveri Ordinari					TOTALE	NIDO	ACUZIE	POST ACUZIE	ACUZIE SENZA NIDO
		PL Pubblici	PL Autorizzati	PL Accreditati	PL Prov. Accreditati	PL Contrattati					
OSPEDALE CIVICO CHIVASSO	28	183	0	0	0	0	212	9	212	0	203
PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI CIRIE'	23	242	0	0	0	0	265	10	245	20	235
PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI LANZO	19	83	0	0	0	0	102	0	77	25	77
OSPEDALE CIVILE DI IVREA	30	236	0	0	0	0	266	10	266	0	256
OSPEDALE CIVILE DI CUORGNE'	23	98	0	0	0	0	121	0	94	27	94
Totale ASLTO4	123	843	0	0	0	0	966	29	894	72	865

SAAPA S.P.A.	0	141	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale Settimo	0	141	0								

POLICLINICO DI MONZA SPA	0	0	80	75	0	51					
CASA DI CURA VILLE TURINA AMIONE	0	0	120	120	0	120					
SANTA CROCE SRL	0	0	100	100	0	100					
VILLA GRAZIA SRL	0	0	160	150	0	150					
Totale Privati	0	0	460	557	0	513					

Totale Azienda	123	984	460	445	0	421					
-----------------------	------------	------------	------------	------------	----------	------------	--	--	--	--	--

Tabella . Posti letto dell'ASL TO 4 per Presidio pubblico e privato accreditato (31.12.2018)

B) Obiettivi dell'esercizio relativi alla Struttura e all'organizzazione dei Servizi

Con la D.G.R. n. 26-6421 del 26/01/2018 avente ad oggetto: "Art. 3 bis, commi 5 ss. D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.. Assegnazione obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai direttori generali/commissari delle aziende sanitarie per l'anno 2018. Approvazione criteri e modalità di valutazione", gli obiettivi sono suddivisi come segue:

Obiettivo 3: "Accessibilità"

- Sub-obiettivo 3.1 Tempi di attesa Ricoveri
- Sub-obiettivo 3.2 Tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali
- Sub-obiettivo 3.3 Riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in DEA/PS

Obiettivo 4 "Qualità dell'assistenza"

- Sub-obiettivo 4.1 Area osteomuscolare
- Sub-obiettivo 4.2 Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI
- Sub-obiettivo 4.3 Appropriately nell'assistenza al parto
- Sub-obiettivo 4.4 Area chirurgica generale: colecistectomia laparoscopica
- Sub-obiettivo 4.6 Donazioni d'organo
- Sub-obiettivo 4.7 Umanizzazione

Obiettivo 5 "Gestione della spesa: farmaci e DM"

- Sub-obiettivo 5.1 Assistenza Farmaceutica Territoriale ed Ospedaliera: appropriatezza prescrittiva e riduzione della variabilità
- Sub-obiettivo 5.2 Miglioramento della qualità del flusso informativo dei dispositivi medici
- Sub-obiettivo 5.3 Contenimento della spesa aziendale per l'acquisto di Dispositivi Medici

Obiettivo	Sub - obiettivo	Indicatore
Obiettivo 3 "Accessibilità"	- Sub-obiettivo 3.1 Tempi di attesa Ricoveri	1. Per tipologia di intervento con codice di priorità A: N° interventi effettuati entro 30 gg / N° totale interventi effettuati nel 2018 2. Per tipologia di intervento con codice di priorità B: N° interventi effettuati entro 60 gg / N° totale interventi effettuati nel 2018
	- Sub-obiettivo 3.2 Tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali	$1 \sum \frac{\text{(data prenotazione - data erogazione)}}{\text{N° prestazioni}}$ 2 Prescrizione, prenotazione (presa in carico) e erogazione del follow-up a cura dello specialista su percorsi identificati dall'Azienda
	- Sub-obiettivo 3.3 Riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in DEA/PS	$\frac{\text{Tempo medio di permanenza in PS (data/ora di dimissione dal PS - data/ora di accesso in PS)}}{\text{N° di accessi in PS}}$

<p>Obiettivo 4 "Qualità dell'assistenza"</p>	<p>- Sub-obiettivo 4.1 Area osteomuscolare</p>	<p>1 Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 2 giorni dall'arrivo in PS (differenza tra data della procedura e data di ricovero <= 2 giorni)</p> <hr/> <p>Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore</p>
	<p>- Sub-obiettivo 4.2 Tempestività nell'effettuazione di ptca nei casi di ima stemi</p>	<p>1 Numero di episodi di STEMI, in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro 2 giorni</p> <hr/> <p>Numero di episodi di STEMI</p>
	<p>- Sub-obiettivo 4.3 Appropriately nell'assistenza al parto</p>	<p>N° parti con cesareo primario ----- x 100 N° parti con nessun pregresso cesareo</p>
	<p>- Sub-obiettivo 4.4 Area chirurgica generale: colecistectomia laparoscopica</p>	<p>Intervento chirurgico per colecistectomia laparoscopica con dimissione entro 3 giorni</p> <p>1 ----- Ricoveri per colecistectomia laparoscopica</p>
	<p>- Sub-obiettivo 4.6 Donazioni d'organo</p>	<p>1. n° morti encefaliche segnalate nei reparti di rianimazione / n° decessi di soggetti ricoverati nei reparti di rianimazione con una patologia compatibile con l'evoluzione verso la morte encefalica 2. N° di opposizioni alla donazione di organi nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero / N° di segnalazioni di morte encefalica nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero 3. n° donatori di cornea nel 2018 / totale decessi ospedalieri del 2017 fra i 5 e i 75 anni compresi</p>
	<p>- Sub-obiettivo 4.7 Umanizzazione</p>	<p>1. Aggiornamento Piani di miglioramento aziendali sulla base delle risultanze della 3° fase del programma nazionale di valutazione partecipata della qualità delle strutture di ricovero nonché delle eventuali criticità evidenziate in sede di attuazione degli ulteriori obiettivi di umanizzazione assegnati con DGR n. 101 del 3.8.2017 e di eventuali altri item definiti a livello regionale</p>
	<p>Obiettivo 5 "Gestione della spesa: farmaci e DM"</p>	<p>- Sub-obiettivo 5.1 Assistenza farmaceutica Territoriale ed Ospedaliera: appropriatezza prescrittiva e riduzione della variabilità</p>
<p>- Sub-obiettivo 5.2 Miglioramento della qualità del flusso informativo dei dispositivi medici</p>	<p>1 Rapporto tra i dati di consumo aziendale dei dispositivi medici ed i costi rilevati dal modello di conto economico ovvero: Flusso Consumi DMRP 2018 (esclusa la CND W – Dispositivi medico- diagnostici in vitro)</p> <hr/> <p>CE 2017 (Voci B.1.A.3.1 + B.1.A.3.2)</p>	
<p>- Sub-obiettivo 5.3 Contenimento della spesa aziendale per l'acquisto di Dispositivi Medici</p>	<p>1. Spesa per Dispositivi Medici (voce di CE considerata: BA0220 e BA0230): mantenimento della spesa 2017 2. Presidi per l'autocontrollo della glicemia e servizi connessi per le aziende del SSR: a) rapporto fra il numero delle strisce per la rilevazione della glicemia erogate da ogni singola azienda sanitaria in regime convenzionale sul totale delle strisce erogate; b) rapporto tra le "strisce SCR" e le "strisce Consip</p>	

Obiettivo 3 Accessibilità**- Sub-obiettivo 3.1 Tempi di attesa Ricoveri****INDICATORE 1:** Per tipologia di intervento con codice di priorità A:

N° interventi effettuati entro 30gg/N° totale interventi effettuati nel 2018

Atteso: ≥ 90% per singola tipologia di intervento con codice di priorità A

Priorità A – standard attesa: <30gg													
Cod	Interventi oggetto di monitoraggio	Ivrea			Ciriè			Chivasso			Totale ASL TO4		
		Num	Den	%	Num	Den	%	Num	Den	%	Num	Tot. casi	%
49	Tumore mammella	186	238	78%	0	0		16	16	100%	202	254	79,53%
50	Tumore prostata	17	35	49%	35	41	85%				52	76	68,42%
51	Tumore colon	34	37	92%	22	23	96%	21	25	84%	77	85	90,59%
52	Tumore retto	11	14	79%	8	8	100%	4	4	100%	23	26	88,46%
53	Tumore utero	1	2	50%	0	1	0%	3	5	60%	4	8	50%
55	Angioplastica coronarica	23	24	96%	34	36	94%	1	1	100%	58	61	95,08%
57	Protesi dell'anca	7	7	100%	5	5	100%	19	24	79%	31	36	86,11%

L'A.S.L. TO4 eroga 7 delle 9 tipologie monitorate. Tra le azioni di miglioramento si segnalano le seguenti:

- 1) L'incremento delle sedute operatorie (es. mammella);
- 2) Il Presidio del corretto inserimento in lista di attesa al termine della fase diagnostica (in particolare per prostata e utero);
- 3) Il Presidio della tracciabilità di eventuali variazioni di priorità.

