

Report annuale aziendale



RELAZIONE ALLA
CONFERENZA DEI SINDACI
Relazione Direzione Generale ASL CN2

OBIETTIVI 2022

OBIETTIVI

D.G.R. n. 23 - 5653

OGGETTO: D.lgs. n. 171/2016

Assegnazione degli obiettivi di
attività ai direttori generali /
commissari delle aziende sanitarie
regionali per l'anno 2022.

19 settembre 2022

*Obiettivi economico-gestionali,
di salute e di funzionamento dei
servizi dei direttori
generali/commissari delle
aziende sanitarie regionali per il
riconoscimento della quota
integrativa al trattamento
economico per l'annualità 2022*

PREREQUISITI

01 TEMPI DI PAGAMENTO ART.1 COMMA 865 DELLA LEGGE 145/2018

L'indice di tempestività dei pagamenti dell'anno 2022 è pari a - 11,47



PREREQUISITI

02 PROGETTO REGIONALE SPERIMENTALE DI TELEMEDICINA

Il progetto ha coinvolto l'ASLCN2, unitamente ad altre tre aziende sanitarie piemontesi (ASL Citta di Torino, ASL AL, ASLCN1) nell'analisi e implementazione, in fase sperimentale, di una cartella clinica domiciliare a supporto dell'attività di assistenza domiciliare. L'obiettivo richiesto era la presa in carico di almeno il 10% dei pazienti in assistenza domiciliare dal 1° ottobre al 31 dicembre 2022:

- Nel periodo maggio-dicembre 2022, adeguamento dello strumento per l'utilizzo in Cure Domiciliari grazie all'analisi effettuata dal gruppo di lavoro aziendale
- Nel periodo ottobre-dicembre 2022 presentato lo strumento a tutti gli operatori, Infermieri, Oss e MMG.
- Richiesta disponibilità ai Medici di medicina generale a sperimentare lo strumento pur trattandosi di un applicativo non "maturo"
- Tutti i pazienti in carico ai servizi domiciliari sono stati caricati sull'applicativo e sono state raccolte 12 adesioni da parte dei MMG.



AMBITI MONITORATI



Gestione piani di sviluppo e consolidamento



COMPLETAMENTO DEGLI INTERVENTI EX DGR N. 7-1492 DEL 12 GIUGNO 2020 (PL DI TERAPIA INTENSIVA; SEMI-INTENSIVA E PS)

- Nel febbraio 2021 sono stati ultimati i lavori previsti dalla DGR della Regione Piemonte e dal Piano Straordinario della Regione Piemonte.



CASE DI COMUNITÀ; OSPEDALI DI COMUNITÀ E CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI

- Il progetto sulle COT ha coinvolto l'ASLCN2, unitamente ad altre 3 aziende sanitarie piemontesi (ASL Citta di Torino, ASL TO3 e ASLNO) nell'analisi e definizione del modello di attivazione della Centrale Operativa Territoriale. A gennaio è partita la sperimentazione del modello che verrà esteso a tutte le ASL.
- E' stata attivata la Centrale Unica a Verduno in attesa di trasferirla anche su Alba e Bra.
- Per le Case di Comunità e Ospedali di Comunità stanno procedendo i progetti attraverso la fase di affidamento delle procedure di gara con fondi PNRR per la Casa di Comunità di Santo Stefano Belbo, con fondi Aree Interne per la Casa di Comunità di Cortemilia e con fondi art. 20, L. 67/88, per le Case di Comunità di Alba e Bra e la Casa di Comunità di Canale.

