

Relazione sulla performance

Anno 2018

Indice

PRESENTAZIONE	2
FINALITÀ DEL PROCESSO DI VALUTAZIONE	2
OGGETTO DELLA VALUTAZIONE	2
CHI VALUTA	3
IL PROCESSO DI VALUTAZIONE	3
SCHEDA DI VALUTAZIONE	3
SINTESI DEI RISULTATI RAGGIUNTI	3
OBIETTIVI PLURIENNALI DI MANDATO	3
OBIETTIVI ANNUALI	4
VALUTAZIONE SUL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI	14

Presentazione

A seguito dell'emanazione del D.Lgs. del 14 marzo 2013 n. 33, che rimanda al D.Lgs. del 27 ottobre 2009 n. 150, ogni Amministrazione ha l'obbligo di pubblicare sul proprio sito aziendale nella sezione "Amministrazione trasparente" la *Relazione annuale sulla performance*.

Il Decreto Legislativo 25 maggio 2017, n.74, ad oggetto "Modifiche al decreto legislativo 27 ottobre 2009 n. 150, in attuazione dell'art.17, comma 1, lettera r), della legge 7 agosto 2015, n. 124" prevede che la relazione annuale sulla performance sia adottata entro il primo semestre.

Secondo le linee guida n. 3 del novembre 2018 emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica, la relazione annuale sulla performance persegue la finalità di essere uno strumento di:

- "*miglioramento gestionale* grazie al quale l'amministrazione può riprogrammare obiettivi e risorse tenendo conto dei risultati ottenuti nell'anno precedente e migliorando progressivamente il funzionamento del ciclo della *performance*";
- "*accountability* [rendicontazione] attraverso il quale l'amministrazione può rendicontare a tutti gli *stakeholder* [portatori di interesse], interni ed esterni, i risultati ottenuti nel periodo considerato, gli eventuali scostamenti – e le relative cause – rispetto agli obiettivi programmati".

La Regione Piemonte con D.G.R. 26 gennaio 2018 n. 26-6421 ha assegnato gli obiettivi annuali 2018 economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi.

Questo documento rappresenta la relazione sulla performance con la quale l'ASL CN2, in ottemperanza alle norme su menzionate, evidenzia la misura degli esiti degli obiettivi strategici e/o operativi definiti per l'anno 2018, contenuti nel piano della performance, adottato con deliberazione n. 144 del 29/03/2018.

Nel presente documento vengono illustrate le azioni svolte per il raggiungimento degli obiettivi strategici 2018 che hanno coinvolto, attraverso il *processo di budget* e l'assegnazione delle *schede di budget*, tutti i livelli aziendali.

Finalità del processo di valutazione

Il processo di valutazione ha le seguenti finalità principali:

- migliorare le prestazioni dell'Azienda utilizzando la valutazione come stimolo e come guida
- favorire la crescita professionale del personale
- rafforzare il ruolo dei responsabili di risorse
- rendere disponibili informazioni per la gestione delle risorse
- premiare il merito attraverso riconoscimenti

Oggetto della valutazione

L'oggetto della valutazione sono le prestazioni della struttura organizzativa nel corso dell'anno o di un arco temporale più ampio nel caso di obiettivi pluriennali.

Per obiettivo si intende un risultato di lavoro atteso. Esso deve essere specifico, misurabile, raggiungibile, relativo ad un determinato periodo di tempo e orientato all'azione.

Nel piano della performance 2018-2020 gli obiettivi sono stati suddivisi in:

- a) di mandato, pluriennali e definiti nella DGR di nomina del Direttore Generale;
- b) annuali, definiti nella DGR 26-6421 del 26/01/2018;
- c) specifici, quali il Piano regionale della prevenzione.

Tali obiettivi sono stati declinati e assegnati ai vari livelli organizzativi dell'ASL.

Chi valuta

Nell'ASL CN2 la valutazione è effettuata dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), istituito con deliberazione 158 del 27/12/2016.

