DGR 7-8279/2024/XI -ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DI ATTIVITA' AI DIRETTORI GENERALI DELLE AZIENDE SANITARIE REGIONALI PER L'ANNO 2024

PREMESSA

La presente relazione intende approfondire i singoli obiettivi economico gestionali assegnati dalla Regione ai Direttori Generali con DGR 7 – 8279 del 11/03/2024 “Assegnazione ai direttori generali/commissari delle aziende sanitarie regionali, ai sensi dell'art. 2, comma 2, d.lgs n. 171/2016 e s.m.i. e dell'art. 1, comma 865, l. n. 145/2018, degli obiettivi economici-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi finalizzati all'attribuzione della quota integrativa al trattamento economico per l'anno 2024.”

Nel corso del 2024 sono state trasmesse in Regione le seguenti relazioni intermedie di monitoraggio:

- Prot. 23962 del 07/10/2024 – monitoraggio ottobre
- Prot. 27641 del 12/11/2024 – monitoraggio novembre
- Prot. 31332 del 18/12/2024 – monitoraggio dicembre

Verranno di seguito esaminati i singoli obiettivi evidenziando, per ognuno di essi, le azioni poste / da porre in essere per il raggiungimento degli stessi e le eventuali criticità riscontrate. Gli obiettivi assegnati per il 2024, in alcuni casi ripartiti in sub-obiettivi, sono suddivisi in 5 aree:

1. Governo dei fattori produttivi
2. Edilizia sanitaria
3. Sanità digitale
4. Qualità
5. Prevenzione

A tale raggruppamento va aggiunto, con carattere **preliminare** rispetto ad essi, lo specifico obiettivo volto al rispetto dei tempi di pagamento. Di seguito vengono analizzati i singoli obiettivi assegnati.

OBIETTIVO PRELIMINARE: RISPETTO DEI TEMPI DI PAGAMENTO

La situazione dell'indicatore dei tempi di pagamento AO AL al IV trim. 2024 è la seguente

Monitoraggio	Indicatore di tempestività
1° trimestre 2024	-25,16
2° trimestre 2024	-23,41
3° trimestre 2024	-18,77
4° trimestre 2024	-15,32
Anno 2024	-21,05

La tabella dei tempi di pagamento è pubblicata nella sezione amministrazione trasparente del sito AOAL al seguente link

<https://trasparenza.ospedale.al.it/pagamenti-dellamministrazione/indicatore-tempestivita-pagamenti>

OBIETTIVO RAGGIUNTO

1 – GOVERNO DEI FATTORI PRODUTTIVI

1.1 - BILANCIO

SUB OBIETTIVO 1.1.1 – PIANIFICAZIONE DEGLI OBIETTIVI DI EFFICIENTAMENTO AZIENDALE CHE TENGA CONTO DEGLI OBIETTIVI STRATEGICI INDICATI E RENDICONTAZIONE AZIENDALE CON CADENZA TRIMESTRALE (MAX 3 PAGINE).

Si provvede a rendicontare trimestralmente alla Regione con una relazione sull'efficiamento aziendale.

Relazione 1^a trimestre trasmessa in data 28.06.2024. Relazione su II trimestre trasmessa in data 02/09/2024. Relazione su III trimestre trasmessa in data 19/11/2024. Relazione su Preconsuntivo 2024 trasmessa in data 31/01/2025 e poi ritrasmessa aggiornata, dopo le modifiche richieste dalla Regione Piemonte in data 19/02/2025 (prot. 2884) **[ALLEGATO 1.1]**

Relazione di confronto fra la previsione rivista ad agosto ed il bilancio consuntivo 2019, nonché una disamina sulle azioni di efficientamento attuate, che è stata trasmessa il 09 ottobre 2024 – prot. n° 24196 **[ALLEGATO 1.2]** sulla base dello schema proposto da Regione.

In data 02/09/2024 (ns prot. 21112) **[ALLEGATO 1.3 E ALLEGATO 1.4]**, si è provveduto a trasmettere una relazione circa le azioni di efficientamento pianificate in sede di bilancio di previsione 2024.

L'andamento dei conti economici 1° trimestre, 2° trimestre e 3° trimestre rappresenta una situazione di sostanziale equilibrio economico. Il risultato del IV trimestre, pur evidenziando formalmente una perdita di esercizio, al netto dei finanziamenti ancora da ricevere (FSC, riconoscimento finanziamento al 30% per funzioni assistenziali ospedaliere e costi indotti sull'attività assistenziale per integrazione con UPO per attività didattica e di ricerca), come rilevato con nostra nota prot.5069 del 19/02/2025 **[ALLEGATO 1.7]**, presenta un risultato di gestione positivo.

La previsione 2024 adottata con delibera n° 608 del 29/12/2023 anch'essa rappresenta una situazione di equilibrio economico.

OBIETTIVO RAGGIUNTO

CIRCULARIZZAZIONE DEI CREDITI E MONITORAGGIO DEGLI INCASSI AZIENDALI; ATTUAZIONE DELLA PROCEDURA REGIONALE DEI CREDITI E DEI RICAVI.

La bozza di procedura regionale dei crediti/ricavi era sostanzialmente allineata a quella applicata da tempo in azienda. Nel mese di luglio c'è stato un incontro con la società KPMG per la verifica della effettiva applicazione della procedura. È stato inviato il questionario regionale debitamente compilato in data 26/07/2024 (prot. 18360) **[ALLEGATO 1.6]**. Alla luce di quanto emerso durante l'incontro, si è provveduto ad effettuare una revisione alla procedura P26 "Crediti e ricavi", per effettuare un completo allineamento della stessa, in data 20/12/2024. **[ALLEGATO 1.5]**

OBIETTIVO RAGGIUNTO

SUB OBIETTIVO 1.1.2 – RICONDUZIONE DEI COSTI AZIENDALI 2024 (MODELLI NSIS) E DELLE ATTIVITÀ SANITARIE RELATIVE ALLA PRODUZIONE SANITARIA DEI PRESIDOSPEDALIERI A GESTIONE DIRETTA, DEI PRESIDOSPEDALIERI AL CONSUNTIVATO 2019 O ALTRI OBIETTIVI TARGET CONCORDATI CON LA DIREZIONE SANITÀ ENTRO IL 30 SETTEMBRE 2024.

Dalle relazioni trimestrali emerge che i maggiori costi rispetto all'anno 2019 sono costi non comprimibili dovuti essenzialmente a spese legate ai rinnovi contrattuali, incremento della produzione, ecc...

Alla luce della nota Regione Piemonte prot. 0022697 del 23/09/2024 "Dgr n. 7 -8279 del 11 marzo 2024: obiettivo 1.1. "Bilancio". Indicazioni tecnico operative per la trasmissione della relazione aziendale", è stata trasmessa il 09 ottobre 2024 – prot. n° 24196 **[ALLEGATO 1.2]** sulla base dello schema proposto da Regione.

In ogni trimestre è stato sino ad oggi assicurato il sostanziale equilibrio di bilancio, considerate i mancati finanziamenti che saranno assegnati definitivamente alle Aziende in sede di consuntivo 2024.

In data 02/09/2024 (ns prot. 21112) [ALLEGATO 1.3 E ALLEGATO 1.4], si è provveduto a trasmettere una relazione circa la riconduzione costi aziendali 2024 al 2019.

OBIETTIVO RAGGIUNTO

SUB OBIETTIVO 1.1.3 – ATTUAZIONE DELLE AZIONI APPROVATE NEL PIANO DELLE ATTIVITA' 2024, NEL RISPETTO DELLA PROGRAMMAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA DEFINITA DAI PROVVEDIMENTI DI GIUNTA REGIONALE

Rispetto alle attività indicate dalla DGR 8279 si richiama in questa sede:

- Realizzazione investimenti sanitari non eccedenti le risorse regionali assegnate: l'azienda ha ottemperato, effettuando solo gli investimenti autorizzati e quelli da realizzare in massima urgenza; si resta in attesa della definizione investimenti FSC;
- Circolarizzazione crediti e monitoraggio incassi aziendali: procedura P26, massima attenzione agli incassi, avviata interlocuzione con ASL AL per definizione piano pagamento per partite ancora da liquidare e saldare
- Governo attivo note di credito: relazione trimestrale a regione per note di credito su farmaci (altre situazioni non rilevanti)
- Monitoraggio contenzioso: relazioni trimestrali a cura SSA Avvocatura e costante adeguamento accantonamenti
- Valutazioni aziendali make or buy: ultimata importante internalizzazione piattaforma Radiodiagnostica. In corso internalizzazione attività svolta da cooperative medici

OBIETTIVO RAGGIUNTO

1.2 APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA: IMMUNOGLOBULINE

1.2.1 DEFINIZIONE E SVILUPPO DI AZIONI FINALIZZATE A PROMUOVERE L'OTTIMIZZAZIONE DELL'UTILIZZO, L'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA E LA SOSTENIBILITÀ ECONOMICA ATTRAVERSO L'ISTITUZIONE DI UN TAVOLO DI LAVORO ASL/AO/AOU, COORDINATO DA AZIENDA ZERO.

Tavolo di lavoro istituito da Azienda Zero come da nota della Direzione Sanità Regione Piemonte protocollo n 6980/2024 del 13/03/2024 e in ottemperanza alla DGR 7-8279/2024/XI (all A- punto 1.2) .

I lavori si sono conclusi entro i termini previsti.

