



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

***DELIBERAZIONE
DEL DIRETTORE GENERALE***

N° 444 del 30/06/2025

***OGGETTO: APPROVAZIONE E ADOZIONE DELLA RELAZIONE SULLA
PERFORMANCE A.S.L. NO - ANNO 2024***

PROPONENTE: S.C. SERVIZIO INFORMATIVO E CONTROLLO DI GESTIONE

§§§§§§§§§§

IL DIRETTORE GENERALE

(nominato con D.G.R. n° 23-653/2024/XII del 23 dicembre 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 2024

*Il Direttore della S.C. Servizio Informativo e Controllo di Gestione
formula la sottoestesa 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 2024 nella seduta del 26 giugno 2025, come da verbale e Documento di validazione della Relazione Annuale sulla Performance anno 2024 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;

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 2024”;

2. **di pubblicare** sul sito istituzionale aziendale, nella sezione denominata “Trasparenza, valutazione e merito” il documento di cui al punto precedente.

II DIRETTORE GENERALE

VISTA la sopraestesa proposta istruttoria;

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

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

II DIRETTORE GENERALE

(Dott. Angelo Penna)

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

§§§§§§§§§§

Il presente provvedimento si compone di un documento principale di 3 (*tre*) pagine e di n 1 allegato.

- Allegato 1 “*Relazione annuale sulla performance aziendale e sugli esiti del monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità – anno 2023*” n. 42 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 2024

Novara, 26 giugno 2025

Relazione validata dall'O.I.V. il 26 giugno 2025

INDICE

Premessa	Pag.	1
1. Il contesto	Pag.	2
1.1 Territorio servito	Pag.	2
1.2 Popolazione	Pag.	3
2. L'organizzazione dei servizi e l'atto aziendale	Pag.	4
2.1 Personale impiegato	Pag.	8
2.2 Attività libero professionale intra moenia	Pag.	11
3. Gli indicatori di monitoraggio dell'assistenza e della loro qualità	Pag.	12
3.1 Indicatori di qualità dell'assistenza Ospedaliera e Territoriale dell'ASL di Novara del Programma Nazionale Esiti relativi all'anno 2023	Pag.	12
4. I risultati 2024	Pag.	23
4.1 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.	23
4.2 Gestione economico-finanziaria dell'azienda	Pag.	38
4.3 Performance organizzativa dell'ASL NO	Pag.	40
4.3.1 Obiettivi infrannuali	Pag.	40
4.3.2 Obiettivi annuali	Pag.	40
4.4 Performance individuale dell'ASL NO	Pag.	42

PREMESSA

La Relazione annuale sulla Performance aziendale e sugli esiti del monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità riporta il grado di raggiungimento degli obiettivi strategici correlati al sistema di incentivante della performance aziendale, nonché degli esiti del monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità dell'ASL NO per l'anno 2024. La presente relazione 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 2024. In questo capitolo viene dato conto dei principali esiti dei diversi sistemi di monitoraggio aziendali (obiettivi assegnati alle strutture, valutazione del personale), nonché degli 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, gli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi del Direttore Generale di cui alla DGR n. 7-8279 dell'11/03/2024, assegnati ai fini dell'attribuzione della quota integrativa del trattamento economico dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie regionali per l'anno 2024 (la relazione è riportata integralmente 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), menzione della relazione bilancio 2024.

La stesura della relazione è stata curata dalla s.c. Sistema Informativo e Controllo di Gestione in collaborazione con s.s.d. Epidemiologia, con il contributo dei Servizi dell'ASL NO, ciascuno per la sua parte specifica.

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).

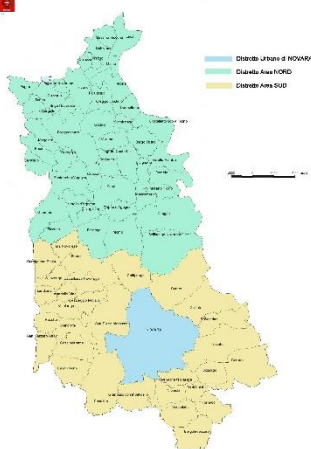
Il territorio (fig. 1) ha un'estensione di 1.190 km² e dal punto di vista oro-geografico è composto prevalentemente da aree pianeggianti (pari a circa il 70% del territorio).

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:



Mappe dei Distretti dell'ASL NO



Distretto Urbano di Novara

Comune: Novara

Superficie: 103 km²

Distretto Area Nord

Comuni: Agrade 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: 528 km²

1.2 Popolazione

Al 31.12.2023 risultano residenti sul territorio dell'ASL di Novara 343.090 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 56% 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 2003 si registra un invecchiamento della popolazione, con un incremento degli ultra 64enni (25% vs 21%) a scapito della classe di età 15-64 anni (63% vs 67); i minori di 15 anni si discostano di poco (12% vs 13%).

Nel 2023 in ASL NO, ogni 100 giovani con meno di 15 anni risiedono 204 ultra64enni. Nell'ultimo ventennio l'indice di vecchiaia è aumentato su tutto il territorio. Superiori o uguali al valore aziendale (204) risultano gli indici dei Distretti Area Nord (223) e Urbano di Novara (204), mentre il Distretto Area Sud risulta inferiore (176). 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; Distretto Area Sud: 58; Urbano di Novara: 58).

Gli indici di vecchiaia e dipendenza dell'ASL NO sono entrambi inferiori a quelli regionali (Piemonte: vecchiaia 232; dipendenza 62).

Nel 2023 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 2023, si sono registrati 2.144 nuovi nati, corrispondenti a 6,3 nuovi nati ogni 1.000 residenti, valore in ulteriore diminuzione rispetto agli anni precedenti, anche se superiore alla natalità del Piemonte (5,9 per 1.000).

La natalità più elevata si registra nel Distretto Urbano di Novara (7,0) e nel Distretto Area Sud (6,9).

La natalità più bassa si registra invece nel Distretto Area Nord (5,4).

I neonati stranieri sono il 22% di tutti i neonati, ma con differenze tra i Distretti: 10,7% nel Distretto Area Nord, più del doppio nel Distretto Area Sud (23,8%) e più del triplo nel Distretto Urbano di Novara (33,4%). Dopo la crescita dei decenni precedenti, dal 2013 la quota di neonati stranieri ha iniziato a scendere e nel 2023 è di 1,4 nuovi nati ogni 1.000 residenti.

I residenti stranieri continuano comunque ad avere una maggiore natalità degli italiani: nel 2023 si sono registrati 13 nati stranieri ogni 1.000 stranieri e 5 nati italiani ogni 1.000 italiani.

Gli stranieri (37.451) 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 Sud (11%) e di Area Nord (8%).

Gli stranieri continuano ad essere rappresentati prevalentemente da soggetti in età produttiva e bambini: il 58% ha meno di 40 anni, il 18% ha meno di 15 anni e il 6% ha meno di 5 anni.

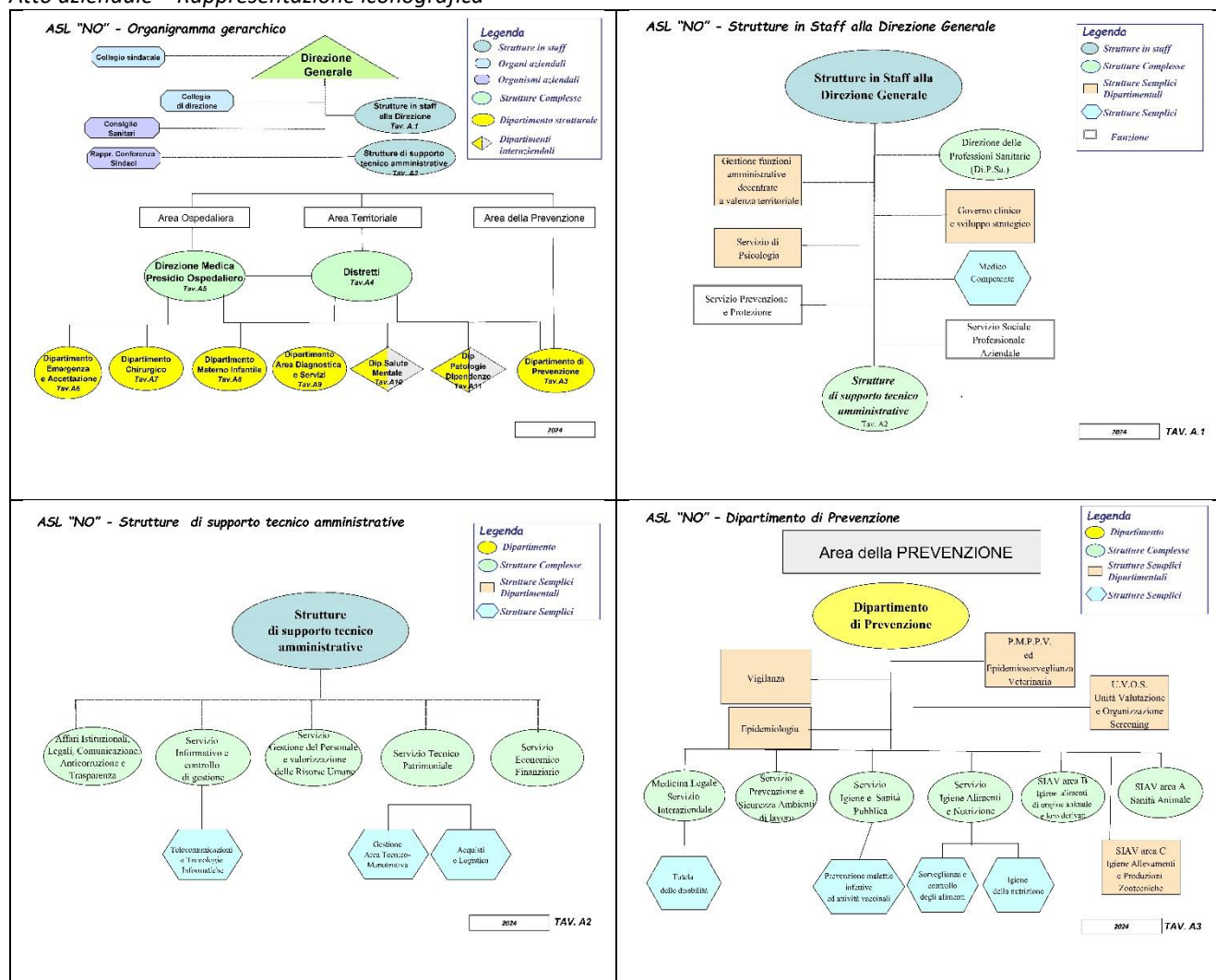
L'Europa centro-orientale costituisce la principale area di provenienza degli stranieri, ma le provenienze sono diversificate per genere e mostrano una diversa distribuzione nei tre Distretti dell'ASL NO.

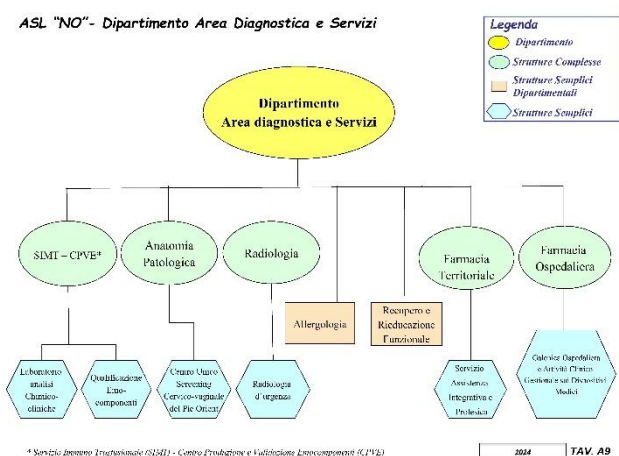
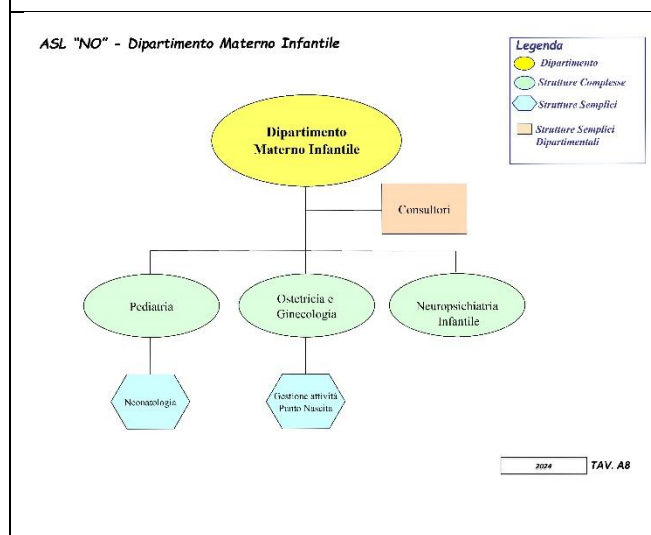
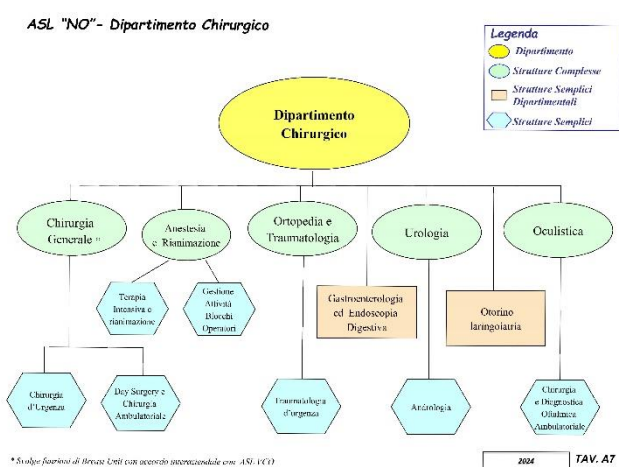
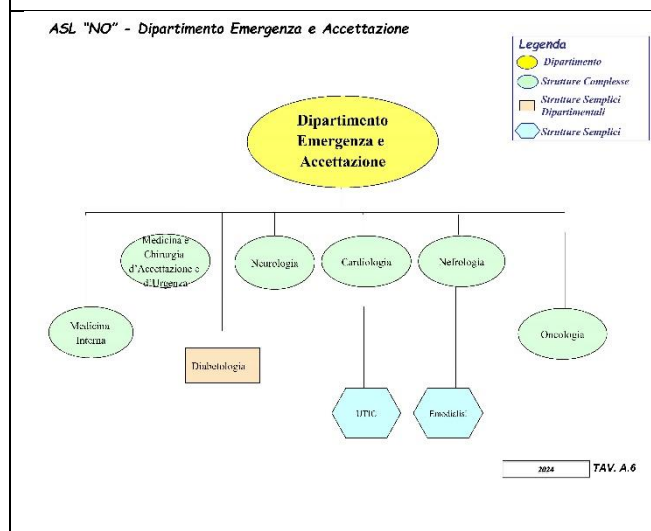
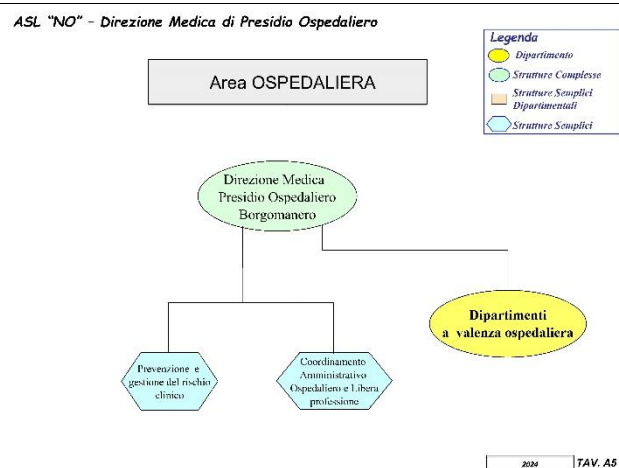
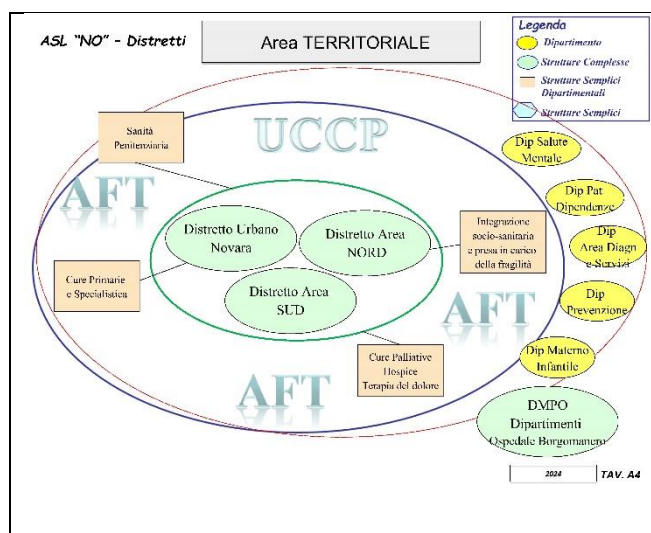
2. L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI E L'ATTO AZIENDALE

L'ASL di Novara è organizzata secondo l'Atto Aziendale recepito con deliberazione del Direttore Generale n. 97 del 16/02/2024.

