

AREE DI INTERVENTO	OBIETTIVI	SUB OBIETTIVI	ATTIVITA'	CRONOPROGRAMMA	RESPONSABILE	Evidenze / Stato dell'arte (documentazione/monitoraggio presente, da aggiornare, da predisporre)
8. Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica	8.1 Copertura vaccinale	8.1.1 Raggiungere copertura vaccinale come da obiettivi PNVP 8.1.2 Garantire implementazione completa e accurata dell'anagrafe vaccini	Azione 1: non di competenza Aziendale Azione 1: non di competenza Aziendale			
	8.2 Piano Regionale di prevenzione 2020 - 2025 (PRP)	8.2.1 Piano Regionale di prevenzione 2020 - 2025 (PRP)	Azione 1: non di competenza Aziendale			
	8.3 Salute e sicurezza sui luoghi di lavoro	8.3.1 Tutela della salute e sicurezza sul lavoro "Documento strategico 2024-2026 per i Dipartimenti di Prevenzione"	Azione 1: non di competenza Aziendale			
	8.4 Programmi organizzati di Screening	8.4.1 Aumentare adesione ai programmi e migliorare appropriatezza prescrittiva, qualità ed efficienza dei servizi offerti	Azione 1: non di competenza Aziendale Azione 2: non di competenza Aziendale Azione 3: non di competenza Aziendale			
			Azione 4: Screening mammografico: copertura esami 100% rispetto alla richiesta dell'UVOS territoriale Screening colon-rettale: copertura esami 100% rispetto alla richiesta dell'UVOS territoriale Azione 5: Ridurre le mammografie effettuate extra – screening: n. di mammografie extra – screening effettuate nel SSR/totale mammografie (screening + extra – screening) effettuate nel SSR (codifica:) (criteri selezione denominatore: età 50-69 aa, pazienti non prese in carico per FU) Azione 6: non di competenza Aziendale Azione 7: non di competenza Aziendale	ogni 3 mesi monitoraggio degli esami effettuati sulla popolazione ogni 3 mesi monitoraggio degli esami effettuati sulla popolazione	Direzione Sanitaria di Presidio Direzione Sanitaria di Presidio	Report Mensile a cura dell'UVOS Screening dell'ASL CN1 Report trimestrale a cura del Coordinatore del Dipartimento dei Servizi
	8.5 Veterinaria e Sicurezza Alimentare	8.5.1 Audit interni e le verifiche di efficacia in materia di controlli sulla sicurezza alimentare	Azione 1: non di competenza Aziendale			
		8.5.2 Sorveglianza sul farmaco animale	Azione 1: non di competenza Aziendale Azione 2: non di competenza Aziendale			
		8.5.3 Sanità animale	Azione 1: non di competenza Aziendale Azione 2: non di competenza Aziendale Azione 3: non di competenza Aziendale			
	8.6 Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive, preparazione e risposta a una pandemia influenzale	8.6.1 Predisposizione ed attuazione delle misure di preparazione per la gestione di un'epidemia pandemica (PanFlu)	Azione 1: aggiornamento del Piano Aziendale	annuale	Direzione Sanitaria di Presidio	Previsto aggiornamento del PANFLU Aziendale nel corso del 2025. Emesso il Piano di Gestione Sovraffollamento in PS a dicembre 2024 con relative revisioni del diagramma di flusso per la gestione dei letti in fase influenzale e delle istruzioni per il Bed Management. Nel corso del 2025 è previsto l'aggiornamento del PEIMAF
	8.7 Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico Resistenza (PNCAR)	8.7.1 Riduzione del consumo delle molecole antibiotiche secondo le indicazioni regionali	Azione 1: a) consumo (DDD/100 giornate di deenza) di Carbapenemi in ambito ospedaliero (std: riduzione del consumo ≥ 10% nel 2025 rispetto al 2022) b) consumo (DDD/100 giornate di deenza) di Fluorochinoloni in ambito ospedaliero (std: riduzione del consumo ≥ 10% nel 2025 rispetto al 2022)	monitoraggio semestrale	Farmacia Ospedaliera	obiettivo già assegnato negli anni precedenti. La documentazione è messa a disposizione dalla Regione periodicamente su Paddi. Abbiamo implementato il confronto di coerenza tra i dati disponibili su Paddi e i dati aziendali
	8.8 Salute, ambiente, biodiversità e cambiamenti climatici	8.8.1 Sistema regionale di prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici (SRPS)	Azione 1: in attesa di disposizioni attuative (D.G.R. n. 23-7841 del 4 dicembre 2023)			
9. Assistenza Territoriale / Distrettuale	9.1 Accesso ai servizi e presa in carico COT	9.1.1 Emergenza territoriale e trasporti	non di competenza Aziendale			
		9.1.2 Monitoraggio pazienti presi in carico attraverso le COT	non di competenza Aziendale			
	9.2 Assistenza alle persone disabili	9.2.1 Monitoraggio e controllo dell'erogazione dei LEA per l'assistenza alle persone con disabilità	non di competenza Aziendale			
		9.2.2 Garantire la coerenza con la normativa regionale attuale	non di competenza Aziendale			
	9.3 Assistenza alle persone non autosufficienti	9.3.1 Monitoraggio e controllo dell'erogazione dei LEA per l'assistenza alle persone non autosufficienti	non di competenza Aziendale			
		9.3.2 Garantire la coerenza con la normativa regionale attuale	non di competenza Aziendale			
	9.4 Assistenza domiciliare integrata	9.4.1 Monitoraggio e controllo dell'erogazione dei LEA per l'assistenza domiciliare integrata	non di competenza Aziendale			
		9.4.2 Incremento delle prese in carico in linea con gli obiettivi del PNRR 2025	non di competenza Aziendale			
	9.5 Assistenza primaria e continuità assistenziale	9.5.1 Implementazione delle Case della Comunità e delle relative figure di riferimento	non di competenza Aziendale			
		9.5.2 Riordino delle forme organizzative dell'assistenza primaria (AFT e UCCP)	non di competenza Aziendale			
	9.6 Cure palliative e terapia del dolore	9.6.1 Piano di potenziamento della rete regionale delle cure palliative per il paziente adulto e per il paziente pediatrico	non di competenza Aziendale			
		9.6.2 Monitoraggio e controllo dell'erogazione dei LEA per le cure palliative	non di competenza Aziendale			
	9.7 Dipendenze patologiche	9.7.1 Monitoraggio e controllo dell'erogazione dei LEA per l'assistenza alle persone con dipendenze patologiche	non di competenza Aziendale			
		9.7.2 Garantire la coerenza con la normativa regionale attuale	non di competenza Aziendale			
	9.8 Salute mentale	9.8.1 Monitoraggio e controllo dell'erogazione dei LEA nell'ambito della salute mentale	non di competenza Aziendale			
		9.8.2 Garantire la coerenza con la normativa regionale attuale	non di competenza Aziendale			
	9.9 Percorsi di salute e diagnostico terapeutico ed assistenziali (PSDTA)	9.9.1 Implementazione dei PDTA regionali	Azione 1: Implementazione PDTA Regionali in Azienda Azione 2: Adottare meccanismi di controllo dell'aderenza al PDTA e di appropriatezza erogativa	entro 31/12/2025 trimestrale	Direzione Sanitaria di Presidio Controllo di Gestione / Farmacia Ospedaliera	Implementazione dei PSDTA Regionali come da piano qualità 2025 Monitoraggio dell'aderenza al PSDTA BPCO per i pazienti cronici e riacutizzati. report di monitoraggio presente
	9.10 Sanità Penitenziaria	9.10.1 Organizzazione del servizio aziendale di sanità penitenziaria	non di competenza Aziendale			
		9.10.2 Monitoraggio dello stato di realizzazione e funzionamento della rete regionale	non di competenza Aziendale			
		9.10.3 Implementazione della telemedicina per garantire un'adeguata assistenza a tutti i soggetti riducendo la loro movimentazione	non di competenza Aziendale			
	9.11 Salute materno-infantile e Consulenti familiari	9.11.1 Potenziamento delle attività dei consulenti	non di competenza Aziendale			
		9.11.2 Definizione di modelli di intervento di contrasto a violenza domestica, abuso e maltrattamento in gravidanza e nei primi anni di vita del bambino	non di competenza Aziendale			
		9.12.1 Verifica della performance della rete 118	non di competenza Aziendale			

	9.12 Emergenza territoriale e trasporti	9.12.2 Verifica della performance dei trasporti secondari	non di competenza Aziendale				
10. Reti di Specialità per l'integrazione Ospedale-Territorio	10.1 Rete dei punti nascita	10.1.1 Riduzione dell'incidenza di parto cesareo nelle gravidanze a basso rischio, secondo direttive regionali	Azione 1: Approvazione del piano aziendale per migliorare prassi ostetriche nelle gravidanze a basso rischio e trasmissione alla Regione	giu-25	Direzione Sanitaria di Presidio	Protocollo Interno per la gestione delle gravidanze a basso rischio in revisione.	
