RELAZIONE SUL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI ECONOMICO-GESTIONALI, DI SALUTE E DI FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI

ANNO 2024

D.G.R. N. 7-8279 dell'11 marzo 2024

PREMESSA

Con D.G.R. n. 7-8279 dell'11 marzo 2024 sono stati assegnati ai direttori generali/commissari delle AA.SS.RR. gli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi relativamente all'anno 2024.

Le azioni programmate ed effettuate per il raggiungimento degli obiettivi, relazionate nel presente documento, hanno coinvolto tutti i livelli aziendali attraverso il processo di budget e l'assegnazione degli obiettivi per l'anno 2024 alle strutture competenti.

Gli obiettivi assegnati con la D.G.R. n. 7-8279 dell'11 marzo 2024 sono articolati nelle seguenti aree, eventualmente suddivisi in ulteriori sub-obiettivi, come dettagliato nella relazione che segue:

AREA 1	Governo dei fattori produttivi
AREA 2	Edilizia sanitaria
AREA 3	Sanità digitale
AREA 4	Qualità
AREA 5	Prevenzione
AREA 6	Obiettivi Azienda Zero
AREA 7	Obiettivi AO Regina Margherita

OBIETTIVO SPECIFICO CON CARATTERE DI LATERALITA'	*Rispetto dei tempi di pagamento ex art. 1 comma 865 Legge 145/2018*

TABELLA RIASSUNTIVA

AREA	OBIETTIVO GENERALE	P.TI	Sub	OBIETTIVO SPECIFICO / INDICATORE
1. GOVERNO DEI FATTORI PRODUTTIVI	1.1 BILANCIO	13	1.1.1.	Pianificazione degli obiettivi di efficientamento aziendale che tenga conto degli obiettivi strategici richiamati nel presente atto e rendicontazione aziendale con cadenza trimestrale - Attuazione della procedura regionale dei crediti e dei ricavi
			1.1.2	Riconduzione dei Costi aziendali 2024 (modelli NSIS) e delle attività sanitarie relative alla produzione sanitaria dei presidi ospedalieri a gestione diretta, dei presidi territoriali al consuntivato 2019 o altriobiettivi target concordati con la Direzione sanità entro il 30 settembre 2024
			1.1.3	Attuazione delle azioni approvate nel piano delle attività 2024, nel rispetto della programmazione economico-finanziaria definita dai provvedimenti di giunta regionale
	1.2 APPROPRIETEZZA PRESCRITTIVA - IMMUNOGLOBULINE	5	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.
			1.2.2	N° grammi per IG 2024 /n° grammi per IG 2023
	1.3 APPROPRIETEZZA PRESCRITTIVA - OSSIGENO	5	1.3.1	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.
			1.3.2	Quantità per acquisti diretti per gas medicinali Regionale Totale 2024/ Quantità per acquisti diretti per gas medicinali Regionale Totale 2023
	1.4 APPROPRIETEZZA PRESCRITTIVA - ACQUISTI DIRETTI	5	1.4.1	Definizione e sviluppo di azioni finalizzate a promuovere l'ottimizzazione dell'utilizzo, l'appropriatezza prescrittiva e lasostenibilità economica attraverso l'istituzione di un tavolo di lavoro ASL/AO/AOU, coordinato da AZIENDA ZERO.
			1.4.2	Spesa anno 2024 su spesa anno 2023 per ciascuna categoria terapeutica individuata e per ciascuna ASR
	1.5 ALLINEAMENTO REGISTRI AIFA E FLUSSI	3	1.5.1	Per farmaci innovativi al registro di monitoraggio AIFA - Numero di confezioni a Registro AIFA/numero confezioni rilevabili dai flussi (DD e file F)
			1.5.2	Per farmaci al registro di monitoraggio AIFA con MEA attivo e con tutte le indicazioni rimborsate sottoposte a registro - Numero di confezioni a Registro AIFA/numero confezioni rilevabili dai flussi (DD e CO)
	1.6 POLITICHE DI GESTIONE DELLE RISORSE UMANE	6	1.6.1	Corretta e completa alimentazione del flusso regionale OPESSAN
			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 deiservizi territoriali per le Aziende Sanitarie Locali).
			1.6.3	Formazione ICA e Manageriale: Numero formati, sul totale di personale da formare al 31/12/2024

AREA	OBIETTIVO GENERALE	P.TI	Sub	OBIETTIVO SPECIFICO / INDICATORE
2. EDILIZIA SANITARIA	2.1 ATTUAZIONE INTERVENTI DELLA PROGRAMMAZIONE REGIONALE E NAZIONALE	6	2.1	Provvedimenti idonei a garantire il rispetto delle scadenze previste negli atti di programmazione regionale e nelle normative di riferimento con riferimento a ciascun programma di finanziamento secondo il seguente algoritmo: n. interventi con attività completate nel 2024/n. interventi totali programmati in anno 2024
3. SANITA' DIGITALE	3.1 FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO 2.0	6	3.1.1.	Realizzazione della fase 2 del FSE 2.0 attraverso: 1 aggiornamento degli applicativi refertanti nel rispetto delle specifiche FSE 2.0 relative a LDO, LIS, RIS, VPS (entro giugno 2024). 2 aggiornamento dei restanti applicativi refertanti nel rispetto delle specifiche FSE 2.0. (entro dicembre 2024 o comunque nel rispetto cronoprogramma condiviso con la Regione). 3 conferimento di almeno 45% dei documenti clinico sanitari 2.0 nelFSE: LDO, VP, LIS, RIS, AP e restanti referti ambulatoriali per esterni (entro marzo 2024 o comunque nel rispetto cronoprogramma condiviso con la Regione). 4. integrazione delle cartelle cliniche degli operatori sanitari con l'applicazione web del FSE (entro aprile 2024 o comunque nel rispetto cronoprogramma condiviso con la Regione). 5. aggiornamento, ove applicabile, delle procedure aziendali finalizzate ad efficientare la consultazione del FSE da parte dei medici specialisti aziendali
			3.1.2	1 Piena operatività del nuovo nomenclatore di specialistica ambulatoriale dal 1 aprile 2024, o successiva data autorizzata dalla Direzione sanità al fine di tenere conto di eventuali successivi atti del Ministero della salute, attraverso a titolo esemplificativo e non esaustivo: 2 aggiornamento dei sistemi CUP, e dei sistemi di accettazione,refertazione e rendicontazione. 3 aggiornamento delle cartelle cliniche prescrittive
			3.1.3	Piena opera vità dell'infrastruttura COT entro il 10 marzo 2024, o successiva data autorizzata dalla Direzione sanità previo acquisizione del parere favorevole dell'UMPNRR nazionale

AREA	OBIETTIVO GENERALE	P.TI	Sub	OBIETTIVO SPECIFICO / INDICATORE
4. QUALITA'	4.1 TEMPI DI ATTESA - FLUSSO CUP E FLUSSO C	8	4.1	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)
	4.2 TEMPI DI ATTESA E RECUPERO PRODUZIONE	8	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
			4.2.2	Numero prestazioni PNGLA erogate nell'anno 2024 > Numero prestazioni PNGLA erogate nell'anno 2019
	4.3 RECUPERO MOBILITA' PASSIVA	7	4.3	Riduzione della mobilità passiva extra-regione per area, previa adozione dei piani come da comunicazione "Analisi e Miglioramento deiprocessi della mobilità sanitaria" relavamente ai primi 15 DRG a maggior incidenza di fuga per quantità (periodo di riferimento anno2022).
	4.4 MONITORAGGIO E GARANZIA LEA - SISTEMA NSG	6	4.4.1	NSG: Area Ospedaliera
			4.4.2	NSG: Area Territoriale
			4.4.3	NSG: Area Prevenzione
	4.5 TEMPESTIVITA' NELL'EFFETTUAZIONE DI PTCA IN CASO di IMA STEMI	1	4.5	Numero di episodi di STEMI in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro novanta minuti / Numero di episodi di STEMI L'indicatore è espresso in termini di produzione per le AO e di tutela per le ASL
	4.6 DONAZIONI D'ORGANO	1	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
			4.6.2	Opposizioni alla donazione di organi nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero/segnalazioni di morte encefalica nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero senza volontà presente nel SIT
			4.6.3	n° donatori di cornea: n° donatori di cornea nel 2024/ totale decessi ospedalieri del 2023 fra i 5 e i 78 anni compresi
	4.7 PROGRAMMA REGIONALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E LA SICUREZZA DEL PAZIENTE	2	4.7.1	ASR: Numero azioni di competenza aziendale previste dal PRRC per l'anno 2024 implementate in SIMES
			4.7.2	ASR/AZIENDA ZERO: Corretto adempimento al debito informativo relativo al flusso SIM
			4.7.3	AZIENDA ZERO: Numero gg medio per liquidazione sinistri anno 2024

AREA	OBIETTIVO GENERALE	P.TI	Sub	OBIETTIVO SPECIFICO / INDICATORE
5. PREVENZIONE	5.1 ATTUAZIONE PIANO DI RECUPERO DELLE PRESTAZION I DI SCREENING	7	5.1	COPERTURE INVITI: N° persone invitate + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale. COPERTURA ESAMI: N° persone sottoposte al test di screening, incluse le adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale
	5.2 CONTRASTO ALL'ANTIBIOTICO RESISTENZA	5	5.2.1	Consumo (DDD/100 giornate di degenza) di carbapenemi in ambito ospedaliero
			5.2.2	Consumo (DDD/100 giornate di degenza) di fluorochinoloni in ambito ospedaliero
			5.2.3	Rapporto tra il consumo (DDD/1000 ab die) di molecole ad ampio spettro e di molecole a spettro ristretto in ambito territoriale
6. OBIETTIVI AZIENDA ZERO	6.1 ASSISTENZA DOMICILIARE		6.1.1	Coordinamento delle ASL sull'assistenza domiciliare: presenza di almeno 3 report/anno e contestuali incontri di audit con le Aziende sanitarie sul raggiungimento della copertura in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) per i soggeTTI over 65
			6.1.2	Almeno il 12 % di pazienti over 65 in assistenza domiciliare (considerando tutti gli assistiti di età pari o superiore a 65 anni "presi in carico"per tutte le classi di CIA) al 31.12.2024
	6.2 MIGLIORAMENTO NELLA GESTIONE E MISURAZIONE DEL BOARDING	6	6.2	Tempo medio di permanenza in PS: (data/ora di dimissione dal PS – data/ora di accesso al PS) / N° di accessi in PS Sono esclusi dalla selezione i pazienti giunti in assenza di segni vitali e non sottoposti a manovre rianimatorie. Nella valutazione dell'obiettivo si terrà conto della percentuale annuale di pazienti OBI sul totale degli accessi in DEA/PS
7. OBIETTIVI AO REGINA MARGHERITA	7.1 ATTUAZIONE COSTITUZIONE NUOVA AZIENDA OSPEDALIERA			

OBIETTIVO SPECIFICO CON CARATTERE PRELIMINARE

Rispetto dei tempi di pagamento ex art. 1 comma 865 Legge 145/2018

Rispetto dei tempi di pagamento previsto dall'art. 1, comma 865 della legge n. 145/2018 (Legge di Bilancio 2018): 60gg

Si riporta la tabella del calcolo dell'Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) per l'anno 2024, secondo il criterio di calcolo fornito dalla Ragioneria Generale dello Stato, con la circolare 22 del 2015 (MEF-RGS prot.59216 del 22/7/2015), così come estrapolato dall'elaborazione effettuata con l'applicativo contabile aziendale NFS.
Dai dati forniti (pubblicati sul sito istituzionale ASL AL – Sezione Amministrazione Trasparente) si può definire che, opportunamente rilevate le fatture per le quali il ritardo di pagamento è da attribuirsi a contenziosi in essere (contestazioni su fornitura, errate fatturazioni ed altro), l'indice ITP è negativo (e quindi entro lo standard previsto) in tutti i trimestri e su base annua.

		Indicatore annuale tempi di pagamento
Codice Azienda	**Desc. Azienda**	**2024**
213	ASL AL	-39,81

		Indicatore annuale tempi di pagamento	Indicatore trimestrale tempi di pagamento al 31/03/2024	Indicatore trimestrale tempi di pagamento al 30/06/2024	Indicatore trimestrale tempi di pagamento al 30/09/2024	Indicatore trimestrale tempi di pagamento al 31/12/2024
Codice Azienda	**Desc. Azienda**	**2023**	**I trim 2024**	**II trim 2024**	**III trim 2024**	**IV trim 2024**
213	ASL AL	-24,17	-33,44	-56,79	-30,86	-37,76

Il dato sull'anno 2024, in miglioramento rispetto all'anno precedente, con un andamento nel corso dei trimestri 2024 di progressiva riduzione dei tempi di pagamento, rientra nel target: -39,81 giorni rispetto allo standard di 60 giorni (per cui i tempi di pagamento medi dell'anno risultano pari a 20,19 giorni).

Alla luce dei dati soprariportati, l'obiettivo specifico con carattere di lateralità si può considerare RAGGIUNTO.

