



**A.S.L. V.C.O.**

*Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola*

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvc.co.it - www.aslvc.co.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

---

## **DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**

N. 629 del 22/07/2025

**Oggetto: APPROVAZIONE DELLA RELAZIONE ANNUALE SULLA PERFORMANCE  
(R.A.P.) DELL'ASL VCO RIFERITA ALL'ANNO 2024.**

DIRETTORE GENERALE - DOTT. FRANCESCO CATTEL  
(NOMINATO CON DGR N. 25-655/2024/XII DEL 23/12/2024)

DIRETTORE AMMINISTRATIVO - DOTT.SSA BARBARA BUONO



**A.S.L. V.C.O.**

*Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola*

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvc.co.it - www.aslvc.co.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

---

## **DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**

Struttura proponente: AFFARI GENERALI LEGALI E ISTITUZIONALI

L'estensore dell'atto: Pizzi Laura

Il Responsabile del procedimento: Primatesta Giuseppina

Il Dirigente/Funzionario: Priolo Vittoria Maria

Il funzionario incaricato alla pubblicazione.



Il presente documento informatico è sottoscritto con firma digitale, creato e conservato digitalmente secondo la normativa vigente



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvc.co.it - www.aslvc.co.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

## **IL DIRETTORE GENERALE**

Nella data sopraindicata, su proposta istruttoria del Direttore della SOC Affari Generali Legali ed Istituzionali di seguito riportata, in conformità al Regolamento approvato con delibera n. 290 del 12/05/2017, modificato con delibera n. 65 del 28.1.2020 e n. 555 del 25.06.2025.

### **Premesso che:**

- Il D.Lvo n. 150/2009 e s.m.i di oggetto “*Attuazione della legge 4 marzo 2009 n. 15 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni*”, all’art. 10 prevede che, al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, le amministrazioni pubbliche redigono e pubblicano, ogni anno, sul sito istituzionale, la Relazione annuale sulla Performance, approvata dall’organo di indirizzo politico-amministrativo e validata dall’Organismo Indipendente di Valutazione ai sensi dell’art. 14. Tale relazione evidenzia, a consuntivo, con riferimento all’anno precedente, i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.
- La Civit, con delibera n. 5/2012, ha dettato linee guida relative alla struttura ed alla modalità di redazione della Relazione sulla Performance.
- La Regione Piemonte, con DGR n. 25-6944 del 23.12.2013, ha invitato le aziende sanitarie a redigere, annualmente, entro il 31 luglio (di norma), la Relazione annuale sulla performance, ovvero un documento consuntivo con il quale attestare la misura della realizzazione degli obiettivi strategici e/o operativi contenuti nella sezione 2 del P.I.A.O.

### **Preso atto che:**

- l’articolo 6 del decreto legge n. 80/2021 (convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 113 del 6.8.2021) ha introdotto nell’ordinamento il Piano integrato di attività e organizzazione (P.I.A.O.) che si configura come un documento programmatico triennale, con aggiornamento annuale, che contiene gli indirizzi, gli obiettivi strategici e operativi, le risorse ed i relativi indicatori, da adottare entro il 31 gennaio di ogni anno;
- il D.P.R. n. 81 del 24.6.2022 ha individuato i Piani assorbiti dal P.I.A.O. con la conseguente soppressione, per le amministrazioni tenute alla adozione, degli adempimenti connessi alla loro adozione. Per le pubbliche amministrazioni con più di 50 dipendenti è stato soppresso, tra gli altri, il “Piano annuale della Performance”.



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvc.co.it - www.aslvc.co.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

**Richiamata** la deliberazione n. 73 del 31.1.2024 con la quale l'Azienda ha approvato il Piano Integrato di Attività e organizzazione (P.I.A.O.) per il triennio 2024-2026 (aggiornamento 2024) che, nella sezione 2, di oggetto "*Valore pubblico, performance e anticorruzione*", ricomprende la sottosezione "*Performance*" che rappresenta la sezione strategico programmatica con la quale l'Azienda da avvio al ciclo della performance definendo, in coerenza con le risorse assegnate, gli obiettivi, gli indicatori ed i target sui quali si basa la misurazione e la conseguente valutazione e rendicontazione delle attività svolte.

**Rilevato che** la Relazione annuale sulla Performance anno 2024 è stata redatta in applicazione delle disposizioni in premessa indicate, con riferimento agli obiettivi strategici ed operativi contenuti nella sezione 2 del P.I.A.O., approvato con la richiamata deliberazione n. 73/2024.

**Dato atto che** la Direzione Generale, con deliberazione n. 625 del 22.07.2025, ha preso atto delle risultanze delle valutazioni effettuate dall'Organismo Indipendente di Valutazione in merito al grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati, per l'anno 2024, dal Direttore Generale ai Direttori: di Dipartimento, delle Sos Dipartimentali, delle Strutture Complesse, ai Responsabili delle Sos in Staff e di Supporto alla Direzione Generale, alle Sos Amministrative, alle Funzioni.

**Rilevato che** la Relazione annuale sulla Performance 2024, in conformità alla normativa vigente, è stata validata dall'Organismo Indipendente di Valutazione (ai sensi dell'art. 14, comma 4, lett. c, del D.Lgs n. 150/2009 e s.m.i.) nella seduta del 25.06.2025 (verbale n. 7).

**Considerato che** la predisposizione della Relazione sulla Performance costituisce condizione indispensabile per l'erogazione della retribuzione di risultato al personale dell'azienda.

**Tenuto conto che** l'Azienda, ai sensi del D.Lvo n. 33/2013 e s.m.i., ha l'obbligo di pubblicare, sul proprio sito Internet aziendale, sezione "*Amministrazione Trasparente*":  
- nelle sottosezioni "*Performance*", "*Relazione sulla Performance*", la Relazione annuale;  
- nelle sottosezioni "*Controlli e rilievi sull'amministrazione*", "*Organismi Indipendenti di Valutazione, Nuclei di Valutazione, o altri Organismi con funzioni analoghe*", il documento di validazione della relazione sulla performance redatto dall'O.I.V.

Condivisa la proposta come sopra formulata e ritenendo sussistere le condizioni per l'assunzione della presente delibera.

Acquisiti i pareri espressi ai sensi dell'art. 3 del d.Lgs. 502 /1992 e smi, come formulati nel frontespizio del presente atto.



**A.S.L. V.C.O.**

*Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola*

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

## **DELIBERA**

- 1)** Di approvare, per le motivazioni in premessa illustrate, la "Relazione annuale sulla Performance", RAP, riferita all'anno 2024, nel testo allegato al presente atto (All. A), che ne costituisce parte integrante e sostanziale.
- 2)** Di dare atto che la Relazione annuale sulla Performance 2024 è stata validata dall'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.), ai sensi dell'art. 14, comma 4, lett. c, del D.Lgs n. 150/2009 e smi, nella seduta del 25.06.2025 (verbale n. 7).
- 3)** Di pubblicare, sul sito Internet aziendale, sezione "Amministrazione Trasparente":
  - nelle sottosezioni "Performance", "Relazione sulla Performance", la Relazione annuale;
  - nelle sottosezioni "Controlli e rilievi sull'amministrazione", "Organismi Indipendenti di Valutazione, Nuclei di Valutazione, o altri Organismi con funzioni analoghe", il documento di validazione della relazione sulla performance redatto dall'O.I.V.
- 4)** Di trasmettere la presente deliberazione alla Soc Gestione Personale e Relazioni Sindacali per gli adempimenti di competenza.



**A.S.L. V.C.O.**

*Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola*

**RELAZIONE ANNUALE SULLA PERFORMANCE  
(R.A.P.)  
DELL'ASL VCO RIFERITA ALL'ANNO 2024**

**(ART 10 D.Lvo n. 150/2009 e smi -  
D.G.R. Regione Piemonte n. 25-6944/2013)**

**24.06.2025**

## Premessa

L'art 10 del DL.vo n. 150 del 27.10.2009 e s.m.i prevede che le pubbliche amministrazioni siano tenute a predisporre due documenti:

- |  |
|--|
| ➤ il "Piano annuale della Performance" |
| ➤ la "Relazione sulla performance"     |

Il "Piano annuale della Performance" è stato assorbito nel Piano integrato di attività e organizzazione (P.I.A.O.) da adottare entro il 31 gennaio di ogni anno e rappresenta lo strumento unitario e principale di programmazione e controllo nel quale i diversi aspetti della programmazione sono articolati in una visione integrata, unitaria e complessiva . Il P.I.A.O. dell'ASL VCO 2024-2026 (aggiornamento 2024), adottato con atto n. 73 del 31.01.2024, nella sezione 2, di oggetto "*Valore pubblico, performance e anticorruzione*", ricomprende la sottosezione "*Performance*" che rappresenta la sezione strategico programmatica con la quale l'ASL VCO da avvio al ciclo della performance definendo, in coerenza con le risorse assegnate, gli obiettivi, gli indicatori ed i target sui quali si basa la misurazione e la conseguente valutazione e rendicontazione delle attività svolte. In questa sezione sono definiti gli obiettivi strategici che l'Azienda si pone, che rappresentano il punto di partenza per la definizione e la negoziazione degli obiettivi annuali con i Responsabili delle strutture aziendali (ovvero dei Direttori di Dipartimento, dei Direttori: - delle Sos Dipartimentali - delle Strutture complesse e delle Sos in staff alla Direzione Generale - delle Sos amministrative - delle Funzioni).

La "Relazione sulla performance" evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati raggiunti rispetto ai singoli obiettivi strategici e/o operativi contenuti nella sezione 2 del P.I.A.O.

La Regione Piemonte, con DGR n. 25-6944 del 23.12.2013, ha invitato le aziende sanitarie a redigere, annualmente, entro il 31 marzo (di norma) il Piano annuale della Performance (termine ora superato dalla normativa in tema di P.I.A.O. che ha fissato il termine del 31 gennaio di ogni anno), ed entro il 31 luglio (di norma) la Relazione annuale sulla performance. Si richiamano le linee guida emanate da Civit (ora A.N.A.C.) in merito alla modalità di redazione della relazione (Delibera n. 5/2012).

La predisposizione della Relazione sulla performance costituisce condizione indispensabile per l'erogazione della retribuzione di risultato/produttività collettiva al personale dell'azienda.

Il documento è validato dall'Organismo Indipendente di Valutazione.

Ciò premesso occorre osservare che, nell'ambito della Relazione sulla Performance riferita all'anno 2024, si fa riferimento:

- agli obiettivi che, nel 2024, la Direzione Generale ha declinato ai Direttori: di Dipartimento, delle Sos Dipartimentali, delle Strutture Complesse, ai Responsabili delle Sos in Staff e di Supporto alla Direzione Generale, alle Sos Amministrative, alle Funzioni (vedi deliberazioni nn. 525 del 27.06.2024 e n. 571 del 16.7.2024).
- agli obiettivi assegnati, per l'anno 2024, dalla Regione Piemonte al Direttore Generale, con D.G.R. n. 7-8279 dell'11-3-2024 (ai sensi dell'art. 2, comma 2, del D.Lgs n. 171/2016 e s.m.i e dell'art. 1, comma 865, della L. n. 145/2018) e declinati ai Direttori di Struttura per l'anno 2024.

In allegato alla Relazione sulla Performance si inserisce la *"Relazione in merito al raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione al Direttore Generale dell'ASL VCO con DGR n. 7-8279 dell'11.3.2024 per l'anno 2024"* del 27.02.2025, inviata in Regione il 28.2.2025 con lettera prot n. 14888. Gli allegati alla relazione sono conservati presso la segreteria O.I.V.

## 1. Il Contesto di riferimento

L'Azienda Sanitaria Locale del Verbano Cusio ed Ossola nasce come ASL 14 dall'accorpamento, avvenuto il 1° gennaio 1995, delle 3 precedenti Unità Sanitarie Locali (l'Usl 55 di Verbania, 56 di Domodossola e 57 di Omegna). E' denominata ASL VCO dal 1° gennaio 2008 ed è costituita con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale. L'Azienda:

- presenta un'estensione territoriale di circa 2.332,86 km quadrati (di cui 480,64 verbano, 272,63 Cusio e 1.579,59 Ossola);
- ha una densità abitativa di 70 abitanti/km<sup>2</sup> (di cui 131 Verbanio, 145 Cusio e 39 Ossola);
- comprende 81 Comuni, per un totale di 164.153 abitanti al 31.12.2024, così divisi tra maschi e femmine:

**Fonte:** Uffici Anagrafe Comuni ASL VCO

**Popolazione ASL VCO: distribuzione per genere al 31.12.2024**

Ambito territoriale	Maschi	Femmine	Totale	Di cui: M//F > =65 anni
Verbano	30.467	32.520	62.987	16.958
Cusio	19.301	20.301	39.602	10.824
Ossola	30.181	31.383	61.564	16.982
<b>Totale ASL VCO</b>	<b>79.949</b>	<b>84.204</b>	<b>164.153</b>	<b>44.764</b>

La suddivisione della popolazione dell'ASL VCO per fasce d'età (fonte dati ICT) è la seguente:

<b>0-14 anni</b>	7%
<b>15-64 anni</b>	41%
<b>oltre 65 anni</b>	52%

I Comuni che afferiscono all'ASL VCO sono i seguenti:

**Area Ossola:** Antrona Schieranco - Anzola d'Ossola - Baceno - Bannio Anzino - Beura/Cardezza - Bognanco - Borgomezzavalle (unione di Viganella e Seppiana) - Calasca/Castiglione - Ceppo Morelli - Craveggia - Crevaldossola - Crodo - Domodossola - Druogno - Formazza - Macugnaga - Malesco - Masera - Montecrestese - Montescheno - Ornavasso - Pallanza - Piedimulera - Pieve Vergonte - Premia - Premonzel Chiovenda - Re - Santa Maria Maggiore - Toceno - Trasquera - Trontano - Vanzone con San Carlo - Varzo - Villadossola - Villette - Vogogna.

**Area Cusio:** Ameno (NO)- Armeno (NO) - Arola - Casale Corte Cerro - Cesara - Germagno - Gravellona Toce - Loreglia - Madonna del Sasso - Massiola - Miasino (NO) - Nonio - Omegna - Orta San Giulio (NO) - Pella (NO) - Pettenasco (NO) - Quarna Sopra - Quarna Sotto - S.Maurizio d'Opaglio (NO) - Valstrona.

**Area Verbano:** Arizzano - Aurano - Baveno - Bee - Belgirate – Brovello/Carpugnino - Cambiasca - Cannero Riviera - Cannobio - Caprezzo - Cossogno - Ghiffa - Gignese - Gurro - Intragna - Mergozzo - Miazzina - Oggebbio - Premeno - San Bernardino Verbano - Stresa - Trarego Viggiona – Valle Cannobina - Verbania – Vignone.

Al fine di garantire processi omogenei di distribuzione delle risorse e di equità nell'accesso e nell'utilizzazione dei servizi nell'atto aziendale vigente si è previsto un unico distretto nell'ambito del quale sono state individuate tre Aree territoriali in considerazione delle diversità geomorfologiche e sociali.

**L'indice di vecchiaia dell'ASL VCO** (*che indica il numero di anziani (65 anni e oltre) presenti nella popolazione ogni 100 bambini (0-14 anni)*) è di 276 così suddiviso:

<b>Verbano</b>	280
<b>Cusio</b>	277
<b>Ossola</b>	271

## 2. L'organizzazione aziendale

L'ASL VCO è costituita con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale ai sensi della L.R. n°18 del 6 agosto 2007, della D.C.R. n°136-39452 del 22 ottobre 2007 e del D.P.G.R. n° 90 del 17 dicembre 2007. E' denominata ASL VCO dal 1° gennaio 2008. La sede legale dell'azienda è ad Omegna, Via Mazzini n. 117. La rappresentanza dell'azienda è in capo al Direttore Generale. L'Azienda è inserita organicamente nel servizio sanitario regionale piemontese con la finalità di proteggere, promuovere e migliorare la salute della popolazione residente mediante programmi ed azioni coerenti con i principi e con gli obiettivi indicati dalla pianificazione sanitaria e socio assistenziale nazionale e regionale.

Ai sensi dell'art. 3, co. 1-quater, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. sono **organi dell'Azienda:** - il Direttore Generale - il Collegio Sindacale - il Collegio di Direzione.

**L'Azienda si caratterizza per una organizzazione di tipo dipartimentale:** dall'organigramma aziendale vigente si evince che i Dipartimenti dell'ASL VCO sono i seguenti:

<b>Dipartimenti territoriali:</b>	<b>aziendali</b>	Dipartimento di Prevenzione e Dipartimento Materno Infantile.
<b>Dipartimenti ospedalieri:</b>	<b>aziendali</b>	Dipartimento delle patologie mediche, delle patologie chirurgiche, dei servizi diagnostici e terapie di supporto.

\*

<b>Dipartimenti territoriali interaziendali:</b>	<u>di Salute Mentale</u> , in accordo con l'ASL di Biella e l'ASL di Vercelli, è costituito, strutturalmente, per il governo e la gestione delle attività nell'intero territorio delle tre aziende sanitarie
--	--

	- <u>delle Dipendenze</u> , in accordo con l'Asl di Biella, Novara e Vercelli, è costituito, strutturalmente, per il governo e la gestione delle attività nell'intero territorio delle aziende coinvolte.
<b>Dipartimenti interaziendali funzionali</b>	Sono stati, inoltre, individuati i seguenti Dipartimenti con il coinvolgimento: dell'AOU "Maggiore della Carità" di Novara, dell'Asl di Biella, di Novara, di Vercelli e dell'ASL VCO ovvero: - Medicina dei Laboratori - Medicina fisica e riabilitativa.

Le **macro aree di intervento dell'Azienda** (definite dalla D.G.R. n. 42-1921/2015 (e smi) che ha dettato le linee guida per la predisposizione dell'atto aziendale vigente) e l'assetto organizzativo possono essere così schematizzate:

- |                                |
|--------------------------------|
| ➤ macro area della prevenzione |
| ➤ macro area territoriale      |
| ➤ macro area ospedaliera       |

### **Macro area della Prevenzione**

La prevenzione e la promozione della salute sono realizzate attraverso l'attività svolta dal Dipartimento di Prevenzione, così come previsto dal decreto legislativo 502/92 e s.m.i., al quale afferiscono 7 Strutture, ad alto livello di autonomia, che agiscono in sinergia.

Il Dipartimento di Prevenzione è la struttura operativa dell'A.S.L. che garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e della disabilità, miglioramento della qualità di vita. A tal fine il Dipartimento promuove azioni volte ad individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana ed animale, mediante iniziative coordinate con i distretti, con i dipartimenti dell'A.S.L., prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline (art. 7bis del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.).

Per definire in un quadro unitario le funzioni di tutela della salute e di erogazione di servizi per il mantenimento/recupero della salute assume un carattere fondamentale e propedeutico l'adozione e realizzazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP) dove, annualmente, vengono declinate le strategie per raggiungere gli obiettivi di salute prioritari definiti in base al contesto epidemiologico e delle caratteristiche territoriali. Il PLP viene costruito sulla base dei contenuti del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) che, a sua volta, si ispira al contenuto del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP).

**Di seguito si rappresentano le Strutture che afferiscono al Dipartimento di Prevenzione:**

- Soc Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (Spresal): la missione della struttura è garantire la tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori attraverso le attività di vigilanza e controllo e la promozione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, con l'obiettivo di prevenire le patologie e gli infortuni correlati al lavoro, promuovere il benessere lavorativo e contribuire al contrasto delle diseguaglianze generate dal lavoro attraverso il coinvolgimento attivo delle parti sociali e istituzionali presenti sul territorio.

- Soc Igiene e Alimenti e Nutrizione (SIAN): la missione della struttura è la tutela della salute pubblica attraverso attività di prevenzione e vigilanza nel settore della sicurezza alimentare, attività di promozione per un'alimentazione equilibrata e comportamenti alimentari corretti.
- Soc Igiene e Sanità Pubblica (SISP): la missione della struttura è la tutela della salute della popolazione mediante la promozione della salute e di stili di vita sani, la prevenzione delle malattie infettive, la prevenzione delle malattie cronico - degenerative, la prevenzione degli infortuni domestici, la tutela dai rischi sanitari connessi all'inquinamento ambientale, la tutela della collettività e dei singoli di rischi sanitari degli ambienti di vita.
- Soc Servizio Veterinario Area A: la missione della struttura è la tutela della sanità animale, la promozione della salute umana e lo sviluppo di un corretto rapporto uomo-animale- ambiente.
- Sos Dipartimentale Servizio Veterinario Area B: la missione della struttura è la promozione della salute del consumatore attraverso il controllo sulla filiera degli alimenti di origine animale.
- Sos Dipartimentale Servizio Veterinario Area C: la missione della struttura è la tutela e promozione della salute pubblica e del benessere animale attraverso il controllo e la certificazione dell'idoneità e conformità delle produzioni zootecniche, la tutela dell'ambiente e la promozione del corretto rapporto uomo-animale attraverso l'educazione sanitaria.
- Sos Dipartimentale Medicina Legale: la missione della struttura è l'accertamento e la verifica delle condizioni di salute delle persone, sia attraverso visite monocratiche che collegiali, lo svolgimento di attività di consulenza, lo svolgimento delle attività indicate dal regolamento di polizia mortuaria, lo svolgimento delle attività di vigilanza previste da norme e regolamenti regionali.

### **Macro area Territoriale**

Il complesso di attività svolte nel territorio sono coordinate dalla struttura complessa Distretto VCO che, quale articolazione territoriale ed organizzativa dell'ASL, realizza sia una funzione di erogazione produttiva e di coordinamento della rete dei servizi sia una funzione di garanzia e di accompagnamento nell'accesso dei servizi. Il distretto è unico tuttavia si è garantita la specificità dei singoli territori articolando i Comitati dei Sindaci di Distretto nelle Aree del Verbano, Cusio ed Ossola per assicurare processi omogenei di distribuzione delle risorse e di equità nell'accesso e nell'utilizzazione dei servizi.