		10.1.2 Verifica alla presenza nel blocco travaglio/parto di ciascun PN (punto nascita) sul rispetto del numero di ostetriche per turno allo standard definito da Linee guida nazionali	Azione 1: Piano aziendale operativo per la verifica e l'adeguamento ai requisiti normativi e delle linee guida su qualità, sicurezza, appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita	entro 30/06/2025	Rischio Clinico / Legale	Attivato e operativo il Gruppo aziendale percorso nascita, sarà deliberato come comitato. Trasmissione alla Regione della "Check list criteri sistema qualità sicurezza e gestione del rischio clinico nel percorso nascita" in data 10 settembre 2024 con n. Prot. 324/14/2024 come da indicazioni nota Regione Piemonte prot. 18819 del 26 luglio 2024 In fase di revisione, con completamento entro fine marzo del: - P.DTA "Assistenza alla donna con ricovero e parto a basso rischio"; - Protocollo "Assistenza al parto a basso rischio" e Protocollo "Assistenza ostetrica alla donna con gravidanza a basso rischio". I suddetti sanno revisionari e depositati all'ufficio qualità entro fine marzo. I dati relativi alla gestione ostetrica delle gravidanze a basso rischio saranno estratti dai cruscotti aziendali, da risultati cedap, dalle statistiche interne alla struttura e dai dati SDO dei ricoverati ordinari del reparto di bassa intensità di ostetricia. Presenze in sala parto n° 2 ostetriche + 1 ostetrica per sp + dea h 24; e inoltre garantita la presenza di un'ostetrica senior h 24 nel blocco parto	
	10.2 Rete malattie rare	10.2.1 Garantire continuità assistenziale tramite connessioni strutturate tra i COMR (Centri di Riferimento delle Malattie Rare) e i Care Manager/Referenti della ASL	Azione 1: non di competenza Aziendale				
		10.2.2 Miglioramento dell'assistenza dei cittadini affetti da Malattie Rare	Azione 1: Implementare il Registro delle Malattie Rare per avere una banca dati centralizzata	Relazione trimestrale	Direzione Sanitaria di Presidio / NOCC	Estrazioni semestrali a cura del CSI Regionale. Inserimento da parte del NOCC per alcune specialità. Attualmente c'è difficoltà nel rilascio di nuove credenziali in quanto non vengono profilate, questo perché presso il CMID-Centro di coordinamento interregionale Malattie Rare sono in corso dei processi di revisione organizzativa. Monitoraggio semestrale n° inserimenti schede Malattie Rare	
	10.3 Rete medicine specialistiche	10.3.1 Potenziare l'integrazione dei servizi specialistici con il territorio attraverso modelli organizzativi uniformi	Azione 1: Definire percorsi di salute e diagnostici terapeutici assistenziali specialistici integrati con le nuove tecnologie e in linea con le direttive regionali	Relazione trimestrale	Direzione Sanitaria di Presidio	Presenti percorsi nelle aree cardiologica, pneumologica, oncologica, nefrologica e dietologica	
	10.4 Rete oncologica	10.4.1 Rafforzamento del governo e del monitoraggio della rete oncologica	Azione 1: Attuazione degli obiettivi, le attività e il cronoprogramma per la gestione del paziente oncologico secondo le direttive regionali	Relazione trimestrale	Direzione Sanitaria di Presidio / Oncologia	Rispettate le scadenze previste dalla Rete Oncologica Piemontese	
			Azione 2: Facilitare l'accessibilità alla rete e della continuità assistenziale	Relazione trimestrale	Direzione Sanitaria di Presidio / Oncologia	Presenza del regolamento Aziendale. Segnalazione tempestiva al NOCC per dimissione protetta del paziente fragile; Report n° pazienti dimessi in ADI UOCP	
			Azione 3: Implementare un sistema di raccolta dati per monitorare il numero di interventi eseguiti e il rispetto del PDTA aziendale	Semestrale	Direzione Sanitaria di Presidio	Presente monitoraggio indicatore NSG	
		10.4.2 Fine vita nei pazienti oncologici	Azione 1: non di competenza Aziendale Azione 2: non di competenza Aziendale Azione 3: non di competenza Aziendale Azione 4: non di competenza Aziendale				
	10.5 Rete ospedaliera, Rete dell'emergenza urgenza e patologie tempo dipendenti	10.5.1 Qualificazione dell'assistenza ospedaliera	Azione 1: Stesura e approvazione del documento di programmazione aziendale dell'assistenza Ospedaliera, secondo direttive regionali.	entro giugno 2025	Direzione Strategica	Gli indirizzi di programmazione Aziendale di assistenza ospedaliera sono contenuti nel PIAO	
			Azione 2: Monitoraggio degli accessi e tempi di attesa al pronto soccorso	Analisi e miglioramento trimestrale	Direzione Sanitaria di Presidio / DEA	Presente sistema di audit-feedback mensile con monitoraggio indicatori definiti dalla Regione. Presenza di cruscotti Aziendali.	
			Azione 3: Monitoraggio del percorso intraziendale in emergenza urgenza.	Analisi scostamenti trimestrale	Direzione Sanitaria di Presidio / Rischio Clinico	Presenza procedura aziendale "Piano di risposta all'Emergenza/Urgenza sanitaria intraospedaliera" Rev. 0 del 2022. Analisi annuale dei dati di attività del Medical Emergency TEAM (MET) aziendale. Corso di formazione sul sistema MET agli operatori. Adozione del sistema di monitoraggio delle non conformità e rendicontazione degli scostamenti trimestrale.	
			Azione 4: Monitoraggio dei ricoveri da PS, con particolare riferimento ai codici triage verde o inferiore	Analisi e azioni trimestrale	Direzione Sanitaria di Presidio / DEA	Presente sistema di audit-feedback mensile con monitoraggio indicatori definiti dalla Regione. Presenza di cruscotti Aziendali.	
	10.6 Rete riabilitazione e lungodegenza	10.6.1 Garantire l'appropriatezza e personalizzazione dei percorsi riabilitativi	Azione 1: Implementazione del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) come strumento centrale per la presa in carico dei pazienti in riabilitazione e lungodegenza	Piano Operativo PRI annuale	Direzione Sanitaria di Presidio / RRF	Assegnazione obiettivo prestazionale alla RRF. PPRI da compilare in accordo con i richiedenti dei singoli reparti, relativamente a indicazioni, appropriatezza, individuazione del setting più corretto per paziente. Monitoraggio mensile presso le strutture interessate. Trasmissione dei PPRI a NOCC aziendale.	