1. GOVERNO DEI FATTORI PRODUTTIVI

OBIETTIVO 1.1

Bilancio

Gli Enti del SSR in applicazione alle linee di programmazione sanitaria regionale, nel rispetto delle normative regionali e nazionali vigenti (es. D.Lgs 118/2011 e s.m.i) e delle risorse assegnate con D.G.R. 20 Giugno 2023, n. 9-7070 ed eventuali successive variazioni con provvedimenti di giunta regionale, sono tenuti ad assicurare il pareggio di bilancio aziendale sia in sede di adozione dei Bilanci Preventivi economici, sia in itinere nei Conti Economici Trimestrali che, in particolare, in sede di adozione del Bilancio d'esercizio aziendale a consuntivo

OBIETTIVO GENERALE	Sub	OBIETTIVO SPECIFICO / INDICATORE	STANDARD / VALORE OBIETTIVO	CONSUNTIVO 2024
1.1 BILANCIO	1.1.1.	Pianificazione degli obiettivi di efficientamento aziendale che tenga conto degli obiettivi strategici richiamati nel presente atto e rendicontazione aziendale con cadenza trimestrale - Attuazione della procedura regionale dei crediti e dei ricavi	100%	Investimenti: Non prevista in sede di bilancio di previsione assegnazione di contributi conto capitale per realizzazione investimenti se non per PNRR. - Circolarizzazione crediti: attività avviata con ASR Piemonte con conseguente definizione finanziaria delle partite, soprattutto vs AOU AL. - Monitoraggio incassi aziendali: Puntuale verifica delle posizioni creditorie, in particolare su sistema CUP/casse
	1.1.2	Riconduzione dei Costi aziendali 2024 (modelli NSIS) e delle attività sanitarie relative alla produzione sanitaria dei presidi ospedalieri a gestione diretta, dei presidi territoriali al consuntivato 2019 o altriobiettivi target concordati con la Direzione sanità entro il 30 settembre 2024	100%	Riconduzione costi e produzione anno 2024 ad anno 2019 Condotte e inviate le analisi richieste dalla RP su Farmaci e Dispositivi medici nel mese di luglio 2024 **Inviata relazione a RP prot. 108148 del 10.10.2024 con riferimento al 30.09.2024 (come da nota Regione Piemonte port. 22491/23.09.2024)**
	1.1.3	Attuazione delle azioni approvate nel piano delle attività 2024, nel rispetto della programmazione economico-finanziaria definita dai provvedimenti di giunta regionale	100%	OBIETTIVO ASSEGNATO AD AZIENDA ZERO

1.1.1 Pianificazione degli obiettivi di efficientamento aziendale che tenga conto degli obiettivi strategici richiamati nel presente atto e rendicontazione aziendale con cadenza trimestrale. Con riferimento alla circolarizzazione dei crediti e monitoraggio degli incassi aziendali riferiti alle annualità 2023 e ante l'Azienda dovrà assicurare, tra l'altro, l'attuazione della procedura regionale dei crediti e dei ricavi

Realizzazione degli investimenti sanitari non eccedenti le risorse regionali assegnate: Non prevista in sede di bilancio di previsione assegnazione di contributi in conto capitale per la realizzazione investimenti se non per quanto previsto dal PNRR. L'ASL AL ha esposto in bilancio il valore degli investimenti contrattualizzati riferiti agli anni precedenti ed evidenziato nel piano investimenti, la necessità di ulteriori risorse per

interventi. Ad oggi si rileva una rettifica del contributo per finanziare interventi in conto capitale di € 2.393.757,95.
Circolarizzazione dei crediti e monitoraggio degli incassi aziendali riferiti alle annualità 2023 e ante: E' stata avviata l'attività con Aziende Sanitarie della Regione Piemonte, con conseguente definizione finanziaria delle partite, soprattutto nei confronti dell'AOU AL. Per quanto riguarda altri crediti l'ASL AL effettua mensilmente solleciti nei confronti di aziende per procedere alla fase di riscossione. Analoga attività viene svolta dalla struttura aziendale dedicata alla gestione della Libera Professione (B.U.L.P.).
Monitoraggio degli incassi aziendali: Viene effettuata puntuale verifica delle posizioni creditorie, in particolare su sistema CUP/casse.

1.1.2 Riconduzione dei Costi aziendali 2024 (modelli NSIS) e delle attività sanitarie relative alla produzione sanitaria dei presidi ospedalieri a gestione diretta, dei presidi territoriali al consuntivato 2019 o altri obiettivi target concordati con la Direzione sanità entro il 30 settembre 2024

Con nota protocollo n. 108148 del 10.10.2024 è stata trasmessa alla Regione Piemonte la rilevazione richiesta, redatta secondo le indicazioni previste dal presente obiettivo e dalla nota Prot. n. 00022491/2024 del 23/09/20242 (vedere allegato).

1.1.3 Attuazione delle azioni approvate nel piano delle attività 2024, nel rispetto della programmazione economico-finanziaria definita dai provvedimenti di giunta regionale.

Obiettivo assegnato ad Azienda Zero.

Alla luce di quanto sopra esposto, l'obiettivo può considerarsi RAGGIUNTO.

Allegati: Rif. Sub. 1.1.2: Relazione prot. 108148/10.10.2024 inviata a Regione Piemonte con documentazione allegata

OBIETTIVO 1.2

Appropriatezza prescrittiva: immunoglobuline

Negli ultimi anni l'utilizzo delle IG ha continuato a crescere, comportando progressivamente un potenziale disequilibrio tra disponibilità e domanda.
La Regione Piemonte stabilisce l'obiettivo di promuovere mediante i Servizi Farmaceutici delle ASR l'appropriatezza prescrittiva e l'aderenza delle indicazioni presenti nelle richieste di Ig compilate dagli specialisti rispetto alle indicazioni previste nella linea guida AIFA/CNS del 08/02/2022

OBIETTIVO GENERALE	Sub	OBIETTIVO SPECIFICO / INDICATORE	STANDARD / VALORE OBIETTIVO	CONSUNTIVO 2024
1.2 APPROPRIETEZZA 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.	Istituzione di un tavolo di lavoro ASL/AO/AOU, coordinato da AZIENDA ZERO entro il 15 marzo 2024 e conclusione delle attivitàentro il 30 aprile 2024	Azienda Zero ha costituito il tavolo tecnico previsto dall'obiettivo. ASL AL ha partecipato a tutti gli incontri. All'esito degli incontri sono stati prodotti documenti tecnici, successivamente divulgati ai prescrittori interessati.
	1.2.2	n° grammi per IG 2024 /n° grammi per IG 2023	Per ciascuna ASR: n° grammi per IG 2024 minore o uguale all'anno 2023	Si segnala progressiva e sensibile riduzione nel 2023 rispetto al 2022: MAR22-FEB23: grammi 19.000 MAR23-FEB24: grammi 15.360 difficile ulteriore contrazione per il 2024 Anno 2023: grammi 10.920 = Target 2024 da PADDI gen-novembre 2024: ASL AL grammi 13.560 (utilizzato 124,18% del target). Utilizzo complessivo a livello regionale 92,46%. N.B. Nel report PADDI viene considerato anche il sottocute (e non solo endovena), quindi trattamenti per malattie rare.

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**.
Azienda Zero ha costituito il tavolo tecnico previsto dall'obiettivo. ASL AL ha partecipato a tutti gli incontri. All'esito degli incontri sono stati prodotti documenti tecnici, successivamente divulgati ai prescrittori interessati.

1.2.2 – **N° grammi per IG 2024 /N° grammi per IG 2023**
Grazie all'analisi effettuata sui dati e all'approfondimento clinico, è stato possibile fornire agli utilizzatori strumenti per migliorare l'utilizzo delle IG EV, sia in termini quantitativi che qualitativi. La presenza di documenti scientifici a supporto delle azioni intraprese e la condivisione con i maggiori utilizzatori ha consentito nell'anno 2023 di diminuire il consumo rispetto al 2022. Considerato il calo sensibile registrato nel corso del 2023, non è stato possibile registrare una ulteriore contrazione per l'anno 2024.
Nel corso del 2024 è stato effettuato il monitoraggio continuo dell'obiettivo attraverso la predisposizione di reportistica a favore dei principali utilizzatori aziendali e del comitato budget, con assegnazione obiettivo alle Neurologie.

Si segnala l'utilizzo presso le strutture di Neurologia dell'ASL AL: 9 mesi 2023 = 10.645 g / 9 mesi 2024 = 12.840 g.
Si evidenzia che nel Report Regionale "PADDI" viene considerato anche il sottocute (e non solo endovena), erogato ai pazienti con malattia rara. In particolare, per l'ASL AL il consumo delle IG sottocute è indotto dai centri prescrittori, sia intra che extra regionali ed è principalmente a favore di pazienti affetti da malattie rare con regolare piano terapeutico.

Dato estratto da report PADDI:
Nel periodo gennaio-novembre 2024 l'ASL AL ha utilizzato il 124,2 % del target (dato medio regionale complessivo di utilizzo = 92,3%).
Nel III trimestre 2024, l'utilizzo di Ig, rispetto ad analogo periodo del 2023, è raddoppiato.

Farmaci Immunoglobuline - grammi* per Azienda di Erogazione/Prescrizione**

Azienda di erogazione / prescrizione**	Importo 2023	Confezioni 2023	Nro Grammi* 2023	Importo Gennaio - Novembre 2024	Nro Confezioni Gennaio - Novembre 2024	Nro Grammi* Gennaio - Novembre 2024	% grammi 24 su target
213-ASL AL	362.591	2.120	10.920	492.994	2.628	13.560	124,18%
REGIONE PIEMONTE	14.352.417	65.799	349.017	13.999.786	60.572	322.712	92,46%

In relazione alle indicazioni fornite nella D.G.R. si è provveduto mettendo in atto le seguenti azioni:

1. aggiornamento della richiesta motivata attraverso l'inserimento di campi a compilazione obbligatoria, riguardanti il rispetto delle linee generali di indirizzo AIFA, e l'inserimento obbligatorio del codice ICD9 da parte del Medico prescrittore per la corretta rendicontazione del File F;
2. a cadenza trimestrale, sono stati prodotti report di monitoraggio dei consumi e, nel corso dell'anno, sono stati inviati alle Neurologie specifici "alert" su situazione scorte e ordini extra cambio-plasma.

Il 90% delle IG consumate è attribuibile alla specialità di Neurologia (tipologia 06-somministrato) ed è motivato in primo luogo dalla necessità di garantire a pazienti ricoverati per patologie gravi, quali miastenia gravis e/o polineuropatie acute, l'unica terapia di prima scelta, in assenza della disponibilità della plasmaferesi presso la ASL AL. Inoltre, occorre assicurare tale terapia, che è anche in questi casi di prima scelta, all'ampia coorte di pazienti (oltre una ventina), affetti da CIDP (poliradicoloneuropatia demielinizzante cronica), afferenti all'Ambulatorio di. Malattie Neuromuscolari, l'unico attivo nel quadrante, che li ha in carico. Solo in rari casi, tale terapia può essere sostituita dallo steroide, a cui molti pazienti non rispondono o per cui presentano controindicazioni, date le multiple comorbidità dei pazienti neurologici e per la ben nota, pesante collateralità degli steroidi, che condiziona la scelta terapeutica, basata sul rapporto efficacia/sicurezza, nella maggior parte dei casi a favore delle immunoglobuline, nell'interesse dei pazienti. Ovviamente, nei casi in cui tale switch è stato possibile, è stato attuato, ma per alcuni pazienti è stato necessario reintrodurre le immunoglobuline per peggioramento clinico.

Alla luce di quanto sopra esposto, l'obiettivo può considerarsi PARZIALMENTE RAGGIUNTO.

OBIETTIVO 1.3

Appropriatezza prescrittiva: ossigeno

L'obiettivo è volto al monitoraggio delle prescrizioni e delle relative erogazioni, con particolare riferimento all'ossigeno terapia domiciliare (DD). Con il presente obiettivo Regione Piemonte intende promuovere il progressivo allineamento al tetto di spesa previsto da AIFA mediante l'istituzione di un tavolo di lavoro ASL/AO/AOU Coordinato da AZIENDA ZERO per la definizione e lo sviluppo di azioni finalizzate a promuovere l'ottimizzazione dell'utilizzo, l'appropriatezza prescrittiva e la sostenibilità economica

OBIETTIVO GENERALE	Sub	OBIETTIVO SPECIFICO / INDICATORE	STANDARD / VALORE OBIETTIVO	CONSUNTIVO 2024
1.3 APPROPRIETEZZA PRESCRITTIVA - OSSIGENO	1.3.1	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.	Istituzione di un tavolo di lavoro ASL/AO/AOU, coordinato da AZIENDA ZERO entro il 15 marzo 2024 e conclusione delle attività entro il 30 aprile 2024	Azienda Zero ha costituito il tavolo tecnico previsto dall'obiettivo. ASL AL ha partecipato a tutti gli incontri. All'esito degli incontri sono stati prodotti documenti tecnici, successivamente divulgati ai prescrittori interessati.
	1.3.2	Quantità per acquisti diretti per gas medicinali Regionale Totale 2024/ Quantità per acquisti diretti per gas medicinali Regionale Totale 2023	Quantità anno 2024 minore o uguale all'anno 2023 per ciascuna ASR	I consumi risultano in calo da settembre 2023 a seguito delle diverse azioni intraprese Anno 2023: mc 1.574.945 = Target 2024 da PADDI gen-novembre 2024: ASL AL mc 1.172.339 (utilizzato 74,44% target). Dato complessivo a livello regionale non confrontabile

1.3.1 - 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

Azienda Zero ha costituito il tavolo tecnico previsto dall'obiettivo. ASL AL ha partecipato a tutti gli incontri. All'esito degli incontri sono stati prodotti documenti tecnici, successivamente divulgati ai prescrittori interessati.

1.3.2 - Quantità per acquisti diretti per gas medicinali Regionale Totale 2024/Quantità per acquisti diretti per gas medicinali Regionale Totale 2023

I consumi risultano in calo dal mese di settembre 2023 a seguito di diverse azioni intraprese nel corso dell'anno precedente, implementate come segue durante il 2024:

- Assegnazioni obiettivo alle strutture di Pneumologia: redazione di piani di terapia per un periodo massimo di 6 mesi; emissione di impegnativa interna per la prenotazione del controllo/rinnovo; attivazione agenda dedicata ai rinnovi dei piani con chiamata proattiva; rivalutazione alti flussi in coerenza con il PSDTA BPCO Regione Piemonte.
- Invio periodico ai prescrittori aziendali elenchi pazienti con Pt in scadenza.
- Verifica mensile pazienti ricoverati ASL AL e ASO in ossigenoterapia – sospensione servizio
- Verifica pazienti CAVS in ossigenoterapia- richiesta compensazione Struttura

- Per ottimizzare i consumi e la spesa, attivazione del servizio con modalità “a chiamata” per tutti i pazienti domiciliari con numero di bombole ≤ 3. Mediamente sono stati attivati con il servizio a chiamata il 48% dei pazienti forniti.
- Passaggio al Concentratore- nuova offerta economica concentratore fisso+portatile in combinazione.
- Gestione integrata attivazioni ossigeno e concentratori in capo alla Farmacia Aziendale per gli ambiti di Tortona, Novi, Alessandria e Valenza. Nel 2025 la gestione dei concentratori verrà estesa anche a Acqui, Ovada e Casale Monferrato.
- Compilazione questionario Regionale azioni e monitoraggio.

Dato Regionale gennaio-novembre Importo Distribuzione Diretta Ossigeno 2024 vs 2023: ASL AL –24,2%; RP -1,3%.
Dati File F: 2024 vs 2023: -368.309 mc fatturati (-538.933 €).
Dato estratto da report PADDI: Nel periodo gennaio-novembre 2024 l’ASL AL ha consumato il 74,4% del target.

Ossigeno, importo e metri cubi*

Azienda Erogazione/Competenza/Prescrizione**	Importo Gennaio-Dicembre 2023	Importo Gennaio-Novembre 2024	Metri Cubi Gennaio-Dicembre 2023	Metri Cubi Gennaio-Novembre 2024	Metri Cubi Gen-Nov 2024 su 2023
213 - A.S.L. ALESSANDRIA	1.844.835	1.338.779	1.574.945	1.172.339	74,44%

Alla luce di quanto sopra esposto, l’obiettivo può considerarsi RAGGIUNTO.