Si precisa:

49-Tumore mammella:

L'obiettivo può essere raggiunto con il recupero dei tempi in 10 casi. Dalla verifica dei casi oltre soglia sono risultati: 1 caso rimandato per problematiche cliniche e 1 caso rimandato su richiesta dell'interessata. Per errore materiale i due casi non sono stati spostati nella lista dei sospesi. Da settembre è attivata la sede di Chivasso come estensione della Brest Unit, con incremento della disponibilità di sala per la patologia oncologica della mammella.

50-Tumore prostata

L'obiettivo può essere raggiunto con il recupero dei tempi in 7 casi. In 2 casi (sede Ciriè) l'intervento è stato differito per motivi clinici. Tuttavia il recupero dell'indicatore entro la soglia prevista è ottenibile attraverso un'azione correttiva di tipo organizzativo. Infatti, per le patologie di area oncologica il PNGLA prevede attese fino a 30 gg per la fase diagnostica e altri 30 giorni per l'inizio della terapia dal momento dell'indicazione clinica. I 40 casi in esame sono invece stati inseriti da subito in lista di attesa per intervento, pertanto l'attesa considerata è comprensiva anche della fase diagnostica.

52- Tumore retto

L'obiettivo può essere raggiunto con il recupero di 0,5 casi. Dalla verifica dei casi oltre soglia sono risultati: 1 caso sottoposto a radioterapia adiuvante long-term e 1 caso sottoposto a radioterapia adiuvante short-term. Per errore materiale i due casi sono stati inseriti anzitempo in lista di attesa per intervento. Se fossero stati correttamente inseriti al termine della Radioterapia adiuvante, l'intervento sarebbe risultato eseguito entro 30 giorni. L'obiettivo può perciò considerarsi raggiunto.

53- Tumore utero

L'obiettivo può essere raggiunto con il recupero di 3 casi. Come per il caso del tumore prostata il recupero dell'indicatore entro la soglia prevista è ottenibile attraverso un'azione correttiva di tipo organizzativo, infatti le motivazioni del ritardo sono le stesse già analizzate per il tumore della prostata.

57-Protesi dell'anca

L'obiettivo può essere raggiunto con il recupero di 2 casi. In un caso la data è stata posticipata su richiesta del paziente e per errore materiale non spostato nella lista dei sospesi.

INDICATORE 2: Per tipo di intervento con codice di priorità B:

N° interventi effettuati entro 60gg/n° totale interventi effettuati nel 2018

Atteso: $\geq 90\%$ per singola tipologia di intervento con codice di priorità B

Priorità B – standard attesa: <60gg													
Cod	Interventi oggetto di monitoraggio	Ivrea			Ciriè			Chivasso			Totale ASL TO4		
		Num	Den	%	Num	Den	%	Num	Den	%	Num	Tot. casi	%
49	Tumore mammella	2	2	100%	1	1	100%				3	3	100%
50	Tumore prostata	0	7	0%	0	2	0%				0	9	0%
53	Tumore utero				2	2	100%				2	2	100%
55	Angioplastica coronarica	37	41	90%	60	64	94%				97	105	92,38%
57	Protesi dell'anca	5	15	33%	2	7	29%	24	50	48%	31	72	43,06%*

50-Tumore prostata

Nei 7 casi risultanti la classe di priorità non è stata fornita dal CAS, infatti, al momento dell'inserimento, non vi era il sospetto di patologia neoplastica. La diagnosi è avvenuta ex post sulla base dell'esame istologico, pertanto i casi in esame non rientrano nell'indicatore. L'obiettivo può perciò considerarsi raggiunto

57-Protesi dell'anca

L'obiettivo può essere raggiunto con il recupero di 19 casi di cui:

- 11 casi con una corretta riassegnazione dei pazienti in lista di attesa. Infatti, dalla verifica dei casi oltre soglia sono risultati, sulla sede di Ivrea, 2 casi rimandati e spostati in classe C senza che il sistema abbia registrato la ricodifica. Nella sede di Ciriè sono risultati 2 casi rimandati per motivi clinici e per errore materiale i due casi non sono stati spostati nella lista dei sospesi. Nella sede di Chivasso sono risultati 3 casi rimandati per motivi clinici e 4 casi rimandati su richiesta del paziente; per errore, tali 7 casi non sono stati spostati nella lista dei sospesi. La depurazione di tali casi dal denominatore determina una percentuale di pazienti trattati entro i tempi di attesa pari al 51% ;
- 8 casi con una adeguata sorveglianza sul conteggio del tempo trascorso dall'inserimento in lista di attesa, dunque con un'azione di tipo organizzativo. Tale azione dovrà essere d'ora innanzi strettamente presidiata.

- Sub-obiettivo 3.2 Tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali

INDICATORE 1: $\sum \frac{(\text{data prenotazione} - \text{data erogazione})}{\text{N}^\circ \text{ prestazioni}}$

Sono prese in considerazione per l'anno 2018, come da indicazione della DGR n. 26 - 6421 del 26/01/2018, le prestazioni previste dal PNLGA (visite specialistiche e diagnostica strumentale) indicate nella tabella che segue.

La valutazione positiva presuppone, per ogni singola prestazione, che l'indice di performance aziendale rispetti lo standard regionale. In caso contrario viene altresì valutato positivamente un aumento di volumi, rispetto al 2015, del 30% (escluse RM e TC)

La tabella seguente riporta l'indice di performance dell'ASL TO4 delle prestazioni monitorate:

in "chiaro" le prestazioni con indice di performance che rispetta lo standard regionale, in "arancio" quelle che non sono in linea con lo standard.

Il dato si riferisce alle prestazioni “consumate” dai residenti ASL TO4 indipendentemente dalla sede di erogazione, mentre il dato di produzione si riferisce alla produzione ASL TO4.

Descrizione Prestazione	Produzione 2015	Produzione 2018	Delta% 2018 vs 2015	Standard Regionale	Delta standard
Audiometria	4.702	4.747	1%	30	18
Colonscopia	4.343	4.122	-5%	30	19
Ecocolordoppler cardiaca	6.866	7.129	4%	40	6
Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	3.280	3.275	0%	40	11
Ecocolordoppler dei vasi periferici	2.692	2.402	-12%	30	2
Ecografia Addome	10.469	10.691	2%	30	16
Ecografia Capo e collo	3.248	3.418	5%	40	21
Ecografia Mammella	5.323	5.684	6%	30	-3
Ecografia Ostetrica-Ginecologica	4.563	4.132	-10%	11	-5
Elettrocardiogramma	29.466	28.055	-5%	30	0
Elettrocardiogramma da sforzo	1.665	1.475	-13%	40	9
Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	1.541	1.411	-9%	40	-1
Elettromiografia	15.991	9.784	-63%	30	3
Esofagogastroduodenoscopia	5.427	5.413	0%	30	7
Fondo oculare	4.745	6.232	24%	60	87
Mammografia	5.600	4.582	-22%	40	15
RMN Cervello e tronco encefalico	2.178	2.010	-8%	30	-13
RMN Colonna vertebrale	4.445	3.415	-30%	30	-19
RMN Muscoloscheletrica	3.005	2.650	-13%	30	-19
RMN Pelvi, Prostata e Vescica	93	242	62%	30	-11
Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	84	166	49%	30	-10
Spirometria	3.173	4.526	30%	40	7
TC senza e con contrasto Addome	4.996	5.873	15%	30	-2
TC senza e con contrasto Bacino	540	353	-53%	30	-19
TC senza e con contrasto Capo	3.148	3.231	3%	30	-14
TC senza e con contrasto Rachide e speco verbale	971	1.188	18%	30	-16
TC senza e con contrasto Torace	4.899	6.200	21%	30	0
Visita cardiologica	9.338	8.325	-12%	30	12
Visita chirurgia vascolare	722	660	-9%	30	-10
Visita dermatologica	8.853	9.695	9%	30	36
Visita endocrinologica	3.009	2.474	-22%	30	29
Visita fisiatrice	23.499	20.607	-14%	30	8
Visita gastroenterologica	2.299	2.455	6%	30	18
Visita ginecologica	16.390	11.964	-37%	30	-7
Visita neurologica	7.771	7.048	-10%	30	9
Visita oculistica	20.440	16.905	-21%	30	54
Visita ortopedica	7.460	7.670	3%	30	1
Visita otorinolaringoiatrica	17.658	16.681	-6%	30	-12
Visita pneumologica	3.360	3.689	9%	30	28
Visita urologia	7.252	5.694	-27%	30	0

Risultano fuori standard regionale, rispetto all'indice di performance, n. 22 prestazioni su 40 oggetto di monitoraggio. Di queste prestazioni fuori standard, n. 13 risultano essere ancora particolarmente critiche considerando il delta superiore a 10 giorni rispetto lo standard regionale. Tra queste abbiamo il fondo oculare (+87 giorni), la visita oculistica (+54 giorni), la visita dermatologica (+36 giorni), la visita pneumologica (+28 giorni). Per queste prestazioni, tuttavia, confrontando il delta dell'indice di performance con quello registrato nell'anno 2017, si osserva un deciso miglioramento con una riduzione dei giorni di attesa. Ad esempio, il fondo oculare nell'anno 2017 presentava un delta di + 95 giorni rispetto allo standard regionale, mentre nell'anno 2018 il delta diminuisce ad 87 giorni, ma soprattutto la visita oculistica che passa da un delta di + 81 giorni nel 2017 ad un + 54 giorni nel 2018.