Nell'ambito territoriale del Distretto Unico del VCO afferiscono 4 Case della Salute ubicate a Verbania, Omegna, Cannobio, Crevoladossola. Sono in fase di programmazione altre 2 case della salute, la Casa della Salute di Premosello, a cui fa riferimento l'AFT Bassa Ossola, e la Casa della Salute di Stresa.

E' attiva, dal 2022, la Centrale Operativa Territoriale (COT), ubicata presso la sede legale ad Omegna, costituita utilizzando i fondi del Piano nazionale di Ripresa e Resilienza (P.N.R.R.) che rappresenta un modello organizzativo dell'Azienda Sanitaria Locale a valenza distrettuale e svolge funzioni di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e

sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza urgenza. L'obiettivo è quello di assicurare continuità, accessibilità e integrazione dell'assistenza.

### **Macro area Ospedaliera**

Nell'ambito dell'ASL VCO sono presenti n. 2 Presidi ospedalieri a gestione diretta, "Castelli" di Verbania e "S. Biagio" di Domodossola.

Con DGR n. 1-600 del 19.11.2014 (poi integrata con la DGR n. 1-924 del 23.1.2015) la Regione ha provveduto all'adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014-2016. Le aree/specialità per ciascun Presidio ospedaliero a gestione diretta sono di seguito riportate (così come definito dalla DGR n. 1-600/2014 integrata dalla DGR n. 1-924/2015). Il totale delle strutture di area ospedaliera è pari a 25.

<b>Area</b>	<b>Specialità</b>
Medica	Cardiologia – Geriatria – Medicina Generale - Nefrologia Dialisi- Neurologia - Oncologia
Chirurgica	Chirurgia Generale - Oculistica - ORL -Ortopedia - Urologia
Materno infantile	Ostetricia -Pediatrica
Emergenza	MCAU -
	Terapia intensiva/rianimazione/anestesia
Post acuzie	RRF
Diagnostica e supporto	Anatomia e istologia patologica
	Direzione Sanitaria - Farmacia Ospedaliera – Laboratorio Analisi – Radiologia

Come previsto dall'art. 17 bis del D.Lgs n. 502/92 e s.m.i. l'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa dell'ASL VCO. Sono attivi i seguenti dipartimenti aziendali ospedalieri: - Dipartimento delle patologie mediche; - Dipartimento delle patologie chirurgiche; - Dipartimento dei Servizi diagnostici e terapie di supporto; - Dipartimento Materno Infantile.

Si aggiungono i dipartimenti interaziendali funzionali ovvero: - Medicina dei Laboratori - Medicina fisica e riabilitativa (attivati con i coinvolgimenti dell'AOU "Maggiore della Carità" di Novara, dell'Asl di Biella, di Novara, di Vercelli e dell'ASL VCO).

Sul territorio del V.C.O. sono inoltre ubicati due Presidi privati convenzionati di tipo riabilitativo (Casa di Cura "l'Eremo di Mazzina" e Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico "S. Giuseppe" di Piancavallo) ed il Presidio pubblico/privato denominato "Centro Ortopedico di Quadrante Ospedale Madonna del Popolo di Omegna" (C.O.Q. S.p.A.), costituito

in Società per azioni a capitale misto, pubblico/privato, di cui l'A.S.L. V.C.O. detiene la quota di maggioranza pari al 51%.

### 3. Le risorse umane

Il personale dipendente impiegato negli anni 2022 - 2024 è il seguente:

	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024
Dipendenti di ruolo	1.809	1.890	1.886
Incaricati	1	14	8
Supplenti	9	12	13
Covid a tempo determinato	22	4	0

Il personale dipendente di ruolo in servizio dal 2022 al 2024 è così costituito:

	N° unità personale al 31.12.2022	N° unità personale al 31.12.2023	N° unità personale al 31.12.2024
<b>Ruolo sanitario di cui:</b>	<b>1.257</b>	<b>1.271</b>	<b>1.250</b>
Medici	249	235	228
Farmacisti/biologi/psicologi	25	28	28
Infermieri/Ostetriche	787	793	776
Altro personale sanitario	119	136	157
Fisioterapisti/educatori	77	79	61
<b>Ruolo professionale di cui:</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
Dirigenti	4	4	4
<b>Ruolo Tecnico di cui:</b>	<b>323</b>	<b>69</b>	<b>83</b>
Dirigenti	1	2	5
Comparto	322 (di cui 240 OSS)	67 (Nota)	78
<b>Nuovo Ruolo socio sanitario di cui:</b>	/	<b>295</b>	<b>305</b>
Oss	/	285	293
Assistenti Sociali	/	10	12
<b>Ruolo Amministrativo di cui:</b>	<b>225</b>	<b>251</b>	<b>244</b>

Dirigenti	9	8	9
Comparto	216	243	235
<b>TOTALE RUOLI</b>	<b>1.809</b>	<b>1.890</b>	<b>1.886</b>
In aggiunta a personale distaccato al Coq	32	27	26
<b>Nota –</b>			
<u>Nel 2023</u> il ruolo Tecnico non comprende più Ass. Sociali ed OSS in quanto sono inseriti nel nuovo ruolo socio sanitario.			

Occorre evidenziare, anche per il 2024, l'enorme difficoltà a reperire risorse, soprattutto mediche, ma anche sanitarie in generale, sia della dirigenza che del comparto, non solo per la scarsità delle stesse ma anche per una questione di attrattività. Da rilevare la vicinanza con la Svizzera che sottrae risorse, sia afferenti al ruolo dirigente medico che infermieristico, garantendo stipendi molto più remunerativi.

A fronte della carenza di personale medico specialistico che si è venuta a creare presso diverse strutture dei presidi ospedalieri dell'Azienda (ma non solo) sono state attivate procedure concorsuali, in parte andate deserte ed in parte con esito insufficiente a coprire il fabbisogno di personale, peraltro indispensabile per garantire i turni di assistenza medica nei reparti, presso le sale operatorie, presso gli ambulatori. Per sopperire a tale circostanza l'Azienda ha provveduto, e sta provvedendo: - a conferire, nel rispetto della normativa vigente, incarichi libero professionali a laureati in medicina e chirurgia, nonché a personale sanitario in quiescenza; - ad assumere, a tempo determinato, medici specializzandi; - a stipulare convenzioni con altre Aziende Sanitarie; - ad acquisire prestazioni aggiuntive da parte di personale dipendente. Nonostante le iniziative che l'ASL VCO ha messo in atto per reperire personale dirigente medico non si sono ottenuti i risultati auspicati pertanto, al fine di garantire continuità assistenziale agli utenti, l'azienda ha fatto ricorso all'esternalizzazione dei servizi per ciascuna struttura all'interno della quale si è determinata la carenza di personale medico specialistico. Anche a seguito dell'entrata in vigore del D. L. n. 34 del 30/03/2023 (convertito in L. n. 56 del 26/05/2023) che ha posto grandi limiti al ricorso alle esternalizzazioni dei servizi sanitari, questa Azienda ha messo in atto un progressivo processo di reinternalizzazione.

## 4. Dati di attività 2024

### 4.1 Attività svolta nel 2024 in merito alla prevenzione

Nel corso del 2024 le Strutture afferenti il Dipartimento di Prevenzione hanno centrato gli obiettivi previsti dal Piano Regionale di Prevenzione (PRP) attuando strategie di contrasto ai fattori di rischio più comuni, anche attraverso la realizzazione dei progetti PASSI e PASSI d'Argento. Sono state identificate le risorse per la conduzione di Piani di sorveglianza che rappresentano uno strumento strategico che consente di disporre di dati utili a programmare, monitorare e riorientare le azioni di prevenzione e promozione della salute.

Considerato che il 26% della popolazione del VCO è costituita da soggetti anziani la prevenzione è stata rivolta verso le malattie croniche non trasmissibili il cui impatto è riducibile mediante il controllo dei fattori di rischio riconducibili a comportamenti/stili di vita non

salutari: fumo, alcol, sedentarietà, sovrappeso/obesità, ipertensione, ipercolesterolemia. L'impegno è stato rivolto alla promozione di corretti stili di vita nei setting scuola, comunità e ambienti di vita, ambienti di lavoro, sanità.

Con riferimento alle malattie infettive sono stati realizzati tutti i programmi vaccinali pediatrici, così come quelli rivolti agli adulti con riferimento al vaccino antinfluenzale e antipneumococcico, così come previsto nei LEA.

Sono stati applicati i programmi di screening oncologici relativi al carcinoma della mammella, della cervice uterina e del colon retto ed è proseguita l'attività di vigilanza e controllo verso le aziende del territorio con particolare attenzione a quegli ambiti a maggior rischio di infortuni e di malattie professionali (si pensi ai cantieri edili ed al comparto metalmeccanico).

In collaborazione con il SERD si sono attuate azioni comuni per il contrasto all'abuso di alcol e fumo e sono proseguiti le azioni volte a ridurre gli incidenti domestici, gli incidenti stradali, le dipendenze patologiche ed il gioco d'azzardo patologico.

Inoltre è stata consolidata la collaborazione tra l'Ufficio Scolastico Territoriale e l'ASL VCO che si concretizza con l'offerta di buone pratiche e realizzazione di azioni sui temi alimentazione, attività fisica, prevenzione delle dipendenze, educazione all'affettività, educazione ai media, ecc...

Infine, è stato consolidato il gruppo di lavoro PAISA (Piano aziendale integrato di sicurezza alimentare) che interessa i Servizi veterinari ed il Servizio SIAN, che ha attuato tutte le attività finalizzate a garantire la sicurezza alimentari per la tutela della salute dei consumatori, e allo stesso tempo la tutela delle filiere produttive locali dall'allevamento alla lavorazione, alla distribuzione ed alla ristorazione.

#### **4.2 Attività svolta nel 2024 in merito all'assistenza territoriale**

Per quanto attiene l'organizzazione dell'assistenza primaria si riportano alcuni dati ritenuti significativi:

**Punti di erogazione territoriali:** ambulatori dei MMG, Pls e della guardia medica.

<i>Fonte: archivio distretti – Dati al 31.12.2024</i>				
MMG/Pls	Area Verbanio	Area Cusio	Area Ossola	ASL VCO
<b>N° MMG di cui:</b>	<b>31</b>	<b>20</b>	<b>38</b>	<b>89</b>
- medicina in associazione	0	0	0	0
- medicina in rete	0	6	8	14
- medicina di gruppo	18	9	16	43
<b>Totale medici in aggregazione</b>	<b>18</b>	<b>15</b>	<b>24</b>	<b>57</b>
<b>MMG: N° ambulatori medici</b>	<b>69</b>	<b>61</b>	<b>99</b>	<b>229</b>
<b>MMG: N° ore apertura settimanali</b>	<b>568</b>	<b>381</b>	<b>622</b>	<b>1582</b>
<b>N° Pls</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>9</b>

<b>di cui:</b>				
- pediatri di gruppo	2	1	3	6
- pediatri in associazione	0	2	0	2
<b>Totale pediatri in aggregazione</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>8</b>
PLs: N° ambulatori medici	7	6	7	20
PLs: N° ore apertura settimanali	60	52	50	162

\*

<b>Fonte:</b> archivio distretti – Dati al 31.12.2024	
<b>CONTINUITA' ASSISTENZIALE (Ex Guardia Medica)</b>	
<b>Are/ASL VCO</b>	<b>N° Postazioni</b>
<b>Verbano</b>	Cannobio Verbania Stresa
<b>Totale</b>	3
<b>Cusio</b>	Omegna
<b>Totale</b>	1
<b>Ossola</b>	Domodossola Premosello Chiovenda
<b>Totale</b>	2
<b>TOTALE POSTAZIONI ASL VCO</b>	<b>6</b>

\*

<b>Fonte:</b> archivio distretti – Dati al 31.12.2024				
<b>Distretto VCO</b>	<b>Sedi Sub distrettuali</b>	<b>Punti prelievi</b>	<b>Farmacie</b>	<b>Dispensari</b>
1	12	12	76	16

\*

Per quanto riguarda l'organizzazione dell'assistenza residenziale si osserva che l'azienda opera mediante 1 presidio a gestione diretta (Hospice San Rocco) e 34 strutture convenzionate. La tipologia delle strutture convenzionate ed il tipo di assistenza erogata dalle stesse è la seguente:

N. 25 strutture residenziali	di cui: 3 per assistenza psichiatrica, 20 per assistenza agli anziani e 2 per assistenza ai disabili fisici)
N. 9 strutture semiresidenziali	di cui: 4 per assistenza agli anziani e 5 per assistenza ai disabili fisici.

Gli istituti o centri di riabilitazione convenzionati ex art.26 L.833/78 ubicati sul territorio dell'ASL VCO sono 2: l'Istituto Sacra Famiglia e l'Associazione Centri del V.C.O.

\*

Per quanto attiene l'assistenza agli anziani, ai disabili, ai malati terminali, il numero di posti letto disponibili nel territorio del VCO al dicembre 2024 è il seguente:

<b>Fonte: archivio distretti – Dati al 31.12.2024</b>				
<b>Tipologia</b>	<b>Area Verbano</b>	<b>Area Cusio</b>	<b>Area Ossola</b>	<b>ASL VCO</b>
<b>CAVS (Continuità assistenziale a valenza sanitaria)</b>	70			<b>70</b>
<b>CA ( Continuità Assistenziale)</b>	0	30	40	<b>70</b>
<b>RSA (Residenza sanitaria assistenziale)</b>	349	234	375	<b>958</b>
<b>NAT (Nuclei Alzheimer temporanei)</b>	20	10	10	<b>40</b>
<b>RAF disabili (Residenza assistenziale flessibile)</b>	74	0	10	<b>84</b>
<b>Gruppi appartamento/Comunità Alloggio Disabili</b>	19	4	26	<b>49</b>
<b>Hospice + NAC/NSV (Nucleo di alta complessità neurologica/ Nucleo Stati Vegetativi)</b>	10 20	0	0	<b>10 20</b>
<b>Residenze minori</b>	19	12	8	<b>44</b>
<b>Centro diurno anziani</b>	16	15	30	<b>61</b>
<b>Centro diurno minori</b>	15	10	0	<b>25</b>
<b>Centro diurno Alzheimer</b>	2	2	2	<b>6</b>
<b>Centro diurno disabili</b>	20	10	30	<b>60</b>

\*

E' attiva, dal 2022, la Centrale Operativa Territoriale (COT), ubicata presso la sede legale ad Omegna, costituita utilizzando i fondi del Piano nazionale di Ripresa e Resilienza (P.N.R.R.), in conformità a quanto disposto dalla Determinazione Dirigenziale (DD) n. 906 del 27.5.2022 che ha previsto la messa in atto di un *Progetto Pilota di sviluppo delle Centrali Operative Territoriali nelle Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte*.

La COT rappresenta un modello organizzativo dell'Azienda Sanitaria Locale, a valenza distrettuale, che svolge funzioni di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza urgenza. L'obiettivo è quello di assicurare continuità, accessibilità e integrazione dell'assistenza.

Per quanto riguarda l'attività della Centrale Operativa Territoriale (COT) si riporta la mappatura delle attività COT/NDCC riferite alle richieste pervenute ed i tempi per la realizzazione dei ricoveri.

<b>PERIODO 01/01/2024 - 31/12/2024</b>	
N° richieste pervenute valutate	942
N° richieste prese in carico	673
Tempi medi di prese in carico in gg	Le richieste vengono prese in carico lo stesso giorno in cui pervengono se arrivano entro le ore 16, dal lunedì al venerdì
Proposte non accettate dalla struttura di CA	14
Percorsi annullati dal richiedente	148
Percorsi non ritenuti idonei per la CA DA NDCC	61
Dinieghi del cittadino al percorso	57

<b>Totale Chiamate a NDCC: 3155</b>					
NOCC VB	NOCC DOMO	ESTERNI	STRUTTURE	MEDICI	OPERATORI SOCIALI
764	834	874	528	156	184
<b>Totale chiamate a COT: n. 18</b>					

Le chiamate che sono giunte alla COT provenivano e provengono prevalentemente dai Servizi Sociali con la richiesta di inserimento nel percorso di Continuità assistenziale (Ca) di cittadini per i quali si configurava una situazione emergenziale (alcuni descritti in CASI COT) a prevalenza sociale (anziani in condizioni di solitudine e abbandono, persone senza fissa dimora); alcune delle chiamate hanno dato l'avvio ad un percorso di inserimento in Ca con l'attivazione da parte della COT del NDCC/della rete territoriale e del MMG, per altri la COT ha svolto la funzione di facilitatore ed orientatore di percorsi fornendo le informazioni e gli strumenti utili per la progettazione e l'attuazione dei percorsi stessi.

#### **4.3 Attività svolta nel 2024 in merito all'assistenza ospedaliera**

##### **I posti letto:**

Di seguito è riportata una tabella riassuntiva con l'indicazione dei posti letto (ordinari e diurni) per presidio ospedaliero riferiti al 31.12.2024.

POSTI LETTO AL 31 DICEMBRE 2024																	
PRESIDIO OSPED. DOMODOSSOLA: codice area 01						OMEGNA	PRESIDIO OSPED. VERBANIA: codice area: 02					totale x reparto					
REPARTO	Cod Spec	R.COVID	R.O.	DH	D.S.	D.H.	REPARTO	Cod Spec	R.COVID	R.O.	D.H.	D.S.	R.COVID	R.O.	D.H.	D.S.	
CARDIOLOGIA	8			8	1		CARDIOLOGIA	8			8	1		0	16	2	0
							MAL-INFETTIVE	24			10	1		0	10	1	0
MEDICINA G.	26		4	22	3		MEDICINA G.	26		4	20	3		8	42	6	0
							NEFROLOGIA	29			12	1		0	12	1	0
NEUROLOGIA	32			14	1		ONCOLOGIA	64			7	6		0	14	1	0
ONCOLOGIA	64				3		CHIRURGIA G.	9			14			0	7	11	0
CHIRURGIA G.	9			15			ORTOTRAUM	36			10			0	29	0	0
OCULISTICA	34			2			UROLOGIA	43						0	2	0	0
ORTOTRAUM	36			9			D.S.MULT.	98						0	19	0	0
ORL	38			3			NIDO	31						0	3	0	0
UROLOGIA	43			9			OST.GINEC.	37						0	9	0	0
D.S.MULT.	98				12		PEDIATRIA	39			5	1		0	0	0	17
NIDO	31						NEONATOL.	62			2			0	21	0	0
PUNTO N./GIN	37			13			T.I./RIANIMAZ	49			1	4		0	23	0	0
							UTIC	50			2			0	5	1	0
							PSICHIATRIA	40			11	1		0	2	0	0
T.I./RIANIMAZ.	49		1	5			LIBERA PROF.	67			1	1	1	2	9	0	0
UTIC	50			3			totale			5	137	15	6	0	5	0	0
LIBERA PROF.	67			1	1	1								0	11	1	0
<b>totale</b>			<b>5</b>	<b>104</b>	<b>9</b>	<b>13</b>								<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
														<b>10</b>	<b>241</b>	<b>26</b>	<b>19</b>

### Alcuni dati di attività ospedaliera

Si segnalano alcuni dati di attività degli anni 2022 -2024, con particolare riferimento alla degenza, ordinaria ed in DH.

SEDE	ANNO 2022		
	TIPOLOGIA RICOVERI	CASI	VALORE (€)
Emergenza Covid-19	R.O.	397	2.021.080
OSPEDALE VERBANIA	R.O.	4.245	13.421.546
	DH/DS	963	1.191.832
OSPEDALE DOMODOSSOLA	R.O.	3.817	15.996.566
	DH/DS	1.692	2.199.191
TOTALE R.O.		8.459	31.439.192
TOTALE DH/DS		2.655	3.391.023
<b>TOTALE</b>		<b>11.114</b>	<b>34.830.215</b>

\*

SEDE	ANNO 2023		
	TIPOLOGIA RICOVERI	CASI	VALORE (€)
Emergenza Covid-19	R.O.	205	994.934
OSPEDALE VERBANIA	R.O.	4.558	14.642.414
	DH/DS	1.083	1.333.216
OSPEDALE DOMODOSSOLA	R.O.	3.852	16.270.862
	DH/DS	1.812	2.363.243
TOTALE R.O.		8.615	31.908.210
TOTALE DH/DS		2.895	3.696.459
<b>TOTALE</b>		<b>11.510</b>	<b>35.604.669</b>

\*

SEDE	ANNO 2024		
	TIPOLOGIA RICOVERI	CASI	VALORE (€)
Emergenza Covid-19	R.O.	102	504.878
OSPEDALE VERBANIA	R.O.	4.622	14.660.995
	DH/DS	962	1.246.439
OSPEDALE DOMODOSSOLA	R.O.	3.687	15.273.995
	DH/DS	1.772	2.222.809
TOTALE R.O.		8.411	30.439.868
TOTALE DH/DS		2.734	3.469.248
<b>TOTALE</b>		<b>11.145</b>	<b>33.909.115</b>

## 5. Risultato del conto consuntivo 2024

Con deliberazione n. 414 del 30 aprile 2025 è stato adottato il bilancio consuntivo 2024 e trasmesso in Regione per il relativo iter procedurale.

Dalla relazione del Direttore Generale, allegata al bilancio consuntivo 2024, si riprende il prospetto riepilogativo che mette a confronto il conto consuntivo 2024 dapprima con il conto consuntivo 2023 e poi con il bilancio di previsione 2024.