Il processo di valutazione

Il processo di valutazione, ben argomentato nel piano della performance, è sintetizzabile come segue:

1. la Direzione incontra i responsabili delle strutture organizzative per negoziare gli obiettivi commisurati alle risorse assegnate;
2. la S.C. Programmazione Acquisti e Bilancio predispone le schede obiettivo e fornisce mensilmente a tutti gli attori evidenza sull'andamento dell'attività;
3. l'OIV valuta a fine periodo il raggiungimento degli obiettivi assegnati.

Scheda di valutazione

La valutazione è fatta sulla base di una scheda apposita che riporta:

- la descrizione dell'obiettivo
- le modalità di misurazione e di calcolo degli indicatori
- il criterio di valutazione dell'obiettivo
- il punteggio previsto dall'obiettivo (eventuale scala)
- il grado di raggiungimento dell'obiettivo

Sintesi dei risultati raggiunti

Obiettivi pluriennali di mandato

Nuovo ospedale

L'obiettivo consisteva nell'ultimazione dell'allestimento del nuovo ospedale di Verduno e nell'organizzazione del trasloco dai vecchi edifici al nuovo, senza ovviamente interruzione del servizio.

L'edificio non è stato ultimato a causa di fattori non dipendenti dall'ASL, mentre è stata avviata una riorganizzazione delle unità operative di ricovero e la progettazione delle varie fasi del trasloco.

Obiettivi annuali

Nelle pagine seguenti è presente un prospetto in cui è illustrato, in modo sintetico, il grado di raggiungimento degli obiettivi della direzione generale stabiliti dalla DGR 26-6421 del 26/01/2018. Il grado di raggiungimento globale è stato del 78,31%.

Le principali criticità hanno riguardato:

- tempi di attesa per ricovero programmato per tumore colon e retto, tumore prostata, sostituzione protesica dell'articolazione dell'anca;
- tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali;
- tempestività degli interventi per frattura di femore;
- tempestività effettuazione angioplastica coronarica (PTCA) per infarto miocardico acuto (IMA) con sottoslivellamento del tratto T dell'ECG (STEMI);
- percentuale parti con taglio cesareo primario;
- appropriatezza prescrittiva dei farmaci;
- spesa per dispositivi medici e relativo flusso informativo.

Tempi di attesa per ricovero programmato

Il "ritardo", per quanto riguarda le patologie neoplastiche, limitato a pochissimi casi, è stato causato prevalentemente alla necessità di praticare una terapia neoadiuvante prima dell'intervento.

Invece, per la sostituzione protesica dell'articolazione dell'anca i fattori causali sono stati una riduzione del numero degli specialisti anestesisti e ortopedici in servizio.

Rispetto tempi di attesa per prestazioni ambulatoriali o incremento del 30% della produzione erogata nell'anno 2015.

L'obiettivo risulta non raggiunto per le seguenti prestazioni:

- a) prima visita endocrinologica
- b) prima visita oculistica
- c) prima visita ortopedica (sforamento di soli tre giorni)
- d) prima visita dermatologica
- e) prima visita gastroenterologica (sforamento di sei giorni)
- f) prima visita pneumologica (sforamento di due giorni)
- g) mammografia
- h) TAC torace
- i) RMN encefalo
- j) ecocolordoppler cardiaco
- k) ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici
- l) ecografia dell'addome
- m) ecografia ostetrico-ginecologica
- n) colonscopia
- o) spirometria

La mancanza del rispetto del sopra menzionato obiettivo per tali prestazioni è principalmente legata alla sproporzione offerta-domanda. La carenza globale di specialisti ha impedito di incrementare in modo sufficiente l'offerta, in un contesto di limitati margini di riorganizzazione del processo di erogazione delle prestazioni.

Tempestività degli interventi per frattura di femore

Nel corso del 2018 la proporzione dei pazienti sottoposti ad intervento per frattura di femore entro 48 ore dall'arrivo in pronto soccorso è stata del 69,5% rispetto alla soglia minima del 70% prevista dall'obiettivo.

Questo mancato raggiungimento, se pur di poco, è legato alla grave carenza di ortopedici (e di anestesisti) occorsa durante l'anno nell'ospedale di Bra, mentre nell'ospedale di Alba, sede di DEA di I livello e con una carenza di

personale di minor entità, i pazienti operati entro 48 ore hanno rappresentato il 70,9%.