OBIETTIVO 1.4

Appropriatezza prescrittiva: acquisti diretti

L'obiettivo è finalizzato ad un uso appropriato dei farmaci e alla sostenibilità del sistema, affidato per il suo sviluppo e per la sua realizzazione ad una azione multidisciplinare, fortemente responsabilizzante gli attori, sostenuta, dalla rete delle professioni mediche insieme alle farmacie ospedaliere.
Tra le classi terapeutiche per le quali il Piemonte registra, sulla base dei dati pubblicati dal rapporto OsMed-AIFA 2022, una spesa pro-capite superiore alla media italiana si registrano le seguenti: IPOLIPEMIZZANTI, IMMUNOSOPPRESSORI ED IMMUNOMODULATORI

OBIETTIVO GENERALE	Sub	OBIETTIVO SPECIFICO / INDICATORE	STANDARD / VALORE OBIETTIVO	CONSUNTIVO 2024
1.4 APPROPRIETEZZA PRESCRITTIVA - ACQUISTI DIRETTI	1.4.1	Definizione e sviluppo di azioni finalizzate a promuovere l'ottimizzazione dell'utilizzo, l'appropriatezza prescrittiva e lasostenibilità economica attraverso l'istituzione di un tavolo di lavoro ASL/AO/AOU, coordinato da AZIENDA ZERO.	Istituzione di un tavolo di lavoro ASL/AO/AOU, coordinato da AZIENDA ZERO entro il 15 marzo 2024 e conclusione delle attività entro il 30 aprile 2024	Azienda Zero ha costituito il tavolo tecnico previsto dall'obiettivo. ASL AL ha partecipato a tutti gli incontri. All'esito degli incontri sono stati prodotti documenti tecnici, successivamente divulgati ai prescrittori interessati.
	1.4.2	Spesa anno 2024 su spesa anno 2023 per ciascuna categoria terapeutica individuata e per ciascuna ASR	Per le ASL/AO/AOU: Spesa anno 2024 minore o uguale rispetto alla spesa anno 2023, per ciascuna categoria terapeutica individuata relativamente alle proprie prescrizioni	IPOLIPEMIZZANTI: Nel periodo gennaio-novembre 2024 ASL AL ha utilizzato il119,5% del target; la Regione Piemonte il 118,1%. IMMUNOSOPPRESSORI: Nel periodo gennaio-novembre 2024 ASL AL ha utilizzato il 102,16% del target; la Regione Piemonte il 104,94%.

1.4.1 – 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

Azienda Zero ha costituito il tavolo tecnico previsto dall'obiettivo. ASL AL ha partecipato a tutti gli incontri. All'esito degli incontri sono stati prodotti documenti tecnici, successivamente divulgati ai prescrittori interessati

1.4.2 - Spesa anno 2024 su spesa anno 2023 per ciascuna categoria terapeutica individuata e per ciascuna ASR.

IPOLIPEMIZZANTI – Alle strutture di Cardiologia dell'ASL AL è stato assegnato l'obiettivo sull'appropriatezza delle prime prescrizioni inibitori PCSK-9: verifica del rispetto dei criteri di eleggibilità. A tale scopo, sono stati incrociati i dati presenti nei Registri AIFA, nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza e nel sistema Tessera Sanitaria. Discussione dei casi non appropriati nella C.F.I., come da indicazione Documento Azienda Zero: analizzate 194 prime prescrizioni, per 114 (60% circa) il centro prescrittore risultava ASL AL.

CENTRO PRESCRITTORE	NUOVE PRESCRIZIONI
ASL AL	114
ALTRI CENTRI	80
TOT	194

Delle prescrizioni con Centro Prescrittore ASL AL, sono state richieste controdeduzioni in assenza di prescrizione di statina per il 30% (35 casi): nel 60% mancata segnalazione ADR, nei restanti la maggior parte delle motivazioni erano ricondotte alla necessità di inizio terapia in "fast track".
Tra gli interventi: partecipazione alle serate di appropriatezza prescrittiva dei MMG con focus sulla prescrizione dell'Acido Bempedoico (incontrati 280 MMG).
Nella C.F.I. interaziendale ASL AL-AOU Alessandria sono stati portati i casi di terapia a base di PCSK9 prescritti dagli Specialisti Cardiologi dell'Azienda Ospedaliera, per i quali non si è rilevata nella farmaceutica convenzionata la prescrizione di statine nei 6 mesi precedenti. In Commissione si è ribadita la necessità di attenersi alle indicazioni riportate in scheda tecnica ai fini della prescrivibilità e rimborsabilità del farmaco. Dei 17 casi esaminati, il 40% non aveva prescrizioni di statine e per queste sono state chieste le controdeduzioni ai Prescrittori.
Seppur non compreso nell'obiettivo della D.G.R. ma monitorate dalla SC Farmacia: prescrizioni di inclisiran:

CENTRO PRESCRITTORE	NUOVE PRESCRIZIONI	RICHIESTA CONTRODEDUZIONI
ASL AL CARDIOLOGIA PO CASALE	29	14

Delle 14 richieste di controdeduzioni inviate per non rilevata prescrizione di statina: 54% dei casi mancata segnalazione ADR, nelle restanti motivazioni ritroviamo controindicazione neurologica e dichiarazione assunzione statina da parte del paziente.

Dato PADDI: Nel periodo gennaio-novembre l'ASL AL ha utilizzato il 119,5% del target. La Regione il 118,1%. Nel Report non vengono considerati gli importi di Inclisiran.

Farmaci ipolipemizzanti - Importo 2023 e gen - nov 2024

Azienda Erogazione / Azienda di Prescrizione**	Importo 2023	Importo gen-nov 2024	% Importo gen-nov 2024 su 2023
213 - A.S.L. ALESSANDRIA	1.148.644	1.373.132	119,5%
REGIONE PIEMONTE	16.008.230	18.902.581	118,1%

IMMUNOSOPPRESSORI – Si segnala differenza tra il numero di prescrittori ASL AL nel 2024 rispetto al 2023: - 1 dermatologo, + 3 reumatologi.

Dato PADDI: Nel periodo gennaio-novembre l'ASL AL ha speso il 102,2% del target. La Regione il 104,9%.

Tra le azioni attuate si evidenziano:

- Verifica dei criteri di eleggibilità e appropriatezza piani di terapia per i farmaci, ambito reumatologico, erogati in Distribuzione Diretta.
- Incontro con Specialisti Reumatologi ASL AL per illustrare i Piani di terapia necessari alla prescrizione di farmaci reumatologici quali:
  - inibitori delle janus chinasi
  - sarilumab,

- biologici per la spondilite non radiografica
- apremilast

che trovano indicazione nell'artrite reumatoide, nell'artrite psoriasica e nella spondilite anchilosante e che vincolano la prescrizione a determinate condizioni cliniche.

Farmaci Immunosoppressori e Immunomodulatori - Importo 2023 e gen - nov 2024

Azienda Erogazione / Azienda di Prescrizione**	Importo 2023	Importo gen-nov 2024	% Importo gen-nov 2024 su 2023
213 - A.S.L. ALESSANDRIA	1.051.443	1.074.140	102,16%
REGIONE PIEMONTE	90.678.163	95.154.960	104,94%

Alla luce di quanto sopra esposto, l'obiettivo può considerarsi PARZIALMENTE RAGGIUNTO.

OBIETTIVO 1.5

Allineamento Registri AIFA e flussi

Con il presente obiettivo la Regione Piemonte intende promuovere il corretto utilizzo dei Registri di monitoraggio AIFA, l'appropriatezza prescrittiva, il monitoraggio consumi e della relativa spesa nonché il corretto allineamento ai flussi informativi regionali.

OBIETTIVO GENERALE	Sub	INDICATORE	STANDARD / VALORE OBIETTIVO	CONSUNTIVO 2024
1.5 ALLINEAMENTO REGISTRI AIFA E FLUSSI	1.5.1	Numero di confezioni a Registro AIFA/numero confezioni rilevabili dai flussi (DD e file F)	100%	Periodo gennaio / novembre 2024: disallineamento tra il numero di confezioni rendicontate da ASL AL con carattere di innovatività ed il numero di confezioni con carattere di innovatività presenti sui Registri di Monitoraggio AIFA per anomalia su Flusso F. Con correzione del flusso e conseguente reinvio dei dati pregressi, dal mese di novembre in poi l'errore non è più stato riscontrato
	1.5.2	Numero di confezioni a Registro AIFA/numero confezioni rilevabili dai flussi (DD e CO)	100%	

Si evidenzia un disallineamento tra il numero di confezioni rendicontate da ASL AL con carattere di innovatività ed il numero di confezioni con carattere di innovatività presenti sui Registri di Monitoraggio AIFA.

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%**

AZIENDA DI DISPENSAZIONE	N.ro confezioni Gen - Nov 2024 -Mea attivi (A)*	N.ro confezioni Gen - Nov 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 - AZIENDA OSP. S.ANTONIO BIAGIO/ARRIGO	147	157	-10	94%
908 - AZIENDA OSP. ORDINE MAURIZIANO DI TORINO	187	174	13	107%
909 - AZIENDA OSP. CITTA DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO	650	709	-59	92%
922 - IRCCS - ISTITUTO PER LA RICERCA E CURA DEL CANCRO	0	18	-18	0%
Valore Regionale	**3.066**	**3.175**	**-108**	**97%**

La causa dell'incongruenza tra il numero di confezioni rilevate sul flusso F ed il numero di confezioni rilevate dai registri di monitoraggio AIFA è da imputarsi al mancato aggiornamento informatico da parte di ASL AL della tabella dei codici AIC dei farmaci con potenziale carattere di innovatività con conseguente anomalia nel Flusso F inviato alla regione da parte di ASL AL riferito al farmaco Opdivo. Diverse sono state le azioni intraprese per comprendere e correggere l'errore che però è stato identificato e corretto solo nel mese di ottobre. Il mancato inserimento dell'AIC in oggetto ha determinato la rendicontazione da parte del sistema informatico di tutte le confezioni di Opdivo utilizzate da ASL AL come "innovative" quando in realtà, essendo uno solo il paziente in terapia nell'indicazione innovativa, il totale delle confezioni da rendicontare come innovative avrebbero dovuto essere di 20. Il Sevizio informatico dell'ASL AL, successivamente all'inserimento nella tabella del valore mancante, ha provveduto al rinvio dei dati pregressi ed infatti, nei tabulati di ritorno del File F dal mese di novembre in poi l'errore non è più stato segnalato. E' stata al proposito trasmessa relazione al Settore Farmaceutico Regionale con richiesta di un incontro dirimente al fine verificare l'allineamento dei flussi aziendali con quelli regionali fra Settore Farmaceutico Regionale e il CSI. Si fa inoltre presente che, in caso di prescrizioni cumulative, si rileva un lieve sfalsamento temporale tra la data riportata sui Registri AIFA e quella del flusso F, legato alla dispensazione frazionata di terapie ad alto costo.

Azioni continue in atto per il monitoraggio dell'obiettivo:

- verifica inserimento campo innovatività/non innovatività nei flussi
- integrazione programma di dispensazione informatizzato qualora necessario sia per DD che per somministrato (Log80) e di gestionale di magazzino/fileF
- Rinnovo richiesta di inserimento dei trattamenti al clinico sui Registri AIFA (come da assegnazione Obiettivo Budget Oncologia)
- Verifica mensile dal prospetto mensile Spesa_AIC-ASR_2024_Gen_INNOVATIVI con integrazione/correzione delle incongruenze.

Alla luce di quanto sopra esposto, l'obiettivo può considerarsi RAGGIUNTO.

OBIETTIVO 1.6

Politiche di gestione delle risorse umane

Con il presente obiettivo la Regione Piemonte intende promuovere il corretto utilizzo dei Registri di monitoraggio AIFA, l'appropriatezza prescrittiva, il monitoraggio consumi e della relativa spesa nonché il corretto allineamento ai flussi informativi regionali.

OBIETTIVO GENERALE	Sub	OBIETTIVO SPECIFICO / INDICATORE	STANDARD / VALORE OBIETTIVO	CONSUNTIVO 2024
1.6 POLITICHE DI GESTIONE DELLE RISORSE UMANE	1.6.1	Corretta e completa alimentazione del flusso regionale OPESSAN	Verifica della corretta alimentazione del flusso OPESSAN da parte del settore Sistemi Organizzativi e Risorse Umane del SSR, prima rilevazione il 30 giugno 2024	La procedura regionale OPESSAN viene incrementata regolarmente con i dati del personale operante presso l'Azienda. Questo al fine di adempiere agliobblighi informativi regionali, per la corretta tenuta dell'Anagrafe degli Operatori del Sistema Sanitario. I dati trasmessi riguardano tutte le assunzioni e le cessazioni, si del personale dipendente che del personale operante presso ASL AL con incarico libero-professionale.
	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 deiservizi territoriali per le Aziende Sanitarie Locali).	Target personale dipendente in servizio al 31.12.2024 (personale dipendente in servizio al 30.06.2023 incrementato ai sensi del fabbisogno approvato in sede di osservatorio sia per la Dirigenza Area Sanità sia per il Comparto Sanitario)	Nel corso del 2024 sono state attivate complessivamente n. 35 procedure per il reclutamento di personale, come definito in sede di Osservatorio Regionale per le risorse umane. Complessivamente le assunzioni a tempo indeterminato ruolo sanitario risultano pari a n. 134 unità (92 comparto sanitario + 42 dirigenza sanitaria), di cui 37 con assegnazione diretta alla rete distrettuale.
	1.6.3	Formazione ICA e Manageriale: Numero formati, sul totale di personale da formare al 31/12/2024	100%	Corso Manageriale: 3 edizioni presso AOU AL per il quale selezionati 12 dipendenti con i requisiti previsti e che termineranno nel 2025. Si conferma la regolare frequenza dei partecipanti. Corso formazione ICA: al 31.12.2024 Modulo A: formati 998 dipendenti di cui 510 hanno completato la formazione anche ai Moduli B e C. 12 componenti del CIO hanno seguito il corso Modulo D. Totale dipendenti completamente formati 522 (45,9%) superiore al numero prviso per il raggiungimento dell'obiettivo regionale

1.6.1 – Corretta e completa alimentazione del flusso regionale OPESSAN

Al fine di adempiere agli obblighi informativi regionali (per la corretta tenuta dell'Anagrafe degli Operatori del Sistema Sanitario) la procedura regionale OPESSAN viene incrementata regolarmente con i dati del personale operante presso l'Azienda.

Le informazioni trasmesse riguardano le assunzioni e le cessazioni del personale, sia dei dipendenti che dei titolari di un incarico libero-professionale.