<b>COD</b>	<b>DESCRIZIONE</b>	<b>CONSUNTIVO 2024_(A)</b>	<b>CONSUNTIVO 2023_(B)</b>	<b>Delta_(A-B)</b>	<b>PREVISIONE 2024_(C)</b>	<b>Delta_(A-C)</b>
A1.1	Contributi F.S.R. indistinto	330.479.452,52	320.356.823,64	10.122.628,88	312.782.711,69	17.696.740,83
A1.2	Contributi F.S.R. vincolato	6.236.757,98	6.758.364,18	-521.606,20	8.283.532,14	-2.046.774,16
A1	Contributi F.S.R.	336.716.210,50	327.115.187,82	9.601.022,68	321.066.243,83	15.649.966,67
A2.1	Saldo mobilità in compensazione infra	-13.002.076,93	-12.024.746,68	-977.330,25	-13.571.134,88	569.057,95
A2.2	Saldo mobilità non in compensazione infra	-1.680.714,87	-1.427.942,78	-252.772,09	-1.444.077,27	-236.637,60
A2.3	Saldo mobilità in compensazione extra	-1.001.071,98	1.946.669,84	-2.947.741,82	4.554.561,14	-5.555.633,12
A2.4	Saldo mobilità non in compensazione extra	-44.956,97	-79.745,75	34.788,78	-65.600,00	20.643,03
A2.5	Saldo infragruppo regionale	-32.772.710,26	-15.418.224,38	17.354.485,88	-28.720.739,45	-4.051.970,81
A2.6	Saldo mobilità internazionale	0,00	0,00	0	0,00	0
A2	Saldo Mobilità	-48.501.531,01	-27.003.989,75	21.497.541,26	-39.246.990,46	-9.254.540,55
A3.1a	Ulteriori Trasferimenti Pubblici - Ministero	0,00	0,00	0	0,00	0
A3.1b	Ulteriori Trasferimenti Pubblici - Regione o Provincia Autonoma	1.036.851,31	2.073.369,61	-1.036.518,30	1.194.941,82	-158.090,51
A3.1c	Ulteriori Trasferimenti Pubblici - Altro	3.008.707,50	2.265.555,06	743.152,44	2.929.156,44	79.551,06
A3.1	Ulteriori Trasferimenti Pubblici	4.045.558,81	4.338.924,67	-293.365,86	4.124.098,26	-78.539,45
A3.2	Ticket	3.701.069,64	3.435.834,97	265.234,67	3.350.500,00	350.569,64
A3.3	Altre Entrate Proprie	4.736.243,49	5.159.011,48	-422.767,99	4.973.530,57	-237.287,08
A3	Entrate Proprie	12.482.871,94	12.933.771,12	-450.899,18	12.448.128,83	34.743,11
A4.1	Ricavi Intramoenia	2.969.516,82	2.702.744,29	266.772,53	2.850.000,00	119.516,82
A4.2	Costi Intramoenia	2.176.016,89	1.932.695,92	243.320,97	1.563.000,00	613.016,89
A4	Saldo Intramoenia	793.499,93	770.048,37	23.451,56	1.287.000,00	-493.500,07
A5.1	Rettifica contributi F.S.R. per destinazione ad investimenti	-640.518,30	-2.166.525,34	1.526.007,04	-1.649.239,92	1.008.721,62
A5.2	Rettifica ulteriori Trasferimenti Pubblici per destinazione ad investimenti	0,00	0,00	0	0,00	0
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-640.518,30	-2.166.525,34	1.526.007,04	-1.649.239,92	1.008.721,62
A6.1	Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	2.030.170,36	1.391.730,76	638.439,60	368.803,06	1.661.367,30
A6.2	Accantonamenti per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizio in corso	219.374,67	948.003,94	-728.629,27	59.765,00	159.609,67
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	1.810.795,69	443.726,82	1.367.068,87	309.038,06	1.501.757,63
A	Totale Ricavi Netti	302.661.328,75	312.092.219,04	-9.430.890,29	294.214.180,34	8.447.148,41
B1.1a	Personale Sanitario - Dipendente	81.623.659,33	79.562.185,17	2.061.474,16	77.148.119,93	4.475.539,40
B1.1b	Personale Non Sanitario - Dipendente	130.136,53	245.319,25	-115.182,72	273.000,00	-142.863,47
B1.1	Personale Sanitario	81.753.795,86	79.807.504,42	1.946.291,44	77.421.119,93	4.332.675,93
B1.2a	Personale Non Sanitario - Dipendente	23.801.723,15	22.615.121,99	1.186.601,16	23.877.497,60	-75.774,45
B1.2b	Personale Non Sanitario - Non Dipendente	599.684,78	935.008,54	-335.323,76	477.000,00	122.684,78

COD	DESCRIZIONE	CONSUNTIVO 2024_(A)	CONSUNTIVO 2023_(B)	Delta_(A-B)	PREVISIONE 2024_(C)	Delta_(A-C)
B1.2	Personale Non Sanitario	24.401.407,93	23.550.130,53	851.277,40	24.354.497,60	46.910,33
B1	Personale	106.155.203,79	103.357.634,95	2.797.568,84	101.775.617,53	4.379.586,26
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	8.401.433,19	20.279.633,51	-11.878.200,32	7.058.000,00	1.343.433,19
B3.1	Altri Beni Sanitari	17.815.525,67	17.880.924,32	-65.398,65	19.512.510,69	-1.696.985,02
B3.2	Beni Non Sanitari	1.242.850,16	1.388.416,72	-145.566,56	1.313.645,00	-70.794,84
B3.a.1	Pulizia, Riscaldamento e Smaltimento rifiuti	6.549.013,19	6.298.294,53	250.718,66	6.690.000,00	-140.986,81
B3.a.3	Altri servizi appaltati	4.042.834,28	4.118.424,02	-75.589,74	4.623.183,36	-580.349,08
B3.a	Servizi Appalti	17.941.736,73	17.430.885,90	510.850,83	19.268.247,68	-1.326.510,95
B3.b	Servizi Utenze	3.732.782,97	3.574.511,69	158.271,28	4.056.615,00	-323.832,03
B3.c	Consulenze	3.267.400,22	2.961.323,81	306.076,41	2.476.241,31	791.158,91
B3.d	Rimborsi, Assegni e Contributi	1.236.157,12	1.524.883,45	-288.726,33	1.181.885,00	54.272,12
B3.e	Premi di assicurazione	1.039.692,16	1.785.465,70	-745.773,54	1.029.485,42	10.206,74
B3.f	Altri Servizi Sanitari e Non	23.361.769,04	22.654.158,02	707.611,02	15.981.648,22	7.380.120,82
B3.g	Godimento Beni di Terzi	2.844.288,20	2.732.007,83	112.280,37	3.195.755,00	-351.466,80
B3.	Servizi	53.423.826,44	52.663.236,40	760.590,04	47.189.877,63	6.233.948,81
B3	Altri Beni e Servizi	72.482.202,27	71.932.577,44	549.624,83	68.016.033,32	4.466.168,95
B4.1	Ammortamenti e Sterilizzazioni	729.530,67	746.825,90	-17.295,23	722.653,04	6.877,63
B4.2	Costi Sostenuti in Economia	0,00	0,00	0	0,00	0
B4	Ammortamenti e Costi Capitalizzati	729.530,67	746.825,90	-17.295,23	722.653,04	6.877,63
B5	Accantonamenti	7.315.313,55	3.322.619,50	3.992.694,05	2.970.464,72	4.344.848,83
B6	Variazione Rimanenze	508.357,71	724.640,05	-216.282,34	0,00	508.357,71
B	Totale Costi Interni	195.592.041,18	200.363.931,35	-4.771.890,17	180.542.768,61	15.049.272,57
C1	Medicina Di Base	19.710.180,85	19.399.605,45	310.575,40	19.571.000,00	139.180,85
C2	Farmaceutica Convenzionata	22.414.875,91	21.452.928,72	961.947,19	21.700.000,00	714.875,91
C3.1	Prestazioni da Privato - Ospedaliera	54.491.874,09	52.570.605,31	1.921.268,78	56.346.033,17	-1.854.159,08
C3.2a	Prestazioni da Privato - Ambulatoriale (assistenza specialistica)	10.218.892,23	9.510.716,30	708.175,93	8.033.566,81	2.185.325,42
C3.2b	Prestazioni da Sumaisti	1.916.237,85	1.894.011,13	22.226,72	2.040.604,38	-124.366,53
C3.2	Prestazioni da Privato - Ambulatoriale	12.135.130,08	11.404.727,43	730.402,65	10.074.171,19	2.060.958,89
C3.3	Prestazioni da Privato - Riabilitazione Extra Ospedaliera	7.570.939,66	5.136.493,61	2.434.446,05	7.074.200,46	496.739,20
C3.4a	Trasporti Sanitari Da Privato	2.246.420,73	2.407.529,04	-161.108,31	2.369.767,76	-123.347,03
C3.4b	Assistenza Integrativa e Protesica da Privato	3.041.128,75	3.946.156,93	-905.028,18	2.914.650,00	126.478,75
C3.4c.1	Assistenza Psichiatrica Residenziale e Semiresidenziale da Privato	2.463.531,89	2.598.718,28	-135.186,39	2.394.482,00	69.049,89
C3.4c.2	Distribuzione di Farmaci e File F da Privato	1.462.998,42	1.381.780,51	81.217,91	1.324.700,00	138.298,42
C3.4c.3	Assistenza Termale da Privato	19.811,60	18.263,52	1.548,08	21.000,00	-1.188,40
C3.4c.4	Prestazioni Socio-Sanitarie da Privato	17.592.386,66	19.003.116,67	-1.410.730,01	18.563.767,34	-971.380,68
C3.4c	Prestazioni da Privato - Altro	21.538.728,57	23.001.878,98	-1.463.150,41	22.303.949,34	-765.220,77
C3.4	Altre Prestazioni da Privato	26.826.278,05	29.355.564,95	-2.529.286,90	27.588.367,10	-762.089,05
C3	Prestazioni da Privato	101.024.221,88	98.467.391,30	2.556.830,58	101.082.771,92	-58.550,04
C	Totale Costi Esterni	143.149.278,64	139.319.925,47	3.829.353,17	142.353.771,92	795.506,72
D	Totale Costi Operativi (B+C)	338.741.319,82	339.683.856,82	-942.537,00	322.896.540,53	15.844.779,29
E	Margine Operativo (A-D)	-36.079.991,07	-27.591.637,78	-8.488.353,29	-28.682.360,19	-7.397.630,88
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie	-370.808,58	-562.096,13	191.287,55	-500.000,00	129.191,42
F2	Saldo Gestione Finanziaria	11.625,10	12.375,49	-750,39	9.000,00	2.625,10
F3	Oneri Fiscali	8.054.534,04	7.881.875,10	172.658,94	7.954.678,39	99.855,65
F4.1	Componenti Straordinarie Attive	2.753.173,42	2.554.344,06	198.829,36	131.200,00	2.621.973,42

COD	DESCRIZIONE	CONSUNTIVO 2024_(A)	CONSUNTIVO 2023_(B)	Delta_(A-B)	PREVISIONE 2024_(C)	Delta_(A-C)
F4.2	Componenti Straordinarie Passive	1.361.480,91	750.272,34	611.208,57	20.500,00	1.340.980,91
F4	Saldo Gestione Straordinaria	-1.391.692,51	-1.804.071,72	412.379,21	-110.700,00	-1.280.992,51
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	6.303.658,05	5.528.082,74	775.575,31	7.352.978,39	-1.049.320,34
G	<b>Risultato Economico (E-F)</b>	<b>-42.383.649,12</b>	<b>-33.119.720,52</b>	<b>-9.263.928,60</b>	<b>-36.035.338,58</b>	<b>-6.348.310,54</b>
H	Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	0,00	0,00	0	0,00	0
I	<b>Risultato Economico con risorse aggiuntive LEA (G+H)</b>	<b>-42.383.649,12</b>	<b>-33.119.720,52</b>	<b>-9.263.928,60</b>	<b>-36.035.338,58</b>	<b>-6.348.310,54</b>

Dall'esame della relazione del Direttore Generale, allegata al bilancio consuntivo 2024, si riporta il commento al risultato del conto consuntivo 2024.

*"Il bilancio d'esercizio 2024 espone una perdita pari a 42.383.649,12 euro in aumento rispetto al consuntivo 2023 per 9.263.928,60 euro. Tale perdita è correlabile a diversi fattori (come si evidenzia dal Conto Economico e da quanto esposto nella presente Relazione) che si possono così sintetizzare:*

- *Peggioramento del saldo di mobilità per ben 21.497.541,26 euro su cui pesa l'incremento del Saldo negativo della categoria Infragruppo Regionale che dalla fine dell'anno 2023 comprende i costi dell'attività di acquisto centralizzato dei prodotti farmaceutici e vaccini e altri prodotti sanitari (MUSA) con riversamento dei costi da parte dell'azienda capofila ASL di Novara. Si segnala inoltre che per la prima volta da molti anni il saldo della mobilità extra regionale si presenta negativo sia per l'aumento della mobilità passiva che per la minore produzione delle strutture private accreditate del territorio per cittadini fuori regione.*
- *Aumento dei costi per acquisto di farmaci in particolar modo delle categorie oncologici a somministrazione endovenosa ed orale, biologici immunosoppressori, per malattie rare e dermatologici e dispositivi medici, in questo ultimo caso correlati ad un aumento dell'attività (elettrofisiologia e attività laboratorio analisi)*
- *Aumento di spesa per costi del personale (rinnovi contrattuali, incremento fondi )*
- *Aumento dei costi per servizi non sanitari quali il servizio di cloud e i costi per start UP Musa e gestione magazzini*
- *Aumento costi Farmaceutica convenzionata derivanti sia dal nuovo sistema di remunerazione che penalizza Aziende come la Asl VCO con un levato numero di farmacie rurali e sussidiate che dall'aumento di ricette derivato dalla riclassificazione di alcuni farmaci, come glipine e glipine/associazione (antidiabetici orali molto costosi) che in seguito a determinazione AIFA, hanno cambiato canale distributivo, passando dalla distribuzione ospedaliera al territorio.*

*Si ritiene inoltre opportuno evidenziare ancora una volta come le possibilità di efficientamento siano strettamente connesse anche alle condizioni strutturali e logistiche in cui l'Azienda si trova ad operare e che condizionano di fatto la possibilità di mettere in campo azioni capaci di sostanziali mutamenti in termini di ulteriore efficientamento dei percorsi diagnostici e di cura, di ulteriore risparmio energetico, di migliore gestione del personale e conseguentemente di riduzione di costi".*

## **6. Sottosezione II del P.I.A.O. 2024 relativa alla “*Performance*”: aree strategiche**

Le aree strategiche, come indicato del PIAO anno 2024 (di cui alla deliberazione n. 73 del 31.01.2024), sono le seguenti:

### ***Area Strategica: Promozione della salute e prevenzione malattie***

La tutela della salute collettiva viene garantita attraverso il Dipartimento di Prevenzione, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita e dando attuazione al primo livello essenziale di Assistenza Sanitaria Collettiva in Ambiente di Vita e di Lavoro che comprende tutte le attività preventive rivolte ai singoli ed alle collettività. Si richiama, a questo proposito, la messa in atto delle azioni previste nel Piano Locale di Prevenzione (PLP) in coerenza con gli indirizzi del P.R.P. ; – la prosecuzione dell’attività di screening oncologici; – l’adozione di politiche di area vasta – quadrante.

### ***Area Strategica: Assistenza territoriale***

Il distretto, nel definire, a livello territoriale, le politiche per la salute, promuove la presa in carico del paziente dall’inizio sino al completamento del suo percorso di salute. Obiettivo prioritario, per l’anno 2024, è l’attuazione delle azioni volte a realizzare il P.N.R.R. che prevede la messa in atto dei progetti con riferimento a n. 3 Case di Comunità ed all’Ospedale di comunità. La centrale operativa territoriale (C.O.T.) ha preso avvio a fine 2022, nel 2023 si è perfezionato il funzionamento definendo protocolli operativi. Si intende, inoltre, rafforzare la continuità ospedale-territorio investendo sulla figura dell’infermiere di famiglia e comunità. Nel 2024 si proseguirà nella messa in atto del Piano cronicità come da programmazione specifica.

### ***Area Strategica: Assistenza ospedaliera***

Si intende: - realizzare una progressiva deospedalizzazione attraverso l’attuazione di politiche per limitare l’uso improprio del ricovero ospedaliero e generare appropriatezza, lavorando sui percorsi di continuità assistenziale; - fornire piena collaborazione alle aziende viciniori al fine di realizzare una rete ospedaliera integrata a livello sovrazonale; - mettere in atto azioni volte a perseguire l’umanizzazione delle cure – gestire il rischio infettivo attraverso l’attività svolta dall’UPRI; - mettere in atto le azioni del P.N.R.R.; - realizzare il Piano di recupero per le liste di attesa e procedere ad una revisione di tipo strutturale della rete ospedaliera del VCO.

### ***Area Strategica: Trasparenza, Prevenzione della Corruzione, Privacy***

Si tratta di mettere in atto le azioni in materia di trasparenza e di prevenzione della corruzione così come definite nella sezione 2 del PIAO, proseguendo nella valorizzazione della cultura dei valori di etica, integrità, legalità a tutti i livelli dell’azienda. In materia di privacy si intende proseguire nell’adeguamento al G.D.P.R.,

nell'attivazione di corsi formativi sul tema e di momenti di approfondimento su problematiche specifiche.

#### **Area Strategica: *Governo economico-finanziario***

Si tratta di un vincolo più che di un obiettivo in quanto occorre razionalizzare il livello di spesa nell'ambito delle risorse disponibili, pur garantendo i livelli essenziali di assistenza. Si intende realizzare un miglior controllo e contenimento dei costi, con particolare riferimento alla spesa farmaceutica, alla spesa per dispositivi medici ed alla spesa riferita al personale. Si intende, inoltre, tendere al miglioramento dei livelli produttivi (con riferimento all'attività di ricovero e specialistica) come da obiettivi regionali.

Si procederà all'utilizzo dei fondi di cui al P.N.R.R. per l'ammodernamento del parco tecnologico e digitale nel rispetto dei tempi della programmazione operativa. Si lavorerà sul tema dell'efficientamento energetico.

#### **Area Strategica: *Governo clinico***

Riguarda le azioni atte a migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'intero sistema sotto il profilo delle qualità. In particolare, si intende perseguire l'appropriatezza delle prestazioni erogate (che riguarda tutte le aree da quella della prevenzione, all'area territoriale ed ospedaliera), contribuendo ad una maggior efficacia nell'uso dei servizi sanitari ed all'ottimizzazione delle risorse economiche, peraltro sempre più scarse, ricercando, costantemente, la sostenibilità economica.

In particolare l'azienda è impegnata: **a)** nella messa in atto delle indicazioni regionali per la gestione del rischio clinico e delle disposizioni fornite dall'Unità di Gestione del Rischio Clinico dell'ASL VCO; **b)** nell'applicazione degli adempimenti previsti dalla Rete Oncologica Piemontese (D.G.R. n. 51 – 2485 del 23.11.2015), tenendo conto dei relativi indicatori e standard; **c)** nel rispetto degli standard previsti nel Piano Nazionale Esiti (PNE); **d)** nell'attuazione del "Nuovo sistema di Garanzie (NSG)" e nella verifica del posizionamento dell'azienda rispetto alla griglia LEA; **e)** nella messa in atto delle 18 Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza del paziente; - **f)** nella digitalizzazione dei processi come previsto nell'agenda digitale.

L'Azienda si è impegnata, anche nel 2023, nel mantenimento degli stoli di eccellenza conseguiti: bollini rosa/ONDA/UNICEF. In particolare le onorificenze riconosciute all'azienda nel 2023 sono state le seguenti: - n° 3 bollini rosa, per il 2024-2025, all'Ospedale "Castelli" di Verbania da parte della Fondazione Onda; - encomio "Best practice-Bollino azzurro" da Fondazione Onda, sono stati premiati i Direttori della Soc Urologia e della Soc RRF per il percorso messo in atto.

L'Azienda, inoltre, ha partecipato alla sesta edizione del "Lean Healthcare Award" che ha previsto la possibilità per le aziende sanitarie, pubbliche e private, di presentare progetti volti all'innovazione ed alla creatività. L'Azienda ha vinto il premio eccellenze sanitarie con il progetto "*LEAN per l'informatizzazione del percorso chirurgico e la programmazione della riduzione delle liste di attesa*".

### ***Area Strategica: Salute e sicurezza dei luoghi di lavoro***

Si assegna particolare importanza alla formazione in materia di sicurezza sul lavoro con particolare riferimento all'attivazione di corsi di formazione obbligatoria.

### ***Area Strategica: Innovazione***

Si tratta di un'area che è trasversale rispetto a quelle sopra richiamate.

Si intende riferirsi all'innovazione:

Tecnologica	prevede l'implementazione della telemedicina con specifici progetti
Organizzativa	si realizza con la definizione di modelli gestionali legati a percorsi Lean
Strutturale	si realizza con la messa in atto di interventi strutturali finanziati con risorse del P.N.R.R. o con altri finanziamenti.

#### **Innovazione tecnologica**

Per quanto attiene all'innovazione tecnologica occorre osservare che i progetti che diventeranno operativi nel 2024, per poi proseguire negli anni seguenti, vengono di seguito rappresentati.

#### **Progetto di televisita**

Si tratta di un progetto che prevede la possibilità, da parte degli specialisti, di programmare delle visite di controllo in modalità teleconsulto, perciò da remoto, evitando che il paziente si rechi nelle strutture sanitarie.

#### **Cabine di televisita**

L'Azienda, per perseguire l'obiettivo di potenziare l'assistenza territoriale e favorire la capillarità dei servizi e la maggior equità di accesso alle prestazioni mediche, ha avviato una sperimentazione in ambito di telemedicina (con atto n. 605 del 18.7.2023 si è deliberato l'avvio del progetto) prevedendo l'utilizzo di una cabina medica che raggruppa strumenti di misurazione, sensori, monitor ed un sistema di comunicazione che consentono, in tempo reale, l'effettuazione di visite mediche a distanza (televisite).

In tal modo è possibile acquisire e condividere dati sanitari tra medico (MMG, Specialista Ambulatoriale), collegato da remoto, e paziente. In sostanza si possono effettuare esami clinici che non richiedono l'esame obiettivo del paziente, si possono avanzare ipotesi diagnostiche e monitorare i parametri clinici ottenendo, per via telematica, la documentazione inherente alla visita effettuata ed ai pazienti. E' inoltre possibile stampare promemoria, ricette e referti. L'accesso avviene su prenotazione utilizzando agende dedicate riservate alle prestazioni di controllo.

