



A.S.L. NO
AZIENDA SANITARIA LOCALE di NOVARA
Viale Roma 7 - NOVARA

DELIBERAZIONE
DEL DIRETTORE GENERALE
N° 415 del 01/07/2024

OGGETTO: APPROVAZIONE E ADOZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE A.S.L. "NO" - ANNO 2023.

PROPONENTE: S.S.D. GOVERNO CLINICO E SVILUPPO STRATEGICO

§§§§§§§§§§

IL DIRETTORE GENERALE

(Nominato con D.G.R. n° 10-3292 del 28 maggio 2021 e D.G.R. n° 70-8685 del 27.05.2024)

Nella data sopra indicata, su conforme proposta istruttoria della competente Struttura aziendale (sopra individuata), previa acquisizione del parere dei Direttori: Amministrativo e Sanitario, ha assunto, in Novara, presso la sede dell'Ente, la deliberazione di cui all'interno.

**OGGETTO: APPROVAZIONE E ADOZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE
A.S.L. "NO" - ANNO 2023.**

§§§§§§§§§§

*Il Dirigente Responsabile della s.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico
formula la sotto estesa proposta istruttoria*

§§§§§§§§§§

- RICHIAMATO*** l'art. 10 del D. Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, che prevede – alla lettera b), la predisposizione di “un documento, da adottare entro il 30 giugno, denominato “Relazione sulla performance” che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all’anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse ...”;
- RICHIAMATE*** le Linee guida per la Relazione annuale sulla performance del novembre 2018 della Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento della Funzione Pubblica Ufficio di cui al punto precedente, che prevedono – tra l’altro – che la relazione sia predisposta entro il 30 giugno;
- RICHIAMATA*** la D.G.R. 25-6944 del 23.12.13 che – nell’Allegato B – fornisce indirizzi per la gestione del Ciclo della Performance, individuando – entro il 31 luglio – la data entro la quale redigere la Relazione Annuale sulla Performance (RAP);
- VISTO*** il comma 522 della Legge 28 dicembre 2015, n. 208;
- ESAMINATA*** la Relazione sulla Performance predisposta dalle singole strutture aziendali per quanto di competenza, in coerenza con le linee guida sopracitate e con la D.G.R. 25-6944/2013;
- DATO ATTO*** che l’Organismo Indipendente di Valutazione ha proceduto all’esame ed alla validazione della Relazione sulla Performance dell’A.S.L. “NO” per l’anno 2023 nella seduta del 25 giugno 2024, come da verbale e Documento di validazione della Relazione Annuale sulla Performance anno 2023 (ai sensi art. 14, comma 4, lett. c, del D.Lgs n. 150/2009 e s.m.i.) disponibili agli atti;
- ATTESO*** che – ai sensi dell’art. 11, comma 8, del D. Lgs. 150/2009 – corre l’obbligo di pubblicare sul sito istituzionale aziendale, nella sezione denominata “Trasparenza, valutazione e merito” la Relazione sulla Performance;

**OGGETTO: APPROVAZIONE E ADOZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE
A.S.L. "NO" - ANNO 2023.**

DELIBERA

per tutto quanto in premessa indicato:

1. **di approvare e adottare** il documento allegato quale parte integrante e sostanziale al presente provvedimento, denominato "Relazione Annuale sulla Performance Aziendale e sugli esiti del monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità – Anno 2023";
2. **di pubblicare** sul sito istituzionale aziendale, nella sezione denominata "Trasparenza, valutazione e merito" il documento di cui al punto precedente.

IL DIRETTORE GENERALE

VISTA la sopra estesa proposta istruttoria;

con il concorso dei pareri dei Direttori: Amministrativo e Sanitario;

**DECIDE DI APPROVARLA INTEGRALMENTE
ADOTTANDOLA QUALE PROPRIA DELIBERAZIONE**

IL DIRETTORE GENERALE

(Dott. Angelo Penna)

(Firmato digitalmente ai sensi dell'art. 21 D.Lgs. n. 82/2005)

§§§§§§§§§§

Il presente provvedimento si compone di un documento principale di n. 3 pagine e di n. 1 allegati.
Allegato n. 1 "Relazione annuale sulla performance aziendale e sugli esiti del monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità – anno 2023" n. 61 pagine.



REGIONE PIEMONTE
AZIENDA SANITARIA LOCALE NO
NOVARA

**RELAZIONE ANNUALE SULLA *PERFORMANCE*
AZIENDALE
E SUGLI ESITI DEL MONITORAGGIO
DELLE ATTIVITÀ ASSISTENZIALI
E DELLA LORO QUALITÀ**

ANNO 2023

Novara, 25 giugno 2024

Relazione validata dall'O.I.V. il 25 giugno 2024

INDICE

Premessa	Pag.	3
1. Il contesto	Pag.	4
1.1 Territorio servito	Pag.	4
1.2 Popolazione	Pag.	5
2. L'organizzazione dei servizi e l'atto aziendale	Pag.	6
2.1 Personale impiegato	Pag.	10
2.2 Attività libero professionale intra moenia	Pag.	13
3. I risultati 2022	Pag.	15
3.1 Obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi del Direttore Generale di cui alla DGR n. 23-5653 del 19/09/2022	Pag.	15
3.2 Performance organizzativa dell'ASL NO	Pag.	44
3.3 Performance individuale dell'ASL NO	Pag.	48
4. Gli indicatori di monitoraggio dell'assistenza e della loro qualità	Pag.	49

PREMESSA

La presente relazione, nella quale viene dato conto del raggiungimento degli obiettivi strategici correlati al sistema di incentivazione, della performance aziendale, nonché degli esiti del monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità dell'ASL NO per l'anno 2023, è strutturata come di seguito dettagliato:

1. Il contesto dell'ASL NO, capitolo nel quale vengono rappresentate le principali caratteristiche del territorio (popolazione, determinanti dello stato di salute) dove l'ASL NO espleta la propria *mission*. Tale capitolo è strutturato prevedendo un testo sintetico e il rimando a specifiche schede di approfondimento per i diversi argomenti, riportate in appendice;
2. La struttura e l'organizzazione dei servizi dell'ASL NO che delineano la dotazione organica e l'articolazione in servizi e per macrolivelli di assistenza;
3. I risultati 2023. In questo capitolo viene dato conto dei principali esiti dei diversi sistemi di monitoraggio aziendali (obiettivi assegnati alle strutture, valutazione del personale), nonché degli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi del Direttore Generale di cui alla DGR n. 11-7385 del 03/08/2023, assegnati ai fini dell'attribuzione della quota integrativa del trattamento economico dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie regionali per l'anno 2023. In particolare, rispetto a questo punto è riportata integralmente la relazione predisposta dal Direttore Generale e inviata ai competenti settori regionali nei tempi previsti dalla normativa, ad esclusione degli allegati che non sono riportati e restano disponibili agli Atti. La relazione è stata inoltre integrata con la percentuale di raggiungimento degli obiettivi stessi, autodeterminata dall'ASL, in attesa delle valutazioni da parte dei competenti settori regionali e delle risultanze del bilancio 2023.
4. Indicatori di monitoraggio dell'assistenza e della loro qualità, in cui viene dato conto del livello di *performance* di alcuni indicatori previsti dal Piano Nazionale Esiti nell'ultimo aggiornamento disponibile.

1. IL CONTESTO

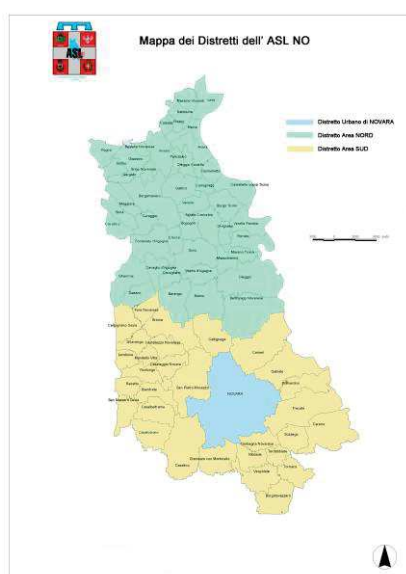
1.1 Territorio servito

L'ASL NO di Novara, collocata nel Piemonte Nord Orientale, opera su un territorio in gran parte coincidente con quello della Provincia di Novara (sono esclusi 11 Comuni).

Il territorio (fig. 1) ha un'estensione di 1.203 km² e dal punto di vista oro-geografico è composto prevalentemente da aree pianeggianti (pari a circa il 70% del territorio).

L'ASL NO confina a nord con l'ASL VCO, a ovest e sud-ovest con l'ASL VC, a est e sud-est con la Lombardia. La distanza tra Novara e Milano è circa la metà di quella da Torino (54 km. vs 103 km.).

I 76 comuni dell'ASL NO sono raggruppati in 3 distretti, e segnatamente:



Distretto Urbano di Novara

Comune: Novara

Superficie: 103 km²

Distretto Area Nord

Comuni: Agrate Conturbia, Arona, Barengo, Bellinzago Nov., Boca, Bogogno, Bolzano Nov., Borgo Ticino, Borgomanero, Briga Nov., Castelletto Ticino, Cavaglietto, Cavaglio D'Agogna, Cavallirio, Colazza, Comignago, Cressa, Cureggio, Divignano, Dormelletto, Fontaneto D'Agogna, Gargallo, Gattico-Veruno, Ghemme, Gozzano, Inverio, Lesa, Maggiora, Marano Ticino, Massino Visconti, Meina, Mezzomerico, Momo, Nebbiuno, Oleggio, Oleggio Castello, Paruzzaro, Pisano, Pogno, Pombia, Sizzano, Soriso, Suno, Vaprio D'Agogna, Varallo Pombia,.

Superficie: 559 km²

Distretto Area Sud

Comuni: Biandrate, Borgolavezzaro, Briona, Caltignaga, Cameri, Carpignano Sesia, Casalbeltrame, Casaleggio Novara, Casalino, Casalvolone, Castellazzo Nov., Cerano, Fara Nov.se, Galliate, Garbagna Nov., Granozzo, Landiona, Mandello Vitta, Nibbiola, Recetto, Romentino, S. Nazzaro Sesia, S. Pietro Mosezzo, Sillavengo, Sozzago, Terdobbiato, Tornaco, Trecate, Vespolate, Vicolungo.

Superficie: 541 km²

1.2 Popolazione

Al 31.12.2022 risultano residenti sul territorio dell'ASL di Novara 342.138 persone. Il 44% della popolazione risiede nel Distretto Area Nord che comprende 45 Comuni, mentre nel Distretto Urbano di Novara risiede il 30%; una quota di poco inferiore (26%) risiede nel Distretto Area Sud che comprende 30 Comuni.

Complessivamente le donne rappresentano il 51% della popolazione e sono più numerose degli uomini nelle classi di età più avanzate, costituendo il 57% della popolazione con più di 65 anni e il 64% di quella con più di 80 anni. Nelle classi di età infantili la differenza è più contenuta ed è a favore del sesso maschile (< 15 anni: 51% vs 49%).

Quasi due terzi della popolazione ha un'età compresa tra 15 e 64 anni. Rispetto all'anno 2002 si registra un invecchiamento della popolazione, con un incremento degli ultra 64enni (24% vs 20%) a scapito della classe di età 15-64 anni (63% vs 67%); i minori di 15 anni rimangono invece costanti (13%).

Nel 2022 in ASL NO, ogni 100 giovani con meno di 15 anni risiedono 198 ultra64enni. Nell'ultimo ventennio l'indice di vecchiaia è aumentato su tutto il territorio. Superiori al valore aziendale (198) risultano gli indici dei Distretti Area Nord (213) e Urbano di Novara (200), mentre il Distretto Area Sud risulta inferiore (172). Il Distretto Area Nord rappresenta il Distretto più "vecchio", caratterizzandosi per i maggiori indici di vecchiaia e dipendenza.

Ogni 100 persone tra i 15 ed i 64 anni se ne registrano poco più della metà (58) nelle altre classi di età, considerate "non attive"; questo indice "di dipendenza" risulta in aumento, con differenze contenute tra i Distretti (Distretto Area Nord: 59; Urbano di Novara: 58; Distretti Area Sud: 57).

Gli indici di vecchiaia e dipendenza dell'ASL NO sono entrambi inferiori a quelli regionali (Piemonte: vecchiaia 225; dipendenza 62).

Nel 2022 la popolazione nell'ASL NO è aumentata. Il bilancio demografico infatti ritorna ad essere positivo, in quanto il saldo migratorio costantemente positivo (più iscrizioni che cancellazioni anagrafiche), riesce a "compensare" il saldo naturale che si conferma negativo (più morti che nuovi nati). Da alcuni anni la natalità risulta in diminuzione sul territorio dell'ASL NO. Nel 2022, si sono registrati 2.246 nuovi nati, corrispondenti a 6,6 nuovi nati ogni 1.000 residenti, valore in diminuzione rispetto agli anni precedenti, anche se superiore alla natalità del Piemonte (6,1 per 1.000).

La natalità più elevata si registra nel Distretto Urbano di Novara (7,1 nuovi nati per 1.000 residenti).

La natalità più bassa si registra nel Distretto Area Nord (6,0). Nel Distretto Area Sud il tasso di natalità registra un valore di 6,8 nuovi nati per 1.000 residenti.

I neonati stranieri sono il 21% di tutti i neonati, ma con differenze tra i Distretti: 12,2% nel Distretto Area Nord, più del doppio (27,8%) nel Distretto Urbano di Novara e nel Distretto Area Sud (26,6%).

Dopo la crescita dei decenni precedenti, dal 2013 la quota di neonati stranieri ha iniziato a scendere e nel 2022 è di 1,4 nuovi nati ogni 1.000 residenti. I residenti stranieri continuano comunque ad avere una maggiore natalità degli italiani: nel 2022 si sono registrati 13 nati stranieri ogni 1.000 stranieri e 6 nati italiani ogni 1.000 italiani.

Gli stranieri (36.584) costituiscono da alcuni anni l'11% dei residenti con proporzioni che risultano più elevate nel Distretto Urbano di Novara (15%) rispetto a quelli di Area Nord (8%) e Area Sud (11%). Gli stranieri continuano ad essere rappresentati prevalentemente da soggetti in età produttiva e bambini: il 58% ha meno di 40 anni, il 19% ha meno di 15 anni e il 7% ha meno di 5 anni.

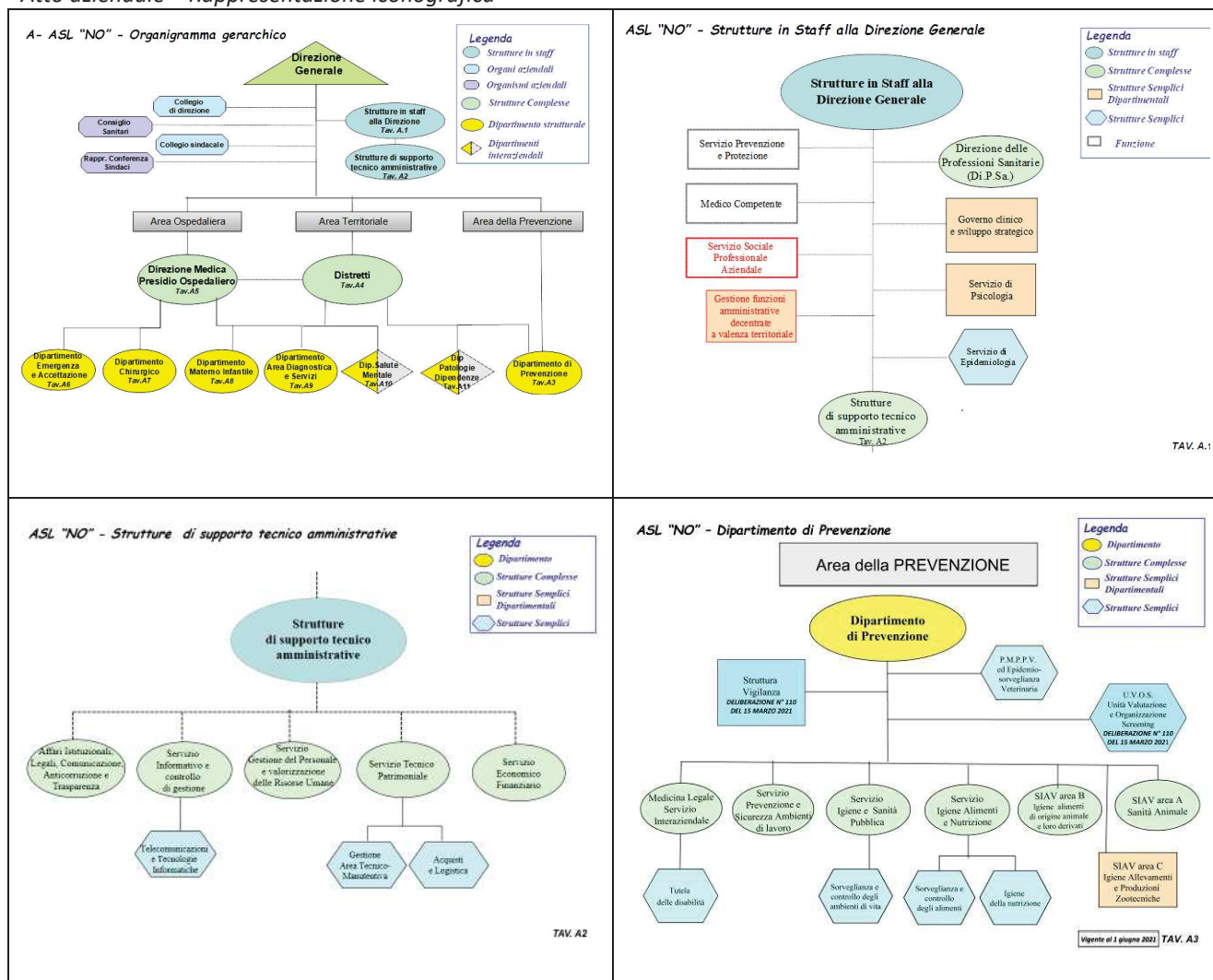
L'Europa centro-orientale costituisce la principale area di provenienza degli stranieri, ma le provenienze sono diversificate per genere e mostrano una diversa distribuzione nei tre Distretti dell'ASL NO.

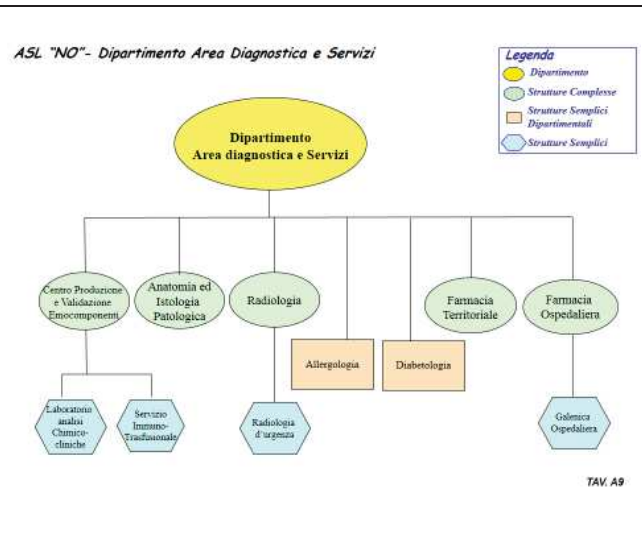
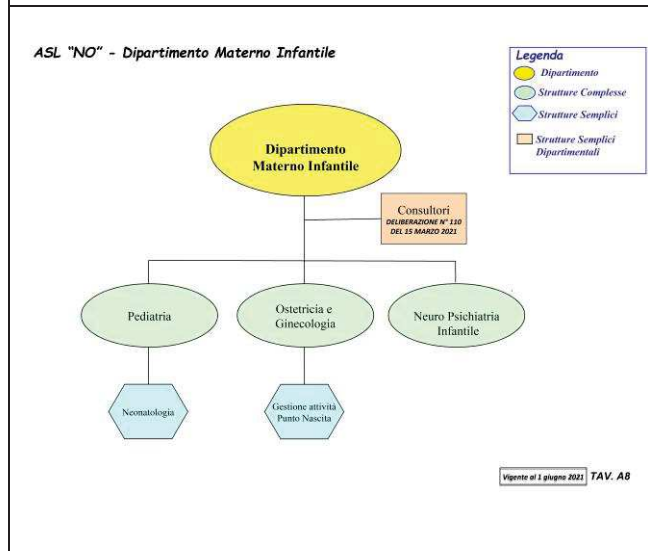
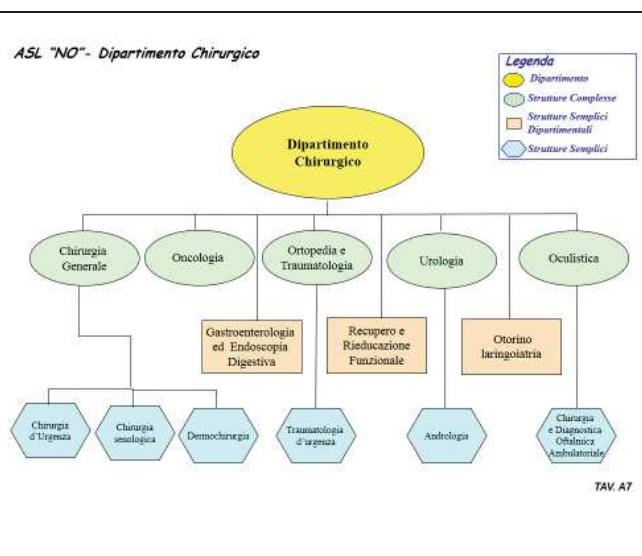
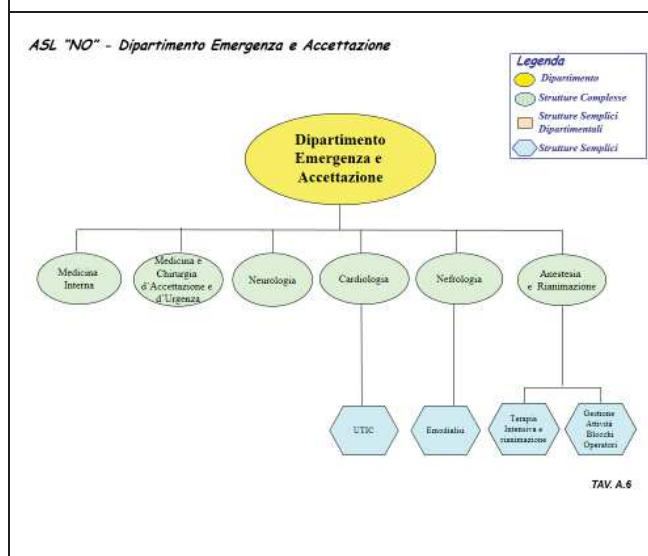
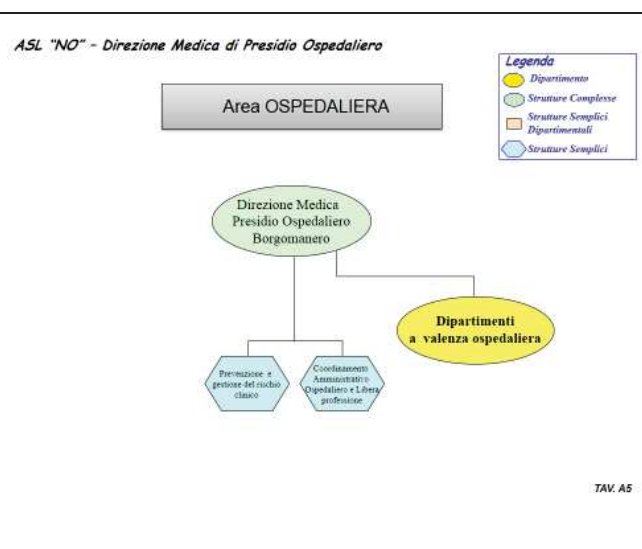
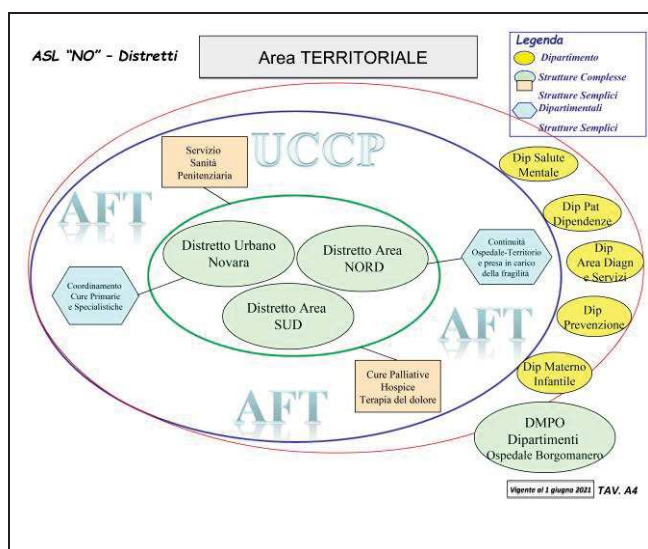
2. L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI E L'ATTO AZIENDALE