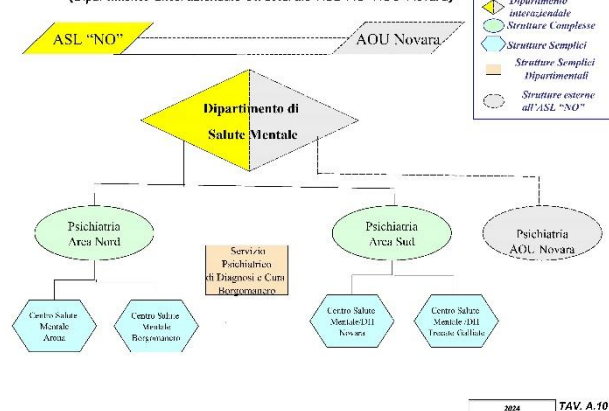
Di seguito la rappresentazione iconografica dell'organizzazione aziendale.

Atto aziendale – Rappresentazione iconografica

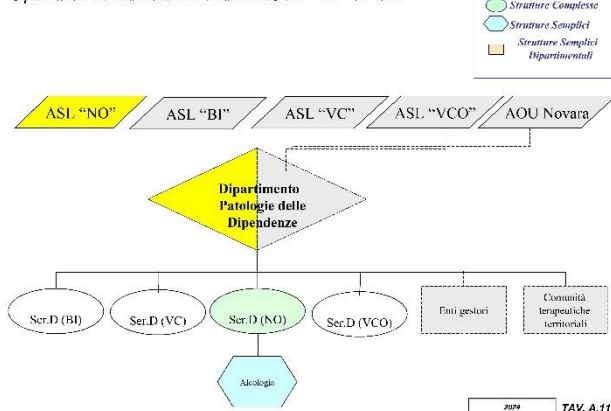




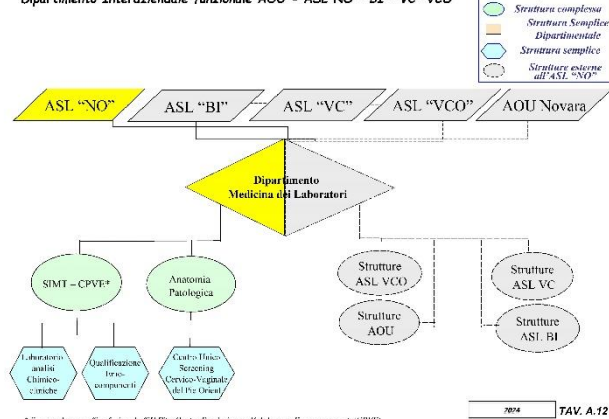
ASL "NO"-Dipartimento di Salute Mentale- DSM
(Dipartimento Interaziendale strutturale ASL NO-AOU Novara)



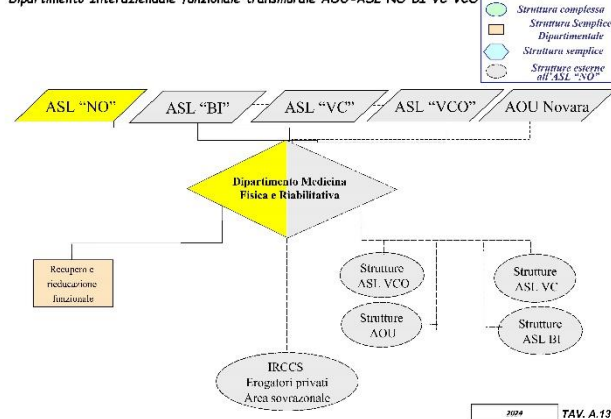
ASL "NO"-Dipartimento Patologie delle Dipendenze
Dipartimento Interaziendale strutturale ASL NO - BI - VC - VCO



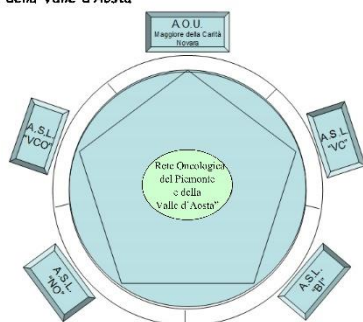
ASL "NO"- Dipartimento Medicina dei Laboratori
Dipartimento Interaziendale funzionale AOU - ASL NO - BI - VC - VCO



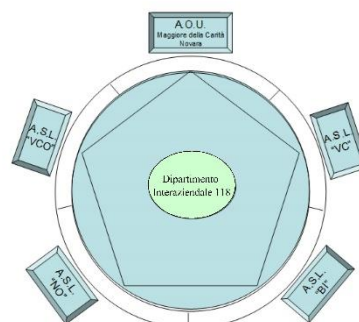
ASL "NO"- Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitativa
Dipartimento Interaziendale funzionale transmurale AOU-ASL NO-BI-VC-VCO



Dipartimento funzionale interaziendale ed interregionale della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta



Dipartimento Interaziendale 118



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 RSA di proprietà dell'ASL, affidate in gestione a terzi soggetti (Gattico e Oleggio);
- 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 2024 ha registrato 10.869 dimessi, 4.987 interventi chirurgici in regime di ricovero, 48.037 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:

- 56 strutture per anziani tra: RSA – RA- RAA – CDI – CDAI- NDCT- NDC, per un totale di 3.018 assistiti;
- 93 strutture relative a servizi per la prima infanzia tra: asili nido – micronidi – sez. primavera – centro custodia oraria totale 2.316 bambini (0-3 anni);
- 24 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: G.A. – RAF TIPO A TIPO B TIPO C – CDI – CER – CEM – CTR comunità alloggio, numero di presenti per un totale di 443 persone;
- 3 Strutture per adulti (housing sociale, gruppi appartamento);
- centri estivi con un numero variabile di anno in anno che va dai 100 a 120.

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 2021-2024 (rilevazione criteri Conto Annuale)

Raggruppamento qualifica	31/12/2021 1	31/12/2022 2	31/12/2023 3	31/12/2024
Medici e Verinari	290	281	292	297
Odontoiatri e altro personale sanitario laureato	30	35	40	43
Personale dirigente sanitario non medico	-	-	-	-
Personale infermieristico*	811	801	832	841
Personale riabilitativo	94	90	90	87
Altro personale sanitario	138	133	135	134
Personale professionale dirigente	3	3	3	3
Personale tecnico dirigente	1	-	-	-
Personale tecnico comparto	286	72	72	71
Personale Socio-Sanitario		203	210	220
Personale amministrativo dirigente	7	9	11	12
Personale amministrativo comparto	352	303	285	298
TATALE COMPLESSIVO	2.012	1.930	1.970	2.006

**Comprensivo Ostetriche*

Si conferma nell'anno 2024 il trend in aumento del numero complessivo del personale dipendente rispetto agli anni 2023 e 2022.

Malgrado le difficoltà di reperimento di personale, al 31/12/2024 si rilevano 36 unità di personale in più rispetto al 31/12/2023 con particolare riferimento al personale medico / veterinario al personale infermieristico, al personale del ruolo socio-sanitario (OSS) e al personale del ruolo amministrativo.

Il reclutamento di personale infermieristico aggiuntivo rispetto a quello rilevato al 31/12/2023 è stato anche finalizzato all'attività di potenziamento del territorio e delle terapie intensive.

Inoltre nell'anno 2024 è proseguita la procedura di stabilizzazione di personale a tempo determinato, iniziata nel 2022, ai sensi della L. 234/2021 ed è anche proseguito 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) ai sensi della DGR n. 2-7226 del 13/7/2023.

Inoltre si rileva una riduzione dei rapporti di lavoro flessibili (tempi determinati) anche a favore dei rapporti di lavoro a tempo indeterminato. Complessivamente il personale a tempo determinato passa da n. 53 unità al 31/12/2023 a n. 38 unità al 31/12/2024.

Nel corso dell'anno 2024 sono state indette le procedure assuntive di seguito elencate:

Area della Dirigenza:

- n. 1 procedure di mobilità interaziendale ex art. 30 D. Lgs. 165/2001 per Dirigente Veterinario SIAV area B;
- n. 19 pubblici concorsi per titoli ed esami per Dirigente Medico (Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, n. 2 Oncologia, Chirurgia Generale, Medicina Legale, Cardiologia, Psichiatria, Anestesia e Rianimazione, Medicina d'emergenza/Urgenza, n. 3 Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base, Cure Palliative, Pediatria, Igiene Epidemiologia e Sanità Pubblica, Ostetrica/Ginecologia, medicina fisica e riabilitazione, Endocrinologia e Medicina Trapiantologica);
- n. 2 pubblici concorsi per titoli ed esami per Dirigente Farmacista (Farmacia Ospedaliera e Farmacia Territoriale);

- n. 2 pubblici concorsi per titoli ed esami per Dirigente Area Professionale Tecnica ed Amministrativa (Dirigente Amministrativo e Dirigente Statistico);
- n. 3 avvisi pubblici per il conferimento di incarichi di Direzione di struttura complessa (Dirigente Veterinario SIAV area A, Dirigente Veterinario SIAV area B, dirigente Psichiatria);
- n. 2 avvisi pubblici per Dirigente Medico a tempo determinato (Cardiologia, Urologia);
- n. 2 avvisi pubblici per Dirigente Farmacista a tempo determinato (Farmacia Ospedaliera e Farmacia Territoriale)

Area del Comparto

- n. 2 avviamenti a selezione tramite Centro per l'Impiego per operatore tecnico/magazzino ex legge 68/99;
- n. 1 avviamento a selezione tramite Centro per l'Impiego per operatore tecnico - centralino/portineria;
- n. 1 manifestazione d'interesse per reclutamento personale amministrativo per il MUSA
- n. 4 avvisi pubblici a tempo determinato (ortottista, Infermiere, Tecnico sanitario di laboratorio biomedico, tecnico della prevenzione negli ambienti e nei luoghi di lavoro)
- n. 3 procedure di mobilità interaziendale interaziendale ex art. 30 D. Lgs. 165/2001 (Assistente amministrativo, Coadiutore amministrativo senior e infermiere)
- n. 8 pubblici concorsi per titoli ed esami (n. 2 Tecnico della Prevenzione, tecnico sanitario di laboratorio biomedico, logopedista, assistente sanitario, educatore professionale, collaboratore tecnico professionale, coadiutore amministrativo senior)

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

- alla partecipazione a procedure concorsuali unificate indette da Azienda Zero;
- all'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 31/12/2024, rispetto al 31/12/2023, nonostante l'elevato turn over che riguarda soprattutto il personale infermieristico, il personale del ruolo socio sanitario del Comparto e il personale medico.

Personale dipendente ASL NO, per qualifica. Confronto assunzioni/cessazioni 2024 (rilevazione criteri Conto Annuale)

Raggruppamento qualifica	31/12/2023	ASSUNTI 2024	CESSATI 2024	31/12/2024
Medici e Veterinari	292	46	41	297
Odontoiatri e altro personale sanitario laureato	40	10	7	43
Personale dirigente sanitario non medico	-			
Personale infermieristico*	832	68	59	841
Personale riabilitativo	90	10	13	87
Altro personale sanitario	135	9	10	134
Personale professionale dirigente	3	1	1	3
Personale tecnico dirigente	-			
Personale tecnico comparto	72	5	6	71
Personale Socio-Sanitario	210	43	33	220
Personale amministrativo dirigente	11	2	1	12
Personale amministrativo comparto	285	26	13	298
TATALE COMPLESSIVO	1.970	220	184	2.006

*Comprensivo Ostetriche

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, 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. A tal fine sono state anche indette n. 23 selezioni comparative ex art. 7, comma 6, D.Lgs. 165/2001 per Medici (Oftalmologia, SIMT, Psichiatria, Neuropsichiatria, SERD, Igiene e Sanità Pubblica, Pediatria, Radiodiagnostica, Cardiologia pediatrica, Chirurgia, Oncologia) psicologi, biologi, farmacisti (Farmacia Ospedaliera e Farmacia Territoriale) e si è fatto ricorso all'utilizzo delle graduatorie redatte da Azienda Zero, a seguito di avviso di manifestazione di interesse, sempre emesso da Azienda Zero, per l'acquisizione di personale medico con rapporto di lavoro libero professionale.

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 2024 (situazione al 31/12/2024)

Consuntivo ANNO 2024	MEDICI di MEDICINA GENERALE	PEDIATRI di LIBERA SCELTA	MEDICI di CONTINUITA' ASSISTENZIALE (ex GUARDIA MEDICA)*	TOTALE MEDICI IN CONVENZIONE PER LE CURE PRIMARIE
	191	30	54 (unità equivalenti)	275
Distretto Urbano di Novara	60	10	14	84
Distretto Area Sud	53	6	15	74
Distretto Area Nord	78	14	25	117

Al 31/12/2024 risultano ulteriori:

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

Specialisti ambulatoriali convenzionati – consuntivo anno 2024 (situazione al 31/12/2024)

AREA DELLA MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	
ANNO	SPECIALISTI AMBULATORIALI CONVENZIONATI a tempo indeterminato e determinato (di cui Psicologi, di cui Biologi)
2024 (situazione al 31/12/2024)	55 (14,0)

2.2 Attività libero professionale intra moenia

Nell'ASL NO l'attività libero professionale intramoenia 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 n. 22-2702 del 29.12.2020, DGR 11-8042/2023/XI del 29.12.2023); con regolamento aziendale aggiornato con deliberazione n. 531 del 17.10.2022.

Nel corso del 2024 l'ASL NO in applicazione alle nuove linee guida regionali in materia di cui alla DGR 11-8042/2023/XI in data 29.12.2023 ha predisposto l'aggiornamento del Regolamento aziendale approvato dalle OO.SS. di categoria in data 16 dicembre. Nel corso dei primi mesi del 2025 l'aggiornamento del regolamento per l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria diventerà operativo previa adozione di deliberazione aziendale.

Atteso che gli spazi aziendali non sono sufficienti per lo svolgimento dell'attività libero professionale dei dipendenti ASL NO, è stata bandita una Manifestazione di interesse, secondo le indicazioni regionali, rivolta ai Centri Privati non accreditati siti nella Regione Piemonte, per reperire spazi esterni all'ASL ove poter far svolgere l'attività libero professionale intramoenia. Nel corso dei primi mesi del 2025, a conclusione dell'istruttoria prevista dalla Manifestazione di Interesse, saranno attivate le convenzioni con i Centri ammessi alla procedura al fine di garantire l'esercizio dell'attività libero professionale intramoenia dei professionisti dell'ASL NO.

L'attività libero professionale intramoenia nel corso del 2024, non avendo l'ASL NO spazi dedicati esclusivamente a tale attività, si è svolta:

1.) In regime di attività ambulatoriale:

- Individuale presso:

- le Strutture dell'ASL NO utilizzate anche per le attività SSN (Ospedale di Borgomanero e Strutture Territoriali);
- n. 24 Studi Privati in rete regolarmente autorizzati previa convenzione sottoscritta dal dipendente e dal Direttore Generale, ai sensi della L. 189/12;
- n. 23 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).

In regime di attività di ricovero: presso il Presidio Ospedaliero di Borgomanero nei reparti di degenza utilizzati anche per i ricoveri in SSN.

Di seguito si riportano i dati riferiti ai dipendenti che esercitano l'attività libero professionale intramoenia sia in forma individuale che in équipe, alla data del 31 dicembre 2024 confrontandoli con i dati del personale dipendente forniti dal Servizio Personale riferiti al personale in rapporto esclusivo.

Incidenza dirigenti che svolgono la libera professione rispetto al totale dei dipendenti – Anno 2024

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
108	258	42%
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	25	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
7	17	41%

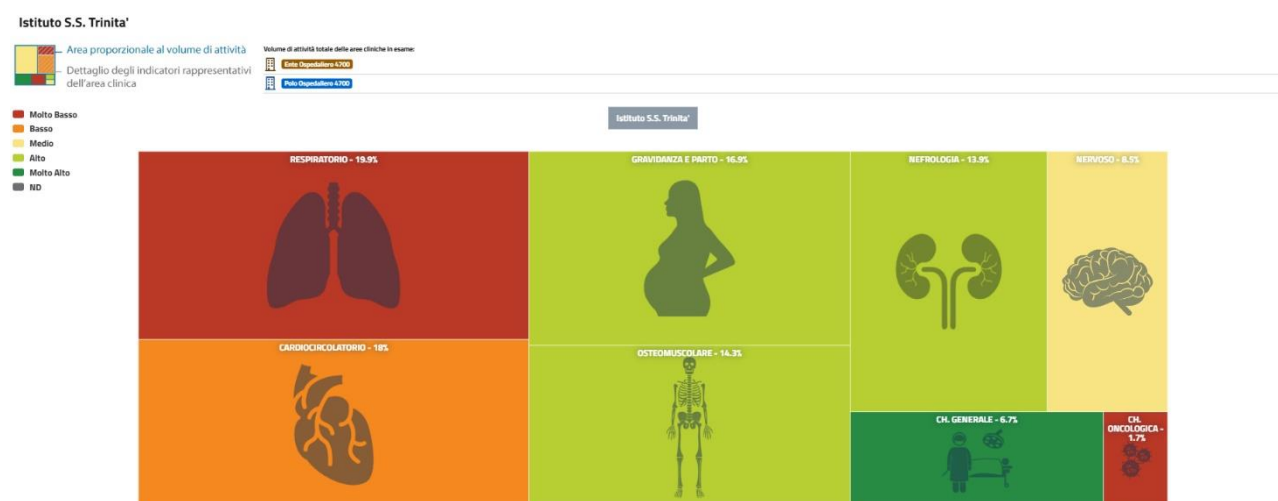
3. GLI INDICATORI DI MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA E DELLA LORO QUALITÀ

3.1 Indicatori di qualità dell'assistenza Ospedaliera e Territoriale dell'ASL di Novara del Programma Nazionale Esiti relativi all'anno 2023

La relazione, basata sugli indicatori pubblicati da Agenas nell'ambito del Programma Nazionale Esiti per l'anno 2023, fornisce una valutazione comparativa dell'efficacia, della sicurezza e dell'appropriatezza delle cure. L'obiettivo è supportare l'organizzazione di un sistema di sorveglianza per monitorare gli indicatori nelle aree critiche e sviluppare strategie condivise con i Direttori e i Responsabili delle strutture di Presidio e di Degenza, al fine di migliorare la qualità dell'assistenza.