L'obiettivo è di potenziare l'Assistenza di prossimità, soprattutto nelle aree interne, montane e rurali svantaggiate a causa delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio.

Ad oggi alla sperimentazione hanno aderito i Comuni di Formazza e di Macugnaga mettendo a disposizione appositi locali all'interno dei Comuni ove collocare la cabina. Si tratta di Comuni raggiunti da collegamenti di rete stabili e di adeguata banda trasmissiva.

La gestione dell'accoglienza e l'assistenza all'uso delle cabine presso le sedi dei 2 Comuni verrà garantita dall'ASL che metterà a disposizione proprio personale nei giorni e nelle ore stabilite di concerto con le amministrazioni comunali. E' previsto il potenziamento delle attività di supporto tramite la individuazione di personale locale che possa garantire maggiore flessibilità organizzativa.

#### Progetto di Teleodontoiatria

Asl VCO, nell'ambito della telemedicina in aree montane, ha avviato la progettazione e la sperimentazione della Teleodontoiatria quale strumento che, sfruttando le opportunità delle tecnologie della diagnostica per immagini, può potenziare l'assistenza territoriale e agevolare la capillarità dei servizi e la maggiore equità di accesso alle prestazioni mediche.

Il progetto sarà utile a garantire le cure ortodontiche e odontoiatriche alle persone che risiedono in aree geograficamente svantaggiose, riducendo al minimo gli spostamenti, customizzare le cure rivolte alle persone fragili (anziani, bambini in età evolutiva, pazienti con disabilità), validando un prototipo di centro-servizi odontotecnico/ortodontico in grado di facilitare l'erogazione dei programmi di prevenzione e cura previsti dai lea odontoiatrici, e consentendo all'Azienda una appropriata ed efficace presa in carico del paziente odontoiatrico. Il progetto rappresenta anche uno strumento importante per sensibilizzare il paziente alla cura della salute della propria bocca e mettere quindi in atto adeguati protocolli di prevenzione e cura; inoltre è molto utile anche nel follow-up del mantenimento di adeguati livelli di igiene orale e/o nel controllo periodico di patologie alle mucose orali.

Nella fase progettuale si dovrà strutturare un servizio di tele-odontoiatria portando direttamente nelle comunità alcuni servizi che oggi è tecnologicamente possibile remotizzare, in maniera da garantire, da remoto, le seguenti prestazioni:

- a. visita odontoiatrica mediante tele-visita;
- b. acquisizione delle immagini in 3D del cavo orale, mediante scanner intraorale;
- c. elaborazione delle immagini mediante software dedicato e certificato;
- d. elaborazione della diagnosi;
- e. eventuale produzione di dispositivi medici ortodontici da informazioni digitalizzate;
- f. visite di controllo.

Il servizio si baserà su una rete di professionisti sanitari (odontoiatri, odontotecnici, igienisti dentali) e su una rete di punti di accesso (es. case di comunità, ambulatori territoriali, farmacie), un centro servizi (anche in Cloud).

A tal fine è stata stipulata, con deliberazione n. 773 del 4.10.20123, una convenzione con il Dipartimento di Scienze della Salute dell'Università del Piemonte Orientale per acquisire la consulenza finalizzata alla progettazione, al supporto tecnico-scientifico ed alla successiva supervisione della sperimentazione del servizio di teleodontoiatria.

#### Innovazione tecnologica e ammodernamento del parco tecnologico aziendale (grandi attrezzi)

Nell'ambito dei finanziamenti PNNR sono in corso di acquisizioni attrezzature tecnologiche di alta tecnologia e elevato costo (acceleratori lineari, TAC, RNM, ecografi di alta gamma) la cui contestualizzazione operativa consente di migliorare sia qualitativamente che quantitativamente le prestazioni erogate. Costituisce obiettivo la realizzazione della operatività nei tempi inprevisti dal PNNR.

#### Innovazione organizzativa

Per quanto attiene all'innovazione organizzativa va osservato che, nel biennio 2022-2023, è stata messa in atto una formazione sul campo in merito alla metodologia Lean per fornire gli strumenti di comprensione del metodo, peraltro di facile applicabilità, che consente di snellire i percorsi clinici ottimizzando le diverse fasi ed abbattendo gli sprechi. E' stato predisposto e realizzato, nel 2023, un progetto di oggetto "*LEAN: per l'informatizzazione del percorso chirurgico e la programmazione della riduzione delle liste di attesa*". Si tratta di un progetto fortemente voluto dalla Direzione Generale che ha visto il coinvolgimento di un gruppo di professionisti sanitari dell'Azienda che hanno dimostrato abilità di adattamento organizzativo durante la fase pandemica.

Gli obiettivi del progetto hanno riguardato: la digitalizzazione del percorso chirurgico, l'ottimizzazione del pre-ricovero e la riorganizzazione delle liste di attesa secondo classi di priorità, il miglioramento dei tempi di trasferimento del paziente in sala operatoria dai reparti chirurgici e l'organizzazione della formazione dei sanitari coinvolti al fine di acquisire competenze specialistiche ed avanzate. Il progetto si allinea alla missione aziendale che pone al centro dell'attenzione il paziente, con i suoi bisogni, in un'ottica di umanizzazione delle cure. Con questo progetto l'Azienda ha vinto il premio alle eccellenze sanitarie 2023.

Nel 2024 il progetto verrà messo in atto per l'area medica, con particolare riferimento alla continuità ospedale-territorio.

#### Innovazione strutturale

Si realizza con la messa in atto di interventi strutturali finanziati:

- con risorse del P.N.R.R. per la realizzazione di un Ospedale di Comunità, di 3 Case di Comunità, di una Centrale Operativa Territoriale
- con altri finanziamenti di fonte nazionale e regionale da utilizzare per l'ammodernamento /rigenerazione dei Presidi Ospedalieri di Verbania e di Domodossola.

\*

Le aree strategiche, a loro volta, sono state declinate in obiettivi strategici (obiettivi definiti anche tenuto conto dei documenti di programmazione nazionali e regionali, integrati con le esigenze strategiche aziendali).

Gli obiettivi strategici vengono poi tradotti in obiettivi operativi annuali che vengono assegnati ai Direttori: - di Dipartimento, delle Sos Dipartimentali - delle Strutture complesse aziendali - delle Sos in staff alla Direzione Generale, delle sos amministrative, delle funzioni e di ciascun dirigente. Nella scheda obiettivi annuale 2024 verrà indicato, per ciascun obiettivo, l'indicatore e lo standard. Nella declinazione degli obiettivi 2024 ai Direttori di Struttura si terrà conto degli obiettivi che verranno assegnati, per l'anno 2024, dalla Regione Piemonte ai Direttori Generali.

## **7. Sistema di misurazione e valutazione della Performance**

Nell'ambito della sottosezione 2.2 del P.I.A.O. 2024 relativa alla Performance si è dedicato un apposito paragrafo per descrivere il sistema di misurazione e valutazione della performance, che viene di seguito illustrato.

L'azienda adotta un processo attraverso il quale, nel quadro degli obiettivi, delle risorse, delle strategie e dei programmi previsti dagli atti di programmazione regionali ed aziendali, pianifica, su base annuale, e con riferimento ai diversi soggetti cui sono conferiti incarichi di responsabilità, gli obiettivi da perseguire, le risorse a tal fine destinate. La verifica dei risultati e degli scostamenti, positivi o negativi, dalle previsioni di budget, costituisce elemento fondamentale per la valutazione dei Responsabili.

Al fine di guidare le strutture verso il raggiungimento della missione aziendale viene utilizzato il sistema di reporting (con la predisposizione di report da parte della Struttura in staff alla Direzione Generale, Controllo di Gestione), che consente di mettere a disposizione dell'Azienda una serie di informazioni indispensabili per confrontare gli obiettivi prefissati con i risultati conseguiti, permettendo, nel caso si evidenzino criticità, di introdurre tempestive azioni correttive.

Il processo di budget si articola in una serie di fasi attraverso le quali, annualmente, la Direzione Generale, con il supporto delle strutture di staff:

- a) elabora le linee annuali sulla base della programmazione regionale e locale – assegna il budget generale a disposizione per l'esercizio di riferimento – richiama gli obiettivi strategici da perseguire. Tutto ciò con il coinvolgimento del Collegio di Direzione;
- b) predisponde una scheda obiettivi, per ogni struttura aziendale;
- c) raccolte le schede obiettivi, debitamente sottoscritte, assume l'atto deliberativo;
- d) effettua un monitoraggio periodico dell'andamento degli obiettivi in funzione della loro scadenza e della loro rilevanza. A questo proposito, a cadenza trimestrale, la Struttura in Staff alla Direzione Generale, Controllo di Gestione, mette a disposizione della Direzione Generale e dei Direttori dei Dipartimenti/Sos Dipartimentali, Soc e Sos in staff alla Direzione Generale alcuni report (per quanto riguarda i dati di spesa e di produzione) per verificare che l'andamento della gestione sia in linea con gli obiettivi previsti, anche al fine di adottare eventuali azioni correttive. Qualora lo scostamento sia stato determinato dal sopraggiungere di condizioni esterne che hanno modificato

la situazione originaria i Direttori di Dipartimento/Struttura possono chiedere alla Direzione Generale l'attivazione della procedura di revisione dell'obiettivo a suo tempo assegnato, motivandone la richiesta. La procedura di revisione viene gestita dalla Direzione Generale con il supporto delle strutture di staff, che ne comunica l'esito all'Organismo Indipendente di Valutazione. Gli obiettivi possono essere modificati/integrati dalla Direzione Generale in corso d'anno, anche per effetto dell'assegnazione, al Direttore Generale, degli obiettivi annuali da parte della Regione. Nell'ambito della scheda obiettivi assegnata ad ogni Direttore di Dipartimento, di Sos Dipartimentale, di Soc, di Sos in staff al Direttore Generale, di funzione a ciascun obiettivo è assegnato un peso; la somma totale del peso di tutti gli obiettivi è pari a 100.

Collaborazione viene fornita anche dalla Struttura funzionale Tecnica permanente per la misurazione della performance

L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.), l'anno successivo a quello di riferimento, valuta il raggiungimento degli obiettivi assegnati, annualmente, ai singoli Direttori di Dipartimento, di Sos Dipartimentale, di Soc, di Sos in staff al Direttore Generale, di funzione. Per effettuare la valutazione l'O.I.V. utilizza la reportistica resa dalla Struttura in Staff alla Direzione Generale, Controllo di Gestione, e agisce in sinergia con la Struttura funzionale Tecnica Permanente per la misurazione della performance (costituita con atto deliberativo n. 126 del 31.3.2015, successivamente integrata con atto n. 790 del 2.8.2018). Inoltre l'O.I.V. tiene conto della relazione trasmessa da ciascun Direttore, delle informazioni ed elaborazioni fornite dai soggetti titolati a detenerle o produrle, della relazione predisposta dai Coordinatori eventualmente individuati per specifici obiettivi, degli indicatori e standard che costituiscono parte integrante della scheda obiettivi.

Sulla scorta delle informazioni così ottenute l'O.I.V. valuta il grado di raggiungimento degli obiettivi effettuando verifiche dirette rispetto ai dati rilevati ed alla documentazione pervenuta e anche visite a campione. Nel caso di difformità tra dati a disposizione e gli esiti delle verifiche l'O.I.V. analizzerà lo scostamento riscontrato. La valutazione finale di risultato è espressa come percentuale complessiva di raggiungimento ottenuta effettuando la somma delle percentuali di raggiungimento dei singoli obiettivi moltiplicato per il valore in "peso" rispettivamente assegnato.

Terminata la valutazione gli esiti del controllo vengono trasmessi dalla segreteria al Direttore Generale che, in base alle risultanze, assume gli atti di competenza.

Dopo che il Direttore Generale ha preso formalmente atto delle risultanze del lavoro dell'O.I.V. le stesse vengono trasmesse all'Ufficio Personale che provvede ad erogare, per quell'anno, il saldo degli incentivi.

## **8. Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)**

Con atto deliberativo n. 221 del 15.03.2024, dopo l'espletamento del relativo iter procedurale in conformità alla normativa vigente, è stato nominato il nuovo O.I.V con durata triennale composto dal Dr Provera come Presidente e, come componenti, dall'Ing Robotto e dalla Prof.ssa Simonelli. Tenuto conto che, in data 19.09.2024, l'Ing Robotto ha rassegnato le dimissioni si è attivato l'iter per la sostituzione e, con deliberazione n. 355 del'11.04.2025, è stato nominato, per un triennio, il Direttore della Soc Distretto di Chivasso - San Mauro (ASL TO), Dr. Mauro Trioni. Il nuovo O.I.V è così composto:

Presidente	Dr. Maurizio Provera
Componente	Dr. Mauro Trioni
Componente	Dr.ssa Maria Rosaria Simonelli

L'attività dell'O.I.V. è normata dalle disposizioni del Dipartimento per la Funzione Pubblica e dall'A.N.A.C.

## **9. Obiettivi anno 2024**

Nell'ambito della Relazione annuale sulla Performance riferita all'anno 2024 si fa riferimento:

- agli obiettivi che, nel 2024, la Direzione Generale ha declinato ai Direttori: di Dipartimento, delle Sos Dipartimentali, delle Strutture Complesse, ai Responsabili delle Sos in Staff e di Supporto alla Direzione Generale, alle Sos Amministrative, alle Funzioni (si richiama le deliberazioni nn. 525 del 27.06.2024 e n. 571 del 16.07.2024).
- agli obiettivi assegnati, per l'anno 2024, dalla Regione Piemonte al Direttore Generale, con DGR n. 7-8279 dell'11.3.2024, obiettivi che sono poi stati declinati a tutti i Direttori/Responsabili di Struttura.

### **9.1. Obiettivi assegnati dalla Direzione Generale ai Direttori di Struttura per l'anno 2024**

Lo schema della scheda obiettivi prevista per l'anno 2024 ed assegnata ai Direttori/Responsabili delle strutture aziendali (ovvero dei Direttori di Dipartimento, dei Direttori: - delle Sos Dipartimentali, - delle Strutture complesse e delle Sos in staff alla Direzione Generale, delle Sos amministrative, delle Funzioni), ricomprende una serie di sezioni di seguito riportate.

<b>1</b>	Obiettivi regionali	Si richiede la messa in atto delle azioni di competenza volte a perseguire gli obiettivi assegnati dalla Regione ai Direttori Generali per l'anno 2024. Si richiede, inoltre, per l'anno 2024:
----------	---------------------	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- il recupero delle liste di attesa, rinviando al Piano straordinario per il recupero delle liste di attesa;</li> <li>- l'aumento dell'attività produttiva ospedaliera ed ambulatoriale rispetto all'anno 2023;</li> <li>- Il recupero, laddove possibile, della mobilità passiva.</li> </ul>
2	Azioni strategiche aziendali	<p>Si tratta di obiettivi che tengono conto della messa in atto di alcune azioni strategiche aziendali:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- messa in atto dell'azione 6 "Salute" del P.N.R.R. (che si articola nelle 2 componenti: 1. reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale; 2. innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale);</li> <li>- messa in atto di obiettivi di valore;</li> <li>- messa in atto azioni per la realizzazione di attività innovative;</li> <li>-attenzione alla sostenibilità economica ed all'efficientamento energetico;</li> <li>- miglioramento dei livelli produttivi (attività di ricovero e specialistica).</li> </ul>
3	Governo clinico	<p>Si intende realizzare: il programma di accreditamento istituzionale – il raggiungimento degli standard previsti nel PNE - la messa in atto del Programma regionale rischio clinico – l'applicazione del nuovo sistema di garanzia (N.S.G.)- la messa in atto di raccomandazioni ministeriali per la sicurezza del paziente – gli adempimenti riferiti alla rete oncologica – la digitalizzazione dei processi come da agenda digitale.</p>
4	Salute e sicurezza sul lavoro	<p>Si richiede la messa in atto, nel 2024, di interventi volti al rispetto della normativa in materia di sicurezza sul lavoro e di rischio antincendio in qualità di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con particolare attenzione alla partecipazione ai corsi obbligatori sulla sicurezza anche da parte dei collaboratori.</p>
5	Prevenzione corruzione/ Trasparenza /Privacy	<p>Si prevede: - la collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nella sezione 2 del PIAO riferita alla prevenzione della corruzione e trasparenza. E' inoltre richiesta l'applicazione della normativa privacy come prerequisito.</p>

## 9.2. Obiettivi assegnati dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2024

Con D.G.R. n. 7-8279 dell'11.3.2024 sono stati assegnati, per l'anno 2024, ai Direttori Generali/Commissari delle aziende sanitarie regionali, ai sensi dell'art. 2, comma 2, del D.Lgs n. 171/2016 e smi, i seguenti obiettivi di attività.

DESCRIZIONE OBIETTIVI/SUB - OBIETTIVI		PESO
<b>OBIETTIVO 1.</b>	<b>GOVERNO DEI FATTORI PRODUTTIVI</b>	
<b>Sub Ob. 1.1</b>	Bilancio	13
<b>Sub Ob. 1.2</b>	Appropriatezza prescrittiva: immunoglobuline	5
<b>Sub Ob. 1.3</b>	Appropriatezza prescrittiva: ossigeno	5
<b>Sub Ob. 1.4</b>	Appropriatezza prescrittiva: acquisti diretti	5
<b>Sub Ob. 1.5</b>	Allineamento registri AIFA e Flussi	3
<b>OBIETTIVO 1.</b>	<b>GESTIONE DELLE RISORSE STRATEGICHE</b>	
<b>Sub Ob. 1.6</b>	Politica di gestione delle risorse umane	6
<b>OBIETTIVO 2</b>	<b>EDILIZIA SANITARIA</b>	
<b>Sub Ob. 2.1</b>	Attuazione interventi della programmazione regionale	6
<b>OBIETTIVO 3.</b>	<b>SANITA' DIGITALE</b>	
<b>Sub Ob. 3.1</b>	Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0	6
<b>OBIETTIVO 4.</b>	<b>QUALITA'</b>	
<b>Sub Ob. 4.1</b>	Tempi di attesa. Flusso CUP e flusso C	8
<b>Sub Ob. 4.2</b>	Tempi di attesa e recupero produzione	8
<b>Sub Ob. 4.3</b>	Recupero mobilità passiva	7
<b>Sub Ob. 4.4</b>	Monitoraggio e garanzia LEA – Sistema NSG	6
<b>Sub Ob. 4.5</b>	Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI	1
<b>Sub Ob. 4.6</b>	Donazioni d'organo	1
<b>Sub Ob. 4.7</b>	Programma regionale per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente	2
<b>OBIETTIVO 5.</b>	<b>PREVENZIONE</b>	
<b>Sub Ob. 5.1</b>	Attuazione piano di recupero delle prestazioni di screening	7
<b>Sub Ob. 5.2</b>	Contrasto all'antibiotico resistenza	5
<b>OBIETTIVO 6.</b>	<b>AZIENDA ZERO E ASR</b>	
<b>Sub Ob. 6.1</b>	Assistenza domiciliare	-
<b>Sub Ob. 6.2</b>	Miglioramento nella gestione e misurazie del boarding	6
<b>Totale</b>		<b>100</b>

A questi obiettivi si deve aggiungere, con carattere preliminare rispetto al sistema obiettivi nel suo complesso, l'obiettivo volto al rispetto dei tempi di pagamento previsto dall'art. 1, comma 865, della Legge n. 145/2018 (legge di Bilancio 2019).

La relazione (e la documentazione a supporto) è stata inviata in Regione il 28.2.2025 con lettera prot n 14888. Si rinvia alla relazione, allegata quale parte integrante e sostanziale del

presente documento, laddove sono descritte le azioni messe in atto. Copia della relazione è stata inviata alla Rappresentanza della Conferenza dei Sindaci che ha espresso parere positivo.

Tali obiettivi sono stati declinati a tutte le strutture/funzioni aziendali.

## **10. Valutazione degli obiettivi anno 2024 da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)**

Prima di iniziare l'iter valutativo il Presidente ed i Componenti O.I.V. hanno invitato la segreteria O.I.V. a richiedere, a coloro i quali erano stati individuati come Referenti per i singoli obiettivi, di fornire il report di supporto e/o un rapporto in merito al grado di perseguitamento dell'obiettivo, domandando, se necessario, eventuali ulteriori approfondimenti/informazioni ai Direttori di Struttura e/o alla Direzione Generale laddove ritenuto utile al fine di meglio comprendere la situazione di contesto.

I componenti O.I.V., nell'ambito temporale compreso tra il 24 gennaio ed il 25 giugno, hanno effettuato la verifica annuale del raggiungimento degli obiettivi anno 2024, redigendo appositi verbali per ciascun incontro. La valutazione finale di risultato è stata espressa come percentuale complessiva di raggiungimento ottenuta effettuando la somma delle percentuali di raggiungimento dei singoli obiettivi moltiplicato per il valore in "peso" rispettivamente assegnato.

Terminata la valutazione da parte dell'OIV di tutte le strutture aziendali, di seguito riportate, e dei dipartimenti aziendali, gli esiti del controllo sono stati trasmessi dalla segreteria al Direttore Generale per gli adempimenti di competenza.