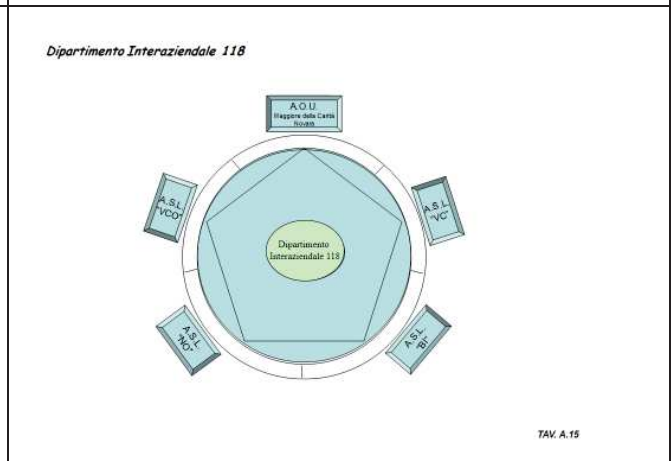
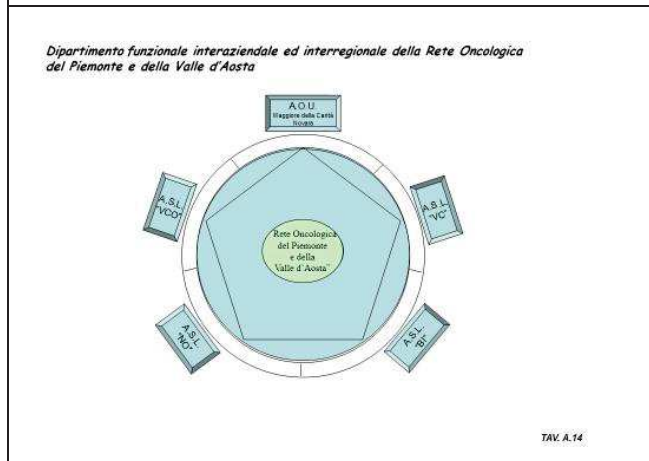
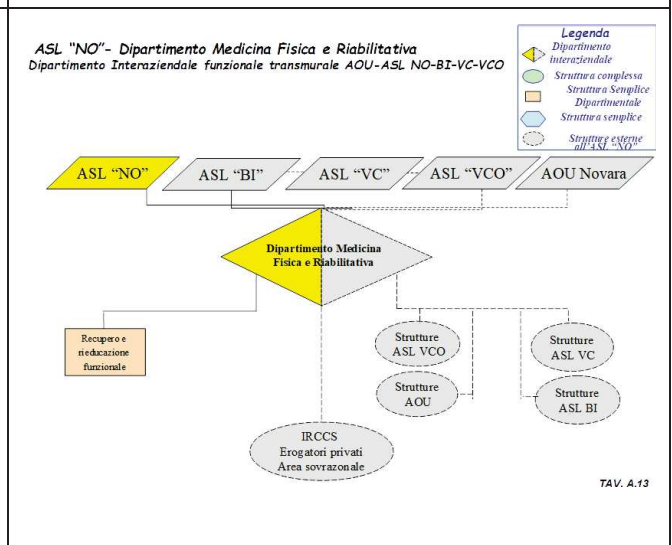
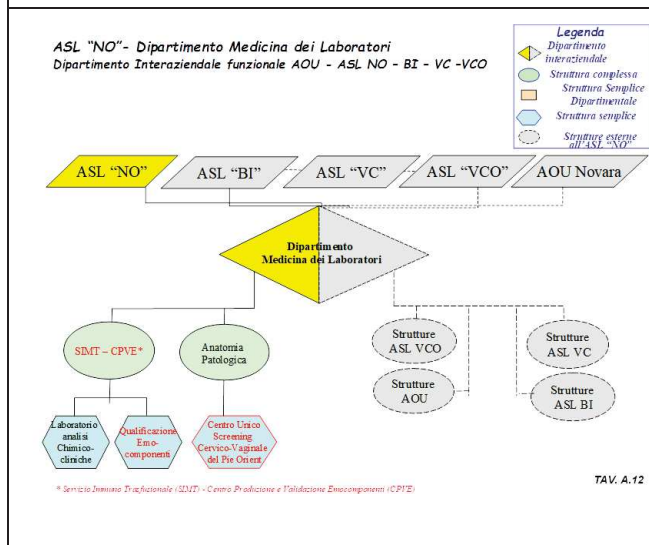
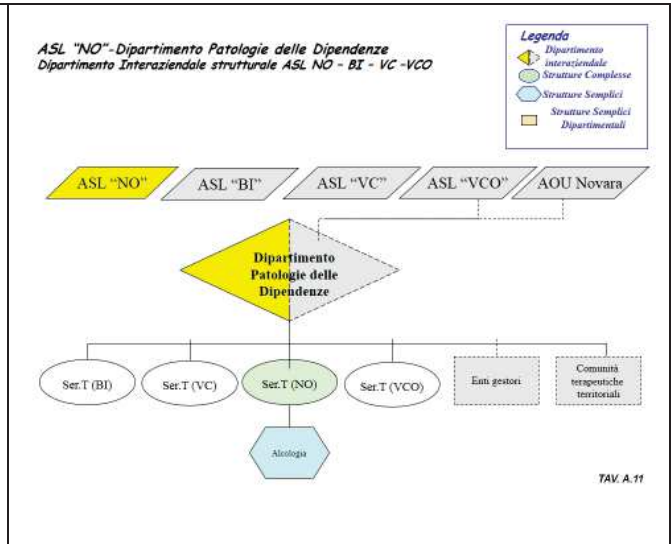
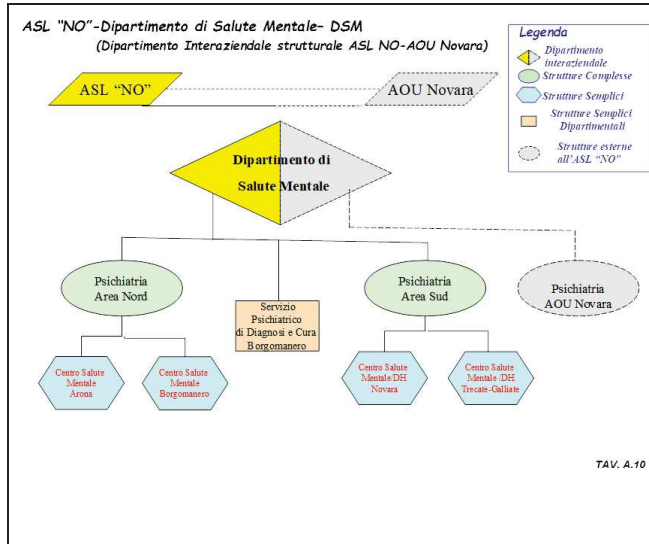
L'ASL di Novara è organizzata secondo l'Atto Aziendale recepito con deliberazione del Direttore Generale n. 352 del 18/06/2021.

Di seguito la rappresentazione iconografica dell'organizzazione aziendale.

Atto aziendale – Rappresentazione iconografica







L'ASL NO opera mediante i seguenti presidi a gestione diretta:

- 6 Poliambulatori distrettuali rispettivamente con sede in Novara, Arona, Oleggio, Borgomanero, Ghemme, Trecate;
- 4 Case della Salute rivolte all'età adulta (Arona CAP- presso il Presidio Territoriale di Arona, Antenna di Ghemme, Novara, Cerano) e 1 per l'età pediatrica (Trecate). Tali servizi rappresentano un punto di riferimento al di fuori dell'ospedale per malati cronici e cittadini che necessitano di accesso alle cure primarie e costituiscono il luogo dove si concretizza l'accoglienza, l'orientamento ai servizi, la continuità assistenziale, la gestione delle patologie croniche e la medicina d'iniziativa.
- 10 punti di continuità assistenziale (ex Guardia Medica);
- 2 Punti di assistenza pediatrica territoriale (PAPT) a Borgomanero e a Novara;
- 1 Hospice;
- 1 CureOT;
- 2 Strutture residenziali Psichiatriche: Comunità "Oasi" e "Tigli";
- 3 Centrali Operative Territoriali secondo indicazioni DM 77/2022 di cui una con collocazione definitiva, sita a Galliate, e 2 in sedi provvisorie, una a Borgomanero e una a Novara, in attesa della realizzazione delle rispettive case della comunità; contestualmente è cessata la COT sperimentale di Trecate, avviata nel novembre 2022;
- 1 Presidio Ospedaliero a Borgomanero, ospedale "spoke" con DEA di I livello, dotato di 252 posti letto totali di cui 209 posti letto di ricovero ordinario, 23 per ricovero diurno e 20 culle che copre circa il 17% del fabbisogno dei residenti dell'ASL NO (dato 2022); nel 2023 ha registrato 10.682 dimessi, 4.912 interventi chirurgici in regime di ricovero, 46.457 accessi al DEA.

Sul territorio aziendale insistono i seguenti ulteriori erogatori di assistenza ospedaliera:

- Azienda Ospedaliero-Universitaria di Novara – Ospedale Maggiore della Carità;
- Strutture private accreditate convenzionate e rispettivamente:
 - nel Distretto Area Nord: due strutture con degenza (Casa di cura San Carlo di Mercurago – struttura di lungodegenza; Casa di cura neuropsichiatrica Villa Cristina di Nebbiuno). In tale Distretto insiste anche l'IRCCS Maugeri di Veruno;
 - nel Distretto Area Sud: una struttura con degenza e specialistica ambulatoriale (Casa di Cura I Cedri di Fara Novarese);
 - nel Distretto Urbano di Novara una struttura con attività di degenza e specialistica ambulatoriale (Casa di Cura San Gaudenzio) e due con attività specialistica ambulatoriale (DOC Service e CDC).

Sono inoltre presenti sul territorio 219 presidi convenzionati eroganti assistenza semi-residenziale e residenziale per anziani, disabili ed altri utenti. In particolare:

- 57 strutture per anziani tra: RSA – RA- RAA – CDI – CDAl- NAT, per un totale di 2.721 assistiti;
- 92 strutture relative a servizi per la prima infanzia tra: asili nido – micronidi – sez. primavera – centro custodia oraria totale 2.440 bambini (0-3 anni);
- 23 strutture per minori tra: comunità mamma bambino – centri diurni – accoglienza minori non accompagnati – comunità educativa socio assistenziale – gruppi appartamento numero di presenti altamente variabile;
- 44 strutture per disabili tra: gruppi appartamento – RAF – CD – comunità alloggio, numero di presenti in corso di verifica per quelli di Novara mentre per il Distretto Sud e Nord un totale di 300 persone;
- 3 Strutture per adulti (housing sociale, gruppi appartamento);
- centri estivi con un numero variabile di anno in anno che va dai 70 a 100.

2.1 Personale impiegato

Il **personale dipendente** dell'ASL ha subito l'evoluzione numerica presentata nella tabella sottostante.

Andamento personale dipendente ASL NO, per qualifica. Periodo 2019-2023

Raggruppamento qualifica	31/12/2020	31/12/2021	31/12/2022	31/12/2023
Medici e Veterinari	306	290	281	292
Odontoiatri e altro personale sanitario laureato	31	30	35	40
Personale dirigente sanitario non medico	-	-	-	-
Personale infermieristico	817	811	801	832
Personale riabilitativo	71	94	90	90
Altro personale sanitario	135	138	133	135
Personale professionale dirigente	3	3	3	3
Personale tecnico dirigente	1	1	-	-
Personale tecnico comparto	275	286	72	72
Personale Socio-Sanitario*			203	210
Personale amministrativo dirigente	7	7	9	11
Personale amministrativo comparto	297	352	303	285
TOTALE COMPLESSIVO	1.943	2.012	1.930	1.970

**ricompresi nella voce precedente fino al 2021*

Si osserva nell'anno 2023 un aumento del numero complessivo del personale dipendente rispetto agli anni 2020 e 2022, ma una diminuzione rispetto al 2021.

L'incremento riferito all'anno 2021 era dovuto al reclutamento di personale a tempo determinato (con particolare riferimento al personale infermieristico, al personale tecnico della prevenzione, al personale tecnico di laboratorio, OSS e al personale del ruolo amministrativo) per il potenziamento delle strutture territoriali ed ospedaliere impegnate nella gestione dell'emergenza epidemiologica Covid-19.

Malgrado le difficoltà di reperimento di personale, al 31/12/2023 si rilevano 40 unità di personale in più rispetto al 31/12/2022 con particolare riferimento al personale medico e veterinario ed al personale infermieristico. Si rileva altresì una diminuzione del personale amministrativo per temine del contratto di lavoro a tempo determinato che era stato originariamente reclutato per l'attività di supporto presso i centri vaccinali, per l'attività di *contact tracing* e per l'attività di gestione e rendicontazione COVID;

Il reclutamento di personale infermieristico è stato anche finalizzato all'attività di potenziamento del territorio e delle terapie intensive.

Inoltre nell'anno 2023 è proseguita la procedura di stabilizzazione di personale a tempo determinato, iniziata nel 2022, ai sensi della L. 234/2021.

Nel secondo semestre dell'anno 2023 è iniziato il reclutamento di personale, secondo le unità stabilite definitivamente nell'Osservatorio Regionale del 5 Dicembre 2023 (n. 55 unità di personale Comparto e n. 26 unità Dirigenza Area Sanità da reclutare entro il 31/12/2024) ai sensi della DGR n. 2-7226 del 13/7/2023.

Nel corso dell'anno 2023 sono state indette le procedure assuntive di seguito elencate:

Area della Dirigenza:

- n. 7 procedure di mobilità interaziendale ex art. 30 D. Lgs. 165/2001 per Dirigente Medico (Urologia, n.2 Gastroenterologia, Neuropsichiatria Infantile, UVOS, Anestesia e Rianimazione, Chirurgia Vascolare);

- n. 1 procedura di mobilità interaziendale ex art. 30 D. Lgs. 165/2001 per Dirigente Farmacista di Farmacia Ospedaliera da destinare al Magazzino Unico Sanitario;
- n. 22 pubblici concorsi per titoli ed esami per Dirigente Medico (MECAU, n. 2 Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base, Medicina Interna, SER.D, Pediatria, Ortopedia e Traumatologia, SIAN, Cardiologia, Medicina Legale, Cure Palliative, Direzione Medica di Presidio Ospedaliero, Psichiatria, n. 2 Urologia, Radiodiagnostica, SPRESAL, Medico Competente, Medicina Fisica e Riabilitazione, n. 2 Chirurgia Generale, Neurologia);
- n. 5 avvisi pubblici per il conferimento di incarichi di Direzione di struttura complessa (Distretto Area Nord, Ser.D, Medicina legale (supplenza), Radiodiagnostica, Farmacia Territoriale);
- n. 1 pubblico concorso per Dirigente Biologo;
- n. 2 avvisi pubblici per Dirigente Medico a tempo determinato (oncologia; ostetricia e ginecologia);
- n. 18 selezioni comparative ex art. 7, comma 6, D.Lgs. 165/2001 per Medici (anestesia, n. 2 radiodiagnostica, chirurgia, urologia, pneumologia, oncologia, neurologia, medicina legale e neuropsichiatria), psicologi e farmacisti.

Area del Comparto

- n. 2 avviamenti a selezione tramite Centro per l'Impiego per coadiutore amministrativo ex legge 68/99;
- n. 1 avviamento a selezione tramite Centro per l'Impiego per operatore tecnico/magazzino;
- n. 2 manifestazioni d'interesse per reclutamento personale amministrativo per il MUSA;
- n. 3 avvisi pubblici a tempo determinato (Ostetrica, Collaboratore Tecnico Professionale Ingegnere/Architetto, Operatore Tecnico Specializzato PMPPV);
- n. 5 procedure di mobilità interaziendale ex art. 30 D. Lgs. 165/2001 (Infermiere IFEC, Logopedista, Infermiere Pediatrico, Ostetrica DM 77/22, Tecnico della Prevenzione);
- n. 6 pubblici concorsi per titoli ed esami (Tecnico della Prevenzione, Collaboratore Amministrativo Professionale SEF, Operatore 116/117, Assistente Sociale, Infermiere, Collaboratore Tecnico Professionale Informatico);
- n. 1 mobilità interaziendale ex art. 30 D. Lgs. 165/2001 per Collaboratore Amministrativo Professionale
- n. 4 selezioni comparative ex art. 7, comma 6, D.Lgs. 165/2001 per terapeuta della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, infermieri strumentisti, educatore e tecnico della riabilitazione psichiatrica;

Per l'assunzione di talune qualifiche di personale, si è fatto anche ricorso a:

- 1.) partecipazione a procedure concorsuali unificate indette da Azienda Zero;
- 2.) istituto dello scorrimento di graduatorie concorsuali di altre aziende, non sempre con esito positivo.

Le procedure concorsuali indette in autonomia e dall'Azienda Zero e l'utilizzo di graduatorie concorsuali di altre Aziende Sanitarie hanno comunque portato all'incremento di personale dipendente al 31/12/2023, rispetto al 31/12/2022, nonostante l'elevato turn over che riguarda soprattutto il personale infermieristico, il personale del ruolo socio sanitario del Comparto e il personale medico.

Un altro fattore che ha comportato la riduzione di personale è rappresentato dall'elevato *turn over* di personale dipendente soprattutto per quanto riguarda il personale infermieristico e del ruolo tecnico unitamente alla sopra richiamata difficoltà reclutativa, come si evince dalla seguente tabella indicante per ciascun raggruppamento di qualifica il numero di assunzioni e cessazioni intervenute nel corso dell'anno 2023.

Personale dipendente ASL NO, per qualifica. Confronto assunzioni/cessazioni 2023 (rilevazione criteri Conto Annuale)

Raggruppamento qualifica	31/12/2022	ASSUNTI 2023	CESSATI 2023	31/12/2023
Medici e Veterinari	281	53	42	292
Odontoiatri e altro personale sanitario laureato	35	11	6	40
Personale dirigente sanitario non medico	-	-	-	-
Personale infermieristico	801	89	58	832
Personale riabilitativo	90	4	4	90
Altro personale sanitario	133	19	17	135
Personale professionale dirigente	3	-	-	3
Personale tecnico dirigente	-	-	-	-
Personale tecnico comparto	72	4	4	72
Personale Socio-Sanitario	203	40	33	210
Personale amministrativo dirigente	9	6	4	11
Personale amministrativo comparto	303	36	54	285
TOTALE COMPLESSIVO	1.930	262	222	1.970

Si è fatto inoltre ricorso a incarichi di lavoro autonomo di tipo libero professionale conferiti a Medici ai sensi dell'art 7, comma 6, D.Lgs. 165/2001. Trattasi questi ultimi di rapporti di lavoro resisi necessari per sopperire alla carenza di personale strutturato sia a tempo indeterminato che a tempo determinato e per l'abbattimento delle liste d'attesa, nonché per acquisire profili professionali con specifica professionalità non presenti in azienda e da remunerare con fondi vincolati.