			Azione 2: Monitoraggio delle prestazioni erogate rispetto gli atti di programmazione Aziendale	Analisi scostamenti trimestrale	Direzione Sanitaria di Presidio / NOCC	Monitoraggio su segnalazioni inviate a NOCC, % PRI compilati entro 24h dalla richiesta di consulenza (esclusi festivi e prefestivi) da parte del reparto	
		10.6.2 Potenziare l'offerta dei servizi riabilitativi e di lungo degenza	Azione 1: non di competenza Aziendale				
	10.7 Rete trapiantologica	10.7.1 Incrementare l'attività di donazioni di organo e di trapianto di organi e tessuti	Azione 1: Attivazione di percorsi aziendali specifici per il procurement	Azioni Aziendali Annuali	Direzione Sanitaria di Presidio / Coordinamento Prelevi d'Organo	Delibera N. 55 / 2025 del 26/02/2025, Aggiornamento GRUPPO DI COORDINAMENTO LOCALE; Relazione attività annualità 2024 e programmazione 2025 Presenza di procedure aziendali: 054 Prelevi multorgano; 089 Prelevi a cuore fermo; 045 Donazione Cornee	
			Azione 2: Sviluppo del sistema delle donazioni di organi e trapianto	Analisi e sviluppo annuale	Direzione Sanitaria di Presidio / Coordinamento Prelevi d'Organo	Avvio di un tavolo di lavoro tra le strutture DEA- Medicina d'Urgenza- Neurologia e Rianimazione finalizzato al riconoscimento precoce del potenziale donatore di organi e tessuti Tale percorso prevede la stesura di un documento condiviso di cure intensive finalizzate alla donazione (ICOD) in pazienti con gravissimo danno neurologico evolutivo senza alcuna possibilità terapeutica	
	10.8 Rete dei servizi psichiatrici di diagnosi e di cura	10.8.1 Potenziamento e monitoraggio della Rete dei Servizi di Psichiatria e Neuropsichiatria Infantile	Azione 1: Aggiornamento del Piano organizzativo aziendale per la Rete dei Servizi di Psichiatria e Neuropsichiatria infantile	Piano Organizzativo Annuale	Direzione Sanitaria di Presidio / Neuropsichiatria / Psichiatria	Organizzazione della partecipazione alla formazione regionale del personale medico ed infermieristico della SC Anestesia Cardiotoracovascolare e Terapie Intensive formazione agli studenti degli istituti Superiori di Cuneo e al CLU attività di promozione e sensibilizzazione rivolte alla popolazione, in collaborazione con AIDO	
		10.8.2 Eliminazione dell'uso della contenzione meccanica nei luoghi di cura della salute mentale	Azione 1: Analisi iniziale e mappatura delle pratiche di contenzione meccanica nel SPDC	Mappatura entro giugno 2025	Direzione Sanitaria di Presidio / Rischio Clinico	Partecipazione al Coordinamento regionale della NPI ultimo incontro 29/11/2024. Presenza di procedure generali sulla gestione dello scompenso psichico acuto, dei DNA (focchetto lilla) e delle malattie rare e autismo.	
			Azione 2: Implementazione di protocolli operativi standard per la gestione dei pazienti in stato di agitazione in accordo con le direttive regionali	Protocolli entro giugno	Direzione Sanitaria di Presidio / Psichiatria	Procedura generale "La contenzione/protezione fisica: utilizzo dei presidi di sicurezza che limitano i movimenti dei pazienti" Implementazione della mappatura delle pratiche di contenzione meccanica nell' SPDC. Sono attualmente in uso una Procedura operativa interaziendale, Registro interno con mappatura dal 15/10/2024. Procedura generale "La contenzione/protezione fisica: utilizzo dei presidi di sicurezza che limitano i movimenti dei pazienti" Implementazione della mappatura delle pratiche di contenzione meccanica nell' SPDC. E' in uso un Protocollo, in via di implementazione e revisione, a margine collegato alla procedura di contenzione meccanica	
		10.8.3 Potenziamento di percorsi alternativi per pazienti psichiatrici autori di reato	Azione 1: non di competenza Aziendale Azione 2: non di competenza Aziendale				

		10.8.4 Adeguamento alle indicazioni regionali previste nella D.G.R. n. 14-80/45 del 29/13/2023	Azione 1: non di competenza Aziendale			
10.9 Rete delle patologie neurodegenerative	10.9.1 Potenziare la rete di assistenza per migliorare l'accesso ai servizi e la qualità delle cure		Azione 1: Miglioramento dell'assistenza per persone affette da patologie neurodegenerative	Mappatura entro giugno 2025	Direzione Sanitaria di Presidio / Neurologia / Geriatria	Miglioramento della presa in carico dei nuovi accessi con la creazione di un percorso interno condiviso per la gestione della diagnosi differenziale dei casi complessi con il coinvolgimento di equipe multidisciplinare neurologia/geriatria. Con i Fondi per l'Alzheimer 2024-2026 la SC Geriatria prevede di realizzare un Progetto Sperimentale finalizzato a migliorare l'assistenza dei malati affetti da demenza e delle loro famiglie attraverso: attività di supporto psicologico ai pazienti e ai loro caregiver/familiari, attività di stimolazione psico-cognitiva/motoria/occupazionale, interventi assistiti con animali presso la Geriatria/Neurologia/Ortopedia/Centro Diurno "Mater Amabilis" di Cuneo, eventi formativi/informativi rivolti ai familiari/caregiver, alle Associazioni di volontariato e agli operatori, realizzazione di interventi di umanizzazione degli ambienti di cura. Per alcune di queste attività è prevista la collaborazione con la SC Neurologia.
			Azione 2: Formazione per il personale sulle migliori pratiche di assistenza per patologie neurodegenerative	Piano formativo entro dicembre	Direzione Sanitaria di Presidio / Neurologia / Geriatria	In collaborazione con la SC Neurologia, elaborazione di un corso di formazione aziendale di aggiornamento sulle principali patologie neurodegenerative e sulle migliori pratiche di assistenza, soprattutto nell'ottica di prevenire e/o contenere la comparsa di delirium o di disturbi comportamentali. Inserito nel PFA ai fini della tracciatura dei percorsi formativi
10.10 Reti trasfusionali	10.10.2 Incrementare la raccolta di sangue sul territorio e potenziare il personale dedicato alle attività trasfusionali	10.10.1 Implementazione del Piano organizzativo aziendale per la Rete Trasfusionale in linea con le direttive regionali	Azione 1: Aggiornamento del Piano organizzativo aziendale per la Rete Trasfusionale	Piano organizzativo entro giugno 2025	SIMT	Prevista attività di revisione della DGR sulla riorganizzazione della Rete Trasfusionale, da parte della Cabina di Regia della Struttura Regionale di Coordinamento Trasfusionale (SRC Trasfusionale) di cui il Direttore SCI Immunohaematologia di questa azienda è parte.