Si evidenzia che n. 9 prestazioni fuori standard regionale presentano un delta in giorni meno accentuato (da + 1 giorno a + 9 giorni), mentre 3 prestazioni presentano lo stesso valore dello standard regionale.

Fatta eccezione per la spirometria, nessuna delle prestazioni con indice di performance fuori standard regionale, nella produzione 2018, raggiungerebbe valori di volume superiore del 30% rispetto a quella che si è registrata nel 2015. Tuttavia, anche se non nella misura del 30%, n. 9 prestazioni fuori standard presentano nella proiezione volumi di produzione aumentati rispetto ai volumi del 2015.

INDICATORE 2: Prescrizione, prenotazione (presa in carico) e erogazione del follow-up a cura dello specialista su percorsi identificati dall'Azienda

Atteso: evidenza di almeno (\geq) 5 percorsi di follow-up implementati

Ad oggi sono presenti in Azienda i seguenti PDTA, ciascuno approvato con deliberazione del Direttore Generale ASL TO4:

PDTA Polmoniti acquisite in comunità (CAP) dell'età evolutiva
Delibera ASL TO4 n. 720 del 25 agosto 2015

PDTA Sindromi linfoproliferative
Sindromi mielodisplastiche
Mielosi
Delibera ASL TO4 n. 1271 del 22 dicembre 2016

PDTA Tumori colon retto
Tumori dello stomaco
Tumori testa collo
Tumori urologici
Tumori della mammella
Delibera ASL TO4 n. 1271 del 22 dicembre 2016

PDTA Insufficienza renale cronica
Delibera ASL TO4 n. 512 del 23 aprile 2018

PDTA Asma infantile
Delibera ASL TO4 n. 523 del 26 aprile 2018

PDTA: Polmoniti acquisite in comunità (CAP) dell'età evolutiva
Gestione pazienti S.C. Pediatria Ciriè
Periodo 01/01/2017-31/12/2017

DEA Ciriè	2017	2018
Accessi per polmonite	148	130
Dimessi a domicilio con terapia	71	34
Ricoverati	77	96

Ricoveri ordinari per polmonite n. 77

▪ Polmonite sai	74/77
▪ Polmonite da Mycoplasma Pn	2/77
▪ Polmonite da Pneumococco	1/77
▪ Polmonite con insufficienza respiratoria (DRG 087)	31/77
▪ Polmonite in SIRS (DRG 417)	14/77
▪ Polmonite senza complicanze (DRG 091)	11/77
▪ Polmonite con versamento pleurico (DRG 085)	10/77
▪ Polmonite con difficoltà respiratoria (DRG 099)	10/77
▪ Polmonite con neutropenia (DRG 574)	1/77
▪ Dimessi a domicilio dopo il ricovero	34/77
▪ Trasferiti OIRM Torino per patologia complessa	3/77

Per il PDTA Polmoniti acquisite di comunità non viene svolta specifica attività ambulatoriale.

L'accesso avviene in urgenza tramite accesso diretto in DEA o, più raramente, tramite ricovero ordinario con accesso diretto in Pediatria su richiesta del curante.

Quando necessario, i pazienti dimessi possono essere sottoposti a controlli clinici, strumentali o laboratoristici in regime post-ricovero.

PDTA: Asma infantile
 Gestione pazienti S.C. Pediatria Ciriè
 Periodo 01/01/2018-31/12/2018

DEA Ciriè	2018
Accessi per asma	214
Dimessi a domicilio con terapia	150
Ricoverati	64

Prestazioni ambulatoriali allergologia n. 651

- | | |
|---|---------|
| ▪ Prima visita allergologica | 193/651 |
| ▪ Visita allergologica di controllo | 138/651 |
| ▪ Screening allergologico inalanti/alimenti | 271/651 |
| ▪ Spirometria | 18/651 |
| ▪ Test di broncodilatazione farmacologica | 19/651 |
| ▪ Test percutanei e intracutanei, Prick by prick | 7/651 |
| ▪ Patch test, test epicutanei a lettura ritardata | 5/651 |
| ▪ Numero sedute ambulatoriali/anno | 44 |
| ▪ Numero medio pazienti per seduta | 8 |
| ▪ Prenotazione tramite CUP. Possibilità di inserimento di casi urgenti in extra agenda da parte del medico. | |

Eventuali prescrizioni (adrenalina, terapie specifiche, vaccini desensibilizzanti, ecc.) sono sempre state effettuate dal pediatra allergologo in servizio tramite la rete regionale.

PDTA: Sindromi linfoproliferative - Sindromi mielodisplastiche – Mielosi

Con la Deliberazione della Giunta Regionale 23 novembre 2015, n. 51-2485, “Individuazione dei Centri Hub e avvio della ridefinizione delle attribuzioni dei Centri autorizzati alla prescrizione dei farmaci oncologici sottoposti a Registro AIFA nell'ambito del Dipartimento della Rete Oncologica del Piemonte della Valle d'Aosta”, con il recepimento dell'Intesa 144/CSR del 30.11.2014 e attuazione delle disposizioni di cui al D.M. 70/15 (per le attività della Rete Oncologica) e della DIR.2011/24/EU, la SSD Ematologia, con equipe unica dell'ASLTO4, è stata identificata come centro di riferimento, per l'Area Torino Nord, per il trattamento dei tumori oncoematologici: linfomi, mielomi e sindromi mielodisplastiche.

Con delibera n. 1567 del 29/12/2016 della Città della Scienza e della Salute di Torino, sono stati definiti gli ambiti dei Gruppi Interdisciplinari Cure interaziendali oncoematologici e definito il PDTA comune dell'Area Metropolitana Torinese per ambiti di competenza.

Con delibera del Direttore Generale dell'ASLTO4 n. 1271 del 22/12/2016 sono stati approvati i PDTA Aziendali dell'ASLTO4 per le seguenti patologie: sindromi linfoproliferative, sindromi mielodisplastiche e mielomi.

In tali PDTA, in accordo con i PDTA Regionali della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, sono stati definiti i criteri di valutazione del percorso del follow up in termini di tempistica, esami da eseguire e criteri di riposta.

In particolare per i linfomi, nel corso del follow up, sono stati stabiliti i seguenti criteri:

- a) per i linfomi di Hodgkin ed i linfomi non Hodgkin, diffusi a grandi cellule, per cui la probabilità di recidiva si riduce nel tempo:
 - Follow up clinico ogni 3 mesi per 2 anni, ogni 6 mesi per i successivi 3 anni, poi 1 volta all'anno;
 - CT e PET non raccomandata nel follow up;
 - Esami ematochimici di routine da visionare durante il FU clinico;
 - Rx torace ed ecografia addome ogni 6 mesi per il primo anno, annuale dal 2° al 5° anno ed in ogni occasione clinica di dubbio.
- b) per il linfoma mantellare, follicolare e per le altre forme di linfoma indolente:
 - Follow up clinico ogni 3-6 mesi;
 - CT e PET non raccomandata nel follow up;
 - Esami ematochimici di routine da visionare durante il FU clinico;

- Rx torace ed ecografia addome ogni 6 mesi per il primo anno, annuale successivamente ed in ogni occasione clinica di dubbio.

c) per i linfoma del MALT:

- Follow up clinico ogni 6 mesi;
- CT e PET non raccomandata nel follow up
- Esami ematochimici di routine da visionarle durante il FU clinico
- Per il MALT gastrico ripetizione EGDS con biopsie ogni 6 mesi per 2 anni e poi ogni 12-18 mesi (per l'elevato rischio di successive neoplasie gastriche)

Tale percorso è stato condiviso all'interno dell'equipe in apposito incontro.