MEDICINA GENERALE, MEDICINA PEDIATRICA E MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA

L'Azienda impiega stabilmente **personale non dipendente**, generalmente medici convenzionati, ed in particolare Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS), Medici di Continuità Assistenziale, Medici Specialisti ambulatoriali.

Medici Cure Primarie – consuntivo anno 2023 (situazione al 31/12/2023)

Consuntivo ANNO 2023	MEDICI di MEDICINA GENERALE	PEDIATRI di LIBERA SCELTA	MEDICI di CONTINUITA' ASSISTENZIALE (ex GUARDIA MEDICA)*	TOTALE MEDICI IN CONVENZIONE PER LE CURE PRIMARIE
	208	33	54 (unità equivalenti)	295
Distretto Urbano di Novara	64	11	14	89
Distretto Area Sud	54	7	15	76
Distretto Area Nord	90	15	25	130

Al 31/12/2023 risultano ulteriori:

- n. 7 equivalenti unità aggiuntive addette in qualità di medico aAsp per assistenza medica penitenziaria.

Specialisti ambulatoriali convenzionati – consuntivo anno 2023 (situazione al 31/12/2023)

AREA DELLA MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	
ANNO	SPECIALISTI AMBULATORIALI CONVENZIONATI a tempo indeterminato e determinato <i>(di cui Psicologi, di cui Biologi)</i>
2023 consuntivo	60 (14,1)

2.2 Attività libero professionale intra moenia

Nell'ASL NO l'attività libero professionale intra moenia è organizzata nel rispetto della normativa in vigore (D.lgvo 502/92 e succ.mod. ed int.; DPCM 27.03.2000, DGR 8-9278 del 28.07.2008; L.120/2007; L. 189/2012; DGR 19-5703 del 23.04.2013; DGR 20-1086 del 23.02.2015, DGR 17-4817, 18-4818 del 27.03.2017, DGR Regione Piemonte n. 22-2702 del 29.12.2020); con regolamento aziendale aggiornato con deliberazione n. 531 del 17.10.2022.

Nel corso del 2023 l'ASL NO ha partecipato attivamente nel Gruppo di Lavoro Regionale a supporto della Commissione Paritetica Regionale ALPI; a conclusione dei lavori della Commissione Paritetica Regionale ALPI la Regione Piemonte ha emesso delle linee guida regionali ALPI con la DGR 11-8042/2023/XI in data 29.12.2023 che saranno applicate durante l'anno 2024.

L'attività libero professionale intra moenia si svolge:

In regime di attività ambulatoriale così suddiviso:

- Individuale presso:

- le strutture dell'ASL NO (Ospedale di Borgomanero e Strutture Territoriali);
- n. 26 Studi Privati in rete regolarmente autorizzati previa convenzione sottoscritta dal dipendente e dal Direttore Generale, ai sensi della L. 189/12;
- n. 21 Centri Privati non accreditati in rete con l'ASL NO previa stipula di accordo convenzionale.

- In Equipe presso: i Laboratori Diagnostici ASL NO (Laboratorio Analisi, Radiologia, Anatomia Patologica, Servizio Immunotrasfusionale).

In regime di attività di ricovero: presso il Presidio Ospedaliero di Borgomanero.

Di seguito si riportano i dati riferiti ai dipendenti che esercitano l'attività libero professionale intra moenia alla data del 31 dicembre 2023 confrontandoli con i dati del personale dipendente forniti dal Servizio Personale.

Attività libero professionale intramoenia – Anno 2023

Attività libero professionale svolta presso	Nr. Dirigenti Medici	Nr. Dirigenti Sanitari Psicologi	Nr. Dirigenti Veterinari	TOTALE Dirigenti esercitanti la libera professione
Esclusivamente in strutture ASL sia per attività ambulatoriale svolta in modo individuale e in équipe (compresa attività di Laboratorio Analisi e CPVE), che per attività di ricovero	48	0	0	48
Sia in strutture ASL che in studi in rete e presso Centri Privati non accreditati	61	6	1	67
Totale	109	6	0	115

Incidenza dirigenti che svolgono la libera professione rispetto al totale dei dipendenti – Anno 2023

Dirigenti medici che esercitano la libera professione	TOTALE Dirigenti Medici in servizio presso l'ASL NO in rapporto esclusivo al 31.12.2022	% Dirigenti Medici che esercita la libera professione
109	302	36%
Dirigenti Veterinari che esercitano la libera professione	TOTALE Dirigenti Veterinari in servizio presso l'ASL NO in rapporto esclusivo al 31.12.2022	% Dirigenti Veterinari che esercita la libera professione
0	27	0%
Dirigenti Sanitari (Psicologi) che esercitano la libera professione	TOTALE Dirigenti Sanitari (Psicologi) in servizio presso l'ASL NO in rapporto esclusivo al 31.12.2022	% Dirigenti Sanitari (psicologi) che esercita la libera professione
6	17	35%

3. I RISULTATI 2023

3.1 OBIETTIVI ECONOMICO-GESTIONALI, DI SALUTE E DI FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI DEL DIRETTORE GENERALE DI CUI ALLA DGR 11-7385 del 03/08/2023

Per il 2023 ai Direttori Generali delle ASR della Regione Piemonte sono stati assegnati gli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi, corredati dei necessari criteri di valutazione, con DGR n. 11-7385 del 03/08/2023, suddivisi in cinque aree articolate come segue:

Obiettivo	Sub-obiettivo
1. Governo della spesa	1.1 Efficientamento 1.2 Assistenza farmaceutica appropriatezza prescrittiva 1.3 Affidabilità dati rilevati da flussi informativi dei dispositivi medici 1.4 Affidabilità dati rilevati da flussi informativi della farmaceutica
2. Edilizia Sanitaria	2.1 Sviluppo progetti di edilizia sanitaria
3. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza	3.1 M6C1 - Potenziamento dell'Assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale 3.2 M6C1 - Assistenza domiciliare 3.3 M6C2 - Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero 3.4 M6C2 - FSE 2.0
4. Accessibilità	4.1 Prestazioni erogate prenotate attraverso il CUP 4.2 Area osteomuscolare 4.3 Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA stemi 4.4 Appropriatezza nell'assistenza al parto 4.5 Donazioni d'organo
5. Prevenzione	5.1 Piano della Prevenzione (PNP) 5.2 PanFlu 5.3 Attuazione Piano di recupero delle prestazioni di screening oncologici

Per ciascun sub-obiettivo vengono proposti:

- sintetica descrizione di quanto indicato nella D.G.R. di riferimento;
- livello prefissato di raggiungimento dell'obiettivo e dei sub obiettivi (INDICATORE e VALORE DELL'OBIETTIVO);
- azioni intraprese (AZIONI) e livello raggiunto dall'Azienda al 31 dicembre 2023 (RISULTATI);
- documenti più rilevanti prodotti in corso d'anno che comprovano azioni e risultati conseguiti (allegati).

Agli obiettivi citati si deve aggiungere lo specifico obiettivo volto al rispetto dei tempi di pagamento previsto dall'art. 1, comma 865 della legge n. 145/2018 (Legge di Bilancio 2019).

Per l'ASL NO quest'ultimo obiettivo risulta raggiunto completamente in quanto l'indicatore di tempestività dei pagamenti risulta addirittura negativo per l'anno 2023 ed è così suddiviso:

ITP I TRIMESTRE: - 16 GIORNI;

ITP II TRIMESTRE: - 16 GIORNI;

ITP III TRIMESTRE: - 14 GIORNI

ITP IV TRIMESTRE: - 9 GIORNI

INDICATORE ANNUALE 2023: -13 GIORNI

Tale indicatore è pubblicato alla seguente pagina web del sito dell'ASL NO:

<https://trasparenza.asl.novara.it/pagamenti-dellamministrazione/indicatore-tempestivita-pagamenti>

In data 14 maggio 2024 è stato adottato il Bilancio Consuntivo 2023 con delibera del Direttore generale n. 286 che presentava una perdita pari ad € 18.978.736,40. In seguito a successivi controlli regionali, sono emerse alcune anomalie che hanno portato a rettificare la Delibera di cui sopra portando la nuova perdita 2023 ad euro 17.044.136,48. È in corso di formalizzazione l'adozione del Bilancio Consuntivo 2023 rettificato.

1. Gestione della spesa - 1.1. Efficientamento - A cura del Direttore s.c. Servizio Economico Finanziario e del Direttore s.c. Servizio Tecnico Patrimoniale

DESCRIZIONE: Identificare ed attuare ogni utile misura di riorganizzazione dei processi produttivi aziendali che sottostanno alla erogazione delle singole tipologie di prestazioni sanitarie e sociosanitarie ed aggiornare il Preventivo economico entro il 1° settembre 2023 anche tenendo in dovuta considerazione i recenti atti regionali in materia di ADI (es. DGR n. 13-7239 del 17 luglio 2023).

INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	AZIONI -	RISULTATI - ALLEGATI
Sub-obiettivo 1.1.1: Trasmissione attestazione aziendale sul disavanzo economico atteso e Pianificazione degli obiettivi di efficientamento aziendale, con relativo monitoraggio di attuazione.	Trasmissione attestazione che illustri: motivazioni delle perdite d'esercizio aziendali, contestuale assenza di misure di riorganizzazione dei processi produttivi aziendali attivabili per perseguire l'obiettivo di equilibrio economico-finanziario entro il 10 settembre 2023.	Ai fini di predisporre e trasmettere l'attestazione aziendale sul disavanzo economico tutti i Centri Ordinatori di spesa hanno elaborato una relazione dell'andamento di spesa 2023 da confrontare con l'anno 2019, nonché ulteriori dati economici necessari per la compilazione del format come richiesto dalla Regione e l'eventuale aggiornamento del bilancio economico preventivo entro il 1° settembre sulla piattaforma SIRECOM.	Allegato 1.1.1: Lettera prot. n. 0053902/23/SEF dell'8/09/2023 Trasmissione Relazione Aziendale sul risultato economico atteso 2023 e allegati – Bilancio Preventivo 2023, con allegati: - Attestazione firmata dalla Direzione Strategica – Allegato A; - Prospetto di determinazione spesa farmaceutica (comunicazione dott. Ruggeri a mezzo mail del 25/08/2023);
Sub-obiettivo 1.1.2: Nomina Energy Manager. Definizione e sviluppo di azioni finalizzate a promuovere il risparmio energetico.	Relazione aziendale predisposta dall'energy manager aziendale, che indichi le azioni identificate (avviate e da avviare) per promuovere il risparmio energetico entro il 10 settembre 2023.	In data 11/04/2023 è stato inserito sul portale servizi NEMO (Nomina Energy Manager On-line) della FIRE il modulo di nomina dell'Energy Manager dell'ASL NO per l'anno 2023, individuato nella persona dell'ing. Giulia Platini; con nota ricevuta via e-mail in data 14/04/2023, la FIRE ha validato il modulo completando la nomina dell'Energy Manager, formalizzata con Delibera n. 482 dell'11/9/2023 "Nomina del responsabile per la conservazione e l'uso razionale dell'energia ("ENERGY MANAGER") dell'ASL NO".	L'Energy Manager ha predisposto una prima relazione aziendale inviata con prot. n. 0053902/23/SEF dell'8/09/2023. Con medesima nota sono stati trasmessi Contratti aziendali attivi in materia di spesa energetica. Allegato 1.1.2: • Relazione dell'Energy Manager aziendale; • Contratti aziendali attivi in materia di spesa energetica; • Delibera n. 482 dell'11/9/2023 Nomina del responsabile per la conservazione e l'uso razionale dell'energia ("ENERGY MANAGER") dell'ASL NO per l'anno 2023.

1. Gestione della spesa - 1.2. Assistenza farmaceutica appropriatezza prescrittiva - A cura del Direttore s.c. Farmacia Ospedaliera; Direttore s.c. Farmacia Territoriale

DESCRIZIONE: sub-ob. 1.2.1 Mantenimento dell'importo cumulato medio indotto dalla propria attività prescrittrice nel quadriennio 2019-2022 relativamente alla Distribuzione Diretta di tipologia 03 - Farmaci distribuiti direttamente ai pazienti cronici soggetti ai piani terapeutici o presi in carico, a partire dal primo ciclo di terapia, incluse le terapie ancillari e con le esclusioni previste dalle note alla tabella a) della DGR n. 11-7385 del 03/08/2023. Per l'ASL NO il valore target indicatore proposto per il 2023 è euro 2.665.665.

sub-ob. 1.2.2 Riduzione nel 2023 della spesa pro-capite pesata complessiva (conv. + dd + dpc) avendo come obiettivo il valore dell'ASL best performer nell'anno 2022 (ASL Verbano-Cusio-Ossola: 264,82 spesa per residente ponderato).

INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	AZIONI DIRETTA	RISULTATI - ALLEGATI
Sub-obiettivo 1.2.1: Spesa indotta dalla propria attività prescrittrice nel 2023 (rilevata da Flusso File F ed afferente alla distribuzione diretta di tipologia 03) nel periodo gennaio-dicembre 2023;	Il valore target indicatore proposto per il 2023 per l'ASL NO è 2.665.665 euro	Tempestiva adesione a convenzioni stipulate da SCR Piemonte per specialità medicinali biosimilari o genericate a minor costo. Incontri con i prescrittori volti a concordare strategie condivise per il raggiungimento dell'obiettivo, discutere sull'appropriatezza delle prescrizioni nel rispetto delle indicazioni di AIFA e delle linee guida regionali e sull'utilizzo di farmaci a miglior profilo costo-beneficio, responsabilizzandoli nel processo di contenimento della spesa farmaceutica. Predisposizione di prospetti riepilogativi delle migliori alternative terapeutiche in base al principio del costo-efficacia. Elaborazione e diffusione ai Prescrittori di tabelle di confronto sul costo dei farmaci appartenenti alle diverse classi farmaceutiche, del costo terapia mensile ed annuale dei singoli trattamenti, per una scelta più efficiente della terapia prescritta. Monitoraggio della spesa in DD (Tipologia 03) indotta sia da Centri Prescrittori ASL NO che da altri Centri che incidono maggiormente sulla spesa in DD. I farmaci a maggior incidenza sono risultati essere i farmaci biologici utilizzati nelle patologie autoimmuni quali patologie reumatologiche, psoriasi medio-grave e nel morbo di Crohn, farmaci per il trattamento di patologie cardiovascolari per il controllo delle ipercolesterolemia la cui spesa è in continuo aumento. Effettuati i seguenti incontri con: <u>Reumatologi ASL NO (il 14/9/2023):</u> richiesto di utilizzare farmaci biologici in seconda linea, come da linee guida regionali, preferendo la prescrizione, successivamente ai aDMARD, dei farmaci anti-TNF, che hanno un costo 10 volte inferiore agli inibitori delle Interleukine come da nuova aggiudicazione da parte di SCR dell'Accordo Quadro per adalimumab. Particolare attenzione si è posta nei cambiamenti di terapia sul singolo paziente. - <u>Gastroenterologi ASL NO (27/9/2023)</u> hanno motivato dal punto di vista clinico ed organizzativo l'incremento dei costi sostenuti, principalmente dovuti	Come si evince dalla tabella estratta dal sistema PADDI nel periodo Gennaio-Ottobre 2023, la spesa in DD dell'ASLNO è stata di € 3.158.262 valore superiore a quello target dell'obiettivo pari ad € 2.665.665 Il mancato raggiungimento del target è in parte dovuto alla gestione di pazienti allergologici Extra ASL per c.a.500.000 € e alle nuove condizioni della gara SCR per ossigeno liquido All. 1.2.1: • Spesa in DD

		all'utilizzo di Infliximab sottocute in sostituzione di Infliximab endovena, con un costo unitario quintuplicato. - <u>Cardiologi ASL NO (3/11/2023)</u> forniti i dati di spesa degli inibitori-PCSK9 e chiesta l'istituzione di un registro osservazionale per la raccolta dati sugli esiti della terapia ad alto costo. Tramite interrogazione del database sistema TS verificato il rispetto dei criteri di inclusione AIFA relativi alle terapie precedentemente utilizzate per il controllo dell'iperlipidemia e l'aderenza ai trattamenti. - <u>L'Allergologia</u>, per la presenza di uno specialista di riferimento, sono in carico anche pazienti provenienti da altre ASL (BI, VC, VCO) affetti da angioedema ereditario, comportando una spesa nei primi 10 mesi dell'anno di € 459.687,00 per Takhzyro.	
Sub-obiettivo 1.2.2: Spesa pro-capite pesata complessiva (conv. + dd + dpc) anno 2023.	Spesa pro-capite pesata complessiva (conv. + dd + dpc) anno 2023 ≤ al valore dell'ASL best performer nell'anno 2022 (Best performer 2022: 264,82)	AZIONI SPESA DISTRIBUZIONE DIRETTA e DPC: <u>Farmaci sottoposti a monitoraggio AIFA:</u> a seguito del notevole aumento della spesa per Inibitori - PCSK9 prescritti da Specialisti dell'AOU Maggiore della Carità di Novara da aprile 2022, secondo indicazioni regionali, inviata nota alla Direzione informando sull'alto costo della terapia ed invitando ad individuare le categorie di pazienti per cui questi farmaci sono un valore aggiunto dal punto di vista clinico; <u>Psoriasi</u> messo in atto monitoraggio periodico dei farmaci biologici utilizzati; con nota aziendale richiesto ai Prescrittori dell'AOU Maggiore della Carità di privilegiare la prescrizioni di farmaci di prima scelta e farmaci biosimilari a minor costo, pur rispettando la libertà prescrittiva, ma coinvolgendoli nell'uso appropriato delle risorse; <u>Malattie rare:</u> contattati i Prescrittori sia regionali che extra-regionali di farmaci emofilici e di nuovi farmaci per la gestione della fibrosi cistica invitando ad utilizzare farmaci aggiudicati in gara regionale e a privilegiare farmaci a miglior profilo costo/beneficio. Nell'incontro con il Settore farmaceutico regionale è stata sottolineata l'importanza della valutazione delle terapie per malattie rare da parte della rete regionale MARARE e la successiva autorizzazione delle terapie ad altissimo costo, per esempio idursulfasi per il trattamento a lungo termine dei due pazienti con sindrome di Hunter - mucopolisaccaridosi II, MPS II con un costo nel semestre di € 749.000,00 per due fratellini. <u>Monitoraggio trimestrale</u> andamento spesa in DPC condiviso con UCAD, discutendo sui gruppi a maggior incidenza sulla spesa farmaceutica quali farmaci antidiabetici e NAO, sull'appropriatezza delle prescrizioni secondo le limitazioni di note AIFA e dei piani terapeutici, redatti sia da Specialisti che dai MMG <u>Antidiabetici orali:</u> organizzato corso ECM con la	La spesa pro-capite pesata complessiva (conv. + dd + dpc) cumulata proiezione 2023 (fonte PADDI) risulta di € 325,20 in linea con la media regionale di € 324,74. L'incremento della spesa pro-capite pesata complessiva rispetto al 2022 (8,09%) è inoltre in linea con l'incremento medio regionale (7,70%) Nonché 'con l'aumento registrato dai best performer (8,28%) Lo scostamento rispetto al target è in gran parte dovuto alla presa in carico della DD effettuata nel 2022 da AOU Maggiore

		collaborazione dei Medici Diabetologici aziendali per promuovere la prescrizione appropriata e di farmaci con miglior costo/beneficio, in seguito all'introduzione della nota AIFA 100 con redazione del Piano Terapeutico tramite sistema TS anche da parte dei MMG; <u>Nuovi anticoagulanti orali:</u> ribadita l'importanza del monitoraggio delle terapie, la prescrizione dei dosaggi corretti e numero di confezioni adeguato evitando iperprescrizioni, il puntuale rinnovo dei Piani Terapeutici tramite il sistema TS per non interrompere la terapia anticoagulante; <u>Eritropoietina</u> ribadita in CF aziendale ed interaziendale (AOU Maggiore) l'importanza della DD del farmaco per pazienti onco-ematologici e nefropatici oltre che in dimissione ospedaliera, anche in seguito a DH e visita ambulatoriale. AZIONI SPESA CONVENZIONATA, in linea con gli Accordi aziendali con i MMG 2023, chiesta una riduzione della spesa <u>pro-capite x 1000 assistibili pesati/die</u> a 85 Medici con valore superiore alla media regionale ed a tutti i MMG un utilizzo maggiore dei farmaci con miglior profilo costo/beneficio per confezionamento. <u>Valutate le prescrizioni non conformi</u> alle indicazioni aziendali in Commissione Appropriata Distrettuale. <u>Invio trimestrale di report</u> ai Direttori di Distretto e Capo Equipe per monitorare la spesa pro-capite pesata per Distretto, Equipe e MMG. Azioni sulle categorie a maggior incidenza sulla spesa farmaceutica in convenzionata: <u>Antibiotici per uso sistemico:</u> diffuso a MMG e PLS report indicante le maggiori antibiotico-resistenze nazionali, regionali ed aziendale e l'importanza di utilizzare gli antibiotici secondo i criteri OMS indicati nella campagna AWaRE, prediligendo la categorie degli antibiotici Access, rispetto a Watch e Reserve; <u>Statine ed ezetimibe</u> report inviati alle Equipe sottolineando l'indispensabilità di attenersi alle limitazioni di nota AIFA 13, soprattutto nei grandi anziani, e monitorare l'aderenza alla terapia, fondamentale per raggiungere il target terapeutico, evitando iperprescrizioni; <u>IPP:</u> prescrizione di confezionamenti con miglior profilo costo beneficio, soprattutto nell'utilizzo cronico degli IPP come indicazioni di nota AIFA 1 e 48, è stata richiesta negli obiettivi aziendali con i MMG. <u>Vitamina D</u> sia in CF Aziendale che nelle UCAD distrettuale discussi i dati su consumi e spesa dei farmaci a base di vitamina D che dimostrano una maggior appropriatezza prescrittiva dopo l'introduzione della nota 96 AIFA e la diffusione delle raccomandazioni aziendali.	Allegato 1.2.2: • Spesa pro capite
--	--	---	---

1. Gestione della spesa - 1.3. Affidabilità dati rilevati da flussi informativi dei dispositivi medici - A cura del Direttore s.c. Farmacia Ospedaliera; s.c. Servizio Tecnico Patrimoniale

DESCRIZIONE: Verifica di disponibilità, completezza e qualità, miglioramento nel tempo dell'acquisizione nel flusso informativo regionale dei dati relativi al monitoraggio dei consumi e dei contratti dei dispositivi medici (Decreto Ministeriale 11 giugno 2010 "Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio Sanitario Nazionale").

INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	AZIONI	RISULTATI - ALLEGATI
Sub-obiettivo 1.3.1: Rapporto tra spesa rilevata dal Flusso Consumi di Dispositivi medici e i costi imputati a Conto Economico alle voci B.1.A.3.1 e B.1.A.3.2.	Coerenza, con un margine di tolleranza compreso tra -5% e +10%	Mantenere l'attenzione sulla corretta gestione delle anagrafiche aziendali dei dispositivi medici oggetto del flusso, verificando che per ogni singolo prodotto venga attribuito il numero di repertorio. È entrata a regime la gestione della distinta base per i Kit di "trattamento dialitico" con conseguente individuazione dei numeri di repertorio delle diverse componenti. Formazione al personale di STP e AIP sulla corretta compilazione dei dati necessari al flusso DMRP-Consumi.	Dalla rilevazione dell'indicatore nel periodo Gennaio-Settembre 2023 (fonte PADDI), unico dato al momento disponibile, si evince che ASL Novara, nel periodo considerato, risulta di -5,04%, in linea con l'obiettivo assegnato (-5%). Sono state adottate ulteriori azioni per il consolidamento dell'obiettivo nel IV trimestre Allegato 1.3.1: Rapporto Spesa consumi Dispositivi medici
Sub-obiettivo 1.3.2: Rapporto tra il numero di record validi con "Forma di negoziazione" compilata e il numero complessivo di record validi inviati al flusso DMRP- Contratti	Almeno il 95% dei record inviati al flusso DMRP-Contratti nel 2023 deve presentare la compilazione e del campo "Forma di negoziazione".	Modifica dell'ERP aziendale che ha reso obbligatoria la compilazione del campo "Forma di negoziazione" e del campo data di stipula contratto. Formazione al personale di STP e di AIP sulla corretta compilazione dei dati necessari al flusso DMRP-Contratti.	Dai dati di sintesi 01/01/2023 - 30/09/2023, unici al momento disponibili, si evince che ASL Novara, nel periodo considerato, risulta in linea con l'obiettivo assegnato (valore 100%) Allegato 1.3.2: Rapporto record validi flusso DMRP-Contratti

INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	AZIONI	RISULTATI - ALLEGATI
Sub-obiettivo 1.3.3: Rapporto tra quantità contrattualizzata a rilevata dal Flusso Contratti di Dispositivi medici, distintamente per le CND J0101, P0704, P0908, e quantità distribuita di dispositivi medici rilevata da Flusso Consumi di dispositivi medici. Tre distinti per ASR inviante: rispettivamente differenziando nelle tre CND J0101, P0704, P0908	Risultato dei tre sub indicatori = 100%, con un margine di tolleranza compreso tra -50% e +50% (l'indicatore complessivamente è valutato positivamente e solo se il risultato di tutti i tre sub indicatori è compreso nel margine di tolleranza).	Si è proceduto: - con gli affidamenti/adesioni per il tramite dei Soggetti Aggregatori di riferimento, in allineamento alle attività istituzionali ed alle reali necessità aziendali. - a valorizzare nell'applicativo informatico aziendale tutti i campi necessari per l'estrazione automatica delle quantità contrattualizzate. - nel corso della fornitura dei dispositivi medici, alla verifica dinamica del rapporto della quantità contrattualizzata e distribuita. Per la CND P 0704 si precisa che il relativo dispositivo NON è utilizzato dal presidio ASL che non dispone di Chirurgia Vascolare. Il dato riportato per la quantità distribuita è scaturito da un errore materiale nell'indicazione del codice RDM; nel dettaglio è stato erroneamente digitato il codice 1633336 anziché 1663336. In ogni caso nessun ordinativo risulta effettuato dall'ASL NO.	Complessivamente si rispetta il range assegnato nell'obiettivo, come di seguito indicato: - J0101 quantità contrattualizzata n. 593, quantità distribuita n. 1.047, 56,64% - P0908 quantità contrattualizzata n. 3203, quantità distribuita n. 3.932, 81,46% Si ritiene utile precisare che le tabelle PADDI per l'Azienda 208-ASL NO riportano la quantità contrattualizzata pari a 0, mentre al contrario risulta regolarmente registrata la quantità distribuita. Per quanto sopra esposto si precisa che per mero errore materiale, per la J0101 e la P0908, non era a suo tempo stata inserita la quantità contrattualizzata; si è proceduto da tempo a richiedere al CSI la possibilità di rettifica/integrazione dei dati ma ad oggi la richiesta risulta ancora inevasa: ciò consentirebbe di evidenziare anche nella tabella PADDI il valore contrattualizzato a corretta lettura della stessa nonché dimostrazione del raggiungimento dell'obiettivo. Si ritiene quindi che ad oggi l'ASL NO ha raggiunto l'obiettivo assegnato, ancorché il medesimo non risulta riportato nella tabella PADDI. Il calcolo dell'indicatore secondo la formula indicata nella DGR n.4-92 del 19/07/2019 per il periodo Gennaio-Settembre 2023 (dato al momento disponibile) pone l'ASL all'interno dello standard.

1. Gestione della spesa - 1.4. Affidabilità dati rilevati da flussi informativi della farmaceutica - A cura di Direttore s.c. Farmacia Ospedaliera; e Responsabile ss Acquisti e Logistica

DESCRIZIONE: Verifica trimestrale della coerenza tra i costi aziendali rilevati dal Modello di Conto Economico (CE) nella voce BA0040 - B.1.A.1.1 - Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale, e nella voce BA2670 – B.15.A – Variazione rimanenze sanitarie, limitatamente ai prodotti farmaceutici ed i costi aziendali rilevati attraverso il flusso informativo della distribuzione diretta (DM 31 luglio 2007 e s.m.i.) e il flusso dei consumi ospedalieri (DM 4 febbraio 2009) tenendo conto delle eventuali note di credito.

INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	AZIONI	RISULTATI - ALLEGATI
Rapporto tra i costi aziendali rilevati dal Modello di Conto Economico (CE) ed i costi aziendali rilevati dai flussi informativi della farmaceutica (DD, CO), come formulato nella DGR n. 11-7385 del 03/08/2023	100% con uno scostamento massimo ammissibile scostamento pari al $\pm 2\%$ sul valore annuale e $\pm 5\%$ sui valori trimestrali.	Effettuazione di una corretta parametrizzazione delle tipologie di consumi ospedalieri e del File F affinché non vengano esclusi dal flusso. In seguito alla consueta richiesta del NSIS e del MEF relativa agli allineamenti dei dati trimestrali dei flussi CE e flussi informativi della farmaceutica, si verificano periodicamente i motivi delle differenze fra i valori riportati nelle tabelle che vengono inviate dal Settore Farmaceutico, con particolare riferimento alle criticità in merito alla rendicontazione delle rimanenze di magazzino e delle note di credito. Viene posta particolare attenzione nel caso in cui tra i due flussi si riscontri una differenza superiore al $\pm 2\%$.	Sono disponibili unicamente i dati relativi al terzo trimestre 2023 e l'ASL NO non risulta in linea con il valore dell'obiettivo (-13%). Tuttavia si segnala che, in seguito all'incontro tenutosi in video conferenza il giorno 4 gennaio u.s. con i competenti Servizi Regionali e CSI Piemonte, gli stessi hanno rivisto i dati presenti nel report alla luce degli importi forniti da ASL Novara relativamente alla gestione del MUSA ed in particolare ai farmaci che sono stati consegnati alle ASL VCO e ASL BI, il cui ingresso nel MUSA (Magazzino Unico Sanitario interAziendale per la logistica integrata) di cui l'ASL NO capofila, è avvenuto nel mese di settembre, rispettivamente in data 04.09.2023 e 18.9.2023. Pertanto si può rilevare che per l'ASL NO lo scostamento tra i dati farmaci del CE al terzo trimestre e i dati dei flussi inviati risulta essere al di sotto del 2% nello specifico -1.7%, all'interno dello standard Allegato 1.4: 1.4 Conto Economico e Flussi informativi farmaceutica

2. Edilizia Sanitaria - 2.1. Progetti di edilizia sanitari - A cura del Direttore della s.c. Servizio Tecnico Patrimoniale

INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	AZIONI	RISULTATI - ALLEGATI
Interventi programmati e realizzati entro le tempistiche indicate. Per l'ASL NO Ampliamento dell'ospedale di Borgomanero con l'Aggiudicazione gara di progettazione entro il 31/12/2023	100%	Con atto DD 1207/a1415C/2023 del 31/05/2023 la Regione Piemonte con la citata Determina Dirigenziale ha approvato l'impegno di spesa di Euro 500.000,00 per l'affidamento della progettazione. Con parere n. 11 del 31/07/2023 del Nucleo Tecnico di Valutazione il Ministero della Salute ha approvato lo studio di fattibilità tecnico-economica dell'intervento di che trattasi. Con Deliberazione n. 626 del 20/11/2023 l'ASL NO ha preso atto dell'ottenimento del finanziamento finalizzato alla realizzazione del Nuovo Padiglione e degli interventi di riordino ed adeguamento normativo del Presidio Ospedaliero di Borgomanero. Con Delibera n. 683 del 18/12/2023 sono stati affidati gli incarichi di progettazione finalizzati agli interventi di realizzazione del Nuovo Padiglione ed interventi di riordino ed adeguamento normativo del Presidio Ospedaliero di Borgomanero.	Allegato 2.1: • Delibera n. 626 del 20.11.2023 Interventi di riordino ed adeguamento normativo del P.O. di Borgomanero • Delibera n. 683 del 18.12.2023 Affidamento incarichi progettazione interventi Nuovo Padiglione del PO di Borgomanero

3. PNRR - 3.1. M6C1 - Potenziamento dell'Assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale -A cura del Direttore s.c. Servizio Tecnico Patrimoniale

DESCRIZIONE: L'obiettivo ha come finalità il conseguimento degli obiettivi programmati dalla Regione Piemonte e validati dai Ministeri competenti per i diversi investimenti che compongono la pianificazione relativamente alle progettualità di Case di Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali (COT).

INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	AZIONI -	RISULTATI - ALLEGATI
Sub-obiettivo 3.1.1: Stipula dei contratti per la realizzazione delle Case della Comunità entro il 3° trimestre 2023;	100%	I contratti specifici per la realizzazione delle opere con la modalità dell'appalto integrato sono stati sottoscritti con i seguenti atti: – Delibera ASL NO 316 del 09/06/2023 – Delibera ASL NO 324 del 12/06/2023 – Delibera ASL NO 341 del 20/06/2023	I contratti per la realizzazione delle Case di Comunità sono stati stipulati entro il 30/09/2023 Allegato Allegato 3.1: • Delibera 316 del 09.06.23 Contratti Specifici d'Appalto • Delibera 324 del 12.06.23 Contratti Specifici d'Appalto • Delibera 341 del 20.06.23 Contratti Specifici d'Appalto
Sub-obiettivo 3.1.2: Stipula dei contratti per la realizzazione delle COT e dei contratti per l'interconnessione aziendale entro il 2°trimestre 2023;	100%		I contratti per la realizzazione delle COT sono stati stipulati entro il 30/06/2023. Allegato 3.1: • Delibera 316 del 09.06.23 Contratti Specifici d'Appalto • Delibera 324 del 12.06.23 Contratti Specifici d'Appalto • Delibera 341 del 20.06.23 Contratti Specifici d'Appalto

INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	AZIONI -	RISULTATI - ALLEGATI
Sub-obiettivo 3.1.3: Completamento lavori delle Centrali Operative Territoriali entro il 31/12/2023;	100%	All'ASL NO è stata affidata la realizzazione di 3 COT sui territori di Borgomanero, Galliate e Novara. Per quanto riguarda le COT di Borgomanero e di Novara, come già evidenziato a Regione Piemonte nei monitoraggi mensili Milestone e Target del 31.03.2023 e del 30.04.2023, gli interventi in oggetto presentano una serie di criticità, principalmente legate al fatto che gli edifici dovranno essere completamente ristrutturati per consentire la realizzazione delle opere di Casa della Comunità e Ospedale della Comunità che presentano tempistiche di attivazione significativamente differenti da quelle delle COT. In merito è stata concordata con il Coordinamento Missione 6 la possibilità di individuare, idonei spazi aziendali per l'attivazione di due COT temporanee, da utilizzare fino alla conclusione dei lavori negli immobili di destinazione definitiva.	I lavori per la realizzazione della COT di Galliate si sono conclusi entro il 31/12/2023 con la relativa attivazione del servizio; le COT transitorie di Borgomanero e Novara sono state attivate entro il 31/12/2023 Allegato 3.1.3: • Delibera 494 del 22.09.23 Approvazione Contratti Specifici Invitalia • Delibera 525 del 29.09.23 Approvazione Contratto Specifico Invitalia
Sub-obiettivo 3.1.4: Stipula delle obbligazioni giuridicamente rilevanti per la realizzazione degli Ospedali di Comunità entro il 3° trimestre 2023.	100%	I contratti specifici per la realizzazione delle opere con la modalità dell'appalto integrato sono stati sottoscritti con i seguenti atti: – Delibera ASL NO 316 del 09/06/2023 – Delibera ASL NO 324 del 12/06/2023 – Delibera ASL NO 341 del 20/06/2023	I contratti per la realizzazione degli Ospedali di Comunità sono stati stipulati entro il 30/09/2023. Allegato 3.1: • Delibera 316 del 09.06.23 Contratti Specifici d'Appalto • Delibera 324 del 12.06.23 Contratti Specifici d'Appalto • Delibera 341 del 20.06.23 Contratti Specifici d'Appalto

3. PNRR - 3.2. M6C1 – Assistenza Domiciliare - A cura dei Direttori dei Distretti

DESCRIZIONE: L'incremento della popolazione over 65 (1.116.681 soggetti al 31.12.2022), in regione Piemonte ha comportato un aumento progressivo delle malattie cronico/degenerative richiedendo un incremento dei servizi di assistenza a lungo termine, supportando l'assistito e la sua famiglia. A tal proposito, l'obiettivo ha come finalità quello di aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare.

INDICATORE	VALORE DELL'OBIETTIVO			AZIONI	RISULTATI - ALLEGATI
Raggiungimento della copertura in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) per tutti i soggetti over 65, così come dettagliato per ASL nella seguente tabella, entro il 31/12/2023.	Popolazione over 65	Target minimo 2023	di cui DL34/PNRR	Stipula Accordo Attuativo Aziendale per i MMG anno 2023 – Deliberazione del Direttore Generale n. 372 del 30/06/2023. - Art. 9 AIR – Attività d'Equipe: lettere b, c, d: aumento per singolo medico della percentuale di pazienti over 65 anni in cure domiciliari; - Art. 17 AIR - Governo Clinico: utilizzo del portale regionale ECWMED per la valorizzazione di tutte le prestazioni erogate al domicilio. Predisposizione e progressiva attuazione del piano strategico aziendale presentato ad Azienda Zero il 14/07/2023 i cui punti salienti sono: - Sensibilizzazione dei MMG sul raggiungimento dell'obiettivo (UCAD/note SC Distretti); - Identificazione di anziani non autosufficienti in lista d'attesa per l'attivazione di progetti UVG e non in carico alle cure domiciliari (n. 409 al 31/05/2023); - Identificazione di anziani non autosufficienti con progetti UVG domiciliari attivi non in carico alle cure domiciliari (n. 122 al 30/06/2023); - Per entrambe le sopracitate categorie di anziani, avviata segnalazione ai MMG sull'opportunità di attivare percorsi di cure	Alla data del 31/12/23 risultano in carico n. 9.792 assistiti, a fronte dell'obiettivo aziendale di n. 7.190, con un indicatore 5 bis pari al 11,88% rispetto al target regionale assegnato dell'8,70% entro la fine del 2023. Il target risulta raggiunto e ampiamente superato, pertanto, in vista dell'obiettivo finale del PNRR/DM-77 di raggiungere una presa in carico del 10% della popolazione over 65 entro la fine del 2026, le prossime azioni saranno rivolte al consolidamento del dato raggiunto nonché al miglioramento qualitativo delle prese in carico domiciliari. Allegato 3.2: Delibera n. 372 del 30.06.2023 Accordo Attuativo Aziendale MMG 2023
	82.787	7.190	2.966		

		domiciliari. Informativa ai MMG sull'introduzione della nuova tipologia di Cura domiciliare denominata "SID semplice", con relativo invito all'utilizzo della stessa per l'attivazione delle prestazioni sanitarie monoprofessionali e occasionali. Identificazione nell'ambito degli elenchi regionali dei soggetti definiti "fragili per il caldo" degli assistiti non in Cure domiciliari nel periodo analizzato (01/01/2023-31/07/2023), validati dai MMG, per la predisposizione di interventi di sanità di iniziativa da qualificarsi come "SID semplici". Registrazione su FARSIAD delle prestazioni monoprofessionali estemporanee erogate a partire dal 01/01/2023 (attività in corso). Avvio della valorizzazione da parte dei Distretti come "SID semplici" delle valutazioni UVG effettuate al domicilio nell'anno 2023; sensibilizzazione dei MMG a valutare l'opportunità di attivare cure domiciliari nelle varie forme in favore degli assistiti che presentano richiesta di valutazione UVG; nei casi di pazienti in lista di attesa/graduatoria per inserimento in struttura, la stessa commissione UVG può restituire l'informazione al MMG, valutando congiuntamente l'opportunità della attivazione per esempio dell'IFeC. Avvio di due tavoli di lavoro tra ASL ed Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali per il potenziamento delle risposte per la presa in carico domiciliare.	
--	--	---	--

		Consolidamento dell'organizzazione e delle attività della COT sperimentale di Trecate con trasferimento nella sede definitiva di Galliate (Distretto Area Sud) ed avvio delle altre due COT distrettuali presso sedi provvisorie di Novara e di Borgomanero, con la funzione di coordinamento dei servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza. Implementazione del numero di IFeC distrettuali (al 31/12/2023 pari a N=17 DAN, N=10 DAS, N=8 DUN) volto al rafforzamento del sistema assistenziale territoriale, per un approccio di prossimità e in rete con tutti i servizi socio sanitari e gli attori sociali del territorio teso a incrementare la presa in carico, l'intercettazione e la gestione proattiva dei bisogni di continuità assistenziale, aderenza terapeutica, prevenzione, promozione di idonei stili di vita, empowerment, educazione sanitaria, anche attraverso strumenti di telemedicina (dispositivi tytocare e piattaforma multimed). Partecipazione ai webinar sulla piattaforma per la Telemedicina inovaMED del personale delle cure domiciliari ed IfeC; peraltro sono già attivi i percorsi relativi alla effettuazione dell'ECG al domicilio del paziente.	
--	--	---	--

3. PNRR - 3.3. M6C2 - Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - A cura del Direttore f.f. s.c. Sistema Informativo e Controllo di gestione

DESCRIZIONE: Digitalizzazione DEA I e II livello, la quale, riferendosi alle 24 strutture sede di DEA di regione Piemonte, consiste nella digitalizzazione dell'assistenza sanitaria e dei sistemi informativi sanitari; Grandi Apparecchiature Sanitarie, la quale consiste nell'ammodernamento digitale del parco tecnologico ospedaliero tramite la sostituzione di 181 modelli obsoleti con modelli tecnologicamente avanzati.

INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	AZIONI	RISULTATI - ALLEGATI
Sub-obiettivo 3.3.1: Stipula obbligazione giuridicamente rilevante per l'impiego di almeno il 75% dell'importo assegnato per la digitalizzazione degli ospedali con sede DEA entro il 31/12/2023	100%	Coinvolgimento della S.C. Sistemi Informativi e Controllo di Gestione in qualità di RUP dello specifico Codice Unico di Progetto (F96G22000400006) e della S.C. Tecnico - Patrimoniale per il supporto amministrativo nelle procedure di adesione ed affidamento. Da Luglio 2022 e successivamente nel corso del 2023 sono proseguite le attività tecnico/amministrative propedeutiche alla progettazione ed agli affidamenti relativi all'ammodernamento del sistema informatico ospedaliero e dei progetti interaziendali delegati a livello regionale ad Azienda Zero. Di seguito le delibere di affidamento: - Delibera n. 433 del 22/08/2022 Gestione e sviluppo Sistema di Laboratorio unico AIC3 - Delibera n. 622 del 12/12/2022 Attività di supporto AQ SD1 Lotto 5 - Delibera n. 256 del 28/04/2023 Evoluzione SIO AQ Servizi Applicativi in ottica Cloud lotto 4 - Delibera n. 273 del 16/05/2023 Evoluzione Sistema Informatico Digital Pathology e integrazioni AQ Servizi Applicativi in ottica Cloud lotto 4 - Delibera n. 331 del 15/06/2023 Certificazione EMRAM Azienda Zero AQ SD1 lotto 5 - Delibera n. 369 del 30/06/2023 Certificazione EMRAM Azienda zero AQ SD2 lotto 5 - Delibera n. 412 del 19/07/2023 Progettazione Collaborazione Clinica Azienda Zero AQ SD2 lotto5 - Delibera di affidamento Azienda Zero 0000135 01.06/2023 del 21/07/2023 Rete DEA/PS Rete Ictus AQ SD1 Lotto 1	Con mail della Direzione Generale dell'08/11/2023 - Monitoraggio PNRR Ottobre 2023 risultavano contrattualizzati circa il 91%, che supera il 75% dell'importo assegnato e corrisponde al 100% aziendale (fonte sistema REGIS al 31/12/2023), in linea con il monitoraggio mensile inviato al Coordinamento Missione 6 regionale. Al 31/12/2023 si conferma la contrattualizzazione del 91% dei fondi assegnati. Attualmente sono in corso di affidamento gli ultimi progetti in capo ad Azienda Zero. Infine sono state garantite tutte le azioni di rendicontazione sul sistema Regis e di coordinamento con il settore Regionale in attuazione delle indicazioni normative e degli impegni connessi al PNRR per l'annualità 2023. Allegato 3.3.1: • Delibera del DG n. 506 del 22/09/2023 di presa d'atto della Deliberazione n. 135/2023 di Azienda Zero.