Al fine di ottimizzare l'attività di caricamento dei dati, sono state richieste ulteriori autorizzazioni per operatori della S.C. Personale.

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"

Nel corso dell'anno 2024 sono state attivate complessivamente 35 procedure per il reclutamento di personale, secondo quanto definito in sede di Osservatorio regionale per le Risorse Umane in Sanità di seguito riepilogate:

TIPO PROCEDURA	Dirigenza Sanitaria	Comparto Sanitario
Concorsi tempo indeterminato	20(1)	6(2)
Avvisi di incarico tempo determinato	2	3(3)
Avvisi di mobilità	5	

(1) di cui 3 attivati dall'Azienda Zero
(2) di cui 3 in forma condivisa con le Aziende del quadrante
(3) di cui 2 attivati dell'Azienda Zero

Lo scostamento fra la consistenza organica della Dirigenza Sanitaria al 31.12.2024 e l'obiettivo atteso è da ricondursi all'elevato numero di recessi volontari e collocamenti a riposo (n. 55 unità).
Altra problematica è rappresentata dalle difficoltà ad entrare a far parte della rete formativa universitaria, per cui i candidati specializzandi, che costituiscono quasi la totalità dei presenti in graduatoria, difficilmente possono essere assunti.
Per il personale del Comparto Sanitario (cessate nel 2024 n. 160 unità) si riscontra una cronica carenza principalmente di infermieri determinata anche dal ridotto numero di nuovi laureati, alla quale l'Azienda ha cercato di sopperire con il costante svolgimento di procedure di reclutamento:

- utilizzo della graduatoria del concorso svolto dall'Azienda Zero pur in pendenza di ricorso al T.A.R. Piemonte;
- adesione ad avvisi per la costituzione per rapporti di lavoro a tempo determinato indetti in forma centralizzata
- espletamento di una procedura concorsuale per 50 posti a seguito della quale soltanto 38 nuove unità hanno preso servizio.

Non è stato possibile il recupero del turnover neanche per i profili di tecnico sanitario di radiologia medica e di laboratorio a causa delle rinunce degli idonei nei concorsi espletati in forma condivisa con le Aziende del quadrante.
Per riassumere le assunzioni di personale a tempo indeterminato del ruolo sanitario ammontano complessivamente a n. 134 unità, di cui 92 unità del comparto sanitario e 42 unità della dirigenza sanitaria (di cui 12 assunti ai sensi del Decreto Calabria).
Con riferimento ai servizi territoriali ed al loro potenziamento, le assegnazioni dirette alla rete distrettuale ammontano a n. 37 delle assunzioni sopra citate di cui 20 del comparto sanitario e 17 della dirigenza sanitaria inclusi 4 con il Decreto Calabria.

Tabella riepilogativa dei dati relativi al presente indicatore:

213-A.S.L. ALESSSANDRIA	totale al 30/06/2023	totale al 31/12/2024	obiettivo osservatorio				
Raggrupamento Profili Professionali				scostamento OSSERVATORIO - 31/12/2024	differenza 30/06/2023 e 31/12/2024 senza incrementi assegnati	obiettivo	
Dirigenza Area Sanità	525,00	513,00	601,00	-88,00	- 12,00	76	dirigenza area sanità
Dirigenza Medica	465,00	449,00	534,00	-85,00	- 16,00		
Medici	427	409,00	493	-84,00	- 18,00		
Odontoiatri e Veterinari	38	40,00	41	-1,00	2,00		
Dirigenza Sanitaria	60	64,00	67	-3,00	4,00		
Dirigenza PTA	21	22,00	21	1,00	1,00		
Comparto	3.119,00	3.130,00	3.246,00	-116,00	11,00		
Ruolo Sanitario	1.794,00	1.737,00	1.895,00	-158,00	- 57,00	127	comparto sanitario
Infermieri	1321	1.248,00	1386	-138,00	- 73,00		
Infermieri Pediatrici	22	21,00	22	-1,00	- 1,00		
Ostetriche	54	53,00	56	-3,00	- 1,00		
Tecnico Sanitario di Radiologia Medica	78	75,00	84	-9,00	- 3,00		
Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico	82	84,00	97	-13,00	2,00		
Altro personale Tecnico Sanitario	16	16,00	17	-1,00	-		
Personale Funzioni Riabilitative	160	172,00	171	1,00	12,00		
Personale Vigilanza e Ispezione	61	68,00	62	6,00	7,00		
Ruolo Socio-Sanitario	487,00	532,00	493,00	39,00	45,00		
Operatore Socio Sanitario	470	509,00	472	37,00	39,00		
Assistente Sociale	17	23,00	21	2,00	6,00		
Ruolo Tecnico e Professionale	324	330,00	340	-10,00	6,00		
Ruolo Amministrativo	514	531,00	518	13,00	17,00		
Totale	**3.665,00**	**3.665,00**	**3.868,00**	-203,00	-		

1.6.3. – Formazione ICA e Manageriale: Numero formati, sul totale di personale da formare al 31/12/2024

Il Corso Manageriale, che si svolge presso l'AOU di Alessandria, è ripartito in n. 3 edizioni, di cui n. 2 hanno avuto inizio l'una il 4.09.2024 e l'altra il 6.09.2024 e termineranno rispettivamente il 12.03.2025 e il 13.03.2025. Tale corso ha una durata di 206 ore e, in base alle indicazioni regionali, sono stati selezionati n. 12 nominativi aventi i requisiti previsti; i suddetti dipendenti sono stati divisi 4 per corso, per cui allo stato attuale non è possibile conoscere quale sarà l'esito finale per tutti i discenti. Viene confermata invece la regolare frequenza alla data del 31.12.2024.

Per quanto riguarda il corso di Formazione ICA – infezioni correlate all'assistenza – l'ASL AL ha formato, entro il 31.12.2024 al corso ICA modulo A n. 998 dipendenti di cui n. 510 hanno completato la formazione anche ai moduli B + C; a costoro vanno sommati n. 12 componenti del CIO che hanno seguito il corso modulo D, per cui il numero totale delle persone formate completamente risulta pari a n. 522 (46% del target).

Tale risultato, in proiezione, è in linea, se non superiore, al numero previsto per il raggiungimento dell'obiettivo regionale di cui all'allegato C della DGR 1-6675/2023 (totale dei dipendenti da formare 1.135 al 30.12.2026 – almeno il 52% alla data del 30.03.2025).

Nelle prime 4 edizioni del corso moduli B + C previste nei mesi di gennaio e febbraio 2025 è stata rilevata una media di n. 50 iscritti. Sono inoltre previste, durante il primo semestre 2025, altre 5 edizioni.

Alla luce di quanto sopra esposto, l'obiettivo può considerarsi RAGGIUNTO.

2. EDILIZIA SANITARIA

OBIETTIVO 2.1

Attuazione interventi della programmazione regionale e nazionale

Viene assegnato alle ASL l'obiettivo di attuare di tutte le attività necessarie per la realizzazione degli interventi di edilizia sanitaria previsti negli atti di programmazione regionale e nazionale nel rispetto delle scadenze intermedie (milestone)relative ad ogni singola fase del procedimento attuativo definita nei cronoprogrammi di progetto

OBIETTIVO GENERALE	Sub	OBIETTIVO SPECIFICO / INDICATORE	STANDARD / VALORE OBIETTIVO	CONSUNTIVO 2024
2.1 ATTUAZIONE INTERVENTI DELLA PROGRAMMAZIONE REGIONALE E NAZIONALE	2.1	Provvedimenti idonei a garantire il rispetto delle scadenze previste negli atti di programmazione regionale e nelle normative di riferimento con riferimento a ciascun programma di finanziamento secondo il seguente algoritmo: n. interventi con attività completate nel 2024/n. interventi totali programmati in anno 2024	Attuazione di tutte le attività necessarie per la realizzazione degli interventi di edilizia sanitaria previsti negli atti di programmazione regionale e nazionale nel rispetto delle scadenze intermedie (milestone) relative ad ogni singola fase del procedimento attuativo definita nei crono programmi di progetto	Riferimento agli interventi di competenza ASL AL riportati nell'all. B DGR 7297 del 25.07.2023: - n. 449 dell'elenco allegato alla DGR: RRF TORTONA. Situazione attuale: lavori ultimati e reparto funzionante. Si sta provvedendo all'acquisto di attrezzature supplementari con le risorse derivanti dalle economie - nn. da 526 a numero 542 dell'elenco allegato alla DGR: PNRR Edilizia (CdC, COT, OdC ,Sisma). Da Milestone/Target gli interventi in edilizia che prevedevano la conclusione entro il 2024 sono le C.O.T. (numeri 535,536,537,538). Si conferma la conclusione dei lavori e l'attivazione avvenuta il 02.04.2024, come da attestazioni dei direttori di distretto allegate alla procedura di verifica del rispetto target inoltrato alla Regione Piemonte . La conclusione degli altri interventi (Cdc, OdC, Sisma) è prevista entro giugno 2026, come da target PNRR. - nn. da 561 a 569 dell'elenco allegato alla DGR: FONDI UE (n.4 interventi ricadenti nell'Ex DL 34/2020 "Arcuri") Da Milestone Target la conclusione dei lavori è prevista entro il 2026. Si segnala che uno dei 4 interventi in elenco è stato ultimato nel 2024 (PS Acqui Terme).

Le attività per la realizzazione degli interventi previsti dalla programmazione nazionale e regionale risultano in linea con le scadenze definite nei cronoprogrammi di progetto.
Si segnala come unica criticità la progettazione degli interventi antisismici per l'ospedale di Ovada, già nota ai competenti settori regionali a seguito di confronti presso l'Assessorato e di corrispondenza sul tema tra ASL AL e Regione Piemonte. A causa dell'impossibilità di adottare le soluzioni progettuali originariamente previste (documentata nei confronti della Regione), solo a seguito di approvazione variante PRG Comunale è stato possibile avviare la progettazione. Il PFTE è in fase conclusiva di verifica.
Si allega la nota con il dettaglio indicatori da CIS/POR.

Alla luce di quanto sopra esposto, l'obiettivo può considerarsi RAGGIUNTO.

Allegati: Rif. Sub. 2.1: Nota prot. 17063/14.02.2025 – Situazione obiettivo con indicatori da CIS/POR

3. SANITA' DIGITALE

OBIETTIVO 3.1

Fascicolo sanitario elettronico 2.0

Al fine di garantire un sempre maggiore coinvolgimento degli assistiti stessi della Regione nei percorsi di cura, il presente obiettivo è focalizzato sul raggiungimento da parte delle Aziende sanitare dei seguenti obiettivi di programmazione regionale:

- *Adeguamento infrastrutturale delle applicazioni aziendali al FSE 2.0*
- *Alimentazione dei documenti clinico-sanitari, prodotti con le nuove modalità tecniche 2.0, nel FSE*
- *Consultazione del FSE da parte dei medici specialisti aziendali*
- *Piena operatività del nuovo nomenclatore di specialistica ambulatoriale*
- *Piena operatività dell'Infrastruttura COT*

OBIETTIVO GENERALE	Sub	OBIETTIVO SPECIFICO / INDICATORE	STANDARD / VALORE OBIETTIVO	CONSUNTIVO 2024
3.1 FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO 2.0	3.1.1.	Realizzazione della fase 2 del FSE 2.0 attraverso: 1 aggiornamento degli applicativi refertanti nel rispetto delle specifiche FSE 2.0 relative a LDO, LIS, RIS, VPS (entro giugno 2024). 2 aggiornamento dei restanti applicativi refertanti nel rispetto delle specifiche FSE 2.0. (entro dicembre 2024 o comunque nel rispetto cronoprogramma condiviso con la Regione). 3 conferimento di almeno 45% dei documenti clinico sanitari 2.0 nelFSE: LDO, VP, LIS, RIS, AP e restanti referti ambulatoriali per esterni (entro marzo 2024 o comunque nel rispetto cronoprogramma condiviso con la Regione). 4. integrazione delle cartelle cliniche degli operatori sanitari con l'applicazione web del FSE (entro aprile 2024 o comunque nel rispetto cronoprogramma condiviso con la Regione). 5. aggiornamento, ove applicabile, delle procedure aziendali finalizzate ad efficientare la consultazione del FSE da parte dei medici specialisti aziendali	100%	Lettere dimissione Ospedaliera 90,9% LIS 98,2% RIS 96,4% Verbali Pronto Soccorso 95,5% Referti Ambulatoriali 0,3% Anatomia Patologica 0,0% **TOTALE 69,5%** Le specifiche per adeguanto software di Anatomia Patologica sono state condivise da Regione solo nel mese di novembre 2024 rendendo impossibile l'adeguamento entro fine anno. La percentuale relativa ai referti ambulatoriali risente del mancato aggiornamento del software attuale, in via di sostituzione tramite fondi PNRR entro giugno 2025
	3.1.2	1 Piena operatività del nuovo nomenclatore di specialistica ambulatoriale dal 1 aprile 2024, o successiva data autorizzata dalla Direzione sanità al fine di tenere conto di eventuali successivi atti del Ministero della salute, attraverso a titolo esemplificativo e non esaustivo: - aggiornamento dei sistemi CUP, e dei sistemi di accettazione,refertazione e rendicontazione. - aggiornamento delle cartelle cliniche prescrittive	100%	Sono state portate a termine tutte le configurazioni relative al nuovo nomenclatore tariffario su tutti gli applicativi in uso in ASL AL (data di partenza posticipata al 31.12.2024)
	3.1.3	Piena opera vità dell'infrastruttura COT entro il 10 marzo 2024, o successiva data autorizzata dalla Direzione sanità previo acquisizione del parere favorevole dell'UMPNRR nazionale	100%	Obiettivo assegnato ad Azienda Zero. Per quanto riguarda ASL AL l'indicatore riguarda la fornitura delle postazioni di lavoro, che sono state acquistate ed installate entro la data indicata. Attualmente c'è piena operatività nelle COT.