Tempestività effettuazione PTCA per IMA STEMI

L'obiettivo prevedeva una quota minima dell'85% di PTCA per IMA STEMI eseguite entro 24 ore dall'arrivo in pronto soccorso mentre il valore ottenuto è stato del 77% a causa principalmente di due fattori:

- apertura della sala di emodinamica solo dalle 8 alle 20 (il numero dei cardiologi emodinamisti è insufficiente per una disponibilità di 24 ore su 24);
- alcuni pazienti o non sono stati sottoponibili immediatamente a PTCA per motivi clinici o l'infarto miocardico si è sviluppato a ricovero iniziato.

Percentuale parti con taglio cesareo primario

La percentuale di parti con taglio cesareo primario è stata del 17% a fronte di una soglia massima del 15%. Se anche la proporzione fosse stata inferiore al 15%, l'obiettivo regionale non sarebbe comunque stato considerato raggiunto a causa della discordanza tra i codici delle SDO di parto (flusso SDO) e codici dei certificati di assistenza al parto (CEDAP).

Appropriatezza prescrittiva dei farmaci

L'obiettivo sulla farmaceutica in ambito territoriale era rivolto al contenimento della spesa per cinque categorie di farmaci. Il valore di riferimento era l'Azienda Sanitaria con la prestazione migliore (best performer).

Le 5 ATC interessate sono state:

- inibitori di pompa acida (meglio conosciuti come farmaci anti ulcera gastro-duodenale)
- antibatterici (antibiotici)
- anti ipertensivi
- antidepressivi

- farmaci per i disturbi ostruttivi delle vie respiratorie

L'obiettivo non è stato raggiunto per gli antibatterici e gli antidepressivi; è stato raggiunto in modo parziale per gli inibitori di pompa, anti ipertensivi, e per i farmaci per i disturbi ostruttivi delle vie respiratorie.

Miglioramento qualità flusso informativo dei dispositivi medici e contenimento spesa

L'obiettivo, sdoppiato in una componente sulla qualità del flusso informativo ed una sul contenimento della spesa, non è stato raggiunto, sia a causa di inesattezze presenti sul flusso informativo (94,7% il grado di raggiungimento anzichè $\geq 95\%$) sia per un eccesso di spesa relativo alle strisce per il controllo della glicemia.

Codice obiettivo	Obiettivo	Codice sub obiettivo	Sub obiettivo	Valore obiettivo in punti	Sub	Indicatore	Valore sub obiettivo in punti	% raggiunta al 31 dicembre	Punteggio al 31 dicembre
1	Budget	1.1	Attuazione della programmazione	20	1	Spesa consuntivo 2018 ≤ Preventivo 2018	13	100	13
					2	SDO, C, C2 consuntiva 2018 ≥ piano efficientamento 2018	7	100	7
2	Prossimità e integrazione dei percorsi	2.1	Attivazione 100% delle Case della Salute programmate	8	1	Numero strutture attivate e/o potenziate su numero strutture da attivare entro il 31.12.2018	6,4	100	6,4
					2	Presentazione relazione di attività e costi sostenuti delle CS nel 2018 entro il 31.01.2019	1,6	100	1,6
		2.2	Linee di indirizzo del Piano Regionale Cronicità	2	1	Pubblicazione aggiornata della call to action nella bacheca online dei dipendenti ed ogni aggiornamento richiesto dal Core group regionale	1,6	100	1,6
					2	Partecipazione agli incontri formativi e informativi promossi dalla Direzione Sanità	0,4	100	0,4
3	Accessibilità	3.1	Tempi di attesa Ricoveri	5	1 e 2	N° interventi effettuati entro 30 gg/N° totale interventi effettuati nel 2018 ≥ 90% (priorità A e B)	5	61,5	3,07