OBIETTIVO RAGGIUNTO

1.2.2 N° GRAMMI PER IG 2024 /N° GRAMMI PER IG 2023

Dall'analisi dei dati contenuti nella piattaforma PADDI (periodo gen – nov 2024), emerge la seguente situazione:

Azienda di erogazione / prescrizione**	Importo 2023	Importo Gennaio - Novembre 2024	Forecast 2024	diff	%
907-S.ANTONIO BIAGIO/ARRIGO	1.377.898	1.120.416	1.222.272	-155.626	88,71%
Regione Piemonte	14.352.417	13.999.786	15.272.494	920.077	106,41%

Il raffronto con il forecast 2024 mostra un andamento assolutamente in linea con l'obiettivo (88,71% valore consumato rispetto al 2023), nettamente migliore rispetto alla media regionale.

Anche il n° di grammi consumati è in linea con l'obiettivo, come da tabella seguente

Azienda di erogazione / prescrizione**	Nro Grammi* 2023	Nro Grammi* Gennaio - Novembre 2024	Forecast 2024	diff	%
907-S.ANTONIO BIAGIO/ARRIGO	34.738	29.059	31.701	-3.037	91,26%
Regione Piemonte	349.017	322.712	352.049	3.032	100,87%

OBIETTIVO RAGGIUNTO

1.3 APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA: OSSIGENO

1.3.1 L'ISTITUZIONE DI UN TAVOLO DI LAVORO ASL/AO/AOU, COORDINATO DA AZIENDA ZERO

Tavolo di lavoro istituito da Azienda Zero come da nota della Direzione Sanità Regione Piemonte protocollo n 6980/2024 del 13/03/2024 e in ottemperanza alla DGR 7-8279/2024/XI (all A- punto 1.2) .

I lavori si sono conclusi entro i termini previsti.

OBIETTIVO RAGGIUNTO

1.3.2 QUANTITÀ PER ACQUISTI DIRETTI PER GAS MEDICINALI REGIONALE TOTALE 2024/ QUANTITÀ PER ACQUISTI DIRETTI PER GAS MEDICINALI REGIONALE TOTALE 2023

Il dato su Paddi aggiornato a novembre risulta essere il seguente:

Azienda Erogazione/Competenza**	Importo Gennaio-Dicembre 2023	Importo Gennaio-Novembre 2024	forecast 2024	Metri Cubi Gennaio-Dicembre 2023	Metri Cubi Gennaio-Novembre 2024	forecast metri-cubi 2024
907 - S.ANTONIO BIAGIO/ARRIGO	980.645	868.608	947.572	764.282	690.095	752.831
Regione Piemonte	25.065.892	22.551.715	24.601.870	436.080.777	13.561.652.705	14.794.530.224

OSSIGENO prescrizione

Azienda Erogazione/Competenza/Prescrizione **	Importo Gennaio-Dicembre 2023	Importo Gennaio-Novembre 2024	forecast 2024	Metri Cubi Gennaio-Dicembre 2023	Metri Cubi Gennaio-Novembre 2024	forecast metri cubi 2024
907 - S.ANTONIO BIAGIO/ARRIGO	1.904.081	1.477.833	1.612.181	1.477.925	1.177.479	1.284.523
Regione Piemonte	24.748.207	22.321.727	24.350.975	435.945.803	13.561.470.400	14.794.331.346

Obiettivo tendenzialmente raggiunto in entrambi i casi

OBIETTIVO RAGGIUNTO

1.4 APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA: ACQUISTI DIRETTI

1.4.1 ISTITUZIONE DI UN TAVOLO DI LAVORO ASL/AO/AOU, COORDINATO DA AZIENDA ZERO

Tavolo di lavoro istituito da Azienda Zero come da nota della Direzione Sanità Regione Piemonte protocollo n 6980/2024 del 13/03/2024 e in ottemperanza alla DGR 7-8279/2024/XI (all A- punto 1.2) .

I lavori si sono conclusi entro i termini previsti.

OBIETTIVO RAGGIUNTO

1.4.2 SPESA ANNO 2024 SU SPESA ANNO 2023 PER CIASCUNA CATEGORIA TERAPEUTICA INDIVIDUATA

IPOLIPEMIZZANTI

Tale categoria farmaceutica mostra un andamento di spesa come riportato nella tabella seguente:

Azienda Erogazione / Azienda di Prescrizione**	Importo 2023	Importo Gennaio - Novembre 2024	Forecast 2024	diff	%
301 - A.S.L. CITTA' DI TORINO	1.207.544	1.778.617	1.940.309	732.766	160,68%
203 - A.S.L. TORINO 3	2.327.118	2.462.560	2.686.429	359.311	115,44%
204 - A.S.L. TORINO 4	987.220	1.319.976	1.439.974	452.755	145,86%
205 - A.S.L. TORINO 5	750.379	819.703	894.221	143.842	119,17%
206 - A.S.L. VERCELLI	489.740	601.662	656.359	166.619	134,02%
207 - A.S.L. BIELLA	316.500	370.914	404.634	88.134	127,85%
208 - A.S.L. NOVARA	188.309	272.168	296.911	108.602	157,67%
209 - A.S.L. VERBANO-CUSIO-OSSOLA	403.182	395.318	431.255	28.073	106,96%
210 - A.S.L. CUNEO 1	1.128.020	1.214.079	1.324.450	196.430	117,41%
211 - A.S.L. CUNEO 2	507.478	533.562	582.068	74.590	114,70%
212 - A.S.L. ASTI	817.815	895.995	977.449	159.634	119,52%
213 - A.S.L. ALESSANDRIA	1.148.644	1.373.132	1.497.962	349.319	130,41%
904 - S.LUIGI	549.524	706.638	770.878	221.354	140,28%
905 - MAGGIORE CARITA'	1.186.379	1.518.461	1.656.503	470.124	139,63%
906 - S.CROCE E CARLE	793.498	763.872	833.315	39.817	105,02%
907 - S.ANTONIO BIAGIO/ARRIGO	327.952	421.752	460.093	132.141	140,29%
908 - MAURIZIANO	1.343.734	1.487.704	1.622.950	279.216	120,78%

909 - CITTA' DELLA SALUTE TO	1.535.194	1.966.467	2.145.237	610.043	139,74%
Regione Piemonte	16.008.230	18.902.581	20.620.997	4.612.767	128,81%

L'andamento della spesa è sostanzialmente allineato alla media regionale, nessuna azienda tendenzialmente raggiunge detto obiettivo. Sono in corso azioni con l'ASL territoriale e con le strutture interessate tese a verificare l'appropriatezza prescrittiva e ridurre la spesa. **Si segnala comunque che la spesa dell'AOU AL è stata in assoluto la più bassa tra tutte le aziende ospedaliere nel 2023 e nel 2024**, rappresentando il 6,14 % del totale spesa Aziende Ospedaliere, come si può evincere dalla tabella sottostante

Azienda Erogazione / Azienda di Prescrizione**	Importo 2023	Importo Gennaio - Novembre 2024	Forecast 2024	diff	%
904 - S.LUIGI	549.524	706.638	770.878	221.354	10,29%
905 - MAGGIORE CARITA'	1.186.379	1.518.461	1.656.503	470.124	22,12%
906 - S.CROCE E CARLE	793.498	763.872	833.315	39.817	11,13%
907 - S.ANTONIO BIAGIO/ARRIGO	327.952	421.752	460.093	132.141	6,14%
908 - MAURIZIANO	1.343.734	1.487.704	1.622.950	279.216	21,67%
909 - CITTA' DELLA SALUTE TO	1.535.194	1.966.467	2.145.237	610.043	28,65%
Regione Piemonte	16.008.230	18.902.581	7.488.975	-8.519.255	46,78%

Resta quindi molto difficile ridurre il consumo rispetto al 2023, in assoluto tra i più bassi tra le Aziende Ospedaliere. Si propone quindi di valutare tale aspetto in sede di definizione raggiungimento obiettivi.

L'incremento della spesa può essere in parte anche attribuito alla modifica dei criteri di prescrizione in regime di rimborsabilità dei farmaci PCSK9-i che hanno promosso il passaggio da una strategia ipolipemizzante Stepwise ad una strategia Fast Track. Infatti, è ora possibile prescrivere in regime di rimborsabilità i farmaci PCSK9-i in modalità Fast Track in soggetti con sindrome coronarica acuta (SCA) recente (negli ultimi 12 mesi) o con eventi cardiovascolari multipli, dopo una singola rilevazione di cLDL, anche in ambito intraospedaliero durante un ricovero per SCA.

Per pazienti con profilo di rischio cardiovascolare elevato il farmaco viene ritenuto essenziale.

Questa estensione di indicazione ha portato inevitabilmente ad un incremento del numero di pazienti trattati, pur, lo si ribadisce, in una situazione di bassi consumi complessivi.

