

# **Relazione sulla performance 2019**

ASL CN2 Alba-Bra  
Regione Piemonte

## **Indice**

Presentazione .....	3
Finalità del processo di valutazione .....	4
Oggetto della valutazione.....	4
Chi valuta .....	4
Il processo di valutazione.....	5
Scheda di valutazione .....	5
Sintesi dei risultati raggiunti .....	6
Valutazione sul raggiungimento degli obiettivi .....	19

## Presentazione

Ogni Amministrazione ha l'obbligo adottare<sup>1</sup> entro il primo semestre dell'anno successivo e di pubblicare<sup>2</sup> sul proprio sito aziendale nella sezione "Amministrazione trasparente" la *Relazione annuale sulla performance* .

La relazione annuale sulla performance è uno strumento utile a perseguire<sup>3</sup>:

- Il "*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*";
- La "*accountabilty* [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. 29 maggio 2018 n. 14-6933 ha assegnato gli "obiettivi di nomina" [più avanti indicati anche con il termine di "mandato"] e con D.G.R. 19 luglio 2019 n. 4-92 (rettificata dalla D.G.R. 2 agosto 2019 n. 12-156) ha assegnato per l'anno 2019 gli obiettivi annuali di attività "economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi" (allegato A).

Questo documento rappresenta la relazione sulla performance con la quale l'ASL CN2 evidenzia la misura del conseguimento degli obiettivi per l'anno 2019, contenuti nel piano della performance, adottato con deliberazione n. 126 del 29/03/2019.

---

<sup>1</sup> 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

<sup>2</sup> D.Lgs. del 14 marzo 2013 n. 33 e D.Lgs. del 27 ottobre 2009 n. 150

<sup>3</sup> Dipartimento della Funzione Pubblica, linee guida n. 3, novembre 2018

## **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 2019-2021 gli obiettivi sono stati suddivisi in:

- a) di mandato, pluriennali e definiti nella DGR di nomina del Direttore Generale;
- b) annuali, definiti nella DGR 4-92 19/07/2019 rettificata dalla DGR 12-156 02/08/2019;
- 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 Controllo e Bilancio predispone le schede obiettivo e fornisce mensilmente a tutti gli attori evidenza sull'andamento dell'attività;
3. l'OIV valuta, infra periodo e 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

Nel seguente prospetto sono messi a confronto gli obiettivi di nomina con gli obiettivi annuali (DGR 12-156 02/08/2019 e altri provvedimenti settoriali, specifici).

Obiettivo di nomina (DGR 14-6933 29/05/2018)	Obiettivi annuali (DGR 12-156 02/08/2019)		Altri provvedimenti regionali
	Area	Obiettivo	
Governo dei tempi di attesa	3 - Accessibilità	3.1 Tempi di attesa Ricoveri 3.2 Tempi di attesa prestazioni di specialistica ambulatoriale 3.3 Riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in DEA/PS	PRGLA 2017-2019 (DGR 17-4817 27/03/2017)
CUP regionale	6 – Sanità digitale	6.1 Fascicolo sanitario elettronico e Servizi on Line	
Sanità digitale	6 – Sanità digitale	6.1 Fascicolo sanitario elettronico e Servizi on Line	
Piano regionale cronicità e Case della Salute	2 - Prossimità e integrazione dei percorsi	2.1 Continuità assistenziale e Programma Regionale Cronicità	
Piano regionale di Prevenzione	4 – Qualità	4.5 Screening oncologici 4.6 Programma regionale prevenzione: coperture vaccinali	Piano locale di prevenzione (ex DGR n. 27-7048 14/06/2018)
Rafforzamento funzione di committenza			Programma di integrazione dei servizi di area omogenea (DD 796/2018)
Equilibrio economico-finanziario	1 - Budget	1.1 Equilibrio Economico Finanziario e Sostenibilità dell'SSR	
	5 – Gestione spesa beni	5.1 Affidabilità dati rilevati da flussi informativi della farmaceutica 5.2 Assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera: appropriatezza prescrittiva e riduzione	