Le Strutture/Funzioni valutate sono state le seguenti:

<b>STRUTTURE/FUNZIONI</b>
Soc ANATOMIA PATHOLOGICA
Soc ANESTESIA E RIANIMAZIONE
Sos Dip ATTIVITA' CONSULTORIALE
Soc CARDIOLOGIA
Soc CHIRURGIA GENERALE DOMODOSSOLA E VERBANIA
Sosd DAY SURGERY MULTIDISCIPLINARE
Sosd ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA
Soc DIpSA
Sosd ENDOSCOPIA DELL'APPARATO DIGERENTE
Soc DISTRETTO VCO
Soc DIREZIONE SANITARIA PRESIDI OSPEDALIERI VERBANIA E DOMODOSSOLA
Soc FARMACIA
Sosd GERIATRIA
Soc LABORATORIO ANALISI

Soc MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI
Soc MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA
Soc MEDICINA INTERNA DOMODOSSOLA
Soc MEDICINA INTERNA VERBANIA
Sosd MEDICINA LEGALE
Soc NEFROLOGIA E DIALISI
Soc NEUROLOGIA
Soc NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
Soc OCULISTICA
Soc ONCOLOGIA
Soc ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DOMODOSSOLA
Soc ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA VERBANIA
Soc OSTETRICIA GINECOLOGIA
Soc OTORINOLARINGOIATRIA
Soc PEDIATRIA
Sos staff PSICOLOGIA
Soc RADIOLOGIA
Sosd RADIOTERAPIA
Soc RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE (RRF)
Soc SERVIZIO SALUTE MENTALE TERRITORIALE
Soc SERD
Soc SIAN
Soc SIMT
Soc SISP
Soc SPRESAL
Soc UROLOGIA
Soc VETERINARIO AREA A
Sosd VETERINARIO AREA B
Sosd VETERINARIO AREA C
Soc AFFARI GENERALI LEGALI E ISTITUZIONALI
Sos ORGANI ORGANISMI COLL SUPPORTO STRATEGICO
Sos CONTENZIOSO SUPPORTO LEGALE - ASSICURAZIONI
Sos LIBERA PROFESSIONE UFFICIO CONVENZIONI
Sos staff CONTROLLO DI GESTIONE
Soc GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA E PATRIMONIO
Soc GESTIONE PERSONALE E RELAZIONI SINDACALI
Sos ACQUISIZIONE E GESTIONE GIURIDICA DEL PERSONALE
Sos GESTIONE ECONOMICA DEL PERSONALE E RELAZIONI SINDACALI
Soc LOGISTICA E SERVIZI INFORMATICI
Sos in STAFF TECNICO E COORDINAMENTO AZIENDALE NUOVO OSPEDALE

Sos ICT
Funzione FORMAZIONE
UFFICIO COMUNICAZIONE E URP
Sos in staff PREVENZIONE E PROTEZIONE
Sos in staff STRUTTURA VIGILANZA
Funzione GESTIONE INTEGRALE DEL RISCHIO CLINICO AZIENDALE E GOVERNO CLINICO MEDICAL MALPRACTICE
Funzione GESTIONE GOVERNO CLINICO QUALITA' ACCREDITAMENTO
Funzione MEDICO COMPETENTE
Funzione PROGRAMMAZIONE E PROGETTAZIONE SANITARIA INTEGRATA

Le schede obiettivi sono state anche assegnate ai Direttori dei 5 dipartimenti aziendali: Patologie Mediche, Patologie Chirurgiche, Materno Infantile, Servizi Diagnostici e Terapie di supporto, Dipartimento di Prevenzione.

Rispetto alle n. 63 Strutture/Funzioni, a seguito dell'iter valutativo da parte dell'OIV, si rappresenta la percentuale di raggiungimento raggruppata nelle seguenti fasce:

% Percentuale di raggiungimento	Numero Strutture/Funzioni
Tra il 91% e il 100%	58
Tra l'80% e il 90%	5
Sotto 80%	0
<b>Totale</b>	<b>63</b>

I 5 Dipartimenti hanno raggiunto il 100%.

La Soc Gestione Personale e Formazione, successivamente alla validazione della Relazione sulla Performance da parte dell'O.I.V., potrà provvedere ad erogare il saldo degli incentivi.

\*

La Soc Gestione Personale e Relazioni Sindacali ha provveduto:

- a determinare, in via provvisoria, per l'anno 2024, i fondi di finanziamento delle competenze accessorie per l'Area sanità, come risultanti dalla Relazione tecnico finanziaria allegata alla deliberazione n. 659 del 14.08.2024 e certificata dal Collegio Sindacale in data 08.08.2024 con verbale n. 30;
- a determinare, in via provvisoria, per l'anno 2024, i fondi di finanziamento delle competenze accessorie per il personale del Comparto sanità, come risultanti dalla Relazione tecnico finanziaria allegata alla deliberazione n. 944 del 13.12.2024 e certificata dal Collegio Sindacale in data 13.11.2024 con verbale n. 33;
- a determinare, in via provvisoria, per l'anno 2024, i fondi di finanziamento delle competenze accessorie per l'area della dirigenza professionale, tecnica e

amministrativa, come risultanti dalla Relazione tecnico finanziaria allegata alla deliberazione n. 792 del 22.10.2024 e certificata dal Collegio Sindacale in data 10.09.2024 con verbale n. 31.

## **11. Anticorruzione e Trasparenza anno 2024**

L'art. 10, comma 3, del D.Lvo n. 33/2013 (e s.m.i.), prevede che gli obiettivi indicati nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e trasparenza siano formulati in collegamento con la programmazione strategica ed operativa dell'Azienda definita nel Piano della Performance e negli altri documenti di programmazione aziendale. Di fatto, nell'ambito della sezione 2 del PIAO 2024 dedicato alla performance, si rileva un paragrafo riferito al collegamento del Piano della Performance con il Piano di prevenzione della corruzione e trasparenza.

L'Organismo indipendente di valutazione (ai sensi dell'art. 41, comma 1, lett. h), del D.Lvo n. 97/2016 che ha introdotto, nell'art. 1 della L. n. 190/2012) ha anche il compito di verificare che i Piani triennali per la prevenzione della corruzione siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico gestionale e che, nella misurazione e valutazione della performance, si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione ed alla trasparenza. L'Azienda ha posto attenzione alla coerenza tra il P.T.P.C.T. ed il Piano annuale della performance. La prevenzione ed il contrasto della corruzione (vedi L. n. 190/2012 e sm.i.) e la promozione della trasparenza (vedi D.Lvo n. 33/2013 e s.m.i.) sono ricompresi in un'area strategica dell'azienda.

Con atto n. 75/2024 è stato adottato il P.I.A.O. dell'ASL VCO 2024-2026 (aggiornamento 2024) e, nella sezione 2, di oggetto "*Valore pubblico, performance e anticorruzione*", è ricompresa la sottosezione riferita alla prevenzione della corruzione. Il documento è stato pubblicato nel sito dell'ASL VCO, sezione Amministrazione Trasparente.

Il Piano è stato trasmesso ai Direttori/Responsabili di Soc, Sosd, Sos in staff al fine di prenderne visione e darne la massima diffusione ai propri collaboratori. Nel piano si è anche previsto di effettuare un'attività di monitoraggio finalizzata alla verifica dell'efficacia dei sistemi di prevenzione adottati ed alla successiva eventuale messa in atto di ulteriori strategie di prevenzione. Nel corso del 2024 sono stati effettuati momenti di monitoraggio in tema di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

Si prende atto che, anche nell'ambito della scheda obiettivi 2024 assegnati dal Direttore Generale ai Direttori di Sos Dipartimentali/di Soc e di Sos in staff, di Funzione è stata inserita una sezione di oggetto "Prevenzione della corruzione/trasparenza".

Nell'ambito della sottosezione del PIAO riferita alla prevenzione della corruzione sono state definite le strategie di prevenzione dell'illegalità con l'obiettivo di aumentare la capacità di scoprire eventuali situazioni corruttive e creare un contesto sfavorevole al loro verificarsi, ricomprensendo non solo la gamma di delitti contro la pubblica amministrazione (disciplinati dal codice penale), ma anche i casi in cui – a prescindere dalla rilevanza penale – si evidenzi un malfunzionamento a causa dell'uso a fini privati delle funzioni, ovvero l'inquinamento dell'azione amministrativa.

In tale sottosezione si può rilevare uno stretto collegamento con: - il ciclo della performance, anche relativamente alla prevenzione della corruzione ed alla trasparenza; il Piano formativo aziendale in quanto è previsto l'inserimento di sessioni formative, anche per quanto attiene la prevenzione della corruzione all'interno del Piano annuale di Formazione; - l'organizzazione ed il capitale umano attraverso il Codice di Comportamento che rappresenta una misura di prevenzione che rafforza l'emersione di valori positivi all'interno ed all'esterno dell'amministrazione.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza ha predisposto, nel rispetto del termine del 31.01.2025 ed in conformità a quanto disposto dalla L. n. 190/2012, una relazione (pubblicata sul sito, nella rubrica "Amministrazione Trasparente" sezione, Altri contenuti, sottosezione Prevenzione della corruzione) in merito allo stato di attuazione del Piano con riguardo all'anno 2024.

Per quanto attiene il tema della formazione si segnala che è stato attivato, anche per l'anno 2024, il corso fad in materia di prevenzione della corruzione dal titolo "*Prevenzione della corruzione e trasparenza della Pubblica Amministrazione*". Nel corso del 2024 sono state effettuate più edizioni di tale corso.

Per quanto riguarda la misura di prevenzione della corruzione legata alla rotazione del personale anche nel 2024 la rotazione è stata messa in atto, in azienda, nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione. Nelle strutture a rischio corruttivo nelle quali è difficile applicare la rotazione del personale come misura di prevenzione contro la corruzione sono state adottate scelte organizzative o altre misure di natura preventiva con effetti analoghi: - sono state predisposte modalità operative che consentano una maggior condivisione delle attività fra gli operatori, evitando l'isolamento di certe mansioni; - sono state definite check list da utilizzare dagli operatori nelle attività di controllo dei processi più esposti a rischio corruttivo.

Si precisa che in azienda non si è reso necessario adottare provvedimenti di rotazione straordinaria del personale (di cui all'art. 16, comma 1, lett. 1quater, D.Lgs 165/2001 legate all'avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva).

In merito alla trasparenza, con riguardo all'anno 2024, occorre rilevare che l'OIV ha effettuato, alla luce della delibera ANAC n. 192 del 07.05.2025, la verifica sulla pubblicazione, completezza, aggiornamento e sull'apertura del formato dei documenti elencati con riguardo all'anno 2024. La rilevazione relativa all'attestazione, al 31.05.2025, in merito al grado di assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui alla richiamata Delibera ANAC è stata, da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione, chiusa ed acquisita al sistema con numero di registrazione 85742 (come risulta dalla sezione amministrazione trasparente – sottosezione controlli e rilievi sull'amministrazione – organismi indipendenti di valutazione).

A fronte della presenza, in azienda, di una procedura per la presentazione e gestione di segnalazioni di condotte illecite da parte di dipendenti pubblici (idonea a garantire la riservatezza dell'identità del segnalante art. 54bis, coma 2, D.Lgs n. 165/2001), va precisato che, anche nel corso dell'anno 2024, non sono pervenute segnalazioni.

**Allegato** alla “Relazione annuale sulla performance anno 2024”:

*“Relazione in merito al raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione al Direttore Generale dell’ASL VCO con DGR n. 7-8279 dell’11.3.2024 per l’anno 2024” del 27.02.2025.*

Gli allegati alla relazione in merito agli obiettivi 2024 assegnati al Direttore Generale da parte della Regione Piemonte sono a disposizione presso la segreteria O.I.V.



**A.S.L. V.C.O.**

*Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola*

**OBIETTIVI ECONOMICO-GESTIONALI, DI SALUTE E  
DI FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI  
ASSEGNAZI AL DIRETTORE GENERALE  
PER L'ANNO 2024  
CON  
D.G.R. N 7-8279 dell'11.3.2024**

**- RELAZIONE ANNO 2024-**

**Omegna, 27.02.2025**

## Premessa

Con D.G.R. n. 7-8279 dell'11.03.2024 sono stati assegnati ai Direttori Generali/Commissari delle aziende sanitarie regionali, ai sensi dell'art. 2, comma 2, del D.Lgs n. 171/2016 e smi e dell'art. 1, comma 865, della L. n. 145/2018 gli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi per l'anno 2024. Sono stati declinati i seguenti obiettivi:

DESCRIZIONE OBIETTIVI/SUB – OBIETTIVI		PESO
<b>OBIETTIVO 1.</b>		
	<b>GOVERNO DEI FATTORI PRODUTTIVI</b>	
<b>Sub Ob. 1.1</b>	Bilancio	13
<b>Sub Ob. 1.2</b>	Appropriatezza prescrittiva: immunoglobuline	5
<b>Sub Ob. 1.3</b>	Appropriatezza prescrittiva: ossigeno	5
<b>Sub Ob. 1.4</b>	Appropriatezza prescrittiva: acquisti diretti	5
<b>Sub Ob. 1.5</b>	Allineamento registri AIFA e Flussi	3
<b>OBIETTIVO 1.</b>		
<b>GESTIONE DELLE RISORSE STRATEGICHE</b>		
<b>Sub Ob. 1.6</b>	Politica di gestione delle risorse umane	6
<b>OBIETTIVO 2</b>		
<b>EDILIZIA SANITARIA</b>		
<b>Sub Ob. 2.1</b>	Attuazione interventi della programmazione regionale	6
<b>OBIETTIVO 3.</b>		
<b>SANITA' DIGITALE</b>		
<b>Sub Ob. 3.1</b>	Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0	6
<b>OBIETTIVO 4.</b>		
<b>QUALITA'</b>		
<b>Sub Ob. 4.1</b>	Tempi di attesa. Flusso CUP e flusso C	8
<b>Sub Ob. 4.2</b>	Tempi di attesa e recupero produzione	8
<b>Sub Ob. 4.3</b>	Recupero mobilità passiva	7
<b>Sub Ob. 4.4</b>	Monitoraggio e garanzia LEA – Sistema NSG	6
<b>Sub Ob. 4.5</b>	Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI	1
<b>Sub Ob. 4.6</b>	Donazioni d'organo	1
<b>Sub Ob. 4.7</b>	Programma regionale per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente	2
<b>OBIETTIVO 5.</b>		
<b>PREVENZIONE</b>		
<b>Sub Ob. 5.1</b>	Attuazione piano di recupero delle prestazioni di screening	7
<b>Sub Ob. 5.2</b>	Contrasto all'antibiotico resistenza	5
<b>OBIETTIVO 6.</b>		
<b>AZIENDA ZERO E ASR</b>		
<b>Sub Ob. 6.1</b>	Assistenza domiciliare	-
<b>Sub Ob. 6.2</b>	Miglioramento nella gestione e misurazione del boarding	6
	<b>Totale</b>	<b>100</b>

A questi obiettivi si deve aggiungere, con carattere preliminare rispetto al sistema obiettivi nel suo complesso, **l'obiettivo volto al rispetto dei tempi di pagamento** previsto dall'art. 1, comma 865, della Legge n. 145/2018 (legge di Bilancio 2019).

La relazione e la documentazione a supporto verranno trasmesse all'indirizzo di posta elettronica: [obiettividgres@regione.piemonte.it](mailto:obiettividgres@regione.piemonte.it)

Copia della relazione verrà inviata alla Rappresentanza della Conferenza dei Sindaci per l'espressione del parere di competenza da rendersi entro il 30 aprile 2025.

\*\*\*

Con riferimento agli obiettivi assegnati dalla Regione per l'anno 2024, tenuto conto degli indicatori e del valore dell'obiettivo stabilito, si relaziona quanto segue.

**Per quanto attiene all'obiettivo preliminare volto al rispetto dei tempi di pagamento** (previsto dall'art. 1, comma 865, della Legge n. 145/2018 (legge di Bilancio 2019), si rileva quanto segue:

L'indicatore al 31/03/2024 si attesta su un risultato di - 0,39 giorni (pagamento a 60 giorni)
L'indicatore al 30/06/2024 si attesta su un risultato di - 8,88 giorni (pagamento a 60 giorni)
L'indicatore al 30/09/2024 si attesta su un risultato di - 1,69 giorni (pagamento a 60 giorni)
L'indicatore al 31/12/2024 si attesta su un risultato di - 7,32 giorni (pagamento a 60 giorni)
<b>Indicatore annuale 2024: -5,02 (pagamento a 60 giorni).</b>

L'obiettivo è raggiunto. Durante tutto l'esercizio 2024 la situazione di cassa è stata costantemente monitorata per una situazione di minor liquidità in parte creatasi per il minor fondo cassa disponibile al 1° gennaio 2024. Tuttavia la stretta collaborazione con il competente servizio regionale, a cui sono state prontamente segnalate le situazioni di carenza, ha permesso di mantenere i pagamenti entro i termini previsti dalla norma e di conseguire l'obiettivo preliminare.

Si evidenzia che, non appena la Regione ha assegnato gli obiettivi per l'anno 2024 il Direttore Generale ha inviato in Regione la nota prot. 21702 del 28.3.2024 (**All. 1**) con la quale, su taluni obiettivi, ha effettuato alcune osservazioni in merito a criticità preesistenti al raggiungimento degli obiettivi. Peraltro nella lettera si è formalizzato quanto già verbalmente anticipato nell'incontro di analisi degli obiettivi svoltosi presso la Direzione Sanità il 22.3.2024.

## **OBIETTIVO 1. - GOVERNO DEI FATTORI PRODUTTIVI**

### **OBIETTIVO 1.1 BILANCIO**

- a) Realizzazione degli investimenti sanitari:** l'Azienda si è attenuta alle direttive regionali procedendo con acquisti/investimenti con carattere di somma urgenza. Si rinvia al prospetto (**All. 2**) che fornisce il dettaglio degli investimenti autofinanziati per un importo pari ad € 1.018.877,33.
- b) Circolarizzazione dei crediti e monitoraggio incassi aziendali annualità 2023 e ante:** l'attività di circolarizzazione viene normalmente applicata ed anche il monitoraggio dei crediti. Con lettera prot 47706 del 19.7.2024 (**All. 3**) l'ASL ha effettuato la ricognizione dei crediti aziendali verso terzi oltre alla relazione sullo stato delle azioni volte al recupero di detti crediti. Tutti gli uffici coinvolti stanno procedendo, come consueto, con le attività di recupero sia per ticket che per fatture ed altre tipologie di ricavi. Per l'anno 2024 le richieste di circolarizzazione hanno riguardato: – Saldi Aziende Sanitarie Regione Piemonte – Saldi debito fornitori (compresi Avvocati, Studio fiscale e Assicurazioni) – Saldo credito clienti. Si veda anche la lettera prot asl vco n. 48327 del 23.7.2024 (**All. 4**) con la quale, con riguardo alla gestione dei crediti, è stato compilato ed inviato in Regione un "Questinario crediti ASR". Si veda anche il successivo invio con lettera prot n. 50189 dell'1.8.2024 (**All. 5**).
- c) Governo attivo delle note di credito:** per l'Asl VCO si tratta unicamente di note di credito da ricevere che devono essere emesse dalla Casa di Cura Eremo di Mazzina, richieste per la fatturazione eccedente la produzione riconoscibile. Si provvede ogni anno a relazionare alla Regione in quanto si tratta di richieste di note di credito riferite anche ad anni pregressi che la Casa di Cura non ha ancora emesso nonostante la richiesta, da parte dell'ASL VCO, venga costantemente e sistematicamente ripetuta. Sulla produzione 2015 e 2016 è in corso un contenzioso presso il Tribunale di Verbania promosso dalla casa di Cura nei confronti della Regione e dall'Azienda.
- d) Monitoraggio costante del contenzioso:** il monitoraggio viene effettuato in collaborazione con l'ufficio Legale che provvede ad aggiornare trimestralmente il prospetto di valutazione del contenzioso. Con nota prot. n. 1992 del 10 gennaio 2025 l'Ufficio Legale aziendale ha provveduto alla trasmissione della tabella di

ricognizione del contenzioso aziendale aggiornata al 31.12.2024. In base alle risultanze la contabilità ha previsto un accantonamento al fondo cause civile.

#### **SUB OBIETTIVO 1.1.1: Pianificazione obiettivi di efficientamento aziendale e rendicontazione aziendale con cadenza trimestrale**

Con nota protocollo 22491 del 23.09.2024 la Regione Piemonte ha trasmesso indicazioni tecnico-operative per la trasmissione della relazione aziendale in merito all'obiettivo 1.1.1 Bilancio, da trasmettere entro il 10 10 2024. Con lettera prot 65655 del 10 10 2024, che si allega (**All. 6**), è stata inviata la relazione in Regione.

#### **SUB OBIETTIVO 1.1.2: Riconduzione dei costi aziendali 2024 e delle attività sanitarie relative alla produzione sanitaria dei Presidi ospedalieri a gestione diretta e dei presidi territoriali al consuntivo 2019 o altri target concordati con la Direzione Sanità entro il 30 09 2024.**

Il Bilancio di previsione 2024, approvato con deliberazione n. 245/23 03 2024, espone una perdita pari a €36.035.338. Nel mese di agosto 2024 la Regione ha richiesto la formulazione di una nuova previsione quale risultato atteso 2024 che riporta una perdita pari a € 49.372.914,71. Con Determinazione n. 19 del 15 gennaio 2025 ad oggetto “*Riparto 2024 del Fondo Sanitario ed entrate da Payback agli Enti del S.S.R.*” la Regione ha attribuito il finanziamento per l'anno 2024 alle ASR, trattenendo in GSA le entrate da pay back. Tenuto conto di tale determinazione il risultato al 31 dicembre 2024 evidenzia una perdita pari ad € 43.243.888,03, confermando l'impossibilità per l'Azienda di riportare il bilancio in una situazione di equilibrio.

Per la puntuale analisi di tutte le categorie di costi si rimanda alla Relazione del Direttore Generale al CE IV Trimestre 2024. Tuttavia nel prospetto (**All. 7**) si elencano le categorie di costi che, in misura più significativa, risultano in aumento rispetto al consuntivo 2019 e che erano peraltro già state oggetto di approfondimenti nella relazione aziendale in merito all'obiettivo 1.1.1 “Bilancio” trasmessa con la richiamata lettera prot. n. 65655 del 10 ottobre 2024 a cui si rimanda. Ciò anche al fine di esaminare le azioni di efficientamento messe in campo dall'Azienda (vedi anche sub obiettivo 1.1.3).