IMMUNOSOPPRESSORI

Tale categoria farmaceutica mostra un andamento di spesa come riportato nella tabella seguente:

Azienda Erogazione / Azienda di Prescrizione**	Importo 2023	Importo Gennaio - Novembre 2024	Forecast 2024	diff	%
301 - A.S.L. CITTA' DI TORINO	6.067.704	6.645.806	7.249.970	1.182.266	119,48%
203 - A.S.L. TORINO 3	1.432.216	1.423.787	1.553.222	121.005	108,45%
204 - A.S.L. TORINO 4	2.450.179	2.672.832	2.915.817	465.638	119,00%
205 - A.S.L. TORINO 5	549.420	595.193	649.301	99.881	118,18%
206 - A.S.L. VERCELLI	3.378.817	3.001.922	3.274.824	-103.992	96,92%
207 - A.S.L. BIELLA	2.547.811	3.020.941	3.295.573	747.761	129,35%
208 - A.S.L. NOVARA	1.367.241	1.181.646	1.289.068	-78.173	94,28%
209 - A.S.L. VERBANO-CUSIO-OSSOLA	1.423.290	1.422.015	1.551.289	127.999	108,99%
210 - A.S.L. CUNEO 1	1.623.928	1.877.854	2.048.568	424.640	126,15%

211 - A.S.L. CUNEO 2	1.767.443	2.257.818	2.463.074	695.631	139,36%
212 - A.S.L. ASTI	2.572.823	2.260.598	2.466.107	-106.717	95,85%
213 - A.S.L. ALESSANDRIA	1.051.443	1.074.140	1.171.789	120.346	111,45%
904 - S.LUIGI	2.103.959	3.371.790	3.678.316	1.574.357	174,83%
905 - MAGGIORE CARITA'	5.415.789	5.113.669	5.578.548	162.758	103,01%
906 - S.CROCE E CARLE	4.258.952	3.747.041	4.087.681	-171.271	95,98%
907 - S.ANTONIO BIAGIO/ARRIGO	2.703.397	2.750.447	3.000.487	297.090	110,99%
908 - MAURIZIANO	8.962.300	9.130.717	9.960.782	998.482	111,14%
909 - CITTA' DELLA SALUTE TO	41.001.451	43.606.747	47.570.997	6.569.546	116,02%
Regione Piemonte	90.678.163	95.154.960	103.805.411	13.127.248	114,48%

L'incremento della spesa nel 2024 è minore rispetto all' Incremento medio regionale. Sono in corso azioni con le strutture interessate tese a ridurre la spesa. Si segnala comunque che nel 2023 in questa azienda sostanzialmente non era attivo un servizio di dermatologia, per oggettive difficoltà a reperire personale medico. **Nel corso del 2024 è stato ripristinato un servizio dermatologia, con un incremento di attività di oltre il 100% e con inevitabili ripercussioni anche sulle prescrizioni mediche. Si chiede pertanto di tenere in considerazione tale aspetto che ha pesantemente determinato l'andamento del dato in esame**

Di seguito il raffronto tra attività svolta da Dermatologia nel 2023 e nel 2024

	attività dermatologia 2023 - 2024			
	2023	2024	diff	%
Prestazioni	4.344	8.706	4.362	100%
Fatturato	66.214	154.894	88.680	134%

1.5 ALLINEAMENTO REGISTRI AIFA E FLUSSI

1.5.1 NUMERO DI CONFEZIONI A REGISTRO AIFA/NUMERO DI CONFEZIONI RILEVABILI DAI FLUSSI (DD E FILE F)

Tale categoria farmaceutica mostra un andamento di spesa come riportato nella tabella seguente:

Dispensazioni di Farmaci Innovativi raffronto con volume rilevato da FileF**				
AZIENDA DI DISPENSAZIONE	N.ro confezioni Gennaio - Novembre 2024 - Registro AIFA Farmaci Innovativi *** (A)	N.ro confezioni Gennaio - Novembre 2024 - Flusso FileF (farmaci con indicazione Innovatività*) (B)	Delta Assoluto C = (A-B)	Rapporto Registro AIFA vs FileF D = (A/B)
301 - A.S.L. CITTA' DI TORINO	1.652	1.535	117	108%
203 - A.S.L. TORINO 3	1.375	1.330	45	103%
204 - A.S.L. TORINO 4	2.917	2.737	181	107%
205 - A.S.L. TORINO 5	627	642	-15	98%
206 - A.S.L. VERCELLI	819	827	-8	99%
207 - A.S.L. BIELLA	987	961	26	103%

208 - A.S.L. NOVARA	750	761	-11	99%
209 - A.S.L. VERBANO-CUSIO-OSSOLA	810	811	-1	100%
210 - A.S.L. CUNEO 1	1.326	1.288	38	103%
211 - A.S.L. CUNEO 2	1.318	1.246	73	106%
212 - A.S.L. ASTI	1.820	1.977	-157	92%
213 - A.S.L. ALESSANDRIA	1.787	1.925	-138	93%
904 - AZIENDA OSP. S.LUIGI	1.650	1.621	30	102%
905 - AZIENDA OSP. MAGGIORE DELLA CARITA'	2.011	1.979	32	102%
906 - AZIENDA OSP. S.CROCE E CARLE	2.049	2.021	27	101%
907 - AZIENDA OSP. S. ANTONIO BIAGIO/ARRIGO	1.112	1.103	9	101%
908 - AZIENDA OSP. ORDINE MAURIZIANO DI TORINO	1.187	1.175	12	101%
909 - AZIENDA OSP. CITTA DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO	5.361	4.980	380	108%
922 - IRCCS - ISTITUTO PER LA RICERCA E CURA DEL CANCRO	1.289	1.412	-122	91%
Valore Regionale	30.847	30.331	516	102%

Il dato è costantemente monitorato e le anomalie riscontrate sono in fase di rettifica.

Tutti movimenti sono stati verificati e confrontati con le dispensazioni AIFA. Le correzioni sono state trasmesse e reinviata.

OBIETTIVO RAGGIUNTO

1.5.2 NUMERO DI CONFEZIONI A REGISTRO AIFA/NUMERO DI CONFEZIONI RILEVABILI DAI FLUSSI (DD E CO)

Tale categoria farmaceutica mostra un andamento come riportato nella tabella seguente

AZIENDA DI DISPENSAZIONE	N.ro confezioni Gennaio - Novembre 2024 - Mea attivi (A)*	N.ro confezioni Gennaio - Novembre 2024 - Flusso informativo DD e Consumo Ospedaliero (B)**	Delta Assoluto C = (A-B)	Rapporto D = (A/B)
301 - A.S.L. CITTA' DI TORINO	566	574	-9	98%
203 - A.S.L. TORINO 3	82	82	0	100%
204 - A.S.L. TORINO 4	115	116	-1	99%
205 - A.S.L. TORINO 5	0	0	0	-
206 - A.S.L. VERCELLI	87	87	0	100%
207 - A.S.L. BIELLA	112	112	0	100%
208 - A.S.L. NOVARA	39	39	0	100%
209 - A.S.L. VERBANO-CUSIO-OSSOLA	155	170	-15	91%
210 - A.S.L. CUNEO 1	8	8	0	103%

211 - A.S.L. CUNEO 2	135	133	2	102%
212 - A.S.L. ASTI	135	135	0	100%
213 - A.S.L. ALESSANDRIA	194	208	-14	93%
904 - AZIENDA OSP. S.LUIGI	55	61	-6	90%
905 - AZIENDA OSP. MAGGIORE DELLA CARITA'	172	172	0	100%
906 - AZIENDA OSP. S.CROCE E CARLE	227	219	8	104%
907 - AOU. SS ANTONIO BIAGIO/ARRIGO	147	157	-10	94%
908 – AO ORDINE MAURIZIANO DI TORINO	187	174	13	107%
909 - AOU CSS DI TORINO	650	709	-59	92%
922 - IRCCS - CANDIOLO	0	18	-18	0%
Valore Regionale	3.066	3.175	-108	97%

Il dato è costantemente monitorato.

Si precisa che la differenza è da imputarsi a:

Farmaco Cyramza

- Scarti di lavorazione con conseguente non allineamento tra flusso COFA e AIFA (4,404 fl)
- Per un paziente è stato chiuso il registro di monitoraggio con avvio procedura di rimborso prima della scadenza dei 30 giorni dalla data di pubblicazione in GU (2 fl)
- Un paziente ha iniziato la terapia dopo la chiusura del registro (2,06 fl)
- Un paziente ha indicazione secondo la legge 648/96 che non richiede registro AIFA (1,4 fl)

OBIETTIVO RAGGIUNTO

1.6 POLITICHE DI GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

1.6.1 CORRETTA E COMPLETA ALIMENTAZIONE DEL FLUSSO REGIONALE OPESSAN

Flusso che viene costantemente alimentato su piattaforma.

OBIETTIVO RAGGIUNTO

1.6.2 NUMERO DI ASSUNZIONI A TEMPO INDETERMINATO, OLTRE IL TURNOVER RISPETTO ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2023, DEFINITO IN SEDE DI "OSSERVATORIO PER LE RISORSE UMANE IN SANITÀ" (PRIVILEGIANDO IL POTENZIAMENTO DEI SERVIZI TERRITORIALI PER LE AZIENDE SANITARIE LOCALI).

Al fine di garantire il monitoraggio in tempo reale della dotazione organica grazie al supporto del controllo di gestione è stato predisposto un report con la situazione mensile nell'area dei cruscotti relativi al personale.

La situazione al 31/12/2024 è la seguente:

Osservatorio Codifica	Teste 31/12/2024	Rif 30/06/2023	Delta
01-Medici	432	384	48
02-Odontoiatri e Veterinari	1		1

03-Dirigenza Sanitaria	48	44	4
04-Dirigenza PTA	17	17	0
05-Infermieri	1015	1021	-6
06-Infermieri pediatrici	76	78	-2
07-Ostetriche	23	23	0
08-Tecnico Sanitario di Radiologia Medica	72	65	7
09-Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico	77	70	7
10-Altro personale Tecnico Sanitario	20	18	2
11-Personale Funzioni Riabilitative	69	69	0
12-Personale Vigilanza e Ispezione	1	1	0
13-Operatore Socio-Sanitario	387	356	31
14-Assistente Sociale	2	2	0
15-Comparto - Ruolo Tecnico e Professionale	167	157	10
16-Comparto - Ruolo Amministrativo	229	223	6
Totale	2636	2528	108

Si registra un incremento di 108 unità rispetto al periodo di riferimento (30/06/2023). Il target complessivo per fine anno è stato fissato per AOU AL in 103 unità.

Stante la difficoltà nel reperire infermieri, l'azienda ha adottato cambi organizzativi interni tesi a incrementare l'utilizzo nei reparti di OOSS, come ben si evince dall'andamento dei singoli profili.