Per i pazienti inseriti in questi percorsi, il Dirigente medico di Ematologia produce impegnativa dematerializzata per la visita di controllo che viene direttamente prenotata nei tempi previsti dal PDTA a cura della segreteria di reparto delle varie sedi (Ciriè/Lanzo, Chivasso e Ivrea) in apposite agende dedicate; per gli esami strumentali viene prodotta impegnativa dematerializzata, per cui nei controlli entro tre mesi la prenotazione degli stessi avviene a cura della segreteria di reparto, per quelli superiori a 6 mesi si indirizza il paziente verso la sede CUP più prossima, con invito a prenotare l'esame stesso entro due mesi (durata dell'impegnativa dematerializzata); per gli esami ematochimici viene prodotta impegnativa dematerializzata se gli stessi devono essere eseguiti entro due mesi; per quelli successivi, nella lettera di visita ambulatoriale vengono elencati gli esami ritenuti utili con invito alla prescrizione da parte del medico di MMG da cui è assistito il paziente, in ragione dell'impossibilità di produrre un'impegnativa dematerializzata con validità superiore ai mesi due.

I pazienti che non si presentano alla visita di controllo di follow up vengono ricontattati dalla segreteria e riprenotati (con modalità analoga a quella descritta precedentemente) nel primo posto utile.

La tipologia di gestione del follow up è variabile a seconda della patologia affrontata:

1) patologie linfoproliferative

Sono patologie che richiedono una terapia breve (circa 6 mesi) e poi rientrano nei criteri del follow up secondo il PDTA Regionale ed Aziendale già descritto.

Per i controlli previsti a 3 e 6 mesi, i pazienti vengono prenotati tramite impegnativa dematerializzata subito al momento dell'uscita dall'ultima visita con passaggio presso la Segreteria di Reparto o del CAS in agende interne del reparto (non aperte al pubblico) e poi trasferiti in posti extra agende "controlli P-D" CUP create sul sistema trackcare di ogni sede; sono previste visite ogni 20 minuti e non vi sono tempi d'attesa perché gestiti in extra-agenda; gli esami strumentali qualora necessari vengono prenotati dalla Segreteria della SSD Ematologia in un tempo congruo antecedente alla visita.

Per i controlli previsti a 12 mesi, i pazienti vengono forniti di impegnativa dematerializzata subito al momento dell'uscita dall'ultima visita e con invito di recarsi al CUP di riferimento in base alla domiciliazione per la prenotazione in agende "controlli P-D" CUP create sul sistema trackcare di ogni sede; il rispetto dei tempi programmati viene garantito dalle generazioni delle agende almeno biennali (attualmente aperte fino al 2020) ed invito qualora si verificasse una non disponibilità a recarsi presso la Segreteria di Reparto o del CAS per la gestione extra agenda.

2) mieloma e sindromi mielodisplastiche

Sono patologie che richiedono un trattamento continuativo fino alla progressione; la deliberazione della Giunta Regionale 18 dicembre 2012, n. 33-5087 a titolo "*Organizzazione delle attività di chemioterapia e revisione del relativo riconoscimento tariffario. Modificazioni alle deliberazioni regionali D.G.R. 73 - 13176 del 26.07.2004, D.G.R. 4-2495 del 3 agosto 2011 e D.G.R. 42-941 del 3.11.2010*" aveva già nel 2012 evidenziato come l'utilizzazione del regime di day hospital in tema di somministrazione di farmaci chemioterapici in molti casi poteva apparire inappropriata, in considerazione sia della durata del trattamento che della tipologia di prestazioni eseguite; in tal senso aveva pertanto stabilito che venissero ricondotte a prestazioni ambulatoriali le prestazioni di day hospital afferenti al D.R.G. 410, nelle quali sostanzialmente viene eseguita chemioterapia. Pertanto venivano introdotte le seguenti prestazioni:

- Terapia antitumorale con infusione di farmaci Cod. 99.25.4 comprendenti: dispensazione del trattamento antineoplastico (compresa preparazione del farmaco) per infusione e delle terapie ancillari; visita specialistica propedeutica alla chemioterapia; esami ematochimici propedeutici alla chemioterapia eseguiti nella stessa giornata o il giorno precedente; tutte le attività di supporto (monitoraggio paziente, consenso informato, consulenza, counselling infermieristico, registrazione e monitoraggio farmaci, ecc.).

- Terapia antitumorale con dispensazione di farmaci orali o per iniezione intramuscolare o sottocutanea Cod. 99.25.5 comprendente le analoghe prestazioni già descritte precedentemente per le infusioni tipo endovenoso.

Inoltre per effetto della D.G.R. 97-13750 del 29 marzo 2010, che raccoglieva le indicazioni degli accordi Stato Regioni in materia, era stato stabilito che permaneva anche la possibilità di erogare le prestazioni chemioterapiche in regime di Day Hospital per quei trattamenti infusionali o con trattamenti multidisciplinari complessi o che comportassero una durata superiore alle sei ore con il relativo abbattimento tariffario.

La stessa DGR prevedeva pertanto dal 1 gennaio 2013 come il riconoscimento tariffario dei ricoveri ospedalieri, fosse abbattuto del 90% se la somma delle procedure ambulatoriali 99.25.4 e 99.25.5 non fossero uguali o superiori al 60% del totale delle giornate di ricovero in regime ordinario e agli accessi in day hospital per i ricoveri con D.R.G. 410 e della somma delle stesse procedure ambulatoriali. Di fatto quindi, stabilendo un rapporto complessivo di 60:40 fra procedure ambulatoriali di chemioterapia e quelle di in DH sempre di chemioterapia

In tal senso già dal 2013 la SSD Ematologia (articolata nei DH di Ciriè, Chivasso, ed Ivrea) esegue la prestazioni in ottemperanza della DGR n. 33-5087 – 18/12/2012.

Ne consegue che i pazienti, che richiedono in questo ambito di controlli ogni 7, 14, 28 giorni; vengono prenotati in agenda interna con autoimpegnativa (come previsto dall'allegato 2 che esonera l'utilizzo della dematerializzata per queste prestazioni) con prelievi alle ore 8.00 del mattino presso la S.S.D. Ematologia e visita o dopo due ore o il giorno successivo.

Nelle tabelle sottostanti vengono riportati di dati riferiti all'attività ambulatoriale complessiva e di follow up.

Attività complessiva ambulatoriale per sede e totale SSD Ematologia anno 2017

Tipologia prestazione	Ivrea	Ciriè	Chivasso	Lanzo	Totali
Prime visite ematologiche	686	1.035	644	50	2.415
Controlli	2.016	5.574	1.818	2.773	12.181
Chemioterapie ambulatoriali (giornate)	1.307	1.098	1.034	127	3.566
CAS	71	65	80	2	218
GIC	71	65	100	2	238
Pazienti seguiti in DH	372	450	428		1.250
Accessi in DH (giornate)	2.521	2.781	2.561		7.863

Attività complessiva ambulatoriale per sede e totale SSD Ematologia anno 2018

Tipologia prestazione	Ivrea	Ciriè	Chivasso	Lanzo	Totali
Prime visite ematologiche	843	1.281	887	125	3.136
Controlli	2.053	7.109	2.035	2.491	13.688
Chemioterapie ambulatoriali (giornate)	1.100	915	1.185	163	3.363
CAS	97	87	105	2	290
GIC	97	95	120	1	313
Pazienti seguiti in DH	435	558	520		1.513
Accessi in DH (giornate)	3.370	3.474	2.872		9.716

Variazione 2017-2018

Tipologia prestazione	%
Prime visite ematologiche	+ 30,00%
Controlli	+ 12,50%
Chemioterapie ambulatoriali (giornate)	- 1,00%
CAS	+ 45,00%
GIC	+ 40,00%
Tipologia prestazione	%
Pazienti seguiti in DH	+ 20,00%
Accessi in DH (giornate)	+ 24,00%

Nuove diagnosi di linfomi, mielomi e mielodisplasie (visite CAS) ed attività di riprenotazione visite ambulatoriali di follow up da parte della S.S.D. Ematologia anno 2017	Controlli programmati dalla strutture di follow up (ad eccezione delle giornate di terapia)
218	1308

Visite di controllo di follow up programmate direttamente dalla Struttura	Aderenza in %dei tempi programmati dai singoli PDTA	Esami strumentali programmati e prenotati dalla Struttura
1308	98%	121

Si descrivono di seguito le modalità di organizzazioni ambulatoriali per sede

a) Sede di Ciriè

Visite Urgenti: Accettazione diretta tutti i giorni lavorativi

Visite CAS: gestite come visite urgenti ad accettazione diretta

Visite Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC). Una volta alla settimana gestita su agenda interna, posti gestiti in funzione delle necessità cliniche e non limitati

Visite codice B: due posti tutti i giorni dal lunedì al venerdì h. 9,00 e 9,20 (totali 10 posti/settimana)

Visite codici D/P (30 visite settimana):

- LUN: 3 visite h. 9,40 – 10,30 e 4 viste h.15,00 – 16,00
- MART: 4 visite h. 9,40 – 10,50 e 4 visite h.15,00 – 16,00
- MERC: 1 visita h. 9,40 (aperta sede di Lanzo vedi dopo)
- GIOV: 4 visite h. 9,40 – 10,50 e 4 visite h. 15,00 – 15,40
- VEN: 3 visite h. 9,40 – 10,30 e 2 visite h. 15,00 – 15,20