### **OBIETTIVO 1.2: APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA IMMUNOGLOBULINE**

Azioni intraprese per raggiungere l'obiettivo alla data del 31.12.2024
Si sono svolte le riunioni del Tavolo tecnico coordinato da Azienda Zero nelle seguenti date: 25/03, 17/04 e 29/04 alle quali l'ASL Vco ha partecipato. Gli incontri hanno portato all'elaborazione del documento “ <b>Appropriatezza prescrittiva: Immunoglobuline</b> ” prot n. 2024 emesso il 30/04/2024 ( <b>All. 8</b> ) (prot.asl vco n. 29254/2024). Il documento propone linee di indirizzo e strategie di ottimizzazione per richiamare l'uso appropriato delle IG ad uso endovenoso e sottocute nelle diverse indicazioni. <u>Prossime azioni coordinate da Azienda Zero e definite nel documento consistono in una riunione del GDL Azienda zero che si è svolta il 26/02/2025.</u>
A seguito dell'elaborazione del documento regionale si è lavorato a livello aziendale per ottimizzare l'uso di Immunoglobuline.
Risultati raggiunti
<b>Indicatore 1.2.1:</b> istituzione di un tavolo di lavoro coordinato da Azienda Zero <b>Valore Obiettivo:</b> entro il 15 marzo 2024 e conclusione delle attività entro il 30 aprile 2024. <b>Risultati:</b> Elaborazione da parte di Azienda Zero della prima versione del documento “ <b>Appropriatezza prescrittiva: Immunoglobuline</b> ” emesso il 30/04/2024 (Prot. n. 29254/2024). <u>Sub obiettivo raggiunto.</u>
<b>Indicatore 1.2.2:</b> n° grammi IG 2024/ n° grammi IG 2023 <u>Valore indicatore ASL VCO anno 2023: 4.395 grammi (pari a 879 flaconi da 5 g)</u> <b>Valore Obiettivo:</b> per ciascuna ASR: n° grammi 2024 inferiore o uguale a n° grammi 2023. <b>Risultati:</b> Parametri osservati nell'indicatore: Il volume sottoposto a monitoraggio per quanto attiene all'indicatore in oggetto, consiste nel sottoinsieme di erogazioni in file F tipologia 06, per i soli residenti piemontesi. Le IG ad uso endovenoso sono tracciate nel flusso F tipologia 06.

**Risultati al 30/11/2024** (*Fonte dati:* Report PADDI consolidato al 30/11/2024 **All.9**): 879 conf pari a **4.395 grammi**.  
**(consumo uguale al 2023).**

Dall'andamento di consumo sul sistema File F aziendale il dato al **30/11/2024** risulterebbe confermato al **31/12/2024** (dato non consolidato su PADDI). Sub Obiettivo raggiunto

A livello aziendale sono state messe in atto azioni, condivise tra la SC Farmacia ed alcune strutture aziendali (DSA, DSO, e Clinici) ponendo attenzione, principalmente, sulla gestione dei singoli casi, andando a focalizzare, e quindi migliorare, alcuni aspetti prescrittivi quali la dose ed il regime posologico per ottimizzare le terapie. Verificato l'uso appropriato nell'indicazione d'uso, ci si è focalizzati sulla possibile applicazione di riduzione di frequenza, dosaggi e rimodulazione della dose rispetto al peso corporeo.

Durante l'anno 2024 l'approvigionamento di IG vena è stato effettuato tramite fornitura da scambio plasma e non è stato necessario effettuare integrazioni di ordini sul mercato libero.

### **OBIETTIVO 1.3: APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA OSSIGENO**

#### **1. Azioni intraprese per raggiungere l'obiettivo alla data del 31.12.2024**

Si sono svolte le riunioni del Tavolo tecnico coordinato da Azienda Zero nelle date: 26/03, 16/04 e 24/04. Gli incontri hanno portato all'elaborazione della prima versione del documento **“Appropriatezza prescrittiva: Ossigeno”** emesso il 30/04/2024 (Prot. n. 29242/2024). Il documento propone linee di indirizzo sull'uso appropriato dell'ossigeno e sulle modalità di razionalizzazione dei consumi. Si è svolto un ulteriore incontro del Gruppo di lavoro dell'Azienda zero il 26/02/2025.

Azioni intraprese interne ASL VCO: – In data 23 aprile la SOC Farmacia, in sinergia con il Referente dei flussi dell'ICT, ha partecipato ad una riunione richiesta dal Settore Farmaceutico regionale e dal CSI circa i dati pubblicati su PADDI dei consumi di Ossigeno. Da una analisi è emerso, per tutte le ASR, una incongruenza dei metri cubi riportati nel flusso 2023. Sono quindi state chiarite e definite le modalità di invio dei flussi dell'Ossigeno per l'anno 2024. Per armonizzare il dato del 2023 il giorno stesso dell'incontro le ASR hanno ricevuto dal Settore Farmaceutico regionale un file da compilare per l'indagine circa le modalità di caricamento dell'ossigeno nei flussi. Il file era propedeutico ad un secondo file che il CSI ha inviato alle ASR con i fattori di conversione appositi per la correzione dei flussi in metro cubo. A seguito di tali azioni si è proceduto a riconvertire il file del flusso relativo all'anno 2023 corretto direttamente dal CSI e, per i flussi del 2024, è stato applicato dall'ICT un estrattore per convertire il dato in metro cubo; – il 7/5/24 si è svolto un incontro tra la SOC Farmacia, DSA ed il Direttore di Distretto per la presentazione del documento e per coordinare le azioni con i medici prescrittori. In data 20/05/24 si è tenuto incontro organizzato dalla SOC Farmacia con la DSO e con gli specialisti prescrittori ASL (Medicina di Domodossola e di Verbania, Geriatria, Oncologia e con il Direttore del Dipartimento delle Patologie Mediche per presentare il documento e condividere le azioni per ottimizzare la prescrizione specialistica e lo shift verso il concentratore; – il 26/06/2024 la SOC Farmacia ha organizzato, in collaborazione con i tecnici della ditta che fornisce l'ossigeno, un incontro di presentazione sul corretto utilizzo dei concentratori rivolto ai Medici specialisti prescrittori; – il 30/08/2024 la Farmacia ha inviato le risposte al questionario elaborato da Azienda Zero relativo al monitoraggio regionale dell'obiettivo dopo la pubblicazione del documento regionale; – l'11/09/2024, in occasione della riunione della Commissione distrettuale ai sensi della legge 425/96, la SOC Farmacia ha condiviso il tutto con i componenti della commissione coinvolgendoli nel rinnovo dei Piani Terapeutici di pazienti stabili che non necessitano di rinnovo da parte dello specialista.

Durante l'anno 2024 la SOC Farmacia ha condiviso con la Ditta che fornisce l'ossigeno un'azione di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva sul “programma Vitalairegate” in modo da fornire ai medici prescrittori degli alert immediati che indirizzino alla prescrizione di concentratori per i pazienti naive che rispondono ai criteri di eleggibilità. Gli esiti di tali incontri hanno portato alla definizione di indicatori di appropriatezza di prescrizione dei concentratori che sono stati presentati nella riunione del 20/05 ai Medici Prescrittori. Inoltre il 21/06/2024 la SOC Farmacia ha inviato una comunicazione ufficiale (nota prot. n. 41269) a tutti i prescrittori per ufficializzare l'avvenuta implementazione del portale Vitalairegate dei criteri di eleggibilità. Inoltre, in collaborazione con la Ditta

che fornisce l'ossigeno, è stato implementato il controllo dei Piani Terapeutici in scadenza con invio mensile alla Farmacia di report di monitoraggio ed invio di un messaggio al paziente con avviso di PT in scadenza. La SOC Farmacia ha effettuato aggiornamenti periodici sui pazienti deceduti. Inoltre, per monitorare le attivazioni di concentratori, è stato predisposto un report di monitoraggio trimestrale aziendale rivolto ai medici prescrittori (medicina Domodossola e Verbania, Geriatria, Oncologia e DEA) relativo al numero di concentratori attivati.

## 2. Risultati raggiunti

**Indicatore 1.3.1:** istituzione di un tavolo di lavoro coordinato da Azienda Zero

**Valore Obiettivo:** entro il 15 marzo 2024 e conclusione delle attività entro il 30 aprile 2024.

**Risultati Obiettivo:** Elaborazione da parte di Azienda Zero del documento "Appropriatezza prescrittiva: ossigeno" prot. 4620 emesso il 30/04/2024 (**All. 10**) (prot asl vco n. 29242/2024).

Sub obiettivo 1.3.1 raggiunto.

**Indicatore 1.3.2:** quantità per acquisti diretti per gas medicinali Regione totale anno 2024/ quantità per acquisti diretti per gas medicinali Regione anno 2023

**Valore indicatore ASL VCO anno 2023:** **765.106 mc.**

**Valore Obiettivo:** per ciascuna ASR: quantità in mc anno 2024 minore o uguale all'anno 2023 per ciascuna ASR

**Risultato Obiettivo al 30/11/2024 ossigeno Domiciliare + Ossigeno ospedaliero (dato consolidato su PADDI)**

(**All. 11**) Report consolidato al 30/11/2024): **744.942 mc.**

**Proiezione al 31/12/2024:** pari a **812.664 mc** (+ circa 6% di consumo rispetto al valore obiettivo dell'anno 2023, ovvero + circa 47.500 mq. Proiettando il dato al 31.12.2024 si registrerebbe uno sforamento dal valore obiettivo di circa + 6% (dato da confermare) con una conseguente previsione di raggiungimento dell'obiettivo del 94%.

Tuttavia occorre sottolineare che i dati di monitoraggio di PADDI si riferiscono alla somma in Metrocubo di Ossigeno Ospedaliero e Ossigeno Domiciliare. Nell'elaborazione del documento condiviso con Azienda zero ci si è focalizzati sulle azioni di ottimizzazione riferiti alla gestione dell'Ossigeno Domiciliare. Elaborando i dati di consumo del solo Ossigeno Domiciliare al 31.12.2023 (pari a **603.059,4 mc**) vs il 31.12.2024 (pari a **594.014,2 mc**) si registra un calo di consumo nel 2024. Questo a supporto del fatto che le azioni intraprese, sopra riportate, hanno di fatto diminuito i consumi perciò il sub obiettivo 1.3.2 può considerarsi raggiunto.

## OBIETTIVO 1.4: APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA ACQUISTI DIRETTI

### Azioni intraprese per raggiungere l'obiettivo alla data del 31.12.2024

In occasione della prima riunione del Tavolo Tecnico si è deciso di suddividere il lavoro in ulteriori due gruppi di lavoro in base alle due aree terapeutiche indicate nell'obiettivo: **GDL Ipolipemizzanti e GDL Immunomodulatori e Immunosoppressori.**

#### 1. GDL Ipolipemizzanti

Si sono svolte le riunioni del Tavolo tecnico coordinato da Azienda Zero nelle date: 28/03, 19/04 e 29/04, 15/10/2024. Gli incontri hanno portato all'elaborazione della prima versione del documento "Appropriatezza prescrittiva: Ipolipemizzanti-inibitori PCSK9" prot. 4622 emesso il 30/04/2024 (**All.12**) (prot. asl vco n. 29259/2024). Il documento propone: - linee di indirizzo e strategie di ottimizzazione per richiamare l'uso appropriato degli Ipolipemizzanti con rispetto dei criteri di rimborsabilità definiti da AIFA.

Nella riunione del 15/10/2024 è stato condiviso l'andamento prescrittivo e di spesa delle ASR regionali del I° e II° trimestre dove ben si rappresenta la posizione dell'ASL VCO come secondo miglior posto in termini di aumento di spesa.

**Azioni intraprese dall'ASL VCO:**- In data 7/5/24 incontro tra la SOC Farmacia e la DSA per la presentazione del documento Nella riunione del 15/10/2024 è stato condiviso l'andamento prescrittivo e di spesa delle ASR regionali del I e II trimestre dove ben si rappresenta la posizione dell'ASL VCO come secondo miglior posto in termini di aumento di spesa e si attua un coordinamento delle azioni con i medici prescrittori. La Farmacia ha poi condiviso, con il Direttore della SOC Cardiologia, il documento regionale e le azioni di monitoraggio di appropriatezza attuate dalla SOC Farmacia. A tale proposito è stato presentato e condiviso un percorso di monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva predisposto dalla CFI e comunicato ufficialmente al Direttore della cardiologia con

nota Prot .n 44830/2024; – si è predisposto un report di monitoraggio trimestrale elaborato con la collaborazione del Controllo di Gestione. Il report è stato inviato al Direttore di struttura al primo semestre, a luglio 2024, al 3° trim., al novembre 2024.

## **2. CDL Immunomodulatori e Immunosoppressori**

Si sono svolte le riunioni del Tavolo tecnico coordinato da Azienda Zero nelle date: 28/03, 19/04 e 29/04.

In data 20/05/2024 è stata predisposta la bozza del documento di appropriatezza prima dell'invio alle Direzioni Generali Aziendali. In data 13/09/2024 Azienda Zero ha inviato il documento definitivo (prot asl vco 58868 del 13.9.2024) (**All. 13**).

**Azioni intraprese dall'ASL VCO:** si specifica che questa categoria terapeutica era già stata identificata come critica alla fine dell'anno 2023 perciò venne previsto un progetto, in condivisione con la Direzione Sanitaria Aziendale, con il coinvolgimento della Specialistica ambulatoriale in quanto i principali ATC sono prescritti da specialisti reumatologi, dermatologi e allergologi. In data 31/01/24, in occasione della riunione del Comitato Zonale, è stato presentato e condiviso il progetto di monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva per la specialistica ambulatoriale. A queste sono seguite riunioni specifiche: – con gli specialisti dermatologi (ASL e COQ) in data 11/03/24; – con allergologi in data 14/03/24; – con reumatologi (ASL e COQ) in data 26/03/24.

E' stata condivisa con gli specialisti una modalità di verifica di appropriatezza che consiste nella produzione di documentazione clinica allegata al Piano Terapeutico a supporto della scelta terapeutica. Questo permette alla Farmacia di verificare se vengono rispettate le indicazioni secondo i criteri di rimborsabilità.

A seguito dell'inserimento di tali categorie di Farmaci anche negli obiettivi assegnati al Direttore Generale si è proceduto alla condivisione, con la specialistica ambulatoriale e con il Centro Ortopedico di Quadrante (COQ), del documento regionale e delle azioni di monitoraggio di appropriatezza d'uso. A tale proposito è stato presentato e condiviso un percorso di monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva predisposto dalla CFI e comunicato ai medici. In data 24/09/2024 è stato condiviso con i medici prescrittori l'ultimo aggiornamento del documento di Azienda Zero. In data 22/10/2024 si è svolta una riunione di aggiornamento per monitorare il percorso condiviso di appropriatezza prescrittiva con i Dermatologi ASL VCO e con il Responsabile della specialistica e, in data 10/12/2024, si è svolta una riunione di aggiornamento per monitorare il percorso condiviso di appropriatezza prescrittiva con i Reumatologi dell'ASL VCO e con il Responsabile della specialistica.

### **Risultati raggiunti**

**Indicatore 1.4.1:** istituzione di un tavolo di lavoro coordinato da Azienda Zero

**Valore Obiettivo:** entro il 15 marzo 2024 e conclusione delle attività entro il 30 aprile 2024.

**Risultati Obiettivo:** Elaborazione da parte di Azienda Zero della prima versione del documento "Appropriatezza prescrittiva: ossigeno emesso il 30/04/2024 (Prot. n. 29242/2024). Sub obiettivo 1.4.1 raggiunto.

**Indicatore 1.4.2:** Spesa anno 2024 su spesa anno 2023 per ciascuna categoria terapeutica individuata e per ciascuna ASR.

**Valore Obiettivo:** Spesa anno 2024 minore o uguale rispetto alla spesa anno 2023, per ciascuna categoria terapeutica individuata relativamente alle proprie prescrizioni.

**Risultati:**

**1. IPOLIPEMIZZANTI :**Valore indicatore ASL VCO anno 2023 : **403.182 Euro**

**Risultati obiettivo al 30/11/2024): 395.318 euro (All. 14)**

Proiettando il dato al 31/12/2024 si arriverebbe ad una spesa di **431.256 euro** (circa 28.000 euro in più ù rispetto al valore obiettivo di 403.182 euro (+ circa 7%)

**Si riportano gli scostamenti dei tre trimestri (si rileva che la spesa è in diminuzione):**

-Gennaio-Marzo 2023: 94.684 euro

-Gennaio-Marzo 2024: 111.365 euro

**Scostamento I TRIM 2024 vs 2023= + circa 16.681 euro**

-Aprile-Giugno 2023: 104.080 euro

-Aprile-Giugno 2024: 110.304 euro

**Scostamento II TRIM 2024 vs 2023= + circa 6.224 euro**

-Luglio-Settembre 2023: 99.694 euro

-Luglio-Settembre 2024: 101.214 euro

**Scostamento III TRIM 2024 vs 2023= + circa 1.519 euro**

Il IV trimestre non è ancora stato pubblicato su PADDI.

**2. IMMUNOMODULATORI-IMMUNOSOPPRESSORI:** Valore indicatore ASL VCO anno 2023: **€1.423.290**

**Risultati obiettivo al 30/11/2024 : €1.422.015 (All.15)**

Proiettando il dato al **31/12/2024** si arriverebbe ad una spesa di **1.551.290 euro** (circa 128.000 euro in più rispetto al valore obiettivo di 1.423.290 euro (+ circa 9%))

**Si riportano gli scostamenti dei tre trimestri (si rileva che la spesa è in diminuzione):**

-Gennaio-Marzo 2023: 345.463 euro

-Gennaio-Marzo 2024: 391.516 euro

**Scostamento I TRIM 2024 vs 2023= + circa 46.000 euro**

-Aprile-Giugno 2023: 370.488 euro

-Aprile-Giugno 2024: 403.263 euro

**Scostamento II TRIM 2024 vs 2023= + circa 33.000 euro**

-Luglio-Settembre 2023: 351.673 euro

-Luglio-Settembre 2024: 363.848 euro

**Scostamento III TRIM 2024 vs 2023= + circa 12.000 euro**

Il IV trimestre non è ancora stato pubblicato su PADDI.

Le attività di verifica condivise dalla CFI e comunicate ai medici prescrittori sono state, su ogni nuova a prescizione dell'anno 2024, le seguenti:

**- Per farmaci ipolipemizzanti:**

– erogazione in convenzionata nei 6 mesi precedenti di una statina e/o ezetimibe; – in assenza di precedente trattamento con statina e/o ezetimibe, se documentato un recente IMA negli ultimi 12 mesi, o eventi cardiovascolari multipli o intolleranza alle statine (documentata da scheda di segnalazione di sospetta ADR).

**- Per immunomodulatori/immunostimolanti:**

–erogazione in convenzionata nei 2 anni precedenti l'utilizzo della terapia convenzionale (DMARDs, steroidi e aminosalicilati) come terapia di primo livello, ove previsto come approccio terapeutico iniziale;

–adesione alle “*LINEE DI INDIRIZZO SULLE TERAPIE FARMACOLOGICHE PER IL TRATTAMENTO DEI PAZIENTI CON PSORIASI SEVERA*” a cura del Gruppo di lavoro regionale in materia di farmaci per il trattamento della psoriasi a placche; – documentata intolleranza con apposita segnalazione di sospetta ADR nel caso di intolleranza, perdita di efficacia delle terapie convenzionali.

Come strumenti di verifica sono stati utilizzati: – il sistema TS per convenzionata; – la cartella clinica elettronica.

Dall'analisi di confronto dei tre trimestri di entrambe le classi farmaceutiche si evidenzia che, dall'inizio delle attività di monitoraggio, si assiste ad una contrazione della spesa per entrambe le categorie terapeutiche oggetto dell'obiettivo.

Come sempre sostenuto nelle riunioni del Tavolo di lavoro con azienda zero si ritiene possibile lavorare sul contenimento dell'incremento di spesa (come si evince anche dall'andamento spesa dei tre trimestri) ma difficilmente sul pareggio o sulla diminuzione.

#### **Precisazioni in merito ai risultati raggiunti**

L'obiettivo di riduzione della spesa è particolarmente critico per le categorie terapeutiche oggetto dell'obiettivo.

Come già indicato nel documento presentato in Regione al momento dell'assegnazione degli obiettivi (All. 1) e confermato da tutti i componenti dei GDL coordinati da Azienda Zero, è forte la consapevolezza che tale obiettivo risulti difficilmente raggiungibile in quanto ai pazienti già in terapia che tendono a cronicizzare ci sarà un aumento con pazienti naive. La scelta, da parte della Regione, di portare tali farmaci all'attenzione nasce dal fatto che il Piemonte registra una spesa pro-capite superiore alla media italiana con una notevole variabilità tra le ASL. E' quindi corretto e ragionevole analizzare e monitorare l'appropriatezza delle prescrizioni; compito delle ASL è infatti verificare che le prescrizioni a carico del SSN rispettino i criteri di rimborsabilità definiti da AIFA ed identificare eventuali fenomeni di inappropriatezza. E' però auspicabile rimodulare l'obiettivo non valutando "semplicemente" la spesa totale degli acquisti". E' stato proposto dal Gruppo di lavoro di definire, in termini di raggiungimento, nel 2024, una spesa pro-capite per i farmaci ipolipemizzanti, Immunomodulatori e Immunosoppressori non superiore alla media nazionale per singola ASL. (perciò l'indicatore sarebbe il seguente: spesa pro-capite dell'ASL riferita alla

**media nazionale).**

Se tale proposta venisse accettata dalla Regione si può ragionevolmente presupporre, per l'obiettivo in esame, un risultato positivo ed in linea con la media nazionale. Nella riunione del gruppo di lavoro del 15/10/2024, esaminando l'andamento prescrittivo e di spesa delle ASR regionali del I e II trimestre, si è rilevato che l'ASL VCO è al secondo miglior posto in termini di aumento di spesa.

