



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

ANNO 2025

D.G.R. n. 16-817 del 24 Febbraio 2025

PREMESSA

Con D.G.R. n. 16-817 del 24 febbraio 2025 sono stati assegnati ai direttori generali/commissari delle AA.SS.RR. gli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi relativamente all'anno 2025.

Le azioni programmate ed effettuate per il raggiungimento degli obiettivi, relazionate nel presente documento, hanno coinvolto tutti i livelli aziendali attraverso il processo di budget e l'assegnazione degli obiettivi per l'anno 2025 alle strutture competenti.

Gli obiettivi assegnati con la D.G.R. n. 16-817 del 24 febbraio 2025 sono articolati nelle seguenti aree, eventualmente suddivisi in ulteriori sub-obiettivi, come dettagliato nella relazione che segue:

AREA	BILANCIO
AREA	AREA PREVENZIONE
AREA	AREA TERRITORIALE
AREA	AREA OSPEDALIERA
AREA	LISTE E TEMPI DI ATTESA
AREA	QUALITA'
AREA	COMMITTENZA
AREA	RISORSE UMANE
AREA	EDILIZIA SANITARIA
AREA	FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI
AREA	FSE
AREA	FLUSSO CUP E FLUSSO C
AREA	AZIENDALI

Obiettivo specifico con carattere preliminare per rispetto tempi di pagamento ex art. 1 comma 865 L. 145/2018

TABELLA RIASSUNTIVA

AREA	OBIETTIVO	Punteggio / Peso	Prog	INDICATORI / SUB OBIETTIVI
BILANCIO	1.1. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: BILANCIO	14	1	Presenza di deliberazione aziendale con approvazione del programma operativo aziendale redatto secondo i contenuti del documento di Programmazione delle Risorse del SSR 2025-2027
			2	Adozione del previsionale nel rispetto di equilibrio del bilancio aziendale e dei rispettivi conti di presidio ospedaliero.
AREA PREVENZIONE	2.1. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: PIANO NAZIONALE E REGIONALE DELLA PREVENZIONE	8	1	Rispetto degli obiettivi e delle azioni previsti dai programmi del PRP 2020-2025 Percentuale di indicatori di programma e di processo, aventi un valore atteso locale per il 2025, che raggiungono lo standard atteso
	3.1. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: SCREENING ONCOLOGICI	4	1	Il documento di "Programmazione delle Risorse del SSR anno 2025-2027" (DGR 26-801 del 17.02.2025) individua le seguenti aree di intervento: - adesione ai programmi di screening - estensione di programmi di screening - appropriatezza prescrittiva, qualità ed efficienza dei servizi offerti
			2	COPERTURE INVITI: N° persone invitate + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale. COPERTURA ESAMI: N° persone sottoposte al test di screening, incluse le adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale
	4.1. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: CONTRASTO ALL' ANTIMICROBICO RESISTENZA	2	1	Consumo (DDD/100 giornate di degenza) di carbapenemi in ambito ospedaliero. Riduzione del consumo (DDD/100 giornate di degenza) di carbapenemi (Fonte ESAC) ≥10% in ambito ospedaliero nel 2025 rispetto al 2022.
			2	Consumo (DDD/100 giornate di degenza) di fluorochinoloni in ambito ospedaliero Riduzione del consumo (DDD/100 giornate di degenza) di fluorochinoloni (Fonte ESAC) ≥10% in ambito ospedaliero nel 2025 rispetto al 2022
			3	Rapporto tra il consumo (DDD/1000 ab die) di molecole ad ampio spettro e di molecole a spettro ristretto in ambito territoriale. Riduzione ≥20% 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 2025 rispetto al 2022.
AREA TERRITORIALE	5.1. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: ASSISTENZA DOMICILIARE	8	1	Almeno il 12 % di pazienti over 65 in assistenza domiciliare (considerando tutti gli assistiti di età pari o superiore a 65 anni "presi in carico" per tutte le classi di CIA) al 31.12.2025

AREA	OBIETTIVO	Punteggio / Peso	Prog	INDICATORI / SUB OBIETTIVI
AREA OSPEDALIERA	6.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: PERCORSO STEMI	2	1	<p>Numero di episodi di STEMI in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro novanta minuti.</p> <p>-----</p> <p>Numero di episodi di STEMI</p>
	7.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: GESTIONE DEL BOARDING IN PRONTO SOCCORSO	8	1	Presenza del Piano aziendale di sovraffollamento del PS e boarding
			2	<p>Tempo medio di permanenza in PS: (data/ora di dimissione dal PS – data/ora di accesso al PS)</p> <p>-----</p> <p>N° di accessi in PS</p> <p>Sono esclusi dalla selezione i pazienti giunti in assenza di segni vitali e non sottoposti a manovre rianimatorie. Nella valutazione dell'obiettivo si terrà conto della percentuale annuale di pazienti OBI sul totale degli accessi in DEA/PS Valore medio regionale per ciascun livello organizzativo di complessità assistenziale individuato dalla rete di Emergenza Urgenza (DEA II, DEA I, PS di base, PS di area disagiata).</p> <p>Il valore obiettivo si applica alla singola ASR per ciascuna delle seguenti strutture: DEA II ≤ 6 ore DEA I ≤ 6 ore PS di Base ≤ 4 ore PS di area disagiata ≤ 5 ore</p>
	8.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: DONAZIONI D'ORGANO	2	1	<p>Segnalazioni dei potenziali donatori di organi (PROC2 modificato)</p> <p>ME + WLST in DLCA</p> <p>-----</p> <p>DLCA</p> <p>ME= morti accertate con standard neurologico WLST= sospensione dei trattamenti di supporto vitale DLCA= decessi con lesione cerebrale acuta</p>
2			<p>Donatori di cornea</p> <p>a. Decessi ospedalieri del 2024 fra i 5 e i 78 anni compresi X 0,1 b. Decessi ospedalieri del 2024 fra i 5 e i 78 anni compresi X 0,12</p>	

AREA	OBIETTIVO	Punteggio / Peso	Prog	INDICATORI / SUB OBIETTIVI
LISTE E TEMPI DI ATTESA	9.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: LISTE E TEMPI DI ATTESA	6	1	Presenza di piano aziendale per il governo delle liste e dei tempi di attesa in coerenza con le indicazioni nazionali e regionali, con provvedimenti idonei a garantire il rispetto delle liste e dei tempi attesa
			2	Tempi di attesa per visite e prestazioni ambulatoriali PNGL per classi di priorità UBDP Riduzione e rispetto dei tempi di attesa per visite e prestazioni ambulatoriali PNGLA per classi di priorità UBDP per almeno il 90% di ognuna delle singole prestazioni PNGLA
			3	Tempi di attesa per ricoveri per classi di priorità ABDP Riduzione e rispetto dei tempi di attesa per ricoveri per classi di priorità ABDP di ognuno dei singoli ricoveri DGR più rappresentati
	10.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: MIGLIORAMENTO DELLA PRODUZIONE	4	1	Numero visite e prestazioni PNGLA erogate nell'anno 2024 > Numero prestazioni PNGLA erogate nell'anno 2019 Superamento produzione anno 2025 vs 2019 per almeno il 90% di ognuna delle singole prestazioni PNGLA e comunque produzione totale maggiore del 100%
			2	Sviluppo del percorso del paziente chirurgico
			3	Numero ricoveri/DRG per classi 1,2,3 erogati nell'anno 2024 > Numero ricoveri/DRG per classi 1,2,3 erogati nell'anno 2019 Superamento della produzione anno 2025 vs 2019 per almeno il 95% di ognuno dei singoli ricoveri DGR più rappresentati e comunque produzione totale maggiore del 100 %
	11.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: APPROPRIATEZZA DELLE VISITE E DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI	4	1	Presenza di progetto aziendale annuale di: valutazione e di miglioramento dell'appropriatezza delle visite e delle prestazioni ambulatoriali secondo il modello audit feedback
			2	Numero di prestazioni erogate per la popolazione residente in rapporto al valore di consumo di riferimento regionale: evidenza del miglioramento