OBIETTIVO RAGGIUNTO

1.6.3 FORMAZIONE ICA E MANAGERIALE: NUMERO FORMATI, SUL TOTALE DI PERSONALE DA FORMARE AL 31/12/2024

- Attività di formazione sulla prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere: ai sensi della D.G.R. 1-6675 del 29 marzo 2023, nell'ambito del PNRR – Missione 6, Componente 2, Investimento 2.2 (b), è stato approvato il Piano di formazione sulle infezioni correlate all'assistenza (ICA), finalizzato allo sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del Servizio Sanitario Regionale. In attuazione di quanto previsto dal Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS), AOUAL ha garantito l'erogazione degli interventi formativi, assicurando il raggiungimento degli obiettivi di aggiornamento professionale richiesti dalle indicazioni regionali. Nello specifico, nell'ambito del programma formativo, sono stati formati 989 professionisti sanitari nel Modulo A, di cui 347 anche nei Moduli B+C e 15 del modulo D. Gli operatori formati sono stati inviati secondo le scadenze concordate al Settore competente ed è stato effettuato il caricamento dei dati sulla piattaforma Regis. Tale misura straordinaria ha consentito di uniformare i percorsi di formazione sulle ICA, contribuendo all'adozione di strategie di prevenzione e controllo del rischio infettivo secondo le linee di indirizzo regionali e nazionali, con un impatto rilevante sul miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure
- “Corso di formazione per Manager e Middle Manager del SSN PNR – Sviluppo delle competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali del Personale del Sistema Sanitario – Sub Misura Corso di Formazione Manageriale”: si è conclusa la sedicesima giornata in calendario, il corso riprenderà il giorno 8 gennaio.
 - EDIZIONE 1 39 partecipanti (3 professionisti AOU)
 - EDIZIONE 2 36 partecipanti (3 professionisti AOU)

OBIETTIVO RAGGIUNTO

2 EDILIZIA SANITARIA

2.1 ATTUAZIONE INTERVENTI DELLA PROGRAMMAZIONE REGIONALE E NAZIONALE

2.1.1 N. INTERVENTI CON ATTIVITÀ COMPLETATE NEL 2024/N. INTERVENTI TOTALI PROGRAMMA IN ANNO 2024.

• **Nuovo Blocco Operatorio;** Per il progetto è stato rilasciato dal Comune di Alessandria il PdC n. 93 del 02/07/2024 (Ns. Prot. 17144 del 11/07/2024); Parere positivo con prescrizioni rilasciato dal Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco di Alessandria del 11/10/2023 (Ns. prot. 26013 del 12/10/2023) e Parere favorevole alla fattibilità rilasciato con prescrizioni dal Dipartimento prevenzione della ASL di Alessandria (prot. ASL AL n. 61642/24 del 07/06/2024); L'attività di verifica del progetto definitivo eseguita dalla CONTECO Check S.r.l. si è conclusa con esito positivo come da Rapporto Conclusivo (PEC del 05/09/2024, Ns. prot. ingresso 21383 del 05/09/2024). Il progetto è stato validato dal Responsabile del procedimento in data 19/09/2024 (Ns. prot. 22583 del 20/09/2024) ed approvato con deliberazione del Direttore Generale AOU AL n.533 del 31/10/2024. Con nota Prot. N. 26859 del 06/11/2024, la delibera di approvazione e gli elaborati progettuali sono stati trasmessi a SCR Piemonte S.p.A. per i successivi adempimenti di competenza, definiti nella convenzione sottoscritta in data 26/06/2024 ns. Prot. 16105 del 27/06/2024. Successivamente all'approvazione di Novembre 2024, in data 21 Novembre 2024 si è tenuto, presso la Direzione Generale di AOU AL, un incontro tra i professionisti che hanno curato la progettazione dell'Opera e che cureranno la Direzione dei Lavori e la Società di Committenza Regionale che curerà la selezione dell'Operatore Economico che realizzerà l'Opera così da avere una interpretazione autentica dei documenti progettuali.

• **Miglioramento sismico;** I lavori sono stati avviati a dicembre 2023 ed attualmente sono in corso; si prevede di ultimarli nel secondo trimestre 2026. Ad oggi, previa messa in sicurezza degli impianti esistenti ed eliminazione di quelli non più funzionali, risultano concluse le opere di rinforzo in fondazione che hanno previsto lo sbancamento totale del piano esistente, la realizzazione di una unica piastra in c.a. in grado di collegare i plinti inizialmente isolati e la realizzazione di setti di controvento fondati su pali. Risulta in corso la realizzazione del "vespaio aerato" realizzato con "igloo". Il ringrosso dei pilastri è stato concluso nel piano seminterrato, piano rialzato si stanno disarmando i pilastri gettati, ed al piano primo si stanno realizzando le casseforme per i successivi ringrossi. Su piano rialzato, primo e secondo sono concluse le opere di "antiribaltamento" delle tamponature perimetrali ed è stato anche rimosso il ponteggio realizzato perimetralmente quale contrafforte per contenere la muratura in fase di lavorazione. Al piano secondo sono state concluse tutte le opere di demolizione e ci si appresta ad impostare i nuovi impianti in attesa di giungere alla realizzazione delle opere strutturali.

• Intervento definito <<Lavori di riordino e riqualificazione del complesso ospedaliero "Cesare Arrigo" di Alessandria, stralcio afferente al completamento del lotto 2 - CUP: H32C23000290001>> per il quale è stato approvato con Deliberazione del D.G. n. 587 del 21/12/2023 il progetto di prefattibilità per un importo complessivo di € 9.250.000,00; documentazione trasmessa in Regione con nota prot.32905 del 29.12.2023 [ALLEGATO 2.1.1 E ALLEGATO 2.1.2]

• Realizzazione nuovo ospedale civile: sono state eseguite tutte le operazioni propedeutiche alla conclusione del parere AGENAS su confronto INAIL Vs PPP, nei tempi previsti (ns nota prot. 2593 del 31/01/2024 [ALLEGATO 2.1.3])

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3. SANITÀ DIGITALE

3.1 FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO 2.0

3.1.1 REALIZZAZIONE DELLA FASE 2 DEL FSE 2.0 ATTRAVERSO AGGIORNAMENTO APPLICATIVI REFERTANTI, CONFERIMENTO ALMENO 45% DOCUMENTI, INTEGRAZIONE CARTELLE CLINICHE, AGGIORNAMENTO PROCEDURE AZIENDALI

- adeguamento infrastrutturale delle applicazioni aziendali al FSE 2.0: aggiornamento è stato concluso nei primi mesi del 2024 per tutti gli applicativi refertanti LDO, LIS, RIS e VPS.
- Aggiornamento restanti applicativi (modulo endoscopia e modulo ostetricia e ginecologia): aggiornamenti pressochè ultimati ed in linea con quanto concordato con Regione
- "FSE 2.0 - pianificazione ed adeguamento alle specifiche FSE 2.0 degli applicativi produttori di referti relativi alle prestazioni di Anatomia Patologica: Il piano di attuazione relativo all'accreditamento e all'adeguamento tecnologico dei referti di Anatomia Patologica, generati dall'applicativo Winsap della ditta Engineering, in vista dell'integrazione con il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) 2.0, prevede due fasi così suddivise:
 - Accreditamento: concluso accreditamento dell'applicativo secondo lo standard HL7, per gestione del CDA dei documenti di Anatomia Patologica
 - Delivery: conclusione al 30 Aprile 2025, come da cronoprogramma richiesto.
 - La ditta Engineering, avendo acquisito l'approvazione dell'offerta economica per l'attività, di cui sopra, da parte dell'AOU AL, invierà a stretto giro un cronoprogramma di dettaglio in merito alle attività di rilascio applicativo dell'adeguamento, nel rispetto della scadenza dettata da Regione Piemonte."
- alimentazione dei documenti clinico-sanitari, prodotti con le nuove modalità: alimentazione dell'FSE per i documenti clinico sanitari > 45%; al 100% per RIS, LIS, AP, VPS, LDO. Di seguito la situazione AOU AL aggiornata a luglio (fonte PADDI) relativa alle percentuali di alimentazione FSE

	% REGIONE	% AOU AL
SDO	77,23%	94,93%
VERBALE PS	90,33%	86,48%
REFERTI LAB	99,06%	98,35%
REFERTI RADIOLOGIA	90,70%	76,59%
SPECIALISTICA	51,32%	54,49%
ANATOMIA PAT.	89,44%	99,12%

- consultazione del FSE da parte dei medici specialisti: è stato promosso a livello aziendale, con un incontro di Collegio di Dipartimento allargato, utilizzo della piattaforma FSE, facendo vedere ai medici specialistici come accedere con le credenziali Rugar e come consultare il fascicolo. Inoltre, a fine 2024 sono stati stanziati dei fondi PNRR dalla Regione dedicati alla formazione dei medici specialisti in merito alla corretta firma dei documenti sanitari e alla consultazione del FSE dei pazienti in carico.
L'integrazione della piattaforma FSE con la cartella clinica TrakCare è in fase di rilascio da parte del fornitore dopo l'allineamento tecnico alle nuove specifiche di integrazione rilasciate da CSI

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.2 PIENA OPERATIVITÀ DEL NUOVO NOMENCLATORE DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Nuovo Nomenclatore Tariffario avviato al 30/12/2024 su tutti gli applicativi coinvolti, sulla base delle indicazioni regionali

OBIETTIVO RAGGIUNTO

4. QUALITÀ

4.1 TEMPI DI ATTESA, FLUSSO CUP E FLUSSO C

4.1.1 PRESTAZIONI PRENOTATE CUP 2024/ PRESTAZIONI EROGATE FLUSSO C 2024 (SARANNO ESCLUSE LE PRESTAZIONI PER LE QUALI NON È PREVISTA LA PRENOTAZIONE A CUP, AD ESEMPIO LABORATORIO)

In considerazione del monitoraggio effettuato sui dati disponibili, tenendo conto delle esclusioni previste **si resta in attesa di un monitoraggio regionale al riguardo**, non essendo replicabile detto indicatore con i dati in nostro possesso.