Controlli FU oncoematologici: 5 posti dal lunedì al mercoledì su agenda interna

Visite codice 99.25 (cosiddette chemioterapie ambulatoriali): 15 posti/giorno gestite con auto impegnativa ed agenda solo uso interno

Visite terapia anticoagulante orale: accesso diretto h. 15,00-16,00 tutti i giorni prime visite; i controlli vengono gestiti con sistema informatico, con ritiro piano terapeutico cartaceo presso la segreteria della S.C. Laboratorio Analisi oppure on line on demand.

b) Sede di Lanzo aperta solo il mercoledì

Visite codice 99.25 (cosiddette chemioterapie ambulatoriali): 15 posti/giorno gestiti con auto impegnativa ed agenda solo uso interno

Visite di controllo per i residenti della zona di Lanzo: 6 posti/settimana, agenda solo uso interno

c) Sede di Chivasso

Visite Urgenti: Accettazione diretta tutti i giorni lavorativi

Visite CAS: gestite come visite urgenti ad accettazione diretta

Visite Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC): Una volta alla settimana gestita su agenda interna; posti gestiti in funzione delle necessità cliniche e non limitati

Visite codice B: 1 posto tutti i giorni dal lunedì al venerdì h. 9,15, un ulteriore posto il mercoledì h. 9,00 (totali 6 posti/settimana)

Visite codici D/P (14 visite/settimana):

- lunedì: n. 3 visite dalle 14,15 alle 14,45
- martedì: n. 4 visite dalle 14,15 alle 15,00
- mercoledì: n. 4 visite dalle 14,15 alle 15,00
- giovedì: n. 3 visite dalle 14,15 alle 14,45

Visite codice 99.25 (cosiddette chemioterapie ambulatoriali): 15 posti/giorno gestite con auto impegnativa ed agenda solo uso interno

Controlli FU oncoematologico: n. 5 posti dal lunedì al mercoledì su agenda interna

d) Sede di Ivrea

Visite Urgenti. Accettazione diretta tutti i giorni lavorativi

Visite CAS: gestite come visite urgenti ad accettazione diretta

Visite Gruppo interdisciplinare cure (GIC). Una volta alla settimana gestita su agenda interna, posti gestiti in funzione delle necessità cliniche e non limitati

Visite codice B: n. 1 posto tutti i giorni dal lunedì al venerdì h. 9,15, n. 1 ulteriore posto il mercoledì h. 9,00 (totali 6 posti/settimana)

Visite codici D/P (20/visite settimana):

- lunedì : n. 4 visite dalle h. 14,30 alle 15,45
- martedì: n. 6 visite dalle h. 14,30 alle 16,15
- mercoledì: n. 2 visite dalle h. 14,30 alle 14,45
- giovedì: n. 6 visite dalle h. 14,30 alle 16,15
- venerdì: n. 2 visite dalle h. 14,30 alle 14,45
- Controlli FU oncoematologico: n. 5 posti dal lunedì al mercoledì su agenda interna

Visite codice 99.25 (cosiddette chemioterapie ambulatoriali): n. 15 posti/giorno gestite con auto impegnativa ed agenda solo uso interno

PDTA: Tumori colon retto - Tumori dello stomaco - Tumori testa collo - Tumori urologici - Tumori della mammella

In particolare si segnala che si intendono come visite dedicate al CAS: visita CAS, 1^a visita oncologica, visita oncologica programmazione terapeutica (ex visita CAS controllo) e visite GIC.

a) Sede di Ivrea:

- In agenda previste 4 visite da 40 minuti. Vengono in media aggiunte ulteriori 4 visite giornaliere non previste in agenda per un totale di circa 5 ore al giorno, per 5 giorni la settimana. Il tutto per un totale di circa **25 ore settimanali**
- GIC sono previste **7 ore settimanali**, così distribuite:
 - lunedì 1 ora
 - martedì alterni 2 ore
 - mercoledì e venerdì 2 ore
 - giovedì alterni 2 ore

b) Sede di Cuornè:

In agenda previste 3 visite da 40 minuti. Vengono in media aggiunte ulteriori 1 / 2 visite giornaliere non previste in agenda per 3 giorni la settimana, per un totale di circa 3 ore al giorno. Il tutto per un totale di circa **9 ore settimanali**

c) Sede di Chivasso:

- In agenda previste 4 visite da 45 minuti, 4 visite da 30 minuti. Viene aggiunta 1 visita giornaliera non previste in agenda per un totale di circa 5 ore al giorno, per 5 giorni la settimana. Il tutto per un totale di circa **25 ore settimanali**
- GIC: sono previste circa **4 ore settimanali**, così distribuite:
 - giovedì alterni per 3 ore
 - 3 giorni alla settimana per 1 ora

d) Sede di Ciriè:

In agenda previste 4 visite da 40 minuti. Vengono in media aggiunte ulteriori 1 / 2 visite giornaliere non previste in agenda per un totale di circa 4 ore al giorno, per 5 giorni la settimana. Il tutto per un totale di circa **20 ore settimanali**

GIC: sono previste circa **3 ore settimanali**, così distribuite:

- martedì alterni 3 ore
- 2 giorni alla settimana per 1 ora

CAS e Prime Visite Oncologica
S.C Oncologia sedi ASL TO4 - anno 2017
(fonte trakcare)

Tipologia	Ivrea	Cuornè	Chivasso	Settimo	Ciriè	Lanzo	Totali
CAS	251	100	188		238	24	801
Prima visita oncologica	612	167	213		188	39	1.219
Totali	863	177	401		426	63	2.020
Controlli programma terapeutico	1.155	437	641		815	98	3.146
Follow-up	1.978	757	2.118	(stima - da poco inseriti correttamente in proced) 400			
Consulenze pazienti ricoverati	dato non corretto per non idoneo inserim in proced 22	65	231	Non determinabile perché non inseriti in procedura	206		524
Visite ambulatorio di terapie oncologiche	2.466	1.869	3.481				
Totale prestazioni ambulatoriali							24.968

PDTA: Insufficienza renale cronica

Orari ambulatori Nefrologia Uremici Cornici e Nefrologia Ma.Re.A.

Sede	Ambulatorio Uremici Cronici	Ambulatorio Ma.Re.A.
Ciriè	giovedì dalle 14,00 alle 19,00	martedì dalle 08,00 alle 13,00 mercoledì dalle 08,00 alle 13,00
Ambulatorio Uremici Cronici e Ambulatorio Ma.Re.A.		
Chivasso	mercoledì dalle 14,00 alle 16,00 giovedì dalle 09,00 alle 11,00	
Ivrea	martedì dalle 09,00 alle 12,00 venerdì dalle 09,00 alle 11,00	

Tabella 1: Attività complessiva ambulatoriale per sede e totale

Tipologia	Ciriè	Chivasso	Ivrea	Totali
Prime visite	460	347	830	1637
Controlli prenotati direttamente dalla Struttura	1555	1962	1138	4655

Tabella 2: Numero visite di follow up programmate direttamente dalla struttura per pazienti portatori di trapianto renale

	Ciriè	Chivasso	Ivrea	Totali
numero visite	468	276	240	984

Tabella 3: Numero visite di follow up programmate direttamente dalla struttura per pazienti afferenti all'Ambulatorio Malattia Renale Cronica

	Cirié	Chivasso	Ivrea	Totali
numero visite	701	364	371	1.436

Tabella 4: Numero visite di follow up programmate direttamente dalla struttura per pazienti afferenti all'Ambulatorio Nefrologico

	Cirié	Chivasso	Ivrea	Totali
numero visite	386	1.322	527	2.235

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

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

Atteso:

- DEA ≤ 6 ore (e tempo non superiore all'anno 2017)
- PS di base ≤ 4 ore (e tempo non superiore all'anno 2017)
- PS di area disagiata ≤ 5 ore (e tempo non superiore all'anno 2017)
- PPI ≤ 4 ore (e tempo non superiore all'anno 2017)

D.E.A./P.S.	anno 2017		anno 2018		ATTESO Permanenza (ore)
	N. Accessi	Permanenza (ore)	N. Accessi	Permanenza (ore)	
D.E.A Chivasso	52.796	7,33	50.952	9,55	≤ 6 ore
D.E.A Ciriè	47.865	6,40	47.436	7,26	≤ 6 ore
D.E.A Ivrea (senza OBI)	35.810	3,50	35.397	3,53	≤ 6 ore
P.S. Area Disagiata Cuorgnè (senza OBI)	15.045	3,41	14.960	3,13	≤ 5 ore
P.P.I. Lanzo	7.202	2,39	6.702	2,19	≤ 4 ore

Dall'analisi dei dati forniti, emerge un incremento dei tempi d'attesa sulle diverse sedi che assume valore rilevante esclusivamente sulla sede di Chivasso (circa + 30%). Tra i fattori che hanno determinato l'incremento del tempo di permanenza in tale sede si segnalano delle modifiche nelle dinamiche di gestione dei pazienti conseguenti all'attivazione del nuovo DEA avvenuta nel mese di Febbraio 2018. Nello specifico, vi è stata una fase di parziale indisponibilità dei posti di degenza della Struttura di Medicina, che ha reso necessario trattenere più a lungo in DEA parte dei pazienti con indicazione al ricovero.