AREA	OBIETTIVO	Punteggio / Peso	Prog	INDICATORI / SUB OBIETTIVI
QUALITA'	12.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	2	1	Numero azioni di competenza aziendale previste dal PRRC per l'anno 2025 Azioni implementate >90%
			2	Corretto adempimento al debito informativo relativo al flusso SIMES Soddisfatti tutti gli indicatori di flusso
			3	Num. gg per liquidazione sinistri 30gg
COMMITTENZA	13.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: MONITORAGGIO E GARANZIA LEA - SISTEMA NSG	4	1	Indicatori NGS Area Distrettuale
			2	Indicatori NGS Area Ospedaliera
			3	Indicatori NGS Area Prevenzione
	14.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: RECUPERO MOBILITA' PASSIVA	4	1	Documento di Analisi dei flussi di mobilità sanitaria per definire azioni di miglioramento, potenziare l'offerta sanitaria per ridurre la mobilità passiva e incentivare quella attiva
2			Evidenza di incremento delle attività a livello aziendale e di quadrante nelle aree di offerta connesse con la mobilità passiva: - num. ricoveri in incremento anno 2025 rispetto anno 2023 e 2024	
	15.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: ACCORDI CONTRATTUALI TRA ASL E AO/AOU	2	1	Presenza di accordo contrattuale sottoscritto tra ASL con ruolo sinallagmatico e AO/AOU per l'anno 2025 per l'anno 2025 entro il 30 luglio 2025
RISORSE UMANE	16.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: GESTIONE DELLE RISORSE UMANE	4	1	Corretta e completa alimentazione del flusso regionale OPESSAN
			2	Formazione PNRR – Corso di formazione in infezioni ospedaliere - Numero formati relativamente ai moduli A+B+C e D (specialistico CIO-CICA) al 31 dicembre 2025, pari al 92% del target aziendale atteso finale al 30 giugno 2026 (21.053)
			3	Formazione PNRR – Corso di formazione manageriale - Numero formati pari al 75% del target regionale atteso al 31 marzo 2026 (302)
EDILIZIA SANITARIA	17.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: INTERVENTI IN EDILIZIA SANITARIA	8	1	Provvedimenti idonei a garantire il rispetto delle scadenze previste negli atti di programmazione regionale e nelle normative di riferimento con riferimento a ciascun programma di finanziamento secondo il seguente algoritmo: - n. interventi con attività completate nel 2025/n. interventi totali programmati in anno 2025 Attuazione di tutte le attività necessarie per la realizzazione degli interventi di edilizia sanitaria previsti negli atti di programmazione regionale e nazionale nel rispetto delle scadenze intermedie (milestone) relative ad ogni singola fase del procedimento attuativo definita nei crono programmi di progetto.

AREA	OBIETTIVO	Punteggio / Peso	Prog	INDICATORI / SUB OBIETTIVI
FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI	18.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: FLUSSI INFORMATIVI IN AMBITO FARMACEUTICO	2	1	Numero di confezioni a Registro AIFA/numero confezioni rilevabili dai flussi (DD e file F)
			2	Numero di confezioni a Registro AIFA/numero confezioni rilevabili dai flussi (DD e CO)
			3	Numero di confezioni a Registro AIFA/numero confezioni rilevabili dai flussi (DD e CO)
	19.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: APPROPRIATEZZA IN AMBITO FARMACEUTICO	4	1	Presenza di piano aziendale in coerenza con le indicazioni nazionali e regionali
			2	<p>Conformità allo standard di efficientamento definito (tabelle allegate al provvedimento regionale)</p> <p>- Spesa convenzionata + DPC: Invarianza della spesa pro-capite media regionale (DPC + CONVENZIONATA) anno 2024 (popolazione pesata), con obiettivo di razionalizzazione della spesa per le ASL che hanno superato nel 2024 il valore mediano regionale.</p> <p>- Spesa DD: efficientamento della spesa per un importo pari al 50% degli incrementi osservati nel consuntivo 2024 rispetto al 2023. Le Aziende potranno sottoporre istanza di integrazione che dovrà preventivamente essere autorizzata dalla Direzione sanità e Settore regionale farmaceutico.</p> <p>- Spesa consumi ospedalieri: efficientamento della spesa per un importo pari al 30% degli incrementi osservati nel consuntivo 2024 rispetto al 2023.</p>
	20.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: GESTIONE DEI DISPOSITIVI MEDICI	2	1	Presenza di piano aziendale in coerenza con le indicazioni nazionali e regionali
2			Conformità allo standard di efficientamento definito (tabella allegata provvedimento regionale)	
FSE	21.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO 2.0	4	1	<p>Aree di intervento:</p> <p>- completamento delle attività di adeguamento degli applicativi refertanti alle specifiche tecniche nazionali - FSE 2.0</p> <p>- 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</p> <p>- piano dell'infrastruttura FSE 2.0 - Fase 2</p> <p>- 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)</p>
FLUSSO C E FLUSSO CUP	22.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: FLUSSO CUP E FLUSSO C	2	1	Prestazioni prenotate CUP 2025 / Prestazioni erogate Flusso C 2025 (saranno escluse le prestazioni per le quali non è prevista la prenotazione a CUP, ad esempio laboratorio)

OBIETTIVO SPECIFICO CON CARATTERE PRELIMINARE

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

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

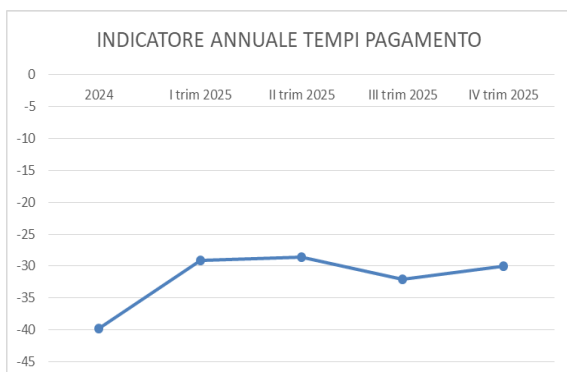
Si riporta la tabella del calcolo dell'Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) per l'anno 2025, secondo il criterio di calcolo fornito dalla Ragioneria Generale dello Stato, con la circolare 22 del 2015 (MEF-RGS prot.59216 del 22/7/2015), così come estrapolato dall'elaborazione effettuata con l'applicativo contabile aziendale NFS.

Dai dati forniti (pubblicati sul sito istituzionale ASL AL – Sezione Amministrazione Trasparente) si può definire che, opportunamente rilevate le fatture per le quali il ritardo di pagamento è da attribuirsi a contenziosi in essere (contestazioni su fornitura, errate fatturazioni ed altro), l'indice ITP è negativo (e quindi entro lo standard previsto) in tutti i trimestri e su base annua.

		Indicatore annuale tempi di pagamento
Codice Azienda	Desc. Azienda	2025
213	ASL AL	-29,95

		Indicatore annuale tempi di pagamento	Indicatore trimestrale tempi di pagamento al 31/03/2025	Indicatore trimestrale tempi di pagamento al 30/06/2025	Indicatore trimestrale tempi di pagamento al 30/09/2025	Indicatore trimestrale tempi di pagamento al 31/12/2025
Codice Azienda	Desc. Azienda	2024	I trim 2025	II trim 2025	III trim 2025	IV trim 2025
213	ASL AL	-39,81	-29,16	-28,62	-32,13	-30,02

Il dato sull'anno 2025, tendenzialmente stabile nel corso dell'esercizio e con riduzione dei tempi di pagamento negli ultimi due trimestri, rientra nel target: -29,95 giorni rispetto allo standard di 60 giorni (per cui i tempi di pagamento medi dell'anno risultano complessivamente pari a giorni 30,05).



Nota: la crescita dell'indice da valutarsi positivamente in quanto rileva i gg al di sotto del tempo max

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

AREA: BILANCIO

1.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: BILANCIO

In applicazione all'art. 25 Titolo II del D.Lgs 118/2011, gli Enti del SSR devono adottare obbligatoriamente un bilancio preventivo annuale in coerenza con la programmazione sanitaria ed in pareggio nel rispetto alla programmazione economico-finanziaria regionale.

Il programma operativo aziendale dovrà definire azioni ed elaborare, per il triennio 2025-2027, un bilancio preventivo annuale in equilibrio nel rispetto della programmazione economico-finanziaria regionale riportata nella sezione "Riparto FSR 2025-2027"

OBIETTIVO	Prog	INDICATORI / SUB OBIETTIVI	STANDARD / VALORE OBIETTIVO	CONSUNTIVO 2025
1.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: BILANCIO	1	Presenza di deliberazione aziendale con approvazione del programma operativo aziendale redatto secondo i contenuti del documento di Programmazione delle Risorse del SSR 2025-2027	S/NO	Deliberazione di adozione del Programma Operativo Aziendale n.176 del 31 marzo 2026 Monitoraggi trimestrali inviati Direzione Sanità Individuazione RUA e istituzione Team Cruscotto aziendale Incontri / audit Team per di verific, monitoraggio e analisi dell'attuazione azioni POA
	2	Adozione del previsionale nel rispetto di equilibrio del bilancio aziendale e dei rispettivi conti di presidio ospedaliero.	S/NO	Deliberazione di adozione Bilancio di Previsione 2025-2027 n.176 del 31 marzo 2026 (rif. progr. 1) Deliberazione di adozione bilancio previsione 2026 n. 980 del 28.11.2025

1.I.1 - Presenza di deliberazione aziendale con approvazione del programma operativo aziendale redatto secondo i contenuti del documento di Programmazione delle Risorse del SSR 2025-2027

In data 31.03.2026 è stata adottata la deliberazione n. 176 ad oggetto: "D.G.R. n. 26-801 del 17.02.2025 – Approvazione Piano Operativo Aziendale per il triennio 2025-2027 e relativi allegati, bilanci preventivi economici 2025-2027, e contestuale aggiornamento bilancio preventivo aziendale anno 2025". Il provvedimento è stato trasmesso alla Direzione Sanità con prot. ASL AL n. 41848/2025.