Nell'ASL di Novara è presente un unico erogatore diretto di assistenza ospedaliera, il Presidio Ospedaliero di Borgomanero, la cui qualità dell'assistenza globale è rappresentata dal seguente grafico Treemap.

Il Treemap è uno strumento grafico che consente di visualizzare in modo intuitivo gli indicatori del Programma Nazionale Esiti, evidenziando variazioni di efficacia, sicurezza e appropriatezza delle cure tra le diverse strutture sanitarie. Organizzato in blocchi proporzionali alla numerosità e alla performance degli indicatori, permette un'analisi comparativa immediata, facilitando l'identificazione di aree critiche e opportunità di miglioramento.



L'ospedale di Borgomanero presenta come unica area critica (rossa), che necessita di un approfondimento con l'organizzazione di un audit clinico, quella delle *malattie respiratorie*, in particolare per l'indicatore relativo alla mortalità a 30 giorni dopo un ricovero per BPCO (Mortalità a 30 giorni per BPCO riacutizzata: la criticità di questo indicatore è rappresentata dal denominatore in cui sono inclusi tutti i ricoveri in cui la BPCO è segnalata nella SDO in una qualsiasi diagnosi principale o secondaria).

L'altra macroarea che risulta rossa nel Treemap è relativa alla *chirurgia oncologica*, per cui l'alert è dovuto alla bassa numerosità degli interventi effettuati all'ospedale di Borgomanero e non ad indicatori di qualità sotto standard.

L'area arancione nell'ambito cardiocircolatorio segnala una criticità relativa alla mortalità a 30 giorni dopo un ricovero per infarto acuto del miocardio che è maggiore dell'atteso, ma non è ancora indicata da Agenas come indicatore per cui è necessario organizzare un audit clinico.

Tutti gli altri indicatori del Treemap risultano in linea o migliori degli standard proposti.

Nella seguente tabella sono riportati gli indicatori rappresentanti nel Treemap, con la numerosità, la percentuale aggiustata per il case mix, la percentuale italiana come riferimento e per gli indicatori chirurgici il volume di attività del reparto.

Area Clinica	Indicatore	N	% Adj	% Italia	Volume attività	AUDIT necessari o
Cardiocircolatorio	IMA: mortalità a 30 giorni	122	12.66	7.13		
Nervoso	Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	127	13.78	9.40		
Respiratorio	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	103	18.12	9.40		SI
Ch Generale	Colecistectomia laparoscopica: ricoveri con degenza post operatoria < a 3 giorni	78	83.44	84.74	131	
Ch Oncologica	Nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da chirurgia conservativa per TM mammella	55	9.91	5.64	69	
	Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	1		0.86	1	
	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	81	2.85	3.69	34	
Gravidanza e parto	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	714	19.38	22.66	799	
	Proporzione di episiotomie nei parti vaginali	521	1.83	10.54	799	
Osteomuscolare	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore	207	60.09	56.27	246	
	Intervento di protesi di ginocchio: riammissioni a 30 giorni	74		1.12	102	
	Intervento di protesi di anca: riammissioni a 30 giorni	160	2.25	3.12	206	
Nefrologia	Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	183	8.34	11.47		

Di seguito saranno presentati nel dettaglio gli indicatori pubblicati da Agenas nell'ambito del Programma Nazionale Esiti per l'anno 2023, territoriali (relativamente agli assistiti dell'ASL di Novara) o ospedalieri (relativi all'Ospedale SS. Trinità di Novara), confrontati con gli altri ospedali del quadrante e quando possibile gli anni precedenti, suddivisi in macroaree: Area Medica, Area Chirurgica e Area Materno-infantile.

AREA MEDICA

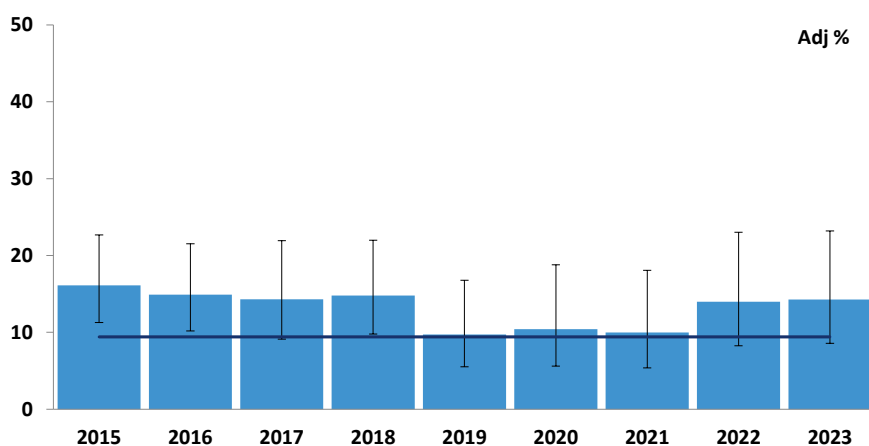
Ictus ischemico

Il tasso di ospedalizzazione per ictus ischemico nell'ASL NO nel 2023 è risultato pari a 1,39 su 1.000 abitanti, sovrapponibile al resto d'Italia (1,36 su 1.000 abitanti).

Nell'Istituto SS Trinità nel 2023 sono stati effettuati 173 i ricoveri per ictus ischemico. Il dato risulta in netto aumento rispetto all'anno precedente sia al SS Trinità (+18%) che all'Ospedale Maggiore della Carità (+8%). Si rileva una diminuzione negli altri ospedali del quadrante, tranne l'Ospedale Sant'Andrea che rimane stabile.

	Provincia	2022	2023
Italia		74.611	74.987
Istituto S.S. Trinità'	NO	147	173
Osp. Maggiore Della Carità	NO	352	380
Osp. Degli Infermi	BI	325	270
Osp. San Biagio	VB	200	178
Osp. Sant'Andrea	VC	142	143

La mortalità a 30 giorni, anche se il trend non evidenzia alcuna significatività statistica, risulta in aumento dal 2019.



Nella mortalità non si rileva alcuna differenza nel confronto con il resto d'Italia (9,4%), così come per le riammissioni a 30 giorni (SS Trinità: 5,9%; Italia: 6,8%).

BPCO

Nell'Istituto SS Trinità nel 2023 sono stati effettuati 120 ricoveri per BPCO, il dato risulta sovrapponibile all'anno precedente. Nel quadrante, così come nel resto d'Italia (+18%) i volumi risultano in aumento.

	Provincia	2022	2023
Italia		69.480	82.167
Istituto S.S. Trinità'	NO	123	120
Osp. Maggiore Della Carità	NO	253	263
Osp. Degli Infermi	BI	191	207
Osp. San Biagio	VB	44	57
Osp. Sant'Andrea	VC	121	171

La mortalità a 30 giorni, anche se il trend non evidenzia alcuna significatività statistica, passa dal 28-29% degli anni 2021-2022 al 18,3% nel 2023.

Nel confronto con il resto d'Italia si rileva una mortalità quasi doppia rispetto all'atteso, anche considerando i modelli aggiustati per case-mix (RR: 1,90; P: 0,005).

Scompenso cardiaco

Nell'Istituto SS Trinità nel 2023 sono stati effettuati 330 ricoveri per scompenso cardiaco. Il dato risulta altalenante negli anni con media pari a 323 ricoveri. Il numero di ricoveri risulta inferiore rispetto all'anno precedente solo per l'Ospedale Maggiore della Carità, inoltre non si rilevano differenze con il dato italiano.

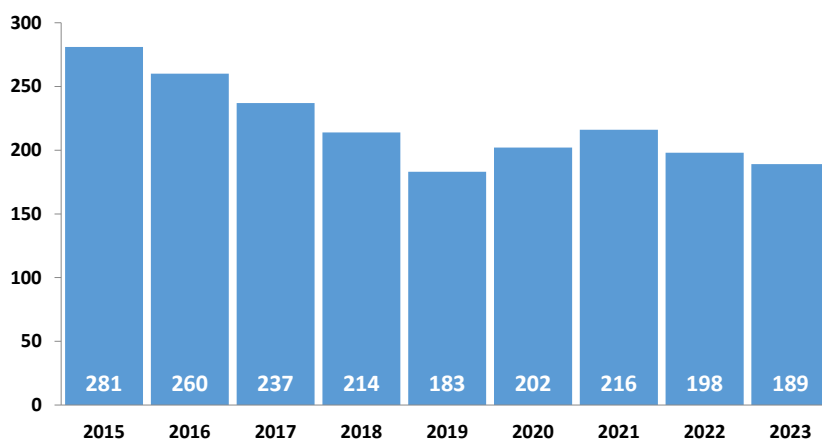
	Provincia	2022	2023
Italia		163.249	165.123
Istituto S.S. Trinità'	NO	310	330
Osp. Maggiore Della Carità	NO	357	290
Osp. Degli Infermi	BI	311	402
Osp. San Biagio	VB	91	116
Osp. Sant'Andrea	VC	115	129

La mortalità a 30 giorni per Scompenso cardiaco congestizio ha interessato 32 pazienti risultando pari al 15,6%, +6% rispetto ai valori italiani (significatività statistica non riportata per numerosità esigua).

La riammissione ospedaliera a 30 giorni risulta pari al 6,7%, nel confronto con il resto d'Italia si rileva percentuale di riammissione di molto inferiore rispetto all'atteso (Italia: 12,9%, significatività statistica non riportata per numerosità esigua).

Infarto Miocardico Acuto

Nell'Istituto SS Trinità nel 2023 sono stati effettuati 189 i ricoveri per IMA, solo nel 2019 sono stati registrati meno ricoveri.



L'Ospedale Maggiore della Carità registra un +6%, mentre negli altri ospedali la percentuale di ricoveri o diminuisce o non presenta importanti oscillazioni.

	Provincia	2022	2023
Italia		107.856	106.959
Istituto S.S. Trinità'	NO	198	189
Osp. Maggiore Della Carità	NO	452	480
Osp. Degli Infermi	BI	319	330
Osp. San Biagio	VB	192	184
Osp. Sant'Andrea	VC	315	277

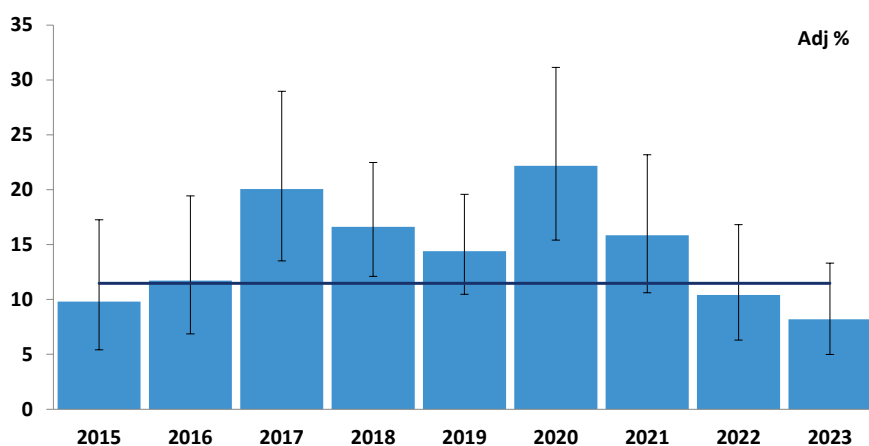
La mortalità a 30 giorni risulta sovrapponibile al valore italiano (SS Trinità: 7,4%; Italia: 7,1%), così come la mortalità a 30 giorni per IMA STEMI (RR: 1,5; P: 0,303).

Si segnala che per i residenti dell'ASL di Novara la mortalità per infarto STEMI a 30 giorni risulta pari a 11,2, nel confronto con il resto d'Italia si rileva una mortalità più elevata rispetto all'atteso, anche considerando i modelli aggiustati per case-mix (RR: 1,98; P: 0,004).

Insufficienza renale cronica

La mortalità a 30 giorni per Insufficienza renale cronica ha registrato un picco nel 2020, in calo dal 2021 risulta pari all'8,7% nel 2023.

Sebbene la percentuale di mortalità a 30 giorni sia inferiore di 3 punti rispetto al valore italiano, non risulta significativamente diverso.



AREA CHIRURGICA

CHIRURGIA GENERALE

Colecistectomia

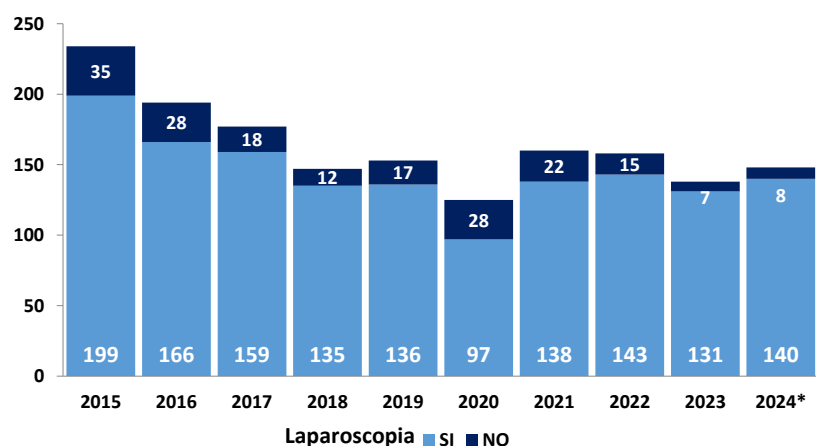
Il tasso di ospedalizzazione per colecistectomia nell'ASL NO nel 2023 è risultato pari a 1,30 su 1.000 abitanti, significativamente inferiore al resto d'Italia (1,67 su 1.000 abitanti).

Nell'Istituto SS Trinità nel 2023 sono stati effettuati 138 i ricoveri per colecisti.

Rispetto all'anno precedente i volumi di intervento per colecistectomia in Italia risultano aumentati del 9%, mentre nel Presidio Ospedaliero di Borgomanero diminuiscono del 13%. Sono in lieve aumento negli altri ospedali del quadrante, esclusi gli ospedali di Verbania e l'Ospedale Maggiore della Carità di Novara.

	Provincia	2022	2023
Italia		101.454	110.800
Istituto S.S. Trinità'	NO	158	138
Osp. Maggiore Della Carità	NO	339	324
Osp. Degli Infermi	BI	300	310
Osp. San Biagio	VB	120	101
Osp. Sant'Andrea	VC	191	210

Il 95% del totale degli interventi chirurgici di colecistectomia viene effettuata in laparoscopia (131 su 138), con un trend in crescita rispetto agli anni precedenti. Il dato stimato 2024 conferma la percentuale rilevata.



* Dato stimato su 9 mesi

La proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria con intervento in laparoscopia inferiore a 3 giorni risulta pari all'82%, sovrapponibile al valore nazionale e a quanto rilevato negli ultimi 5 anni.

Nel confronto con il resto d'Italia si rileva una proporzione di ricoveri in Day Surgery di quasi un terzo più bassa rispetto all'atteso, anche considerando i modelli aggiustati per case-mix (RR: 0,35; P: 0,001).

Le complicanze a 30 giorni per colecistectomia laparoscopica (2,47%) sono in linea con i valori nazionali (1,93%).

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

Frattura del collo del Femore

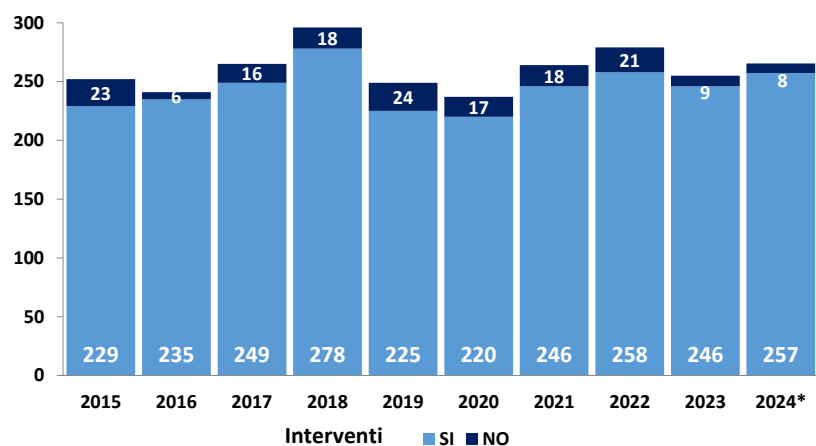
Il tasso di ospedalizzazione per frattura del collo del femore in pazienti anziani nell'ASL NO nel 2023 è risultato pari a 5,99 su 1.000 abitanti, moderatamente inferiore al resto d'Italia (6,35 su 1.000 abitanti).

Nell'Istituto SS Trinità nel 2023 sono stati effettuati 255 ricoveri per frattura del collo del femore.

Rispetto all'anno precedente i volumi rilevati in Italia risultano sovrapponibili, mentre negli ospedali di Novara e Biella il numero di ricoveri diminuisce del 9%.