		- Delibera del DG n. 506 del 22/09/2023 di presa d'atto della Deliberazione n. 135/2023 di Azienda Zero - Delibera n. 547 del 13/10/2023 Ampliamento Antivirus AQ Cyber Security 2 lotto 2	
Sub-obiettivo 3.3.2: Adozione di un cronoprogramma di sostituzione delle Grandi Apparecchiature Sanitarie entro il T3 2023 e perseguimento del target di sostituzione del 50% della spesa finanziata entro T4 2023;	100%	Il cronoprogramma di sostituzione è iniziato a luglio 2022 e successivamente nel corso del 2023 sono proseguite le attività tecnico/amministrative propedeutiche alla progettazione ed agli affidamenti relativi all'ammodernamento delle Grandi apparecchiature sanitarie con le relative adesioni agli Accordi Quadro di riferimento. Di seguito le delibere di affidamento: - Determina N. 1238 del 12/08/2022 – CUP F99J21015260006; - Delibera N. 555 del 04/11/2022 – CUP F29J21014820006; F99J21015250006; F29J21014830006; F39J21019490006; - Delibera N. 573 del 17/11/2022 – CUP F19J21017990006; F19J21018040006; - Delibera N. 49 del 25/01/2023 - CUP F99J21015210006; - Delibera N. 368 del 30/06/2023 - CUP F99J21015220006; F99J21015230006; F39J21019480006; F29J21014810006; - Delibera N. 415 del 24/07/2023 – CUP F99J21015240006; - Delibera N. 416 del 24/07/2023 – CUP F19J21017950006; F94E23000040006.	Con mail della Direzione Generale dell'08/11/2023 - Monitoraggio PNRR Ottobre 2023 inviata al Gruppo di Coordinamento Regionale si conferma che risultano contrattualizzati il 100% dei fondi assegnati. Il target T3-T4 del 50% della spesa finanziata entro il 31/12/2023 è stato perseguito, considerato che gli ordinativi sono stati emessi ed i progetti sono in fase di esecuzione. Allegato 3.3.2: • Delibera N. 49 del 25/01/2023 - CUP F99J21015210006; • Delibera N. 368 del 30/06/2023 - CUP F99J21015220006; F99J21015230006; F39J21019480006; F29J21014810006; • Delibera N. 415 del 24/07/2023 – CUP F99J21015240006; • Delibera N. 416 del 24/07/2023 – CUP F19J21017950006; F94E23000040006.
Sub-obiettivo 3.3.3: Stipula obbligazione giuridicamente rilevante per la realizzazione degli interventi pari al 100% degli interventi relativi all'acquisto delle	100%	Con mail della Direzione Generale dell'08/11/2023 - Monitoraggio PNRR Ottobre 2023 inviata al Gruppo di Coordinamento Regionale si conferma che risultano contrattualizzati 100% dei fondi assegnati. Perseguimento del target della spesa finanziata entro il 31/12/2023, considerato che gli ordinativi sono stati emessi ed i progetti sono in fase di esecuzione. I provvedimenti sono stati adottati in riferimento all'avanzamento dei lavori, in allineamento agli obiettivi richiesti.	

Grandi Apparecchiature Sanitarie entro il 31/12/2023.		
--	--	--

3. PNRR - 3.4. M6C2 - Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione – FSE 2.0

A cura del Direttore f.f. s.c. Servizio Informativo e Controllo di gestione

DESCRIZIONE: Il presente obiettivo ha come finalità il conseguimento degli obiettivi programmati dalla Regione Piemonte e validati dai Ministeri competenti per i diversi investimenti che compongono la suddetta pianificazione relativamente alla progettualità Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0, il quale mira ad imprimere un profondo cambio di passo nell'infrastrutturazione tecnologica alla base dell'erogazione dell'assistenza, dell'analisi dei dati sanitari e della capacità predittiva del SSN italiano. In particolare, con riferimento agli obiettivi definiti, al fine di raggiungere l'obiettivo europeo entro i tempi stabiliti, risulta fondamentale il rispetto dei vincoli e delle condizionalità previste dal POR ed i relativi Milestone e Target per il 2023.

INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	AZIONI	RISULTATI - ALLEGATI
Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023: - adeguamento tecnologico degli applicativi refertanti per il dialogo con il gateway nazionale, nel rispetto cronoprogramma condiviso con la Regione; - aggiornamento del repository relativamente alle specifiche tecniche regionali, ivi incluso l'avvio degli interventi per la gestione del processo di dematerializzazione e esenzioni di patologia entro il 30 settembre 2023 con predisposizione del cronoprogramma realizzativo; - conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinicosanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti	100%	• Indicatore adeguamento tecnologico degli applicativi refertanti per il dialogo con il gateway nazionale, nel rispetto cronoprogramma condiviso con la Regione; Le attività tecniche di aggiornamento degli applicativi refertanti e del Repository clinico aziendale (RCD) si sono concluse a fine del mese di settembre 2023 nel rispetto del cronoprogramma regionale come indicato nelle azioni sopra descritte. La % di Referti relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP in formato CDA2 è pari al 100% mentre la % dei Referti (LDO, VP, RIS) da Applicativo Certificato risulta pari al 100%. Tali dati confermano l'adozione degli adeguamenti tecnici FSE2.0. • Indicatore aggiornamento del repository relativamente alle specifiche tecniche regionali, ivi incluso l'avvio degli interventi per la gestione del processo di dematerializzazione esenzioni di patologia entro il 30 settembre 2023 con predisposizione del cronoprogramma realizzativo. Le attività tecniche di aggiornamento del Repository clinico aziendale (RCD) si sono concluse a fine del mese di settembre nel rispetto del cronoprogramma regionale come indicato nelle azioni sopra descritte. Gli interventi per l'avvio della gestione del processo di Dematerializzazione (rilascio e/o revoca delle esenzioni per patologia) è avvenuta come indicato nelle azioni sopra descritte. Nel periodo luglio-dicembre 2023 l'ASL NO ha emesso con Esenpat 456 certificati e 443 esenzioni in formato digitale. Si prevede che nel corso del anno 2024 verrà esteso l'utilizzo della piattaforma anche agli specialisti di Neurologia, oculistica ed agli specialisti territoriali. Infine si prevede di attivare l'integrazione applicativa con il Repository aziendale. • Indicatore conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i	Allegato 3.4: • Delibera n. 521 del 29.09.23 FSE_Aggiornamento applicativi refertanti

ambulatoriali.		restanti referti ambulatoriali. Per quanto riguarda il conferimento dei referti (LDO, VPS, RIS-PACS, LIS, AP) ad FSE, i dati conteggiati e sintetizzati nelle tabelle di seguito (fonte PADDI del 01/02/2023 indicatori da IA1.1, IA1.2, IA1.3, IA1.4 e IA1.6) evidenziano il raggiungimento del livello di copertura previsto dall'obiettivo	
----------------	--	--	--

4. Accessibilità - 4.1. Tempi di attesa. Prestazioni erogate prenotate attraverso il CUP A cura della s.c. Direzione Medica Presidio Ospedaliero e della s.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico

DESCRIZIONE: 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.

INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	AZIONI	RISULTATI - ALLEGATI
Prestazioni erogate Flusso C / Prestazioni prenotate CUP.	N° Prestazioni erogate (Flusso C) nel 2023 ≤ N° Prestazioni prenotate a CUP nel 2023.	La prenotazione delle prestazioni ambulatoriali si effettua sull'applicativo del CUP Unico Regionale (CUP WBS), sia per quanto riguarda i primi accessi che per le prestazioni previste per il follow up e i percorsi diagnostico terapeutici e, più in generale, per i secondi accessi. Per le prestazioni PNGLA, qualora la prenotazione sia prevista su agende "esclusive", queste sono sottoposte all'automatismo di liberazione in "pubblica" delle eventuali disponibilità residue a 72 ore dall'appuntamento.	Il reperimento dei dati per la valutazione dell'indicatore non evidenzia criticità per quanto riguarda l'estrapolazione dei dati di produzione (numeratore) del flusso C. Si osservano invece difficoltà nell'estrapolazione dei dati relativi al denominatore, in quanto sull'applicativo CUP WBS non è disponibile una reportistica per le Aziende che consenta di rilevare il dato idoneo alla valutazione dell'obiettivo stesso. La problematica sopra descritta è peraltro trasversale a tutte le Aziende; e si è in attesa di ricevere il dato validato regionale. In ogni caso, è ragionevole ipotizzare che il valore "N° Prestazioni erogate (Flusso C) nel 2023 ≤ N° Prestazioni prenotate a CUP nel 2023" non potrà essere completamente raggiunto, in quanto, pur applicando puntualmente le disposizioni regionali in materia di agende di prenotazione, non è possibile che la totalità delle prestazioni erogate sia stata oggetto di prenotazione intendendo come "prenotazione" l'assegnazione dell'appuntamento in uno slot predefinito di agenda sull'applicativo del CUP Regionale in quanto: • non tutte le prestazioni ambulatoriali sono gestite attraverso la piattaforma del CUP regionale: oltre a Laboratorio Analisi (che l'ASL NO gestisce in MedTrak), sono in uso applicativi regionali dedicati alla NPI (SMILE), Psichiatria (SISMA), Dialisi (GepaDial), ecc. • sono erogate prestazioni ad accesso diretto (rx torace, ecg, laboratorio analisi) e prestazioni urgenti, quindi non soggette a prenotazione • in molti casi la gestione del percorso clinico del paziente comporta l'erogazione di prestazioni cosiddette "aggiuntive" nel corso dell'appuntamento prenotato • talvolta si verificano anomalie in prescrizione che devono essere sanate per poter comunque garantire al paziente la risposta al bisogno di salute manifestato, adeguata nei tempi e nei modi appropriati, senza il rinvio del paziente al curante che comporterebbe differimento dell'erogazione.

4. Accessibilità - 4.2. Area osteomuscolare A cura del Direttore della s.c. Ortopedia e Traumatologia

DESCRIZIONE: Le Linee Guida internazionali concordano sul fatto che il trattamento migliore delle fratture del collo del femore sia di tipo chirurgico; la strategia chirurgica dipende dal tipo di frattura e dall'età del paziente; gli interventi indicati sono la riduzione della frattura e la sostituzione protesica.

Diversi studi hanno dimostrato che ad una lunga attesa per l'intervento corrisponda un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente. Pertanto, si conferma per il 2023 l'obiettivo: Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 48 ore in pazienti ultrasessantacinquenni. **L'indicatore oggetto dell'obiettivo è espresso in termini di produzione sia per le AO/AOU che per le ASL.** Può essere migliorato e reso più aderente alla realtà calcolando la differenza tra la data di intervento chirurgico e la data di arrivo in Pronto Soccorso. **È calcolato valutando il tempo a partire dall'arrivo in PS.**

INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	AZIONI	RISULTATI - ALLEGATI
Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente si è sottoposto a intervento entro 48 ore dall'arrivo in PS	Tasso aggiustato > 70%.	L'ASL di Novara persegue da tempo l'obiettivo di salute che prevede l'intervento chirurgico entro 48 ore per i soggetti ultrasessantacinquenni ricoverati per frattura di femore. Al fine di operare i pazienti con frattura del collo di femore di età superiore ai 65 anni entro le 48 ore, in accordo con la s.c. Radiologia e con il personale di sala operatoria, i pazienti con tale tipologia di frattura vengono sottoposti ad intervento chirurgico nella sala di elezione al termine della seduta, nella sala dedicata alle urgenze, nei giorni festivi e prefestivi.	Considerando i criteri previsti per il calcolo dell'indicatore, al 31 dicembre 2023 sono stati ricoverati presso la U.O. di Ortopedia e Traumatologia 217 pazienti con frattura di femore oggetto di studio. Di questi, 133 sono stati sottoposti ad intervento chirurgico entro le 48 ore, pari al 61 % (standard >70%). Sono riportate di seguito le motivazioni per 31 pazienti degli 84 non operati entro standard che portano il valore entro lo standard al 71%: • 17 Pazienti erano in trattamento con farmaci che non hanno consentito l'intervento entro le 48 ore (anticoagulanti) • 3 Pazienti hanno avuto necessità di cure aggiuntive pre intervento (trasferimenti in UTIC, Medicina, ecc.) • 2 Pazienti con richiesta di tutore legale • 9 Pazienti operati dopo altre urgenze indifferibili.

4. Accessibilità- 4.3. Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA StemiA cura del Direttore della s.c. Cardiologia

DESCRIZIONE: Proporzione di episodi di STEMI trattati con PTCA entro 90 minuti.

La tempestività dell'effettuazione dell'angioplastica percutanea su pazienti con diagnosi di IMA STEMI, cruciale per la sopravvivenza del paziente, deve pertanto essere fatta 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 (DM/70 del 2.4.2015).

A seguito di verifiche di associazione tra andamenti degli esiti e nuove variabili cliniche introdotte nel tracciato delle SDO a partire dal 2018, a partire dall'edizione 2021 del PNE Agenas ha introdotto 2 indicatori che considerano come tempo di riferimento per l'esecuzione della PTCA dall'accesso nella struttura di ricovero 90 minuti. In linea con quanto già previsto dalla DGR 23-5653 del 19 settembre 2022 si è stabilito che per l'annualità 2023 l'indicatore sia proporzione di pazienti trattati con PTCA entro 90 minuti dall'accesso nella struttura di ricovero. L'indicatore è espresso in termini di tutela per le ASL.

INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	AZIONI	RISULTATI - ALLEGATI
Sub-obiettivo 4.3: Numero di episodi di STEMI in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro novanta minuti. Numero di episodi di STEMI	Tasso grezzo > 60%.	Il Presidio Ospedaliero SS. Trinità di Borgomanero NON dispone di Emodinamica propria, pertanto nel caso di pazienti con un episodio di STEMI la procedura della Rete STEMI prevede l'invio diretto presso l'AOU Maggiore della Carità di Novara (ospedale di riferimento), senza accedere al Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero. La tempistica di esecuzione della procedura, è gestita direttamente dall'AOU – in caso di indisponibilità ad accogliere il paziente da parte dell'AOU - da altra struttura dell'Area Omogenea dotata di emodinamica. Di fatto il Presidio Ospedaliero di Borgomanero è chiamato a gestire solo: • i pazienti che giungono con mezzi propri presso il Pronto Soccorso; • in casi di mancato riconoscimento dell'episodio; • secondo le più recenti Linee Guida Europee della Società Europea di Cardiologia (Guidelines on Management of Acute Myocardial Infarction in Patients Presenting with ST-Segment Elevation. ESC Clinical Practice Guidelines 2017) i pazienti affetti da infarto STEMI, solo se in fase sub acuta, se gravati da comorbidità tali da controindicare uno studio coronarografico; • per proseguimento di cure dopo esecuzione di PTCA in centro Hub per STEMI.	I risultati delle analisi preliminari relativi all'anno 2023, estrapolando i dati dai flussi C2 e SDO con codici che identificano la diagnosi di IMA STEMI (ICD-9 410.xx), escludendo i pazienti con intervento dopo le 12 ore dall'arrivo in PS, identificati come IMA STEMI subacuto, l'indicatore è pari al 63%, pertanto in linea con il target richiesto.

4. Accessibilità - 4.4. Appropriatezza nell'assistenza al parto A cura del Direttore della s.c. Ostetricia e Ginecologia

DESCRIZIONE: Alla luce delle evidenze scientifiche in materia, degli standard qualitativi consolidati a livello internazionale e nazionale (WHO, Piano Nazionale Esiti) e della qualità dei flussi informativi disponibili in Regione Piemonte, si ritiene idoneo assegnare l'obiettivo "proporzione di parti con taglio cesareo primario" per ciascuna Azienda andando ad esplicitare degli indicatori di accesso allo stesso che pongano in evidenza la qualità dell'assistenza e il monitoraggio dei flussi informativi relativamente all'evento parto.

In particolare, viene posta attenzione al Bilancio di Salute materno -fetale alla 36°- 37° settimana, strumento che permette alla donna e all'operatore del Punto Nascita di confrontarsi sulle aspettative per il travaglio e per il parto e sugli elementi clinici che ne guideranno l'assistenza. Con riferimento a tale strumento si richiama quanto riportato nell'Agenda di Gravidanza (pag. 112): "A 36-37 settimane il Bilancio di Salute materno-fetale va programmato presso il Punto Nascita scelto per il parto. In questo bilancio viene predisposta la cartella clinica ospedaliera che verrà successivamente utilizzata durante il ricovero per la nascita e si compilano alcune parti del Certificato di Assistenza al Parto...".

L'obiettivo è misurato in una prospettiva di produzione sia per le ASL che per le AO/AOU.

INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	AZIONI	RISULTATI - ALLEGATI
Sub-obiettivo 4.4.1: $\frac{\text{N° parti con cesareo primario}}{\text{N° parti con nessun pregresso cesareo}} \times 100$	Maternità di I livello: tasso aggiustato $\leq 15,00\%$.	L'ASL di Novara persegue da tempo l'obiettivo di salute di promuovere il parto vaginale. In quest'ottica sono state messe in atto misure per favorire il parto vaginale attraverso comunicazione durante i controlli in gravidanza disponibilità del rivolgimento per manovre esterne nella presentazione podalica, counseling nei casi di richiesta di cesareo per volontà materna e nel caso di precedente TC, favorendo le possibilità di contenimento del dolore, l'appropriatezza dell'assistenza ostetrica.	Il risultato 2023 è pari al 16,7%, in miglioramento rispetto al dato 2022. Riferendosi ai dati del PNE 2022 la proporzione standardizzata di parti cesarei primari relativa al punto nascita di Borgomanero si colloca al di sotto della media nazionale ed è sovrapponibile agli altri ospedali del Quadrante Nord-Est.
Sub-obiettivo 4.4.2: Coerenza tra cartella SDO e scheda CEDAP con DRG di parto da 370 a 375. •	100%	Comunicazione sulle relative codificazioni e formazione con Direzione Medica per raggiungere la coerenza di codici tra scheda CEDAP e cartella SDO.	Dalla piattaforma PADDI emerge la totale coerenza tra il flusso SDO e il flusso CEDAP.

4. Accessibilità - 4.5. Donazioni d'organo A cura del Referente per le donazioni d'organo

DESCRIZIONE: 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.

Si prevede per il 2023 il raggiungimento aziendale dei seguenti obiettivi di governo regionale.

INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	AZIONI	RISULTATI - ALLEGATI
4.5.1 Segnalazioni di soggetti in Morte Encefalica (BDI%) 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 %	Mantenimento di alto livello di sensibilizzazione e formazione del personale medico e infermieristico della rianimazione riguardo il monitoraggio e il trattamento dei paziente con lesione cerebrale compatibile con evoluzione verso la morte encefalica.	- Numero morti encefaliche segnalate nella Rianimazione del Presidio Ospedaliero di Borgomanero: 8 - DLCA (decessi per lesione cerebrale acuta): 11 Il BDI della rianimazione è: 73% (standard 20%-40%).
4.5.2 Non opposizioni alla donazione di organi 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	<=33 %	In corso di osservazione di morte encefalica, il colloquio con i familiari di un potenziale donatore viene effettuato da personale con formazione specifica nell'ambito della donazione di organi e tessuti (medici del gruppo di coordinamento ospedaliero e infermiere esperto nel Procurement). Nel corso dell'anno 2023, presso la rianimazione del PO di Borgomanero, sono state eseguite 8 osservazioni di morte encefalica. Di queste, in due casi sono state riscontrate una dichiarazione presso il SIT (una favorevole, una non favorevole). Dei restanti 6 casi, in cui non è stata riscontrata una dichiarazione di volontà al SIT e, pertanto, la decisione sulla donazione è stata presa dai familiari aventi diritto, sono state ricevute 2	Il valore raggiunto al 31/12/2023 è del 33% e l'obiettivo risulta raggiunto.

nel SIT		opposizioni.	
4.5.3 Donatori di Cornee n° donatori di cornea n° donatori di cornea nel 2023/ totale decessi ospedalieri del 2022 fra i 5 e i 78 anni compresi.	n. 12	Continua sensibilizzazione e formazione del personale medico e infermieristico dell'ospedale anche attraverso corso aziendale specifico sulla donazione di cornee (6 edizioni). Nel corso dell'anno si è cercato di attuare un'attenta sorveglianza dei pazienti, sia in Rianimazione che nei vari reparti dell'Ospedale di Borgomanero, al fine di identificare quelli con patologia potenzialmente evolutiva in morte encefalica e pertanto potenziali donatori multiorgano. In caso di morte cardiaca, non solo in Rianimazione, ma anche negli altri reparti, sono stati identificati potenziali donatori di cornee.	Il valore raggiunto al 31/12/2023 è di 18 donazioni di cornee. Per l'ASL NO l'obiettivo per il 2023 era di n° 12 donatori di cornee: obiettivo pienamente raggiunto.