Nel corso degli incontri con il gruppo di lavoro di Azienda zero inoltre si è proposto di:

- elaborare report di monitoraggio trimestrale regionale inserendo anche il farmaco Inclisiran (somministrato in ambulatorio rendicontato nel flusso H). Il farmaco non era stato considerato nell'obiettivo ma, essendo un' alternativa terapeutica impattante in termini di appropriatezza e di spesa, sarebbe stato corretto verificare che non si effettuasse uno shift improprio; - coinvolgere il Gruppo Tecnico Regionale Area Cardiologica di Azienda ZERO ed i Farmacisti per revisionare/integrare la prima versione del documento con incontri trimestrali; -- predisporre un algoritmo terapeutico condiviso a livello regionale. Si è in attesa di sviluppi in merito alle tre azioni proposte.

### **OBIETTIVO 1.5: ALLINEAMENTO REGISTRI AIFA E FLUSSI**

Azioni intraprese per raggiungere l'obiettivo
Mensilmente la SOC Farmacia riceve dal Settore Farmaceutico regionale un File di confronto su cui effettuare il controllo tra il numero di confezioni dispensate in AIFA ed il numero di confezioni rilevabili dai Flussi. La SOC Farmacia effettua il monitoraggio mensile tra i registri AIFA ed i pazienti identificati con indicazione di innovatività, lavorando in azione sinergica con i medici prescrittori (in particolare Oncologia).
Risultati raggiunti
<b>Farmaci innovativi al registro di monitoraggio AIFA</b>
<b>Indicatore 1.5.1:</b> Numero di confezioni a registro AIFA/numero confezioni rilevabili dai flussi (DD e file F)
<b>Valore Obiettivo:</b> 100% .
<b>Valore indicatore ASL VCO anno 2023:</b>
- per farmaci innovativi NON oncologici: 106%
- per farmaci innovativi Oncologici: 108%
<b>Valore indicatore ASL VCO al 30/11/2024:</b> 91% (All.16)
<b>Risultato:</b> il dato è coerente con quanto richiesto nell'obiettivo. <u>Si prevede il raggiungimento dell'obiettivo al 31.12.2024 al 100%.</u>
Farmaci al registro di monitoraggio AIFA con MEA attivo e con tutte le indicazioni rimborsate sottoposte a registro
<b>Indicatore 1.5.2:</b> Numero di confezioni a registro AIFA/numero confezioni rilevabili dai flussi (DD e file F)
<b>Valore Obiettivo:</b> 100% .
<b>Risultato Obiettivo:</b> alla data del 30/11/2024 (fonte PADDI): 91%
Si osserva che lo scostamento di n° 15 conf è stato corretto nel corso del mese di dicembre 2024 e non è ancora pubblicato in PADDI. <u>Pertanto, con le azioni correttive intraprese, il valore obiettivo al 31/12/2024 è del 100% perciò l'obiettivo è raggiunto.</u>

### **OBIETTIVO 1. – GESTIONE DELLE RISORSE STRATEGICHE**

#### **OBIETTIVO 1.6: POLITICHE DI GESTIONE DELLE RISORSE UMANE**

Azioni intraprese per raggiungere l'obiettivo 1.6.1 alla data del 31.12.2024
Si è proceduto alla registrazione su OPESSAN dei dati (anagrafici, professionali, ecc.) dei dipendenti a tempo indeterminato e determinato, del comparto e della dirigenza, nonché dei lavoratori atipici (incarichi libero – professionali, lavoratori somministrati, ecc.), dei dati di inizio e cessazione dei medesimi e degli eventi di carriera (periodo di prova, aspettative, part time, congedi per gravi motivi superiori a n. 2 mesi, congedi obbligatori di maternità, congedi facoltativi di maternità continuativi, malattie continuative superiori a 45 giorni, ecc.).

<b>Risultati raggiunti</b>	
<b>Indicatore 1.6.1:</b> Corretta e completa alimentazione del flusso regionale OPESSAN e file F)	
<b>Valore Obiettivo:</b> 100%	
<b>Risultati Obiettivo:</b> 100% correttezza e 100% completezza.	<u>Obiettivo raggiunto</u>
<b>Azioni intraprese per raggiungere l'obiettivo 1.6.2 alla data del 31.12.2024</b>	
Sono state poste in essere le procedure di acquisizione a tempo indeterminato (concorsi, utilizzo graduatorie concorsuali aziendali e di altre Aziende/Enti pubblici) del personale dirigente sanitario e del personale del comparto, al fine di coprire i posti vacanti previsti nel P.T.F.P., oltre a quelli coperti al 30/06/2023 e resisi vacanti (turnover). Tali posti per l'ASL VCO sono: n. 50 per la dirigenza area sanità e n. 40 per il comparto.	
<b>Risultati raggiunti</b>	
<b>Indicatore 1.6.2:</b> Numero di assunzioni a tempo indeterminato,	
<b>Valore Obiettivo:</b> n. 50 per la dirigenza area sanità e n. 40 per il comparto	
<b>Risultati Obiettivo:</b>	
Dirigenti medici in servizio:	al 30/06/2023: n. 245 – al 31/12/2024: n. 221
Dirigenti sanitari in servizio	al 30/06/2023: n. 27 – al 31/12/2024: n. 34
Comparto in servizio	al 30/06/2023: n. 1606 – al 31/12/2024: n. 1.624
<u>Il raggiungimento al 31.12.2024 è parziale: 70% in quanto il numero dei medici è diminuito, non potendo, con le assunzioni effettuate, coprire il turn over nè tanto meno coprire l'incremento assegnato in sede di Osservatorio. Il numero dei dirigenti sanitari è aumentato ed anche il numero del personale del comparto, sebbene di non tutte le unità assegnate in sede di Osservatorio.</u>	
<u>Si osserva che, nonostante le numerose procedure poste in essere, non è stato possibile acquisire n. 50 dirigenti medici/sanitari, assegnati in sede di Osservatorio, a causa della nota carenza di medici/sanitari.</u>	
Non è stato neppure possibile garantire il turnover considerato che molti concorsi sono andati deserti (ovvero gli iscritti o non si sono presentati alle prove o hanno rinunciato a partecipare o gli assunti non hanno accettato e non hanno preso servizio): Numerose sono state, inoltre, le dimissioni.	
<u>Si è ricorso pertanto, oltre all'esternalizzazione di servizi sanitari, al conferimento di incarichi libero professionali (anche a pensionati) e ad assunzioni a tempo determinato di specializzandi.</u>	
Quanto al <u>comparto</u> , invece, si è potuto raggiungere il numero di assunzioni previste in sede di Osservatorio.	
Si rileva che l'assunzione a tempo indeterminato di alcune figure professionali ha consentito l'internalizzazione di alcuni servizi sanitari, consentendo, in parte, il superamento dell'esternalizzazione, sebbene le sopravvenute risoluzioni dei rapporti di lavoro non abbiano poi consentito, per le endemiche difficoltà di reclutamento sopra enunciate, la saturazione del turn-over da P.T.F.P.	
Si è cercato di ridurre il ricorso al lavoro somministrato, che per alcuni mesi è stato pressoché azzerato, ma, negli ultimi mesi del 2024, è stato di nuovo incrementato sia in attesa di assunzioni a tempo indeterminato dal Centro per l'Impiego sia per sopperire alle problematiche inerenti il MUSA.	
<b>Indicatore 1.6.3:</b> Formazione ICA e manageriale: numero formati sul totale di personale da formare al 31.12.2024	
<b>Valore Obiettivo:</b> 52% al 30.03.2025 pari a n. 417,56; 100% al 30.06.2026 pari a n. 803.	
<b>Risultati raggiunti:</b>	
<u>In data 12/02/2025:</u> il totale dei dipendenti inseriti su EDUSS è di 1.096 di cui n. 952 hanno completato il corso, pari all' 86,86% (67 lo stanno effettuando, pari al 6,11% e 4 non hanno iniziato il corso, pari allo 0,36%).	
<u>L'obiettivo è raggiunto.</u>	
Si prevede che, al 31.03.2025, n. 794 completeranno il corso (95,77%).	
Si prevede che, al 30.06.2026, n. 803 completeranno il corso (100%).	

## **OBIETTIVO 2. – EDILIZIA SANITARIA**

La Regione non ha previsto, per l'ASL VCO, la realizzazione di interventi di edilizia sanitaria per l'anno 2024.

## **OBIETTIVO 3. – SANITA' DIGITALE**

### **OBIETTIVO 3.1: FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO 2.0**

L'ASL VCO, entro il 31.12.2024, ha messo in atto le azioni di competenza promuovendo lo sviluppo dei necessari adeguamenti software ed adeguamenti organizzativi.

<b>Risultati raggiunti al 31.12.2024</b>	
<b>Indicatore: 3.1.1</b>	
1 - Aggiornamento degli applicativi refertanti nel rispetto delle specifiche FSE 2.0 relative a LDO, LIS, RIS, VPS (entro giugno 2024).	
2 - Aggiornamento restanti applicativi refertanti nel rispetto specifiche FSE 2.0 (entro dicembre 2024) o nel rispetto del termine condiviso con Regione.	
3 - Conferimento di almeno il 45% dei documenti clinico sanitari 2.0 nel FSE: LDO-VP-LIS-RIS-AP e restanti referti ambulatoriali per esterni (entro marzo 2024 o nel rispetto del cronoprogramma condiviso con la Regione).	
4 - Integrazione delle cartelle cliniche degli operatori sanitari con applicazione web del FSE (entro aprile 2024 o nel rispetto del cronoprogramma condiviso con la Regione).	
5 - Aggiornamento, ove applicabile, delle procedure aziendali finalizzate ad efficientare la consultazione del FSE da parte dei medici specialisti aziendali.	
<b>Valore obiettivo 3.1.1:</b>	
1 - Applicativi aggiornati 100%.	
2 - Aggiornamento restanti applicativi nel rispetto del termine condiviso con Regione.	
3 - Indicatore in linea (dati Paddi). L'ultima rilevazione (al 31 dicembre u.s.) dà una percentuale complessiva, tra ambulatoriali e di reparto, di referti conferiti e firmati digitalmente del 87%.	
4 - Integrazione cartelle cliniche con applicazione web del FSE in corso di effettuazione, nel rispetto del cronoprogramma condiviso con la Regione.	
5 - Formazione operatori pianificata.	
<b>Risultati 3.1.1:</b> Gli obiettivi sono, sostanzialmente, in linea, ma occorre evidenziare le seguenti criticità:	
- la ditta Dedalus non ha ancora completato il processo di accreditamento del suo software di Anatomia Patologica "Armonia";	
- la ditta Sined rilascerà a marzo la versione aggiornata FSE 2.0 di Medware;	
- per quanto attiene la formazione degli operatori occorre completare il piano di dispiegamento delle tavolette grafometriche per l'acquisizione dei consensi generali (visualizzazione FSE e ROL) e specifici;	
- si riscontrano ancora difficoltà riguardo alla firma digitale dei referti di PS (solo il 54%), dato che abbassa notevolmente la percentuale complessiva.	<u>Obiettivo raggiunto.</u>
<b>Indicatore: 3.1.2</b>	
Piena operatività del nuovo Nomenclatore di specialistica ambulatoriale dall'1.4.2024 (o data successiva indicata da Regione) per tener conto di eventuali successivi atti del Ministero Salute attraverso, a titolo esemplificativo: – a) aggiornamento dei sistemi CUP – b) dei sistemi di accettazione, refertazione e rendicontazione – c) aggiornamento delle cartelle cliniche prescrittive.	
<b>Valore obiettivo 3.1.2:</b>	
La data di attivazione del nuovo nomenclatore è stata il 30 dicembre 2024. Si sono operati gli adeguamenti sulle agende CUP e gli interventi sui diversi applicativi coinvolti.	
<b>Risultati 3.1.2:</b> l'aggiornamento CUP è completato; – i sistemi di accettazione, refertazione e rendicontazione sono stati adeguati, sia pure con qualche strascico – via via corretto – per incongruenze o sovrapposizioni fra voci di nomenclatore, peraltro rilevabili soltanto dopo l'avvio. Le cartelle cliniche prescrittive sono state aggiornate.	
	<u>Obiettivo raggiunto</u>

**Indicatore: 3.1.3**

Piena operatività infrastruttura COT entro il 10.3.2024 o successiva data autorizzata dalla Direzione Sanità.

**Valore obiettivo 3.1.3:** COT operativa dal 30/06/2024

**Risultati 3.1.3:** in corso gli adeguamenti post-avvio operativo.

Obiettivo raggiunto.

**OBIETTIVO 4. – QUALITÀ'****OBIETTIVO 4.1: TEMPI DI ATTESA .FLUSSO CUP E FLUSSO C****Azioni intraprese per raggiungere l'obiettivo**

E' stato attivato un monitoraggio mensile, con la collaborazione del Controllo di Gestione (prestazioni erogate/flusso C) e prenotate. È attiva una reportistica indicante la percentuale di primi accessi e secondi accessi per visite e prestazioni in prenotazione "pubblico" o "esclusivo" a CUP.

Le agende di prenotazione per Prime Visite/Primi Accessi sono gestite dai sistemi CUP, pubbliche e prenotabili tramite i canali ufficiali di Regione Piemonte e sono suddivise per Classi di priorità.

Le agende per Controlli/Secondi accessi sono anch'esse gestite dai sistemi CUP ma prenotabili tramite apposito sportello CUP Verde, così da ottimizzare il percorso di presa in carico del paziente all'interno delle strutture ASL VCO. Per migliorare la gestione delle prenotazioni in base alla classe di priorità viene periodicamente rivalutata la percentuale di posti disponibili per classi B, giudicate appropriate per quesito diagnostico, in accordo con lo specialista di riferimento per la specialità.

**Risultati raggiunti**

**Indicatore 4.1:** Prestazioni erogate flusso C 2024 / Prestazioni prenotate CUP 2024 (escluse le prestazioni per le quali non è prevista la prenotazione a CUP es. laboratorio)

**Valore Obiettivo:** <=1

**Risultati Obiettivo:** dati al dicembre 2024

Prestazioni erogate flusso C 2024 dema e rosse **339.028** / Prestazioni prenotate e registrate CUP 2024 dema e rosse **554.515**

Rapporto: 0,611

Obiettivo raggiunto.

**OBIETTIVO 4.2: TEMPI DI ATTESA E RECUPERO PRODUZIONE****Azioni intraprese per raggiungere l'obiettivo 4.2.1**

I dati disponibili e forniti dal Controllo di Gestione sono aggiornati al 31.12.2024.

Si premette che, a seguito della forte carenza di personale medico (Specialisti in Anestesia e Rianimazione), nel 2024 le sedute operatorie in narcosi sono state ridotte, mentre sono rimaste elevate le sedute operatorie in sedazione o anestesia locale (c.d. Attività ambulatoriale complessa, ecc.) che non necessitano dell'intervento dell'Anestesista o/e la sola presenza in blocco operatorio.

Viene inoltre segnalata la riduzione dell'attività operatoria programmata presso la Struttura convenzionata COQ (Centro Ortopedico di Quadrante), che avrebbe dovuto garantire supporto all'attività ASL per interventi di Chirurgia generale e ORL (Chirurgia minore e laparoscopica).

**Risultati raggiunti obiettivo 4.2.1**

**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.

**Valore Obiettivo:** Superamento della produzione anno 2024 vs 2019 per almeno il 90% di ognuno dei singoli ricoveri / DRG e comunque produzione totale maggiore del 100%.

**Risultati:**

- **Relativamente alla produzione totale**, l'ASL VCO ha superato ampiamente il 100% richiesto (media del 128.5 % fra SDO al 97% e CAC al 166%). Nel dettaglio, come indicato nell'**All 17**, si precisa quanto segue.

	Pubblico + privato (COQ) SDO CLASSI 1,2,3 (a)				
	2019	2023	2024	2024 vs 2019	
				%	% cum
<b>Totale</b>	<b>7.828</b>	<b>7.663</b>	<b>7.570</b>	<b>97%</b>	<b>97%</b>

	CAC (b)				
	2019	2023	2024	2024 vs 2019	
				%	% cum
<b>Totale</b>	<b>9.641</b>	<b>14.879</b>	<b>15.966</b>	<b>166%</b>	<b>166%</b>

A fronte dei dati sopra indicati si considera l'obiettivo raggiunto in quanto il numero dei ricoveri/DRG per le classi 1,2,3 monitorate risulta essere maggiore del 100% ( 97% + 166%). Obiettivo raggiunto.

- Relativamente al superamento per almeno il 90% di ognuno dei singoli ricoveri /DRG si precisa quanto segue.

	% totale classi
<b>Classe 1</b>	102%
<b>Classe 2</b>	98 %
<b>Classe 3</b>	96 %

% per singoli DRG	> 90%	70-89%	< 69%	DRG non erogati	Totalle
<b>Classe 1</b>	22	7	10	9	48
<b>Classe 2</b>	39	10	18	7	74
<b>Classe 3</b>	29	5	17	8	59

Nel complesso i DRG erogati dall'ASL VCO sono 157 e non 18; di questi circa 90 DRG risultano aver superato il 90%, a cui vanno comunque aggiunti altri gli altri 32 DRG che stanno fra il 70 e l'89%.

In sintesi poichè molti DRG superano ampiamente il 100 %, addirittura arrivando in alcuni casi a superare il 200%, la somma totale consente, nonostante le carenze di organico, di considerare che si sono ottenuti buoni risultati.

Perciò si ritiene che l'obiettivo sia raggiunto parzialmente per singolo DRG: con una media del 98.7%.

Il parziale raggiungimento è legato alla carenza di personale sanitario per l'effettuazione delle sedute operatorie, soprattutto per la parte degli anestesisti che, nell'ambito della propria attività, sono impegnati nella copertura dei turni (H24) in Rianimazione su entrambi i presidi ospedalieri, oltre alla necessità della loro presenza per garantire attività di urgenza in sala operatoria, consulenze DEA, consulenze nei reparti.

Vedi anche **All. 18** (Cruscotto di recupero) e **All 19** (Dettaglio SDO classe 1, 2, 3).

#### Risultati raggiunti obiettivo 4.2.2

**Indicatore 4.2.2:** N° prestazioni PNGLA erogate nel 2024 > N° prestazioni PNGLA erogate nel 2019

**Valore Obiettivo:** Superamento produzione 2024 vs 2019 per almeno nel 90% di ognuna delle singole prestazioni PNGLA e comunque produzione totale > 100%

**Azioni intraprese:** l'Azienda ha predisposto diversi documenti inviati in Regione in merito al progetto regionale "recupero Liste d'attesa" in cui si evidenzia la possibilità di incrementare le prestazioni PNGLA attraverso risorse umane e strumentali aziendali e risorse degli erogatori privati accreditati del territorio.

L'Azienda ha predisposto la deliberazione n. 566 del 10/07/2024 (**All.20**) al fine di cercare di allineare la produzione del 2024 con quella del 2019 e, ove possibile, di superarla. Sono state, inoltre, concordate attività aggiuntive anche per gli specialisti ambulatoriali interni con delibera n. 598 del 25.07.2024 (**All. 21**) e si è

provveduto a pubblicare nuove ore di attività per sopperire alla carenza di personale.

Al fine di aumentare l'offerta sono stati concordati specifici progetti per l'implementazione della telemedicina. Sono state concordate, e contrattualizzate, sedute di recupero delle liste d'attesa per prestazioni PNGLA con gli erogatori esterni presenti sul territorio dell'ASL VCO. Inoltre, sono state promosse azioni al fine di interagire con la dimensione della domanda, particolarmente rivolte alla corretta assegnazione, da parte dei prescrittori, alle diverse classi di priorità, secondo le indicazioni RAO.

Si allega il cruscotto PNGLA – DETTAGLIO SPECIALISTICA AMBULATORIALE sia produzione ASL, **All.22**, che produzione di tutti gli erogatori predisposto dal Controllo di Gestione, **All.23**.

**Risultati:** dai dati forniti dal controllo di gestione al 31.12.2024 si evidenzia che:

- n° 15 prestazioni sulle 38 prestazioni monitorate e erogate, nel 2024, sul territorio dell'ASL VCO, raggiungono e superano il 90% rispetto al 2019, il numero sale a n°18 prestazioni su 38 se si considera l'intera produzione di tutti gli erogatori presenti sul territorio dell'ASL;
- la produzione totale 2024 vs 2019 di tutte le prestazioni PNGLA monitorate e erogate sul territorio dell'ASL da parte di tutti gli erogatori, attualmente si attesta al 90%. Obiettivo raggiunto parzialmente.

#### **OBIETTIVO 4.3: RECUPERO MOBILITÀ PASSIVA**

##### **Azioni intraprese per raggiungere l'obiettivo**

Nel corso dell'anno 2024 sono state messe in atto le seguenti azioni:

- accordi con il COQ per l'attivazione degli ambulatori a Verbania e Domodossola per effettuare prestazioni di Ortopedia della colonna vertebrale, protesica di anca e ginocchio (codici 498 e 500);
- la stessa azione è stata svolta per il recupero dei DRG 544, 256, 498 e 545 (Riabilitazione, patologia di mano e piede).

Di fatto, nel mese di luglio 2024, sono stati aperti ambulatori specialistici in modo da essere attrattivi ed intercettare i bisogni che vengono soddisfatti da Specialisti che dirottano i pazienti in altre Strutture della Regione Lombardia. Sono stati inoltre pianificati ambulatori presso i due ospedali dell'ASL VCO (Verbania e Domodossola):

- ambulatorio di ortopedia per patologia d'anca o ginocchio (Ospedale di Verbania);
- ambulatorio per la patologia di spalla (Ospedale di Domodossola).

Sono stati monitorati i primi 15 DRG alla luce dei dati della mobilità passiva del 2023, poiché quelli relativi al 2024 la Regione li inizierà a fine anno 2025. Inoltre è stato programmato di effettuare interventi di Ginecologia (3 ogni 15 giorni per l'anno 2024) per i DRG 359.