	Provincia	2022	2023
Italia		101.271	101.691
Istituto S.S. Trinità'	NO	279	255
Osp. Maggiore Della Carità	NO	410	367
Osp. Degli Infermi	BI	314	295
Osp. San Biagio	VB	142	164
Osp. Sant'Andrea	VC	210	210

Il 96% del totale dei ricoverati è stato sottoposto a intervento per frattura del collo del femore (246 su 255), con una proporzione in crescita rispetto agli anni precedenti.



La proporzione di interventi chirurgici entro 2 giorni dall'accesso nella struttura di risulta pari al 74%, sovrapponibile al valore nazionale e a quanto rilevato negli ultimi 4 anni. Se si considera l'indicatore a 48h dall'accesso nella struttura di ricovero il valore scende al 59,4% rimanendo comunque sovrapponibile a quanto rilevato nel resto d'Italia.

Il trend della mortalità a 30 giorni, anche se non supportato da alcuna significatività statistica, passa dal 7% degli anni 2020-2022 al 3,3% nel 2023. Trend simile si rileva nel resto d'Italia dove però è evidente la significatività statistica.

Protesi di anca: volume di ricoveri

Nell'Istituto SS Trinità nel 2023 sono stati effettuati 206 interventi di protesi di anca.

Come nel resto d'Italia i volumi rilevati risultano in crescita (+3,5%), in lieve aumento anche negli altri ospedali del quadrante, escluso a Biella.

	Provincia	2022	2023
Italia		125.079	131.094
Istituto S.S. Trinità'	NO	200	206
Osp. Maggiore Della Carità	NO	217	223
Osp. Degli Infermi	BI	194	178
Osp. San Biagio	VB	72	80
Osp. Sant'Andrea	VC	145	186

La percentuale di riammissioni a 30 giorni per intervento di protesi d'anca risulta pari a 2,5 e non diversa dal valore nazionale (3,1) e con un trend in diminuzione negli anni.

Ospedalizzazione per interventi di artroscopia del ginocchio

Il tasso di ospedalizzazione per interventi di artroscopia del ginocchio nell'ASL NO nel 2023 è risultato pari a 0,49 su 1.000 abitanti, sovrapponibile al resto d'Italia (0,54 su 1.000 abitanti).

Nell'Istituto SS Trinità nel 2023 sono stati effettuati 154 ricoveri per artroscopia di ginocchio.

Rispetto all'anno precedente i volumi rilevati al SS Trinità e in Italia risultano sovrapponibili.

	Provincia	2022	2023
Italia		47.711	48.341
Istituto S.S. Trinità'	NO	155	154
Osp. Maggiore Della Carità	NO	73	85
Osp. Degli Infermi	BI	37	75
Osp. San Biagio	VB	///	///
Osp. Sant'Andrea	VC	114	116

La percentuale di *re-intervento entro 6 mesi dopo artroscopia di ginocchio* nel Presidio Ospedaliero di Borgomanero nel corso del 2023 è risultata pari al 2,68%, migliore rispetto al 2022, ma significativamente superiore al valore italiano (RR: 4.0; P <0,001).

CHIRURGIA PER TUMORE MALIGNO

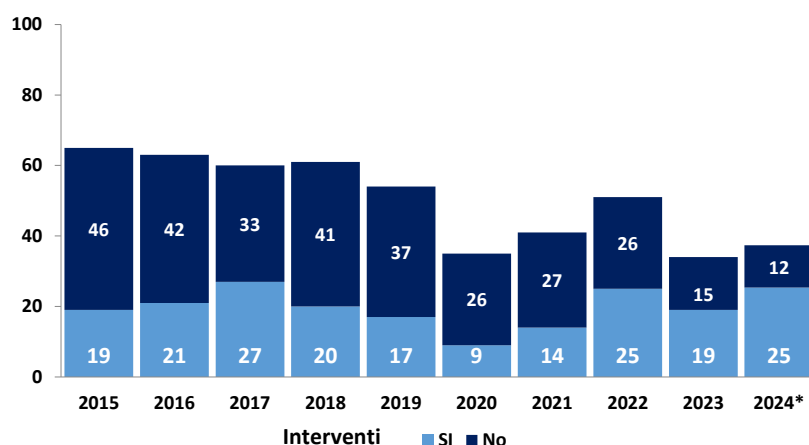
Interventi per Tumore del colon

Nell'Istituto SS Trinità nel 2023 sono stati effettuati 34 interventi per tumore del Colon.

Rispetto all'anno precedente i volumi risultano diminuiti del 33%, mentre in Italia (+2,3%) come negli altri ospedali del quadrante, escluso Vercelli, i volumi risultano in aumento.

	Provincia	2022	2023
Italia		25.542	26.154
Istituto S.S. Trinità'	NO	51	34
Osp. Maggiore Della Carità	NO	102	111
Osp. Degli Infermi	BI	79	91
Osp. San Biagio	VB	27	45
Osp. Sant'Andrea	VC	52	41

Il 56% del totale degli interventi chirurgici di per Tumore del colon viene effettuato in laparoscopia (19 su 34). Il dato stimato 2024 conferma il trend positivo.



La degenza postoperatoria nel 2023 è risultata in media di 15 giorni, mentre la mortalità a 30 giorni dall'intervento risulta pari al 3,7%, sovrapponibile al valore italiano (3,7%).

Interventi per Tumore del retto

Nell'Istituto SS Trinità nel 2023 sono stati effettuati 7 interventi per tumore del Retto, di cui 6 in laparoscopia.

Data la bassa numerosità non sono riportati altri indicatori.

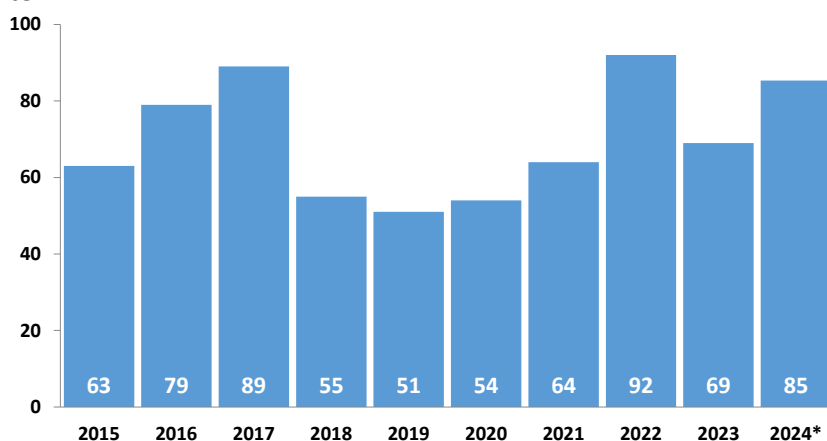
Interventi per Tumore del rene

Nell'Istituto SS Trinità nel 2023 sono stati effettuati 16 interventi per tumore del rene, in media con quanto rilevato negli ultimi 4 anni. Rispetto all'anno precedente i volumi in Italia risultano in aumento dell'8,2%.

Provincia		2022	2023
Italia		12.481	13.601
Istituto S.S. Trinità'	NO	19	16
Osp. Maggiore Della Carità	NO	72	74
Osp. Degli Infermi	BI	45	40
Osp. San Biagio	VB	12	18
Osp. Sant'Andrea	VC	19	18

Interventi per Carcinoma della Mammella

Nel 2023 si è registrato il 25% in meno di ricoveri per intervento chirurgico tumore alla mammella rispetto all'anno precedente.



* Dato stimato su 9 mesi

Diversamente in Italia i volumi risultano in aumentato (+4%), mentre all'Ospedale Maggiore della Carità si rileva una diminuzione del 15%. In aumento gli altri ospedali del quadrante (+14,6%), tranne il SS Trinità.

	Provincia	2022	2023
Italia		63.986	66.532
Istituto S.S. Trinità'	NO	92	69
Osp. Maggiore Della Carità	NO	300	254
Osp. Degli Infermi	BI	179	197
Osp. San Biagio	VB	142	158
Osp. Sant'Andrea	VC	42	61

La proporzione di interventi conservativi della mammella rispetto al totale degli interventi è pari all'80%, più elevato del dato italiano (68%).

La proporzione di nuovi interventi di resezione entro 90 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella rispetto al totale degli interventi è pari al 9,3%, leggermente più elevato del dato italiano (5,2%) ma la differenza non è statisticamente significativa.

La proporzione di pazienti sottoposte a ricerca linfonodo sentinella durante ricovero per intervento TM mammella rispetto al totale dei ricoveri è pari all'82%, più elevato del dato italiano (71%).

La proporzione di ricostruzione o inserzione di espansore nel ricovero indice per intervento chirurgico demolitivo per tumore invasivo della mammella rispetto al totale degli interventi è pari al 57%, più elevato del dato italiano (53%).

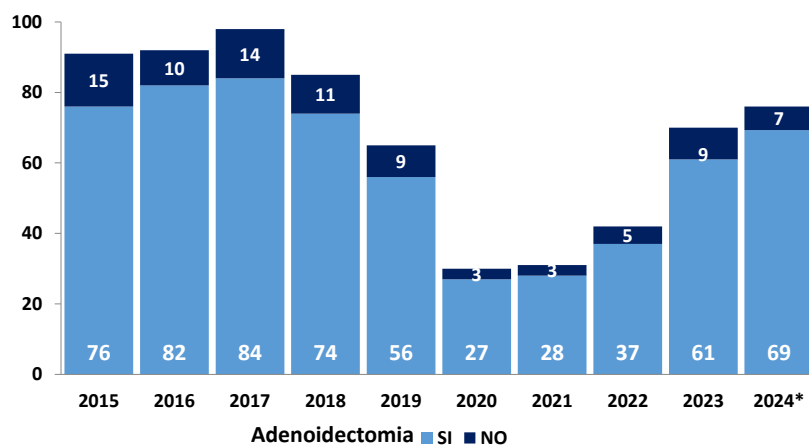
PEDIATRIA

Ricoveri per tonsillectomia in età pediatrica

I volumi di ricovero per intervento sono in costante aumento dal 2020. Il trend in crescita si evidenzia non solo a livello di quadrante ma anche nazionale (+58%).

	Provincia	2022	2023
Italia		10.422	16.514
Istituto S.S. Trinità'	NO	42	70
Osp. Maggiore Della Carità	NO	104	153
Osp. Degli Infermi	BI	28	67
Osp. San Biagio	VB	27	49
Osp. Sant'Andrea	VC	23	40

Oltre l'87% dei ricoveri per tonsillectomia comprende l'adenoidectomia (86% in Italia).



AREA MATERNO INFANTILE

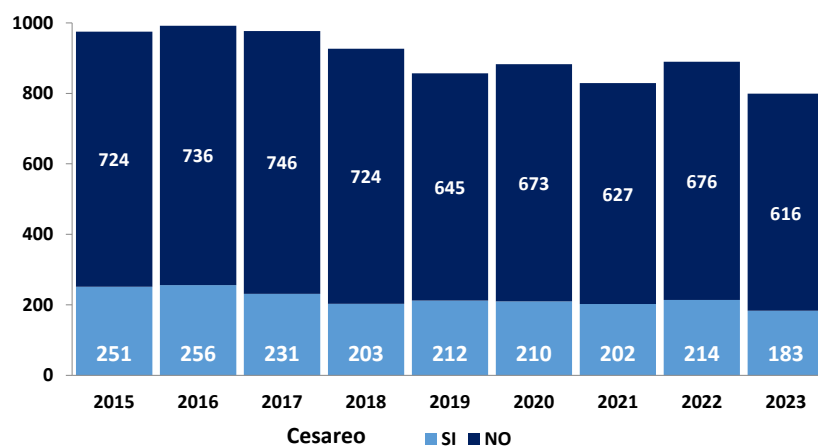
OSTETRICIA

Parti

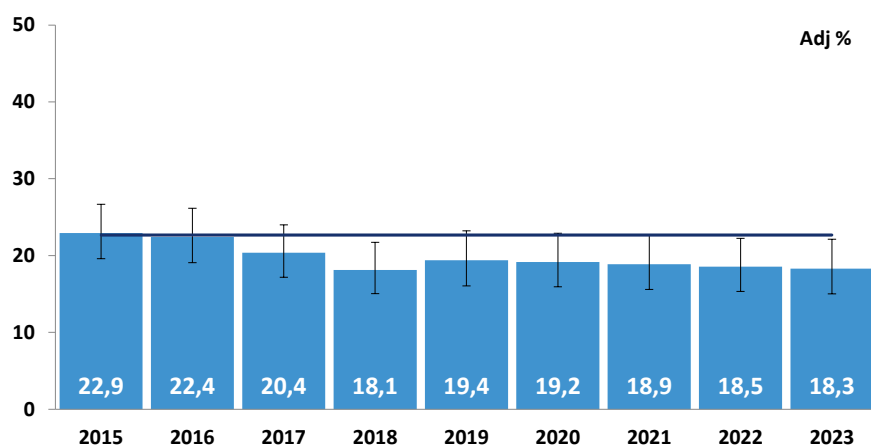
Nell'Istituto SS Trinità nel 2023 sono stati effettuati 799 parti, -10% rispetto al 2022. Il trend è sovrapponibile a quello rilevato negli altri ospedali del quadrante.

	Provincia	2022	2023
Italia		393.499	381.766
Istituto S.S. Trinità	NO	890	799
Osp. Maggiore Della Carità	NO	1.876	1.808
Osp. Degli Infermi	BI	744	818
Osp. Castelli	VB	489	474
Osp. Sant'Andrea	VC	392	386

Nel 23% dei parti è stato effettuato un taglio cesareo (inferiore al dato italiano pari a 32%), con un trend stabile intorno al 23-25%.



La proporzione di parti con taglio cesareo primario risulta pari al 18,3%, sovrapponibile a quanto rilevato negli ultimi 5 anni e inferiore, anche senza una significatività statistica, dal resto d'Italia (23%).



La percentuale di parti con nuovi ricoveri durante il puerperio risulta non significativamente diversa dal resto d'Italia e pari a 0,53 per 1000 abitanti.

Parti vaginali in donne con pregresso taglio cesareo

Nell'Istituto SS Trinità nel 2023 sono stati effettuati 62 parti vaginali in donne con pregresso taglio cesareo, pari al 16% del totale dei parti e superiore al dato italiano (11,6%).

Episiotomie dopo parto naturale

Nell'Istituto SS Trinità nel 2023 sono stati effettuati 521 Episiotomie dopo parto naturale nel 1,81% dei parti e nettamente inferiore al dato italiano (10,5%).

Chirurgia per patologia Maligna

Nel 2023 all'Ospedale di Borgomanero è stato effettuato un solo ricovero per intervento di Cancro dell'ovaio; e due per Cancro dell'utero.

Isterectomia

Nel 2023 le isterectomie eseguite presso il PO di Borgomanero sono state 75 (+24 rispetto all'anno precedente).

	Provincia	2022	2023
Italia		55.542	58.699
Istituto S.S. Trinità	NO	51	75
Osp. Maggiore Della Carità	NO	263	258
Osp. Degli Infermi	BI	140	140
Osp. Castelli	VB	121	117
Osp. Sant'Andrea	VC	51	119

4. I RISULTATI 2024

4.1 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 2024 ai Direttori Generali delle ASR della Regione Piemonte sono stati assegnati gli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai fini del riconoscimento della quota integrativa al trattamento economico, corredati dei necessari criteri di valutazione con DGR n. 7-8279 dell'11/03/2024.

Gli obiettivi assegnati per il 2024 in alcuni casi ripartiti in sub-obiettivi, sono suddivisi in cinque aree articolate come segue:

Obiettivo	Sub-obiettivo
1. Governo di fattori produttivi	1.1 Bilancio 1.2 Appropriately prescrittiva: immunoglobine 1.3 Appropriately prescrittiva: ossigeno 1.4 Appropriately prescrittiva: acquisti diretti 1.5 Allineamento registri AIFA e flussi 1.6 Politiche di gestione delle risorse umane
2. Edilizia Sanitaria	2.1 Attuazione interventi della programmazione regionale e nazionale
3. Sanita' digitale	3.1 Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0
4. Qualità	4.1 Tempi di attesa. Flusso CUP e flusso C 4.2 Tempi di attesa e recupero produzione 4.3 Recupero mobilità passiva 4.4 Monitoraggio e garanzia LEA - Sistema NSG 4.5 Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI 4.6 Donazioni d'organo 4.7 Programma regionale per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente
5. Prevenzione	5.1 Attuazione Piano di recupero delle prestazioni di screening oncologici 5.2 Contrasto all' antimicrobico resistenza
6. Azienda Zero e ASR	6.1 Miglioramento nella gestione e misurazione del Boarding

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 2024 (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 2024 ed è così suddiviso:

ITP I TRIMESTRE: - 14 GIORNI;
ITP II TRIMESTRE: - 12 GIORNI;
ITP III TRIMESTRE: - 8 GIORNI
ITP IV TRIMESTRE: - 6 GIORNI

INDICATORE ANNUALE 2024: -10 GIORNI

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

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

1. GOVERNO DI FATTORI PRODUTTIVI

1.1. BILANCIO

A cura del Direttore s.c. Servizio Economico Finanziario

DESCRIZIONE: Gli Enti del SSR in applicazione alle linee di programmazione sanitaria regionale, nel rispetto delle normative regionali e nazionali vigenti (es. D.Lgs 118/2011 e s.m.i) e delle risorse previste per l'annualità 2024 in continuità con la D.G.R. 20 Giugno 2023, n. 9-7070 e s.m.i, sono tenuti ad assicurare il pareggio di bilancio aziendale sia in sede di adozione dei Bilanci Preventivi economici, sia in itinere nei Conti Economici Trimestrali che, in particolare, in sede di adozione del Bilancio d'esercizio aziendale a consuntivo.