Codice obiettivo	Obiettivo	Codice sub obiettivo	Sub obiettivo	Valore obiettivo in punti	Sub	Indicatore	Valore sub obiettivo in punti	% raggiunta al 31 dicembre	Punteggio al 31 dicembre
		3.2	Tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali	12	1	Σ [(data prenotazione – data erogazione) / N° prestazioni]	10	62,5	6,25
					2	prescrizione, prenotazione (presa in carico) e erogazione del follow-up a cura dello specialista su percorsi identificati dall'Azienda \geq 5 percorsi di follow up implementati	2	100	2
		3.3	Riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in DEA/PS	5	1	(data/ora di dimissione dal PS – data/ora di accesso al PS)/N° di accessi in PS	5	100	5
4	Qualità dell'assistenza	4.1	Area osteomuscolare	4	1	N° ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 2 gg dall'arrivo in PS (differenza tra data della procedura e data di arrivo in PS \leq 2 giorni) / N° ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore \geq 70% (Tasso aggiustato)	4	69,5	0
						Frattura tibia e perone: tempi di attesa intervento <6-8 gg (criterio di accesso)			

Codice obiettivo	Obiettivo	Codice sub obiettivo	Sub obiettivo	Valore obiettivo in punti	Sub	Indicatore	Valore sub obiettivo in punti	% raggiunta al 31 dicembre	Punteggio al 31 dicembre
		4.2	Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMASTEMI	4	1	N° episodi STEMI, in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro 2gg/N° episodi STEMI \geq 85% Tasso grezzo)	4	77,2	1,28
		4.3	Appropriatezza nell'assistenza al parto	4	1	N° parti con cesareo primario/N° parti con nessun pregresso cesareo x 100 (Tasso aggiustato \leq 15%)	4	0	0
	a				Coerenza SDO-CEDAP	No			
	b				Bilancio di salute alla 36°-37° settimana	Si			
		4.4	Area chirurgia generale: colecistectomia laparoscopica	4	1	Intervento chirurgico colecistectomia laparoscopica con dimissione entro 3 gg/ricoveri per colecistectomia laparoscopica > 70% (Tasso aggiustato)	4	100	4
		4.5	Screening oncologici	5	1	COPERTURE INVITI: N° persone invitate + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale.	5	100	5

Codice obiettivo	Obiettivo	Codice sub obiettivo	Sub obiettivo	Valore obiettivo in punti	Sub	Indicatore	Valore sub obiettivo in punti	% raggiunta al 31 dicembre	Punteggio al 31 dicembre
					2	COPERTURA ESAMI: N° persone sottoposte al test di screening, incluse le adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale.			
		4.6	Donazioni d'organo	3	1	BDI = N° morti encefaliche segnalate nei reparti di rianimazione afferenti PO/N° decessi di soggetti ricoverati nei reparti di rianimazione afferenti PO con una patologia compatibile con l'evoluzione verso la morte encefalica.	1,2	N.V.	N.V.
					2	N° di opposizioni alla donazione di organi nei reparti di rianimazione afferenti al PO/N° di segnalazioni di morte encefalica nei reparti di rianimazione afferenti al PO	0,9	N.V.	N.V.
					3	N° donatori di cornea nel 2018/ totale decessi ospedalieri del 2017 fra i 5 ei 75 anni compresi	0,9	100	3

Codice obiettivo	Obiettivo	Codice sub obiettivo	Sub obiettivo	Valore obiettivo in punti	Sub	Indicatore	Valore sub obiettivo in punti	% raggiunta al 31 dicembre	Punteggio al 31 dicembre
		4.7	Umanizzazione	5	1	Implementazione/completamento azioni correttive di rilevanza aziendale individuate nei Piani miglioramento	5	100	5
5	Gestione della spesa: farmaci e DM	5.1	Assistenza Farmaceutica Territoriale ed Ospedaliera: appropriatezza prescrittiva	5	1	ATC=A02BC (inibitori di pompa acida)	1	53	0,53
					2	ATC=J01 (antibatterici)	1	0	0
					3	ATC= C07,C08,C09	1	100	1
					4	ATC=N06 (antidepressivi)	1	0	0
					5	ATC R03=farmaci per disturbi ostruttivi vie respiratorie	1	100	1
		5.2	Miglioramento della qualità del flusso informativo dei dispositivi medici	3	1	Flusso Consumi DMRP '18 (no CND W – Dispositivi medico-diagnostici in vitro)/CE 2018 (Voci B.1.A.3.1 + B.1.A.3.2)	1,2	100	1,2
					2	Compilazione dei campi "Identificativo Contratto" e "Codice CIG"	0,9	0	0
					3	Compilazione del campo "Forma di negoziazione"	0,9	100	0,9