Altro fattore condizionante il prolungamento dei tempi di permanenza in DEA nella sede di Chivasso è stata la revisione del percorso di presa in carico dei pazienti con sole necessità socio-assistenziali, precedentemente ricoverati in Medicina, in base al quale tali utenti sono stati trattenuti a carico del NOCC in DEA in attesa del trasferimento presso le strutture di accoglienza. Questa soluzione ha consentito di non gravare sul reparto con pazienti con tempi di degenza lunghi, ma a bassa intensità assistenziale, al fine di consentire un maggiore turn over di ricoveri con elevato profilo di assistenza clinica, destinati ad area di cura "per acuti".

La permanenza in DEA di questo tipo di paziente ha comportato però un carico di ore di boarding elevato nell'ordine anche di 6 – 8 giorni per mancanza di immediata disponibilità da parte delle strutture di destinazione del territorio.

Ultimo fattore è rappresentato dalla ridotta percentuale di ricoveri espressa dal DEA di Chivasso rispetto alla media aziendale e regionale; questo aspetto deriva dalle modalità di gestione in DEA dei pazienti per un tempo superiore alla quota oraria definita per l'attività di OBI e che ha consentito la dimissione a risoluzione del quadro acuto.

A breve sarà possibile escludere dai flussi di conteggio i pazienti afferenti ai percorsi preferenziali, che in parte ancora ora non prevedono una adeguata gestione informatica e che vedono la prestazione chiusa a posteriori con un minimo, ma non trascurabile effetto sul calcolo della media dei tempi di degenza. L'adeguamento dei sistemi gestionali informatici provvederà alla risoluzione di questi aspetti.

Questi elementi rappresentano, per la maggior componente del problema, la ragione del significativo incremento dei tempi di degenza in DEA.

Per la sede di Ciriè, è da segnalare l'azzeramento dei ricoveri fuori reparto nel Dipartimento Medico, gestiti in DEA.

Obiettivo 4 Qualità dell'assistenza

- Sub-obiettivo 4.1 Area Osteomuscolare

INDICATORE: numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 2 giorni dall'arrivo in PS
(differenza tra data della procedura e data di arrivo in PS \leq 2 giorni)

numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore

Atteso: Tasso aggiustato $>70\%$

I risultati osservati in termini di tasso grezzo sono riportati nella tabella sottostante.

Si precisa che, depurando dal campione i casi per i quali non vi era eleggibilità all'esecuzione dell'intervento entro 48 ore dall'ingresso in DEA, si prevede che la percentuale di pazienti trattati rientri entro i tempi previsti. Tale risultato sarà confermato dopo l'opportuna analisi risk-adjusted effettuata dagli esperti del livello regionale/nazionale (PNE)

ANNO 2018				
In pre-accesso	Sede		Totale	di cui per
			Produzione	residenti
	Chivasso	Interventi degenza preoperatoria \leq 2 giorni	69	61
		interventi totale	101	93
		% Ricoveri approp. frattura femore paz >65	68%	66%
	Ciriè	Interventi degenza preoperatoria \leq 2 giorni	48	42
		interventi totale	89	80
		% Ricoveri approp. frattura femore paz >65	54%	53%
	Ivrea	Interventi degenza preoperatoria \leq 2 giorni	72	53
		interventi totale	119	105
		% Ricoveri approp. frattura femore paz >65	61%	50%
Totale ASL TO4	Interventi degenza preoperatoria \leq 2 giorni	189	168	
	interventi totale	309	278	
	% Ricoveri approp. frattura femore paz >65	61%	60%	

relazione al
requisito di
al

raggiungimento dell'obiettivo i tempi di attesa per frattura di tibia e perone, si riportano in calce i dati disponibili in PNE (2017).

**FRATTURA DELLA TIBIA E PERONE: Tempi di attesa per intervento chirurgico
PNE 2017 (SDO 2016)**

Sede	N.	% Interventi	Mediana grezza (giorni)	Mediana ADJ
Ivrea	27	100	3	-
Chivasso	25	100	1	-
Ciriè	14	100	1	-

- Sub-obiettivo 4.2 Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI

INDICATORE: numero di episodi di STEMI, in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro 2 giorni
numero di episodi di STEMI

Tasso grezzo $\geq 85\%$

ANNO 2018			
Sede		Totale Produzione	di cui per residenti
Ivrea	N. di ricoveri STEMI con PTCA 0-1 gg. netti	95	89
	N. di ricoveri STEMI netti	85	79
	% Ricoveri appropriati	89,47%	88,76%
Ciriè	N. di ricoveri STEMI con PTCA 0-1 gg. netti	92	85
	N. di ricoveri STEMI netti	85	78
	% Ricoveri appropriati	92,39%	91,76%
Totale ASL TO4	N. di ricoveri STEMI con PTCA 0-1 gg. netti	187	174
	N. di ricoveri STEMI netti	170	157
	% Ricoveri appropriati	90,91%	90,23%

- Sub-obiettivo 4.3 Appropriately nell'assistenza al parto

INDICATORE:
$$\frac{\text{N}^\circ \text{ parti con cesareo primario}}{\text{N}^\circ \text{ parti con nessun pregresso cesareo}} \times 100$$

Atteso: Maternità di I livello o comunque con <1000 parti: tasso aggiustato $\leq 15,00\%$

Sede		Anno 2017		Anno 2018	
		Totale Produz	di cui per residenti	Totale Produz	di cui per residenti
Ivrea	Parti cesarei primari senza pregresso cesareo e/o morte neonatale	76	75	80	75
	Altri parti senza pregresso cesareo e/o morte neonatale	484	463	534	530
	Totali parti senza pregresso cesareo e/o morte neonatale	560	538	614	605
	% Cesarei Primari	14%	14%	13%	12%
Ciriè	Parti cesarei primari senza pregresso cesareo e/o morte neonatale	121	95	96	72
	Altri parti senza pregresso cesareo e/o morte neonatale	724	547	664	561
	Totali parti senza pregresso cesareo e/o morte neonatale	845	642	760	633
	% Cesarei Primari	14,3%	14,8%	12,6%	11,4%
Chivasso	Parti cesarei primari senza pregresso cesareo e/o morte neonatale	145	131	133	117
	Altri parti senza pregresso cesareo e/o morte neonatale	654	567	707	502
	Totali parti senza pregresso cesareo e/o morte neonatale	799	698	765	619
	% Cesarei Primari	18%	19%	17%	19%
Totale ASL TO4	Parti cesarei primari senza pregresso cesareo e/o morte neonatale	342	301	309	264
	Altri parti senza pregresso cesareo e/o morte neonatale	1862	1577	1905	1593
	Totali parti senza pregresso cesareo e/o morte neonatale	2204	1878	2139	1857
	% Cesarei Primari	16%	16%	14%	14%

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

1. 100% di coerenza tra cartella SDO e scheda CEDAP

Coerenza SDO - CEDAP	2018		% Coerenza
	SDO	CEDAP	
Ivrea	651	651	100%
Ciriè	829	829	100%
Chivasso	840	840	100%
Totale	2.320	2.320	100%

2. Bilancio della salute alla 36°-37° settimana \geq 52%

Sede	2018		% raggiunta
	Bilanci salute	Parti	
Ivrea	507	651	77,88%
Ciriè	825	829	99,52%
Chivasso	824	840	98,09%
Totale	2.156	2.320	92,93%

- **Sub-obiettivo 4.4 Area chirurgica generale: colecistectomia laparoscopica**

INDICATORE: Intervento chirurgico per colecistectomia laparoscopica con dimissione entro 3 giorni
Ricoveri per colecistectomia laparoscopica

Atteso: tasso aggiustato > 70%

ANNO 2018			
Sede		Totale Produzione	di cui per residenti
Ivrea	intervento chirurgico per colecistectomia laparoscopica con dimissione entro 3 giorni	132	124
	ricoveri per colecistectomia laparoscopica	121	114
	% Ricoveri appropriati	91,67%	91,94%
Ciriè	intervento chirurgico per colecistectomia laparoscopica con dimissione entro 3 giorni	158	143
	ricoveri per colecistectomia laparoscopica	139	128
	% Ricoveri appropriati	87,97%	89,51%
Chivasso	intervento chirurgico per colecistectomia laparoscopica con dimissione entro 3 giorni	108	102
	ricoveri per colecistectomia laparoscopica	96	91
	% Ricoveri appropriati	88,89%	89,22%
Totale ASL TO4	N. di ricoveri STEMI con PTCA 0-1 gg. netti	398	369
	N. di ricoveri STEMI netti	356	333
	% Ricoveri appropriati	89,45%	90,24%

- **Sub-obiettivo 4.6 Donazioni d'organo**

INDICATORE 1: BDI = N° morti encefaliche segnalate nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero / N° decessi di soggetti ricoverati nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero con una patologia compatibile con l'evoluzione verso la morte encefalica

INDICATORE 2: N° di opposizioni alla donazione di organi nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero / N° di segnalazioni di morte encefalica nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero

INDICATORE 3: N° donatori di cornea nel 2018 / totale decessi ospedalieri del 2017 fra i 5 e i 75 anni compresi

Atteso: vedi tabella sottostante colonna "Atteso"

Presidio	Segnalazioni di soggetti in Morte Encefalica (BDI%)		Donatori di Cornee	
	BDI% raggiunto	Atteso	Cornee donate	Atteso
Ciriè	67%	20-40%	13	10
Chivasso	50%	20-40%	20	15
Ivrea	36%	20-40%	21	15

Per quanto riguarda le opposizioni alle donazioni si osserva, a livello aziendale, un 29% di opposizione alla donazione (2 opposizioni/tot. 7 segnalazioni di morte encefalica).