4.2 TEMPI DI ATTESA E RECUPERO PRODUZIONE

4.2.1 NUMERO RICOVERI/DRG PER CLASSI 1,2,3 EROGATI NELL'ANNO 2024 > NUMERO RICOVERI/DRG PER CLASSI 1,2,3 EROGATI NELL'ANNO 2019

Si riporta di seguito tabella dei volumi per classi 1, 2 e 3 di ricovero programmato

Complessità	2019	2024	PM 2019	PM 2024
1	1.855	2.009	3,4	3,53
2	2.909	2.428	1,17	1,21
3	4.020	3.050	1,1	1,13
Totale	8.784	7.487	1,61	1,8

Si registra un aumento della classe 1 DRG chirurgici, più complessi e assorbenti risorse di sala operatoria; tali interventi assumono particolare rilevanza per l'azienda che svolge sempre più ruolo di hub per interventi di alta complessità, a maggior ragione dall'avvenuta trasformazione a far data dal 01/01/2024 in Azienda Ospedaliero Universitaria.

La riduzione di casi riguarda principalmente le seguenti specialità:

- Ortopedia (grave criticità registrata nel 2024 in termini di personale medico). Tale criticità è in fase di superamento a partire da ottobre (nuovo Direttore di Struttura)
- ORL (riduzione interventi di maxillo)
- Oculistica (criticità personale medico)

Si segnala comunque che la produzione chirurgica, nei 12 mesi a confronto, è aumentata, come valore, di circa 2 mln €.

4.2.2 NUMERO PRESTAZIONI PNGLA EROGATE NELL'ANNO 2024 > NUMERO PRESTAZIONI PNGLA EROGATE NELL'ANNO 2019

PRESTAZIONE	2019	2024	DELTA	NOTE
01 Prima Visita cardiologica	2942	3433	491	
02 Prima Visita chirurgia vascolare	1374	1547	173	
03 Prima Visita endocrinologica	1701	2253	552	
04 Prima Visita neurologica	2189	2215	26	
05 Prima Visita oculistica	4190	1868	-2322	Nel 2019 era attivo il "tempo zero". Nel 2024 grave carenza personale medico + attivazione Fast track pronto soccorso, che ha comportato importanti volumi su C2
06 Prima Visita ortopedica	4437	3336	-1101	Nel 2024 grave carenza di medici (situazione risolta a ottobre 2024)
07 Prima Visita ginecologica	709	1058	349	
08 Prima Visita otorinolaringoiatrica	4158	3563	-595	
09 Prima Visita urologica	2648	2110	-538	Nel 2024 grave carenza di medici
10 Prima Visita dermatologica	3023	4012	989	
11 Prima Visita fisiatrica	1076	1410	334	
12 Prima Visita gastroenterologica	1924	1447	-477	Nel 2024 grave carenza di medici
13 Prima Visita oncologica	773	119	-654	Si chiede di sterilizzare il dato: Nel 2024 attività convertita in visite CAS come da indicazioni rete oncologica
14 Prima Visita pneumologica	1810	1490	-320	
15 Mammografia bilaterale	93	460	367	
16 Mammografia monolaterale	11	80	69	
17 TC del torace	695	1261	566	considerare assieme
18 TC del torace senza e con MDC	2562	2287	-275	
19 TC dell'addome superiore	3	13	10	considerare assieme

PRESTAZIONE	2019	2024	DELTA	NOTE
20 TC dell'addome superiore senza e con MDC	56	35	-21	
21 TC dell'addome inferiore	1	13	12	
22 TC dell'addome inferiore senza e con MDC	19	15	-4	
23 TC dell'addome completo	88	265	177	
24 TC dell'addome completo senza e con MDC	2571	2615	44	
25 TC cranio - encefalo	359	745	386	
26 TC TC cranio - encefalo senza e con MDC	627	634	7	
27 TC rachide e speco vertebrale	57	259	202	
30 TC rachide e speco vertebrale senza e con MDC	2	38	36	
33 TC di bacino e articolazioni sacroiliache	28	44	16	
34 RM di encefalo e tronco encefalico	744	410	-334	Sterilizzare a causa chiusura delle due RM nel periodo ottobre - dicembre per sostituzione RM PNRR
35 RM di encefalo e tronco encefalico senza e con MDC	1101	790	-311	Sterilizzare a causa chiusura delle due RM nel periodo ottobre - dicembre per sostituzione RM PNRR
36 RM di addome inferiore e scavo pelvico	15	26	11	
37 RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	208	223	15	
38 RM della colonna in toto	1437	851	-586	Sterilizzare a causa chiusura delle due RM nel periodo ottobre - dicembre per sostituzione RM PNRR
39 RM della colonna in toto senza e con MDC	532	326	-206	Sterilizzare a causa chiusura delle due RM nel periodo ottobre - dicembre per sostituzione RM PNRR
40 Diagnostica ecografica del capo e del collo	1291	2013	722	
41 Ecocolordoppler cardiaca	3245	5343	2098	
42 Ecocolordoppler tronchi sovraortici	1669	1676	7	
43 Ecografia addome superiore	1979	372	-1607	Nel 2019 era attivo l'ambulatorio "fibrosan" con elevati numeri di eco addome inferiore. Tale ambulatorio è stato chiuso a seguito pensionamento medico di riferimento
44 Ecografia addome inferiore	212	211	-1	
45 Ecografia addome completo	2929	2654	-275	
46 Ecografia bilaterale della mammella	514	736	222	
47 Ecografia monolaterale della mammella	33	84	51	
48 Ecografia ostetrica	933	2063	1130	
49 Ecografia ginecologica	13	185	172	

PRESTAZIONE	2019	2024	DELTA	NOTE
50 Ecocolordoppler dei vasi periferici	1672	1401	-271	
51 Colonscopia totale con endoscopio flessibile	902	1073	171	considerare assieme
52 Polipectomia dell'intestino crasso	320	169	-151	
53 Retto sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	74	72	-2	
54 Esofagogastroduodenoscopia	1415	1697	282	
56 Elettrocardiogramma	7500	5515	-1985	Sterilizzare: nel 2024 molti ECG vengo effettuati con visita cardio. Si sottolinea che per ECG in azienda vengono svolti in accesso diretto
57 Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	1160	1376	216	
60 Esame audiometrico tonale	1450	1586	136	
61 Spirometria semplice	1728	2428	700	
62 Spirometria globale	966	1065	99	
63 Fotografia del fundus	32	93	61	
64 Elettromiografia	1639	1952	313	
Totale complessivo	75839	75015	-824	

Si richiedeva un aumento nell'anno 2024 per almeno il 90% di ognuna delle singole prestazioni, la situazione per AOU AL a dicembre è sintetizzabile come segue:

Totale prestazioni erogate:	57	
Prestazioni > 2019	42	(conteggiando anche quelle da considerare unitamente ad altre prestazioni simili ES TC addome superiore, inferiore, completo)
Prestazioni da sterilizzare	6	(RM, oggetto di sostituzione, prima visita oncologica ed ECG)
Prestazioni < 2019 per gravi carenze di personale	4	(visita ortopedica, urologica, gastroenterologica, eco addome inferiore)

Si segnala altresì, oltre alle criticità sotto riportate, che per alcune prestazioni si reputa opportuno un conteggio "cumulativo": ad esempio TC addome con contrasto e TC addome senza contrasto, poiché in questi casi risulta difficile programmare l'attività separatamente. Inoltre, molte prestazioni sono sostanzialmente allineate ai valori 2019 (differenze minime)

Si segnala infine che complessivamente il totale delle prestazioni erogate nel 2024 è pari al 99% del 2019.

In riferimento ai monitoraggi mensili pubblicati su PADDI e relativi all'andamento AOU AL su erogazione prestazioni ambulatoriali PNGLA rispetto al piano operativo di cui alla DD n. 395 del 12/06/2024, si evidenzia il raggiungimento degli obiettivi richiesti [ALLEGATO 4.2.2 – DETTAGLIO PER SINGOLA PRESTAZIONE]

PRESTAZIONE	2019	2023	2024 Piano Aziendale	prod 2024	diff
Totale prestazioni AOU AL	73.384	56.853	72.400	72.965	565

Si segnala inoltre:

1. **Elettromiografia:** la Neurologia dell'AOU di Alessandria non eroga l'elettromiografia semplice (cod. 93.08.1) da diversi anni, in quanto ritenuta non rispondente alle esigenze diagnostiche; dall'anno 2018 viene richiesto ai MMG la prescrizione dello studio elettromiografico arto superiore (cod. 93.08.A) e dell'arto inferiore (cod. 93.08.B) poiché tali prestazioni contengono fino a 11 segmenti e quindi sostitutive della sola elettromiografia più singoli segmenti.
2. **Risonanze Magnetiche:** in adempimento al PNRR questa AOU nella seconda metà dell'anno ha effettuato la sostituzione delle due RM e di una delle due TC; pertanto per gli utenti esterni a far data dal 25 agosto e fino a fine anno è stata sensibilmente ridotta l'erogazione di RM per esterni: in tale periodo, era operativa una sola RM, destinata ai pazienti ricoverati ed alle urgenze provenienti da DEA.
3. **TC:** l'intervento di cui sopra ha visto anche la sostituzione di una TC nel mese di novembre. Nel periodo di sostituzione si è provveduto ad attivare una TC mobile, in modo da non penalizzare la produzione per esterni.
4. **Fotografia del fundus:** i volumi programmati di tale prestazione sono stati calcolati in funzione dell'acquisto di un retinografo per l'endocrinologia con sw di lettura, da utilizzare per lo screening e follow up dei pazienti diabetici; tale apparecchiatura si è resa disponibile solo da fine ottobre e pertanto tale obiettivo deve essere rimodulato.
5. **Prima visita oculistica:** nel 2019 era attivo un accesso diretto per le prime visite. Tale offerta non è stata più riproposta dal 2020, per carenza di personale e perchè aveva alcune criticità. A partire dal 2023 è stato attivato il fast track oculistico, per dare risposta immediata agli accessi oculistici in PS. Ciò ha comportato un numero importante di visite oculistiche che però seguono il tracciato C2 e non rientrano tra le PNGLA
6. **Prima visita ORL e ginecologica:** valgono le stesse considerazioni di cui sopra relative all'attivazione dei percorsi fast trak che hanno comportato un aumento considerevole di visite effettuate con tale modalità.
7. **ECG:** sono cambiate le modalità di erogazione della prestazione, ora in massima parte offerta assieme alla visita cardiologica e non più rilevata a parte.