5. Prevenzione - 5.1. Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) A cura del Direttore del Dipartimento di Prevenzione

DESCRIZIONE: La DGR n. 16/4469 del 29/12/2021 demanda alla Direzione regionale Sanità l'adozione di atti annuali di programmazione delle azioni PRP, sulla base dei quali le ASL definiscono i Piani locali della Prevenzione (PLP). I PLP rappresentano lo strumento per attuare sul territorio le azioni previste dal PRP e si configurano come documenti di pianificazione strategica delle ASL. A tal fine, la DGR suindicata stabilisce che le Aziende Sanitarie Locali approvino annualmente il PLP e producano una relazione sull'attività svolta nell'anno precedente, per ciascuna annualità. Il presente obiettivo misura il contributo delle Aziende sanitarie al raggiungimento degli obiettivi del PRP monitorati attraverso gli indicatori certificativi.

Al fine di raggiungere gli obiettivi PRP, le ASL dovranno, in collaborazione con i coordinatori dei Piani Locali di Prevenzione, formulare proposte organizzative (complete della definizione del fabbisogno di personale e dei profili professionali necessari), finalizzate a garantire la piena attuazione degli obiettivi PRP.

Inoltre le ASL dovranno garantire il mantenimento o la ripresa delle interviste necessarie per la continuità della sorveglianza PASSI; avviare la sorveglianza Passi d'Argento attraverso l'individuazione del coordinatore aziendale e del gruppo lavoro anche attraverso la revisione dei piani di organizzazione, se necessario.

INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	AZIONI	RISULTATI - ALLEGATI
Sub-obiettivo 5.1.1: Percentuale di indicatori di programma e di processo, aventi un valore atteso locale per il 2023, che raggiungono lo standard atteso	≥60%;	Il PLP dell'ASL NO anno 2023, con il relativo gruppo di lavoro composto sia da operatori ASL che da esterni, è stato deliberato in data 30.5.2023 atto n. 304 e si è dato seguito alle azioni programmate.	Sulla base del "cruscotto del PLP dell'ASL NO" (un file excel condiviso su google drive, che permette il conteggio puntuale del raggiungimento degli indicatori di programma e di processo) predisposto dal Gruppo di Governance Regionale è stata calcolata la percentuale di indicatori raggiunti a livello locale, pari a 88,3 %, derivata dalla compilazione del cruscotto fornito dalla Regione. Allegato 5.1.1: • Cruscotto Indicatori PLP ASL NO
Sub-obiettivo 5.1.2: Documento di proposte organizzative complete della definizione del fabbisogno di personale e dei profili professionali necessari	Documento trasmesso alla Direzione Sanità entro il 31/12/2023	In data 29/12/2023 prot. n. 78066 è stato inviato alla Direzione Sanità il "DOCUMENTO DI PROPOSTE ORGANIZZATIVE COMPLETE DELLA DEFINIZIONE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE E DEI PROFILI PROFESSIONALI NECESSARI" Allegato 5.1.2: 5.1.2 Prot. 78066 del 28.12.2023	
Sub-obiettivo 5.1.3: Numero delle interviste effettuate	Numero di interviste concordato nel coordinamento regionale.	Tutti gli adempimenti relativi alle sorveglianze PASSI e PASSI d'Argento 2023 sono stati portati	Dati di raggiungimento sorveglianza PASSI: n. 281 interviste condotte (102,2%) Tasso di rifiuto = 3.6% vs tasso Regionale del 17,7% Tasso di risposta = 93% vs tasso Regionale del 75,2% Dati di raggiungimento sorveglianza PASSI

		a termine nei modi e nei tempi previsti dalla sorveglianza:	D'Argento: Interviste condotte n. 111 (100,9%) Tasso di rifiuto = 5.1% vs tasso Regionale del 22,6% Tasso di risposta= 94.1% vs tasso Regionale del 72,5%
--	--	---	---

5. Prevenzione - 5.2. PanFlu A cura della Direzione Generale e del Direttore del Dipartimento di Prevenzione

DESCRIZIONE: Con Lettera prot.n. 10361/A1409B del 17.03.2021 il Settore Prevenzione e Veterinaria della Direzione Sanità e Welfare della Regione Piemonte stabiliva una serie di indirizzi operativi per l'attività delle ASL nell'ambito dell'Emergenza Corona virus (con particolare riferimento ai Servizi Veterinari, Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione, Servizi di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro, Servizi di Igiene e Sanità Pubblica, e Servizi di Medicina Legale).

In particolare, venivano individuate una serie di attività differibili, al fine di garantire un impiego delle risorse umane dei Dipartimenti di Prevenzione tale da consentire il massimo supporto richiesto alle ASL per il controllo della diffusione dell'epidemia.

Le attività individuate come non differibili comprendevano quelle che, se non svolte, avrebbero comportato ricadute sul livello di protezione dei cittadini, sulla salute e il benessere degli animali, o un elevato impatto economico negativo per le imprese.

INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	AZIONI	RISULTATI - ALLEGATI
Trasmissione della relazione riepilogativa delle misure messe in atto per lo sviluppo delle azioni previste dal PanFlu e il recupero delle prestazioni dei dipartimenti di prevenzione, entro il 29.10.2023	100%	Revisione del piano strategico PANFLU; partecipazione del Dir. SISP al tavolo di revisione/programmazione regionale; predisposizione del nuovo "Gruppo Pan Flu aziendale" e individuazione del referente di gruppo. La successiva formalizzazione di referente e gruppo sono state attuate con Del. 78 del 09.02.2024.	Allegato 5.2: • Prot.n. 64547_27.10.23 Trasmissione Relazione azioni Panflu 2023

5. Prevenzione 5.3. Attuazione Piano di recupero delle prestazioni di screening oncologici A cura del Responsabile s.s.d. Unità Valutazione Organizzazione Screening

DESCRIZIONE: raggiungimento degli obiettivi di inviti e prestazioni secondo gli indicatori di cui alla DGR n. 11-7385 del 03/08/2023.

Il primo indicatore per ciascuno dei tre screening oncologici riguarda la copertura da inviti, e il secondo la copertura da esami. Nelle note della DGR viene definito che *“gli obiettivi vengono valutati a livello dei SEI PROGRAMMI di Prevenzione Secondaria dei Tumori cui partecipano le Aziende. Se l’obiettivo è stato raggiunto, la valorizzazione riguarda tutti i Direttori Generali delle Aziende che fanno parte del programma, incluse le Aziende Ospedaliere: infatti, tutte le Aziende di ciascun programma concorrono al raggiungimento degli obiettivi. Gli indicatori descritti sono tra quelli previsti entro il Piano Regionale della Prevenzione. La valutazione terrà conto anche del dato di performance del best performer regionale”*. Per questa ragione vengono presentati i risultati ottenuti a livello di Programma 5 (ASL NO, ASL VCO; ASL VC, ASL BI e AOU Maggiore della Carità di Novara)”.

INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	AZIONI	RISULTATI - ALLEGATI																								
COPERTURE INVITI: N° persone invitate + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale.	Cfr. tabella allegata con dettaglio delle copertur	Programma mammografico: In accordo con la Direzione Aziendale, la Direzione della SC di Radiodiagnostica dell’ASL NO, a partire dal 15.04.2023 sono state attivate nuove agende di Mx sull’ospedale di Borgomanero ad integrazione di quelle esistenti. Preso atto delle risorse disponibili presso la SC Radiodiagnostica, in considerazione del fatto che tutte le attività che gravano sulla struttura non possono essere in alcun modo interrotte o ridimensionate a favore di un incremento delle ore per lo screening, si è individuata come unica possibile soluzione per l’aumento delle ore/settimana da dedicare alle mammografie di screening, la realizzazione di agende extra. Nel corso dell’anno le agende sono state riprogrammate nei giorni di Martedì, Mercoledì e Giovedì ma hanno mantenuto lo stesso volume orario (30 sedute). Programma Citologico: Nella seconda parte dell’anno, ed in particolare nei mesi di Novembre e Dicembre, sono atate organizzate alcune agende extra per incrementare – con particolare riferimento all’area sud - il numero di prestazioni ed il relativo numero di inviti. Complessivamnete le sedute aggiuntive sono state svolte come illustrato nella seguente tabella: <table><tr><td>Consultorio Viale Roma - Novara</td><td>20-ott</td><td>27-ott</td><td></td><td>10-nov</td><td>17-nov</td></tr><tr><td>Consultorio Trecate</td><td>19-ott</td><td>26-ott</td><td>02-nov</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Consultorio Vela</td><td>19-ott</td><td>26-ott</td><td>02-nov</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Consultorio Galliate</td><td></td><td></td><td></td><td>09-nov</td><td></td></tr></table> Si è trattato di 11 sedute della durata di 3 ore ciascuna; sempre dalle 14.30 alle 17.30: in totale 33 ore in regime di prestazioni aggiuntive. Tale attività extra ha determinato un incremento di circa 200 test eseguiti. Programma colon-retto: In considerazione della esiguità delle risorse disponibili (un solo medico endoscopista per la gestione di tutte le attività del servizio, non solo dello screening), si sono sperimentate numerose soluzioni organizzative atte ad incrementare l’organico: attivazione di procedure	Consultorio Viale Roma - Novara	20-ott	27-ott		10-nov	17-nov	Consultorio Trecate	19-ott	26-ott	02-nov			Consultorio Vela	19-ott	26-ott	02-nov			Consultorio Galliate				09-nov		Allegato 5.3: • Tabella UVOS
Consultorio Viale Roma - Novara	20-ott	27-ott		10-nov	17-nov																						
Consultorio Trecate	19-ott	26-ott	02-nov																								
Consultorio Vela	19-ott	26-ott	02-nov																								
Consultorio Galliate				09-nov																							
COPERTURA ESAMI: N° persone sottoposte al test di screening, incluse le adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale																											

		assuntive, richiesta di convenzione ad altre AOU e ASL, richiesta di prestazioni al privato-accreditato, ecc. Tuttavia nessuna di queste ha consentito di aumentare il numero di ore settimanali da dedicare allo screening.	
--	--	--	--

3.2 PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DELL'ASL NO

3.2.1 Progetto obiettivi infrannuali

Facendo seguito alla sperimentazione avviata nel corso del 2020 (cfr. Relazione Performance 2020 a cui si rimanda per approfondimenti), anche nel 2023 è proseguita la modalità di valutazione della performance organizzativa che ha aggiunto agli obiettivi annuali specifici progetti-obiettivi infrannuali, valutati dall'O.I.V. in corso d'anno e per i quali, in caso di raggiungimento, è stato corrisposto il relativo incentivo.

In particolare sono stati assegnati 12 progetti-obiettivo declinati come segue:

- 1) Promozione della politica della sicurezza in ASL NO contenente l'obiettivo: Garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08 rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS;
- 2) Promozione della cultura della qualità e la gestione del rischio clinico: corretta tenuta dell'armadio farmaceutico e del carrello di emergenza presente nelle strutture aziendali rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la s.c. farmacia Ospedaliera e la s.s.d. GoCSS.
- 3) Migrazione dati dagli attuali sistemi amministrativo contabili ad una soluzione unica ed integrata all'interno di tutte le Aziende Sanitarie e consolidato Regionale entro le tempistiche che prevedono l'entrata nel nuovo Sistema contabile da parte dell'ASL
- 4) Implementazione di un sistema di monitoraggio al fine di garantire l'applicazione della procedura: "GESTIONE DEI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE IN ASL NO"
- 5) Fascicolazione elettronica - Fascicolazione elettronica in Archiflow di tutta la documentazione inerente le pratiche nei settori afferenti alla struttura
- 6) Alimentare i flussi informativi (PiA) in maniera corretta e completa, con particolare riferimento ai Piani di attività
- 7) Interventi vigilanza - Garantire la corretta applicazione del regolamento: INDICAZIONI PER GLI INTERVENTI DI VIGILANZA, D'INDAGINE E DI CONTROLLO SUL TERRITORIO
- 8) Monitorare le attività dello Psicologo a supporto dei Servizi aziendali che si avvalgono di tale figura professionale
- 9) Sintesi su stato di attivazione e inserimento della modulistica per l'aggiornamento del REGIS e criticità
- 10) Garantire la rendicontazione delle attività attraverso uno specifico sistema di monitoraggio
- 11) Garantire la tempestività della chiusura dei corsi di formazione secondo quanto previsto da ECM Piemonte
- 12) Garantire il monitoraggio delle giacenze di reattivi, consumabili, parafarmaci, dispositivi medici e beni economici interne alla Struttura attraverso ricognizione periodica
- 13) Garantire la verifica di qualità del flusso di attività del paziente inserito nel percorso di screening
- 14) Rispetto del tetto di spesa del personale dell'ASL NO

La validazione da parte dell'O.I.V. degli obiettivi infrannuali, assegnati alle strutture per l'anno 2023 si è articolata in cinque incontri nell'arco dell'anno 2023, ovvero:

- 13 marzo 2023;
- 12 maggio 2023;

- 12 luglio 2023;
- 12 settembre 2023;
- 13 novembre 2023.

A seguito della verifica e della successiva validazione da parte dell'O.I.V., si è registrato un livello di raggiungimento degli obiettivi infrannuali, pari al 100% in tutti i progetti-obiettivo.

Grado di raggiungimento degli obiettivi infrannuali attribuiti nel 2023 suddivisi per progetto di riferimento e tipologia di area

	Promozione della politica della sicurezza in ASL NO	Promozione della salute dei professionisti che operano presso l'ASL NO
Area amministrativa	100%	100%
Area territoriale	100%	100%
Area ospedaliera	100%	100%
Dipartimento Materno Infantile	100%	100%
Dipartimento Salute Mentale	100%	100%
Dipartimento di Prevenzione	100%	100%
Strutture in staff alla Direzione Generale	100%	100%
Totale	100%	100%

I progetti obiettivo verificati in corso d'anno, pienamente raggiunti, hanno consentito a tutte le strutture di aver già raggiunto al 31/12/2023 il 50% degli obiettivi attribuiti alla dirigenza e il 92% degli obiettivi attribuiti al personale appartenente all'area del comparto, con il riconoscimento della relativa corresponsione economica.

3.2.2 Obiettivi annuali

Complessivamente sono stati attribuiti 397 obiettivi, di cui 19 ai Direttori di Dipartimento, ai fini del riconoscimento della quota integrativa al trattamento economico per l'anno 2023.

Tenuto conto dell'articolazione dell'ASL NO, il 42% degli obiettivi è stato assegnato alle strutture dell'area ospedaliera, il 25% alle strutture dell'area territoriale, includendo il Dipartimento di Prevenzione. Il 14% degli obiettivi è stato assegnato a Dipartimenti con entrambe le componenti (Dipartimento di Salute Mentale e Dipartimento Materno Infantile), l'8% è rappresentato dagli obiettivi assegnati alle strutture amministrative e il restante 11% è stato attribuito alle strutture in staff.

La distribuzione nelle tre prospettive di riferimento è dettagliata nella tabella seguente:

Obiettivi attribuiti nel 2023 suddivisi per prospettive di riferimento e tipologia di area

	Economici e attività		Appropriatezza e qualità		Innovazione e sviluppo		Totale
	n	% riga	n	% riga	n	% riga	n
Area amministrativa	20	67%	5	17%	5	17%	30
Area territoriale	29	71%	6	15%	6	15%	41
Area ospedaliera	100	70%	21	15%	21	15%	142
Dipartimento Materno Infantile	19	70%	4	15%	4	15%	27
Dipartimento Salute Mentale/SERD	20	71%	4	14%	4	14%	28
Dipartimento di Prevenzione	48	71%	10	15%	10	15%	68
Strutture in staff alla Direzione Generale	28	67%	7	17%	7	17%	42
Totale	264	70%	57	15%	57	15%	378

Anche nel 2023 la scheda obiettivi è stata in parte modificata, previa validazione da parte dell'O.I.V. e segnatamente gli obiettivi relativi al personale sanitario del comparto sono stati scorporati da quelli della dirigenza e del comparto tecnico amministrativo, creando una sezione a parte della scheda. Conseguentemente sono state rimodulate le colonne relative ai pesi dei diversi obiettivi per le diverse figure ed è stata individuata una colonna specifica per il Direttore/Responsabile della struttura.

Obiettivi specifici per il personale sanitario del comparto

Criterion	Indicatore	Standard	Documento atteso
Contribuire a garantire secondo le proprie competenze professionali al raggiungimento degli obiettivi della struttura	1) Riunione di diffusione obiettivi 2) Riunione di monitoraggio obiettivi 3) N. obiettivi di struttura raggiunti/Totale obiettivi assegnati alla struttura	1) Entro 30 giorni dalla data della delibera degli obiettivi 2) Almeno un incontro di monitoraggio degli obiettivi 3) 80%	1) Verbale/mail 2) Verbale 3) Report
Attuazione e monitoraggio delle azioni relative alla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione previste nel PIAO 2022-2024	Adempimenti previsti realizzati, per parte di competenza, nel PIAO 2022-2024	Entro 31/12/2023	Relazione
Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità e gestione del rischio aziendale, e dal programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Azioni previste realizzate, per parte di competenza, nel Piano qualità e gestione del rischio e nel programma ICA	Nei tempi e nei modi previsti dai relativi Piani/Programmi	Documenti previsti nel Piano qualità e gestione rischio e relazione DMPO sul programma ICA

Complessivamente le strutture hanno raggiunto pienamente gli obiettivi in tutte le prospettive (“Economici e di attività”, “Appropriatezza e qualità” e “Innovazione e sviluppo”).

La distribuzione per area di competenza, descritta nella tabella sottostante, evidenzia una minima variabilità tra le diverse aree e professioni e conferma il pieno raggiungimento degli obiettivi da parte di tutte le aree.

	DIRETTORE	DIRIGENZA	COMPARTO TA	COMPARTO SAN
Area amministrativa	96,9	95,8	99,4	///
Area territoriale	97,4	96,9	99,5	82,5
Area ospedaliera	96,9	96,1	74,4	100,0
Dipartimento Materno Infantile	97,3	96,6	99,5	100,0
Dipartimento Salute Mentale / SERD	97,5	96,9	99,5	100,0
Dipartimento di Prevenzione	97,1	96,5	99,5	100,0
Strutture in staff alla Direzione Generale	94,4	96,9	99,3	100,0
Totale	96,8	96,5	95,9	97,1

Per quanto riguarda gli obiettivi relativi alla trasparenza e anticorruzione, sono stati pienamente raggiunti dalle strutture e l’ASL NO ha provveduto alla pubblicazione dell’attestazione dell’O.I.V. sulla trasparenza entro i termini di legge e alla definizione del Piano triennale della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione.

3.3 PERFORMANCE INDIVIDUALE DELL'ASL NO

Personale dirigente

Complessivamente sono stati valutati 374 dirigenti così distribuiti:

- Personale dirigente medico: 77,0%
- Personale dirigente veterinario: 9,1%
- Personale dirigente biologo: 1,1%
- Personale dirigente farmacista: 4,0%
- Personale dirigente psicologo: 5,1%
- Personale dirigente tecnico/amministrativo: 3,2%
- Personale dirigente delle professioni sanitarie/soc: 0,5%

Per quanto riguarda la distribuzione nelle diverse strutture, la maggior parte dei dirigenti si concentra nell'Area Ospedaliera (48,7%), seguita a distanza dal Dipartimento di Prevenzione (15,2%) e dall'Area Territoriale (8,0%), dal Dipartimento di Salute Mentale (11,5%) unitamente al Dipartimento delle Dipendenze, Dipartimento Materno Infantile (7,2%) e in Staff (6,4%). L'area meno rappresentata è quella relativa all'area amministrativa (2,9%).

Il punteggio medio assegnato è pari a 42/45, con una mediana del 44.

Raggruppando i punteggi per fasce, si riscontra come oltre i tre quarti dei dirigenti (78,6%) abbia ottenuto un punteggio medio-alto, almeno di 40/45.

AREA	PUNTEGGIO MEDIO
AMMINISTRATIVA	43
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	42
DIPARTIMENTO PATOLOGIE DELLE DIPENDENZE	45
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE	40
OSPEDALIERA	43
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	40
STRUTTURE IN STAFF	44
TERRITORIALE	41

Personale comparto

Complessivamente sono stati valutati 1.676 unità di personale appartenente al comparto:

- Assistenti/Operatori/Personale di supporto: 33,0%
- Professionisti della salute e funzionari: 62,8%
- Professionisti della salute e funzionari con incarico: 4,2%

Il punteggio medio validato è risultato pari a 93/100. Di seguito la per area:

AREA	PUNTEGGIO MEDIO
ASSISTENTI/OPERATORI/PERSONALE DI SUPPORTO	92
PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E FUNZIONARI	93
PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E FUNZIONARI CON INCARICO	97

Raggruppando i punteggi per fasce, si riscontra come oltre i tre quarti del personale appartenente al comparto (81,4%) abbia ottenuto un punteggio medio-alto, almeno di 90/100, l'11,7% ha ottenuto il valore più elevato.

4. GLI INDICATORI DI MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA E DELLA LORO QUALITÀ

L'appropriatezza rappresenta una tematica alla quale l'ASL NO ha da sempre dedicato particolare attenzione. Relativamente alla valutazione dell'appropriatezza, infatti, a livello di ASL sono state adottate diverse strategie di promozione: dall'attivazione di audit clinici, alla realizzazione di specifici corsi di formazione. Tale tematica rappresenta una delle prospettive utilizzate per la definizione degli obiettivi incentivanti e si rimanda ai relativi capitoli per specifiche.

Di seguito sono presentati alcuni indicatori di monitoraggio previsti a livello regionale e nazionale per quanto riguarda gli esiti dei ricoveri. Si è scelto di rappresentare gli indicatori relativi alle Aree Medica, Chirurgica e Materno-Infantile.