Con deliberazione n. 356 del 12.05.2026 è stato individuato il Referente Unico Aziendale e con successiva deliberazione n. 401 del 21.05.2025 è stato istituito il Team "Cruscotto aziendale" con il compito di verifica, monitoraggio e analisi dell'attuazione delle indicazioni della D.G.R. n. 26-801 del 17.02.2025, con verifica dei risultati correlati alle azioni previste dalla DGR stessa.

Il Team si è riunito regolarmente dalla data della istituzione per le finalità previste dalla delibera n. 401/2025. Nel corso del 2025 sono stati effettuati monitoraggi trimestrali relativi allo stato di avanzamento per le aree di intervento e azioni previste dal documento allegato A della D.G.R. n. 26-801/2025, i cui esiti sono stati trasmessi alla Direzione Sanità. Le rilevazioni sono state predisposte con osservazione al 30.06.2025, al 30.09.2025 ed al 31.12.2025.

1.I.2 - Adozione del previsionale nel rispetto di equilibrio del bilancio aziendale e dei rispettivi conti di presidio ospedaliero

Si richiama il sub-obiettivo precedente per quanto riguarda l'adozione del Piano Operativo Aziendale triennio 2025-2027 e bilanci preventivi economici 2025-2027 (deliberazione n. 176 del 31.03.2026).

Con deliberazione n. 980 del 28.11.2025 è stato adottato il Bilancio di Previsione provvisorio per l'anno 2026.

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

Allegati:

- Deliberazione n. 176 del 31.03.2026 – Adozione Piano Operativo Aziendale 2025-2027
- Deliberazione n. 356 del 12.05.2025 – Individuazione Referente Unico Aziendale
- Deliberazione n. 401 del 21.05.2025 – Istituzione Team “Cruscotto Aziendale”
- Monitoraggio esiti rilevazione aree di intervento e azioni previste dal documento Allegato A della D.G.R. n. 26-801/2025 alla data del 30.06.2025
- Monitoraggio esiti rilevazione aree di intervento e azioni previste dal documento Allegato A della D.G.R. n. 26-801/2025 alla data del 30.09.2025
- Monitoraggio esiti rilevazione aree di intervento e azioni previste dal documento Allegato A della D.G.R. n. 26-801/2025 alla data del 31.12.2025
- Deliberazione n. 980 del 28.11.2025 – Adozione Bilancio di Previsione 2026 - Provvisorio

AREA: PREVENZIONE

2.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: PIANO NAZIONALE E REGIONALE DELLA PREVENZIONE

Il presente obiettivo misura il contributo delle Aziende sanitarie al raggiungimento degli obiettivi del PRP monitorati a livello nazionale attraverso gli indicatori certificativi. Nella programmazione annuale PRP che viene approvata dalla Direzione Sanità tali indicatori sono declinati operativamente con l'individuazione di un valore atteso regionale e di un valore atteso locale (ASL). Inoltre la programmazione introduce alcuni "indicatori di processo", non certificativi ai fini della valutazione adempimenti LEA, utili per monitorare l'attività necessaria al raggiungimento di obiettivi pluriennali

OBIETTIVO	Prog	INDICATORI / SUB OBIETTIVI	STANDARD / VALORE OBIETTIVO	CONSUNTIVO 2025
2.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: PIANO NAZIONALE E REGIONALE DELLA PREVENZIONE	1	Rispetto degli obiettivi e delle azioni previsti dai programmi del PRP 2020-2025 Percentuale di indicatori di programma e di processo, aventi un valore atteso locale per il 2025, che raggiungono lo standard atteso	Raggiungimento del 100% se indicatore >= 90%	RENDICONTAZIONE DEL PIANO LOCALE DI PREVENZIONE (P.L.P.) ASL AL 2025 In merito agli obiettivi indicati dai Programmi Predefiniti e Liberi in cui si articola PLP, nelle more della rendicontazione definitiva che sarà trasmessa alla Direzione Sanità - Settore Prevenzione, sanità pubblica, veterinaria e sicurezza alimentare Regione Piemonte - entro il 28/02/2026, sulla base della valutazione effettuata, si ritiene di avere superato lo standard minimo richiesto del 90% degli indicatori raggiunti.

**2.I.1 Rispetto degli obiettivi e delle azioni previsti dai programmi del PRP 2020-2025
Percentuale di indicatori di programma e di processo, aventi un valore atteso locale per il 2025, che raggiungono lo standard atteso**

Il settore aziendale competente per il presente obiettivo ha provveduto ad effettuare la valutazione dei Programmi Predefiniti e Liberi in cui si articola il Piano Locale della Prevenzione ASL AL. Nelle more della rendicontazione definitiva, che verrà trasmessa alla Direzione Sanità - Regione Piemonte entro il 28/02/2026, e sulla base delle indicazioni pervenute dalla Direzione Sanità Settore Prevenzione, sanità pubblica, veterinaria e sicurezza alimentare in data 20.01.2026, si ritiene di avere superato lo standard minimo richiesto del 90% degli indicatori raggiunti, come da documentazione allegata.

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

Allegati:

- Relazione inerente al raggiungimento delle azioni previste dal Piano Locale della Prevenzione ASL AL anno 2025
- Scheda dettagliata di riscontro di tutti gli obiettivi indicati dai Programmi Predefiniti e Liberi - PLP

3.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: SCREENING ONCOLOGICI

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

OBIETTIVO	Prog	INDICATORI / SUB OBIETTIVI	STANDARD / VALORE OBIETTIVO	CONSUNTIVO 2025
3-I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: SCREENING ONCOLOGICI	1	<p>Il documento di "Programmazione delle Risorse del SSR anno 2025-2027" (DGR 26-801 del 17.02.2025) individua le seguenti aree di intervento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - adesione ai programmi di screening - estensione di programmi di screening - appropriatezza prescrittiva, qualità ed efficienza dei servizi offerti 	<p>Aderenza alle azioni previste dal documento di "Programmazione delle Risorse del SSR anno 2025-2027 - Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente alla realizzazione delle azioni previste</p>	<p>1. - ADESIONE ED ESTENSIONE DEL PROGRAMMA DI SCREENING. Effettuate iniziative territoriali in collaborazione con gli Enti del Terzo settore e con le Amministrazioni Comunali. In continuum attività della Testimonial (in collaborazione con Fondazione CRA). Sono stati svolti corsi residenziale aziendali e regionali. Avviato dal 01.12.2025 il progetto in collaborazione degli ambulatori ISI per l'arruolamento delle donne straniere irregolari.</p> <p>- APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA Sono stati monitorati i dati di appropriatezza prescrittiva per tutti e tre gli screening oncologici di Prevenzione Serena del quarto trimestre ed è emersa una criticità solo per lo screening del tumore del colon retto. E' stata inviata una seconda mail a tutti i MMG in cui vengono ricordati i criteri di esclusione dallo screening del tumore del colon retto dei loro assistiti/pazienti. I MMG partecipano attivamente agli incontri di formazione proposti ed in collaborazione con i Direttori dei Distretti ASL AL, in cui si ribadisce la normativa regionale di riferimento e la divulgazione della stessa ai portatori di interesse specifico</p>
	2	<p>COPERTURE INVITI: N° persone invitate + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale. COPERTURA ESAMI: N° persone sottoposte al test di screening, incluse le adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale</p> <p>SCREENING MAMMOGRAFICO: - Copertura INVITI: Atteso 100% - Minimo 97% - Copertura ESAMI: Atteso 65% - Minimo 62%</p> <p>SCREENING CERVICO VAGINALE: - Copertura INVITI: Atteso 100% - Minimo 97% - Copertura ESAMI: Atteso 55% - Minimo 52%</p> <p>SCREENING COLORETTALE: - Copertura INVITI: Atteso 100% - Minimo 97% - Copertura ESAMI: Atteso 55% - Minimo 52%</p>	<p>Tra valore minimo (come indicato in tabella) e il valore obiettivo. Se il valore dell'indicatore è inferiore al valore minimo, l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore dell'indicatore è compreso tra il valore minimo e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.</p>	<p>Screening tumore della cervice: La copertura da inviti ha raggiunto il valore atteso e la copertura da esami ha raggiunto il valore minimo atteso. La copertura da esami è del 5% superiore alla media regionale</p> <p>Screening mammografico: La copertura da inviti ha raggiunto il valore atteso e la copertura da esami non ha raggiunto il valore atteso. La copertura da esami è del 2% superiore alla media regionale.</p> <p>Screening del colon retto: La copertura da inviti ha raggiunto il valore atteso e la copertura da esami non ha raggiunto il valore atteso. La copertura da esami è superiore del 11,5% alla media regionale ed è stata la migliore della regione</p>

3.1.1 Il documento di "Programmazione delle Risorse del SSR anno 2025-2027" (DGR 26-801 del 17.02.2025) individua le seguenti aree di intervento:

- adesione ai programmi di screening
- estensione di programmi di screening
- appropriatezza prescrittiva, qualità ed efficienza dei servizi offerti

ADESIONE ED ESTENSIONE DEL PROGRAMMA DI SCREENING.