OBIETTIVO TENDENZIALMENTE RAGGIUNTO

4.3 RECUPERO MOBILITÀ PASSIVA

4.3.1 RIDUZIONE DELLA MOBILITÀ PASSIVA EXTRA-REGIONE PER AREA, PREVIA ADOZIONE DEI PIANI COME DA COMUNICAZIONE "ANALISI E MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI DELLA MOBILITÀ SANITARIA" RELATIVAMENTE AI PRIMI 15 DRG A MAGGIOR INCIDENZA DI FUGA PER QUANTITÀ (PERIODO DI RIFERIMENTO ANNO 2022).

Pur non essendo ad oggi disponibili i dati di mobilità passiva, si riepilogano di seguito le numerose azioni messe in atto dall'Area Piemonte SUD, realizzate anche attraverso numerosi incontri di aggiornamento.

1. Istituzione tavolo con ASR di quadrante, teso ad individuare azioni comuni per ridurre il fenomeno della mobilità passiva.

2. Approfondita analisi dei processi di mobilità sanitaria di area (prot. ASL CN2 0014190 del 29/02/2024) **[ALLEGATO 4.3.1]**
3. predisposizione delle schede operative di sintesi per il miglioramento della mobilità sanitaria per ricoveri (prot. AOU 16207 del 01/07/2024) Scheda ASL AL + AOU AL inviata con prot. ASL AL 0072236/24 del 04/07/2024 **[ALLEGATO 4.3.2]**
4. Incontro con Regione Piemonte in data 01/08/2024 per approfondire contenuti delle schede
5. Relazione AREA SUD su applicazione DGR 35-8651 del 27/05/2024 (prot. ASL CN2 47487 del 08/07/2024) **[ALLEGATO 4.3.3]**
6. Incontro di audit area sud tenutosi in data 17/09/2024 (nota prot. ASL CN2 66734 del 02/10/2024 **[ALLEGATO 4.3.4]**), con predisposizione di PSDTA interaziendale per i pazienti affetti da obesità grave, predisposto ed applicato da ASL CN1 e ASL CN” e condiviso con tutte le ASR del quadrante.
7. Incontro di audit tenutosi in data 04/12/2024 (mail ASL CN2 del 02/12/2025) con predisposizione procedura per l’Analisi e la Prioritizzazione dei controlli **[ALLEGATO 4.3.5]** trasmesso in Regione con nota ASL CN2 prot 6803 del 31/01/2025
8. Aree di intervento individuate:
 - a. Chirurgia bariatrica
 - b. Ostetricia e ginecologica
 - c. Riabilitazione
 - d. Cardiocirurgia
9. Predisposizione di un progetto AOU AL teso al potenziamento dell’attività del presidio riabilitativo Borsalino, presentato in Regione in data 02/12/2024 (ns protocollo 29474) **[ALLEGATO 4.3.6 E ALLEGATO 4.3.7]**
10. Potenziamento dell’attività ortopedica AOU AL, anche grazie ad un accordo con ASL AL per centralizzare ed efficientare l’attività chirurgica (NS delibera 529 del 15/10/2024 e n. 536 del 15/10/2024)
11. Progetto di sperimentazione gestionale per chirurgia pediatrica, con correlato piano di incremento mobilità attiva extra regionale (inviato in regione in data 09/12/2024, ns prot. 30196) **[ALLEGATO 4.3.8]**

OBIETTIVO RAGGIUNTO

4.4 MONITORAGGIO E GARANZIA LEA - SISTEMA NSG

4.4.2 RAGGIUNGIMENTO TARGET INDICATORI NGS AREA OSPEDALIERA DEFINITI DAL PROVVEDIMENTO

Si riportano di seguito i dati forniti da ASL AL per il territorio:

Codice	Indicatore	Anno 2019			Anno 2023			Anno 2024		
		N	Pop/De n	Tasso/per c.	N	Pop/De n	Tasso/per c.	N	Pop/De n	Tasso/per c.
	Distrettuale									
D03C	Tasso di ospedalizzazione (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco.	1.965	373.223	526	1.320	362.440	364	1.158	363.302	319
D04C	Tasso di ospedalizzazione (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	33	58.445	56	18	54.975	33	11	54.454	20

Codice	Indicatore										
		Anno 2019			Anno 2023			Anno 2024			
	Distrettuale	N	Pop/De n	Tasso/per c.	N	Pop/De n	Tasso/per c.	N	Pop/De n	Tasso/per c.	
D09Z	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	-	-	-	-	-	21	-	-	22	
D10Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B.	3.113	4.846	64	10.036	11.203	90	11.717	12.467	94	
D14C	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici	2.109.789	431.668	4.888	1.893.720	417.415	4.537	1.923.411	417.756	4.604	
D22Z	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)	CIA 1	2.412	431.668	6	2.803	417.415	7	2.774	417.756	7
		CIA 2	1.400	431.668	3	1.307	417.415	3	1.277	417.756	3
		CIA 3	1.269	431.668	3	1.328	417.415	3	1.105	417.756	3
D27C	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	70	839	8	31	599	5	35	596	6	
D30Z	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	261	1.705	15	663	1.619	41	683	1.619	42	
D33Za	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura R1 R2 R3)	R1	157	64.762	2	3	63.578	0	1	64.236	0
		R2	1.048	64.762	16	1.153	63.578	18	1.146	64.236	18
		R3	1.415	64.762	22	1.601	63.578	25	1.549	64.236	24
	Ospedaliera										
H01Z	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) in rapporto alla popolazione residente	56.917	431.668	132	50.931	417.415	122	51.260	417.756	123	
H02Z*	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi annui.	257	390	66	360	411	88	346	383	90	
H04Z	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately (Allegato B Patto per la Salute 2010- 2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario	3.889	36.337	0,11	2.830	32.557	0,09	2.827	32.359	0,09	
H05Z	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	324	419	77	295	361	82	310	368	84	

Codice	Indicatore									
		Anno 2019			Anno 2023			Anno 2024		
	Distrettuale	N	Pop/De n	Tasso/per c.	N	Pop/De n	Tasso/per c.	N	Pop/De n	Tasso/per c.
H13C	Percentuale di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	409	718	57	408	645	63	333	488	68
H17C	Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti	158	735	21	150	640	23	258	1.366	19
H18C	Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con ≥ 1.000 parti	201	1.032	19	191	963	20	30	148	20

In data 23/12/2024 si è tenuta apposita riunione congiunta con ASL AL per analizzare i dati del monitoraggio NSG; il verbale è qui allegato [\[ALLEGATO 4.4.1\]](#)

Si riportano di seguito alcuni degli indicatori di area ospedaliera misurati per l'AOU di Alessandria

Obiettivo	2024	2023
H02Z PROPORZIONE INTERVENTI PER TUMORE MALIGNO DELLA MAMMELLA	170	151
H04Z RAPPORTO TRA RICOVERI LEA E NON LEA	0,09	0,09
H05Z PROPORZIONE COLECISTECTOMIE LAPARO CON DEGENZA <3 GIORNI	79,63	41,98
H13C PERCENTUALE PAZIENTI CON FRATTURA DI FEMORE OPERATI ENTRO 2gg	63,21	59,78
H18C PROPORZIONE PARTI CESAREI PRIMARI	16,63	19,62

I dati evidenziano un miglioramento rispetto all'annualità precedente; la SC ortopedia ha registrato nella prima metà del 2024 una situazione di grave carenza di organico, e ciò ha influito pesantemente anche sul raggiungimento dell'obiettivo della frattura del femore. A partire dal mese di ottobre tali criticità sono state superate, ed è in corso, anche in collaborazione con ASL AL, un progetto di pronto intervento in caso di frattura del femore con stipula di apposita convenzione. Si segnala che da ottobre la % è salita al 70%.

4.5 TEMPESTIVITA' NELL'EFFETTUAZIONE DI PTCA NEI CASI DI IMA STEMI

4.5.1 NUMERO DI EPISODI DI STEMI IN CUI IL PAZIENTE ABBA ESEGUITO UNA PTCA ENTRO NOVANTA MINUTI/NUMERO DI EPISODI DI STEMI

Su obiettivo >60% si riscontra un valore di 69,87%

OBIETTIVO RAGGIUNTO

4.6 DONAZIONI D'ORGANO

4.6.1 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

Su obiettivo >40% si riscontra un valore di 73%

OBIETTIVO RAGGIUNTO

4.6.2 OPPOSIZIONI ALLA DONAZIONE DI ORGANI NEI REPARTI DI RIANIMAZIONE AFFERENTI AL PO/SEGNALAZIONI DI MORTE ENCEFALICA NEI REPARTI DI RIANIMAZIONE AFFERENTI AL PO SENZA VOLONTÀ PRESENTATA NEL SIT

Su obiettivo <=33% si riscontra un valore di 41%

4.6.3 N° DONAZIONI DI CORNEA OBIETTIVO NEL 2023/TOTALE DECESSI OSPEDALIERI DEL 2022 FRA I 5 E I 78 ANNI COMPRESI

Sono richiesti 43 donazioni di cornee, il dato registrato a dicembre è di 40

4.7 PROGRAMMA REGIONALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E LA SICUREZZA DEL PAZIENTE

L'obiettivo prevede come indicatore l'adempimento da parte delle Asr del debito informativo nei termini di cui al DM 43079 dell'11.12.2009 secondo gli indicatori di cui alla DGR 7-8279/2024/XI dell'11/3/2024.