##### **Risultati raggiunti**

**Indicatore 4.3:** riduzione della mobilità passiva extra regione per area, previa adozione dei piani, come da comunicazione “Analisi e Miglioramento die processi di mobilità passiva” relativamente ai primi 15 DRG a maggiore incidenza di fuga per quantità (periodo di riferimento anno 2023)

**Valore Obiettivo:** riduzione almeno del 30% del numero prestazioni dei primi 15 DRG a maggiore incidenza di fuga.

##### **Risultati raggiunti:**

Dopo un confronto con i dati relativi all'anno 2023 si evidenzia quanto di seguito indicato:

- minore produzione ASL VCO: da 3.212. a 3.175 (+ 35);
- diminuzione del totale fabbisogno dei residenti: da 3.212 a 3.175 (meno 35) ;
- lieve diminuzione dei DRG 544 del COQ: da 407 a 402 (meno 5);
- aumento dei DRG 545 del COQ: da 26 a 36 (+ 10);
- importante riduzione del riassorbimento dei DRG da parte del quadrante: per i DRG 544, 545, 149, 359, 518;
- erogazione del DRG 359 da parte solo di ASL VCO e non da COQ.

Si precisa che l'ASL VCO eroga solamente i DRG evidenziati con il colore verde.

DRG	2023					
	PRODUZIONE ASL VCO	COQ	QUADRANTE	ALTRE ASL PIEMONTE	FUORI REGIONE	TOTALE FABBISOGNO RESIDENTI ASL VCO
544 - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	155	407	157	24	207	950
104 - Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco			11	37	21	69
541 – Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica = 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo con intervento chirurgico maggiore	5		11	5	2	23
288 - Interventi per obesità			5	4	70	79
012 - Malattie degenerative del sistema nervoso	11	1	190	2	55	259
359 - Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	171		41	5	174	391
518 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	40		11	5	81	137
498 - Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC		37	6	6	37	86
481 - Trapianto di midollo osseo			7	2	4	13
149 - Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	116		12		31	159
002 - Craniotomia, età > 17 anni senza CC			20		24	44
111 - Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC	3		8	3	16	30
545 - Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	17	26	12	5	22	82
479 - Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	11	1	13	8	33	66
256 - Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	33	382	320	11	78	824
<b>TOTALE 15 DRG MONITORATI</b>	<b>562</b>	<b>854</b>	<b>824</b>	<b>117</b>	<b>855</b>	<b>3.212</b>

DRG	2024					
	PRODUZIONE ASL VCO	COQ	QUADRANTE	ALTRE ASL PIEMONTE	FUORI REGIONE (1)	TOTALE FABBISOGNO RESIDENTI ASL VCO
544 - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	119	402	158	20	207	906
104 - Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco			12	40	21	73
541 - Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica = 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo con intervento chirurgico maggiore	3		15	5	2	25

288 - Interventi per obesità			8	2	70	80
012 - Malattie degenerative del sistema nervoso	9		193		55	257
359 - Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	171		39	2	174	386
518 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	46		10	10	81	147
498 - Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC		40	9	8	37	94
481 - Trapianto di midollo osseo			6	9	4	19
149 - Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	92		9	3	31	135
002 - Craniotomia, età > 17 anni senza CC			17		24	41
111 - Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC	2		5	2	16	25
545 - Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	11	36	11	5	22	85
479 - Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	14		11	8	33	66
256 - Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	29	407	309	13	78	836
<b>TOTALE 15 DRG MONITORATI</b>	<b>496</b>	<b>885</b>	<b>812</b>	<b>127</b>	<b>855</b>	<b>3.175</b>

Per completezza di informazioni, si evidenzia il numero dei pazienti in lista di attesa

			A	B	C	D	<b>Totale</b>
MPI e MPE	149	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	2	12	12	0	<b>26</b>
MPI e MPE	359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	49	52	3	1	<b>105</b>
MPI e MPE	518	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent	4	1	0	0	<b>5</b>
MPI e MPE	544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	0	0	2	1	<b>3</b>
MPI e MPE	545	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	0	0	0	0	<b>0</b>

Rerativamente al DRG 359 si era previsto di effettuare interventi assegnando sedute operatorie agli Specialisti ma non è stato possibile per carenza di Anestesiisti.

Il parziale raggiungimento totale dell'obiettivo è dovuto a carenza di personale.

#### **OBIETTIVO 4.4: MONITORAGGIO E GARANZIA LEA - SISTEMA NSG**

<b>Indicatori</b>	
<b>4.4.1 – Indicatori NSG area distrettuale</b>	<b>- 4.4.2 – Indicatori NSG area ospedaliera</b>
<b>4.4.3 – Indicatori NSG area prevenzione</b>	

#### **Risultati raggiunti**

Per quanto attiene i risultati raggiunti dell'obiettivo 4.4 si rinvia al tabulato allegato (All.24). I valori indicati in rosso sono quelli al di fuori dei valori soglia previsti (laddove disponibili). Infatti per gli indicatori dell'area Distrettuale **D22Z** (riferito al tasso di pazienti trattati in ADI CIA1, CIA2, CIA3), e **D33Za** non si dispone di valori soglia. Il Ministero Sanità nel documento riferito alle Schede tecniche degli indicatori NSG Decreto Interministeriale 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria", art. 3, comma 1, ha precisato che "*la soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento*". Va osservato che, per quanto attiene l'assistenza domiciliare la domanda è completamente soddisfatta dall'ASL VCO. Va aggiunto che l'obiettivo assegnato ad Azienda Zero (**obiettivo 6.2 di azienda zero**), prevede, per tutte le classi di CIA, che, al 31.12.2024, almeno il 12% di pazienti over 65 sia preso in carico dall'assistenza domiciliare. L'ASL VCO, al 31 dicembre, ha raggiunto la percentuale del **12,71%**.

Con riguardo ai risultati che non rispettano i valori soglia si precisa quanto di seguito riportato.

#### **Indicatori Area Distrettuale:**

**D27C – % ricoveri ripetuti in psichiatria.** Qui occorre però rilevare che il risultato è comunque vicino al valore soglia ed in miglioramento rispetto all'anno 2023.

#### **Indicatori Area Ospedaliera:**

**H17C: % di parti cesarei primari in strutture con meno o più di 1.000 parti all'anno.**

L'obiettivo non è stato raggiunto. Il Direttore del Dipartimento Materno Infantile ha rilevato che le motivazioni sono molteplici legate: – all'esistenza di n. 2 punti nascita (che rappresenta quanto di più funzionalmente dispersivo si possa avere e difficilmente gestibile); – alla carenza dell'organico medico della SOC Ostetricia, con ricambio di personale, quasi sempre giovane e costantemente da formare; – alla carenza di ostetriche ed al costante ricambio del personale giovane e da formare; – alla necessità di ricorrere a consulenti esterni Ginecologi per la copertura dei turni di guardia; – alla presenza di consulenti Pediatri e di consulenti Anestesiisti; – all'impossibilità di garantire, con continuità, la partoanalgesia (strumento molto utile nella gestione del travaglio) per problemi di carenza di anestesisti.

#### **Indicatori Area Prevenzione:**

**P01C e P02C copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi rispettivamente per ciclo base e per la prima dose di vaccino contro morbo, parotite,rosolia.**

Il Direttore della Soc Sisp precisa che la differenza, rispetto ai valori soglia, è dovuta: – alla crescente diffidenza nei confronti delle vaccinazioni pediatriche da parte delle famiglie; – alla carenza di informativa istituzionale; – ai movimenti demografici (nuove nascite e spostamenti migratori. L'Azienda sta mettendo in atto tutte le azioni possibili al fine di superare le problematiche riportate, con particolare attenzione all'incremento dell'informativa.

**P15C- proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello in un programma organizzato per cervice uterina, mammella, colon retto.** E' in fase di definizione un accordo tra l'ASL VCO e la Lega Italiana lotta Contro i Tumori VCO (LILT) per aumentare la partecipazione della popolazione target agli screening.

Perciò l'obiettivo 4.4 può considerarsi parzialmente raggiunto.

### **OBIETTIVO 4.5: TEMPESTIVITA' NELL'EFFETTUAZIONE DI PTCA NEI CASI DI IMA STEMI**

<b>Risultati raggiunti</b>	
<b>Indicatore 4.5:</b> N° episodi di STEMI in cui il pz abbia eseguito una PTCA entro 90 minuti / N° episodi di STEMI	
<b>Valore Obiettivo:</b> .. tasso grezzo $\geq$ 60%	<u>Obiettivo raggiunto.</u>
<b>Risultati Obiettivo:</b> .. 75/118 = 63,6% (Fonte dati: Controllo di gestione)	<u>Obiettivo raggiunto.</u>

### **OBIETTIVO 4.6: DONAZIONI D'ORGANO**

#### **Sub Ob 4.6.1 Segnalazione di soggetti in morte encefalica (BDI%)**

**Indicatore:** BDI= n° morti encefaliche segnalate nei reparti di Rianimazione afferenti al PO/ n° decessi di soggetti ricoverati nei reparti di Rianimazione afferenti al PO con una patologia compatibile con l'evoluzione verso la morte encefalica

**Valore Obiettivo (atteso al 31.12.2024):** 20–40%

**Risultati::**

PO "S. Biagio": 32%

Ob raggiunto

PO "Castelli": 0/6 \* (secondo la letteratura l'attesa era di almeno una morte encefalica CRP).

Si ritiene che l'obiettivo 4.6.1 può considerarsi raggiunto (seppure il CRP è di diverso avviso) per le motivazioni che seguono. Si osserva che non in tutti i pazienti, compatibili con evoluzione verso la morte cerebrale, sono presenti le precondizioni per procedere con l'accertamento di morte cerebrale, per cui il decesso avviene per altre cause o complicanze. Nel 2024 si è verificato un decremento di casi di Pazienti che muoiono in seguito ad accertamento di morte cerebrale rispetto ai numerosi casi registrati sino al 2020. Tale evento non è assolutamente legato a fattori umani (quali, ad esempio, la mancata valutazione della presenza delle precondizioni, previste dalla Legge, da parte del personale medico delle RIA e da parte della Coordinatrice Ospedaliera delle Donazione e dei Prelievi di Organi e Tessuti). Nel 2024 la Coordinatrice Ospedaliera delle donazioni e dei prelievi di organi e tessuti, con il supporto dell'Infermiera Esperta Procurement, ha effettuato la valutazione di tutte le cartelle cliniche di pazienti deceduti in Rianimazione con diagnosi di ingresso compatibile con evoluzione verso la morte cerebrale al fine di verificare se, in presenza delle precondizioni, non si è proceduto con l'accertamento di morte cerebrale.

Con riguardo al Presidio Ospedaliero di Verbania si sono verificati n. 6 decessi con diagnosi di ingresso compatibile con evoluzione di morte cerebrale e, in nessuno di questi pazienti, al momento del decesso avvenuto per arresto cardiaco, erano presenti le precondizioni (presenza di riflessi del tronco encefalico); nel diario clinico di due di questi pazienti era stata dichiarata, dal medico di turno, l'indicazione a procedere con la "desistenza terapeutica", uno di questi pazienti, ricoverato per "*accidente cerebrovascolare in paziente neoplastico*", aveva già in corso la terapia palliativa a domicilio e nel diario clinico medico era stata posta anche l'indicazione alla sedazione palliativa. Inoltre, nel corso del 2024, un paziente ricoverato presso la Rianimazione di Verbania ha presentato le precondizioni (valutabili) che avrebbero consentito di effettuare l'accertamento di morte cerebrale ma poiché nelle festività, il sabato e la domenica, il Neurologo è di turno solo sul presidio di Domodossola ed in quella data non è stato possibile identificare un altro medico (per la nota carenza di personale dipendente) da far rientrare in servizio per comporre il collegio, non si è potuto procedere con la convocazione del Collegio per l'Accertamento presso il PO di Verbania. Quindi il paziente è stato trasferito presso la Rianimazione di Domodossola per ultimare la valutazione delle precondizioni (EEG breve) e procedere in seguito con l'Accertamento di morte cerebrale con la convocazione del Collegio, per cui la segnalazione al CRT e al CRP è stata effettuata dal PO di Domodossola.

Per tali motivazioni la Coordinatrice Ospedaliera ritiene l'obiettivo superato anche se il CRP afferma che "*secondo la letteratura avremmo atteso almeno una morte encefalica*".

#### **Sub Ob 4.6.2 Non opposizione alla donazione di organi**

**Indicatore 4.6.2:** Opposizione alla donazione di organi nelle Rianimazioni afferenti al PO / segnalazioni di morte encefalica dalle Rianimazioni afferenti al PO senza volontà presente nel SIT

**Valore Obiettivo:** valore = 0 < al 33%

**Risultati:** PO di Domodossola: 5 segnalazioni/0 opposizioni = 0%

PO di Verbania: 0 segnalazione/0 opposizioni

Obiettivo raggiunto in entrambi i presidi

La valutazione finale è stata effettuata sugli ultimi tre anni per i PO che hanno meno di tre segnalazioni di morte encefalica senza volontà presente nel SIT = 25%

#### **Sub Ob 4.6.3 Donatori di cornee**

**Indicatore 4.6.3:** n° donatori di cornea nel 2024/totale decessi ospedalieri del 2023 fra i 5 e i 78 anni compresi

**Valore Obiettivo:** PO "S. Biagio" 7      PO "Castelli" 10

**Risultati Obiettivo:** PO "S. Biagio" **21** (8 in RIA + 13 out RIA)

PO "Castelli" **16** (8 in RIA + 8 out RIA)

Obiettivo raggiunto in entrambi i presidi.

Vedi **All.25** (resoconto per i sub obiettivi 4.6.1 - 4.6.2 - 4.6.3)

### **OBIETTIVO 4.7: PROGRAMMA REGIONALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E LA SICUREZZA DEL PAZIENTE**

#### **Sub Ob 4.7.1**

**Indicatore:** numero di azioni di competenza aziendale previste dal Programma regionale per la gestione del rischio clinico (PRRC) per l'anno 2024 implementate in SIMES°

**Valore Obiettivo:** azioni implementate > 90%

**Risultati:** tutti gli eventi sentinella sono stati esaminati, valutati istruiti ed inseriti nel flusso SIMES.

Obiettivo raggiunto

#### **Sub Ob 4.7.2**

**Indicatore:** corretto adempimento al debito informativo relativo al flusso SIMES

**Valore Obiettivo:** soddisfatti tutti gli indicatori del flusso

**Risultati:** Nel 2024 è proseguito, da parte della Sos Legale, l'inserimento su SIMES di tutte le richieste risarcitorie afferenti sul "Programma assicurativo regionale per i rischi sanitari", avendo cura di compilare correttamente tutti i dati richiesti dalla procedura, compresi i campi menzionati a livello regionale ovvero "contesto di riferimento" "Disciplina" e "Importo riservato".

Obiettivo raggiunto.

### **OBIETTIVO 5.1: ATTUAZIONE PIANO DI RECUPERO DELLE PRESTAZIONI DI SCREENING**

#### **Risultati raggiunti al 31.12.2024**

CITOLOGICO al 31/12/24	ASL VCO
Popolazione bersaglio annua	15.641
Donne invitate al 31/12/24	16.408
<b>Copertura da invito</b>	<b>105%</b>
nne screenate al 31/12/24	3.921
<b>Copertura da esami</b>	<b>25%</b>

Obiettivo raggiunto per la copertura di inviti mentre l'obiettivo di copertura esami (25%) è inferiore al valore minimo (49%).

L'adesione ai programmi di screening è stata promossa attraverso la campagna pubblicitaria regionale di prevenzione Serena ed è in fase di definizione un accordo tra l'ASL Vco e la Lega italiana per la lotta ontro i tumori (LILT) per aumentare la partecipazione della popolazione target agli screening. Nel corso del 2024, su richiesta dell'UVOS di Novara, sono state aperte ulteriori agende, anche nelle giornate di sabato, per permettere l'invito della popolazione bersaglio che è aumentata nella seconda metà del 2024. Occorre rilevare che le percentuali di adesione sono influenzate dal fatto che la maggior parte della popolazione bersaglio è composta da donne non aderenti che si rivolgono a professionisti privati.

MAMMOGRAFICO al 31/12/24	ASL VCO
Popolazione bersaglio annua	13.888

Donne invitate al 31/12/24	13.949
<b>Copertura da invito</b>	<b>100,4%</b>
Test di primo livello eseguiti nell'anno	8.481
<b>Copertura da esami</b>	<b>61,1%</b>
Obiettivo raggiunto per la copertura di inviti ed esami.	

<b>COLON RETTO al 31/12/24</b>	<b>ASL VCO</b>
Popolazione bersaglio annua	17.124
Persone invitate al 31/12/24	23.623
<b>Copertura da invito</b>	<b>138,0%</b>
Persone esaminate al 31/12/24	8.043
<b>Copertura da esami</b>	<b>47,0%</b>
Obiettivo raggiunto per la copertura inviti. L'obiettivo di copertura esami (47%) è invece inferiore, seppur molto prossimo al valore minimo (50%).	

### OBIETTIVO 5.2: CONTRASTO ALL'ANTIBIOTICO RESISTENZA

#### Sub Ob 5.2.1

**Indicatore:** Consumo (DDD/100 giornate di degenza) di **carbapenemi** in ambito ospedaliero

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

**Risultati:**

Valore indicatore ASL VCO anno 2022 (DDD/100 giornate di degenza): 2,33

Risultati Obiettivo anno 2024 (DDD/100 giornate di degenza): 2,23 ( $-0,1 = \text{circa } 4\%$ )

Valore indicatore GEN-NOV 2022 (fonte PADDI): 2,44

Valore indicatore GEN-NOV 2024: (fonte PADDI) 2,98

Scostamento di + 33,47 % dal valore obiettivo 2024. (All.26) Obiettivo non raggiunto.

Si evidenzia che il dato a giugno 2024 mostrava uno scostamento dal valore obiettivo di + 53,49% e, ad ottobre, uno scostamento di + 40,69 %. Il dato a novembre (+ 33,47 %) mostra quindi un ulteriore miglioramento del dato di consumo, a supporto del fatto che le azioni in atto stanno producendo un miglioramento nell'utilizzo dei carbapenemi.

#### Sub Ob 5.2.2

**Indicatore:** Consumo (DDD/100 giornate di degenza) di **fluorochinoloni** in ambito ospedaliero

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

**Risultati:**

Valore indicatore ASL VCO anno 2022 (DDD/100 giornate di degenza): 5,33

Risultati Obiettivo anno 2024 (DDD/100 giornate di degenza): 5,11 ( $-0,22 = \text{circa } 4\%$ )

Valore indicatore GEN-NOV 2022 (fonte PADDI): 5,35

Valore indicatore GEN-NOV 2024 (fonte PADDI): 6,39

Scostamento di + 24,84 % dal valore obiettivo 2024. (All.27) Obiettivo non raggiunto.

Il dato a giugno 2024 mostrava uno scostamento dal valore obiettivo di + 40,5% e, ad ottobre, uno scostamento di + 27,93%. Il dato a novembre (+ 24,84 %) mostra quindi un ulteriore miglioramento del dato di consumo a

supporto del fatto che le azioni in atto stanno producendo un miglioramento nell'utilizzo dei fluorochinoloni.

#### Sub Ob 5.2.3

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

**Valore Obiettivo:** 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

**Risultati:**

Valore indicatore ASL VCO (Rapporto tra il consumo (DDD/1000 ab die) di molecole ad ampio spettro e di molecole a spettro ristretto) anno 2022: **21,60**

Risultati Obiettivo (Rapporto tra il consumo (DDD/1000 ab die) di molecole ad ampio spettro e di molecole a spettro ristretto) anno 2024: **20,60 (-1,512 = 7% di riduzione)**

Valore indicatore 2024 a cui tendere: **20,60**

Valore indicatore GEN-NOVEMBRE 2024: **21,96**

Scostamento di + 9,42 % dal valore obiettivo 2024. (All.28)

Obiettivo non raggiunto.

Il dato a luglio 2024 mostrava uno scostamento dal valore obiettivo di + 39,6%. Il dato a novembre (+ 9,42 %) mostra un netto miglioramento rispetto al dato di partenza a supporto del fatto che le azioni in atto stanno producendo un miglioramento nell'utilizzo delle molecole a spettro ristretto rispetto a quelle ad ampio spettro.

Con riferimento all'obiettivo 5.2, ovvero ai sub obiettivi 5.2.1, 5.2.2, 5.2.3, che risultano non raggiunti, occorre evidenziare che i dati a novembre 2024 presentano una situazione abbastanza rassicurante in quanto in miglioramento rispetto ai trimestri precedenti. L'importanza del contrasto all'antibiotico resistenza è di indubbia e indiscutibile valenza sanitaria. Per il raggiungimento dell'obiettivo è fondamentale che tutte le figure coinvolte nella prescrizione siano sensibilizzati e consapevolmente impegnate nel porre in atto le azioni necessarie al corretto utilizzo degli antibiotici. Si auspica che l'obiettivo sia mantenuto per il prossimo anno in modo da poter verificare l'efficacia delle azioni in atto che necessitano di tempo per ripercuotersi positivamente sul lungo periodo.

#### **OBIETTIVO 6.1.2 (Azienda Zero): ASSISTENZA DOMICILIARE**

##### **Risultati raggiunti al 31.12.2024**

**Indicatore:** Per tutte le classi di CIA, al 31.12.2024, almeno il 12% di pazienti over 65 in assistenza domiciliare.

**Valore Obiettivo:** 100%

**Risultati:** L'ASL VCO, al 31 dicembre, ha raggiunto la percentuale del **12,71%**.

Obiettivo raggiunto.

**OBIETTIVO 6.2: MIGLIORAMENTO NELLA GESTIONE E MISURAZIONE DEL BOARDING**

**Risultati raggiunti al 31.12.2024**

**Indicatore:** tempo medio di permanenza in PS

**Valore Obiettivo:** < 6 ore

**Risultati:** 5 ore e 13 minuti.

Obiettivo raggiunto.

Omegna, 27.02.2025

per

il Direttore Generale Asl VCO

il Direttore Amministrativo

Dr.ssa Barbara Buono

firmato in originale

\*\*\*\*\*