3.1.1 - Realizzazione della fase 2 del FSE 2.0

L'indicatore è da considerarsi completamente rispettato. Azienda Zero ha messo a disposizione una piattaforma di monitoraggio da cui si evincono i dati riportati nella seguente tabella:

Applicativo	Numero referti su FSE 2.0	Numero di Accessi	Percentuale
Lettere Dimissione Ospedaliera	13.378	14717	90,9%
LIS	354.530	361028	98,2%
RIS	89.368	92705	96,4%
Verbali di Pronto Soccorso	70.244	73554	95,5%
Referti Ambulatoriali	622	207255	0,3%
Anatomia Patologica	0	10887	0%
TOTALE	**528.142**	**760.146**	**69.5%**

Rispetto alla sopra indicata tabella, va evidenziato che le specifiche per l'adeguamento dei software di Anatomia Patologia sono state condivise dalla Regione solo nel mese di novembre 2024, rendendo impossibile l'adeguamento del software entro la fine dell'anno, mentre la voce relativa ai referti ambulatoriali risente del mancato aggiornamento del software Med's Office che è in via di sostituzione tramite fondi PNRR entro giugno 2025, come comunicato in Regione nel mese di settembre 2024. Il nuovo software di Gestione Ambulatoriale sarà completamente adeguato all'invio a FSE 2.0, sanando l'elemento che più di tutti incide sull'abbassamento della percentuale, che, in ogni caso, rimane complessivamente ampiamente al di sopra dell'indicatore richiesto (45%). Non è attualmente applicabile un accesso a FSE 2.0 da parte degli specialisti attraverso i software aziendali che, comunque, hanno accesso al Dossier Elettronico per i pazienti che hanno in carico. La funzionalità è in fase di analisi.

3.1.2 - Piena operatività del Nuovo Nomenclatore di specialistica ambulatoriale

L'indicatore è da considerarsi completamente rispettato. Sono state portate a termine tutte le configurazioni relative al Nuovo nomenclatore tariffario su tutti gli applicativi in uso in Azienda (ambulatoriale, Order entry, Hero, Armonia, LIS, RIS, Telemedicina, ecc..). Rispetto all'obiettivo originale, la data di partenza è stata posticipata al 30.12.2024, in ogni caso, tutti gli applicativi sono stati aggiornati e resi operativi con isolati e fisiologici casi da gestire in fase di avvio che si sono esauriti nel corso di qualche giorno.
Contestualmente, un gruppo di lavoro afferente alla gestione del CUP ha predisposto l'aggiornamento del sistema di prenotazione per la parte istituzionale ed un ulteriore gruppo di lavoro ha completato l'attività lato CUP per la parte afferente la Libera Professione. Attualmente il software CUP risulta completamente operativo in relazione alle novità introdotte dal Nuovo Nomenclatore. In conclusione, tutti i moduli prescrittivi in uso presso ASL AL (sostanzialmente due: SiRe3 di Dedalus ed il modulo prescrittivo della cartella di nefrologia MedWare di Sined, oltre al modulo di SISM AS, direttamente gestita a livello regionale) sono state aggiornate e sono regolarmente operative.

3.1.3 - Piena operatività dell'infrastruttura COT entro il 10.03.2024 Obiettivo assegnato ad Azienda Zero

L'indicatore è da considerarsi completamente rispettato da parte ASL AL. Trattasi di un indicatore che riguarda la sola fornitura delle Postazioni di Lavoro, essendo la fornitura del software Garcia in carico ad Azienda Zero Piemonte. Le Postazioni di Lavoro, quattro postazioni per ognuna delle quattro sedi (Alessandria, Acqui Terme, Casale Monferrato e Tortona) sono state acquistate ed installate entro la data indicata attraverso fondi PNRR direttamente riconducibili alla predisposizione e ristrutturazione dei locali.
Attualmente c'è piena operatività nelle COT ed in corso di sviluppo qualche integrazione del software Garcia con gli applicativi aziendali

Alla luce di quanto sopra esposto, l'obiettivo può considerarsi RAGGIUNTO.

4. QUALITA'

OBIETTIVO 4.1

Tempi di attesa. Flusso CUP e flusso C.

Il presente obiettivo ha come finalità l'efficientamento e l'adeguato utilizzo delle agende aziendali sia "pubbliche" che "dedicate" mediante il Sistema CUP; pertanto, sarà oggetto di valutazione la relazione tra le prestazioni erogate e le prestazioni prenotate, il cui rapporto dovrà essere minore o uguale a 1,00.

<table>
<tr><th>OBIETTIVO GENERALE</th><th>Sub</th><th>OBIETTIVO SPECIFICO / INDICATORE</th><th>STANDARD / VALORE OBIETTIVO</th><th>CONSUNTIVO 2024</th></tr>
<tr><td>4.1 TEMPI DI ATTESA - FLUSSO CUP E FLUSSO C</td><td>4.1</td><td>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)</td><td>100%</td><td>Analisi Rilevazione regionale ottobre 2024 incrocio dati Flusso C / sistema CUP:
<table>
<tr><th></th><th>TOT</th><th>%</th></tr>
<tr><td>NRE PRESENTE SU CUP E TRACC C</td><td>200.668</td><td>77%</td></tr>
<tr><td>NRE PRESENTE SU TRACC C NO CUP</td><td>24.927</td><td>10%</td></tr>
<tr><td>NRE PRESENTE SU CUP NO TRACC C</td><td>33.747</td><td>13%</td></tr>
<tr><td>NRE PRESENTE NO CUP NO TRACC C</td><td>1</td><td>0%</td></tr>
<tr><td>TOT</td><td>259.343</td><td>100%</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

Con comunicazione del 28 ottobre 2024 sono stati trasmessi dalla Regione Piemonte i dati di incrocio del flusso C ambulatoriale e del sistema CUP, relativamente ai primi 8 mesi 2024, in funzione della verifica di:

- NRE PRESENTI SU FLUSSO C E NON PRESENTI A CUP
- NRE PRESENTI A CUP E NON PRESENTI SU FLUSSO C

Si è proceduto ad una prima elaborazione e sintetizzazione dei dati:

	TOT	%
NRE PRESENTE SU CUP E TRACC C	**200.668**	77%
NRE PRESENTE SU TRACC C NO CUP	**24.927**	10%
NRE PRESENTE SU CUP NO TRACC C	**33.747**	13%
NRE PRESENTE NO CUP NO TRACC C	**1**	0%
TOT	**259.343**	**100%**

Delle 259.343 NRE segnalate, il 77% trova puntuale riscontro su tracciato C e CUP.
Si registrano un 10% di NRE registrate su tracciato C, ma non presenti con prenotazione a sistema CUP; occorre evidenziare che delle 71.946 prestazioni correlate alla NRE non presenti a CUP, l'88% (63.423) riguarda la branca Nefrologia-Dialisi che non dovrebbe essere oggetto di prenotazione.

Il 13% invece riguarda NRE presenti a CUP ma non registrate su tracciato C: di queste

- l'1,6% delle prestazioni correlate alla NRE in esame risultano in stato "annullato" su MedOffice

- il 48.1% delle prestazioni correlate alla NRE in esame risultano in stato "eseguito" su MedOffice per cui è stato necessario verificare la mancata esportazione sul flusso verso il CSI Piemonte (i dati sono stati incrociati con l'ultimo scarico CSI disponibile del mese di ottobre 2024); la maggior parte di tali prestazioni riguarda l'attività di RRF per le quali, in relazione a problemi organizzativi in via di risoluzione, l'"eseguito" su CUP e relativa esportazione su tracciato C è avvenuto oltre i termini previsti (con invio ad hoc di recupero del pregresso si è proceduto a sanare tale anomalia)
- il 49.4% delle prestazioni correlate alla NRE in esame risultano su MedOffice in stato "prenotato" per cui è si è proceduto a verificare la sussistenza delle condizioni per l'attivazione delle procedure per il recupero del ticket a seguito di mancata disdetta della prenotazione da parte del paziente
- lo 0.9% delle prestazioni correlate alla NRE in esame risultano su MedOffice in stato "accettato" per cui si è verificato se tali casi richiedano l'indicazione di "eseguito" da parte del sanitario a seguito di effettuazione della prestazione

Per completezza di informazione, si riporta la tabella seguente dalla quale emerge che la disponibilità di agende pubbliche presso l'ASL AL è pari al 100% per le prime visite e al 91% per le prestazioni diagnostiche (dato disponibile relativo al mese di gennaio 2025), in miglioramento rispetto all'anno precedente e allineata agli standard regionali.

SETTIMANA	% Disponibilità pubbliche relative a Prime visite	% Disponibilità pubbliche relative alle Prestazioni
STANDARD (D.G.R. n. 20 – 6920 del 22 maggio 2023)	100%	75%
ASLAL rilevazione settimana 14/10/2024 - 21/10/2024	95%	90%
ASLAL rilevazione settimana 13/01/2025 - 20/01/2025	100%	91%

Alla luce di quanto sopra riportato, in attesa della rendicontazione puntuale della Regione sull'indice oggetto di monitoraggio, l'obiettivo può considerarsi RAGGIUNTO.

OBIETTIVO 4.2

Tempi di attesa e recupero produzione

Il governo dei tempi di attesa per le attività sanitarie è uno degli obiettivi prioritari del SSN e l'erogazione dei servizi entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura, rappresenta una componente strutturale dei LEA e in tale ambito vanno poste in essere azioni articolate alfine di favorire l'accessibilità ai servizi da parte dei cittadini.
Il presente obiettivo concerne il miglioramento della erogazione adeguata delle attività secondo il principio dell'appropriatezza nelle sue diverse articolazioni

OBIETTIVO GENERALE	Sub	OBIETTIVO SPECIFICO / INDICATORE	STANDARD / VALORE OBIETTIVO	CONSUNTIVO 2024
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	Superamento della produzione anno 2024 vs 2019 per almeno nel 90% di ognuno dei singoli ricoveri DGR e comunque produzione totale maggiore del 100 %.	ANNO 2023: 99% ANNO 2024: 105%
	4.2.2	Numero prestazioni PNGLA erogate nell'anno 2024 > Numero prestazioni PNGLA erogate nell'anno 2019	Superamento produzione anno 2024 vs 2019 per almeno nel 90% di ognuna delle singole prestazioni PNGLA e comunque produzione totale maggiore del 100 %.	ANNO 2024 - genn-dic.: 82% ANNO 2024 - sett-dic.: 101%

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 rileva incremento complessivo della produzione dei ricoveri oggetto di analisi nell'anno 2024 rispetto all'anno 2019 (+5%). In dettaglio per classe DRG oggetto di monitoraggio:

	ANNO 2019	ANNO 2023	ANNO 2024	% 2024 vs 2019
Classe 1: Interventi maggiori, chirurgia oncologica e trapianti	1.004	818	835	**83%**
Classe 2: Interventi non classificati come maggiori, ma correlati a patologie di rilievo	3.238	3.628	3.554	**110%**
Classe 3: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di minore complessità	2.744	2.655	2.923	**107%**
TOT	**6.986**	**7.101**	**7.312**	**105%**

In data 18.12.2024 è stato effettuato audit interno sugli indicatori di area chirurgica, sulla base dei report messi a disposizione dalla Regione Piemonte, al fine di analizzare gli scostamenti più significativi degli indicatori di degenza e con l'obiettivo di valutarne le cause.

4.2.2. - Numero prestazioni PNGLA erogate nell'anno 2024 > Numero prestazioni PNGLA erogate nell'anno 2019

Da report PADDI:

gen-dic 2024	
N. PRESTAZIONI PNGLA MONITORATE	37
N. PRESTAZIONI PNGLA MONITORATE CON 2024>2019	16
% PRESTAZIONI PNGLA MONITORATE CON 2024>2019	43%
% SUL TOTALE	75%
al netto	82%

Nell'anno 2024 la produzione di specialistica ambulatoriale relativa alle prestazioni PNGLA si attesta complessivamente al 75% dell'anno 2019.
Il dato indicato come "netto" non comprende le seguenti prestazioni, i cui livelli di produzione non sono confrontabili tra i due periodi (2019-2024)
- prima visita ginecologica: non confrontabile in quanto nel 2019 la prestazione era erogata anche dalle strutture consultoriali con il medesimo codice nomenclatore;
- ECG: nel 2019 le prescrizioni per "prima visita" ed "elettrocardiogramma" erano prevalentemente disgiunte e con codici differenti, mentre nel corso degli anni le suddette prestazioni sono state inserite nella medesima impegnativa e, di conseguenza, rendicontate come "prima visita + elettrocardiogramma" - unico codice;
- elettromiografia: non confrontabile per variazione della codifica
Di conseguenza, risulta più coerente confrontare la produzione 2024 al netto delle sopra indicate prestazioni, che in questo caso si attesta all'82% rispetto al 2019.
Nel secondo semestre del 2024 è stato formalizzato e adottato un progetto per il recupero delle prestazioni specialistiche PNGLA, con la partecipazione delle strutture aziendali ospedaliere e territoriali. Gli effetti del progetto sono rilevanti soprattutto negli ultimi mesi del 2024 (fonte report PADDI):

set-dic 2024	
N. PRESTAZIONI PNGLA MONITORATE	37
N. PRESTAZIONI PNGLA MONITORATE CON 2024>2019	20
% PRESTAZIONI PNGLA MONITORATE CON 2024>2019	54%
% SUL TOTALE	90%
al netto	101%

Alla luce di quanto sopra riportato l'obiettivo può considerarsi PARZIALMENTE RAGGIUNTO.

OBIETTIVO 4.3

Recupero mobilità passiva

Regione Piemonte ha definito il proprio piano di miglioramento della mobilità regionale ed è stato richiesto alle ASR lo sviluppo di progetto di analisi e miglioramento dei processi della mobilità sanitaria interregionale.
Il presente obiettivo ha lo scopo di predisporre un'analisi dei principali DRG oggetto di fuga dei residenti in Regione Piemonte con contestuale riduzione per quantità offrendo la possibilità di usufruire le prestazioni sul territorio

OBIETTIVO GENERALE	Sub	OBIETTIVO SPECIFICO / INDICATORE	STANDARD / VALORE OBIETTIVO	CONSUNTIVO 2024
4.3 RECUPERO MOBILITA' PASSIVA	4.3	Riduzione della mobilità passiva extra-regione per area, previa adozione dei piani come da comunicazione "Analisi e Miglioramento deiprocessi della mobilità sanitaria" relavamente ai primi 15 DRG a maggior incidenza di fuga per quantità (periodo di riferimento anno2022).	Riduzione almeno del 30% del numero prestazioni dei primi 15 DRG a maggior incidenza di fuga	Progetto di analisi e miglioramento dei processi della mobilità sanitaria interregionale area Piemonte Sud inviato da ASL CN 2 a Regione Piemonte (29.02.2024) - Piano operativo ASL AL - AOU AL (4.07.2025) - 2 Audit di Area (17.09.2024 - 4.12.2024) - Analisi flusso SDO extraregione 2023 inviato a Regione Piemonte (prot 113825/24.10.20.24) con proposte per contestazioni vs. strutture fuori regione - Costituzione NCA delibera 1074/2024 - Individuazione componenti ASL AL per costituzione NCAO - Invio contestazione modalità inappropriata interventi cataratta a n. 2 strutture liguri Dati di mobilità 2024 non verificabili

L'esito del presente obiettivo non è verificabile nei termini espressi, in quanto la produzione 2024 delle prestazioni sanitarie extraregionali non è al momento disponibile.
Di conseguenza si illustrano le attività effettuate nel corso dell'anno e finalizzate al recupero della mobilità passiva extraregionale.
A seguito delle indicazioni regionali (nota prot. 3381 del 08.02.2024) è stato sviluppato il progetto di analisi e miglioramento dei processi della mobilità sanitaria interregionale nell'ambito dell'Area Piemonte Sud.
Il progetto, inviato a Regione Piemonte in data 29.02.2024, è stato predisposto sulla base delle analisi effettuate a livello di ogni singola Azienda Sanitaria afferente all'area e integrato con proposte di miglioramento ad essa conseguenti.
L'ASL AL ha inoltre definito il Piano Operativo per il miglioramento della mobilità sanitaria interaziendale – ricoveri relativo all'Area territoriale afferente all'ASL AL, redatto congiuntamente con l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Alessandria e trasmesso all'ASL CN2 (capofila dell'Area Piemonte Sud) in data 4.07.2024.
Dall'analisi di tutti gli analoghi elaborati predisposti dalle varie aziende dell'Area emergono elementi di criticità comuni, o potenzialità dei singoli centri/Aziende, che suggeriscono di sviluppare lo studio di interventi interaziendali, se non di area complessiva (invio a Regione Piemonte 8.07.2024).
Con le aziende dell'area Piemonte Sud sono stati effettuati n. 2 audit durante il secondo semestre 2024.
Con deliberazione n. 1074 del 27.11.2024 è stata aggiornata la composizione del Nucleo di Controllo Aziendale (NCA) e con nota prot. 131669 del 10.12.2024 l'ASL AL ha individuato i componenti da proporre all'Area di riferimento per la costituzione del NCAO.