Attività di ricovero - Indicatori Piano Nazionale Esiti

L'ASL NO ha da tempo organizzato un sistema di controllo e sorveglianza di particolari indicatori con la finalità di individuare eventuali aree di inappropriately e, relativamente a queste, elaborare strategie condivise con i Direttori/Responsabili delle strutture di degenza per il rispetto degli standard. Il sistema si basa sull'analisi dei risultati ufficiali relativi agli indicatori della qualità dell'assistenza ospedaliera di cui al Piano Nazionale Esiti pubblicati sul portale PNE2022 (<https://pne.agenas.it/index.php>).

Secondo le ultime pubblicazioni ufficiali presenti sul portale PNE2022, **riferite al 2022**, il Presidio Ospedaliero di Borgomanero, unico erogatore diretto dell'ASL NO di assistenza ospedaliera, presenta aree di qualità consolidata nel tempo ed aree che sono meritevoli di approfondimento, sulle quali sono anche in corso attività di audit concordate tra l'ASL e AGENAS.

Vengono di seguito presentati i risultati di alcuni indicatori suddivisi per macroaree nell'ambito del Dipartimento Materno Infantile, della Chirurgia Generale, dell'Ortopedia-Traumatologia, della Chirurgia Oncologica e dell'Area Medica. Di ciascun indicatore viene presentata la frequenza grezza ed aggiustata con cui l'evento si manifesta espressa in percentuale (rispettivamente "% grezza" e "% Adj").

AREA MATERNO INFANTILE

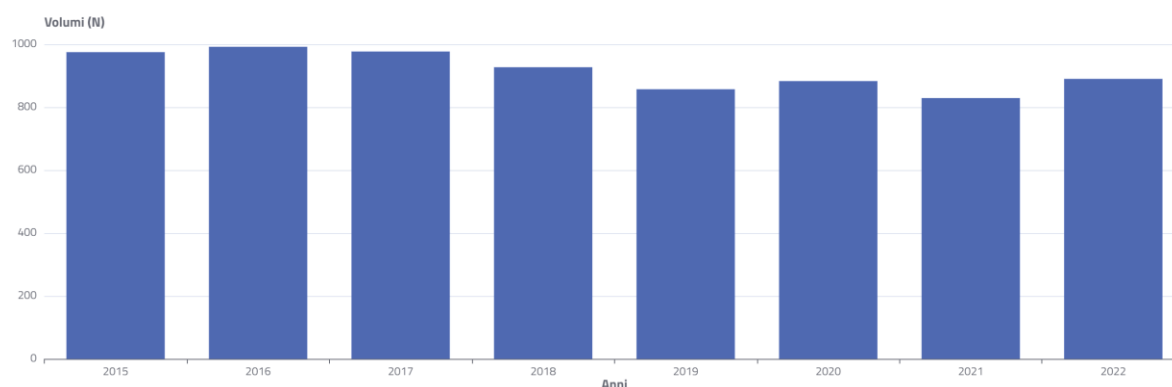
OSTETRICIA

Parti – Volumi di attività

Il dati del PNE indicano che presso il PO di Borgomanero i ricoveri per parto nel 2022 sono stati 890 (+61 parti rispetto all'anno precedente), simili ai valori del 2020 (n. 883). L'andamento, dunque, segnala una ridottissima ripresa, a differenza del permanere del calo del numero dei parti a livello nazionale.

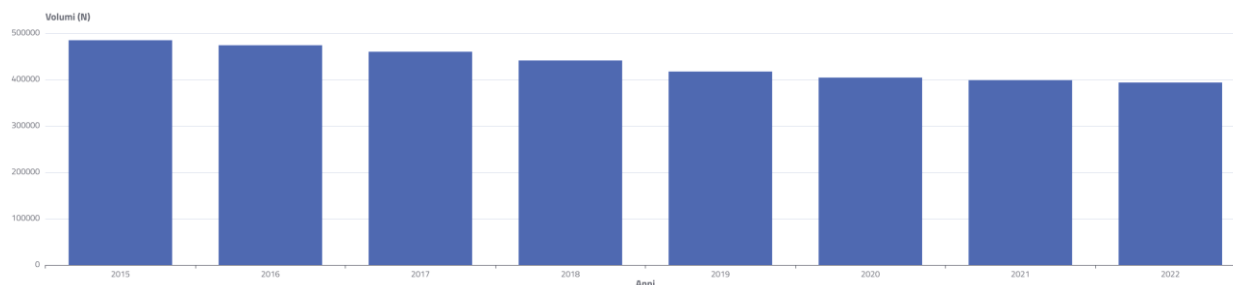
Volumi di ricoveri per parto (PO Borgomanero) - 2015-2022

Istituto S.S. Trinita' - Parti: volume di ricoveri



Volumi di ricoveri per parto (Italia) - 2015-2022

Parti: volume di ricoveri

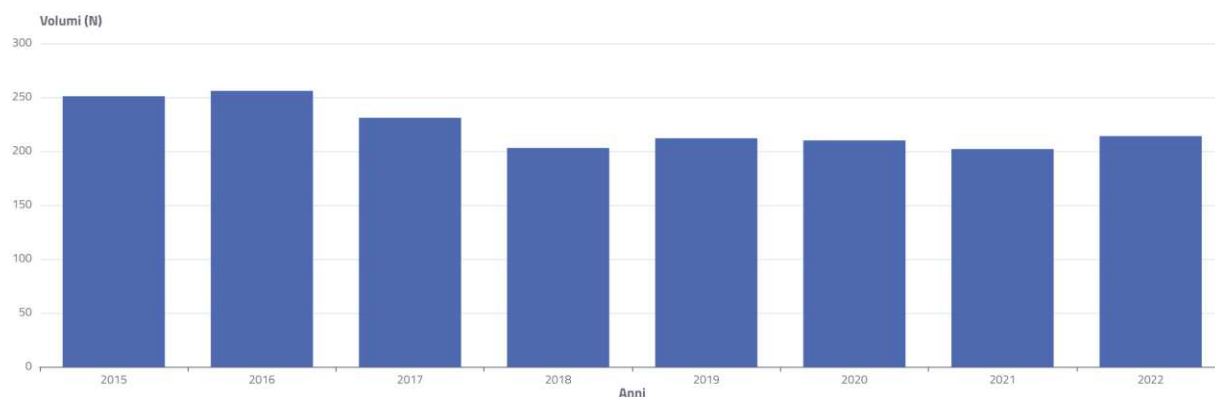


Cesarei Primari – Volumi 2022 e Percentuali grezze e standardizzate

Nel PO di Borgomanero i parti per taglio cesareo sono stati 214 nel 2022, dato sovrapponibile a quello registrato nel 2020 (210) e lievemente in aumento rispetto al 2021 (n. 202, +4%)

Volume di Cesarei primari (PO Borgomanero) – 2015-2022

Istituto S.S. Trinita' - Parti con taglio cesareo: volume di ricoveri



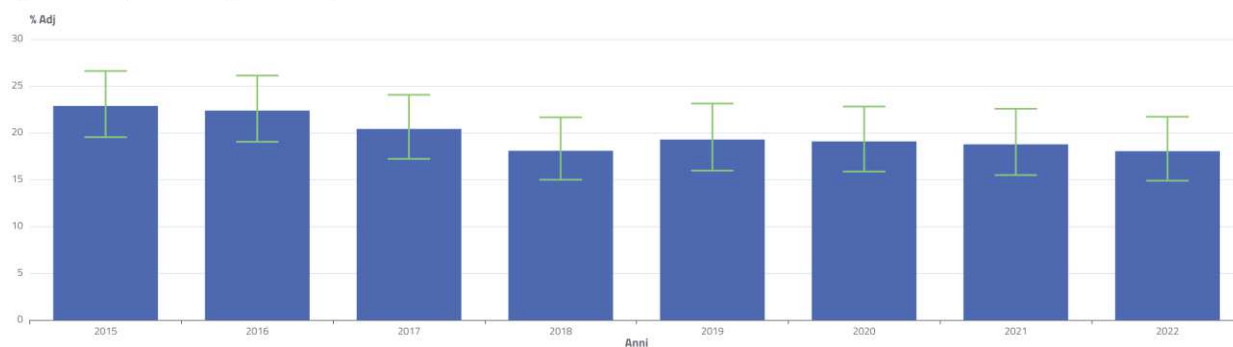
La percentuale grezza dei cesarei primari nel 2022 è stata del 16,36% (18,73% ADJ), dato in incremento rispetto al 2021 (15,5%; 17,78% Adj).

La proporzione di cesarei primari standardizzata mostra una costante riduzione dal 2015 al 2018 compreso ed una sostanziale stabilità fino al 2022. La diminuzione dei parti cesarei primari, quindi non correlati a patologie materno-fetali, è l'esito di azioni di prevenzione e di buone pratiche cliniche.

Proporzione di parti con taglio cesareo primario (PO Borgomanero) 2015-2022

Indicatore ↑↓	↑↓	N ↑↓	Tasso Grezzo ↑↓	Tasso ADJ ↑↓	RR ↑↓	p ↑↓	RR Prec. ↑↓	p Prec. ↑↓	Grafico	Operatori
Proporzione di colecistectomie eseguite in reparti con volume di attività superiore a 90 interventi annui (UO coerente) 📄		143	98.60	-	-	-	-	-	📄	
Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui (UO coerente) 📄		92	0.00	-	-	-	-	-	📄	
Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso taglio cesareo 📄		105	20.00	18.82	1.78	0.006	1.42	0.295	📄	
Proporzione di parti con taglio cesareo primario 📄		764	16.36	18.73	0.81	0.028	0.96	0.772	📄	
Proporzione di episiotomie nei parti vaginali 📄		599	0.67	0.64	0.06	0.000	0.20	0.003	📄	

Proporzione di parti con taglio cesareo primario



Nel 2022, la proporzione standardizzata di parti cesarei primari relativa al punto nascita di Borgomanero si colloca al di sotto della media nazionale e allineato al dato degli Ospedali del quadrante.

Proporzione di parti cesarei primari 2022 – confronto con ospedali del quadrante Nord-Est

Struttura ↑↓	Provincia ↑↓	Regione ↑↓	N ↑↓	Tasso Grezzo % ↑↓	Tasso ADJ % ↑↓	RR ↑↓	p ↑↓
Italia			328577	23.06	-	-	-
Ospedale San Biagio	VB	Piemonte	73	17.81	-	-	-
Osp. Maggiore Della Carita'	NO	Piemonte	1622	19.05	15.47	0.67	0.000
Ospedale Ss.Pietro E Paolo	VC	Piemonte	182	19.23	17.23	0.75	0.133
Ospedale Degli Infermi	BI	Piemonte	652	19.48	18.21	0.79	0.018
Istituto S.S. Trinita'	NO	Piemonte	764	16.36	18.73	0.81	0.028
Ospedale Sant'andrea	VC	Piemonte	320	24.06	21.85	0.95	0.668
Stabilimento Ospedaliero Castelli	VB	Piemonte	415	29.64	33.26	1.44	0.000

Parto vaginale: ricoveri successivi durante il puerperio

Le figure sottostanti dimostrano come la quota (tasso standardizzato %) di ricoveri successivi dopo parto naturale (anno 2021-2022) o per taglio cesareo (anno 2021-2022) durante il puerperio, per il punto nascita di Borgomanero sia abbondantemente sotto la media nazionale e tra le più basse del quadrante.

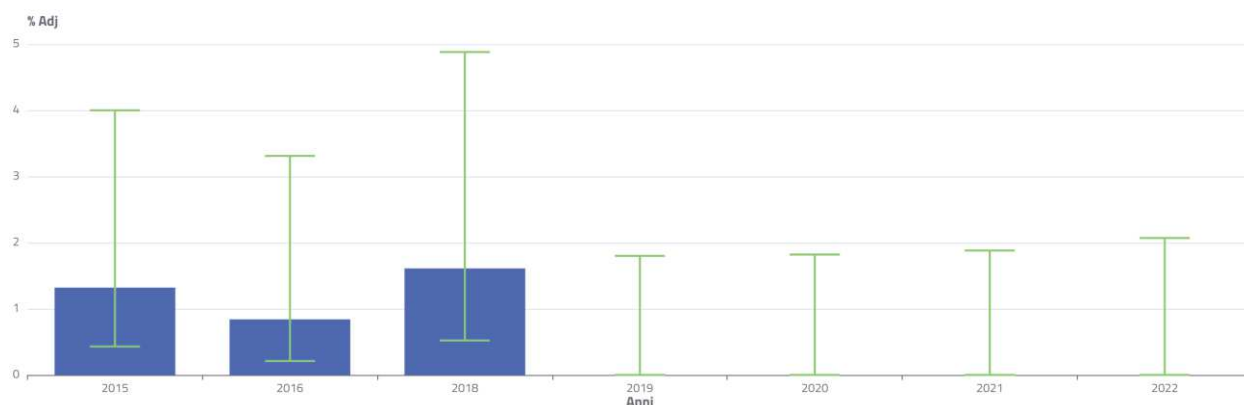
Nuovo ricovero dopo Parto Naturale - CONFRONTO DEL QUADRANTE (2021-2022)

STRUTTURA	% Grezza	% Adj
Osp. Maggiore della Carità	0,52	0,51
Istituto SS Trinità - Borgomanero	0,36	0,37
Osp. Ponderano - Biella	0,73	0,73
Sant'Andrea - Vercelli	0,22	0,21
Osp. Castelli - Verbania	0,86	0,88
ITALIA	0,50	-

Parto con taglio cesareo: ricoveri successivi durante il puerperio

Gli ultimi ricoveri in seguito ad un parto cesareo avvenuti presso il PO di Borgomanero risalgono al 2018 ad indicare ottimi esiti.

Istituto S.S. Trinita' - Parto con taglio cesareo: ricoveri successivi durante il puerperio



GINECOLOGIA**Chirurgia per patologia Maligna**

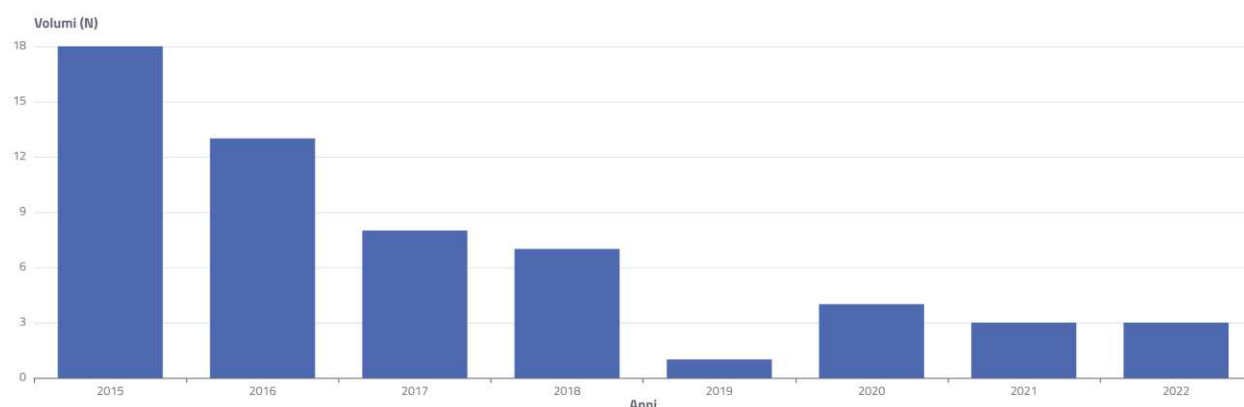
Nel corso del 2022 presso la SC di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale di Borgomanero sono stati effettuati 3 ricoveri per intervento di Carcinoma uterino, numero analogo al 2021.

Intervento chirurgico per TM utero: volume di ricoveri - confronto ospedali del quadrante

STRUTTURA	Ricoveri per K Utero
Osp. Maggiore della Carità	78
Istituto SS Trinità – Borgomanero	3
Osp. Ponderano - Biella	28
Sant'Andrea - Vercelli	8
Osp. Castelli - Verbania	17

Andamento interventi per Carcinoma dell'Utero – Ospedale di Borgomanero

Istituto S.S. Trinità' - Intervento chirurgico per TM utero: volume di ricoveri



Dal 2015 al 2019 si è osservato un netto calo, mentre nell'ultimo triennio si osserva un dato stabile.

Isterectomie

Nel 2022 le isterectomie eseguite presso il PO di Borgomanero sono state 51 (-5 rispetto all'anno precedente); segue confronto con gli altri ospedali di quadrante. Il volume di attività registra un calo costante negli ultimi anni.

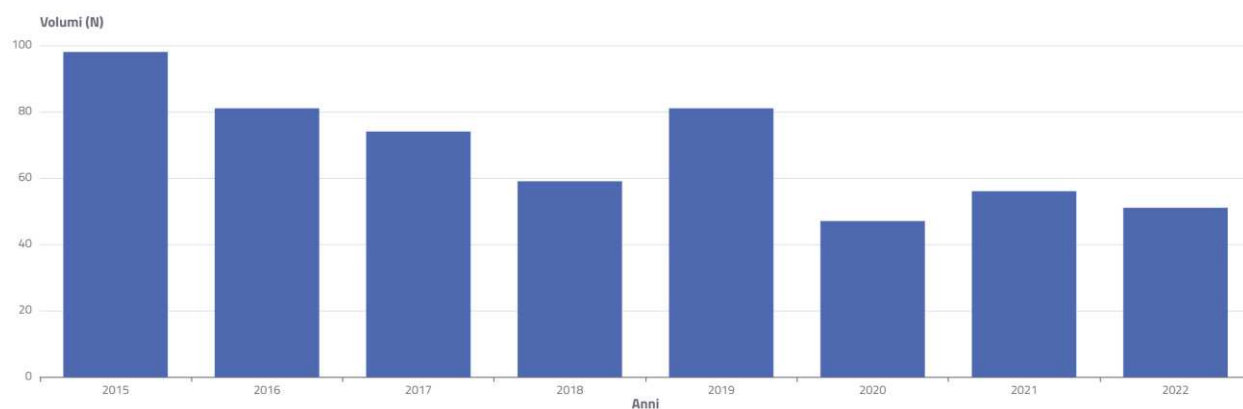
Isterectomia: volume di ricoveri - confronto ospedali del quadrante

STRUTTURA	Ricoveri per isterectomia
Osp. Maggiore della Carità	263
Istituto SS Trinità - Borgomanero	51
Osp. Ponderano - Biella	140
Sant'Andrea - Vercelli	51
Osp. Castelli - Verbania	121
Osp. Castelli - Verbania	121

Il volume di attività, dopo un andamento calante dal 2015 al 2018, eccetto un picco di attività nel 2019, registra un plateau dell'attività.

Isterectomie eseguite presso PO Borgomanero: Andamento 2015 – 2022

Istituto S.S. Trinità - Isterectomia: volume di ricoveri



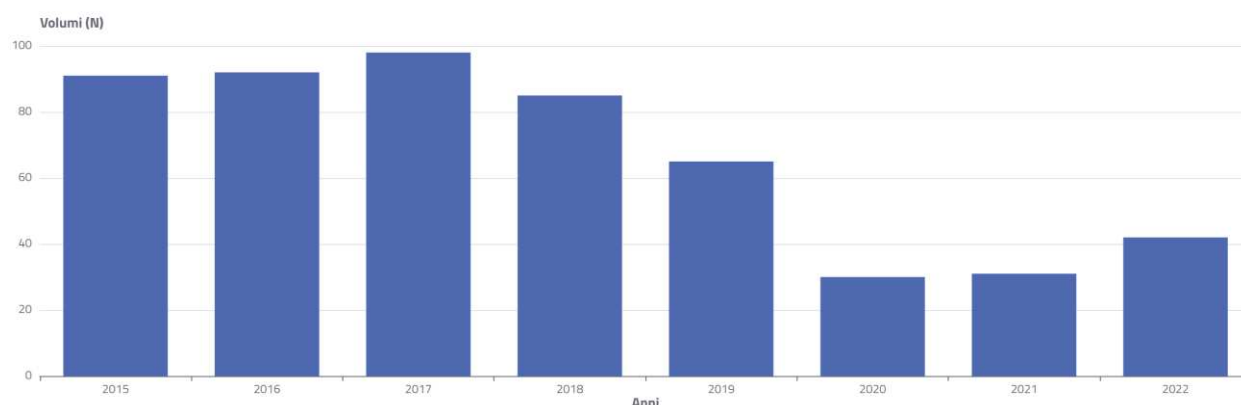
Nonostante durante la pandemia le attività oncologiche non siano state sospese, il calo nei volumi di attività potrebbe essere imputato ad una diminuzione degli accessi dei pazienti.

PEDIATRIA

I dati presenti nel PNE riguardanti la pediatria riportano solo volumi di attività relativi alle “Tonsillectomie” e alle “Tonsillectomie con e senza adenoidectomia”; non vengono riportati indicatori di esito.

I ricoveri per tonsillectomia in età pediatrica, nel 2022, sono stati 42 (+ 11 casi rispetto al 2021). Benché l'andamento degli ultimi anni sia in riduzione, si registra una forte contrazione dei volumi nel 2020, verosimilmente a causa della pandemia da Covid che potrebbe aver impattato anche in parte sui volumi del 2021. Infatti nel 2022 si osserva una ripresa, seppur modesta, dell'attività.