Sono state effettuate iniziative territoriali, in collaborazione con gli Enti del Terzo Settore e con le Amministrazioni Comunali. In continuum attività della Testimonial (in collaborazione con Fondazione CRA). Sono stati svolti corsi residenziale aziendali e regionali. Si riportano in dettaglio le azioni effettuate nel 2025 con cadenza trimestrale.

Al 30 giugno 2025:

Nel mese di Maggio e Giugno sono stati fatti incontri rivolti alla popolazione di diversi comuni della provincia di Alessandria in collaborazione con le associazioni del terzo settore e con Cittadinanza Attiva.

Sono stati organizzati anche incontri formativi rivolti agli operatori dello screening e anche ad altri operatori sanitari dell'ASL AL sia a livello aziendale, sia a livello interaziendale (Programma 6), sia a livello regionale.

È stata organizzata la riunione del Gruppo di Progetto del Programma 6.

È continuata la campagna di comunicazione nei canali social dell'ASL AL (con il contributo della Fondazione Cassa di Risparmio) sia con la testimonial che con gli operatori dello screening del Programma 6.

È continuato il progetto rivolto alle popolazioni fragili per permettere loro di aderire agli screening oncologici di Prevenzione Serena. È un progetto che permette alle donne STP della provincia di Alessandria e di Asti di poter partecipare allo screening del tumore della cervice uterina. È stata fatta la prima riunione preliminare alla partenza del progetto rivolto alle donne STP che afferiscono ai centri ISI. Questo progetto si aggiungerà a quello già presente in collaborazione con la Caritas di Alessandria (Ambulatorio Nessuno Escluso).

Al 30 settembre 2025:

Nel mese di Settembre è stato organizzato in collaborazione con il comune di Acqui Terme un incontro rivolto alla popolazione.

È continuata la campagna di comunicazione nei canali social dell'ASL AL (con il contributo della Fondazione Cassa di Risparmio) sia con la testimonial che con gli operatori dello screening del Programma 6.

È continuato il progetto rivolto alle popolazioni fragili per permettere loro di aderire agli screening oncologici di Prevenzione Serena. È un progetto che permette alle donne STP della provincia di Alessandria e di Asti di poter partecipare allo screening del tumore della cervice uterina. È stata completata la procedura per attivare lo stesso percorso con le donne che accedono ai centri ISI. Questo progetto si aggiungerà a quello già presente in collaborazione con la Caritas di Alessandria e partirà il 1° dicembre 2025.

La FASO (Federazione delle Associazioni degli Screening Oncologici) ha creato un gruppo di lavoro a cui la responsabile UVOS ASL AL ha aderito per la stesura del "Position Paper per l'offerta di screening oncologici alle persone con disabilità fisica e psichica".

Al 31 dicembre 2025

Nel mese di Ottobre sono stati organizzati in collaborazione con l'associazione BIOS di Alessandria e con la Croce Verde di Alessandria due incontri rivolti alla popolazione. Sempre nel mese di Ottobre è stato organizzato in collaborazione con LILT e con il Comune di Novi Ligure un incontro rivolto alla popolazione di Novi Ligure.

È continuata la campagna di comunicazione nei canali social dell'ASL AL (con il contributo della Fondazione Cassa di Risparmio) sia con la testimonial che con gli operatori dello screening del Programma 6.

È continuato il progetto rivolto alle popolazioni fragili per permettere loro di aderire agli screening oncologici di Prevenzione Serena. È un progetto che permette alle donne STP della provincia di Alessandria e di Asti di poter partecipare allo screening del tumore della cervice uterina. È stata completata la procedura per attivare lo stesso percorso con le donne che accedono ai centri ISI. Il 1° dicembre 2025 è partito il progetto nei Centri ISI dell'ASL AL che si aggiungerà a quello già presente in collaborazione con la Caritas di Alessandria.

La FASO (Federazione delle Associazioni degli Screening Oncologici) ha creato un gruppo di lavoro a cui ho aderito per la stesura del "Position Paper per l'offerta di screening oncologici alle persone con disabilità fisica e psichica". È stato ultimato il Position Paper presentato durante la riunione della FASO di Gennaio 2026.

APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

Sono stati monitorati i dati di appropriatezza prescrittiva per tutti e tre gli screening oncologici di Prevenzione Serena del quarto trimestre ed è emersa una criticità solo per lo screening del tumore del colon retto. A Novembre è stato effettuato un incontro con i MMG del Distretto di Acqui Terme con la partecipazione dello specialista endoscopista e laboratorista. È stata inviata una seconda mail a tutti i MMG in cui vengono ricordati i criteri di esclusione dallo screening del tumore del colon retto dei loro assistiti/pazienti.

In merito alle azioni previste per ridurre gli esami extra – screening, i MMG partecipano attivamente gli incontri di formazione proposti ed in collaborazione con i Direttori dei Distretti ASL AL; negli incontri si ribadisce la normativa regionale di riferimento, quindi la divulgazione della stessa ai portatori di interesse specifico.

3.I.2 COPERTURE INVITI: N° persone invitate + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale.

COPERTURA ESAMI: N° persone sottoposte al test di screening, incluse le adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale

Nella tabella seguente vengono presentati i dati con dettaglio delle coperture

SCREENING	Nome indicatore	Valore osservato al 31/12/2025	Valore atteso al 31/12/2025	Valore minimo al 31/12/2025
CERVICO VAGINALE ETA' 25-64 ANNI	Copertura da inviti Numero di persone invitate a sottoporsi al test di screening del tumore della cervice nell'anno di riferimento + adesioni spontanee/ popolazione bersaglio annuale	Programma 6: 114,4%	100%	97%
	Copertura da esame Numero di persone sottoposte al test di screening del tumore della cervice nell'anno di riferimento + adesioni spontanee/ popolazione bersaglio annuale	Programma 6: 53,0%	55%	52%
MAMMOGRAFIC O ETA' 50-69 ANNI	Copertura da inviti Numero di persone invitate a sottoporsi al test di screening del tumore della mammella nell'anno di riferimento + adesioni spontanee/popolazione bersaglio annuale	Programma 6: 109,5%	100%	97%
	Copertura da esami Numero di persone sottoposte al test di screening del tumore della mammella nell'anno di riferimento + adesioni spontanee/ popolazione bersaglio annuale	Programma 6: 60,7%	65%	62%
COLO - RETTALE ETA' 50 ANNI - 69 ANNI	Copertura da inviti Numero di persone invitate a sottoporsi a screening del tumore del colon-retto nell'anno di riferimento + adesioni spontanee/ popolazione bersaglio annuale	Programma 6: 116,5 %	100%	97%
	Copertura da esami - Numero di persone sottoposte al test di screening del tumore del colon-retto nell'anno di riferimento + adesioni spontanee/popolazione bersaglio annuale	Programma 6: 50,1%	55%	52%

Screening tumore della cervice: La copertura da inviti ha raggiunto il valore atteso e la copertura da esami ha raggiunto il valore minimo atteso. La copertura da esami è del 5% superiore alla media regionale.

Screening mammografico: La copertura da inviti ha raggiunto il valore atteso e la copertura da esami non ha raggiunto il valore atteso. La copertura da esami è del 2% superiore alla media regionale.

Screening del colon retto: La copertura da inviti ha raggiunto il valore atteso e la copertura da esami non ha raggiunto il valore atteso. La copertura da esami è superiore dell'11,5% alla media regionale ed è stata la migliore della regione.