INDICATORE 1.1.1: Pianificazione degli obiettivi di efficientamento aziendale che tenga conto degli obiettivi strategici richiamati nel presente atto e rendicontazione aziendale con cadenza trimestrale (max 3 pagine). Con riferimento alla circolarizzazione dei crediti e monitoraggio degli incassi aziendali riferiti alle annualità 2023 e ante l'Azienda dovrà assicurare, tra l'altro, l'attuazione della procedura regionale dei crediti e dei ricavi (n. prot. 9038/A1400B del 27/10/2023 e s.m.i)

AZIONI: Si rinvia alle note protocollo Prot_35433_24_ASL_NO (Allegato 111a); Prot_52926_24_ASL_NO (Allegato 111b); Prot_71963_24_ASL_NO (Allegato 111c); Prot_5770_25_ASL_NO (Allegato 111d).

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

AZIONI: Si rinvia alla nota protocollo Prot_64087_24_ASL_NO (Allegato 112)

Si ritiene quindi che l'obiettivo sia raggiunto

1. GOVERNO DI FATTORI PRODUTTIVI

1.2. APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA: IMMUNOGLOBULINE

A cura del Direttore s.c. Farmacia Ospedaliera e del Direttore della s.c. Farmacia Territoriale

DESCRIZIONE: Negli ultimi anni l'utilizzo delle Immunoglobuline ha continuato a crescere, comportando progressivamente un potenziale disequilibrio tra disponibilità e domanda

INDICATORE 1.2.1: Definizione e sviluppo di azioni finalizzate a promuovere l'ottimizzazione dell'utilizzo, l'appropriatezza prescrittiva e la sostenibilità economica attraverso l'istituzione di un tavolo di lavoro ASL/AO/AOU coordinato da AZIENDA ZERO

AZIONI: Si rinvia alla nota protocollo 18142/24_ASL_NO (Allegato 121)

INDICATORE 1.2.2: n° grammi per IG 2024 /n° grammi per IG 2023

STANDARD: ≤2023

AZIONI:

- Partecipazione al tavolo di lavoro coordinato da Azienda Zero
- Condivisione e applicazione del documento "Appropriatezza prescrittiva Immunoglobuline" redatto ed inviato da Azienda Zero con i neurologi aziendali maggiori prescrittori
- Costante valutazione da parte della Farmacia Ospedaliera dell'appropriatezza di ogni prescrizione secondo i criteri stabiliti nel documento
- Periodici incontri con i neurologi per il monitoraggio del grado di raggiungimento dell'obiettivo

In attesa della conferma su PADDI (Piattaforma per l'Analisi Dati Decisionali Integrati della Sanità), dalle rilevazioni interne sempre coincidenti con i monitoraggi regionali si ritiene l'obiettivo in linea con lo standard

Si ritiene quindi che l'obiettivo sia raggiunto

1. GOVERNO DI FATTORI PRODUTTIVI

1.3. APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA: OSSIGENO

A cura del Direttore s.c. Farmacia Ospedaliera e del Direttore della s.c. Farmacia Territoriale

DESCRIZIONE: Dall'analisi dei flussi della farmaceutica con riferimento all'OSSIGENO (DD) emerge una rilevante variabilità prescrittiva tra le Aziende Sanitarie Regionali in termini di consumi/spesa. L'obiettivo è volto al monitoraggio delle prescrizioni e delle relative erogazioni, con particolare riferimento all'ossigeno terapia domiciliare

INDICATORE 1.3.1: Definizione e sviluppo di azioni finalizzate a promuovere l'ottimizzazione dell'utilizzo, l'appropriatezza prescrittiva e la sostenibilità economica attraverso l'istituzione di un tavolo di lavoro ASL/AO/AOU coordinato da AZIENDA ZERO

AZIONI: Si rinvia alle nota protocollo 18851/24_AS_L_NO (Allegato 131)

INDICATORE 1.3.2: Quantità acquisti diretti gas medicinali 2024/ Quantità acquisti diretti gas medicinali 2023

STANDARD: ≤2023

AZIONI:

- Partecipazione al tavolo di lavoro coordinato da Azienda Zero
- In recepimento delle indicazioni di Azienda Zero è stato realizzato un documento aziendale "INDICAZIONI PER LA PRESCRIZIONE APPROPRIATA DI OSSIGENOTERAPIA DOMICILIARE (OTD)" che, dopo essere stato approvato dalle CFI aziendale ed interaziendale, è stato diffuso a tutti i prescrittori ed ai MMG
- E' stato effettuato il controllo tra erogato e prescritto con richiesta di emissione di Nota di credito da parte della Ditta aggiudicataria di gara laddove si sia ravvisata una discrepanza
- Per la trasmissione del File F è stato inserito il campo del medico prescrittore, prima assente, con il recupero del pregresso per tutto l'Anno 2024

In attesa della conferma su PADDI (Piattaforma per l'Analisi Dati Decisionali Integrati della Sanità) dalle rilevazioni interne sempre coincidenti con i monitoraggi regionali Il calcolo dell'indicatore effettuato su ASL Novara come azienda prescrittrice risulta al di sotto e comunque in linea con il valore atteso]

Si ritiene quindi che l'obiettivo sia raggiunto

1. GOVERNO DI FATTORI PRODUTTIVI

1.4. APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA: ACQUISTI DIRETTI

A cura del Direttore s.c. Farmacia Ospedaliera e del Direttore della s.c. Farmacia Territoriale

DESCRIZIONE: Tra le classi terapeutiche per le quali il Piemonte registra, sulla base dei dati pubblicati dal rapporto OsMed-AIFA 2022, una spesa pro-capite superiore alla media italiana si registrano le seguenti: IPOLIPEMIZZANTI, IMMUNOSOPPRESSORI ED IMMUNOMODULATORI

INDICATORE 1.4.1: Definizione e sviluppo di azioni finalizzate a promuovere l'ottimizzazione dell'utilizzo, l'appropriatezza prescrittiva e la sostenibilità economica attraverso l'istituzione di un tavolo di lavoro ASL/AO/AOU coordinato da AZIENDA ZERO

AZIONI: Si rinvia alle nota protocollo 18842/24_AS_L_NO (Allegato 141)

INDICATORE 1.4.2: Spesa anno 2024 su spesa anno 2023 per ciascuna categoria terapeutica individuata

STANDARD: ≤2023

1) IPOLIPEMIZZANTI: INIBITORI PCSK-9

AZIONI:

- Partecipazione al tavolo di lavoro coordinato da Azienda Zero
- Condivisione ed applicazione del documento "Appropriatezza prescrittiva ipolipemizzanti" redatto ed inviato da Azienda Zero con i cardiologi aziendali maggiori prescrittori
- Discussione in CFI di ASL NO e AOU Maggiore di Novara con le Cardiologie per inserire una "escalation di terapia" per il paziente cronico
- Costante valutazione da parte della Farmacia Ospedaliera dell'appropriatezza di ogni prescrizione secondo i criteri stabiliti nel documento
- Tramite interrogazione del database sistema TS a cura della FT è stato verificato il rispetto dei criteri di inclusione AIFA relativi alle terapie precedentemente utilizzate per il controllo dell'iperlipidemia e l'aderenza ai trattamenti
- Periodici incontri con i cardiologi per il monitoraggio del grado di raggiungimento dell'obiettivo

Si precisa che nel 2024 tutte le aziende presentano valori di spesa maggiori rispetto al 2023 e che le società

scientifiche, soprattutto a livello cardiologico, già nello svolgimento del tavolo di lavoro di Azienda Zero, avevano ritenuto l'obiettivo non raggiungibile

2) IMMUNOSOPPRESSORI ED IMMUNOMODULATORI

AZIONI:

- Partecipazione al tavolo di lavoro coordinato da Azienda Zero
- Condivisione ed applicazione del documento "Appropriatezza prescrittiva" redatto ed inviato da Azienda Zero con i cardiologi aziendali maggiori prescrittori
- Discussione in CFI di ASL NO e AOU Maggiore di Novara
- Costante valutazione da parte della Farmacia Ospedaliera dell'appropriatezza di ogni prescrizione secondo i criteri stabiliti nel documento
- È stato richiesto di utilizzare i farmaci biologici in seconda linea, preferendo la prescrizione, successivamente ai aDMARD, dei farmaci anti-TNF, che hanno un costo 10 volte inferiore agli inibitori delle interleuchine.
- Particolare attenzione è stata posta nei cambiamenti di terapia sul singolo paziente, ad esempio richiedendo, ove possibile, l'utilizzo di terapia infusionale endovenosa di infliximab rispetto alla somministrazione sottocute a maggior costo

Si ritiene quindi che l'obiettivo sia parzialmente raggiunto

1. GOVERNO DI FATTORI PRODUTTIVI

1.5. ALLINEAMENTO REGISTRI AIFA E FLUSSI

A cura del Direttore s.c. Farmacia Ospedaliera e del Direttore della s.c. Farmacia Territoriale

DESCRIZIONE: Promozione del corretto utilizzo dei Registri di monitoraggio AIFA, dell'appropriatezza prescrittiva, del monitoraggio dei consumi e della relativa spesa nonché il corretto allineamento ai flussi informativi regionali

INDICATORE 1.5.1: Numero di confezioni a Registro AIFA/numero confezioni rilevabili dai flussi (DD e file F)

STANDARD: 100%

AZIONI:

- Sempre elevata attenzione, sia da parte della Farmacia Ospedaliera che della Farmacia Territoriale, per la gestione dell'erogazione dei farmaci innovativi e della dispensazione nel registro di monitoraggio AIFA
- Costante verifica della qualità dei dati inviati nel flusso F da parte della Farmacia Ospedaliera in collaborazione con i Sistemi Informativi aziendali

In attesa della conferma su PADDI (Piattaforma per l'Analisi Dati Decisionali Integrati della Sanità) dalle rilevazioni interne si ritiene l'obiettivo in linea con lo standard

INDICATORE 1.5.2: Numero di confezioni a Registro AIFA/numero confezioni rilevabili dai flussi (DD e CO)

STANDARD: 100%

AZIONI:

- Costante verifica della qualità dei dati inviati nel flusso F da parte della Farmacia Ospedaliera in collaborazione con i Sistemi Informativi aziendali
- Partecipazione al tavolo di lavoro coordinato da Azienda Zero

In attesa della conferma su PADDI (Piattaforma per l'Analisi Dati Decisionali Integrati della Sanità) dalle rilevazioni interne si ritiene l'obiettivo in linea con lo standard

Si ritiene quindi che l'obiettivo sia raggiunto

1. GOVERNO DI FATTORI PRODUTTIVI

1.6. POLITICHE DI GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

A cura del Direttore s.c. Gestione del Personale e Valorizzazione delle Risorse Umane e del Direttore della s.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico

DESCRIZIONE: Nell'ambito delle politiche di gestione delle Risorse Umane è stato avviato un percorso di efficientamento e miglioramento delle azioni reclutative del S.S.R., il quale si affianca ad un percorso di monitoraggio continuo dei trend occupazionali del personale

INDICATORE 1.6.1: Corretta e completa alimentazione del flusso regionale OPESSAN

STANDARD: Verifica della corretta alimentazione della flusso OPESSAN da parte del settore Sistemi Organizzativi e Risorse Umane del SSR, prima rilevazione il 30 giugno 2024

AZIONI:

- Nel corso dell'anno 2024, ma prima ancora nel 2023, sono state attivate analisi e verifiche sulla coerenza delle informazioni presenti in OPESSAN in collaborazione con CSI, alla luce delle indicazioni regionali fornite con nota prot. n. 1996/A1400B del 26/07/2023
- Nel corso del corrente anno si è proceduto ad alimentare correttamente il flusso OPESSAN che alla data del 30/06/2024 riportava correttamente il numero e i nominativi del personale dipendente in servizio. Per l'aggiornamento delle sedi operative si è in ancora attesa dell'attività del CSI richiesta con email in data 27/09/2024 che si allega alla presente

In considerazione della precisazione del CSI in merito alla modalità di valutazione regionale (Allegato 161) l'obiettivo si intende pienamente raggiunto

INDICATORE 1.6.2: Numero di assunzioni a tempo indeterminato, oltre il turnover rispetto alla data del 30 giugno 2023, definito in sede di "Osservatorio per le Risorse Umane in Sanità

STANDARD: Comparto +55; Dirigenza Area Sanità +26=81

AZIONI:

A seguito del reclutamento di personale, si riportano i seguenti dati:

- Personale Comparto Sanitario (ruolo sanitario) +71 unità
in servizio a tempo indeterminato al 30/06/2023: **996**
in servizio a tempo indeterminato al 31/12/2024: **1067**
- Personale Dirigenza area Sanità +22 unità
in servizio a tempo indeterminato e determinato assunto ai sensi del Decreto Calabria al 30/06/2023: **319**
in servizio a tempo indeterminato e determinato assunto ai sensi del Decreto Calabria al 31/12/2024: **341**

Comparto +71; Dirigenza Area Sanità +22=**93**

Alla luce dei dati sopra riportati il sub obiettivo 25.357.198 € si intende pienamente raggiunto

INDICATORE 1.6.3: Formazione ICA e Manageriale: Personale formato sul totale di personale da formare

STANDARD: 100%

AZIONI:

La D.G.R. n. 1 - 6675 del 29.03.2023 ad OGGETTO: "PNRR – Missione 6, Componente C2 – Investimento 2.2 (b) – Sviluppo delle competenze tecniche professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario – Corso di formazione in infezioni ospedaliere

– Approvazione del piano di formazione, dello schema di atto di delega e riparto delle risorse, pari a Euro 5.742.722,11, agli Enti del SSR, quali soggetti attuatori esterni" nell'allegato C definisce il target di riferimento di personale che deve essere formato rispetto al corso di formazione ospedaliere e segnatamente per l'ASL NO definisce il numero di 564 professionisti formati entro il 30.12.2026, di cui 293 entro il 30.03.2025. Nel corso del 2024 è stato definito un ulteriore target intermedio che prevedeva la formazione di almeno 9/12 entro il 31.12.2024, pari, per l'ASL NO, a 220.

Al fine di raggiungere tale target l'ASL NO ha proceduto prevedendo la formazione di tutto il personale target rispetto a al Modulo A, nella prima parte dell'anno. Nel corso dell'ultimo quadrimestre dell'anno ha quindi proceduto alla formazione residenziale erogando i Moduli B e C, secondo le indicazioni regionali.

Il target previsto per il 31.12.2024 è stato raggiunto grazie all'erogazione di 6 edizioni nel 2024, a cui seguiranno nel 2025 altrettante edizioni per completare la formazione dei 564 professionisti attesi.

Gli attestati di formazione sono disponibili sul portale ECM della Regione Piemonte

Si ritiene quindi che l'obiettivo sia raggiunto

2. EDILIZIA SANITARIA

2.1. ATTUAZIONE INTERVENTI DELLA PROGRAMMAZIONE REGIONALE E NAZIONALE

A cura del Direttore s.c. Servizio Tecnico Patrimoniale

DESCRIZIONE: Attuazione di tutte le attività necessarie per la realizzazione degli interventi di edilizia sanitaria previsti negli atti di programmazione regionale e nazionale nel rispetto delle scadenze intermedie (milestone) relative ad ogni singola fase del procedimento attuativo definita nei crono programmi di progetto

INDICATORE 2.1: Provvedimenti idonei a garantire il rispetto delle scadenze previste negli atti di programmazione regionale e nelle normative di riferimento con riferimento a ciascun programma di finanziamento secondo il seguente algoritmo: n. interventi con attività completate nel 2024/n. interventi totali

STANDARD: Attuazione di tutte le attività necessarie per la realizzazione degli interventi di edilizia sanitaria previsti negli atti di programmazione regionale e nazionale nel rispetto delle scadenze intermedie (milestone) relative ad

ogni singola fase del procedimento attuativo definita nei crono programmi di progetto

AZIONI:

Con riferimento alla DGR 25 luglio 2023, n.1-7297 che ha approvato una prima ricognizione degli investimenti in edilizia sanitaria in corso di attuazione e già programmati a livello regionale, riportati nella tabella B allegata al provvedimento, demandando alla Direzione Sanità la verifica e l'aggiornamento continuo dei dati finanziari e dello stato di avanzamento delle attività e per quanto riguarda l'ASL di Novara:

- Interventi di riordino ed adeguamento normativo PO di Borgomanero:
I finanziamenti assegnati si suddividono con fondi Statali per Euro 25.175.000,00 e fondi Regionali per Euro 1.325.000,00. Il tracciamento delle milestone è stato effettuato secondo atti e conseguenti note di trasmissione con cui l'ASL NO ha evidenziato lo stato d'avanzamento delle procedure con i relativi aggiornamenti dei tempi concordati

Si rinvia alle note protocollo 307 del 24/05/2024 (Allegato 21a); 51006 del 07/08/2024 (Allegato 21b); 72278 del 14/11/2024 (Allegato 21c); 82908 del 24/12/2024 (Allegato 21e); e alla Del n. 789 del 23/12/2024 (Allegato 21d).