Obiettivo di nomina (DGR 14-6933 29/05/2018)	Obiettivi annuali (DGR 12-156 02/08/2019)		Altri provvedimenti regionali
	Area	Obiettivo	
		variabilità 5.3 Miglioramento della qualità del flusso informativo dei dispositivi medici	
Edilizia sanitaria			Ultimazione nuovo ospedale e apertura (DCR 286-18810 08/05/2018)
Trasparenza			Piano 2019-2021 (D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)
	4 – Qualità	4.1 Area Osteomuscolare 4.2 Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI 4.3 Appropriatelyzza nell'assistenza al parto 4.4 Area Chirurgia Generale: colecistectomia laparoscopica 4.7 Donazioni d'organo 4.8 Adesione al Programma ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) 4.9 Umanizzazione dei percorsi ed empowerment del paziente	

### Governo dei tempi di attesa

Questo obiettivo riguarda il governo dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e per i ricoveri programmati secondo il Programma Regionale di Gestione delle Liste di Attesa (PRGLA) che attua l'analogo provvedimento nazionale (PNGLA).

Per le prestazioni caratterizzate da un eccesso di domanda locale rispetto alla media regionale sono state adottate iniziative per incrementare il livello di appropriatezza prescrittiva, in particolare adottando il sistema RAO (Raggruppamenti Omogenei di Attesa).

Per le prestazioni caratterizzate da una offerta oggettivamente inferiore alla domanda è stata aumentata l'offerta attraverso l'utilizzo dei fondi 5% garantiti dalla "legge Balduzzi" e dal finanziamento regionale previsto dalla DGR 28-7537 14/09/2018.

L'insieme delle varie azioni correttive ha consentito di rispettare lo standard regionale nel 65,5% delle prestazioni ambulatoriali sotto monitoraggio, e di mantenere sotto i 20 giorni lo sfioramento per le altre prestazioni.

Relativamente ai ricoveri programmati per intervento oggetto di monitoraggio regionale oltre il 90% dei casi è stato trattato entro la soglia prevista ad eccezione di alcuni modesti sfioramenti in classe A (tiroidectomia 89%, colecistectomia laparoscopica 67%, plastica per ernia inguinale 73%) a causa della riduzione della disponibilità delle sale operatorie per carenza di anestesisti.

### **CUP regionale e sanità digitale**

Per quanto riguarda il CUP regionale è stata rispettata la tempistica richiesta dalla Regione (adesione alla convenzione SCR, inizio "migrazione" configurazione e dati).

Conformemente alle richieste regionali, relativamente al fascicolo sanitario elettronico (FSE) sono state implementate le attività per consentirne l'alimentazione (es. firma digitale PADES, integrazione del repository aziendale con il FSE).

### **Piano regionale cronicità e case della salute**

Sono state istituite le commissioni di studio "Cabina di Regia" e "Nucleo Cronicità" costituite da operatori provenienti dalle unità operative ospedaliere e territoriali.

Grazie al prodotto dei lavori di queste commissioni è stato redatto ed emanato il Piano Aziendale della Cronicità, inviato in Regione a fine ottobre 2019.

Nel corso dell'anno 2019 è stato portato a termine il percorso di attivazione funzionale e strutturale di due delle quattro Case della Salute previste nel territorio dell'ASLCN2.

### **Piano regionale di prevenzione**

Tutte le azioni dei dieci Programmi del Piano Locale di Prevenzione sono state attuate coerentemente ai macro-obiettivi e agli obiettivi centrali dei Piani Regionale e Nazionale della Prevenzione, incluse le azioni del Programma 8 "Prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili" che sono state realizzate secondo le disposizioni in materia di prevenzione vaccinale.

Per quanto riguarda gli screening oncologici gli obiettivi assegnati sono stati pienamente raggiunti.



### **Rafforzamento funzioni di committenza**

L'ASL CN2, unitamente alle altre due aziende sanitarie dell'Area Funzionale Sud-Ovest, ha adottato "Programma Integrazione Servizi" per la produzione programmata di area.

### **Equilibrio economico-finanziario**

Sia nel 2018 che nel 2019 è stato conseguito l'equilibrio complessivo della gestione, cosicché la Regione non ha richiesto all'ASL alcun piano di efficientamento.

Gli obiettivi di spesa assegnati sono stati perseguiti secondo le concrete possibilità di razionalizzazione attuabili e, nonostante in alcuni ambiti tali obiettivi non siano stati pienamente raggiunti, è stato comunque garantito l'equilibrio di bilancio.

### **Edilizia sanitaria**

Il 21 settembre 2019 il Concessionario trasmette la Comunicazione di ultimazione lavori e, sebbene siano ancora in corso di ultimazione lavori di modesta e marginale entità, possono iniziare le attività per preparare il trasferimento nel nuovo ospedale di Verduno.