- Sub-obiettivo 4.7 Umanizzazione

INDICATORE: Aggiornamento Piani di miglioramento aziendali sulla base delle risultanze della 3° fase del programma nazionale di valutazione partecipata della qualità delle strutture di ricovero nonché delle eventuali criticità evidenziate in sede di attuazione degli ulteriori obiettivi di umanizzazione assegnati con DGR n. 101 del 3.8.2017 e di eventuali altri item definiti a livello regionale

Implementazione/completamento azioni correttive di rilevanza aziendale individuate nei Piani di miglioramento

Il Piano di miglioramento 2017/2018, nel mese di giugno 2018 è stato aggiornato, come previsto dall'indicatore. Al riguardo, il 100% delle azioni di miglioramento previste sono state implementate o completate (n. 62 azioni correttive implementate o completate / tot. 62 azioni previste). Per 2 azioni correttive, si precisa quanto segue:

- 1) item 62 “Segnaletica interna di orientamento per evidenziare i percorsi che contraddistinguono le diverse aree di destinazione”: l'azione di miglioramento è stata realizzata nel 2018 per i Presidi Ospedalieri di Chivasso e di Cuorgnè e verrà completata entro febbraio 2019 per il Presidio di Ivrea;
- 2) item 91.5 “Sala d'attesa del Pronto Soccorso con presenza di display luminoso che informa in tempo reale sul numero di pazienti in attesa per ogni codice di triage”: si tratta di una fornitura rientrante in una più ampia gara a procedura europea che è in corso di approvazione e che sarà conclusa entro il 2019.

Nel Piano di miglioramento sono complessivamente contenuti 62 item/sotto-item “a rilevanza aziendale”: le specifiche riguardanti la relativa realizzazione delle azioni di miglioramento sono contenute nell'Allegato “00_Ob_4.7_Verb_28-01-2019”.

Si precisa che tutte le informazioni in merito alle azioni di miglioramento a breve, a medio e a lungo termine, individuate nel Piano di miglioramento aziendale, sono riportate nell'Allegato “01_Ob_4.7_All_1_al_Verbale”.

Si evidenzia, inoltre, che la Cabina di Regia Regionale del Progetto “Empowerment” ha inviato ai Coordinatori delle Équipe Locali delle Aziende Sanitarie Regionali:

- con e-mail del 28/12/2018 le indicazioni in merito alla rendicontazione dell'obiettivo 4.7 “Obiettivo Umanizzazione” ex D.G.R. 26 gennaio 2018, n. 26-6421;
- con e-mail del 18/01/2019, a integrazione della e-mail sopra citata, la scheda di dettaglio da utilizzare per la rendicontazione 2018 dell'obiettivo 6.6 sub 4. “Progetti sostegno pazienti/famiglie” assegnato con D.G.R. n. 101-5530 del 3 agosto 2017.

Pertanto, in allegato, si trasmette la documentazione prodotta sulla base delle disposizioni e dei modelli previsti dalla Cabina di Regia Regionale:

- verbale della riunione dell'Équipe Locale dell'ASL TO4 “Progetto Empowerment” effettuata in data 28 gennaio 2019;
- allegato 1 al verbale - Piano di miglioramento aziendale 2017-2018 dell'umanizzazione dei Presidi Ospedalieri rientranti nel Progetto (Presidi Ospedalieri di Chivasso, di Ciriè-Lanzo sede di Ciriè, di Cuorgnè e di Ivrea) aggiornato al 31/12/2018, redatto in conformità al modello previsto dalle linee di indirizzo regionali e attestante lo stato dell'arte di tutte le azioni di miglioramento, a breve termine (entro il 30/06/2017), a medio termine (entro il 31/12/2017) e a lungo termine (entro il 31/12/2018);
- allegati 2, 2bis e 2ter al verbale - schede di dettaglio dei “Progetti sostegno pazienti/famiglie” attivati dall'ASL TO4, già presentati in Regione con specifici indicatori di valutazione in sede di rendicontazione degli obiettivi dei Direttori Generali per l'anno 2017, comprensive di indicatori e dei risultati raggiunti al 31/12/2018. Tali progetti sono di seguito indicati:
 - Istituzione dell'Ambulatorio Parkinson presso il Presidio Ospedaliero di Chivasso.
 - Attivazione del Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure – NOCC nel Presidio Ospedaliero di Ciriè-Lanzo.
 - Progetto Protezione Famiglie Fragili (PPFF) nei Presidi Ospedalieri di Ivrea e di Cuorgnè e nei rispettivi Distretti di Ivrea e di Cuorgnè.

Si precisa, infine, che tutta la documentazione, relativa all'obiettivo 4.7 e allegata alla presente relazione, è stata caricata, come disposto dalla Cabina di Regia Regionale, in una piattaforma online allestita a

livello regionale sulla specifica tematica dell'Umanizzazione-Empowerment che permette di condividere file con la stessa Cabina di Regia Regionale.

Obiettivo 5 Gestione della spesa: farmaci e DM

- Sub-obiettivo 5.1 Assistenza Farmaceutica Territoriale ed Ospedaliera: appropriatezza prescrittiva e riduzione della variabilità

INDICATORE: Per le 5 ATC in ambito territoriale: spesa 2017 – spesa di riferimento calcolata sulla spesa pro capite del best performer

Riduzione di almeno il 50% dello scostamento tra la propria spesa pro-capite (per popolazione pesata) e quella di riferimento dell'azienda best performer

Farmaci	ASL TO4 Spesa pro-capite 2017	BEST PERFORMER Spesa pro-capite 2017	OBIETTIVO 2018 Spesa procapite attesa	OSSERVATO 2018 Spesa procapite rilevata ¹	% Raggiungimento obiettivo	Variazione % della spesa procapite 2018 vs 2017
Inibitori di Pompa Acida IPP - A02BC	12,71	7,67	10,19	11,75	37,90%	-7,51%
Antipertensivi C07 – C08 – C09	29,61	26,51	28,06	28,49	72,22%	-3,78%
Antibatterici per uso sistemico J01	8,98	6,70	7,84	8,68	26,08%	-3,31%
Antidepressivi N06A	6,57	6,34	6,46	6,63	-49,13%	0,86%
Farmaci per disturbi ostruttivi vie respiratorie RO3	14,60	13,04	13,82	14,27	42,93%	-2,29%

LEGENDA: ¹Spesa pro-capite calcolata sui seguenti parametri:

Farmaci	Spesa 2018	Popolazione pesata	Spesa pro-capite 2018
Inibitori di Pompa Acida IPP - A02BC	5.992.873	509.819	11,75
Antipertensivi C07 – C08 – C09	14.525.009	509.819	28,49
Antibatterici per uso sistemico J01	4.426.600	509.819	8,68
Antidepressivi N06A	3.378.318	509.819	6,63
Farmaci per disturbi ostruttivi vie respiratorie RO3	7.272.625	509.819	14,27

Le azioni intraprese hanno riguardato un monitoraggio dei consumi e della spesa delle 5 classi di farmaci, con reportistica trimestrale per ciascun medico di medicina generale. I dati di spesa delle 5 classi sono stati inoltre discussi all'interno delle periodiche riunioni dell'ufficio di coordinamento distrettuale e nelle riunioni di equipe dei medici. Sono inoltre state inviate informative specifiche relative a inibitori di pompa protonica e sono stati organizzati incontri ad hoc in collaborazione con l'infettivologo dell'ASL su appropriatezza prescrittiva dei farmaci antibatterici. Sono state effettuate specifiche verifiche su casi di iperprescrizione di inibitori di pompa protonica e farmaci per i disturbi ostruttivi delle vie respiratorie. E' stato inoltre assegnato specifico obiettivo ai medici di medicina generale.