- Interventi compresi nella DD 376/A1400B/2024:
I finanziamenti assegnati riguardano gli interventi sotto riportati di cui si è provveduto alla rendicontazione con le seguenti note:

- prot. 64528/24 del 11/10/2024

- prot. 72278/24 del 14/11/2024

Per i seguenti interventi si specifica:

- L.145/2018 Adeguamento antincendio II e III triennio PO di Borgomanero: si è trasmesso lo Studio di Fattibilità con PEC 0010105/24 del 22.02.2024;

- L.160/2019 per tale intervento nel corso del 2024 si era precisato che a seguito della presentazione del progetto da parte dei professionisti incaricati del miglioramento sismico dell'attuale polo ospedaliero era emersa la grande invasività dell'intervento stesso e la non opportunità di eseguire contestualmente un intervento di efficientamento energetico (nota prot. 64528 del 11.10.2024). In seguito all'inserimento in Art. 20 degli interventi antisismici (ex PNC) sarà possibile procedere con tempistiche compatibili per i relativi cantieri. Pertanto il DIP potrà essere presentato entro marzo 2025.

Si ritiene che il parziale mancato raggiungimento sia giustificato dalle suddette precisazioni

3. SANITA' DIGITALE

3.1. FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO

A cura del Direttore s.c. Sistema Informativo e Controllo di Gestione

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

INDICATORE 3.1.1: Realizzazione della fase 2 del FSE 2.0 attraverso

- 1) Adeguamento entro il 30 giugno 2024 degli applicativi refertanti per LDO, LIS, RIS, VPS alle specifiche FSE 2.0 adottate sulla base delle prescrizioni di cui alle Linee Guida pubblicate con Decreto del Ministro della Salute del 20 maggio 2022
- 2) Aggiornamento dei restanti applicativi refertanti nel rispetto delle specifiche FSE 2.0 (entro dicembre 2024 o comunque nel rispetto cronoprogramma condiviso con la Regione).
- 3) Conferimento di almeno l'45% dei documenti clinico sanitari 2.0 nel FSE: LDO, VP, LIS, RIS, AP e restanti referti ambulatoriali per esterni (entro marzo 2024 o comunque nel rispetto cronoprogramma condiviso con la Regione).
- 4) Integrazione delle cartelle cliniche degli operatori sanitari con l'applicazione web del FSE (entro aprile 2024 o comunque nel rispetto cronoprogramma condiviso con la Regione).
- 5) Aggiornamento, ove applicabile, delle procedure aziendali finalizzate a efficientare la consultazione del FSE da parte dei medici specialisti aziendali

STANDARD: 100% per tutti gli indicatori

AZIONI:

- 1) Le attività tecniche per l'aggiornamento alle specifiche FSE 2.0 degli applicativi refertanti per LDO, RIS e VPS sono state eseguite e concluse nel corso del secondo semestre del 2023 nel rispetto del cronoprogramma condiviso con la Regione ed in coordinamento con il settore Regionale. Per l'aggiornamento dell'applicativo LIS

sono in corso le attività tecniche congiunte di predisposizione degli ambienti applicativi con tutte le ASR di quadrante. E' stato richiesto alla RTI Leonardo –Dedalus durante gli incontri di avanzamento la possibilità di anticipare l'entrata in produzione nel nuovo sistema LIS per l'ASL NO. Al 31 dicembre 2024 gli applicativi aziendali refertanti per LDO, RIS e VPS risultavano aggiornati alle Specifiche FSE 2.0 nel rispetto del cronoprogramma condiviso con la Regione ed in coordinamento con il settore Regionale. Per quanto riguarda l'entrata in produzione del nuovo applicativo LIS Certificato della società DEDALUS, con mail del 24/04/2024 (Allegato 311a) era stato confermato il cronoprogramma di avvio che prevedeva la partenza per ASL NO il 05 novembre 2024 nota prot. 40779/DG del 21/06/2024 (Allegato 311c). La RTI ha comunicato in data 18/10/2024 ha comunicato un nuovo cronoprogramma che prevede un cambio dell'ordine degli avvii. L'ASL Novara ha preso il posto dell'ASL di Biella e sarebbe dovuta partire come prima azienda il 3 dicembre 2024 con uno slittamento di un mese rispetto al precedente cronoprogramma come comunicato alla Direzione sanità Nota prot 66272/24 del 18/10/2024 (Allegato 311d). Con Nota Prot. 77040/24 del 04/12/2024 (Allegato 311h) a seguito della comunicazione (Prot. N.76902/2024) della RTI Leonardo-Dedalus dell'impossibilità a garantire la partenza il 3 dicembre, l'ASL NO evidenziava alla Direzione Sanità il posticipo dell'avvio al 21/01/2025. Si conferma l'avvenuta messa in produzione del nuovo gestionale di laboratorio di quadrante a partire dal 21/01/2025. Si ritiene quindi che l'indicatore sia raggiunto.

- 2) L'aggiornamento dei restanti applicativi refertanti nel rispetto delle specifiche FSE 2.0 si è concentrata sugli applicativi che sono utilizzati in azienda per la refertazione delle attività di specialistica ambulatoriale (RSA) ed adeguamento del repository Clinico (RCD). In particolare:
 - Applicativo Intersystems TrakCare Flusso ambulatoriale aggiornato dal 2023
 - Repository Intersystems aggiornamento alle specifiche FSE2.0 effettuato nel 2023
 - Applicativo Gepadial Gestionale Cooperativa LATRACCIA Nefrologia Dialisi aggiornato nel 2023
 - Applicativo Metaclinic METEDA Diabetologia Endocrinologia aggiornato nel 2023
 - Applicativo OK-DH Dedalus SPA Oncologia ha superato l'iter di accreditamento al ministero nel corso del primo trimestre 2024. Con Delibera a contrarre N. 253 del 14/04/2024 è stata affidata l'attività di adeguamento alla società Dedalus. Il sistema è stato aggiornato ed è in produzione dal 01/07/2024.
 - Applicativo ENDOBASE della società OLYMPUS - gestionale di Endoscopia. L'adeguamento di ENDOBASE è previsto come specifica di capitolato trattandosi di nuovo affidamento a seguito di gara aggiudicata nel ultimo trimestre 2023. La certificazione dell'applicativo è avvenuta solo nel corso del primo trimestre 2024. Il fornitore durante le attività di adeguamento iniziate a valle della certificazione ha riscontrato alcune difficoltà tecniche che sono state risolte nel corso del mese di settembre 2024. L'applicativo Endobase risulta adeguato a far data del 18/09/2024 alle specifiche FSE come comunicato alla Direzione sanità con Nota Prot. 059253/24 del 20/09/2024 (Allegato 311g). Si ritiene quindi che l'indicatore sia raggiunto.
- 3) Gli aggiornamenti applicativi di cui ai precedenti sub-obiettivi permettono di conferire da applicativi certificati i documenti clinico sanitari in FSE 2.0 e le azioni di monitoraggio continue sul processo di firma digitale dei medici nonché il rilascio dei certificati di firma al personale medico ha consentito di raggiungere le percentuali (almeno il 45%) indicate entro marzo 2024 (cfr. Piattaforma PADDI):
 - IA1.1_Indicatore Lettere Dimissione Ospedaliera Conferite da applicativo certificato: 100%
 - IA1.2_Indicatore Verbali di Pronto Soccorso Conferiti: 100%
 - IA1.3_Indicatore Referti di Laboratorio Conferiti: 100%
 - IA1.4_Indicatore Referti di Radiologia Conferiti: 100%
 - IA1.5_Indicatore Referti Specialistica Ambulatoriale Conferiti: 87%
 - IA1.6_Indicatore Referti Anatomia Patologica Conferiti: l'indicatore non si applica in quanto le specifiche nazionali CDA2 sono in corso di attuazione e prevedono un adeguamento entro aprile 2025 Nota Prot. 64256/24 del 11/10/2024 alla Direzione Sanità (Allegato 311f)

Si ritiene quindi che l'indicatore sia raggiunto.

- 4) Con nota protocollo N. 28747/DG del 03/05/2024 (Allegato 311b) è stato trasmesso il cronoprogramma proposto dal fornitore Dedanext che consentirà a tutti gli operatori dei reparti di degenza e ambulatori di accedere al FSE del paziente, secondo i protocolli indicati da Regione. La società Dedanext, analizzate le specifiche regionali, ha inserito tale attività all'interno del cronoprogramma del progetto PNRR di aggiornamento del Sistema Ospedaliero TraKCare alla nuova versione MEUI Edition che prevede il completamento entro giugno 2025

Si ritiene quindi che l'indicatore sia raggiunto perché in itinere secondo il cronoprogramma condiviso con Regione

- 5) In accordo alle indicazioni regionali per l'attuazione del seguente indicatore, con nota protocollo N. 76493/24 del 02/12/2024 (Allegato 311i), è stato trasmesso un piano aziendale volto a promuovere l'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico per i pazienti fragili/cronici al fine di efficientare la presa in carico dei percorsi assistenziali di cura.

Si ritiene quindi che l'indicatore sia raggiunto.

INDICATORE 3.1.2:

- 1) Piena operatività del nuovo nomenclatore di specialistica ambulatoriale dal 1 aprile 2024, o successiva data autorizzata dalla Direzione sanità al fine di tenere conto di eventuali successivi atti del Ministero della salute, attraverso a titolo esemplificativo e non esaustivo:
- 2) Aggiornamento dei sistemi CUP, e dei sistemi di accettazione, refertazione e rendicontazione.
- 3) Aggiornamento delle cartelle cliniche prescrittive

STANDARD: 100% per tutti gli indicatori

AZIONI:

- 1) L'ASL NO ha applicato le disposizioni attuative e modalità organizzative per l'introduzione del nuovo Nomenclatore Nazionale delle Prestazioni Ambulatoriali (entrata in vigore: 30/12/2024) in accordo alle indicazioni del settore regionale. Le azioni di dettaglio sono riportate nei sub obiettivi 3.1.2.2 e 3.1.2.3 di seguito descritti
- 2) Si conferma che le attività tecniche per l'aggiornamento dei sistemi CUP (Agende), accettazione, prescrizione/refertazione e rendicontazione verticali aziendali sono state eseguite a partire dal mese di novembre 2024 sulla base dell'entrata in vigore del nuovo nomenclatore. I fornitori dei verticali aziendali hanno eseguito, concluso e assicurato il supporto alle attività tecniche di aggiornamento al nuovo catalogo entro la data prevista per l'avvio del 30/12/2024 sulla base delle indicazioni definite dal gruppo di lavoro aziendale. Per procedere all'aggiornamento delle Agende di prenotazione del CUP al fine di ricondurre alle nuove codifiche le attività già in essere presso le Strutture Ambulatoriali (ospedaliere e territoriali) sono stati coinvolti i Direttori/Responsabili delle strutture erogatrici per le opportune valutazioni delle prestazioni ambulatoriali previste dal nuovo catalogo e per concordare le soluzioni da mettere in atto (eventuali riconduzioni) in caso di prestazioni chiuse nel nuovo catalogo. Tutte le strutture erogatrici aziendali le cui agende di prenotazione erano presenti sul sistema CUP sono state supportate nell'effettuazione delle riconduzioni e garantire che entro la data dell'avvio (30/12/2024) tutte le prestazioni risultassero inserite. Inoltre, sono stati coinvolti gli MMG/PLS per procedere all'aggiornamento delle proprie cartelle cliniche di studio al nuovo nomenclatore. Al fine di coordinare le attività informative/formative, l'aggiornamento delle applicazioni e configurazioni aziendali ed al monitoraggio di eventuali criticità è stato istituito con nota prot 82699/DG/24 del 23/12/2024 – (Allegato 312a) un gruppo di lavoro aziendale per l'avvio del nuovo nomenclatore. Con Nota Prot. 82903/DG del 24/12/2024 (Allegato 312b) è stata diffusa la DD Regionale N. 868 dell'11/12/2024 e relativi allegati in merito all'entrata in vigore del nuovo catalogo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale nonché tutte le azioni aziendali già intraprese per l'adozione del medesimo. Inoltre, è stata predisposta una pagina dedicata sul sito internet Aziendale e avviata una campagna di comunicati stampa, con l'obiettivo di fornire all'utenza le informazioni relative all'entrata in vigore del nuovo nomenclatore
- 3) Si conferma che le attività tecniche per l'aggiornamento dei sistemi aziendali prescrittivi alle nuove specifiche Dema sono state eseguite correttamente dai fornitori a partire dal mese di novembre 2024 tra le azioni svolte e già rendicontate nel sub obiettivo sopra riportato al quale si rimanda

Si ritiene quindi che l'indicatore sia raggiunto.

INDICATORE 3.1.3: Attuazione delle azioni approvate nel piano delle attività 2024, nel rispetto della programmazione economico-finanziaria definita dai provvedimenti di giunta regionale. Piena operatività dell'infrastruttura COT entro il 10 marzo 2024, o parere favorevole dell'UMPNRR nazionale

AZIONI: Di competenza Azienda ZERO

Si ritiene quindi che l'indicatore sia raggiunto.

4. QUALITA'

4.1. TEMPI DI ATTESA. FLUSSO CUP E FLUSSO C

A cura del Direttore 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 4.1: Prestazioni erogate Flusso C / Prestazioni prenotate CUP

STANDARD: N° Prestazioni erogate (Flusso C) nel 2024 ≤ N° Prestazioni prenotate a CUP nel 2024

AZIONI: 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, come previsto dall'Allegato A della DGR 48-4605 del 28/01/2022. 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 2024 ≤ N° Prestazioni prenotate a CUP nel 2024" 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 reinvio del paziente al curante che comporterebbe differimento dell'erogazione

Si ritiene quindi che l'obiettivo sia raggiunto.

4. QUALITA'

4.2. TEMPI DI ATTESA E RECUPERO PRODUZIONE

A cura del Direttore della s.c. Direzione Medica Presidio Ospedaliero e del Direttore della s.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico

DESCRIZIONE: Il presente obiettivo concerne il miglioramento della erogazione adeguata delle attività secondo il principio dell'appropriatezza nelle sue diverse articolazioni

INDICATORE 4.2.1: Numero ricoveri/DRG per classi 1,2,3 erogati nell'anno 2024 > Numero ricoveri/DRG per classi 1,2,3 erogati nell'anno 2019

STANDARD: Superamento della produzione anno 2024 vs 2019 per almeno nel 90% di ognuno dei singoli ricoveri DGR e comunque produzione totale maggiore del 100 %.

AZIONI

Per tutta la durata dell'anno 2024 sono proseguite in modo costante le riunioni organizzative settimanali del Gruppo Aziendale Sale Operatorie. L'incontro congiunto tra anestesista referente del Blocco, Coordinatore, chirurghi e RUA ha consentito di ottimizzare l'utilizzo degli spazi operatori disponibili. Nel 2024 si è completata l'attuazione di un progetto di ottimizzazione e governo del

processo produttivo di sala operatoria, mediante lo sviluppo del percorso del paziente chirurgico, integrato tra le diverse strutture ospedaliere coinvolte, e l'adozione di soluzioni infrastrutturali e tecnologiche/informatiche di misurazione e monitoraggio, in modo da migliorare la qualità e la sicurezza delle cure erogate in Ospedale, anche in un'ottica di gestione del rischio, secondo quanto previsto dalle "Linee di indirizzo per il percorso chirurgico nella Regione Piemonte" (novembre 2023), applicando una soluzione automatica nel P.O. di Borgomanero per il monitoraggio della posizione e dei tempi di accesso ai diversi spazi del blocco operatorio e la rilevazione dello stato di occupazione delle sale per il supporto all'operatività e l'analisi delle performance. In particolare è stata resa operativa l'integrazione informatica per la rilevazione del processo produttivo di sala operatoria (rilevamento automatico della posizione e delle tempistiche di accesso) indispensabile per costruire gli indicatori utili per il monitoraggio dei processi. Come da indicazione regionale sono stati svolti gli audit periodici per la valutazione congiunta di strategie, criticità e obiettivi. In particolare sono stati presi in considerazione:

- i volumi di attività, sia complessivi, sia suddivisi per mese
- la disponibilità di personale medico dedicato
- le prestazioni aggiuntive effettuate e programmate

Dal mese di luglio è stata riattivata l'esecuzione di ERCP per la quale fino a Dicembre 2024 è stata utilizzata una sala all'interno del Blocco Operatori; dal mese di Febbraio 2025 a seguito dell'adeguamento strutturale della sala

angiografica l'attività è stata ivi spostata come da programma. Durante tutto l'anno, con l'esclusione dei mesi estivi, sono stati organizzate ed effettuate sedute operatorie aggiuntive sia mediante prolungamenti infrasettimanali dell'orario di sala operatoria sia con specifiche sedute nella giornata di sabato per il recupero liste d'attesa, finanziati con il fondo Balduzzi. I dati sugli interventi, suddivisi per classe di complessità e di priorità, ci portano nell'anno 2024 al **96% dell'attività complessiva del 2019**. In particolare per le classi 1 e 3 il numero di interventi è stato superiore nel 2024 rispetto al 2019 (Classe 1: 16%; Classe 2: 1%); per la classe 2 il dato è invece inferiore del 10%: questa classe comprende soprattutto interventi minori di chirurgia che sono stati in parte spostati ad attività ambulatoriale complessa, infatti sono stati effettuati 233 interventi ambulatoriali in più rispetto al 2019 (+50 Chirurgia, +133 Ortopedia, +50 Urologia). Comunque la produzione di ricovero del Dipartimento Chirurgico nel 2024 si è attestata su di un valore di euro 15.133.032 superiore a quella del 2019 euro 14.322.761. La valutazione su singolo DRG è interessata anch'essa dall'aumento dell'attività ambulatoriale complessa soprattutto per chirurgia e ortopedia, che è stata sviluppata per migliorare l'efficienza del Blocco Operatorio e ridurre le liste d'attesa.