### **Trasparenza**

L'Asl CN2 ha attuato tutte le misure previste dal D. Lgs. n. 33/2013 e s.m.i. in materia di trasparenza e di pubblicazione nella pagina "Amministrazione Trasparente" del sito aziendale dei dati e delle informazioni relativi alla attività istituzionale.

### **Qualità**

Gli obiettivi inseriti in questa "area" dalla DGR 12-156 02/08/2019 non appartengono specificamente ad alcuno degli obiettivi di nomina, ma hanno un carattere trasversale.

### **Obiettivi annuali**

Nel prospetto consultabile nelle pagine seguenti è illustrato in modo sintetico il grado di raggiungimento degli obiettivi della direzione generale stabiliti dalla DGR 12-156 02/08/2019. Poiché all'ASL CN2 non è stato assegnato l'obiettivo di approntare il piano di efficientamento (sub obiettivo 1.1.2) in quanto non vi sono problemi di bilancio, l'obiettivo 1, equilibrio economico e finanziario e sostenibilità del SSR, pesa 23 punti anziché 33 e di conseguenza il raggiungimento deve essere calcolato su un totale di 90 punti e non di 100. Complessivamente il grado di raggiungimento è stato del 92,36% (83,122 punti su 90).

Tabella riassuntiva sul grado di raggiungimento degli obiettivi.

## 1 Budget

Obiettivo	Punti	Sub obiettivo	Punti sub obiettivo	Punteggio al 31 dicembre	% raggiunta al 31 dicembre	Sub	Indicatore	Valore dell'obiettivo
<b>1.1 Equilibrio Economico-Finanziario e sostenibilità del SSR</b>	23*	1.1.1 Spesa consuntiva 2019	20	20	100	1	Spesa consuntiva 2019	Spesa consuntiva 2019 ≤ Bil. Consuntivo 2018
		1.1.2 Produzione sanitaria consuntiva	N.A.*	N.A.*	N.A.*	2	Produzione sanitaria consuntiva 2019 (ricovero, ambulatoriale e PS non seguito da ricovero)	Produzione sanitaria consuntiva 2019 ≥ programmazione definita nei piani di efficientamento
		1.1.3 Bilancio preventivo 2020	3	3	100	3	Bilancio Preventivo anno 2020	Presentazione e adozione entro il 31.12.2019

## 2 Prossimità e integrazione dei percorsi

Obiettivo	Punti	Sub obiettivo	Punti sub obiettivo	Punteggio al 31 dicembre	% raggiunta al 31 dicembre	Sub	Indicatore	Valore dell'obiettivo
<b>2.1 Continuità assistenziale e Programma Regionale Cronicità</b>	3	2.1.1 Nuclei di continuità	1,5	1,5	100	1	Presenza Nucleo Ospedaliero Continuità Assistenziale e Nucleo Distrettuale Continuità Cure	100%
		2.1.2 Piano aziendale cronicità	1,5	1,5	100	2	Proposta Piano aziendale Cronicità	100%

### 3 Accessibilità

Obiettivo	Punti	Sub obiettivo	Punti sub obiettivo	Punteggio al 31 dicembre	% raggiunta al 31 dicembre	Sub	Indicatore	Valore dell'obiettivo
<b>3.1 Tempi di attesa Ricoveri</b>	5		5	5	100	1 e 2	N° interventi effettuati entro 30 o 60 gg/N° totale interventi classi priorità A e B	tutti ≥ 90% eccetto, in classe A, tiroide (89%), colecisti lap. (67%), ernia inguinale (73%)
<b>3.2 Tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale</b>	9	3.2.1 Adeguamento tempo medio di attesa	6,3	4,4	70,1	1	$\Sigma$ [(data prenotazione – data erogazione) / N° prestazioni]	Ved. tabella prestazioni DGR 4-92
		3.2.2 Implementazione e modello RAO	1,8	1,8	100	2	Implementazione modello RAO per la gastroenterologia	Evidenza applicazione del modello nella prescrizione delle prestazioni
		3.2.3 Partecipazione a nuovo modello monitoraggio regionale	0,9	0,9	100	3	Partecipazione dei referenti aziendali al gruppo regionale per la definizione del nuovo modello	Partecipazione ad almeno il 90% degli incontri
<b>3.3 Riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in DEA/PS</b>	5	3.3.1 Riduzione permanenza DEA	2,5	2,5	100	1	V. formula a piè di pagina*	≤ 6h per DEA I livello
		3.3.2 Riduzione permanenza PS	2,5	2,5	100	2	V. formula a piè di pagina*	≤ 4h per PS di base