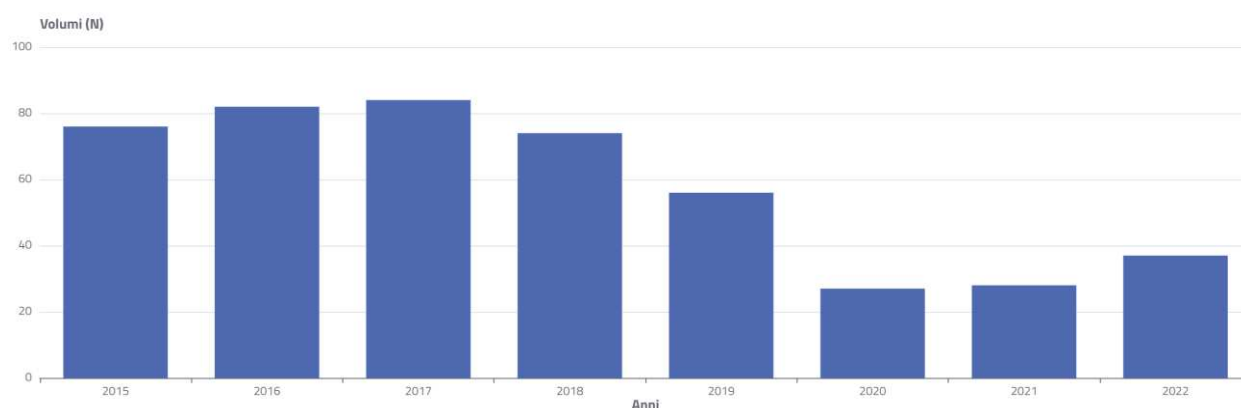
Istituto S.S. Trinità' - Tonsillectomia: volume di ricoveri in età pediatrica



Le medesime considerazioni interessano i ricoveri per tonsillectomie con adenoidectomia eseguite nel 2022. Queste sono state 37, +9 casi rispetto all'anno precedente.

Interventi di tonsillectomie con adenoidectomie – andamento annuale

Istituto S.S. Trinità' - Tonsillectomia con adenoidectomia: volume di ricoveri in età pediatrica

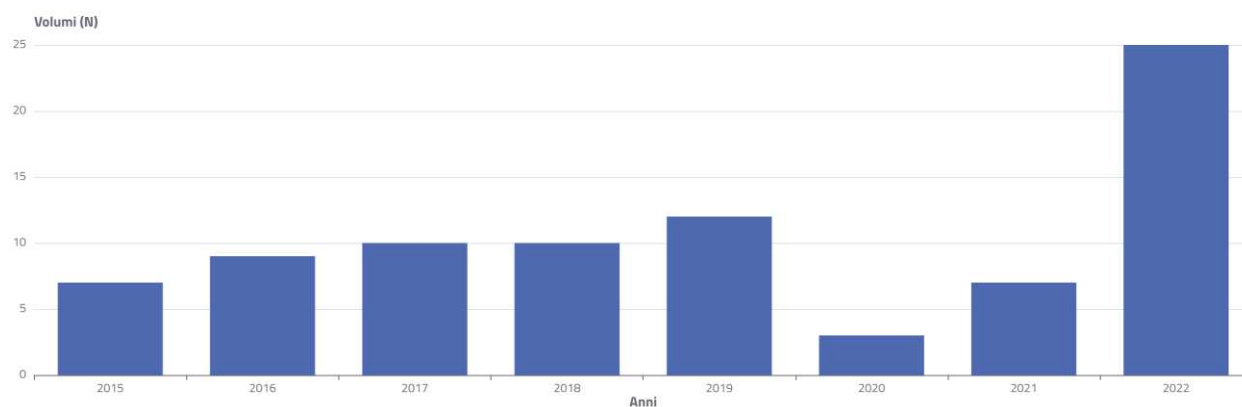


Anche per le Adenoidectomie senza Tonsillectomia, si registra un incremento delle prestazioni che sono raddoppiate dal 2020 al 2021 e quasi quadruplicate dal 2021 al 2022.

Nel 2022 i ricoveri sono stati 25.

Interventi di adenoidectomia senza tonsillectomie – andamento annuale

Istituto S.S. Trinita' - Adenoidectomia senza tonsillectomia: volume di ricoveri in età pediatrica



Appare utile segnalare che gli andamenti dei ricoveri rappresentati sono sovrapponibili a quelli di tutti gli ospedali del quadrante.

AREA CHIRURGICA

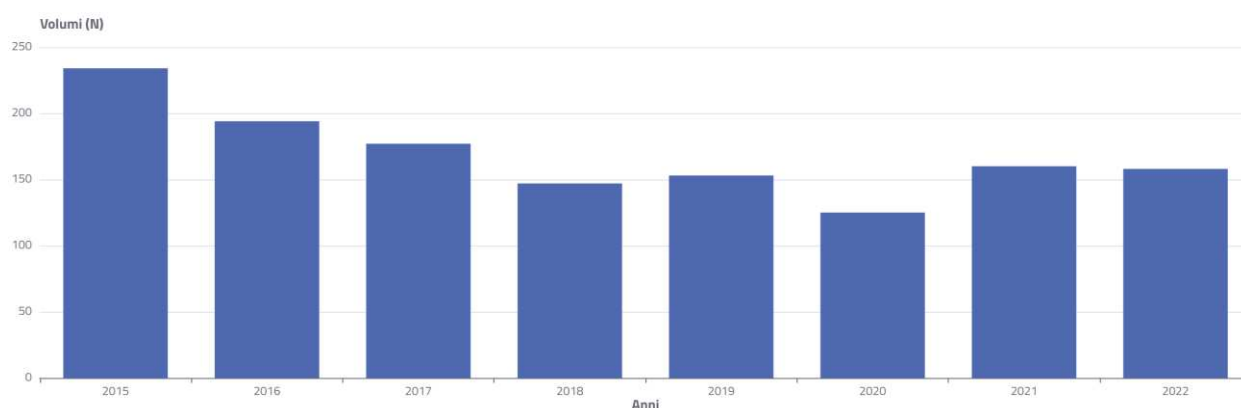
Sono prese in considerazione procedure chirurgiche ad elevato volume o di particolare interesse clinico come le colecistectomie laparoscopiche, gli interventi per tumore maligno del colon, del rene ed alcune procedure della Traumatologia-Ortopedia (Frattura di femore, Artroscopie e Protesi d'anca)

CHIRURGIA GENERALE

Colecistectomia Totale: volume di ricoveri

Nel corso del 2022 i ricoveri per colecistectomia totale presso l'Istituto S.S. Trinità di Borgomanero (NO) sono stati 158; questo valore ha subito un calo progressivo dal 2015 al 2018. Dopo la pandemia del 2020 i volumi di questa tipologia di interventi sono incrementati e stabili negli ultimi due anni di osservazione (anno 2021: 160 vs anno 2022: 158).

Istituto S.S. Trinità' - Colecistectomia totale: volume di ricoveri



Colecistectomie laparoscopiche

Il volume di ricoveri per colecistectomia laparoscopica registrato nel 2022 è pari a 143 e il numero di ricoveri in day surgery è pari a 42.

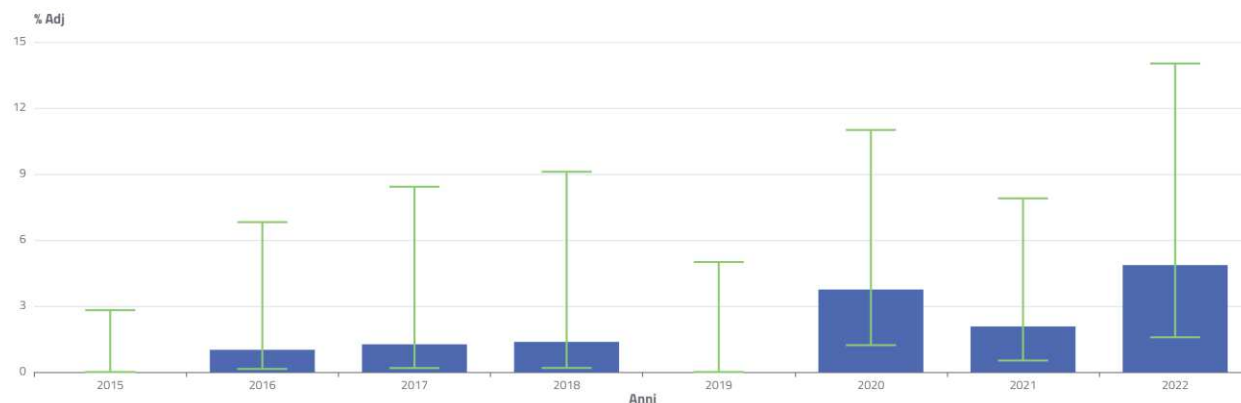
Nel 2022 le colecistectomie laparoscopiche sono state 143, di cui 42 in regime di Day Surgery, pari al 90,5% di tutte le Colecistectomie, proporzione analoga a quella osservata nel 2021 (90%).

I pazienti operati presso il PO di Borgomanero si caratterizzano per una degenza post-operatoria leggermente superiore alla media nazionale, infatti la proporzione di soggetti con una degenza post-operatoria inferiore ai 3 giorni è pari al 83,72% dei casi (86,8% adj), contro l'82% di media nazionale. Tale dato è in lieve miglioramento rispetto all'anno precedente.

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

Interventi di Artroscopia di ginocchio

In ambito ortopedico-traumatologico, l'indicatore PNE relativo a "re-intervento entro 6 mesi dopo artroscopia di ginocchio", ha rilevato un aumento di questi interventi nel triennio 2020-2022 presso il PO di Borgomanero, senza comunque essere una variazione significativa.

*Intervento di artroscopia del ginocchio: re-intervento entro i 6 mesi –andamento temporale***Istituto S.S. Trinita' - Intervento di artroscopia del ginocchio: reintervento entro 6 mesi**

Policlinico Di Monza Spa	VC	Piemonte	161	0.00	-	-	-
Ospedale Ss.Pietro E Paolo	VC	Piemonte	1	0.00	-	-	-

Interventi di Protesi d'Anca

Nel 2022 i dati relativi alle Riammissioni a 30 giorni dopo intervento di protesi di anca effettuate presso la SC di Ortopedia e Traumatologia dell'Ospedale di Borgomanero hanno rilevato un tasso grezzo 4,83% e 4,45 ADJ, valore in peggioramento rispetto l'anno precedente (3,92% e 3,54% ADJ).

Interventi per Frattura di Femore

La proporzione di interventi di riparazione di frattura del femore entro i tempi definiti (48 ore) nel 2022 presso il PO di Borgomanero (NO) è stata del 60,00% tasso grezzo – (59,73% ADJ), risultando migliore rispetto al valore nazionale.

Interventi per riparazione frattura di femore entro 48h

Struttura ↑↓	Provincia ↑↓	Regione ↑↓	N ↑↓	Tasso Grezzo % ↑↓	Tasso ADJ % ↑↓	RR ↑↓	p ↑↓
Italia			79575	50.16	-	-	-
Policlinico Di Monza Spa	BI	Piemonte	2	100.00	-	-	-
Ospedale San Rocco	NO	Piemonte	1	0.00	-	-	-
C.O.Q. Ospedale Madonna Del Popolo	VB	Piemonte	1	0.00	-	-	-
Policlinico Di Monza Spa	NO	Piemonte	3	33.33	-	-	-
Policlinico Di Monza Spa	VC	Piemonte	2	100.00	-	-	-
Stabilimento Ospedaliero Castelli	VB	Piemonte	148	47.97	48.74	0.97	0.738
Ospedale Sant'andrea	VC	Piemonte	172	54.07	53.60	1.07	0.354
Ospedale Ss.Pietro E Paolo	VC	Piemonte	92	54.35	54.37	1.08	0.403
Ospedale Degli Infermi	BI	Piemonte	279	59.14	59.24	1.18	0.001
Istituto S.S. Trinita'	NO	Piemonte	235	60.00	59.73	1.19	0.001
Osp. Maggiore Della Carita'	NO	Piemonte	333	60.96	60.78	1.21	0.000
Ospedale San Biagio	VB	Piemonte	120	65.00	64.89	1.29	0.000

CHIRURGIA PER TUMORE MALIGNOIntervento per Tumore del colon

Presso l'Ospedale di Borgomanero il numero di interventi per il tumore del colon era in calo dal 2018 al 2020 ed è tornato a crescere nel 2021 e nel 2022.

STRUTTURA	INTERVENTI				
	2022	2021	2020	2019	2018
Osp. degli Infermi-Ponderano	79	84	76	83	99
Pol.U. Maggiore della Carità-Novara	102	97	100	119	101
Osp. S.S. Trinità-Borgomanero	51	41	35	54	61
Osp. S. Andrea-Vercelli	52	37	31	54	49
Osp. S.S. Pietro e Paolo-Borgosesia	26	14	26	31	29
Osp. S. Biagio-Domodossola	27	45	19	18	13
Osp. Castelli-Verbania	31	17	25	35	40

In termini di qualità di esiti, la *mortalità a 30 giorni dall'intervento* nel 2022 è del 4,60% (3,29% ADJ).

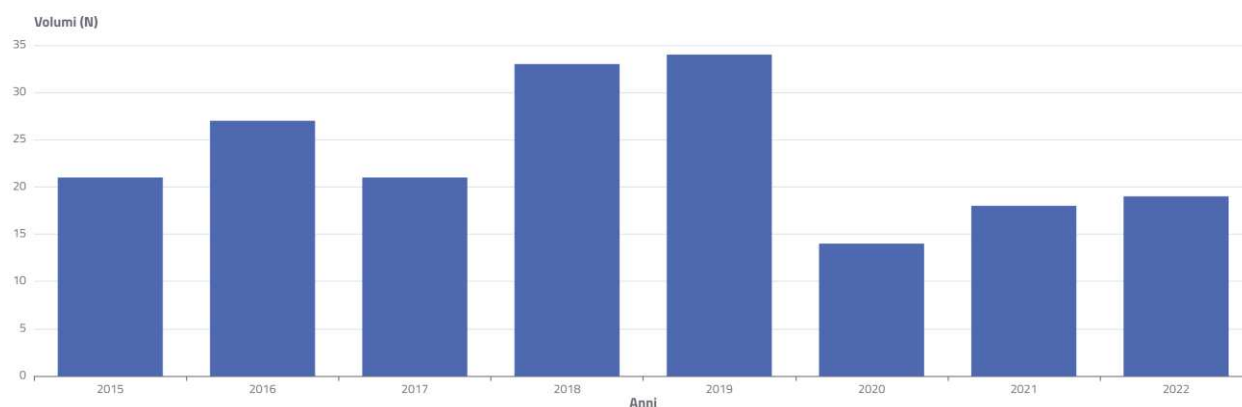
Interventi per Carcinoma Renale

Nel 2022 nell'Ospedale di Borgomanero I ricoveri in tutto sono stati 19, uno in più rispetto al 2021, confermando la crescita degli ultimi anni.

Intervento per K Renale - Volumi attività nel quadrante, 2022

Struttura ↑↓	Provincia ↑↓	Regione ↑↓	Anno ↑↓	N ↑↓
Italia			2022	12481
Osp. Maggiore Della Carità'	NO	Piemonte	2022	72
Istituto S.S. Trinità'	NO	Piemonte	2022	19
Ospedale Degli Infermi	BI	Piemonte	2022	45
Ospedale Sant'andrea	VC	Piemonte	2022	19
Ospedale San Biagio	VB	Piemonte	2022	12

Istituto S.S. Trinità' - Intervento chirurgico per TM rene: volume di ricoveri



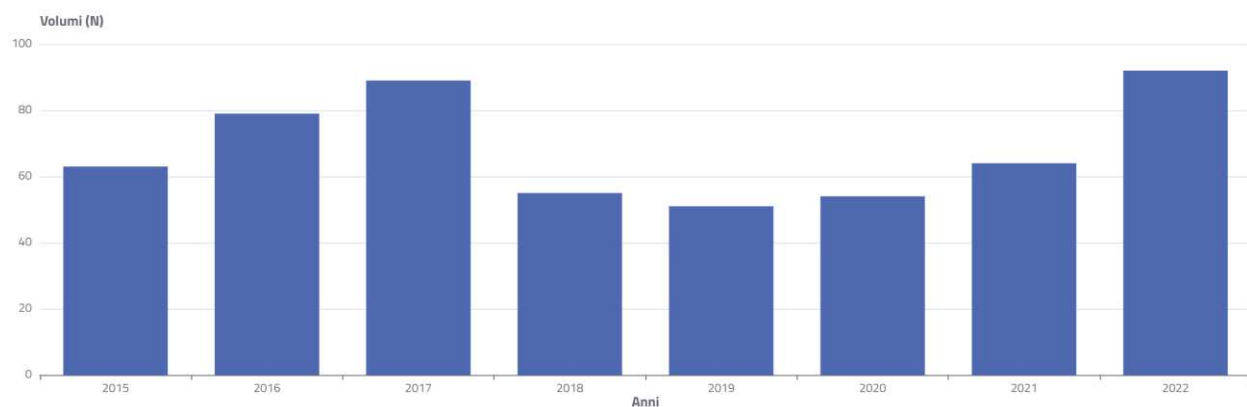
Intervento chirurgico per TM mammella: volume di ricoveri

Nel 2022, presso il PO di Borgomanero, ci sono stati 92 ricoveri per TM mammella contro i 64 del 2021. Dalla pandemia fino al 2022 c'è stato un incremento costante dei casi.

Ricoveri per Carcinoma della mammella nel quadrante, 2022

Struttura ↑↓	Provincia ↑↓	Regione ↑↓	Anno ↑↓	N ↑↓
Italia			2022	63986
Ospedale Degli Infermi	BI	Piemonte	2022	179
Policlinico Di Monza Spa	BI	Piemonte	2022	1
Osp. Maggiore Della Carita'	NO	Piemonte	2022	300
Istituto S.S. Trinita'	NO	Piemonte	2022	92
Policlinico Di Monza Spa	NO	Piemonte	2022	1
Stabilimento Ospedaliero Castelli	VB	Piemonte	2022	142
Ospedale Sant'andrea	VC	Piemonte	2022	42
Policlinico Di Monza Spa	VC	Piemonte	2022	20

Istituto S.S. Trinita' - Intervento chirurgico per TM mammella: volume di ricoveri



AREA MEDICA

Sono presi in considerazione esiti relativi a condizioni cliniche di particolare interesse dell'ambito Cardio-Cerebrovascolare

Mortalità per Ictus

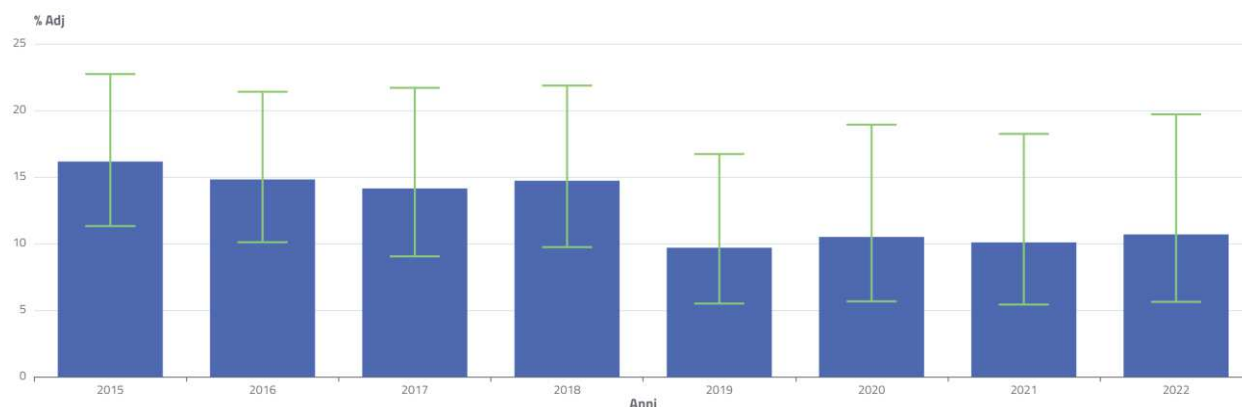
Nel 2022 la Mortalità a 30 giorni dalla dimissione per evento *Ictus* è del 9,80% (10.06% ADJ). Osservando la tabella seguente si può constatare che il tasso grezzo dell'Istituto S.S. Trinità di Borgomanero (NO) è inferiore alla media nazionale.

Mortalità a 30 giorni dalla dimissione per evento Ictus nel quadrante, 2022

Struttura ↑↓	Provincia ↓	Regione ↑↓	N ↑↓	Tasso Grezzo % ↑↓	Tasso ADJ % ↑↓	RR ↑↓	p ↑↓
Italia			51458	10.54	-	-	-
Ospedale Ss.Pietro E Paolo	VC	Piemonte	13	23.08	-	-	-
Ospedale Sant'andrea	VC	Piemonte	116	18.97	19.99	1.90	0.004
Istituto Auxologico Italiano	VB	Piemonte	1	0.00	-	-	-
Stabilimento Ospedaliero Castelli	VB	Piemonte	2	0.00	-	-	-
Ospedale San Biagio	VB	Piemonte	143	10.49	9.95	0.94	0.830
Ospedale San Rocco	NO	Piemonte	2	50.00	-	-	-
Istituto S.S. Trinità'	NO	Piemonte	102	9.80	10.06	0.95	0.886
Osp. Maggiore Della Carità'	NO	Piemonte	244	11.89	14.29	1.36	0.112
Ospedale Degli Infermi	BI	Piemonte	224	10.71	9.85	0.94	0.749

Il grafico seguente dimostra che negli ultimi quattro anni c'è stata una riduzione della mortalità a 30 giorni dal ricovero per ictus ischemico presso l'Istituto S.S. Trinità di Borgomanero (NO) rispetto al 2018.

Istituto S.S. Trinità' - Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni



Nel 2022 sono stati effettuati 97 ricoveri ripetuti con un tasso grezzo del 5,16%, più basso rispetto a quello nazionale (7.24%) e con un ADJ del 5,36%.

La tabella seguente è stata estratta dall'indicatore "*Ictus ischemico: riammissioni ospedaliere a 30 giorni*"; quest'ultimo si riferisce alla mortalità a trenta giorni dal trattamento per ictus ischemico.

Struttura ↑↓	Provincia ↑	Regione ↑↓	N ↑↓	Tasso Grezzo % ↑↓	Tasso ADJ % ↑↓	RR ↑↓	p ↑↓
Italia			47616	7.24	-	-	-
Istituto S.S. Trinità'	NO	Piemonte	97	5.16	5.36	0.74	0.492
Osp. Maggiore Della Carità'	NO	Piemonte	232	7.33	7.66	1.06	0.808
Ospedale San Rocco	NO	Piemonte	1	0.00	-	-	-