INDICATORE 4.2.2: Numero prestazioni PNGLA erogate nell'anno 2024 > Numero prestazioni PNGLA erogate nell'anno 2019

STANDARD: Superamento produzione anno 2024 vs 2019 per almeno nel 90% di ognuna delle singole prestazioni PNGLA e comunque produzione totale maggiore del 100 %.

AZIONI:

Nel 2024 la produzione delle prestazioni ambulatoriali complessiva (27.319.088 €) superiore a quella del 2019 (25.371.732 €) e quella del 2023 (25.357.198 €) mentre le prestazioni ambulatoriali PNGLA erogate è stata del 94.9% rispetto al 2019. Il dato è in miglioramento rispetto all'anno precedente (nel corso del 2023 era stato erogato l'86,6% delle prestazioni ambulatoriali del 2019). Anche l'andamento del dato infrannuale ha avuto un trend in miglioramento (nei primi 5 mesi del 2024 era stato erogato l'85% delle prestazioni erogate nell'analogo periodo 2019), segno che le azioni implementate hanno ottenuto risultati positivi, sebbene non ancora in linea con l'atteso. Per 32 prestazioni (56,1% del totale delle prestazioni monitorate) la produzione 2024 è aumentata rispetto al 2019, per un totale di 60.935 prestazioni nel 2024, quindi con un incremento del 34% rispetto alle 45.194 erogate nel 2019. Analizzando le prestazioni delle singole Strutture aziendali emerge che la maggior parte di queste ha raggiunto o di molto superato le performance del 2019, mentre le produzioni basse di gastroenterologia ed endoscopia digestiva, urologia, chirurgia vascolare e diagnostica ecografica (principalmente a causa dei noti problemi di organico) abbassano il valore dell'indicatore.

Nel dettaglio:

- Per la prestazione 89.7 (prima visita urologica), rispetto al 2019, non è più presente lo Specialista ambulatoriale (tempo pieno), ma solo uno Specialista Convenzionato per 2 giorni alla settimana. Anche la S.C. Urologia soffre di carenza di personale non reperito nonostante l'espletamento delle procedure di concorso.
- Le prestazioni di visita gastroenterologica e di endoscopia digestiva (colonscopie, EGDS, ecc) si sono fortemente ridotte in quanto nel 2024 la SSD Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva ha potuto contare solo su 2 medici (rispetto ai 5 del 2019), nonostante siano stati effettuati concorsi per l'assunzione a tempo indeterminato di altri medici.
- Per la Radiodiagnostica, mentre per le TC e RM il dato è decisamente positivo, permane la criticità sulle indagini ecografiche (si segnala comunque un trend in miglioramento nei confronti con gli anni precedenti e, in generale, del trend annuale per il 2024), anche in questo caso dovuti alla carenza di Personale.
- Le prestazioni di diagnostica vascolare (ECD dei TSA e degli arti) hanno subito una diminuzione a causa delle dimissioni di uno Specialista Dipendente che era totalmente dedicato all'Angiologia e relativa diagnostica (aprile 2024). Dal settembre 2024 è stata stipulata convenzione con gli Specialisti dell'AOU Maggiore per l'erogazione di tali prestazioni presso strutture territoriali dell'ASL NO.

Inoltre nel corso del 2024 si sono dimessi 2 Specialisti Ambulatoriali Convenzionati a 38 ore ed 1 a tempo parziale; nonostante la pubblicazione di queste ore non si sono reperite le sostituzioni e questo ha determinato una riduzione, specie nella seconda metà del 2024, del numero di prestazioni 95.02 (prima visita oculistica) erogate.

Si rileva inoltre che:

per la prestazione 89.7 della branca 14 (prima visita chirurgica vascolare) si segnala che l'ASL NO non dispone di questa Disciplina, e che verosimilmente le prestazioni conteggiate nel 2019 sono riferite a questa branca per presenza nel catalogo della regione Piemonte della visita angiologica nella branca. Nel 2024 (da settembre) è stata stipulata convenzione con gli Specialisti dell'AOU Maggiore per l'erogazione di tali prestazioni presso strutture territoriali dell'ASL NO. Per la prestazione 88.95.1 (risonanza magnetica dell'addome inferiore e scavo pelvico) il numero di prestazioni erogate (7 nel 2019 e 4 nel 2024) rende la casistica sostanzialmente trascurabile, mentre si fa notare che per la medesima prestazione con m.d.c. si è passati dal 82 a 245 prestazioni. Per le prestazioni 88.78 (ecografia ostetrica) ed 88.78.2 (ecografia ginecologica) la produzione del 2019 non è confrontabile con quella del

2024 in quanto, mentre per l'anno 2019 le prestazioni considerate comprendono anche quelle erogate dai consultori, a seguito delle modifiche introdotte dalla Regione Piemonte (istituzione del catalogo delle prestazioni consultoriali), per il 2024 suddette prestazioni non sono valorizzate nel flusso C. La prestazione 89.52 (ECG) è erogato ad accesso diretto e pertanto la mancata produzione non è imputabile ad inefficienza e/o a riduzione dell'offerta da parte dell'Azienda. Inoltre l'introduzione delle codifiche di visita cardiologica e visita cardiologica di controllo con ECG, dove il codice ministeriale inviato nei flussi corrisponde a quello della sola prestazione primaria (visita o controllo) esclude la valorizzazione della corretta codifica dell'ECG comunque effettuato. Nel 2024 si è registrato un significativo aumento delle attività di urgenza, con accessi DEA considerevolmente incrementati e conseguente aumento delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate in tale setting e registrate nel flusso C2. Va infine ricordato che l'attenzione a garantire la presa in carico dei pazienti a seguito dei primi accessi comporta un progressivo incremento di prestazioni successive (controlli e follow-up) in particolare a favore di pazienti fragili affetti da patologie croniche, gravi e/o di ampia diffusione, attività che, seppure non PNGLA, richiedono impegno di ore lavoro degli specialisti delle varie discipline, che non possono essere dedicate alle prime visite.

Si ritiene quindi che l'obiettivo a fronte di oggettive difficoltà sia stato perseguito e si sia raggiunto un valore molto prossimo al target

4. QUALITA'

4.3. RECUPERO MOBILITA' PASSIVA

A cura del Direttore della s.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico

DESCRIZIONE: Il presente obiettivo ha lo scopo di predisporre un'analisi dei principali DRG oggetto di fuga dei residenti in Regione Piemonte con contestuale riduzione per quantità offrendo la possibilità di usufruire delle prestazioni sul territorio

INDICATORE 4.3: Riduzione della mobilità passiva extra-regione per area, previa adozione dei piani come da comunicazione "Analisi e Miglioramento dei processi della mobilità sanitaria" relativamente ai primi 15 DRG a maggior incidenza di fuga per quantità (periodo di riferimento anno 2022)

STANDARD: Riduzione almeno del 30% del numero prestazioni dei primi 15 DRG a maggior incidenza di fuga

AZIONI: L'ASL di Novara ha partecipato all'analisi di miglioramento della mobilità sanitaria interregionale per i ricoveri per l'Area Piemonte Nord Est in collaborazione con l'ASL Vercelli. Si rinvia alla nota protocollo allegata (4.3)

In attesa dei dati consolidati di mobilità si ritiene quindi che l'obiettivo sia stato perseguito secondo le indicazioni regionali.

4. QUALITA'

4.4. MONITORAGGIO E GARANZIA LEA – SISTEMA NSG

A cura del Direttore della s.s.d. Servizio Epidemiologia

DESCRIZIONE: Il presente obiettivo ha lo scopo di sviluppare a livello regionale un sistema di valutazione in coerenza con il Sistema di verifica degli adempimenti LEA, di competenza del Comitato LEA nazionale

INDICATORE 4.4.1: Indicatori NSG Area Distrettuale

AZIONI: Gli indicatori dell'Area Distrettuale dell'ASL di Novara raggiungono tutti il target previsto dalla Regione Piemonte. Si rinvia alla tabella e alla relazione sui singoli indicatori (Allegato 4.4a e Allegato 4.4b)

INDICATORE 4.4.2: Indicatori NSG Area Ospedaliera

AZIONI: Gli indicatori dell'Area Ospedaliera dell'ASL di Novara raggiungono tutti il target previsto dalla Regione Piemonte tranne l'indicatore H17C che è di poco sopra lo standard ma è in miglioramento rispetto al 2023. Si rinvia alla tabella e alla relazione sui singoli indicatori (Allegato 4.4a e Allegato 4.4b)

INDICATORE 4.4.3: Indicatori NSG Area Prevenzione

AZIONI: Gli indicatori dell'Area Prevenzione dell'ASL di Novara raggiungono tutti il target previsto dalla Regione Piemonte. Si rinvia alla tabella e alla relazione sui singoli indicatori (Allegato 4.4a e Allegato 4.4b)

AZIONI: Si rinvia alla tabella allegata (4.4)

Per la valutazione dell'obiettivo, in gran parte raggiunto nei tre livelli assistenziali, si rimanda alla documentazione allegata.

4. QUALITA'

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

A cura del Direttore della s.c. Cardiologia

DESCRIZIONE: 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 4.5: Numero di episodi di STEMI in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro novanta minuti/Numero di episodi di STEMI

STANDARD: ≥60%

AZIONI: 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 Maggiore della Carità di Novara – in caso di indisponibilità ad accogliere il paziente da parte dell'AOU - da altra struttura dell'Area Omogenea dotata di emodinamica. I risultati delle analisi relativi all'anno 2024, 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 63,8%. Pertanto in linea con il target richiesto

Si ritiene quindi che l'obiettivo sia raggiunto.

4. QUALITA'

4.6. 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 2024 a incrementare il procurement di organi e di cornee

INDICATORE 4.6.1: 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

STANDARD: 20-% - 40%

AZIONI: Mantenimento di alto livello di sensibilizzazione e formazione del personale medico e infermieristico della rianimazione riguardo il monitoraggio e il trattamento dei pazienti con lesione cerebrale compatibile con evoluzione verso la morte encefalica

BDI: 67% (6 osservazioni di ME / 9 diagnosi compatibili)

INDICATORE 4.6.2: 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 nel SIT

STANDARD: ≤33%

AZIONI:

Nel 2024 presso la Rianimazione di Borgomanero ci sono state 6 osservazioni di Morte Encefalica, una di queste ha dato esito a donazione, ma è stata rimossa dal conteggio perché il consenso era stato espresso in vita. In 3 casi su 6, quindi, vi è stata opposizione alla donazione di organi. Durante tutti i colloqui è stata illustrata l'importanza della donazione che consente la sopravvivenza di pazienti affetti da patologie gravi degli organi vitali e, come di norma, sono stati effettuati dal Coordinatore Ospedaliero delle Donazioni di Organi e Tessuti o dal Responsabile della Rianimazione e facente parte del GdC, unitamente alla IEP.

In considerazione che nulla è cambiato nelle nostre procedure e nonostante queste evidenti limitazioni statistiche tutti gli anni precedenti siamo rientrati nel cut-off regionale riteniamo che il risultato 2024 sia dovuto ad una normale fluttuazione statistica per un indice che comunque risulta troppo stretto per gli ospedali con poca casistica

INDICATORE 4.6.3: Donatori di Cornee

n° donatori di cornea n° donatori di cornea nel 2024/ totale decessi ospedalieri del 2023 fra i 5 e i 78 anni compresi

STANDARD: ≥12

AZIONI:

Donatori di cornee: 17

Si ritiene quindi che l'obiettivo sia quanto meno parzialmente raggiunto stante le considerazioni espresse.

4. QUALITA'

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

A cura del Direttore della s.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico

DESCRIZIONE: Il presente obiettivo ha come finalità lo sviluppo del PRRC relativamente agli obiettivi 2024 di competenza aziendale. In questo ambito il punteggio è assegnato alle ASL/AO/AOU che hanno realizzato almeno il 90% degli obiettivi relativi all'annualità 2024 secondo gli indicatori/standard definiti dal PRRC.

L'obiettivo mira altresì ad una raccolta sistematica dei dati relativi alle denunce di sinistri/E.S. attraverso una puntuale e completa alimentazione del flusso SIMES al fine di favorire la conoscenza della dimensione del rischio e consentire la predisposizione di un piano di interventi a medio/lungo termine idoneo a ridurre i danni conseguenti ad errori umani e di sistema

INDICATORE 4.6.1: Numero azioni di competenza aziendale previste dal PRRC per l'anno 2024 implementate in SIMES

STANDARD: azioni implementate > 90%

AZIONI: Con propria nota prot. 16310 del 28/06/2024 ad oggetto "DGR n. 7-8279/2024/XI del 11.03.2024. Obiettivo 4.7 Programma regionale per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente" la Regione ha dettagliato alle ASR le azioni del PRRC da effettuare nel 2024 e le modalità di rendicontazione delle stesse. Facendo seguito a tale nota, l'ASL NO ha proceduto alla realizzazione di tutte le azioni richieste, come rendicontato nella specifica relazione inviata ai competenti settori regionali con propria nota prot. 6449/25 del 31.01.2025

INDICATORE 4.6.2: Corretto adempimento al debito informativo relativo al flusso SIMES

STANDARD: soddisfatti tutti gli indicatori del flusso

AZIONI:

Come descritto nel relativo paragrafo della relazione succitata, l'ASL NO ha provveduto ad adempiere al debito informativo relativo al flusso SIMES sia per quanto riguarda gli eventi sentinella che per quanto riguarda i contenziosi

Si ritiene quindi che l'obiettivo sia raggiunto

5. QUALITA'

5.1. ATTUAZIONE PIANO DI RECUPERO DELLE PRESTAZIONI DI SCREENING ONCOLOGICI

A cura del Responsabile della s.s.d. Unità Valutazione Organizzazione Screening

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

- Donne di età 50-69 anni per lo screening mammografico (due anni)
- Donne di età 25-64 anni (30-64 per HPV) per lo screening cervico- vaginale (tre anni per le donne con Pap-test negativo e 5 anni per donne con test HPV negativo)
- Uomini e donne di età 50-74 anni per lo screening coloretale (due anni)

Il primo indicatore per ciascuno dei tre screening oncologici (tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto) riguarda la copertura da inviti, e il secondo la copertura da esami

INDICATORE 5.1:

1. COPERTURE INVITI: N° persone invitate + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale
2. COPERTURA ESAMI: N° persone sottoposte al test di screening, incluse le adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale

STANDARD: Allegato 51

AZIONI:

Programma mammografico: In accordo con la Direzione Aziendale, la Direzione della SC di Radiodiagnostica dell'ASL NO, in continuità con l'anno precedente sono state attivate ulteriori agende di Mx sull'ospedale di Borgomanero ad integrazione di quelle esistenti per un totale di 6 ore settimanali corrispondenti a circa 36 spazi appuntamento (suddivise in 2 ore nelle giornate di: martedì, mercoledì e giovedì). 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.

Programma Citologico: Nell'anno di riferimento è da evidenziare, che la popolazione bersaglio risulta essere il doppio rispetto all'anno precedente (30.661 vs 15353 donne). L'incremento significativo della popolazione bersaglio nel 2024 rispetto al 2023 è dovuto al fatto che, nel 2021, un elevato numero di donne non aderenti è stato invitato a partecipare alla ripresa delle attività di screening post pandemia. Questo fenomeno si ripeterà ogni triennio, rendendo necessaria l'adozione di soluzioni a livello centrale. Ai fini del raggiungimento dei risultati, anche per il programma citologico sono state messe a punto alcune azioni di potenziamento che hanno coinvolto la maggior parte delle sedi consultoriali dell'ASL NO, nel corso del 2024, sono state effettuate 108 ore di prestazioni aggiuntive da parte del personale ostetrico equivalenti a circa 740 spazi appuntamento in più, si sottolinea che la SSD Consultori dell'ASLNO ha erogato nel corso dell'anno 1347 esami citologici in più rispetto all'anno precedente.

Programma colon-retto: In considerazione della esiguità delle risorse disponibili (due medici endoscopisti 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 assuntive, disponibilità di fondi per recupero di risorse aggiuntive, ecc. Tuttavia nessuna di queste ha consentito di aumentare il numero di ore settimanali da dedicare allo screening

Relativamente agli inviti l'obiettivo è stato raggiunto sia per lo screening mammografico (97,8%) che per il Citologico (106%), mentre per lo screening del colon-retto gli inviti si sono fermati al 47% commisurato alla capacità produttiva come riportato nell'allegato 5.1.

Relativamente agli esami effettuati la copertura si è assesta ai seguenti valori:

Mammografico (56,5%);

Citologico (28%) questa percentuale è influenzata dal raddoppio degli inviti effettuati nel 2024 rispetto al 2023 come da programmazione regionale;

Colon-retto (21,9%) stante le motivazioni già espresse

5. PREVENZIONE

5.2. CONTRASTO ALL'ANTIBIOTICO RESISTENZA

A cura del Direttore s.c. Farmacia Ospedaliera e del Direttore della s.c. Farmacia Territoriale

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

INDICATORE 5.2.1: Consumo (DDD/100 giornate di degenza) di carbapenemi in ambito ospedaliero

STANDARD: Riduzione del consumo (DDD/100 giornate di degenza) di carbapenemi (Fonte ESAC) $\geq 4\%$ in ambito ospedaliero nel 2024 rispetto al 2022

AZIONI:

- L'attenzione alla tematica è elevata e la definizione degli interventi ed il monitoraggio sono stati condivisi in ambito del CICA. Operativamente è stato coinvolto il GLAS aziendale.
- In particolare si è proceduto nuovamente a trasmettere a tutti i prescrittori il Manuale di terapia empirica.
- Sulla base delle indicazioni contenute nel manuale di terapia empirica si è provveduto all'aggiornamento della "Richiesta motivata" per questa classe di farmaci, inserendo che possono essere richiedibili su TERAPIA EMPIRICA SOLO per pazienti con instabilità emodinamica o grave insufficienza respiratoria (ad es. shock settico, polmonite grave).