			Azione 1: Progettazione ed erogazione di un corso di formazione per il personale medico e infermieristico	erogazione corso trimestrale	SIMT / Formazione	E' in corso di accreditamento ECM un corso di formazione per Medici neolaureati o iscritti ad una scuola di specializzazione che hanno risposto ad un bando per lavorare nell'ambito della raccolta sangue. Il corso è organizzato da AO S. Croce e Carle e si prefigge di formare i medici all'attività di selezione dei donatori e di monitoraggio degli stessi durante e al termine della donazione. Previste 5 edizioni. Il Corso per Medici prelevatori è già programmato per il mese di aprile 2025 (residenziale + training)
			Azione 2: Monitoraggio dell'attività svolta e analisi differenziale con il programmato	report monitoraggio sul programmato. Trimestrale	SIMT	Implementato sistema di monitoraggio relativo all'efficacia di tali edizioni formative
10.11 Ulteriori reti di specialità	10.11.1 Miglioramento nella gestione delle terapie intensive e sub-intensive, in accordo con il mutato scenario nazionale e regionale	10.11.1 Miglioramento nella gestione delle terapie intensive e sub-intensive, in accordo con il mutato scenario nazionale e regionale	Azione 1: Aggiornamento del Piano Aziendale per la gestione delle terapie intensive	revisione Piano Aziendale	Direzione Sanitaria di Presidio / Terapie Intensive	Procedure presenti in Azienda di interesse per le Terapie Intensive Doc 035 - 036 (Procedura CPRC) PG 042 P.R.I.M.A. PG 063 Piano_risposta_Emergenza_Urgenza_Sanitaria_Intraospedaliera PG_077_COVID 19_Gestione Intraospedaliera POria-tictv_004_Gestione casi avanzati di patologia_rev.00 IO_030 Criteri per il trasferimento da area critica a area medica <u>Procedura da predisporre: Criteri per il trasferimento all'interno delle aree critiche</u>
			Azione 2: Monitoraggio dell'attività previste dal Piano Aziendale per la gestione delle terapie intensive	monitoraggio indicatori annuale	Direzione Sanitaria di Presidio / Terapie Intensive	Report di monitoraggio indicatori da formalizzare
11. Linee di Intervento Trasversali	11.1 Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)	11.1.1 Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)	Azione 1: Indicatori NSG	annuale	Controllo di Gestione / Direzione Sanitaria di Presidio	Monitoraggio mensile degli indicatori NGS area ospedaliera (H02Z, H04Z, H05Z, H13C, H17C, H18C, D27Z)
			Azione 1: Monitoraggio delle attività e delle prestazioni erogate in regime istituzionale e di libera professione	Piano aziendale governo liste di attesa	Direzione Sanitaria di Presidio	Presenza di Piano Aziendale - previsto aggiornamento nel corso del 2025
			Azione 2: Miglioramento della Produzione e Monitoraggio proattivo delle prestazioni erogate rispetto al fabbisogno definito da atti di programmazione regionale	report trimestrale	Direzione Sanitaria di Presidio	Presenza sistema di monitoraggio Prestazioni PNGLA
			Azione 3: Messa a regime della totale visibilità delle agende da parte dei sistemi informativi regionali, sia per il primo accesso che per i controlli successivi	report annuale	Direzione Sanitaria di Presidio	Presenza sistema di monitoraggio Agenda e CUP
			Azione 4: Messa a regime delle agende digitali per quadrante rispetto al catalogo regionale adottato	report annuale	Direzione Sanitaria di Presidio	Presenza sistema di monitoraggio Agenda di quadrante
			Azione 5: Sistema di monitoraggio sul rapporto personale/prestazioni erogate	report trimestrale	Direzione Sanitaria di Presidio	Presenza sistema di monitoraggio (controllo di gestione / personale)
			Azione 6: Attuazione NCUP (D.G.R. 4 ottobre 2024, n. 28-238)	report trimestrale	SID / Direzione Sanitaria di Presidio	da Predisporre successivamente all'attivazione del NCUP
			Azione 7: Monitoraggio delle attività e delle prestazioni erogate	riduzione tempi e liste attesa trimestrale	Direzione Sanitaria di Presidio	Presenza sistema di monitoraggio Prestazioni PNGLA - tempi e volumi
			Azione 8: Prestazioni prenotate CUP 2025 e Prestazioni erogate Flusso C 2025	report trimestrale	Direzione Sanitaria di Presidio	Presenza sistema di monitoraggio
			Azione 9: Comunicazione	trimestrale	Comunicazione / Trasparenza	documentazione presente in apposita area del sito come da indicazioni regionali http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/liste-di-attesa/ (criteri e monitoraggio) Documentazione aziendale da riesaminare Comunicazione: Collaborazione con la Trasparenza per garantire la presenza e la fruibilità sul sito Internet aziendale dei dati aggiornati e delle pubblicazioni relativi alle liste d'attesa
			Azione 10: Sviluppo del piano di miglioramento dell'appropriatezza	analisi e miglioramento trimestrale	Direzione Sanitaria di Presidio	in via di definizione progetto aziendale
			Azione 11: Verifiche e controlli delle liste e dei tempi di attesa	check list trimestrale	Direzione Sanitaria di Presidio	Audit e feedback in corso
			Azione 1: Implementazione di tutte le azioni necessarie volte all'incremento nell'utilizzo delle ricette dematerializzate	trimestrale	SID	da Predisporre report successivamente all'analisi del contesto organizzativo
			Azione 2: non di competenza Aziendale			
			Azione 3: Completamento del processo di dematerializzazione nel sistema SAR/SAC delle prestazioni ambulatoriali	relazione trimestrale	SID	da Predisporre report successivamente all'analisi del contesto organizzativo
11.4 Attività libero professionale intramuraria (ALPI)	11.4.1 Adozione del Piano e Regolamento Aziendale per la libera professione intramuraria in conformità a quanto stabilito dalla D.G.R. regionale e alla normativa nazionale vigente in materia	11.4.1 Adozione del Piano e Regolamento Aziendale per la libera professione intramuraria in conformità a quanto stabilito dalla D.G.R. regionale e alla normativa nazionale vigente in materia	Azione 1: Adozione di Piano e Regolamento aziendale adeguata all'esercizio della Libera Professione (autorizzazioni, convenzioni) rispetto alle normative nazionali e direttive regionali	Piano delle autorizzazioni e convenzioni	Patrimonio	Piano delle autorizzazione e delle convenzioni, per il 2025 il riferimento è la Determina n. 2321 del 31.12.2024 e successivi provvedimenti integrativi. Regolamento aziendale attualmente vigente (08/01/2019) in corso di revisione secondo le indicazioni della DGR 11-8042 del 29/12/2023. Adozione prevista per il mese di Aprile 2025.
			Azione 2: Analisi aziendali sulle tariffe adottate per l'erogazione delle prestazioni	Determina aziendale di adozione delle tariffe	Patrimonio	Il regolamento aziendale prevede la definizione dello schema di costruzione della tariffa.
			Azione 3: Analisi su accantonamenti a Fondo Balduzzi e Fondo di Perequazione, e al calcolo del Fondo dirigenza PTA e fondo Collaborazione	Report di verifica delle somme accantonate ai fondi e percentuale di accuratezza degli accantonamenti rilevati	Patrimonio / Personale / Bilancio	Per fondo Balduzzi e Fondo Perequazione determina annuale di quantificazione. Si predispongono report relativo al calcolo delle somme accantonate in corso di esercizio. La S S bilancio e Contabilità fornisce il valore utilizzato e disponibile di tali accantonamenti. Trimestralmente procede alla verifica con il Personale sulla correttezza del dato in merito appunto all'utilizzo, al fine di garantire che i dati trasmessi in sede stipendiali siano stati correttamente contabilizzati.
			Azione 4: Definizione di tutte le attività effettuate in Libera Professione che non rientrano nelle modalità di ambulatoriale, ricovero e domicilio	report annuale	Personale	Presenza di report
			Azione 5: Ricognizione degli spazi interni utili all'esercizio della Libera Professione	mappatura annuale	Direzione Sanitaria di Presidio	presenza di mappatura aggiornata degli spazi ambulatoriali aziendali
			Azione 1: Verifica del rispetto dei limiti derivanti dal piano dei volumi di attività stabiliti dall'Azienda, l'Azienda deve declinare budget individuali da attribuire ai singoli dirigenti e relativi volumi di erogazione, che devono essere inferiore al piano annuale delle prestazioni erogate in attività istituzionale, sia ambulatoriale che ricovero	report trimestrale	Direzione Sanitaria di Presidio / Controllo di Gestione	Presenza di report di monitoraggio mensile inviato per valutazione al responsabile del PAAT
			Azione 2: Monitoraggio delle Attività libero professionali e adozione di strumenti idonei degli orari di lavoro dedicati	report trimestrale	Patrimonio	Il monitoraggio viene effettuato a cadenza trimestrale.
			Azione 3: Monitoraggio sui pagamenti e relativa analisi sulla rilevazione contabile di costi e ricavi che deve rispettare l'autosostenibilità della Libera Professione	report trimestrale	Patrimonio	Monitoraggio pagamenti già regolarmente effettuato. Analisi costistiche da oggi effettuata con cadenza annuale. Da implementare report trimestrale.