I dati presenti sull'applicativo SIMES dei sinistri RCT 2024 evidenzia la puntuale alimentazione del flusso SIMES; con specifico riferimento allo stato delle riserve, si rappresenta che lo stesso viene alimentato in tempo reale al verificarsi di eventi che ne giustifichino l'aggiornamento (valutazioni medico legali, pareri del CGS, stato di avanzamento del contenzioso ecc.).

Con nota prot. 2819 del 29/01/2025 "DGR n. 7/8279/2024 – Obiettivo 4.7 – Programma regionale per la gestione del rischio clinico e della sicurezza del paziente - Azione 9 – Politiche di Empowerment" – Trasmissione documentazione" **[ALLEGATO 4.7.1]** è stata trasmessa la documentazione seguente:

- Valutazione delle buone prassi di empowerment e umanizzazione **[ALLEGATO 4.7.2]**
- Sottoscrizione positiva Cittadinanzattiva **[ALLEGATO 4.7.3]**
- Check list di riferimento sottoscritta **[ALLEGATO 4.7.5]**
- Diario di bordo SOTTOSCRITTO **[ALLEGATO 4.7.6]**
- Piano di miglioramento sottoscritto da Cittadinanzattiva **[ALLEGATO 4.7.4]**

Con nota prot. 3094 del 31/01/2025 si è provveduto a rendicontare in merito alle azioni da 1 a 8 **[ALLEGATO 4.7.7]** con i seguenti documenti

- Monitoraggio azione 1 **[ALLEGATO 4.7.8]**
- Relazione annuale eventi avversi **[ALLEGATO 4.7.9]**
- Monitoraggio cadute **[ALLEGATO 4.7.10]**
- Monitoraggio Sinistri **[ALLEGATO 4.7.11]**
- Rischio infettivo e rischio clinico **[ALLEGATO 4.7.12]**
- Contenzioni **[ALLEGATO 4_7_13]**
- Percorso paziente in PS **[ALLEGATO 4_7_14]**
- Check list criteri sistemi di qualità **[ALLEGATO 4_7_15]**
- Check list sicurezza ambulatoriale **[ALLEGATO 4_7_16]**

OBIETTIVO RAGGIUNTO

5 PREVENZIONE

5.1 ATTUAZIONE PIANO DI RECUPERO DELLE PRESTAZIONI DI SCREENING ONCOLOGICI

Si espongono di seguito i dati così come forniti dall'ASL AL

Nome indicatore	Valore atteso	Valore minimo	Valore osservato al 31/12/2024
<p>Copertura da inviti</p> <p>Numero di persone invitate ad effettuare il test di screening per il tumore della mammella+ adesioni spontanee/popolazione bersaglio annuale</p>	100%	97%	Programma 6 108%
<p>Copertura da esami</p> <p>Numero di persone sottoposte al test di screening del tumore della mammella incluse le adesioni spontanee/popolazione bersaglio annuale</p>	63%	60%	Programma 6 73%
<p>Copertura da inviti</p> <p>Numero di persone invitate ad effettuare il test di screening per il tumore della cervice uterina+ adesioni spontanee/popolazione bersaglio annuale</p>	100%	97%	Programma 6 116%
<p>Copertura da esami</p> <p>Numero di persone sottoposte al test di screening del tumore della cervice uterina incluse le adesioni spontanee/ popolazione bersaglio annuale</p>	52%	49%	Programma 6 56%
<p>Copertura da inviti</p> <p>Numero di persone invitate ad effettuare il test di screening per il tumore del colon-retto+ adesioni spontanee/popolazione bersaglio annuale</p>	100%	97%	Programma 6 155%
<p>Copertura da esami</p> <p>Numero di persone sottoposte al test di screening del tumore del colon-retto incluse le adesioni spontanee/popolazione bersaglio annuale</p>	53%	50%	Programma 6: 51%

Screening mammografico

L'obiettivo della copertura da inviti della popolazione della provincia di Alessandria e della provincia di Asti (Programma 6: ASL AL, AOU AL e ASL AT) è stato raggiunto.

L'obiettivo della copertura da esami della stessa popolazione è stato raggiunto. Il programma 6 ha raggiunto il 73% della copertura da esami e la media regionale è stata del 54,3%.

Screening cervico-vaginale

L'obiettivo della copertura da inviti della popolazione della provincia di Alessandria e della provincia di Asti (Programma 6: ASL AL, AOU AL e ASL AT) è stato raggiunto.

L'obiettivo della copertura da esami della stessa popolazione è stato raggiunto. Il programma 6 ha raggiunto il 56 % della copertura da esami e la media regionale è stata del 42%.

La copertura da esami è stata inferiore rispetto all'anno 2023 perché quest'anno la popolazione invitata era più numerosa e con un numero più elevato di donne non aderenti allo screening rispetto all'anno 2023.

Screening colo-rettale

L'obiettivo della copertura da inviti della popolazione della provincia di Alessandria e della provincia di Asti (Programma 6: ASL AL, AOU AL e ASL AT) è stato raggiunto.

L'obiettivo della copertura da esami della stessa popolazione è stato raggiunto. Il programma 6 ha raggiunto il 51 % della copertura da esami e la media regionale è stata del 39 %.

Nell'ultimo trimestre dell'anno 2024, in accordo con il coordinamento regionale, è stata invitata una quota aggiuntiva di popolazione rispetto alla popolazione bersaglio annuale dell'ASL AL per ristabilire una corretta numerosità di popolazione da invitare negli anni successivi.

OBIETTIVO RAGGIUNTO

5.2 CONTRASTO ALL'ANTIMICROBICO RESISTENZA

5.2.1 RIDUZIONE DEL CONSUMO (DDD/100 GIORNATE DI DEGENZA) DI CARBAPENEMI (FONTE ESAC)

Cod- Desc Azienda Competenza	DDD - 2022 (A)	DDD Gennaio - Novembre 2024 (B)	Giornate di degenza - 2022 (C)	Giornate di degenza Gennaio - Novembre 2024 (D)	DDD/100 giornate di degenza 2022 E = (A/C) x100	DDD/100 giornate di degenza Gennaio - Novembre 2024 F = (B/D) x100	Valore Target Riduzione e >= 4% del valore 2022 (G)	Variatione assoluta rispetto al Valore Target 2022 H=(F-G)	Variatione percentual e rispetto al Valore Target 2022
301 - A.S.L. CITTA' DI TORINO	18.066	15.851	301.910	284.428	5,98	5,57	5,74	-0,17	-2,99%
203 - A.S.L. TORINO 3	8.586	9.093	174.981	155.032	4,91	5,87	4,71	1,15	24,50%
204 - A.S.L. TORINO 4	9.627	9.063	258.882	245.980	3,72	3,68	3,57	0,11	3,20%
205 - A.S.L. TORINO 5	2.791	2.222	116.991	106.731	2,39	2,08	2,29	-0,21	-9,11%
206 - A.S.L. VERCELLI	3.409	2.857	85.355	74.944	3,99	3,81	3,83	-0,02	-0,57%
207 - A.S.L. BIELLA	2.857	1.933	126.818	108.715	2,25	1,78	2,16	-0,38	-17,79%
208 - A.S.L. NOVARA	1.466	1.583	52.608	48.679	2,79	3,25	2,67	0,58	21,54%
209 - A.S.L. VERBANO-CUSIO-OSSOLA	2.183	1.905	93.885	63.932	2,33	2,98	2,23	0,75	33,47%
210 - A.S.L. CUNEO 1	4.338	4.467	142.364	145.594	3,05	3,07	2,93	0,14	4,87%
211 - A.S.L. CUNEO 2	3.200	1.702	85.885	81.309	3,73	2,09	3,58	-1,48	-41,46%

212 - A.S.L. ASTI	7.641	4.853	132.886	122.127	5,75	3,97	5,52	-1,55	-28,00%
213 - A.S.L. ALESSANDRIA	7.961	6.268	144.886	134.345	5,49	4,67	5,27	-0,61	-11,55%
904 - AZIENDA OSP. S.LUIGI	8.286	6.211	124.241	112.178	6,67	5,54	6,40	-0,87	-13,53%
905 - AZIENDA OSP. MAGGIORE DELLA CARITA'	9.957	11.157	178.286	166.583	5,58	6,70	5,36	1,34	24,93%
906 - AZIENDA OSP. S.CROCE E CARLE	5.317	3.355	171.866	163.816	3,09	2,05	2,97	-0,92	-31,03%
907 - AZIENDA OSP. S.ANTONIO BIAGIO/ARRIGO	7.808	7.381	193.283	172.978	4,04	4,27	3,88	0,39	10,02%
908 - AZIENDA OSP. ORDINE MAURIZIANO DI TORINO	4.780	4.725	146.068	130.189	3,27	3,63	3,14	0,49	15,52%
909 - AZIENDA OSP. CITTA DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO	22.675	23.616	522.984	473.931	4,34	4,98	4,16	0,82	19,72%
TOTALE	130.949	118.242	3.054.179	2.791.491	4,29	4,24	4,12	0,12	2,91%

A partire dal 2023 si è riscontrato un significativo aumento delle infezioni causate da ceppi di klebsiella pneumoniae resistenti sia a piperacillina tazobactam che a cefalosporine; ciò ha comportato un aumentato utilizzo di carbapenemi anziché ricorrere ad antibiotici a costo maggiore.