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

4.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: CONTRASTO ALL' ANTIMICROBICO RESISTENZA

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

OBIETTIVO	Prog	INDICATORI / SUB OBIETTIVI	STANDARD / VALORE OBIETTIVO	CONSUNTIVO 2025
4.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: CONTRASTO ALL' ANTIMICROBICO RESISTENZA	1	Consumo (DDD/100 giornate di degenza) di carbapenemi in ambito ospedaliero. Riduzione del consumo (DDD/100 giornate di degenza) di carbapenemi (Fonte ESAC) $\geq 10\%$ in ambito ospedaliero nel 2025 rispetto al 2022.	S/NO	Report PADDI gennaio-novembre 2025 variazione rispetto al target previsto: ASL AL -18,65% Regione Piemonte -5,19%
	2	Consumo (DDD/100 giornate di degenza) di fluorochinoloni in ambito ospedaliero Riduzione del consumo (DDD/100 giornate di degenza) di fluorochinoloni (Fonte ESAC) $\geq 10\%$ in ambito ospedaliero nel 2025 rispetto al 2022	S/NO	Report PADDI gennaio-novembre 2025 variazione rispetto al target: ASL AL -41,58 % Regione Piemonte -27,27%
	3	Rapporto tra il consumo (DDD/1000 ab die) di molecole ad ampio spettro e di molecole a spettro ristretto in ambito territoriale. Riduzione $\geq 20\%$ 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 2025 rispetto al 2022.	S/NO	Report PADDI gennaio-dicembre 2025 variazione rispetto al target: ASL AL -27,01% Regione Piemonte -21,05%

4.I.1 Consumo (DDD/100 giornate di degenza) di carbapenemi in ambito ospedaliero. Riduzione del consumo (DDD/100 giornate di degenza) di carbapenemi (Fonte ESAC) $\geq 10\%$ in ambito ospedaliero nel 2025 rispetto al 2022.

Cod- Desc Azienda Competenza**	DDD/100 giornate di degenza Gennaio - Novembre 2025 $F = (B/D) \times 100$	Valore Target Riduzione $\geq 10\%$ del valore 2022 (G)	Variazione assoluta rispetto al Valore Target 2022 $H=(F-G)$	Variazione percentuale rispetto al Valore Target 2022
213 - A.S.L. ALESSANDRIA	4,02	4,95	-0,92	-18,65%
TOTALE	3,68	3,89	-0,20	-5,19%

Report PADDI gennaio-novembre 2025 variazione percentuale rispetto al target previsto: **ASL AL -18,65%**, Regione Piemonte -4,06%.

Viene trasmesso il monitoraggio Trimestrale ai Dipartimenti ASL AL interessati all'obiettivo

4.I.2 Consumo (DDD/100 giornate di degenza) di fluorochinoloni in ambito ospedaliero Riduzione del consumo (DDD/100 giornate di degenza) di fluorochinoloni (Fonte ESAC) $\geq 10\%$ in ambito ospedaliero nel 2025 rispetto al 2022

Cod- Desc Azienda Competenza**	DDD/100 giornate di degenza Gennaio - Novembre 2025 F = (B/D) x100	Valore Target Riduzione ≥ 10% del valore 2022 (G)	Variazione assoluta rispetto al Valore Target 2022 H=(F-G)	Variazione percentuale rispetto al Valore Target 2022
213 - A.S.L. ALESSANDRIA	3,03	5,18	-2,15	-41,58%
TOTALE	4,16	5,72	-1,56	-27,27%

Report PADDI gennaio-novembre 2025 variazione percentuale rispetto al target previsto: **ASL AL -41,58%**, Regione Piemonte -27,27%

Viene trasmesso il monitoraggio Trimestrale ai Dipartimenti ASL AL interessati all'obiettivo

Seppur non presente come Obiettivo specifico di Dipartimento, è proseguito il monitoraggio trimestrale del consumo delle cefalosporine anche in ambito ospedaliero, in continuità con il monitoraggio e le azioni a livello territoriale.

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

Riduzione ≥20% 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 2025 rispetto al 2022.

Consumo J01 TARGET - Rapporto molecole** Ampio spettro vs spettro Ristretto - Farmaceutica convenzionata - DDD/1000 ab die*

Azienda del Prescrittore	Rapporto molecole ampio spettro vs spettro ristretto 2022 E = (A/B)	Rapporto molecole ampio spettro vs spettro ristretto Gennaio - Dicembre 2025 F = (C/D)	Valore Target Riduzione ≥ 7% del valore 2022 (G)	Variazione percentuale 2025 rispetto al 2022 I = (F-E)/E	Variazione assoluta rispetto al Valore Target 2022 H=(F-G)	Variazione percentuale rispetto al Valore Target 2022
213 - A.S.L. ALESSANDRIA	11,34	6,61	9,07	-41,70%	-2,46	-27,01%
Valore Regionale	12,74	8,05	10,19	-36,78%	-2,14	-21,05%

Report PADDI gennaio-dicembre 2025 variazione percentuale rispetto al target previsto: **ASL AL -27,01%**, Regione Piemonte -21,05%

Azioni comuni per i sub-obiettivi 4.1.1, 4.1.2 e 4.1.3:

Proseguono gli incontri di formazione ed il monitoraggio sia per i MMG/PLS che per i Dipartimenti Ospedalieri.

18/03/25: Incontro con PLS ASL AL a cura del Gruppo AST in collaborazione con Farmacia Aziendale e Infettivologi AOU AL e Ospedale Sacco (MI)

20/05/25: Prima parte del "Convegno Antimicrobial Stewardship: Facciamo Squadra!" organizzato a cura del Gruppo AST destinato principalmente a Medici Ospedalieri.

08/2025: Trasmissione Report personalizzato MMG gennaio-aprile 2025.

18/09/2025: invio nota informativa ai MMG relativa ad appropriatezza prescrittiva delle Cefalosporine di III e IV generazione

20/10/25: Seconda parte del "Convegno Antimicrobial Stewardship: Facciamo Squadra!" organizzato a cura del Gruppo AST destinato principalmente a Medici Ospedalieri.

4/11/2025: incontro con Odontoiatri "Contrasto all'antimicrobico resistenza in ambito territoriale: buon uso degli antibiotici e appropriatezza in odontostomatologia"

19/12/2025: invio nota a PLS “Appropriatezza prescrittiva Cefalosporine di III e IV generazione”
12/2025: Trasmissione Report personalizzato MMG gennaio-settembre 2025.
Invio Trimestrale dei Monitoraggi Obiettivi Ospedalieri alla singola U.O.

Per quanto riguarda il monitoraggio degli indicatori ESAC, a seguito dell’analisi dei dati relativi ai primi 10 mesi del 2025 si evidenzia il buon andamento per tutti gli indicatori attenzionati, ad eccezione delle Cefalosporine di III e IV generazione sul quale sono in atto azioni specifiche.