12. Assistenza Farmaceutica e Dispositivi Medici	11.5 Rischio clinico	11.5.1 Ottenere un sistema integrato di segnalazione e monitoraggio per la gestione del rischio clinico e la promozione della sicurezza dei pazienti	Azione 1: Registrare sul portale SIMES (Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità) gli eventi sentinella e delle denunce di sinistro (N.B. Il SIMES non raccoglie gli eventi avversi ma solo eventi sentinella e denunce sinistri)	registrazione puntuale	Rischio Clinico / Legale	Corretta e puntuale registrazione degli eventi sentinella, secondo le modalità ed entro le tempistiche di cui al DM 2009 in relazione ai seguenti indicatori: inserimento degli ES e compilazione delle schede B entro i termini definiti dal DM 2009, compilazione della scheda C di monitoraggio a lungo termine delle azioni correttive (Piano di Azione) ai sensi della DD n. 699 del 7/08/2014 La S.C. Legale già dal 2024 registra sul Portale SIMES, in modo puntuale e secondo le modalità e i termini indicati dalla Regione Piemonte
		11.5.2 Mappare le attività volte alla gestione del rischio e della prevenzione dell'ICA (Infezione Correlate all'Assistenza)	Azione 1: Elaborazione di una griglia di mappatura e di un report sulle attività svolte	relazione trimestrale	Rischio Infettivo	Presente mappatura del servizio con attività svolte e in corso, corredate da matrici di responsabilità
		11.5.3 Allineare le strutture sanitarie alle indicazioni per la corretta gestione del contenzioso	Azione 1: Report annuale su attività dei Comitati di gestione sinistri realizzata in conformità alle indicazioni regionali	report annuale	Legale	In fase di stesura Report di cui verrà data evidenza a fine anno, in modo conforme alle indicazioni regionali
	11.6 Rapporti con gli erogatori pubblici e privati accreditati	11.6.1 Ottimizzare l'utilizzo delle risorse sanitarie per migliorare l'efficienza del sistema	Azione 1: non di competenza Aziendale			
		11.6.2 Programmazione dell'erogazione delle prestazioni e degli accordi contrattuali necessari a	Azione 1: non di competenza Aziendale Azione 2: non di competenza Aziendale			
	11.7 Investimenti	11.7.1 Garantire un sistema di programmazione integrata aziendale in rispetto degli obiettivi strategici e delle modalità di finanziamento stabilite da Regione	Azione 1: Piano Triennale degli Investimenti secondo format regionale (All. D) Azione 2: Dichiarazione aziendale che attesti il rispetto dei requisiti previsti	entro il 30/10/2025	Direzione Strategica / Affari Generali Direzione Strategica / Affari Generali	Documento già predisposto per l'annualità 2025. Attestazione acquisita all'avvio dei singoli interventi contenuti nel Piano Triennale
		11.7.2 Approprietezza dell'utilizzo di contributi in c/esercizio finalizzati alla realizzazione di investimenti	Azione 1: Determina Aziendale di adozione della procedura (inclusiva delle modalità di approvazione aziendali delle operazioni di PPP) Azione 2: Prospetto di ricognizione degli investimenti finanziati da rettifiche di contributi in c/esercizio e eventuali atti autorizzativi necessari	elaborazione protocollo operativo 31/05/2025 Deliberazione 30/06/2025	Direzione Strategica / Affari Generali Direzione Strategica / Affari Generali	Il documentno verrà elaborato secondo le indicazioni regionali Il monitoraggio verrà avviato
		11.7.3 Approprietezza dell'utilizzo di donazioni a titolo gratuito di beni e servizi	Azione 1: presenza di regolamento Azione 2: Report di monitoraggio sulla coerenza degli atti aziendali adottati Azione 3: In Azienda si verifica la sostenibilità economico-finanziaria dell'operazione, rispetto ai potenziali impatti organizzativi (personale qualificato necessario all'utilizzo e alla gestione della tecnologia) ed economico-finanziari (costi per consumabili dedicati, costi di manutenzione, spese per adeguamento dei locali etc.)	monitoraggio trimestrale monitoraggio trimestrale preventiva all'adozione dell'atto aziendale	Direzione Sanitaria di Presidio Farmacia Ospedaliera Farmacia Ospedaliera / Ingegneria Clinica	Presente Regolamento Aziendale Report presente in Azienda Report presente in azienda
	11.8 Gestione crediti vialtri	11.8.1 Garantire il recupero tempestivo delle partite creditorie pregresse, al fine di ridurre il rischio di mancato incasso e interrompendo tempestivamente i termini di prescrizione delle partite creditorie	Azione 1: Report sull'andamento delle attività di recupero, con evidenza separata sul recupero delle quote svalutate	monitoraggio trimestrale	Bilancio / Controllo di Gestione / Patrimonio	In merito alla parte di competenza (credito verso persone giuridiche) la S. S. Bilancio e Contabilità procede al monitoraggio trimestrale sulla situazione crediti e procede a relativo sollecito ove necessario (scaduto da oltre 60 gg) fino ad arrivare all'attivazione della riscossione coattiva. La svalutazione crediti viene effettuata secondo il criterio analitico per i crediti di competenza e forfettario per i crediti di competenza del controllo gestione e libera professione salvo specifiche segnalazioni che ne giustificino una diversa svalutazione. La svalutazione secondo il criterio forfettario comporta un'analisi dell'andamento del riscosso nelle annualità precedenti.
			Azione 2: Registro aggiornato delle azioni e solleciti per singola partita di credito Azione 3: non di competenza Aziendale	monitoraggio trimestrale	Bilancio / Controllo di Gestione / Patrimonio	con riferimento alla partite di competenza è disponibile la documentazione necessaria
		11.8.2 Garantire la corretta rappresentazione del valore dei crediti attraverso l'adeguamento periodico del fondo svalutazione crediti al valore di presumibile realizzo	Azione 1: Documento di revisione semestrale del fondo svalutazione crediti	allegato alla relazione del secondo e quarto trimestre	Bilancio	allegato alla relazione del secondo e quarto trimestre
	12.1 Approprietezza prescrittiva dei farmaci	12.1.1 Aderenza appropriata alle raccomandazioni AIFA	Azione 1: Individuazione di specifici indicatori oggetto di monitoraggio, ove non ancora presenti, e del relativo target obiettivo in funzione del miglioramento dell'appropriatezza Azione 2: Raggiungimento del target previsto dagli indicatori	trimestrale annuale	Farmacia Ospedaliera Farmacia Ospedaliera	Proseguirà il lavoro di monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva ad es di R03DX, L04A, C10AX report di monitoraggio da implementare sulla base delle indicazioni Regionali
		12.1.2 Uniformare le procedure di tracciamento e utilizzo dei farmaci off-label e Legge 648/96	Azione 1: Assicurare il corretto tracciamento aziendale sul consumo di farmaci off-label e Legge 648/96, negli applicativi per la valorizzazione dei flussi regionali in coerenza ai disciplinari	trimestrale	Farmacia Ospedaliera	report di monitoraggio già disponibile. I report di monitoraggio avranno come focus i medicinali biologici e biosimilari nei seguenti ambiti clinici: Artrite reumatoide, artrite psoriasica, psorasi a placche, Sclerosi multipla e Inflammatory Bowel Disease (IBD)*
		12.1.3 Valutazione d'uso di farmaci biologici e biosimilari con medesima indicazione terapeutica e/o diverso meccanismo d'azione al fine di incentivare l'utilizzo dei farmaci biologici a minor prezzo	Azione 1: Aggiornamento real-time della lista di farmaci biologici e biosimilari e dei relativi prezzi di acquisizione sulla base delle gare centralizzate dei soggetti aggregatori su cui porre gli obiettivi di prescrizione Azione 2: Monitoraggio delle prescrizioni	trimestrale trimestrale	Farmacia Ospedaliera Farmacia Ospedaliera	report di confronto in ambito neurologico già disponibile. Saranno a breve disponibili analoghi report x Reumatologia e Gastroenterologia. I report di monitoraggio avranno come focus i medicinali biologici e biosimilari nei seguenti ambiti clinici: Artrite reumatoide, artrite psoriasica, psorasi a placche, Sclerosi multipla e Inflammatory Bowel Disease (IBD)* report di monitoraggio già disponibile
		12.1.4 Integrazione del campo codice diagnosi (ICD9-CM) all'interno del File F	Azione 1: Aggiunta dell'informazione nel tracciato di rendicontazione del File F (processo graduale da completare entro tempistiche definite con successivo atto regionale)	annuale	SID	da implementare successivamente ad indicazioni tecniche fornite dal CSI
		12.1.5 Valutazione dei farmaci a brevetto scaduto di sintesi chimica e confronto con i relativi farmaci	Azione 1: non di competenza Aziendale Azione 2: non di competenza Aziendale	trimestrale trimestrale		
		12.1.6 Terapie CAR-T: monitoraggio pazienti	Azione 1: Monitoraggio pazienti trattati con CAR-T	annuale	Ematologia / Farmacia Ospedaliera	report di monitoraggio già disponibile. Monitorizzazione su base annuale del numero pazienti risultati eleggibili e dei pazienti a cui è stato somministrato il farmaco (nel biennio 2023-2024 sottoposti a screening 18 pazienti e infusi 16 pazienti) e a cui verranno somministrate le CAR-T nel 2025. Valutazione dei costi relativi alla gestione delle reazioni avverse (nel biennio 2023-2024 spesi per anakinra 8964 euro) e monitoraggio degli esiti (OS,PFS,PD). Partecipazione al Registro Nazionale CAR-T SIE della Società Italiana di Ematologia (prospettico) con riunioni semestrali. Presenza di "standard proceeding procedure" (SOP) generale del processo delle CAR-T che comprende tutti i punti del percorso seguito dai pazienti, dallo screening per eleggibilità sino alla reinfusione. Presenza inoltre di SOP per presa in carico ambulatoriale da parte di vari specialisti extra-Ematologia. Presenza di SOP per gestione tossicità sistemica (CRS) e neurologica (ICANS). Presenza di SOP per trasferimento protetto in Rianimazione.