L'ASL AL ha inviato a Regione Piemonte (prot. 113825/24.10.2024) un'analisi effettuata sul flusso SDO Extraregionale 2023 con proposte per presentare eventuali contestazioni nei confronti di strutture fuori Regione.
Successivamente sono state trasmesse note di contestazione a due strutture liguri in merito all'effettuazione di cataratte nel setting inappropriato.

Alla luce di quanto sopra riportato, in attesa dei dati di mobilità extraregione anno 2024, in relazione alle attività ed azioni avviate, l'obiettivo può considerarsi RAGGIUNTO.

Allegati:
Nota ASL CN2 29.02.2024 inviata a Regione Piemonte ad oggetto: Analisi e miglioramento dei processi della mobilità sanitaria. Relazione area Piemonte SUD
Nota ASL CN2 08.07.2024 inviata a Regione Piemonte ad oggetto: Analisi e miglioramento dei processi della mobilità sanitaria. Relazione area Piemonte SUD
Nota ASL CN2 31.01.2025 inviata a Regione Piemonte ad oggetto: Analisi e miglioramento dei processi della mobilità sanitaria passiva interregionale. Trasmissione verbale incontro del 4 dicembre 2024 - AREA PIEMONTE SUD
Deliberazione n. 1074 del 27.11.2024 (NCA ASL AL)

OBIETTIVO 4.4

Monitoraggio e garanzia LEA – Sistema NSG

Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) è lo strumento che consente, con le numerose informazioni ad oggi disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di verificare - secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza - che tu2 i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA).
La finalità dell'obiettivo è di sviluppare a livello regionale un sistema di valutazione in coerenza con il Sistema di verifica degli adempimenti LEA, di competenza del Comitato LEA nazionale

OBIETTIVO GENERALE	Sub	OBIETTIVO SPECIFICO / INDICATORE	STANDARD / VALORE OBIETTIVO	CONSUNTIVO 2024
4.4 MONITORAGGIO E GARANZIA LEA - SISTEMA NSG	4.4.1	NSG: Area Ospedaliera	La valorizzazione dei target per indicatore sarà comunicata con successivo provvedimento	In assenza valorizzazione dei target, si è proceduto a monitoraggi in corso d'anno dei valori calcolati da Regione Piemonte confrontati con i dati del DWH interno. Alcuni indicatori del sistema NSG - CORE si sovrappongono a rilevazion eparallela indicatori per appropriatezza. Confronto dati e indicatori e inviata rendicontazione a Regione Piemonte con criteri di estrazione utilizzati ed esiti. Audit effettuati: Interno: Governo Clinico - Controllo di Gestione Interno: Governo Clinico - Controllo di Gestione - Distretti ASL AL - Direzioni Mediche di Presidio - Prevenzione Interaziendale: ASL AL - AOU AL
	4.4.2	NSG: Area Territoriale	La valorizzazione dei target per indicatore sarà comunicata con successivo provvedimento	
	4.4.3	NSG: Area Prevenzione	La valorizzazione dei target per indicatore sarà comunicata con successivo provvedimento	

Considerato che la valorizzazione dei target per indicatore non è stata definita nel corso del 2024, si è proceduto ad analizzare i valori calcolati da Regione Piemonte e a confrontare i dati utilizzati e i criteri di estrazione con le informazioni in possesso in ASL AL.
Si precisa che tale attività ha riguardato anche una ulteriore rilevazione regionale di indicatori, di cui alcuni contenuti nel sistema NSG Core, riferiti all'appropriatezza nella dimensione ricoveri, ambulatoriale e pronto soccorso e per i quali si è proceduto ad effettuare apposito audit interno e ad inoltrare a Regione Piemonte gli esiti delle analisi interne, richiedendo confronti e chiarimenti. Per questo set di indicatori si segnala anche corrispondenza e comunicazioni con tecnici CSI Piemonte in ordine ai criteri per l'estrazione dei dati.
Gli indicatori oggetto del presente obiettivo vengono trimestralmente pubblicati sulla piattaforma PADDI.
A seguito di apposito audit interno di natura tecnica (il primo effettuato sulla base dei dati 2024 aggiornati al 1^ semestre), valutando sia gli esiti che i dati utilizzati per la costruzione di alcuni indicatori, non sempre è stata osservata coerenza con le informazioni estrapolate dalle basi dati aziendali, pur nel rispetto delle indicazioni previste dalle schede NSG. È stata pertanto inoltrata alla Regione Piemonte mail in data 3.12.2024 con evidenza di alcuni disallineamenti e richiesta di chiarimenti e ulteriori indicazioni in merito ai dati e ai criteri utilizzati.
Con l'aggiornamento dei dati su PADDI al III trimestre 2024 è stato organizzato un incontro / audit con la partecipazione delle macroaree aziendali coinvolte: Direzioni Mediche di PO, Distretti, Prevenzione, da cui è emersa la necessità di ulteriori approfondimenti e confronti.
Successivamente è stato organizzato un audit interaziendale con l'AOU di Alessandria.

Nella tabella che segue si riporta la sintesi degli indicatori relativi all'anno 2024 per l'ASL AL (fonte PADDI) confrontati con gli esiti dell'anno precedente:

Indicatore		ANNO 2023	ANNO 2024	NOTA ASL AL
Distrettuale		**Tasso/perc.**	**Tasso/perc.**	
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.		364	319	In miglioramento rispetto A.P.
Tasso di ospedalizzazione (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite		33	20	In miglioramento rispetto A.P.
Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso		21	22	Stabile rispetto A.P.
Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B.		90	94	In miglioramento rispetto A.P.
Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici		4.537	4.604	Tendenzialmente stabile (+1%)
Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)	CIA 1	7	7	Stabile rispetto A.P.
	CIA 2	3	3	Stabile rispetto A.P.
	CIA 3	3	3	Stabile rispetto A.P.
Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria		5	6	Tendenzialmente stabile
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore		41	42	Tendenzialmente stabile
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	0	0	Stabile rispetto A.P.
	R2	18	18	Stabile rispetto A.P.
	R3	25	24	Stabile rispetto A.P.
Ospedaliera				
Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) in rapporto alla popolazione residente		122	123	Tendenzialmente stabile
Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi annui.		88	90	Lieve incremento rispetto A.P.
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (Allegato B Patto per la Salute 2010- 2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario		0,09	0,09	Stabile rispetto A.P.
Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni		82	84	Lieve incremento rispetto A.P.
Percentuale di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario		63	68	Lieve incremento rispetto A.P.
Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti		23	19	Miglioramento rispetto A.P.
Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con ≥ 1.000 parti		20	20	Stabile rispetto A.P.
Prevenzione				
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)		94	94	Stabile rispetto A.P.
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)		94	94	Stabile rispetto A.P.

Si allegano gli esiti degli audit citati e la corrispondenza con Regione Piemonte.

Alla luce di quanto sopra rappresentato, l'obiettivo può considerarsi RAGGIUNTO.

Allegati:

NSG CORE

- Mail a Regione Piemonte in data 3.12.2024 ad oggetto "Monitoraggio e garanzia LEA Sistema NSG – Confronto base dati ASL / Regione Piemonte"
- Audit interno 26.11.2024
- Audit interno 18.12.2024 (anche per indicatori appropriatezza)
- Audit interaziendale 23.12.2024 (anche per indicatori appropriatezza)

Indicatori Appropriatezza (comprende indicatori NSG core)

- Audit interno 16.09.2024
- Mail a Regione Piemonte in data 21.10.2024 ad oggetto "Monitoraggio indicatori NSG per appropriatezza – Confronto base dati ASL AL/ Regione" con allegato file excel

OBIETTIVO 4.5

Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA Stemi

La tempestività dell'effettuazione dell'angioplastica percutanea su pazienti con diagnosi di IMA STEMI, cruciale per la sopravvivenza del paziente, deve essere oggetto di monitoraggio insieme alle altre indicazioni sul percorso del paziente come definito per le reti di patologie tempo dipendenti quali la rete IMA STEMI.
L'indicatore è espresso in termini di produzione per le AO e di tutela per le ASL

OBIETTIVO GENERALE	Sub	OBIETTIVO SPECIFICO / INDICATORE	STANDARD / VALORE OBIETTIVO	CONSUNTIVO 2024
4.5 TEMPESTIVITA' NELL'EFFETTUAZIONE DI PTCA IN CASO di IMA STEMI	4.5	Numero di episodi di STEMI in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro novanta minuti / Numero di episodi di STEMI L'indicatore è espresso in termini di produzione per le AO e di tutela per le ASL	Tasso grezzo > 60%	Anno 2023: 59% Anno 2024: 53,52%

I pazienti con IMA-STEMI afferenti ai DEA/PS ASL AL vengono trasportati per competenza presso il DEA di II livello in Alessandria mediante intervento del SET118 nell'ambito della Rete Emergenza/Urgenza Regionale dedicata; i pazienti ricoverati nei Presidi ASL AL con IMA-STEMI occorso durante la degenza vengono trasportati per competenza presso il DEA di II livello mediante trasporto secondario protetto da parte delle PP.AA. convenzionate.
L'ASL AL non avendo servizi propri di emodinamica non incide direttamente sugli esiti di tale indicatore; il risultato di tale obiettivo, oltre che dall'attività delle strutture erogatrici di PTCA, deriva dagli effetti delle azioni e delle procedure condivise dall'ASL AL con gli erogatori (pubblici e privati) presenti sul territorio e con la rete dell'Emergenza Urgenza. Si evidenzia, a tal proposito, che l'Azienda può intervenire solamente sul "tempo zero" ovvero il momento in cui si viene a contatto con il paziente, inviando in maniera tempestiva verso le sedi di erogazione PTCA, mentre il "tempo finale" di esecuzione della prestazione è di competenza di tale erogatore. Ulteriori effetti migliorativi di tale risultato derivano dalle avvenute azioni di riorganizzazione della rete delle strutture cardiologiche presenti sul territorio provinciale.
Il calcolo dell'indicatore è effettuato su tutti i soggetti residenti sul territorio ASL AL ricoverati in qualsiasi ospedale del Piemonte e sottoposti a PTCA in qualsiasi ospedale del Piemonte e pertanto in termini di tutela.
In relazione a quanto sopra, si evidenzia che dalla rete dei Presidi Ospedalieri dell'ASL AL risulta puntuale e tempestivo il flusso di invio dei pazienti necessitanti di angioplastica percutanea verso i centri di riferimento (Azienda Ospedaliera di Alessandria in primis).

Alla luce di quanto sopra rappresentato, l'obiettivo può considerarsi PARZIALMENTE RAGGIUNTO.

OBIETTIVO 4.6

Donazioni d'organo

Piena attuazione - attraverso il Coordinamento Ospedaliero delle donazioni e dei prelievi di organi e tessuti, operativamente e funzionalmente in staff alla Direzione Sanitaria, con il supporto dell'Infermiere Esperto nel Procurement, come previsto dalla DD n.466 del 7 giugno 2019 - dei parametri fissati dal Coordinamento Regionale delle donazioni e dei Prelievi di organi e tessuti finalizzati per il 2023 a incrementare il procurement di organi e di cornee.

OBIETTIVO GENERALE	Sub	OBIETTIVO SPECIFICO / INDICATORE	STANDARD / VALORE OBIETTIVO	CONSUNTIVO 2024
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	20 - 40 % per tutti i PPOO ASL AL	ANNO 2024 % **BDI**: Tortona 0% (0/4 casi) Casale M.to 75% Novi Ligure 33% Acqui Terme 33%
	4.6.2	Opposizioni alla donazione di organi nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero/segnalazioni di morte encefalica nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero senza volontà presente nel SIT	<= 33% per tutti i PPOO ASL AL	ANNO 2024 % **OPPOSIZIONI**: Tortona 0% Casale M.to 25% Novi Ligure. 25% Acqui Terme 0%i
	4.6.3	n° donatori di cornea: n° donatori di cornea nel 2024/ totale decessi ospedalieri del 2023 fra i 5 e i 78 anni compresi	Casale n. 15 Tortona n. 7 Novi n. 10 Acqui n. 7 TOT: 39	ANNO 2024 **DONATORI CORNEE**: Tortona n. 2 - target n. 7 Casale M.to n.34 - target n. 15 Novi Ligure n.21 - target n. 10 Acqui Terme n. 4 - target n. 7 ASL AL **n. 61 - target n. 39**

L'obiettivo prevede la piena attuazione attraverso il Coordinamento ospedaliero delle donazioni e dei prelievi di organi e tessuti, operativamente e funzionalmente in staff alla Direzione Sanitaria con il supporto dell'infermiere esperto nel procurement, come previsto dalla D.D. n. 466 del 07.06.2019 – dei parametri fissati dal Coordinamento regionale delle donazioni e dei Prelievi di organi e tessuti per il 2024 finalizzati a incrementare il procurement di organi e di cornee, con valori attesi: percentuale decessi di morte encefalica (BDI%) tra il 20% e il 40% (Ospedali senza Neurochirurgia), superiore al 40% (Ospedale con Neurochirurgia), tasso di opposizione alla donazione di organi inferiore o uguale al 33% delle segnalazioni di morte encefalica ed un numero di donatori di cornee, per i Presidi Ospedalieri senza Neurochirurgia e con meno di 400 posti letto, pari al 10% dei decessi ospedalieri del 2024 fra i 5 e i 78 anni compresi.