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

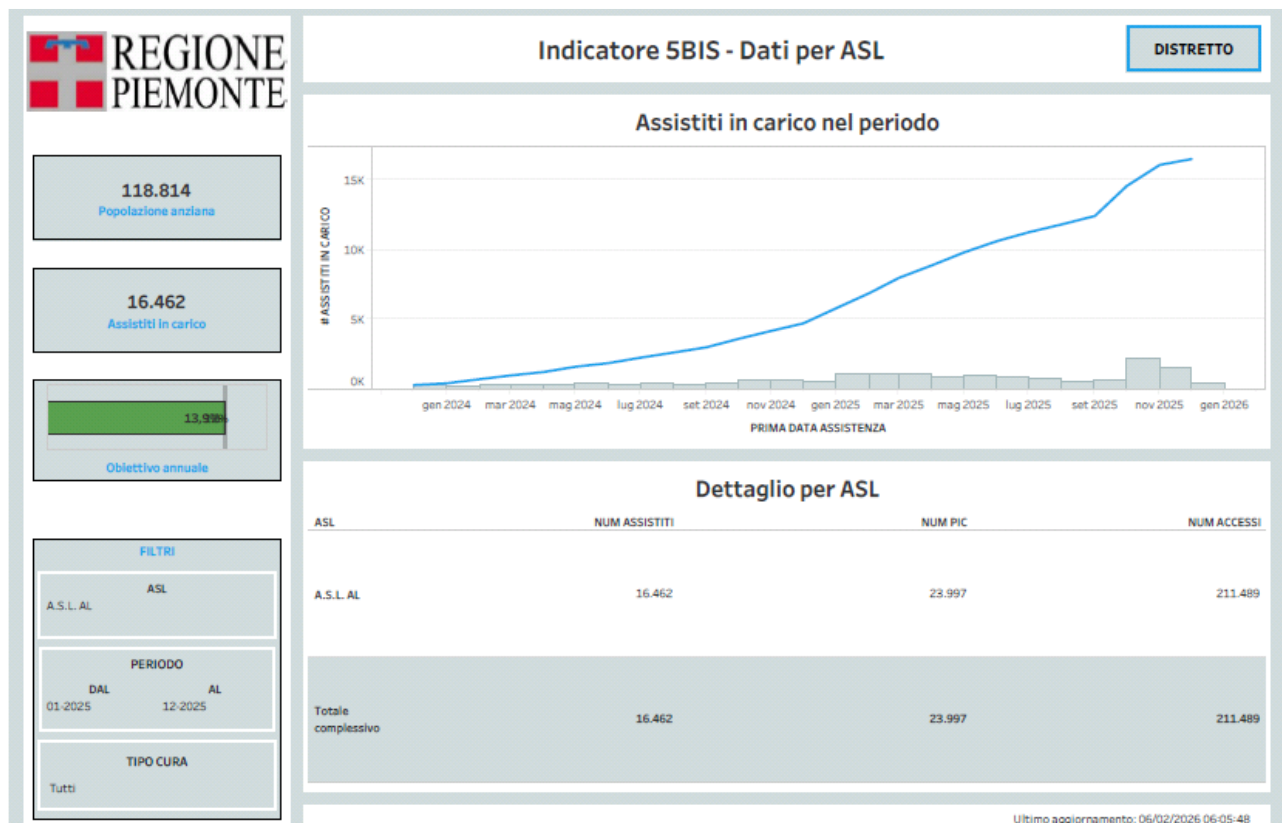
AREA: TERRITORIALE

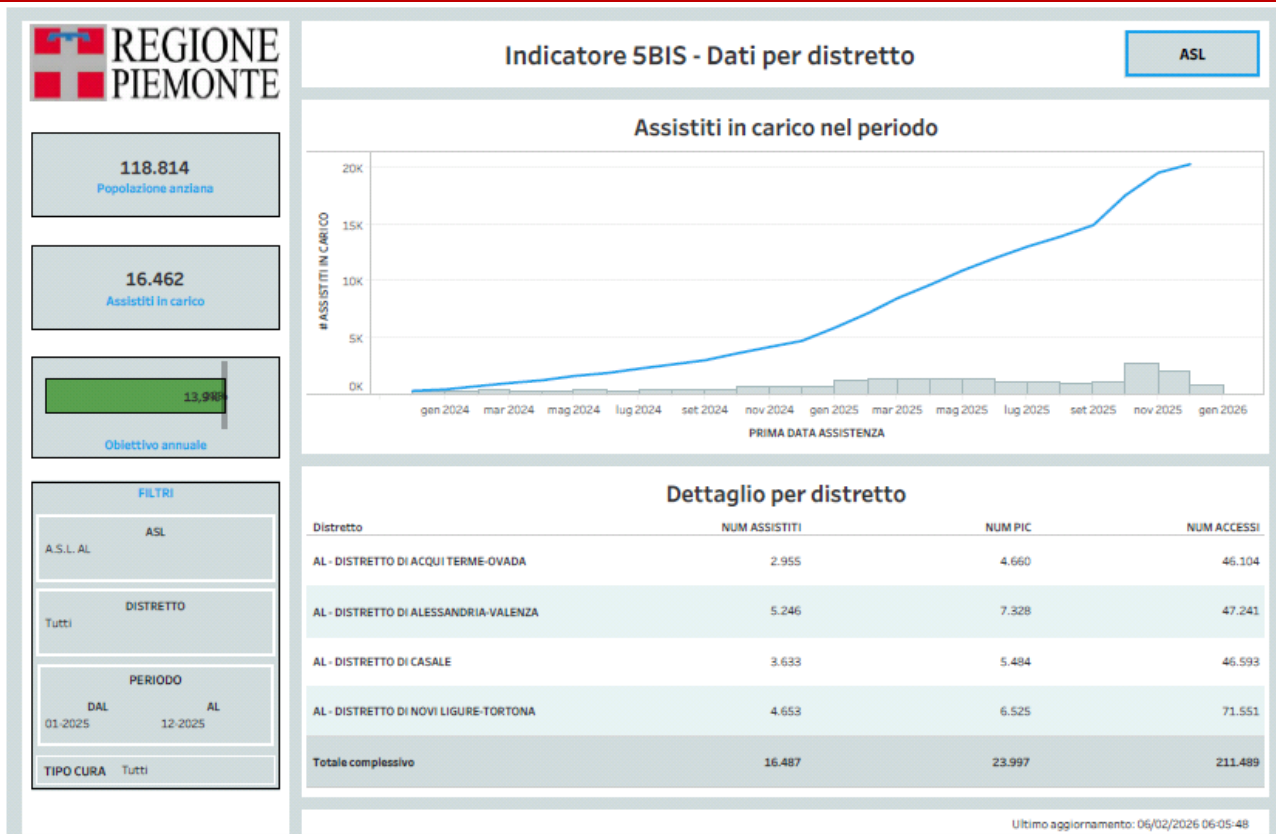
5.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: ASSISTENZA DOMICILIARE

La Regione Piemonte intende proseguire nel rafforzamento strutturale dell'offerta territoriale e del sistema di presa in carico, favorito anche dagli investimenti programmati nell'ambito del PNRR, nonché dalle indicazioni nazionali del DM 77/2022, nell'ottica di potenziare l'accessibilità, l'appropriatezza e l'efficienza degli interventi e l'integrazione orizzontale dei servizi, oltre a migliorare le interconnessioni operative fra i diversi setting di assistenza, fino al domicilio.

OBIETTIVO	Prog	INDICATORI / SUB OBIETTIVI	STANDARD / VALORE	CONSUNTIVO 2025
5.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: ASSISTENZA DOMICILIARE	1	Almeno il 12 % di pazienti over 65 in assistenza domiciliare (considerando tutti gli assistiti di età pari o superiore a 65 anni "presi in carico" per tutte le classi di CIA) al 31.12.2025	S/NO	<p>POPOLAZIONE ANZIANA: 118.814</p> <p>MINISTERO SALUTE: % DA RAGGIUNGERE: 10% ASSISTITI DA PRENDERE IN CARICO: 11.922</p> <p>REGIONE PIEMONTE: % DA RAGGIUNGERE: 12% ASSISTITI DA PRENDERE IN CARICO: 14.258</p> <p>ASL AL ASSISTITI IN CARICO ANNO 2025: 16.462 % DI ASSISTITI PRESI IN CARICO: 13,9%</p>

5.I.1 Almeno il 12 % di pazienti over 65 in assistenza domiciliare (considerando tutti gli assistiti di età pari o superiore a 65 anni "presi in carico" per tutte le classi di CIA) al 31.12.2025





Dall'analisi dei report regionali e con riferimento all'obiettivo specifico (almeno il 12 % di pazienti over 65 in assistenza domiciliare - considerando tutti gli assistiti di età pari o superiore a 65 anni "presi in carico" per tutte le classi di CIA - al 31.12.2025) si evidenzia che ASL AL ha preso in carico n. 16.462 assistiti pari al 13,9% degli ultrasessantacinquenni residenti nel territorio.

Risultato a livello distrettuale:

Distretto	Assistiti 2025	Totale Over 65	% pazienti in A.D.
ACQUI T.-OVADA	2.955	20.436	14,5%
ALESSANDRIA VALENZA	5.246	40.064	13,1%
CASALE	3.633	22.256	16,3%
NOVI L.-TORTONA	4.653	36.058	12,9%
TOTALE ASL AL	16.487	118.814	13,9%

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

AREA: OSPEDALIERA

6.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: PERCORSO STEMI

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

OBIETTIVO	Prog	INDICATORI / SUB OBIETTIVI	STANDARD / VALORE OBIETTIVO	CONSUNTIVO 2025
6.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: PERCORSO STEMI	1	Numero di episodi di STEMI in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro novanta minuti. ----- Numero di episodi di STEMI	Tasso grezzo > 60%	ANNO 2024 = 53,52% ANNO 2025 = 63,10% (PTCA entro 90 min - Fonte dati AOU AL)

I pazienti con IMA-STEMI afferenti ai DEA/PS ASL AL vengono trasportati per competenza presso il DEA di Il livello in Alessandria mediante intervento del SET118 nell'ambito della Rete Emergenza/Urgenza Regionale dedicata; i pazienti ricoverati nei Presidi ASL AL con IMA-STEMI occorso durante la degenza vengono trasportati per competenza presso il DEA di Il livello mediante trasporto secondario protetto da parte delle PP.AA. convenzionate.

L'ASL AL non avendo servizi propri di emodinamica non incide direttamente sugli esiti di tale indicatore; il risultato di tale obiettivo, oltre che dall'attività delle strutture erogatrici di PTCA, deriva dagli effetti delle azioni e delle procedure condivise dall'ASL AL con gli erogatori (pubblici e privati) presenti sul territorio e con la rete dell'Emergenza Urgenza. Si evidenzia, a tal proposito, che l'Azienda può intervenire solamente sul "tempo zero" ovvero il momento in cui si viene a contatto con il paziente, inviando in maniera tempestiva verso le sedi di erogazione PTCA, mentre il "tempo finale" di esecuzione della prestazione è di competenza di tale erogatore. Ulteriori effetti migliorativi di tale risultato derivano dalle avvenute azioni di riorganizzazione della rete delle strutture cardiologiche presenti sul territorio provinciale.

In relazione a quanto sopra, si evidenzia che dalla rete dei Presidi Ospedalieri dell'ASL AL risulta puntuale e tempestivo il flusso di invio dei pazienti residenti, necessitanti di angioplastica percutanea, verso i centri di riferimento (Azienda Ospedaliero Universitaria di Alessandria in primis dove si registra una percentuale di PTCA effettuate entro 90 minuti pari al **63,10%**).