		12.1.7 Correttezza dei dati inseriti all'interno dei piani terapeutici	Azione 1: Verifica a campione su almeno il 10% dei piani terapeutici prescritti, garantendo che l'analisi includa tutte le tipologie di PT, con particolare riferimento ai farmaci ad alto costo (ad. es. neurologia, oncematologia, dermatologia, reumatologia, cardiologia, malattie rare) e le categorie di pazienti (La dimensione del campione verrà progressivamente aumentata con l'avanzare del processo di informatizzazione dei piani terapeutici, fino a raggiungere una verifica aziendale completa). Azione 2: Verifica di coerenza con Registro AIFA	trimestrale trimestrale	Farmacia Ospedaliera Farmacia Ospedaliera	report di monitoraggio già disponibile report di monitoraggio già disponibile in base al report regionale di confronto Flussi/registri che riceviamo dal settore farmaceutico regionale
		12.1.8 Valutazione delle terapie farmacologiche	Azione 1: Identificare gli switch terapeutici derivanti dall'introduzione di nuove molecole o dall'estensione delle indicazioni terapeutiche per quelle esistenti. Per ogni macroclasse, valutare l'impatto economico e analizzare il miglioramento atteso degli outcome clinici, sia in termini qualitativi che in termini quantitativi	trimestrale	Farmacia Ospedaliera	report di monitoraggio già disponibile
		12.1.9 Uniformità nella spesa farmaceutica procapite in pazienti cronici/fragili	Azione 1: non di competenza Aziendale			
		12.1.10 Monitoraggio dei farmaci scaduti	Azione 1: Quantificazione dei farmaci scaduti Azione 2: Monitoraggio dei farmaci prossimi alla scadenza	aprile 2025 trimestrale	Farmacia Ospedaliera Farmacia Ospedaliera	report di monitoraggio già disponibile report di monitoraggio già disponibile e IO 002 in vigore
		12.1.11 Potenziamento delle attività delle Commissioni Farmaceutiche Interne (CFI) presso le Aziende Sanitarie Regionali con attività di verifica e monitoraggio di Azienda zero	Azione 1: non di competenza Aziendale			
		12.2.1 Monitoraggio sull'attuazione dei Piani terapeutici elettronici	Azione 1: Monitoraggio delle prescrizioni del PTE	trimestrale	Farmacia Ospedaliera	report di monitoraggio già disponibile

	12.2 Piano terapeutico elettronico	12.2.2 Costituzione del Tavolo Tecnico Regionale (TTR) presso la Direzione Sanità per l'individuazione dei Centri Prescrittori	Azione 1: non di competenza Aziendale				
		12.3.1 Sintesi evidenze di efficacia e sicurezza dei DM e valutazione comparativa d'uso, e appropriatezza	Azione 1: non di competenza Aziendale Azione 2: non di competenza Aziendale Azione 3: Definizione di un "budget" per tipologia di dispositivo medico in base alla produzione prevista e alla tipologia di paziente trattato e al documento di indirizzo Farmco Azione 4: Allineamento dei consumi rispetto alle previsioni di utilizzo e alla produzione effettiva	entro aprile 2025 trimestrale	Controllo di Gestione / Farmacia Ospedaliera / Controllo di Gestione / Farmacia Ospedaliera	Si attende il documento di indirizzo di Azienda Zero come proposto nelle azioni 1 e 2. Si implementerà il monitoraggio quando il gruppo di lavoro di Azienda Zero avrà elaborato il documento di indirizzo	
	12.3 Governance dei Dispositivi Medici	12.3.2 Monitoraggio della spesa e dell'appropriatezza dei dispositivi medici su misura	Azione 1: Istituzione di un tavolo di lavoro per la verifica dell'erogazione e dell'appropriatezza di tali dispositivi medici	annuale	Farmacia Ospedaliera / Direzione Sanitaria di Presidio	report di monitoraggio già disponibile	
		12.3.3 Monitoraggio dei dispositivi medici senza CND	Azione 1: non di competenza Aziendale				
		12.3.4 Allineamento tra flusso consumi e flusso SDO	Azione 1: Confronto tra il flusso consumi di dispositivi medici e flusso SDO per garantire l'allineamento tra consumi e produzione, per individuare potenziali sprechi e da utilizzare anche come supporto in fase di definizione dei fabbisogni	mensile	Controllo di Gestione / Farmacia Ospedaliera	Proposta operativa: Monitoraggio utilizzo due tipologie di device in ambito urologico. Pompe impiantabili per antalgica	
	13.1 Responsabilità e controlli	13.1.1 Rispetto degli adempimenti	Azione 1: Illustrare le rinnegoziazioni contrattuali e/o gli aggiornamenti adottati ove emerge una differenza significativa dei prezzi unitari rispetto ai prezzi di riferimento ANAC Azione 2: Illustrare gli affidamenti di global service e/o facility management effettuati, anche rispetto al D.L. n.95/2012, convertito con modificazioni dalla L. n.13/2016 e ss.mm.ii. Azione 3: Fornire attestazione dell'ottemperanza in merito al ricorso a Consip (o altri soggetti aggregatori) di quanto previsto dal DPCM 11 luglio 2018 Azione 4: Fornire attestazione in ordine all'attuazione dell'articolo15, comma 13, lettera a), b), d) ed e) del decreto legge n. 95/2012 e dell'articolo 9 ter del decreto legge n. 78/2015 Azione 5: non di competenza Aziendale	Report di sintesi annuale entro marzo Report di sintesi annuale entro marzo Report di sintesi annuale entro marzo Attestazione e Report di sintesi annuale entro marzo	Acquisti / Dapo / Ingegneria Clinica / SID / Tecnico Acquisti / Dapo / Ingegneria Clinica / SID / Tecnico Acquisti / Dapo / Ingegneria Clinica / SID / Tecnico Acquisti / Dapo / Ingegneria Clinica / SID / Tecnico	Attività svolta nell'ambito del processo di gara, attualmente non formalizzato. Documento da Predisporre. Non presente tale tipologia di contratti Documento da Predisporre Documento da Predisporre	
		13.2.1 Monitoraggio dei contratti	Azione 1: Monitoraggio dei contratti per supportare i processi decisionali, stimare i fabbisogni, verificare le modalità di acquisto, e monitorare le scadenze e proroghe contrattuali	Report di sintesi annuale entro marzo 2025	Acquisti	Documento presente	
		13.2.2 Riconciliazione tra flusso consumi e flusso contratti	Azione 1: Confronto tra il flusso consumi di dispositivi medici e flusso contratti per garantire la completezza (ad esempio disponibilità del CIG padre) e la coerenza dei dati disponibili	Report di sintesi annuale	Acquisti / Dapo / SID		
	13.2 Programmazione Acquisti	13.2.3 Creare le condizioni per un più incisivo e tempestivo sistema di governance della spesa per beni e servizi, oggetto di gare centralizzate, potenziando la capacità di elaborazione e analisi dati, a supporto della definizione dei fabbisogni, della costruzione di benchmark interaziendali, e del monitoraggio delle performance di acquisto	Azione 1: Trasmissione delle informazioni sugli acquisti da parte delle ASR, in particolare, aggiudicato, contrattualizzato e ordinato per prodotto e convenzione Azione 2: Costruzione di un sistema di analisi delle performance di adesione ed erosione delle iniziative centralizzate (toti in scadenza, ciclo degli acquisti benchmark di prezzo e costo unitario) che utilizzi i flussi di Consumo dei DM e le informazioni disponibili sul ciclo acquisti Azione 3: Utilizzo del sistema di monitoraggio per individuare eventuali comportamenti di acquisto e consumo anomali, mettere in atto azioni correttive, verificare la strategia di acquisto regionale in essere	rilevazione mensile rilevazione mensile: Analisi dello stato dell'arte - Possibili soluzioni da implementare - Elaborazione report report di sintesi trimestrale	Acquisti Acquisti / Farmacia Ospedaliera Acquisti / Farmacia Ospedaliera	Il tracciato consumi e il tracciato contratti non sono comunicanti nel dato della quantità. Nel contratto la quantità contrattualizzata viene valorizzata con un fabbisogno stimato, inoltre in caso di caricamento a listino la quantità contrattualizzata è vacante. Tale criticità non è risolvibile con gli strumenti aziendali disponibili. Il report verrà predisposto successivamente all'avvio della soluzione AMCO. Monitoraggio da predisporre, previa analisi delle procedure già in atto e informatizzazione delle stesse.	