**$\Sigma$ [Data – ora di dimissione] – [Data – ora di accesso]**

\* La formula è  $\frac{\Sigma[\text{Data} - \text{ora di dimissione}] - [\text{Data} - \text{ora di accesso}]}{N.\text{accessi}}$

#### 4 Qualità dell'assistenza

Obiettivo	Punti	Sub obiettivo	Punti sub obiettivo	Punteggio al 31 dicembre	% raggiunta al 31 dicembre	Sub	Indicatore	Valore dell'obiettivo
4.1 Area osteomuscolare	4		4	4	100	1	V. formula a piè di pagina**	Tasso aggiustato >70%
							Criterio di accesso al punteggio dell'obiettivo. Frattura tibia e perone: tempi di attesa intervento chirurgico (gg)	Tempo compreso tra <2 e 4 gg. Se tra 6 e 8 gg o ≥ 8gg il punteggio dell'obiettivo è decurtato del 10%
4.2 Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMASTEMI	4		4	4	100	1	N. episodi STEMI con PTCA entro 2 gg/N. episodi STEMI	Tasso grezzo ≥ 85% Se <85% proporzionale al miglioramento
4.3 Appropriata nell'assistenza al parto	4		4	0	0	1	N. parti con cesareo primario/N. parti con nessun pregresso cesareo x 100	Tasso aggiustato ≤15%
							Criterio di accesso al punteggio dell'obiettivo. Coerenza SDO-CEDAP	100% coerenza tra SDO e scheda CEDAP con DRG da 370 a 375. Se il criterio non è soddisfatto, non viene attribuito il punteggio dell'obiettivo
							Bilancio di salute alla 36°-37° settimana	≥ 60%
4.4 Area chirurgia generale: colecistectomia laparoscopica	4		4	4	100	1	Intervento chirurgico colecistectomia laparoscopica con dimissione entro 3 gg/ricoveri per colecistectomia laparoscopica	Tasso aggiustato >70%

***$$\frac{N.casi\ di\ frattura\ del\ collo\ del\ femore\ operati\ entro\ 2\ giorni\ dall'arrivo\ in\ PS}{Totale\ ricoverati\ per\ frattura\ del\ collo\ del\ femore} \times 100$$***

\*\* La formula è

Obiettivo	Punti	Sub obiettivo	Punti sub obiettivo	Punteggio al 31 dicembre	% raggiunta al 31 dicembre	Sub	Indicatore	Valore dell'obiettivo
4.5 Screening oncologici	4		4	4	100	1	COPERTURE INVITI: N. persone invitate + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale.	≥ 97% mammografie ≥ 97% cervico-vaginale ≥ 97% colo-rettale
						2	COPERTURA ESAMI: N. persone sottoposte al test di screening, incluse le adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale.	≥ 45,9% mammografie ≥ 42,3% cervico-vaginale ≥ 36% colo-rettale
4.6 Programma regionale prevenzione: coperture vaccinali	3	4.6.1 Copertura vaccinale I dose MPRV	1	1	100	1	N. soggetti residenti appartenenti alla coorte 2017 e vaccinati per 1a dose di MPRV / N. soggetti residenti appartenenti alla coorte 2017	copertura vaccinale ≥ 95%
		4.6.2 Copertura vaccinale II dose MPRV	1	1	100	2	N. soggetti residenti appartenenti alla coorte 2012 e vaccinati per 2a dose di MPR / N. soggetti residenti appartenenti alla coorte 2012	copertura vaccinale ≥ 95%
		4.6.3 Copertura vaccinale HPV	1	1	100	3	N. soggetti residenti femmine appartenenti alla coorte 2007 vaccinate per HPV (ciclo completo) / N. soggetti residenti femmine appartenenti alla coorte 2007	copertura vaccinale ≥ 95%