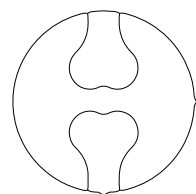
Gestione piani di sviluppo e consolidamento



FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO

- Distribuzione strumenti di firma digitale
- Assicurare alimentazione dei documenti FSE firmati digitalmente

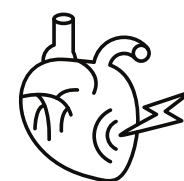
- L'ASLCN2 ha proseguito l'attivazione della firma digitale per i seguenti documenti:
 1. Lettere di dimissione
 2. Verbali Pronto Soccorso
 3. Referti ambulatoriali
 4. Referti di Laboratorio Analisi, Radiologia, Anatomia Patologica
- Sono stati abilitati alla firma digitale 327 medici sulla totalità di 337 in servizio: comprensivi di medici Sumai e medici a convenzione
- E' proseguita anche l'alimentazione verso il FSE dei referti di laboratorio analisi e di radiologia, della lettera di dimissione, del verbale di PS e dei referti di specialistica
- E' stata attivata una campagna di sensibilizzazione della popolazione verso l'utilizzo del FSE coinvolgendo i Comuni e mettendo a disposizione un numero di supporto dedicato



AREA OSTEOMUSCOLARE

Proporzione di ricoveri per frattura del femore con intervento chirurgico eseguito entro 48h in pazienti over 65, calcolando il tempo dall'arrivo in PS
Valore da raggiungere: $\geq 70\%$

- L'indicatore ha presentato un miglioramento a partire da un valore di 46,8% nel 2020 a un valore di 59,3% nel 2021 e un valore di 65,9% nell'anno 2022
- Nell'ultimo trimestre 2022 la percentuale rilevata è 69%



TEMPESTIVITÀ DI PTCA NEI CASI DI IMA STEMI

Proporzione di episodi di STEMI trattati con PTCA entro 2 giorni dall'ora di ricovero
Valore da raggiungere: $\geq 85\%$

- L'indicatore nel 2022 ha presentato una distribuzione variabile tra un minimo di 79,2% a un massimo di 86,6%.
- Il valore medio della totalità dei casi risulta 84,3% attestandosi a un valore molto vicino alla soglia



APPROPRIATEZZA NELL'ASSISTENZA AL PARTO

Valore da raggiungere:
maternità di II livello: tasso $\leq 20,00\%$
maternità di I livello: tasso $\leq 15,00\%$

- N° Parti cesareo primario : 84
- N° Parti con nessun pregresso cesareo: 693
- N° Parti naturali: 609

Percentuale : 12,1%



MONITORAGGIO ATTIVO DEL NUOVO SISTEMA DI GARANZIA*

D27Z Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria target < 6,9

H02Z Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti target > 135

P10Z Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito per la sicurezza alimentare del cittadino target 100%

P14C Indicatore composito sugli stili di vita PASSI

P15C % copertura Screening

D22Z Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA3)

D30Z numero di deceduti per causa di tumore assistiti dalla rete di cure palliative sul totale dei deceduti per tumore. target > 35%

**Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria avviato nel 2020 comprende 88 indicatori suddivisi in 6 aree di assistenza. Lo strumento serve per la misurazione della qualità dell'assistenza delle Regioni. Tutte le ASL concorrono al raggiungimento globale del punteggio regionale*

- D27Z = 15.6%
- H02Z = 181 interventi anno 2022 eseguiti
- P10Z = 100% delle aziende controllate
- P14C = Indicatore di tipo composito raggiunto
- D22Z = 6.4%
- D30Z = 218 persone assistite su 508 persone decedute = 43%



DONAZIONI D'ORGANO

Segnalazioni di soggetti in Morte Encefalica (BDI%):

target assegnato ASLCN2: $20\% > \text{BDI} < 40\%$

Non opposizioni alla donazione di organi nei reparti di Rianimazione

target assegnato ASLCN2: \leq al 33%

numero di Donatori di Cornee pari al 75% di quelli richiesti per il 2019

target assegnato ASLCN2: 8 donatori

- La Rianimazione dell'Ospedale Ferrero nel 2022 ha raggiunto un BDI del 100%, superiore al richiesto
- una % di opposizione alla donazione di organi del 20%
- individuati n.14 Donatori di Cornee superiori al richiesto (n.8)



MIGLIORAMENTO NELLA GESTIONE E MISURAZIONE DEL BOARDING*

Attivazione di percorsi fast-track

Miglioramento compilazione flusso C2 per "indicazione al ricovero" almeno nel 75% dei casi di ricovero

Definizione Piano di gestione del sovraffollamento

Monitoraggio del boarding giornaliero

Tempo medio di permanenza in PS DEA I \leq 6 ore

Boarding: prolungato stazionamento in PS dei pazienti già valutati e in attesa di un posto letto per il ricovero