Possibili cause ostacolanti:

- Assenza della figura dell'infettivologo nella nostra Azienda.
- Aumento del numero di pazienti che hanno richiesto il trattamento con tale classe

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

STANDARD: Riduzione del consumo (DDD/100 giornate di degenza) di fluorochinoloni (Fonte ESAC) $\geq 4\%$ in ambito ospedaliero nel 2024 rispetto al 2022

AZIONI:

- L'attenzione alla tematica è elevata e la definizione degli interventi ed il monitoraggio sono stati condivisi in ambito del CICA. Operativamente è stato coinvolto il GLAS aziendale.
- In particolare si è proceduto nuovamente a trasmettere a tutti i prescrittori il Manuale di terapia empirica.
- Sulla base delle indicazioni contenute nel manuale di terapia empirica si è provveduto all'aggiornamento della "Richiesta motivata" per questa classe di farmaci, inserendo che possono essere richiedibili su TERAPIA EMPIRICA indicando se:
 - ✓ Polmonite acquisite in comunità
 - ✓ Altro (Motivare indicando le Linee guida di riferimento)

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

STANDARD: Riduzione $\geq 7\%$ del rapporto tra il consumo (DDD/1000 ab die) di molecole ad ampio spettro e di molecole a spettro ristretto (Fonte ESAC) in ambito territoriale nel 2024 rispetto al 2022

AZIONI:

- L'attenzione alla tematica è elevata e la definizione degli interventi ed il monitoraggio sono stati condivisi in ambito del CICA. Operativamente è stato coinvolto il GLAS aziendale.
- Sono state predisposte dalla FT delle informative a riguardo ed indirizzate sia ai MMG (Prot. N° 49746/2024 del 31/07/2024) sia ai Titolari/Direttori delle farmacie Convenzionate (Prot. N° Prot. n°51646/24 del 09/08/2024).
- Il medesimo obiettivo è stato attribuito ai MMG nell'ambito dell'Accordo Attuativo Aziendale per i Medici di Medicina Generale Convenzionata – ANNO 2024 (Art. 19 AIR, Delibera ASL NO n°616 del 24/10/2024).
- E' stato organizzato l'evento formativo "Antibiotico Resistenza: soluzioni Evidence Based per la Gestione Clinica sul territorio" al quale hanno partecipato come relatori sia specialisti afferenti al Presidio Ospedaliero di Borgomanero, sia specialisti afferenti all'AOU Maggiore della Carità di Novara oltre che a MMG. L'evento si è svolto in due date: 09/11/2024 a Novara ed il 16/11/2024 a Borgomanero

Si ritiene che l'obiettivo sia stato raggiunto relativamente al sub-obiettivo 5.2.2, mentre per il raggiungimento del sub obiettivo 5.2.1 il risultato è stato influenzato dall'incremento dei volumi di produzione ospedalieri e dalla casistica specifica. Relativamente al sub obiettivo 5.2.3 le azioni messe in campo hanno determinato una significativa riduzione del ricorso alle molecole ad ampio spettro anche se non completamente allineata allo standard richiesto.

6. AZIENDA ZERO E ASR

6.2. MIGLIORAMENTO NELLA GESTIONE E MISURAZIONE DEL BOARDING

A cura del Direttore della s.c. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza

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

INDICATORE 4.6.1: Tempo medio di permanenza in PS

STANDARD: ≤ 6 ore

AZIONI: Il risultato è in linea con il valore indicato dell'obiettivo 5h29'

Si ritiene quindi che l'obiettivo sia raggiunto

4.2 GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA DELL'AZIENDA (Consuntivo 2024)

Il Consuntivo 2024 presenta una perdita di euro 13.474.268,88.

Di seguito il CE riclassificato Consuntivo 2024 / Consuntivo 2023

ID	CONTO ECONOMICO	CONS 2024	CONS 2023	DIFF.
		A	B	A - B
A1.1	Contributi F.S.R. indistinto	607.254.680,20	576.212.937,30	31.041.742,90
A1.2	Contributi F.S.R. vincolato	9.812.824,08	9.247.414,73	565.409,35
A1	Contributi F.S.R.	617.067.504,28	585.460.352,03	31.607.152,25
A2.1	Saldo mobilità in compensazione infra	-155.705.318,82	-153.122.958,97	-2.582.359,85
A2.2	Saldo mobilità non in compensazione infra	-1.081.364,35	-991.339,95	-90.024,40
A2.3	Saldo mobilità in compensazione extra	-19.161.809,67	-19.537.279,98	375.470,31
A2.4	Saldo mobilità non in compensazione extra	-30.281,00	-25.799,24	-4.481,76
A2.5	Saldo infragruppo regionale	62.510.517,77	5.886.732,36	56.623.785,41
A2.6	Saldo mobilità internazionale	0,00	0,00	0,00
A2	Saldo Mobilità	-113.468.256,07	-167.790.645,78	54.322.389,71
A3.1a	Ulteriori Trasferimenti Pubblici - Ministero	0,00	0,00	0,00
A3.1b	Ulteriori Trasferimenti Pubblici - Regione o Provincia Autonoma	2.708.748,65	3.038.894,06	-330.145,41
A3.1c	Ulteriori Trasferimenti Pubblici - Altro	4.864.394,54	4.604.390,83	260.003,71
A3.1	Ulteriori Trasferimenti Pubblici	7.573.143,19	7.643.284,89	-70.141,70
A3.2	Ticket	5.165.139,36	4.697.240,74	467.898,62
A3.3	Altre Entrate Proprie	3.839.283,65	4.298.933,06	-459.649,41
A3	Entrate Proprie	16.577.566,20	16.639.458,69	-61.892,49
A4.1	Ricavi Intramoenia	3.014.849,86	3.190.652,92	-175.803,06
A4.2	Costi Intramoenia	2.164.885,62	1.992.831,62	172.054,00
A4	Saldo Intramoenia	849.964,24	1.197.821,30	-347.857,06
A5.1	Rettifica contributi F.S.R. per destinazione ad investimenti	-2.251.952,13	-4.386.520,86	2.134.568,73
A5.2	Rettifica ulteriori Trasferimenti Pubblici per destinazione ad investimenti	0,00	0,00	0,00
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-2.251.952,13	-4.386.520,86	2.134.568,73
A6.1	Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	3.173.507,10	1.954.977,84	1.218.529,26
A6.2	Accantonamenti per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizio in corso	669.804,86	2.804.124,77	-2.134.319,91
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	2.503.702,24	-849.146,93	3.352.849,17
A	Totale Ricavi Netti	521.278.528,76	430.271.318,45	91.007.210,31
B1.1a	Personale Sanitario - Dipendente	85.086.815,26	80.841.608,73	4.245.206,53
B1.1b	Personale Sanitario - Non Dipendente	0,00	0,00	0,00
B1.1	Personale Sanitario	85.086.815,26	80.841.608,73	4.245.206,53
B1.2a	Personale Non Sanitario - Dipendente	21.734.591,35	21.072.836,23	661.755,12
B1.2b	Personale Non Sanitario - Non Dipendente	0,00	0,00	0,00
B1.2	Personale Non Sanitario	21.734.591,35	21.072.836,23	661.755,12
B1	Personale	106.821.406,61	101.914.444,96	4.906.961,65
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	126.972.806,79	77.045.422,69	49.927.384,10
B3.1	Altri Beni Sanitari	29.396.033,90	23.189.790,14	6.206.243,76
B3.2	Beni Non Sanitari	1.247.431,62	1.196.844,92	50.586,70
B3.3a.1	Pulizia, Riscaldamento e Smaltimento rifiuti	4.304.918,41	4.352.201,76	-47.283,35
B3.3a.2	Manutenzioni e riparazioni	4.695.649,55	4.311.141,95	384.507,60
B3.3a.3	Altri servizi appaltati	3.133.155,87	3.074.733,65	58.422,22
B3.3a	Servizi Appalti	12.133.723,83	11.738.077,36	395.646,47
B3.3b	Servizi Utenze	2.920.410,49	2.797.123,75	123.286,74

ID	CONTO ECONOMICO	CONS 2024	CONS 2023	DIFF.
		A	B	A - B
B3.3c	Consulenze	4.308.464,37	3.339.648,20	968.816,17
B3.3d	Rimborsi, Assegni e Contributi	1.840.937,95	2.378.425,43	-537.487,48
B3.3e	Premi di assicurazione	1.127.714,59	1.384.061,32	-256.346,73
B3.3f	Altri Servizi Sanitari e Non	14.336.984,82	11.085.606,04	3.251.378,78
B3.3g	Godimento Beni di Terzi	9.090.408,79	8.347.480,45	742.928,34
B3.3	Servizi	45.758.644,84	41.070.422,55	4.688.222,29
B3	Altri Beni e Servizi	76.402.110,36	65.457.057,61	10.945.052,75
B4.1	Ammortamenti e Sterilizzazioni	1.191.830,60	1.254.203,25	-62.372,65
B4.2	Costi Sostenuti in Economia	0,00	0,00	0,00
B4	Ammortamenti e Costi Capitalizzati	1.191.830,60	1.254.203,25	-62.372,65
B5	Accantonamenti	9.176.788,90	6.083.437,38	3.093.351,52
B6	Variazione Rimanenze	-9.860.869,82	-14.116.415,11	4.255.545,29
B	Totale Costi Interni	310.704.073,44	237.638.150,78	73.065.922,66
C1	Medicina Di Base	38.221.054,24	38.415.104,86	-194.050,62
C2	Farmaceutica Convenzionata	44.665.389,84	43.297.646,57	1.367.743,27
C3.1	Prestazioni da Privato - Ospedaliera	55.098.534,83	53.170.542,32	1.927.992,51
C3.2a	Prestazioni da Privato - Ambulatoriale (assistenza specialistica)	13.145.099,17	12.544.963,04	600.136,13
C3.2b	Prestazioni da Sumaisti	4.254.614,75	4.047.872,49	206.742,26
C3.2	Prestazioni da Privato - Ambulatoriale	17.399.713,92	16.592.835,53	806.878,39
C3.3	Prestazioni da Privato - Riabilitazione Extra Ospedaliera	2.639.643,53	1.780.715,82	858.927,71
C3.4.a	Trasporti Sanitari Da Privato	853.741,50	1.001.346,38	-147.604,88
C3.4.b	Assistenza Integrativa e Protesica da Privato	9.068.121,66	8.850.353,09	217.768,57
C3.4c.1	Assistenza Psichiatrica Residenziale e Semiresidenziale da Privato	3.142.535,81	2.994.804,16	147.731,65
C3.4c.2	Distribuzione di Farmaci e File F da Privato	3.029.226,58	2.762.285,95	266.940,63
C3.4c.3	Assistenza Termale da Privato	0,00	0,00	0,00
C3.4c.4	Prestazioni Socio-Sanitarie da Privato	42.655.458,93	39.588.876,26	3.066.582,67
C3.4c	Prestazioni da Privato - Altro	48.827.221,32	45.345.966,37	3.481.254,95
C3.4	Altre Prestazioni da Privato	58.749.084,48	55.197.665,84	3.551.418,64
C3	Prestazioni da Privato	133.886.976,76	126.741.759,51	7.145.217,25
C	Totale Costi Esterni	216.773.420,84	208.454.510,94	8.318.909,90
D	Totale Costi Operativi (B+C)	527.477.494,28	446.092.661,72	81.384.832,56
E	Margine Operativo (A-D)	-6.198.965,55	-15.821.343,27	9.622.377,72
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie	29.032,42	83.909,06	-54.876,64
F2	Saldo Gestione Finanziaria	-96,26	-0,10	-96,16
F3	Oneri Fiscali	8.425.383,18	7.998.414,84	426.968,34
F4.1	Componenti Straordinarie Attive	2.713.840,20	7.189.446,94	-4.475.606,74
F4.2	Componenti Straordinarie Passive	1.534.824,19	329.916,35	1.204.907,84
F4	Saldo Gestione Straordinaria	-1.179.016,01	-6.859.530,59	5.680.514,58
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	7.275.303,33	1.222.793,21	6.052.510,12
G	Risultato Economico (E-F)	-13.474.268,88	-17.044.136,48	3.569.867,60
H	Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	0,00	0,00	0,00
I	Risultato Economico con risorse aggiuntive LEA (G+H)	-13.474.268,88	-17.044.136,48	3.569.867,60

Per ulteriori approfondimenti si rimanda al sito dell'ASL NO sezione Amministrazione trasparente/Bilanci:
<https://trasparenza.asl.novara.it/bilanci/bilancio-preventivo-consuntivo>

4.3 PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DELL'ASL NO

4.3.1 Obiettivi infrannuali

Facendo seguito alla sperimentazione avviata nel corso del 2020 (cfr. Relazione Performance 2020 a cui si rimanda per approfondimenti), anche nel 2024 è proseguita la modalità di valutazione della performance organizzativa che ha aggiunto agli obiettivi annuali specifici progetti-obiettivi infrannuali, valutati dall'OIV in corso d'anno e per i quali, in caso di raggiungimento, è stata corrisposta la relativa quota incentivante.

La validazione da parte dell'OIV degli obiettivi infrannuali, assegnati alle strutture per l'anno 2024 si è articolata in cinque incontri nell'arco dell'anno 2024, ovvero:

- 12 marzo 2024;
- 13 maggio 2024;
- 10 luglio 2024;
- 12 settembre 2024;
- 14 novembre 2024.

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

Gli obiettivi infrannuali verificati in corso d'anno, pienamente raggiunti, hanno consentito a tutte le strutture di aver già raggiunto al 31/12/2024 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 quota economica incentivante.

4.3.2 Obiettivi annuali

Complessivamente sono stati attribuiti 984 obiettivi, di cui 19 ai Direttori di Dipartimento, ai fini del riconoscimento della quota integrativa al trattamento economico per l'anno 2024.

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

Obiettivi attribuiti nel 2024 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	
Area amministrativa	21	31%	27	40%	20	29%	68
Area territoriale	40	33%	56	46%	26	21%	122
Area ospedaliera	94	25%	195	53%	80	22%	369
Dipartimento Materno Infantile	19	24%	36	46%	23	29%	78
Dipartimento Salute Mentale e SERD	14	22%	34	52%	17	26%	65
Dipartimento di Prevenzione	54	34%	80	50%	27	17%	161
Strutture in STAFF alla Direzione Generale	29	28%	49	48%	24	24%	102
	271	28%	477	49%	217	22%	965

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.

	Dirigenza	Comparto
Area amministrativa	93,0	99,3
Area territoriale	94,1	99,4
Area ospedaliera	91,4	99,2
Dipartimento Materno Infantile	92,7	99,4
Dipartimento Salute Mentale e SERD	91,2	99,1
Dipartimento di Prevenzione	93,1	99,3
Strutture in STAFF alla Direzione Generale	92,4	99,2
Totale	92,4	99,3

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'OIV sulla trasparenza entro i termini di legge e alla definizione del Piano triennale della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione.

Infine a ogni Direttore di struttura complessa e a ogni Dirigente responsabile di struttura semplice dipartimentale sono stati attribuiti degli obiettivi specifici gestionali, così come al personale sanitario titolare di incarico organizzativo. Tutti gli obiettivi gestionali risultano pienamente raggiunti

4.4 PERFORMANCE INDIVIDUALE DELL'ASL NO

Personale dirigente

Complessivamente sono stati valutati 380 dirigenti così distribuiti:

- Personale dirigente medico: 77,4%
- Personale dirigente veterinario: 7,4%
- Personale dirigente biologo: 2,1%
- Personale dirigente farmacista: 4,5%
- Personale dirigente psicologo: 4,5%
- Personale dirigente tecnico/amministrativo: 3,7%
- Personale dirigente delle professioni sanitarie/soc: 0,4%

Per quanto riguarda la distribuzione nelle diverse aree, la maggior parte dei dirigenti (48,2%) si concentra in quella Ospedaliera, seguita dall'Area Territoriale (20,0%) e dal Dipartimento di Salute Mentale (9,2%), dal Dipartimento di Prevenzione (8,2%) dal Dipartimento Materno Infantile (7,4%) e in Staff (3,9%), dal Dipartimento Patologia delle Dipendenze (3,2%). L'area meno rappresentata è quella relativa all'area amministrativa (2,9%).

Il punteggio medio assegnato è pari a 42,7/45.

Raggruppando i punteggi per fasce emerge che l'83,7% dei dirigenti abbia ottenuto un punteggio almeno medio-alto (40/45) e che il valore più elevato è stato raggiunto dal 51%

AREA	PUNTEGGIO MEDIO
AMMINISTRATIVA	43,1
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	42,2
DIPARTIMENTO PATOLOGIE DELLE DIPENDENZE	44,5
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE	42,7
OSPEDALIERA	42,8
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	40,6
STRUTTURE IN STAFF	44,9
TERRITORIALE	42,7

Personale comparto

Complessivamente sono stati valutati 1.707 unità di personale appartenente al comparto:

- Assistenti/Operatori/Personale di supporto: 32%
- Professionisti della salute e funzionari: 64%
- Professionisti della salute e funzionari con incarico: 4%

Il punteggio medio validato è risultato pari a 92,7/100.

Raggruppando i punteggi per fasce emerge che l'82,8% del personale appartenente al comparto abbia ottenuto un punteggio almeno medio-alto (90/100) e che il valore più elevato è stato raggiunto dal 14,2%.