Obiettivo	Punti	Sub obiettivo	Punti sub obiettivo	Punteggio al 31 dicembre	% raggiunta al 31 dicembre	Sub	Indicatore	Valore dell'obiettivo
<b>4.7 Donazioni d'organo</b>	2	4.7.1 Segnalazioni morti encefaliche	0,8	0,8	100	1	N. morti encefaliche / N. decessi possibili donatori (solo da reparti di rianimazione)	20 - 40%
		4.7.2 Non opposizione donazione	0,6	0,6	100	2	N. di opposizioni alla donazione / N. di segnalazioni di morte encefalica (solo da reparti di rianimazione)	< 33%
		4.7.3 Donatori cornee	0,6	0,6	100	3	N. donatori di cornea nel 2019 / totale decessi ospedalieri del 2018 fra i 5 ei 75 anni compresi	11 donatori
<b>4.8 Adesione al Programma ERAS "Enhanced Recovery After Surgery"</b>	2		2	2	100	1	N. pazienti inseriti nel database elettronico di raccolta dati (int. colon-retto + isterectomia) nel 2019 / n. pazienti da SDO con interventi programmati	≥90%
<b>4.9 Umanizzazione dei percorsi ed empowerment del paziente</b>	2	4.9.1 Continuità ospedale-territorio	1,4	1,4	100	1	Percorso continuità ospedale-territorio e pronto soccorso. (Compilazione check list e definizione azioni d miglioramento su aree critiche)	100%
<b>4.9 Umanizzazione dei percorsi ed empowerment del paziente</b>		4.9.2 Empowerment cronicità	0,6	0,6	100	2	Progetti empowerment cronicità (Implementazione azioni definite nel Piano aziendale cronicità)	100%

## 5 Gestione della spesa relativa ai beni: farmaci e DM

Obiettivo	Punti	Sub obiettivo	Punti sub obiettivo	Punteggio al 31 dicembre	% raggiunta al 31 dicembre	Sub	Indicatore	Valore dell'obiettivo
<b>5.1 Affidabilità dati rilevati da flussi informativi della farmaceutica</b>	4	5.1.1 Rapporto CE e flussi informativi	2	2	100	1	Costi aziendali rilevati dal CE nella voce BA0040 - B.1.A.1.1 Medicinali con AIC, ad eccezione dei vaccini ed emoderivati di produzione regionale e nella voce BA2670 B.15.A -Variazione rimanenze / Costi aziendali da flusso DD e flusso CO, tenendo conto di eventuali note di credito	100% del rapporto tra costi aziendali da CE e costi aziendali da Flussi (DD,CO e tracciabilità)
		5.1.2 Rapporto flussi informativi e consolidato	2	2	100	2	Costi aziendali rilevati mensilmente dal flusso informativo della DD e del CO / costi aziendali mensili rilevati ad annualità conclusa, attraverso il flusso informativo della DD e del CO	100% del rapporto tra costi aziendali rilevati mensilmente dai flussi informativi (DD e CO) e i costi aziendali mensili rilevati a fine anno
<b>5.2 Assistenza Farmaceutica Territoriale ed Ospedaliera: appropriatezza prescrittiva e riduzione variabilità</b>	4	5.2.1 Inibitori di pompa acida	1,33	1,33	100	1	ATC=A02BC (inibitori di pompa acida): N. confezioni da 28 compresse / N. di confezioni globale	≥ 60%
		5.2.2 Antibatterici per uso sistemico	1,33	0,332	25	2	ATC J01 ambito territoriale: spesa in regime convenzionale - spesa di riferimento calcolata sulla spesa pro-capite del best performer regionale	Riduzione di almeno il 50% dello scostamento fra la propria spesa pro-capite (per popolazione pesata) e quella di riferimento dell'ASL BP



Obiettivo	Punti	Sub obiettivo	Punti sub obiettivo	Punteggio al 31 dicembre	% raggiunta al 31 dicembre	Sub	Indicatore	Valore dell'obiettivo
		5.2.4* Sensibilizzazione dei prescrittori	1,34	1,34	100	4	Realizzazione eventi rivolti ai MMG finalizzati alla sensibilizzazione in merito alle prescrizioni. Numero eventi realizzati nell'anno.	Almeno 4 eventi in merito a farmaci per BPCO, antibatterici, inibitori di pompa e vitamina D
<b>5.3 Miglioramento della qualità del flusso informativo dei dispositivi medici</b>	4	5.3.1 Coerenza flusso informativo DM e CE	2	2	100	1	Flusso Consumi DMRP 2019 (escluse la CND Z - a eccezione della Z13 - e la CND W) / CE 2019 (Voci B.1.A.3.1 + B.1.A.3.2)	Margine di tolleranza compreso tra -5% e +10% tra valore Flusso rispetto a valore CE
		5.3.2 Completezza flusso DMRP-Contratti	2	2	100	2	Compilazione dei campi "Forma di negoziazione" - campo 20.0 e "Identificativo Contratto" - campo 16.0 del Flusso DMRP, con un CIG per lotto	Almeno l'85% dei record relativi a contratti inviati al flusso deve presentare la compilazione dei campi 20.0 e 16.0 con codici CIG per lotto aventi corrispondenza nell'archivio dei CIG rilasciati dall'ANAC

\* Il sub-obiettivo 5.2.3 è riservato alle aziende ospedaliere.