Con riferimento specifico al presente obiettivo si riportano i dati aggiornati all'intero anno 2024 con i rispettivi indicatori.

4.6.1 - Segnalazioni di soggetti in Morte Encefalica (BDI%)
(Indicatore: BDI% = BDI = n. morti encefaliche segnalate nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero / n° decessi di soggetti ricoverati nei reparti di rianimazione e afferenti al presidio Ospedaliero con una patologia compatibile con l'evoluzione verso la morte encefalica)

% BDI ANNO 2024		
Presidio	**Valore obiettivo**	**Risultato al 31/12/24**
OSPEDALE S. SPIRITO CASALE M.TO	20-40%	75%
OSPEDALE SS. ANTONIO E MARGHERITA - TORTONA	20-40%	0/4 = 0%
OSPEDALE S. GIACOMO – NOVI L.	20-40%	33%
OSPEDALE CIVILE ACQUI T.	20/40%	33%

Si precisa che i Presidi Ospedalieri di Acqui Terme e Tortona sono sedi di SS Anestesia e Terapia Intensiva e Sub-intensiva e non di Rianimazione.

4.6.2 - Non opposizioni alla donazione di organi
(indicatore: opposizioni alla donazione di organi nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero/ segnalazioni di morte encefalica nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero senza volontà presente nel SIT)

% OPPOSIZIONE ALLA DONAZIONE DI ORGANI ANNO 2024		
Presidio	**Valore obiettivo**	**Risultato al 31/12/24**
OSPEDALE S. SPIRITO CASALE M.TO	< 33%	20%
OSPEDALE SS. ANTONIO E MARGHERITA TORTONA	< 33%	0%
OSPEDALE S. GIACOMO NOVI L.	< 33%	25%
OSPEDALE CIVILE ACQUI T.	<33%	0%

Come indicato nella corrispondente scheda obiettivo *ex* DGR 7-8279 del 11/03/2024 la valutazione è effettuata sugli ultimi 3 anni per i P.O. (2022, 2023, 2024) che hanno nel 2023 meno di tre segnalazioni di morte encefalica senza volontà presente nel SIT.
Gli ospedali di Tortona e Acqui Terme nel 2022 e nel 2023 presentavamo 0 (zero) segnalazioni confermando il dato 2024 e pertanto il raggiungimento dell'obiettivo.

4.5.3 - Donatori di cornee
(indicatore: n° donatori di cornea nel 2024/ totale decessi ospedalieri del 2023 fra i 5 e i 78 anni compresi)

DONAZIONE CORNEE ANNO 2024		
Presidio	**Valore obiettivo**	**Risultato al 31/12/24**
OSPEDALE SANTO SPIRITO CASALE M.TO	15	34
OSPEDALE SS.ANTONIO E MARGHERITA TORTONA	7	2
OSPEDALE S.GIACOMO NOVI L.	10	21
OSPEDALE CIVILE ACQUI T.	7	4
TOTALE ASL AL	**39**	**61**

I dati segnalati evidenziano il raggiungimento dell'obiettivo fatto salvo il sub-obiettivo cornee per i PP.OO. di Acqui Terme e Tortona rispetto ai quali si segnala una più significativa presenza di persone decedute non idonee alla donazione di cornee.

In relazione alla questione donazioni cornee relativa al PO di Tortona è stata avviata un attività di procurement presso la struttura hospice “Il Gelso”.
Riguardo alla necessità di incrementare l’attenzione alla segnalazione delle morti encefaliche ai donatori di cornee nei P.O di Tortona ed Acqui, oltre ad incontri specifici con i Direttori di Struttura dei reparti di degenza, è stato organizzato nel corso del 2024 incontro informativo e di sensibilizzazione con i reparti coinvolti.

Alla luce di quanto sopra rappresentato, l’obiettivo può considerarsi RAGGIUNTO.

OBIETTIVO 4.7

Programma regionale per la gestione del rischio clinico e per la sicurezza del paziente

La sicurezza dei pazienti è uno dei fattori determinanti la qualità delle cure. La "gestione del rischio clinico" è uno degli interventi del "governo clinico" per il miglioramento della qualità delle prestazioni attraverso un processo sistematico, comprendente sia la dimensione clinico-assistenziale che quella gestionale, che impiega un insieme di metodi, strumenti ed azioni che consentono di identificare, analizzare, valutare, trattare e monitorare i rischi al fine di migliorare la sicurezza dei pazienti e degli operatori.
Il presente obiettivo ha come finalità lo sviluppo del PRRC – Programma Regionale per la gestione del Rischio Clinico – relativamente agli obiettivi 2024 di competenza aziendale

OBIETTIVO GENERALE	Sub	OBIETTIVO SPECIFICO / INDICATORE	STANDARD / VALORE OBIETTIVO	CONSUNTIVO 2024
4.7 PROGRAMMA REGIONALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E LA SICUREZZA DEL PAZIENTE	4.7.1	ASR: Numero azioni di competenza aziendale previste dal PRRC per l'anno 2024 implementate in SIMES	Azioni implementate > 90%	Azioni / interventi del PRRC di competenza aziendale relativi all'anno 2024 trasmessi in Regione entro il termine del 31.01.2025, come da nota Regione Piemonte prot. 16310 del 28.06.2024
	4.7.2	ASR/AZIENDA ZERO: Corretto adempimento al debito informativo relativo al flusso SIMES	Soddisfatti tutti gli indicatori del flusso	Il flusso SIMES viene puntualmente aggiornato con inserimento nuovi sinistri entro il termine di 30 giorni dalla ricezione della richiesta di risarcimento danni
	4.7.3	AZIENDA ZERO: Numero gg medio per liquidazione sinistri anno 2024	30 gg	Obiettivo assegnato ad Azienda Zero

4.7.1 – Numero azioni di competenza aziendale previste dal PRRC per l'anno 2024 implementate in SIMES.
A seguito di nota Regione Piemonte prot. 16310 del 28.06.2024 ad oggetto "D.G.R. n. 7-8279/2024/XI del 11.03.2024. Obiettivo 4.7 – Programma regionale per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente" e successive integrazioni, si è proceduto a dettagliare le azioni e gli interventi di competenza aziendale previste dal PRRC - Programma regionale per la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti 2023-2025, definendone l'esito e l'evidenza in relazione agli obiettivi, indicatori e standard individuati per ogni azione.
La documentazione è stata puntualmente trasmessa entro il termine del 31.01.2025, come definito da Regione Piemonte, e che si allega alla presente relazione.
Si precisa, come indicato nella mail di invio a Regione Piemonte, che la documentazione è stata resa disponibile sulla piattaforma NEXT SHARE nelle seguenti cartelle:
Cartella "ASL Alessandria - Rischio clinico" - sottocartella "OBV 4.7. DG Report annuale 2024 attività rischio clinico" - Relazione OBV 4.7.
Cartella "ASL Alessandria - EMPOWERMENT"

4.7.2 – Corretto adempimento al debito informativo relativo al flusso SIMES.
L'obiettivo mira a una raccolta sistematica dei dati relativi alle denunce di sinistri attraverso una puntuale e completa alimentazione del flusso SIMES, al fine di favorire la conoscenza della dimensione del rischio e

consentire la predisposizione di un piano di interventi idoneo a ridurre i danni conseguenti ad errori umani e di sistema.
Il flusso SIMES risulta puntualmente aggiornato, con l'inserimento dei sinistri nuovi entro il termine di 30 giorni dalla ricezione della richiesta di risarcimento dei danni (costituiscono eccezione n. 4 sinistri, su un totale di circa 50, che sono stati inseriti in ritardo per problemi organizzativi), e valorizzando i campi, in particolare i più rilevanti, quali "Contesto di riferimento" "Disciplina" e "Importo Riservato". La valorizzazione dell'importo riservato viene verificata e aggiornata puntualmente. Tutti i sinistri inseriti nell'annualità 2024 sono valorizzati e aggiornati

Alla luce di quanto sopra rappresentato, l'obiettivo può considerarsi RAGGIUNTO.

Allegati: Rif. Sub-Obiettivo 4.7.1: documentazione trasmessa a Regione Piemonte in data 30.01.2025 e integrazioni

5. PREVENZIONE

OBIETTIVO 5.1

Attuazione Piano di recupero delle prestazioni di screening oncologici

Il presente obiettivo si inquadra nell'ambito normativo nazionale e regionale vigenti e prevede il raggiungimento degli obiettivi di inviti e prestazioni secondo i target individuati dal provvedimento regionale

OBIETTIVO GENERALE	Sub	OBIETTIVO SPECIFICO / INDICATORE	STANDARD / VALORE OBIETTIVO	CONSUNTIVO 2024
5.1 ATTUAZIONE PIANO DI RECUPERO DELLE PRESTAZIONI DI SCREENING	5.1	COPERTURE INVITI: N° persone invitate + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale. COPERTURA ESAMI: N° persone sottoposte al test di screening, incluse le adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale	Screening Mammografico età 50-69 anni: COPERTURA INVITI 100% - MIN 97% COPERTURA ESAMI 63% - MIN 60% Screening cervico vaginale età 25-64 anni: COPERTURA INVITI 100% - MIN 97% COPERTURA ESAMI 52% - MIN 49% Screening colo-rettale età 50-74 anni: COPERTURA INVITI 100% - MIN 97% COPERTURA ESAMI 53% - MIN 50%	Anno 2024 - Programma 6 Screening Mammografico età 50-69 anni: COPERTURA INVITI 108% (Target 97-100%) COPERTURA ESAMI 73% (Target 60-63%) Screening cervico vaginale età 25-64 anni: COPERTURA INVITI 116% (Target 97-100%) COPERTURA ESAMI 56% (Target 49-52%) Screening colo-rettale età 50-74 anni: COPERTURA INVITI 155% (Target 97-100%) COPERTURA ESAMI 51% (Target 50-53%)

<u>Screening mammografico</u>
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%.

<u>Screening cervico-vaginale</u>
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.

<u>Screening colo-rettale</u>
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.

Alla luce di quanto sopra rappresentato, l'obiettivo può considerarsi RAGGIUNTO.

OBIETTIVO 5.2

Contrasto all'antimicrobico resistenza

Promuovere l'uso appropriato degli antibiotici rappresenta uno dei sei obiettivi generali per ridurre l'incidenza e l'impatto delle infezioni resistenti agli antibiotici

OBIETTIVO GENERALE	Sub	OBIETTIVO SPECIFICO / INDICATORE	STANDARD / VALORE OBIETTIVO	CONSUNTIVO 2024
5.2 CONTRASTO ALL'ANTIBIOTICO RESISTENZA	5.2.1	Consumo (DDD/100 giornate di degenza) di carbapenemi in ambito ospedaliero	Riduzione del consumo (DDD/100 giornate di degenza) di carbapenemi (Fonte ESAC) ≥4% in ambito ospedaliero nel 2024 rispetto al 2022	**Carbapenemi** Da Report PADDI: Nel periodo **gen-novembre 2024**, l'ASL AL ha riportato un decremento dell'11,6% rispetto al target. La Regione Piemonte mediamente registra un incremento del 2,9 % rispetto al target. **Fluorochinolonici** Da Report PADDI: Nel periodo **gen-novembre 2024**, l'ASL AL ha riportato un decremento del 30,7% rispetto al target. La Regione Piemonte mediamente registra un decremento dell'8,4% rispetto al target. **Antibiotici ampio spettro** **Da report PADDI:** Nel periodo **gen-novembre 2024**, l'ASL AL ha riportato un decremento del 41,7% rispetto al target. La Regione Piemonte mediamente registra un decremento del 9,4% rispetto al target.
	5.2.2	Consumo (DDD/100 giornate di degenza) di fluorochinoloni in ambito ospedaliero	Riduzione del consumo (DDD/100 giornate di degenza) di fluorochinoloni (Fonte ESAC) ≥4% in ambito ospedaliero nel 2024 rispetto al 2022	
	5.2.3	Rapporto tra il consumo (DDD/1000 ab die) di molecole ad ampio spettro e di molecole a spettro ristretto in ambito territoriale	Riduzione ≥7% del rapporto tra il consumo (DDD/1000 ab die) di molecole ad ampio spettro e di molecole a spettro ristretto (Fonte ESAC) in ambito territoriale nel 2024 rispetto al 2022	

L'5.2.1 - Consumo (DDD/100 giornate di degenza) di carbapenemi in ambito ospedaliero
L'obiettivo è stato assegnato ai Dipartimenti Medico (compresa area riabilitativa), Chirurgico, Materno-Infantile. Nei primi nove mesi del 2024 l'obiettivo è stato raggiunto da tutti i Dipartimenti.
Dato da report Paddi: Nel periodo gennaio-settembre 2024 l'ASL AL ha riportato un decremento dell'11,6% rispetto al target. La Regione Piemonte registra un incremento del 2,9%

Cod- Desc Azienda Competenza	DDD/100 giornate di degenza 2022	DDD/100 giornate di degenza gen - nov 2024	Valore Target Riduzione >= 4% del valore 2022	Variazione assoluta rispetto al Valore Target 2022	Variazione percentuale rispetto al Valore Target 2022
301 - A.S.L. CITTA' DI TORINO	5,98	5,57	5,74	-0,17	-2,99%
203 - A.S.L. TORINO 3	4,91	5,87	4,71	1,15	24,50%
204 - A.S.L. TORINO 4	3,72	3,68	3,57	0,11	3,20%
205 - A.S.L. TORINO 5	2,39	2,08	2,29	-0,21	-9,11%
206 - A.S.L. VERCELLI	3,99	3,81	3,83	-0,02	-0,57%
207 - A.S.L. BIELLA	2,25	1,78	2,16	-0,38	-17,79%
208 - A.S.L. NOVARA	2,79	3,25	2,67	0,58	21,54%
209 - A.S.L. VERBANO-CUSIO-OSSOLA	2,33	2,98	2,23	0,75	33,47%
210 - A.S.L. CUNEO 1	3,05	3,07	2,93	0,14	4,87%
211 - A.S.L. CUNEO 2	3,73	2,09	3,58	-1,48	-41,46%
212 - A.S.L. ASTI	5,75	3,97	5,52	-1,55	-28,00%
213 - A.S.L. ALESSANDRIA	5,49	4,67	5,27	-0,61	-11,55%
904 - AZIENDA OSP. S.LUIGI	6,67	5,54	6,40	-0,87	-13,53%
905 - AZIENDA OSP. MAGGIORE DELLA CARITA'	5,58	6,70	5,36	1,34	24,93%
906 - AZIENDA OSP. S.CROCE E CARLE	3,09	2,05	2,97	-0,92	-31,03%
907 - AZIENDA OSP. S.ANTONIO BIAGIO/ARRIGO	4,04	4,27	3,88	0,39	10,02%
908 - AZIENDA OSP. ORDINE MAURIZIANO DI TORINO	3,27	3,63	3,14	0,49	15,52%
909 - AZIENDA OSP. CITTA DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO	4,34	4,98	4,16	0,82	19,72%
TOTALE	**4,29**	**4,24**	**4,12**	**0,12**	**2,91%**

5.2.2 - Consumo (DDD/100 giornate di degenza) di fluorochinoloni in ambito ospedaliero

L'obiettivo è stato assegnato ai Dipartimenti Medico (compresa area riabilitativa), Chirurgico, Materno-Infantile. Nei primi nove mesi del 2024 l'obiettivo è stato raggiunto da tutti i Dipartimenti.
Dato da report Paddi: Nel periodo gennaio-novembre 2024 l'ASL AL ha riportato un decremento del 30,7% rispetto al target. La Regione Piemonte registra un decremento dell'8,4%.