- Attivati i percorsi fast-track di Oculistica e ORL.
- Miglioramento compilazione campi da 37,9% a 75%.
- Piano di gestione sovraffollamento deliberato il 7/9/2022.
- Rilevazione giornaliera della Direzione medica di Presidio
- sul totale dei 5.877 Pazienti ricoverati il tempo medio di permanenza in PS è stato di 4 ore e 34 minuti

Farmaci e dispositivi medici



AFFIDABILITÀ DATI RILEVATI DA FLUSSI INFORMATIVI DELLA FARMACEUTICA

Indicatore: scostamento massimo
ammissibile pari a +/- 2% sul valore
annuale e +/- 5% sui valori trimestrali

- Gli scostamenti tra dato contabile e flussi farmaceutici si sono progressivamente ridotti sino a raggiungere una percentuale di scostamento inferiore all'1%



ASSISTENZA FARMACEUTICA APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

Spesa pro-capite pesata complessiva =
< al valore dell'ASL best performer
nell'anno 2021 (ASLVCO)

- spesa media in € pro-capite ponderata vs VCO e vs Regione:

ALCN2 = 154,55 €
ASLVCO = 143,74 €(best performer)
Regione = 168,42 €



AFFIDABILITÀ DATI RILEVATI DA FLUSSI INFORMATIVI DEI DISPOSITIVI MEDICI

Coerenza con un margine di tolleranza
compreso tra -5% e + 10% tra la spesa
aziendale per DM rilevata da flusso DMRP
Almeno il 95% dei record inviati al flusso
DMRP-Contratti deve presentare la
compilazione del campo "Forma di
negoiazione"

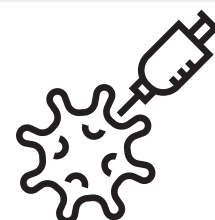
- miglioramento della percentuale di scostamento tra spesa rilevata da flusso Consumi D.M. e costi imputati a CE da 82,15% a 92.64%
- al 31/12 risultano 100% record con forma di negoziazione compilata sul totale inviati

Transizione post-emergenza



ATTUAZIONE PIANO DI RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA DELLE PRESTAZIONI DI RICOVERO

Totale Ricoveri Interventi Chirurgici Ospedale San Lazzaro di Alba e Santo Spirito di Bra 2019	3979	% 102,51
Totale Ricoveri Interventi Chirurgici Ospedale Ferrero 2022	4079	
Numero Interventi Chirurgici target obiettivo 2022	4098	% 99,536
Numero Interventi Chirurgici eseguiti 2022	4079	



PIANO DI RECUPERO VACCINAZIONI PROGRAMMATE ASL

Copertura di almeno il 50% degli ospiti delle RSA per pneumococco e zoster
 Copertura di almeno il 75% degli ospiti delle RSA per antinfluenzale

	Distretto 1	Distretto 2
• COPERTURA HZV:	68%	76%
• COPERTURA PNEUMO:	75%	76%
• COPERTURA FLU:	92%	96%



EFFETTUAZIONE TAMPONI E VACCINI ANTI COVID-19

Presenza di strutture per accesso ai tamponi tutti i giorni compresi i prefestivi ed i festivi;
 Capacità di presa in carico dei nuovi positivi e di chiusura dei periodi di isolamento entro 48 ore;
 Presenza di centri vaccinali e di programmi con MMG/PLS a livello aziendale per assicurare le coperture vaccinali previste