		13.2.4 Ampliamento delle categorie merceologiche gestite centralmente	Azione 1: non di competenza Aziendale Azione 2: non di competenza Aziendale				
		13.2.5 Controllo e monitoraggio del mix tra prezzi e quantità	Azione 1: A partire dalle categorie merceologiche a maggior impatto sul bilancio, verifica dei prezzi unitari rispetto a benchmark di prezzi regionali/nazionali	trimestrale	Acquisti / Farmacia Ospedaliera	elaborazione di report per verifica dei prezzi unitari rispetto al benchmark di 10 categorie merceologiche a maggior impatto sul bilancio	
	13.3 Efficientamento delle Grandi apparecchiature, delle Sale operatorie e dei restanti servizi di supporto	13.3.1 Garantire l'appropriatezza e efficientamento dei servizi di supporto ospedalieri	Azione 1: Efficienza operativa: Monitorare i principali indicatori, tra i quali: ☐ Tasso di utilizzo delle apparecchiature e sale operatorie (%) (target: >85%). ☐ Tempo medio tra un esame/intervento e l'altro (minuti) ☐ Numero di esami per apparecchiatura/sala operatoria al giorno ☐ Percentuale di sterilizzazione eseguita entro 24h.(%) Azione 2: Manutenzione e affidabilità Azione 3: Efficienza energetica Azione 4: Formazione e utilizzo corretto delle apparecchiature/sale operatorie Azione 5: Digitalizzazione e innovazione	report trimestrale report trimestrale report trimestrale report trimestrale report trimestrale	Ingegneria Clinica / Direzione Sanitaria di Presidio Ingegneria Clinica Ingegneria Clinica Ingegneria Clinica Ingegneria Clinica / SID	Il sistema informativo aziendale non consente l'estrazione di tali dati. Il report verrà predisposto successivamente all'implementazione di tali funzionalità Non disponendo l'Azienda di applicativi informatici che consentano la valorizzazione dei dati richiesti, l'elaborazione del report resta subordinato all'analisi del contesto e alla definizione di una procedura armonica di rilevazione dei dati. Analisi da condurre per definire le modalità di estrazione dei dati richiesti Inserito nel PFA ai fini della tracciatura dei percorsi formativi. Il report verrà predisposto subordinatamente all'analisi del contesto per la completa estrazione dei dati richiesti. Attualmente si effettuano visualizzazioni di immagini e referti, con attività di consulenza, su bio immagini (es. neuroradiologia nel percorso Stroke)	
	14.1 Piani Triennali di Fabbisogno	14.1.1 Assicurare la pianificazione, l'approvazione e l'esecuzione del Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale, garantendo che il budget e le risorse disponibili siano allocati in modo efficiente e coerente con le necessità operative e strategiche	Azione 1: Adozione di un Piano triennale dei fabbisogni coerente con la sostenibilità del Programma Operativo aziendale Azione 2: Adozione di un monitoraggio continuo Azione 3: Implementazione del Flusso OPPESSAN per garantire la raccolta sistematica dei dati del personale sanitario, migliorando la qualità dei report aziendali e l'analisi delle risorse umane in relazione alle attività sanitarie erogate Azione 4: Aggiornamento del Piano triennale dei fabbisogni coerente con la sostenibilità del Programma Operativo aziendale	entro marzo 2025 trimestrale trimestrale entro giugno 2025	Personale Personale Personale Personale	Le disposizioni regionali ad oggi vigenti in merito al Piano triennale dei fabbisogni di personale sono contenute nella D.G.R. n. 33-538 del 16.12.2024 che prevede quanto segue: proposta di PTFP 2023 - 2025: da predisporre nel limite del tetto di spesa definito nel medesimo importo dell'anno 2024 e da trasmettere alla Regione Piemonte entro la scadenza del 16 gennaio 2025: la proposta di PTFP è stata trasmessa ed è tuttora al vaglio dei competenti uffici regionali; proposta di PTFP 2024 - 2026 da predisporre secondo le indicazioni e il tetto di spesa definiti con successiva DGR e da adottarsi entro il 31 marzo 2025; al momento tale DGR non risulta emanata. In data 25.3.2025 la Regione Piemonte ha comunicato la proroga al 30 aprile 2025 della scadenza per la presentazione della proposta PTFP 2024 - 2026, da predisporre nel limite del tetto di spesa definito nel medesimo importo dell'anno 2024. Il PTFP di riferimento, nelle more dell'approvazione della proposta PTFP 2023-2025, è il PTFP 2022 - 2024, approvato con D.G.R. n. 30-7328 del 31.07.2023 - annualità 2024. Il PTFP di riferimento alla data attuale è il PTFP 2022 - 2024, approvato con D.G.R. n. 30-7328 del 31.07.2023 - annualità 2024. Al momento, nelle more dell'approvazione del PTFP 2023-2025, si effettua monitoraggio dell'organico rispetto alle capacità assunzionali annualità 2024 del PTFP 2022-2024 approvato con D.G.R. n. 30-7328 del 31.07.2023, ai sensi di quanto previsto dalla D.G.R. n. 33-538 del 16.12.2024 Inserimento in procedura OPPESSAN di tutte le informazioni richieste dalla relativa piattaforma. proposta di PTFP 2025 - 2027 da predisporre secondo le indicazioni e il tetto di spesa definiti con specifica DGR (secondo quanto previsto dalla D.G.R. n. 33-538 del 16.12.2024) e da adottarsi entro il 30 giugno 2025; al momento dell'invio del presente prospetto non risulta emanata la DGR di riferimento.	
		14.1.2 Effettuare una ricognizione sistematica della normativa vigente e dei fabbisogni formativi correlati alle aree strategiche di intervento. L'azione comprende l'identificazione delle esigenze specifiche di formazione, la definizione degli obiettivi formativi, l'individuazione dei referenti responsabili della formazione, la classificazione dei destinatari e la determinazione delle linee di finanziamento e delle tempistiche per l'attuazione degli interventi	Azione 1: Effettuare una ricognizione sistematica della normativa vigente e dei fabbisogni formativi correlati alle aree strategiche di intervento. L'azione comprende l'identificazione delle esigenze specifiche di formazione, la definizione degli obiettivi formativi, l'individuazione dei referenti responsabili della formazione, la classificazione dei destinatari e la determinazione delle linee di finanziamento e delle tempistiche per l'attuazione degli interventi	entro febbraio 2025	Formazione	Presente Piano Formativo Triennale. Le proposte formative sono state raccolte, integrate da quanto previsto dalla DGR e inserite nel PFA 2025 che è stato inviato alla Regione Piemonte per tramite della piattaforma www.santapiemonte.it entro il 28 febbraio 2025 (come previsto da normativa vigente per accreditamento dei Provider). E' in fase di adozione del provvedimento di approvazione PFA Triennale e PFA Annuale.	