Cod- Desc Azienda Competenza	DDD/100 giornate di degenza Gennaio - Novembre 2024	Valore Target Riduzione >= 4% del valore 2022	Variazione assoluta rispetto al Valore Target 2022	Variazione percentuale rispetto al Valore Target 2022
301 - A.S.L. CITTA' DI TORINO	9,90	9,89	0,01	0,08%
203 - A.S.L. TORINO 3	7,91	8,53	-0,63	-7,36%
204 - A.S.L. TORINO 4	5,96	8,29	-2,32	-28,04%
205 - A.S.L. TORINO 5	8,14	8,86	-0,71	-8,05%
206 - A.S.L. VERCELLI	11,85	11,02	0,83	7,52%
207 - A.S.L. BIELLA	5,86	6,28	-0,42	-6,70%
208 - A.S.L. NOVARA	7,61	8,29	-0,68	-8,17%
209 - A.S.L. VERBANO-CUSIO-OSSOLA	6,39	5,11	1,27	24,84%
210 - A.S.L. CUNEO 1	3,89	3,97	-0,07	-1,89%
211 - A.S.L. CUNEO 2	5,57	6,12	-0,55	-9,01%
212 - A.S.L. ASTI	3,67	4,85	-1,19	-24,48%
213 - A.S.L. ALESSANDRIA	3,83	5,52	-1,69	-30,68%
904 - AZIENDA OSP. S.LUIGI	4,73	6,25	-1,51	-24,22%
905 - AZIENDA OSP. MAGGIORE DELLA CARITA'	6,47	7,26	-0,79	-10,84%
906 - AZIENDA OSP. S.CROCE E CARLE	2,75	3,07	-0,32	-10,51%
907 - AZIENDA OSP. S.ANTONIO BIAGIO/ARRIGO	1,96	2,42	-0,45	-18,73%
908 - AZIENDA OSP. ORDINE MAURIZIANO DI TORINO	4,88	4,40	0,48	10,92%
909 - AZIENDA OSP. CITTA DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO	3,86	3,79	0,07	1,76%
TOTALE	**5,56**	**6,07**	**-0,51**	**-8,39%**

5.2.3 - Rapporto tra il consumo (DDD/1000 ab die) di molecole ad ampio spettro e di molecole a spettro ristretto in ambito territoriale.

Monitoraggio prescrizioni MMG secondo indicatori ESAC
Dato da report Paddi: Nel periodo gennaio-novembre 2024 l'ASL AL ha riportato un decremento del 41,7% rispetto al target. La Regione Piemonte registra un incremento del 9,4%

Consumo J01 TARGET - Rapporto molecole** Ampio spettro vs spettro Ristretto - Farmaceutica convenzionata - DDD/1000 ab die*					
Azienda del Prescrittore	Rapporto molecole ampio spettro vs spettro ristretto 2022 E = (A/B)	Rapporto molecole ampio spettro vs spettro ristretto Gennaio - Novembre 2024 F = (C/D)	Valore Target Riduzione >= 7% del valore 2022 (G)	Variazione assoluta rispetto al Valore Target 2022 H=(F-G)	Variazione percentuale rispetto al Valore Target 2022
301 - A.S.L. CITTA' DI TORINO	11,48	14,41	10,68	3,73	34,95%
203 - A.S.L. TORINO 3	13,01	13,96	12,10	1,86	15,24%
204 - A.S.L. TORINO 4	12,90	8,49	12,00	-3,51	-29,36%
205 - A.S.L. TORINO 5	11,03	12,57	10,25	2,32	22,48%
206 - A.S.L. VERCELLI	18,06	19,14	16,80	2,34	14,14%
207 - A.S.L. BIELLA	21,89	9,27	20,36	-11,09	-54,29%
208 - A.S.L. NOVARA	22,23	21,28	20,68	0,60	2,41%
209 - A.S.L. VERBANO-CUSIO-OSSOLA	21,60	21,96	20,09	1,86	9,42%
210 - A.S.L. CUNEO 1	8,95	6,23	8,33	-2,10	-25,47%
211 - A.S.L. CUNEO 2	11,29	7,69	10,50	-2,81	-26,67%
212 - A.S.L. ASTI	13,89	12,64	12,91	-0,28	-1,97%
213 - A.S.L. ALESSANDRIA	11,34	6,13	10,54	-4,41	-41,73%
Valore Regionale	**12,74**	**10,74**	**11,84**	**-1,11**	**-9,37%**

Alla luce di quanto sopra rappresentato, l'obiettivo può considerarsi RAGGIUNTO.

6. AZIENDA ZERO E ASR

OBIETTIVO 6.1

Assistenza Domiciliare

Il presente obiettivo ha come finalità il conseguimento degli obiettivi programmati dalla Regione Piemonte e validati dai Ministeri competenti per la linea di investimento Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), alfine di aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare.

OBIETTIVO GENERALE	Sub	OBIETTIVO SPECIFICO / INDICATORE	STANDARD / VALORE OBIETTIVO	CONSUNTIVO 2024
6.1 ASSISTENZA DOMICILIARE	6.1.1	Coordinamento delle ASL sull'assistenza domiciliare: presenza di almeno 3 report/anno e contestuali incontri di audit con le Aziende sanitarie sul raggiungimento della copertura in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) per i soggetti over 65	100% - ASSSEGNATO AD AZIENDA ZERO	ASSEGNATO AD AZIENDA ZERO
	6.1.2	Almeno il 12 % di pazienti over 65 in assistenza domiciliare (considerando tutti gli assistiti di età pari o superiore a 65 anni "presi in carico"per tutte le classi di CIA) al 31.12.2024	100% - ASSEGNATO AD AZIENDA ZERO	Obiettivo regionale 12% dei soggetti over 65. Per ASL AL il 12% risulta pari a 14.258 assistiti da prendere in carico. Al 31.12.2024 risultano 16.957 assistiti presi in carico (14,27% dei residenti ultrasessantacinquenni)

Il presente obiettivo risulta complessivamente assegnato ad Azienda Zero, sia per l'attività di coordinamento delle ASL sull'assistenza domiciliare che per il target previsto di pazienti presi in carico.
In merito all'indicatore 6.1.2 (almeno il 12 % di pazienti over 65 in assistenza domiciliare - considerando tutti gli assistiti di età pari o superiore a 65 anni "presi in carico" per tutte le classi di CIA - al 31.12.2024) si evidenzia che ASL AL ha preso in carico n. 16.957 assistiti pari al 14,27% degli ultrasessantacinquenni residenti nel territorio.

OBIETTIVO 6.2

Miglioramento nella gestione e misurazione del boarding

Il presente obiettivo ha la finalità di consolidare un percorso di monitoraggio e revisione delle modalità di gestione dei processi organizzativi correlati al DEA/PS con particolare riferimento al boarding nelle delle Unità Organizzative ospedaliere.

OBIETTIVO GENERALE	Sub	OBIETTIVO SPECIFICO / INDICATORE	STANDARD / VALORE OBIETTIVO	CONSUNTIVO 2024
6.2 MIGLIORAMENTO NELLA GESTIONE E MISURAZIONE DEL BOARDING	6.2	Tempo medio di permanenza in PS: (data/ora di dimissione dal PS – data/ora di accesso al PS) / N° di accessi in PS Sono esclusi dalla selezione i pazienti giunti in assenza di segni vitali e non sottoposti a manovre rianimatorie. Nella valutazione dell'obiettivo si terrà conto della percentuale annuale di pazienti OBI sul totale degli accessi in DEA/PS	Valore medio regionale per ciascun livello organizzativo di complessità assistenziale individuato dalla rete di Emergenza Urgenza (DEA II, DEA I,PS di base, PS di area disagiata). Il valore obiettvo si applica alla singola ASR per ciascuna delle seguenti strutture: DEA II ≤ 6 ore D EA I ≤ 6 ore PS di Base ≤ 4 ore PS di area disagiata ≤ 5 ore	

	TEMPO MEDIO PERMANENZA (ore)				
	TOTALE ACCESSI		DI CUI NO OBI		STD
	12M 2024	12M 2023	12M 2024	12M 2023	
DEA CASALE	7,05	7,04	5,71	6,36	6,00
DEA NOVI	5,90	6,20	5,15	5,77	6,00
PS TORTONA	5,21	4,77	3,82	3,57	4,00
PS ACQUI	5,02	5,24	4,00	5,07	4,00
PS OVADA	2,21	2,29	2,20	2,29	5,00

L'obiettivo è finalizzato al consolidamento di un percorso di monitoraggio e revisione delle modalità di gestione dei processi organizzativi correlati al DEA/PS con particolare riferimento al boarding nelle Unità Organizzative ospedaliere, per garantire un miglior servizio ai pazienti e di supportare le Aziende, attraverso la condivisione di una metodologia uniforme a livello regionale in linea con quanto previsto dall'Accordo n.143 del 1.08.2019 della Conferenza Stato Regioni, con il quale sono stati approvati i seguenti documenti:

1) Linee di indirizzo nazionali sul Triage intraospedaliero
2) Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva
3) Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso.

Azioni attivate ed intraprese
Da ultimo aggiornamento al 31.12.2024 risulta quanto di seguito dettagliato:

	Valore obiettivo	Tempo media permanenza in PS anno 2024 (in ore)	Tempo medio di permanenza di cui no OBI anno 2024 (in ore)
OSPEDALE SANTO SPIRITO CASALE M.TO	≤ 6 ore	7,05	5,71
OSPEDALE S. GIACOMO NOVI L.	≤ 6 ore	5,90	5,15
OSPEDALE SS. ANTONIO E MARGHERITA TORTONA	≤ 4 ore	5,21	3,82
OSPEDALE CIVILE ACQUI T.	≤ 4 ore	5,02	4,00
OSPEDALE OVADA	≤ 5 ore	2,21	2,20

Sono state attivate specifiche azioni finalizzate al monitoraggio e miglioramento dei processi correlati al Dea/Ps:

1) TRIAGE definiti i tempi standard a cui tendere e di seguito riportati:

-tempo di attesa tra la registrazione e la prima visita medica

a. codici 1 (rosso) nessuna attesa
b. codici 2 (arancione) massimo 15'
c. codici 3 (azzurro) massimo 60'
d. codici 4 (verde) massimo 120'
e. codici 5 (bianco) massimo 240'

2) OBI tempo di processo in OBI (dall'accesso in OBI alla decisione) massimo 36 ore

3) SOVRAFFOLLAMENTO

In relazione alla DGR 16 gennaio 2023, n.23-6428 "Aggiornamento delle linee di indirizzo per il controllo e la gestione del sovraffollamento e del boarding in Pronto soccorso" a parziale modifica ed integrazione della DGR 16 aprile 2021, n.7-3088, sono stati inoltre intrapresi interventi ed implementazioni su varie linee di attività previste:

1. Sistema informativo: avvio dal Dicembre 2024 di una nuova piattaforma "Business Intelligence Emergency" con maggiore possibilità di estrazione di dati ed indicatori per attività di monitoraggio e reporting.
2. Revisione del piano di gestione del sovraffollamento in fase di formalizzazione
3. Audit DEA/PS clinico assistenziale e organizzativo a cadenza mensile con discussione collegiale dei dati ed indicatori rilevati su tutte le sedi ospedaliere ASL AL con individuazione dei gap rispetto agli standard e definizione delle azioni conseguenti e trasmissione della reportistica finalizzata al miglioramento continuo della qualità e del flusso dei pazienti all'interno dei presidi ospedalieri.

In particolare si è sviluppata una attività progressiva di monitoraggio degli indicatori previsti dalle linee Guida Regionali quali:

- numero totale accessi mensili;
- numero totale pazienti per cui non si è aperto l'OBI;
- numero totale di pazienti per cui si è aperto l'OBI;
- tempi di permanenza medi totali e per singolo codice di priorità sia dei pazienti per cui non si è aperto l'OBI e sia per i pazienti per cui si è utilizzato tale strumento organizzativo;
- percentuale di pazienti ricoverati rispetto agli accessi sia totale che diviso tra pazienti non inseriti in OBI e pazienti inseriti in OBI;
- numero di pazienti ricoverati nelle singole specialità;
- numero di accessi giornalieri medi distinti per codice di priorità;
- tempi di boarding dei singoli reparti accettanti;
- tempo intercorrente tra triage ed ingresso in sala visita (sia totale che per codice priorità);
- degenza media area medica.

3bis) FAST TRACK

L'attivazione dei percorsi di Fast Track ha come obiettivo la riduzione delle attese in DEA/PS, la razionalizzazione del percorso diagnostico-terapeutico dei pazienti, prevenendo il fenomeno del sovraffollamento, migliorando efficienza e qualità del servizio con soddisfazione dell'utenza.

I criteri di inclusione per questa patologia di percorso sono da considerarsi esclusivamente i codici verdi o bianchi ovverosia un'urgenza minore o non urgenza relativamente ad alcune patologie mono specialistiche di cui si sintetizzano i dati sotto riportati:

	FT Oculistico	FT ORL	FT Ortopedico	FT Ostetrico/ ginecologico	FT Pediatrico	FT Odontoiatrico	FT TOTALI (% n. accessi PS/DEA total
DEA Casale	994	304	953	1112	680	445	4488 (19,14%)
DEA Novi	397	65	588	1458	1828		4336 (17,60%)
PS Tortona		196	761	3			960 (6,09%)
PS Acqui	1	62	498				561 (4,08%)

Alla luce di quanto sopra rappresentato, l'obiettivo può considerarsi RAGGIUNTO.