ASLCN2: 100%

Transizione post-emergenza

ATTIVITA' DI QUADRANTE

ATTUAZIONE PIANO DI RECUPERO DELLE PRESTAZIONI DI SCREENING ONCOLOGICI	ATTESO	MINIMO	% RAGG.
SCREENING MAMMOGRAFICO ETA' 50-69 ANNI COPERTURA INVITI: NUMERO DI DONNE INVITATE AD EFFETTUARE IL TEST DI SCREENING + ADESIONI SPONTANEE / POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUALE	100,0%	97,0%	92,3%
SCREENING MAMMOGRAFICO ETA' 50-69 ANNI COPERTURA ESAMI: NUMERO DI DONNE SOTTOPOSTE AL TEST DI SCREENING + ADESIONI SPONTANEE / POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUALE	55,0%	50,0%	54,3%
SCREENING CERVICO-VAGINALE ETA' 25-64 ANNI COPERTURA INVITI: NUMERO DI DONNE INVITATE AD EFFETTUARE IL TEST DI SCREENING + ADESIONI SPONTANEE / POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUALE (SONO CONTEGGIATI TRA GLI INVITI SIA QUELLI RELATIVI AL PAP-TEST CHE AL TEST PER L'HPV PRIMARI)	100%	97%	100,7%
SCREENING CERVICO-VAGINALE ETA' 25-64 ANNI COPERTURA ESAMI: NUMERO DI DONNE SOTTOPOSTE AL TEST DI SCREENING + ADESIONI SPONTANEE / POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUALE (SONO CONTEGGIATI TRA I TEST DI SCREENING SIA I PAP TEST CHE IL TEST PER L'HPV PRIMARI)	50%	45%	44,4%
SCREENING COLO-RETTALE ETA' 58 ANNI COPERTURA INVITI: NUMERO PERSONE INVITATE A SIGMOIDOSCOPIA + ADESIONI SPONTANEE / POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUALE	100%	97%	56,6%
SCREENING COLO-RETTALE ETA' 58 ANNI COPERTURA ESAMI: NUMERO PERSONE SOTTOPOSTE A SIGMOIDOSCOPIA O FIT (INCLUDE ADESIONI SPONTANEE) / POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUALE	40%	35%	42,2%

Transizione post-emergenza

ATTUAZIONE PIANO DI RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

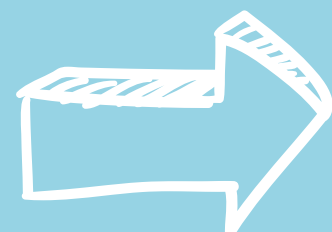
4.3.2 percentuale prestazioni di specialistica ambulatoriale recuperate rispetto al fabbisogno stimato nel piano aziendale di utilizzo risorse ex. DGR 4-4878/2022 del 14.4.2022 e s.m.i.

Prestazioni di specialistica ambulatoriale richieste rispetto al fabbisogno stimato nel piano aziendale di utilizzo risorse ex. DGR 4-4878/2022 del 14.4.2022 e s.m.i. : **11.100**

Prestazioni di specialistica ambulatoriale recuperate rispetto al fabbisogno stimato nel piano aziendale di utilizzo risorse ex. DGR 4-4878/2022 del 14.4.2022 e s.m.i. : **18.020**

Transizione post-emergenza

ATTUAZIONE PIANO DI RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI



Prestazioni erogate 2019	2.024.965	% 107,5
Prestazioni erogate 2022	2.176343	
Prestazioni erogate 2019 da aprile a dicembre	1.452.667	% 114,1 %
Prestazioni erogate 2022 da aprile a dicembre	1.657.714	

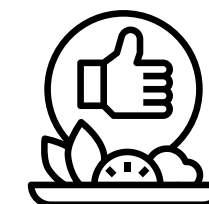
Prevenzione



PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE (PNP)

Percentuale di indicatori di programma e di processo, aventi un valore atteso locale per il 2022, che raggiungono lo standard atteso INDICATORE $\geq 60\%$

- Per quanto riguarda gli indicatori di programma e di processo è stato raggiunto lo standard atteso del 60%.
- Dallo strumento “Cruscotto di monitoraggio PRP/PLP” fornito dalla Regione emerge infatti che la percentuale di raggiungimento dei valori attesi locali dagli indicatori è del 83,3%.



PIANO REGIONALE INTEGRATO PER I CONTROLLI SULLA SICUREZZA ALIMENTARE (PRISA)

50% dei settori di controllo abbiano raggiunto almeno l'80% dei controlli previsti

- il 50% dei settori d'intervento hanno raggiunto almeno l'80% dei controlli previsti.

GRAZIE



**La
Direzione Generale
ASLCN2**