		16.4.2 Sviluppare e ottimizzare una procedura strutturata di comunicazione, mirata a garantire una rilevazione contabile accurata dei trasferimenti finanziari e a favorire una progressiva riduzione dei crediti residui	Azione 2: Rendicontare le attività relative agli interventi finanziati con il PNRR Azione 3: Garantire un pagamento tempestivo dei progetti finanziati dal PNRR	trimestrale mensile	Bilancio Bilancio	La SS Bilancio e Contabilità, attraverso la gestione budget, trimestralmente procedere con la stampa della situazione budget delle spese imputate al finanziamento PNRR. Può inoltre fornire una situazione in merito al valore dei pagamenti effettuati e della situazione della cassa vincolata connessa alle anticipazioni ricevute. Il pagamento tempestivo è conseguenza di una liquidazione tempestiva. L'obiettivo quindi per essere raggiunto richiede la partecipazione delle strutture "liquidatrici". Ogni lunedì la SS bilancio invia a tutte le strutture l'elenco delle fatture in scadenza nei 35 gg successivi. Ciò è finalizzato ad evidenziare ai responsabili eventuali criticità. I pagamenti da parte della S.S. Bilancio sono effettuati con cadenza oraria nel senso che circa ogni ora gli addetti al pagamento o il referente della spesa procede alla verifica in merito all'eventuale richiesta di pagamento da parte delle strutture. Con tutte le strutture liquidatrici esiste inoltre l'attivazione del canale dell'Urgenza. Ciò significa che qualora abbiano proceduto alla chiusura di elenchi di liquidazione di fatture prossime alla scadenza avisano l'ufficio bilancio e contabilità affinché proceda immediatamente alle operazioni connesse al pagamento
17. Governance PNRR	17.1 Efficace gestione delle attività finanziate con risorse PNRR	17.1.1 Efficace gestione delle attività finanziate con risorse PNRR	Azione 1: Attuare gli interventi legati alle scadenze del PNRR Azione 2: Tempestiva rendicontazione delle spese sostenute in REGIS	trimestrale mensile	Tecnico / Bilancio / Ingegneria Clinica / SID Tecnico / Bilancio / Ingegneria Clinica / SID	Il monitoraggio viene già assicurato trasmettendo i dati periodici all'unità regionale di coordinamento missione 6. Il caricamento dei dati di rendicontazione sulla piattaforma REGIS viene effettuato in relazione al grado di avanzamento degli interventi.
18. Interconnessioni Sistemi Informativi	18.1 Cartelle Cliniche Elettroniche	18.1.1 Potenziamento delle strutture sanitarie con DEA di primo e secondo livello per aumentare il livello di digitalizzazione	Azione 1: Adozione cartella clinica elettronica Azione 2: Raggiungimento degli standard EMRAM (Electronic Medical Record Adoption Model) per certificare i livelli di digitalizzazione	trimestrale entro settembre 2025	SID SID	Il monitoraggio viene già assicurato trasmettendo i dati periodici all'unità regionale di coordinamento missione 6. Il documento sarà disponibile dopo la verifica da parte dei certificatori esterni
	18.2 Servizi di sanità digitale	18.2.1 Realizzazione dei servizi di sanità digitale previsti dalle specifiche tecniche regionali	Azione 1: Implementazione dei servizi di sanità digitale	trimestrale	SID	Il monitoraggio verrà assicurato a seguito di puntuali indicazioni operative da parte della Regione
	18.3 Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	18.3.1 Potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico	Azione 1: Completamento delle attività di adeguamento degli applicativi referentanti alle specifiche tecniche nazionali - FSE 2.0 Azione 2: Potenziamento della completezza, tempestività e qualità dei dati e dei documenti inseriti nel Fascicolo Sanitario Elettronico, in relazione all'erogazione e alla fruizione dei servizi Azione 3: Piano dell'infrastruttura FSE 2.0 - Fase 2	trimestrale trimestrale avvio febbraio 2025 trimestrale	SID SID SID	Il monitoraggio verrà effettuato in relazione all'avanzamento delle implementazioni degli applicativi, con la collaborazione dei fornitori. analisi effettuata trimestralmente dai cruscotti PADDI. Il monitoraggio verrà effettuato con le tempistiche richieste
		18.3.2 Incremento competenze digitali degli operatori sanitario al fine di promuovere l'adozione del FSE 2.0 da parte dei professionisti sanitari (in conformità con la D.G.R. 36-541 del 16 dicembre 2024)	Azione 1: Sensibilizzazione degli operatori sanitari regionali sulle potenzialità e funzionalità del FSE 2.0	trimestrale	SID / Direzione Sanitaria di Presidio	Dato diffusione a percorsi regionali che saranno fruibili a partire dal 31 marzo 2025 - Sono stati calendarizzati a maggio in Azienda alcuni seminari in presenza tenuti da CSI. E' prevista la progettazione di un corso aziendale da progettare con il SID da erogare entro il 2025 tenuti da formatori esterni individuati dal SID e con tracciatura dei corsi su piattaforma ecm. La relazione verrà predisposta con la tempistica richiesta.
			Azione 2: Azioni mirate al coinvolgimento del personale sanitario ai corsi di formazione dedicati e organizzati a livello regionale	trimestrale	Formazione	Dato diffusione a percorsi regionali che saranno già fruibili a partire dal 31 marzo 2025 - Sono stati calendarizzati a maggio in Azienda alcuni seminari in presenza tenuti da CSI. E' prevista la progettazione di un corso aziendale da progettare con il SID da erogare entro il 2025 tenuti da formatori esterni individuati dal SID e con tracciatura dei corsi su piattaforma ecm. La relazione verrà predisposta con la tempistica richiesta.
	18.4 Telemedicina	18.4.1 Servizi Minimi di Telemedicina	Azione 1: Completare l'attivazione dei servizi di base di telemedicina, televisita, teleconsulto, teleassistenza e telemonitoraggio, integrandoli nei processi clinici e territoriali. Azione 2: Implementazione delle Postazioni di Lavoro per la Telemedicina. Azione 3: Monitoraggio e Valutazione dei Servizi di Telemedicina	trimestrale trimestrale semestrale	SID / Direzione Sanitaria di Presidio SID Direzione Sanitaria di Presidio	Il monitoraggio verrà effettuato con la tempistica richiesta La relazione verrà predisposta con la tempistica richiesta Presente monitoraggio mensile
	18.5 Sicurezza informatica	18.5.1 Implementazione di Azioni efficaci all'implementazione della sicurezza informatica	Azione 1: Valutazione iniziale dello stato di conformità delle aziende sanitarie rispetto ai requisiti imposti dalla Direttiva NIS2 e alle normative correlate Azione 2: Piano relativo all'implementazione di azioni di sicurezza informatica in attuazione alla Legge 28 giugno 2024, n. 39	entro giugno 2025 trimestrale	SID SID	Il documento verrà predisposto con la tempistica richiesta Il monitoraggio verrà effettuato con la tempistica richiesta
	18.6 Governance flussi informativi NSIS	18.6.1 Monitoraggio dei dati relativi alla spesa farmaceutica	Azione 1: Garantire il rispetto delle tempistiche previste dai meccanismi di monitoraggio dei flussi informativi relativi alla farmaceutica	trimestrale	Farmacia Ospedaliera / SID	report di monitoraggio già disponibile
		18.6.2 Accuratezza nella predisposizione dei flussi informativi dell'assistenza residenziale, semiresidenziale e domiciliare	Azione 1: non di competenza Aziendale			
		18.6.3 Miglioramento della qualità dei dati trasmessi nel flusso Consumi e Contratti dei DM	Azione 1: Verifica del livello di completezza e accuratezza delle informazioni (in particolare quantità dichiarate e importi) a partire dai report di analisi forniti. Azione 2: Verifica della coerenza dei dati a livello regionale e centrale negli attributi assegnati ai prodotti consumati (es. CND associata a uno specifico BDRDM)	mensile trimestrale	Acquisti / SID / Farmacia Ospedaliera Acquisti / SID / Farmacia Ospedaliera	La rilevazione verrà effettuata dopo aver superato alcune criticità legate alla materia. si propone di effettuare tale attività sulle classi di Dm a maggior impatto sul Budget Predisposizione di un report di confronto anagrafici DM con banca dati ministeriale per verifiche tra RDM e CND (per definizione si escludono da tale confronto gli assemblati)
	18.7 Governance per l'implementazione degli interventi informativi/informatici	18.7.1 Monitoraggio sui livelli di governance	Azione 1: Verifica che le modalità attuali di compilazione dei campi siano coerenti rispetto al disciplinare	trimestrale	SID	Il monitoraggio verrà effettuato con la tempistica richiesta
			Azione 1: Verifica delle iniziative aziendali avviate/da avviare rispetto alle indicazioni tecnico-operative	trimestrale	SID	Il report verrà predisposto secondo le tempistiche richieste