Le indicazioni fornite sono state in parte rispettate e questo si evince da una riduzione della spesa pro-capite rispetto all'anno precedente anche se l'obiettivo non è stato raggiunto in pieno. Per quanto riguarda i farmaci antidepressivi si segnala un aumento di spesa pro-capite, il quale al momento non è attribuibile ad un utilizzo di farmaci particolarmente costosi ma probabilmente ad un aumento della patologia depressiva. Nonostante il leggero incremento di spesa rispetto al 2017, la ASL TO4 si posiziona al secondo posto rispetto alle altre ASL piemontesi e comunque con un valore inferiore alla media regionale (7,06 vs 6,63).

Le criticità sono principalmente dovute alle difficoltà dei medici prescrittori a recepire le indicazioni regionali e a cambiare le abitudini prescrittive.

- Sub-obiettivo 5.2 Miglioramento della qualità del flusso informativo dei dispositivi medici

INDICATORE 5.2.1: Rapporto tra i dati di consumo aziendale dei dispositivi medici ed 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.). Ovvero:

$$\frac{\text{Flusso Consumi DMRP 2018}}{\text{(esclusa la CND W – Dispositivi medico- diagnostici in vitro)}} \\ \text{-----} \\ \text{CE 2018 (Voci B.1.A.3.1 + B.1.A.3.2)}$$

Atteso: Coerenza, con un margine di tolleranza del +/- 5%, tra la spesa aziendale per DM rilevata da flusso DMRP rispetto ai costi imputati da CE alle voci: B.1.A.3.1 (dispositivi medici); B.1.A.3.2 (dispositivi medici impiantabili attivi)

Flusso Consumi DMRP 2018	20.918.099	= 96,53%
<u>CE 2018 (voci B.1.A.3.1 + B.1.A.3.2.)</u> (da Cons 2018)	<u>21.671.123</u>	

INDICATORE 5.2.2: Compilazione dei campi “Identificativo Contratto” e “Codice CIG” del tracciato Contratti (DMRP-Contratti) del flusso regionale DMRP (rispettivamente campo 16.0 e campo 32.0) del Tracciato Contratti indicato nel Disciplinare regionale del flusso DMRP, reperibile su Sistema Piemonte, con un CIG per lotto

Atteso: Almeno il 95% dei codici CIG inseriti nei campi “Identificativo Contratto” e “Codice CIG” inviati al flusso DMRP-Contratti nel 2018 deve trovare corrispondenza nell’archivio dei codici CIG rilasciati dall’ANAC

In relazione al riscontro regionale risulta che 1 solo codice CIG non correttamente registrato nell’Osservatorio. La situazione è stata regolarizzata, pertanto l’attuale corrispondenza è del 100%.

INDICATORE 5.2.3: Compilazione del campo “Forma di negoziazione” del tracciato Contratti del flusso regionale DMRP, per ognuno dei record inviati al flusso (campo 20.0 del Tracciato Contratti indicato nel Disciplinare regionale del flusso DMRP, reperibile su Sistema Piemonte)

Atteso: Almeno il 95% dei record inviati al flusso DMRP-Contratti nel 2018 deve presentare la compilazione del campo “Forma di negoziazione”

Sulla base del monitoraggio aziendale del servizio competente il 100% dei record presenta la compilazione del campo “Forma di negoziazione”.

- Sub-obiettivo 5.3 Contenimento della spesa aziendale per l’acquisto di Dispositivi Medici

INDICATORE 5.3.1: Spesa per Dispositivi Medici (voce di CE considerata: BA0220 e BA0230): mantenimento della spesa dell’anno 2017

Atteso: Spesa per Dispositivi Medici (voce di CE considerata: BA0220 e BA0230): mantenere o ridurre il valore.

La spesa è monitorata mensilmente sia in termini di acquisti che di consumi.

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

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

CE 2016 = 22.253.396

CE 2017 = 21.844.563 - 1,84% su 2016

CE 2018 = 21.671.123 - 0,79% su 2017

INDICATORE 5.3.2: Presidi per l’autocontrollo della glicemia e servizi connessi per le aziende del SSR:

- rapporto fra il numero delle strisce per la rilevazione della glicemia erogate da ogni singola azienda sanitaria in regime convenzionale sul totale delle strisce erogate;
- rapporto tra le “strisce SCR” e le “strisce Consip”

Atteso a): riduzione di almeno il 50% dello scostamento tra la propria percentuale con quella dell’azienda best performer, riferita all’anno 2017, relativa al numero di strisce erogate in regime convenzionale sul totale delle strisce erogate (convenzionata + DpC). Per l’ASL best performer il raggiungimento dell’obiettivo prevede il miglioramento/mantenimento del dato 2017.

Atteso b): il rapporto tra le “strisce SCR” e le “strisce Consip” non può presentare uno scostamento uguale o superiore al 20% rispetto al valore dell’azienda best performer fatto registrare nel 2018.

Osservato Indicatore 2 – lettera a)

Mese	STRISCE ANNO 2018			
	DPC	Convenzionata	Totale	Incidenza % Strisce Convenzionata su Totale
Gennaio 2018	317.750	190.100	507.850	37,43
Febbraio 2018	299.300	159.068	458.368	34,70
Marzo 2018	360.350	169.100	529.450	31,94
Aprile 2018	325.975	133.892	459.867	29,12
Maggio 2018	360.750	136.890	497.640	27,51
Giugno 2018	371.450	124.700	496.150	25,13
Luglio 2018	420.425	118.400	538.825	21,97
Agosto 2018	330.200	83.025	413.225	20,09

Mese	STRISCE ANNO 2018			
	DPC	Convenzionata	Totale	Incidenza % Strisce Convenzionata su Totale
Settembre 2018	398.075	92.775	490.850	18,90
Ottobre 2018	441.225	91.442	532.667	17,17
Novembre 2018	433.750	87.625	521.375	16,81
Dicembre 2018	421.750	74.325	496.075	14,98
Progressivo/totale	4.481.000	1.461.342	5.942.342	24,59
Obiettivo Regionale - DGR 26-6421				27,81

Per il calcolo del valore obiettivo a cui tendere si sono utilizzati i seguenti dati forniti dal Settore Farmaceutico Regione Piemonte, da cui si evince che l'ASL best performer nel 2017 era ASL VC, pertanto l'obiettivo a cui tendere nel 2018 è 27,81 (vd. tabella seguente).

ASL	Consumi STRISCE DPC 2017	Consumi STRISCE CONVENZIONATA 2017	TOTALE CONSUMI 2017	% convenzionata su totale	best performer vs ASL	obiettivo riduzione consumi	% consumi strisce convenzionata obiettivo 2018
VC	1.581.025	226.397	1.807.422	12,53	0,00	0,00	12,53
AT	1.679.250	366.284	2.045.534	17,91	5,38	2,69	15,22
BI	1.803.975	542.045	2.346.020	23,10	10,58	5,29	17,82
CN2	1.214.500	465.337	1.679.837	27,70	15,18	7,59	20,11
NO	2.760.500	1.058.902	3.819.402	27,72	15,20	7,60	20,13
TO5	2.539.950	1.125.360	3.665.310	30,70	18,18	9,09	21,61
CN1	2.404.475	1.197.675	3.602.150	33,25	20,72	10,36	22,89
AL	3.142.450	1.775.130	4.917.580	36,10	23,57	11,79	24,31
CITTA' DI TORINO	7.298.375	4.335.877	11.634.252	37,27	24,74	12,37	24,90
TO4	3.446.125	2.610.382	6.056.507	43,10	30,57	15,29	27,81
VCO	534.300	476.360	1.010.660	47,13	34,61	17,30	29,83
TO3	4.130.275	3.806.456	7.936.731	47,96	35,43	17,72	30,24
PIEMONTE	32.535.200	17.986.205	50.521.405	35,60	23,08	11,54	24,06

Osservato Indicatore 2 – lettera b)

MESE	PEZZI DPC DIVISI PER TIPO - 2018			
	CONSIP (sanofi BG-STAR)	SCR biochem U-RIGHT	RAPPORTO TRA SCR E CONSIP	% SCR SU TOT DPC
gennaio	263.000	54.750	0,21	17,23
febbraio	226.600	72.700	0,32	24,29
marzo	249.400	110.950	0,44	30,79
aprile	205.175	120.800	0,59	37,06
maggio	179.300	181.450	1,01	50,30
giugno	134.550	236.900	1,76	63,78
luglio	115.875	304.550	2,63	72,44
agosto	74.650	255.550	3,42	77,39
settembre	67.375	330.700	4,91	83,07
ottobre	52.225	389.000	7,45	88,16
novembre	36.750	397.000	10,80	91,53
dicembre	16.600	405.150	24,41	96,06
progressivo/totale	1.621.500	2.859.500	1,76	63,81
Obiettivo Regionale DGR 26-6421 (5.3.2 B)			3,30*	