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

7.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: GESTIONE DEL BOARDING IN PRONTO SOCCORSO

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

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

OBIETTIVO	Prog	INDICATORI / SUB OBIETTIVI	STANDARD / VALORE	CONSUNTIVO 2025																																										
7.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: GESTIONE DEL BOARDING IN PRONTO SOCCORSO	1	Presenza del Piano aziendale di sovraccollamento del PS e boarding	S/VNO	Piano aziendale presente. Con nota DSPO prot. 0036292/25 del 31.03.2025 si è proceduto alla diffusione per formalizzazione e conseguente applicazione della Procedura Specifica Aziendale PS DSPO ASL AL 10 "Piano di gestione del Sovraccollamento"- Rev. 3. Tale revisione rispetto alla precedente edizione recepisce le Linee di Indirizzo per il controllo e la gestione del sovraccollamento e del boarding in Pronto Soccorso (D.G.R. 23-6428 aggiornamento 16 gennaio 2023) emanate dalla Regione Piemonte, le quali vincolano le Aziende Sanitarie a predisporre piani di gestione del sovraccollamento (PGS) e stabiliscono gli standard per stazionamento in PS nell'attesa del ricovero. Stabiliscono altresì che in ogni Azienda e Presidio Ospedaliero venga istituito un Gruppo Tecnico Permanente (G.T.P.) per la progettazione, il controllo e il monitoraggio del piano aziendale di sovraccollamento e dei ricoveri in area degenza.																																										
	2	<p>Tempo medio di permanenza in PS: (data/ora di dimissione dal PS – data/ora di accesso al PS)</p> <hr/> <p>N° di accessi in PS</p> <p>Sono esclusi dalla selezione i pazienti giunti in assenza di segni vitali e non sottoposti a manovre rianimatorie. Nella valutazione dell'obiettivo si terrà conto della percentuale annuale di pazienti OBI sul totale degli accessi in DEA/PS Valore medio regionale per ciascun livello organizzativo di complessità assistenziale individuato dalla rete di Emergenza Urgenza (DEA II, DEA I, PS di base, PS di area disagiata).</p> <p>Il valore obiettivo si applica alla singola ASR per ciascuna delle seguenti strutture: DEA II ≤ 6 ore DEA I ≤ 6 ore PS di Base ≤ 4 ore PS di area disagiata ≤ 5 ore</p>	S/VNO	<p>Tempo medio di permanenza entro standard in tutti i DEA / PS ASL AL.</p> <p>Si evidenzia incremento sensibile degli accessi (+5,9% rispetto al 2024)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="5">ACCESSI DEA/PS ASL AL</th> </tr> <tr> <th rowspan="3"></th> <th colspan="2">TOTALE ACCESSI</th> <th colspan="2">di cui NO OBI</th> </tr> <tr> <th colspan="2">NR ACCESSI</th> <th colspan="2">TEMPO MEDIO PERMANENZA (min)</th> </tr> <tr> <th>12M 2025</th> <th>12M 2024</th> <th>12M 2025</th> <th>12M 2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DEA CASALE</td> <td>23.495</td> <td>22.179</td> <td>357</td> <td>344</td> </tr> <tr> <td>DEA NOVI</td> <td>26.403</td> <td>23.805</td> <td>289</td> <td>310</td> </tr> <tr> <td>PS TORTONA</td> <td>15.847</td> <td>15.652</td> <td>236</td> <td>230</td> </tr> <tr> <td>PS ACQUI</td> <td>14.234</td> <td>13.411</td> <td>239</td> <td>242</td> </tr> <tr> <td>PS OVADA</td> <td>9.010</td> <td>8.403</td> <td>120</td> <td>133</td> </tr> </tbody> </table>	ACCESSI DEA/PS ASL AL						TOTALE ACCESSI		di cui NO OBI		NR ACCESSI		TEMPO MEDIO PERMANENZA (min)		12M 2025	12M 2024	12M 2025	12M 2024	DEA CASALE	23.495	22.179	357	344	DEA NOVI	26.403	23.805	289	310	PS TORTONA	15.847	15.652	236	230	PS ACQUI	14.234	13.411	239	242	PS OVADA	9.010	8.403	120
ACCESSI DEA/PS ASL AL																																														
	TOTALE ACCESSI		di cui NO OBI																																											
	NR ACCESSI		TEMPO MEDIO PERMANENZA (min)																																											
	12M 2025	12M 2024	12M 2025	12M 2024																																										
DEA CASALE	23.495	22.179	357	344																																										
DEA NOVI	26.403	23.805	289	310																																										
PS TORTONA	15.847	15.652	236	230																																										
PS ACQUI	14.234	13.411	239	242																																										
PS OVADA	9.010	8.403	120	133																																										

7.I.1 Presenza del Piano aziendale di sovraccollamento del PS e boarding

È stata approvata la revisione n. 3 della Procedura Specifica Aziendale PS DSPO ASL AL 10 "Piano di gestione del Sovraccollamento". Con nota prot. 0036292/25 del 31.03.2025 si è proceduto alla diffusione per formalizzazione e conseguente applicazione. Tale revisione rispetto alla precedente edizione recepisce le Linee di Indirizzo per il controllo e la gestione del sovraccollamento e del boarding in Pronto Soccorso (D.G.R. 23-6428 aggiornamento 16 gennaio 2023) emanate dalla Regione Piemonte, le quali vincolano le Aziende Sanitarie a predisporre piani di gestione del sovraccollamento (PGS) e stabiliscono gli standard per stazionamento in PS nell'attesa del ricovero. Stabiliscono altresì che in ogni Azienda e Presidio Ospedaliero venga istituito un Gruppo Tecnico Permanente (G.T.P.) per la progettazione, il controllo e il monitoraggio del piano aziendale di sovraccollamento e dei ricoveri in area degenza.

Si è proceduto pertanto a:

- definire in base alle risorse e all'organizzazione aziendale il numero di posti letto che ogni Reparto di degenza deve garantire quotidianamente al Pronto Soccorso;
- definire le procedure interne di ricovero per le unità internistiche e specialistiche e in generale nelle aree di degenza;
- definire le procedure interne relative all'intervento delle diverse Unità Operative ospedaliere interessate;
- monitorare l'applicazione delle procedure (con particolare attenzione all'attività di ricovero in urgenza e programmata dei reparti) coinvolgendo tutte le Unità Operative interessate;
- attivare strategie alternative in caso di criticità (attivazione letti dedicati in situazione di maggiore afflusso continuativo es. influenza, sospensione day surgery, etc.);
- definire e applicare le procedure di dimissione appropriata dai Reparti verso il domicilio e le strutture territoriali.

E' stato istituito il Gruppo Tecnico Permanente coordinato dalla Direzione Sanitaria aziendale e dalla Direzione Medica di Presidio sede di pronto soccorso ed è costituito dai Direttori/Responsabili del Pronto Soccorso, delle Unità Operative di Area Medica e Chirurgica, delle Professioni Sanitarie, dei principali Servizi interessati a livello aziendale, dal Bed Manager, dai Nuclei ospedalieri per la Continuità delle Cure, dalla Direzione del Distretto di afferenza con i relativi Nuclei territoriali per la Continuità Cure, in progressiva integrazione con le Centrali Operative Territoriali (COT).

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

- a. Sistema informativo: avviato dal Dicembre 2024 e messa a regime 2025 la nuova piattaforma "Business Intelligence Emergency" con maggiore possibilità di estrazione di dati ed indicatori per attività di monitoraggio e reporting.
- b. Audit DEA/PS clinico assistenziale e organizzativo a cadenza mensile con discussione collegiale dei dati ed indicatori rilevati su tutte le sedi ospedaliere ASL AL con individuazione dei gap rispetto agli standard e definizione delle azioni conseguenti e trasmissione della reportistica finalizzata al miglioramento continuo della qualità e del flusso dei pazienti all'interno dei Presidi Ospedalieri.

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

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

7.1.2 Tempo medio di permanenza in PS: data/ora di dimissione dal PS – data/ora di accesso al PS)

N° di accessi in PS

Sono esclusi dalla selezione i pazienti giunti in assenza di segni vitali e non sottoposti a manovre rianimatorie. Nella valutazione dell'obiettivo si terrà conto della percentuale annuale di pazienti OBI sul totale degli accessi in DEA/PS

Valore medio regionale per ciascun livello organizzativo di complessità assistenziale individuato dalla rete di Emergenza Urgenza (DEA II, DEA I, PS di base, PS di area disagiata).