L'aumento di infezioni severe come shock settico e ascessi cerebrali ha richiesto posologie doppie rispetto alla dose standard e durate prolungate. A titolo esemplificativo paziente degente presso presidio Borsalino trattato per circa tre mesi con meropenem 2 grammi ogni otto ore per ascesso cerebrale.

Si precisa che tutte le prescrizioni di antibiotici watch e reserve sono di esclusiva prescrizione infettivologica. Il gruppo interaziendale di antibiotic stewardship ne monitora costantemente l'impiego, raffronta i dati di consumo tra reparti, controlla le cartelle cliniche e pianifica audit con i clinici.

5.2.2 RIDUZIONE DEL CONSUMO (DDD/100 GIORNATE DI DEGENZA) DI FLUOROCHINOLONI (FONTE ESAC)

Cod- Desc Azienda Competenza	DDD - 2022 (A)	DDD Gennaio - Novembre 2024 (B)	Giornate di degenza - 2022 (C)	Giornate di degenza Gennaio - Novembre 2024 (D)	DDD/100 giornate di degenza 2022 E = (A/C) x100	DDD/100 giornate di degenza Gennaio - Novembre 2024 F = (B/D) x100	Valore Target Riduzione $\geq 4\%$ del valore 2022 (G)	Variazione assoluta rispetto al Valore Target 2022 H=(F-G)	Variazione percentuale rispetto al Valore Target 2022
907 - AZIENDA OSP. S.ANTONIO BIAGIO/ARRIGO	4.863	3.396	193.283	172.978	2,52	1,96	2,42	-0,45	-18,73%
TOTALE	193.139	155.255	3.054.179	2.791.491	6,32	5,56	6,07	-0,51	-8,39%

OBIETTIVO RAGGIUNTO

6. AZIENDA ZERO

6.2 MIGLIORAMENTO NELLA GESTIONE E MISURAZIONE DEL BOARDING

6.2.1 TEMPO MEDIO DI PERMANENZA IN PS: (DATA/ORA DI DIMISSIONE DAL PS – DATA/ORA DI ACCESSO AL PS) / N° DI ACCESSI IN PS

Obiettivo richiesto ≤ 6 si registra un valore di 6,8 (53% delle dimissioni avviene entro le 6 ore)

L'azienda ha implementato nel corso del 2024 una serie di azioni volte al miglioramento dei tempi di attraversamento del paziente, che hanno evidenziato un miglioramento degli indici nella seconda parte dell'anno; tra le azioni implementate per la fase di throughput e di output:

Le azioni sui processi *throughput* intraprese a partire dal 2023 sono così sintetizzabili:

- Azioni per ridurre il tempo non a valore per il paziente: è stata adottata l'**anticipazione infermieristica** con l'ampliamento delle funzioni dell'infermiere di processo/flussista e dell'infermiere fuori sala assegnando parte delle attività di diagnostica e di rivalutazione su un protocollo definito. Il campo di applicazione è esteso a 8 sintomi definiti dal protocollo per cui viene effettuata la presa in carico infermieristica post triage;
- Azioni di efficientamento della presa in carico del paziente: è stata introdotta l'**accettazione amministrativa** pre-triage in PS per tutti i pazienti in ingresso (esclusi i codici rossi) per la raccolta e verifica dei dati anagrafici da parte di uno sportello amministrativo consentendo un più corretto inserimento delle anagrafiche a sistema e aumentando la percezione di immediata presa in carico del paziente, sollevando il personale di triage da attività delegabile, potendo così misurare il tempo di presa in carico a triage;
- Riduzione del tempo di presa in carico dei pazienti: è stato **creato un ambulatorio** dedicato ai pazienti a **media intensità** (Codici 3/ azzurri) che, secondo il modello di simulazione dinamica del PS, sono risultati essere quelli maggiormente correlati al sovraffollamento.

Le azioni sui processi *output* intraprese a partire dal 2023 sono così sintetizzabili:

- **MODELLO ORGANIZZATIVO EFFICACE E GOVERNO DEL PROCESSO SUL CAMPO:**
- è stato costruito un "**Decalogo delle Dimissioni**" in Area Medica con le buone pratiche da adottare sul campo:
 1. determinare i bisogni specifici dei pazienti fin dall'ingresso;
 2. utilizzare apposite schede e check list per individuare tempestivamente i bisogni dei pazienti alla dimissione;
 3. sviluppare un Piano di gestione clinica per Paziente entro 24 ore dall'ingresso per i ricoveri programmati - 48 ore per i ricoveri urgenti;
 4. prevedere e indicare sull'applicativo aziendale la data presunta di dimissione;
 5. Riesaminare giornalmente il Piano di gestione clinica del Paziente
 6. Coinvolgere il paziente e i familiari per prendere decisioni informate sull'assistenza
 7. Prevedere dimissioni sabato e domenica
 8. Aumentare le dimissioni entro le 14.00
 9. Utilizzare apposita check-list di dimissione;
 10. Gestione delle attività propedeutiche alle dimissioni (effettuare tempestivamente le richieste per esami, consulenze, ausili necessari alle dimissioni; preparazione delle lettere di dimissioni il giorno precedente; attivazione precoce della continuità assistenziale; richieste tempestive dei mezzi per il trasporto del paziente; tempestiva rimozione del catetere);
- svolgimento di **incontri mirati coi reparti** per analizzare i fattori impedenti/rallentanti le dimissioni e riunioni settimanali con i reparti sui "ricoveri lunghi" (*bed blocker*). Le analisi sono state effettuate confrontando il 2019 col 2021 e sono stati definiti una serie di obiettivi, ricompresi nel piano strategico aziendale, assegnati alle strutture coinvolte nelle schede di budget (in particolare di Area Medica). I reparti sono stati dunque supportati con analisi settimanali dei dati e implementazione di azioni di miglioramento e avviato il **GIC internistico** per analizzare i casi complessi e multidisciplinari.
- - **DIGITALIZZAZIONE DEL PERCORSO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE:** l'attivazione e la presa in carico dei percorsi di continuità assistenziale a conclusione dei percorsi clinici è uno dei fattori organizzativi che può

impattare sull'allungamento della degenza media. Si è ritenuto quindi essenziale attivare percorsi e strumenti condivisi tra l'AOU e l'Azienda Sanitaria Locale AL (ASL AL) per efficientare la transizione ospedale-territorio dei pazienti con bisogni sociosanitari elevati. Le tappe del percorso sono state: la revisione del processo di continuità assistenziale, l'implementazione di un software sperimentale per la gestione dell'interfaccia con l'ASL AL; la completa digitalizzazione del percorso e il monitoraggio del processo.

- - **DIGITALIZZAZIONE DEI TRASPORTI OSPEDALIERI:** è attualmente in corso lo sviluppo, analogamente al percorso di continuità assistenziale, di un progetto di digitalizzazione dei trasporti ospedalieri (ambulanze) necessari all'esecuzione di visite, esami e trasferimenti presso centri di riabilitazione dei pazienti ricoverati per efficientare il percorso. Il prototipo dell'applicativo sarà pronto entro il primo semestre 2025.

Per monitorare gli obiettivi prefissati l'AOU ha sviluppato un sistema di monitoraggio che include:

- **SISTEMI DATA DRIVEN:** è stato implementato il già evoluto cruscotto della piattaforma di Business Intelligence aziendale per il monitoraggio in tempo reale dei dati relativi al governo dei percorsi di urgenza/emergenza e della risorsa Posto Letto, della Pianificazione Livellata delle Dimissioni e delle relative azioni proattive e reattive sui fattori "rallentanti" il percorso del paziente. L'area dedicata al **monitoraggio del posto letto** sulla piattaforma è uno strumento di supporto alle funzioni di bed management;
- **AVVIO SVILUPPO NUOVI INDICATORI** di appropriatezza dell'utilizzo delle risorse (appropriatezza del ricovero, delle terapie, della gestione clinica, della gestione infermieristica) e inserimento di indicatori di monitoraggio dei fattori cinetici e clinico-organizzativi all'interno degli obiettivi di budget (dal 2022) assegnati alle strutture (Strategy Prioritisation);
- Da questo lavoro di analisi, definizione di specifici obiettivi e monitoraggio dei risultati è stato prodotto dall'AOU un documento con valenza regolamentare all'interno dell'Azienda: il **Piano di Gestione del Sovraffollamento del PS (PGS) – Pianificazione Livellata delle Dimissioni (PLD)**. Tale regolamento è stato adottato con lo scopo di identificare e definire interventi proattivi, tra cui un debito fisso di posti letto da garantire giornalmente ai ricoveri da PS, e reattivi, in relazione all'andamento dell'indice di sovraffollamento (NEDOCS aziendale), per far fronte all'overcrowding e al boarding prolungato e garantire risposte e interventi tempestivi, adeguati e ottimali ai pazienti giunti in ospedale in modo non programmato. La progettazione, il controllo e il monitoraggio del piano aziendale di sovraffollamento e dei ricoveri in area di degenza si sviluppa su due livelli e a tal fine è stata prevista la costituzione di un **Gruppo Tecnico Permanente (G.T.P.)**

Pur non avendo perfettamente raggiunto in termini puramente numerici l'obiettivo, si chiede di valutare positivamente lo sforzo messo in campo dall'azienda per affrontare, gestire e migliorare il problema dell'affollamento del PS.

MC

Il Direttore Generale

Valter Alpe