## 6 Digitalizzazione del SSR

Obiettivo	Punti	Sub obiettivo	Punti sub obiettivo	Punteggio al 31 dicembre	% raggiunta al 31 dicembre	Sub	Indicatore	Valore dell'obiettivo
<b>6.1 Fascicolo sanitario elettronico e SoL</b>	4	6.1.1 Attivazione repository aziendale e alimentazione FSE-SoL	1,34	1,34	100	1	Avvio iniziative di digitalizzazione nel rispetto delle indicazioni regionali e alimentazione, entro il 31.12.2019 di almeno due dei seguenti documenti: LDO, VPS, AP e radiologia	Rispetto del 100% delle iniziative nel rispetto delle indicazioni regionali e 2 dei documenti elencati realizzati al 100%
		6.1.2 Adesione-avvio CUP regionale	1,33	1,33	100	2	Avvio del sistema regionale omogeneo di gestione delle agende e delle prenotazioni sanitarie entro il 31.12.2019, salvo deroghe regionali e adesione alla convenzione sottoscritta da SCR in esito alla gara 63/2015 entro 30gg dalla data di pubblicazione della DGR4 -92 del 19/07/2018	Sistema regionale omogeneo di gestione delle agende e delle prenotazioni sanitarie entro il 31.12.2019, salvo deroghe regionali e adesione alla convenzione sottoscritta da SCR in esito alla gara 63/2015 entro 30gg dalla data di pubblicazione della DGR4 - 92 del 19/07/2018
		6.1.3 Utilizzo referti digitali	1,33	0,665	100	3	Ritiro referti on-line utilizzato per almeno il 5% dei cittadini che hanno effettuato presso la struttura un esame di laboratorio da luglio a dicembre 2019	% referti ritirati on line: ≥5%
				0,665	100	3 p1)	Espressione del consenso alimentazione FSE per almeno il 20% dei cittadini che hanno effettuato un esame di laboratorio nel medesimo periodo	Espressione consenso alimentazione FSE: ≥20%

## Valutazione sul raggiungimento degli obiettivi

Nell'allegato sono consultabili tutte le schede relative agli obiettivi assegnati nel 2019 a ciascuna struttura e il loro grado di raggiungimento.

La maggior parte delle strutture ha realizzato una buona performance, a seguire si espongono solo le criticità.

1. in tre strutture non è stato pienamente raggiunto l'obiettivo relativo al contenimento della spesa per farmaci (medicina generale, nefrologia e neurologia) a causa dell'inderogabile necessità di utilizzare farmaci oncoematologici, per malattie rare e per la sclerosi multipla
2. in due strutture (ostetricia-ginecologia e recupero e rieducazione funzionale) non è stato raggiunto l'obiettivo relativo al contenimento dei tempi di attesa di alcune prestazioni ambulatoriali mentre in altre due (cardiologia e oculistica) l'obiettivo è stato raggiunto solo parzialmente essenzialmente a causa dell'impossibilità di aumentare adeguatamente l'offerta.
3. l'ostetricia-ginecologia non ha rispettato il criterio di accesso alla valutazione dell'obiettivo relativo al contenimento dei parti cesarei (rappresentato dalla corrispondenza al 100% tra SDO presenti nel CEDAP e SDO di parto), e quindi non ha raggiunto l'obiettivo, nonostante la proporzione di tagli cesarei primari sia stata inferiore alla soglia massima regionale.
4. il servizio di diabetologia/endocrinologia non ha raggiunto la percentuale minima regionale richiesta - da calcolarsi come rapporto tra strisce per glicemia acquistate in DPC rispetto al totale delle strisce acquistate in DPC più Convenzionata - discostandosi di pochi punti percentuali, in difetto.
5. i distretti non hanno raggiunto pienamente il valore richiesto relativo alla corretta prescrizione dei farmaci antibatterici (ATC J05). Le azioni poste in essere non sono state, evidentemente, sufficientemente efficaci.