Codice obiettivo	Obiettivo	Codice sub obiettivo	Sub obiettivo	Valore obiettivo in punti	Sub	Indicatore	Valore sub obiettivo in punti	% raggiunta al 31 dicembre	Punteggio al 31 dicembre
		5.3	Contenimento della spesa aziendale per l'acquisto di dispositivi medici	5	1	Spesa per Dispositivi Medici (voce di CE considerata: BA0220 e BA0230)	3	100	3
					2a	Presidi per l'autocontrollo della glicemia e servizi connessi per le aziende del SSR: a) n° strisce x rilevazione glicemia erogate da ogni singola azienda sanitaria regime convenzionale/TOT strisce erogate	1	80	0,8
					2b	b) rapporto tra le "strisce SCR" e le "strisce Consip"	1	0	0
6	Trasparenza e anticorruzione	6.1	Dichiarazione pubblica d'interessi	3	1	Utenti che hanno terminato la compilazione/Utenti abilitati alla compilazione	3	100	3
7	Digitalizzazione	7.1	Fascicolo sanitario elettronico e SoL	3	1	Realizzazione, entro le tempistiche programmate, degli interventi preliminari declinati nel Piano operativo aziendale per l'alimentazione del FSE-SoL Piemontese.	3	100	3
TOTALE				100			100		79,03

Valutazione sul raggiungimento degli obiettivi

Considerato che nell'allegato elenco sono riportate tutte le schede obiettivo assegnate alle strutture nel 2018 con evidenza del loro grado di raggiungimento specificato per singolo obiettivo di ciascuna struttura, a seguire si propone un mero riassunto. Le strutture sotto menzionate sono di tipo ospedaliero e comprensive dei due distretti. Le strutture amministrative di linee, di staff e quelle appartenenti all'area della prevenzione hanno raggiunto pienamente tutti gli obiettivi assegnati.

- In tre strutture non è stato pienamente raggiunto l'obiettivo relativo al contenimento della spesa per dispositivi medici
- In quattro strutture non è stato pienamente raggiunto l'obiettivo relativo all'osservanza della degenza media in ricovero ordinario.
- In dodici strutture non è stato pienamente raggiunto l'obiettivo relativo al contenimento della spesa per farmaci
- In due strutture non è stato osservato il tempo della classe di priorità assegnata per gli interventi di tumore
- In ortopedia non è stato osservato il tempo di attesa della classe di priorità B dei ricoveri programmati per gli interventi di protesi d'anca e la tempestività degli interventi per fratture di femore
- In dieci strutture non è stato osservato il tempo di attesa previsto per le prestazioni specialistiche ambulatoriali
- La diabetologia ed endocrinologia non ha raggiunto pienamente l'obiettivo relativo al rapporto tra strisce per la glicemia acquistate in regime convenzionale rispetto al totale acquistato (convenzionale + DPC), non ha raggiunto l'obiettivo relativo al rapporto tra strisce per la glicemia SCR rispetto a strisce CONSIP e ha raggiunto parzialmente l'obiettivo relativo al mantenimento del valore dell'attività ambulatoriale.
- L'ostetricia e ginecologia non ha raggiunto l'obiettivo relativo alla percentuale dei tagli cesarei primari, non ha raggiunto gli obiettivi relativi alla qualità di compilazione delle SDO di parto e la qualità della compilazione dei certificati CEDAP, dei tempi di attesa per le ecografie ginecologiche ed ostetriche, quello relativo alla presentazione e attuazione del progetto "choosing wisely", e quello relativo alla dichiarazione pubblica di interessi.