Il valore obiettivo si applica alla singola ASR per ciascuna delle seguenti strutture: DEA II ≤ 6 ore - DEA I ≤ 6 ore - PS di Base ≤ 4 ore - PS di area disagiata ≤ 5 ore

Si richiamano le azioni intraprese e dettagliate come nel punto precedente e l'ultimo aggiornamento dei tempi medi di permanenza di PS al 31.12.2025 come di seguito specificato (fonte dati flusso C2)

ACCESSI DEA/PS ASL AL				
	TOTALE ACCESSI		di cui NO OBI	
	NR ACCESSI		TEMPO MEDIO PERMANENZA (min)	
	12M 2025	12M 2024	12M 2025	12M 2024
DEA CASALE	23.495	22.179	357	344
DEA NOVI	26.403	23.805	289	310
PS TORTONA	15.847	15.652	236	230
PS ACQUI	14.234	13.411	239	242
PS OVADA	9.010	8.403	120	133

Il tempo medio di permanenza in DEA/PS anno 2025 (al netto dell'OBI) risulta entro standard per tutte le strutture ASL AL.

Sono state altresì attivate specifiche azioni finalizzate al monitoraggio e miglioramento dei processi correlati al DEA/PS:

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

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

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

3) FAST TRACK

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

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

	FT Oculistico	FT ORL	FT Ortopedico	FT Ostetrico/ Ginecologico	FT Pediatrico	FT Odontoiatrico	FT TOTALI (% su n. accessi PS/DEA totali)
DEA Casale	944	370	1019	1145	841	466	4785 (20,4%)
DEA Novi	401	68	532	1669	2033		4703 (17,8%)
PS Tortona		242	934				1176 (7,4%)
PS Acqui		46	498				544 (3,8%)

Inoltre, al fine di fronteggiare eventuali sovraffollamenti nel periodo natalizio, in concomitanza con i picchi influenzali stagionali che determinano un aumento degli accessi in Pronto Soccorso, sono state fornite le indicazioni in merito e convocata specifica riunione in data 24.12.2025 (n. prot. 0135579/25 del 23.12.2025).

Alla riunione hanno partecipato i Direttori delle SS.CC., i Responsabili delle SS.SS., la S.C. DiPSa, gli Incaricati di Funzione Organizzativa, i Direttori di Distretto, il Responsabile della Continuità Assistenziale e il Bed Manager.

L'incontro è stato finalizzato a richiamare le raccomandazioni organizzative già previste nel "Piano di Gestione del Sovraffollamento", aggiornato a marzo 2025, ottimizzando la gestione dei posti letto, anche nel Dipartimento Chirurgico a supporto delle necessità emergenziali di area internistica, nonché promuovendo ed implementando la collaborazione tra Ospedale e Servizi Territoriali/Continuità Assistenziale per favorire dimissioni più rapide ed evitare ricoveri inappropriati.

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

Allegati:

- PROCEDURA SPECIFICA AZIENDALE PS DSPO ASL AL ASL AL 10 "Piano di gestione del sovraffollamento" – Rev. 3 (marzo 2025)

8.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: DONAZIONI D'ORGANO

Piena attuazione - attraverso il Coordinamento Ospedaliero delle donazioni e dei prelievi di organi e tessuti, operativamente e funzionalmente in staff alla Direzione Sanitaria, con il supporto dell'Infermiere Esperto nel Procurement, come previsto dalla DD n.466 del 7 giugno 2019 - dei parametri fissati dal Coordinamento Regionale delle donazioni e dei Prelievi di organi e tessuti finalizzati per il 2025 a incrementare il procurement di organi e di cornee.

OBIETTIVO	Prog	INDICATORI / SUB OBIETTIVI	STANDARD / VALORE OBIETTIVO	CONSUNTIVO 2025																	
8.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: DONAZIONI D'ORGANO	1	<p>Segnalazioni dei potenziali donatori di organi (PROC2 modificato)</p> <p>ME + WLST in DLCA</p> <hr/> <p>DLCA</p> <p>ME= morti accertate con standard neurologico WLST= sospensione dei trattamenti di supporto vitale DLCA= decessi con lesione cerebrale acuta</p>	<p>Il raggiungimento del sub-obiettivo sarà riconosciuto:</p> <p>a Per gli ospedali con neurochirurgia: SI/NO a Per gli ospedali senza neurochirurgia: per un valore inferiore al 20% l'obiettivo è considerato non raggiunto; per un valore compreso fra 20% e 40% l'obiettivo è considerato parzialmente raggiunto applicando una funzione lineare che valorizzi la quota di risultato prodotto; un valore superiore al 40% evidenzia una performance superiore al target pertanto l'obiettivo è considerato raggiunto.</p>	<p>ANNO 2025</p> <p>Segnalazioni potenziali donatori di organi (PROC2 modificato)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>PRESIDIO</th> <th>AL 31.12.2025</th> <th>VALORE OBIETTIVO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CASALE MTO</td> <td>40%</td> <td rowspan="4">20% - 40% per tutti i PP.OO. ASL AL</td> </tr> <tr> <td>TORTONA</td> <td>0%*</td> </tr> <tr> <td>NOVI LIGURE</td> <td>40%</td> </tr> <tr> <td>ACQUI TERME</td> <td>20%</td> </tr> </tbody> </table> <p>* Valutazione sul triennio 2023-2025: nessun decesso con evoluzione in morte encefalica nonostante una diagnosi di ingresso in alcuni casi compatibile con quanto previsto come denominatore nel calcolo dell'indicatore</p> <p>L'obiettivo risulta raggiunto</p>	PRESIDIO	AL 31.12.2025	VALORE OBIETTIVO	CASALE MTO	40%	20% - 40% per tutti i PP.OO. ASL AL	TORTONA	0%*	NOVI LIGURE	40%	ACQUI TERME	20%					
	PRESIDIO	AL 31.12.2025	VALORE OBIETTIVO																		
CASALE MTO	40%	20% - 40% per tutti i PP.OO. ASL AL																			
TORTONA	0%*																				
NOVI LIGURE	40%																				
ACQUI TERME	20%																				
2	<p>Donatori di cornea</p> <p>a. Decessi ospedalieri del 2024 fra i 5 e i 78 anni compresi X 0,1 b. Decessi ospedalieri del 2024 fra i 5 e i 78 anni compresi X 0,12</p>	SI/NO	<p>ANNO 2025</p> <p>DONATORI CORNEE</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>PRESIDIO</th> <th>AL 31.12.2025</th> <th>OBIETTIVO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CASALE MTO</td> <td>28</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>TORTONA</td> <td>10</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>NOVI</td> <td>11</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>ACQUI</td> <td>9</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>TOTALE</td> <td>58</td> <td>36</td> </tr> </tbody> </table> <p>L'obiettivo risulta raggiunto</p>	PRESIDIO	AL 31.12.2025	OBIETTIVO	CASALE MTO	28	13	TORTONA	10	7	NOVI	11	10	ACQUI	9	6	TOTALE	58	36
PRESIDIO	AL 31.12.2025	OBIETTIVO																			
CASALE MTO	28	13																			
TORTONA	10	7																			
NOVI	11	10																			
ACQUI	9	6																			
TOTALE	58	36																			

Con riferimento specifico al presente obiettivo si riportano i dati aggiornati all'intero anno 2024, come forniti dai Coordinatori locali, con i rispettivi indicatori.

8.I.1 Segnalazioni dei potenziali donatori di organi (PROC2 modificato)

ME + WLST in DLCA

DLCA

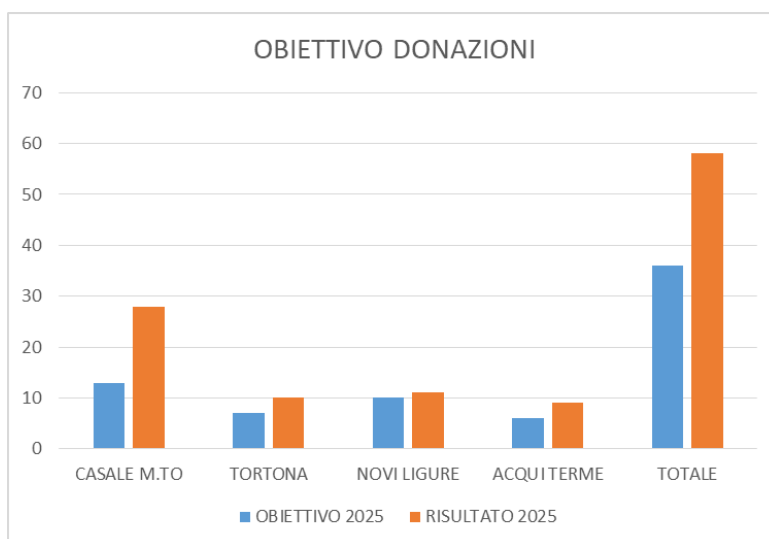
ME= morti accertate con standard neurologico
WLST= sospensione dei trattamenti di supporto vitale
DLCA= decessi con lesione cerebrale acuta

La D.G.R. prevede in riferimento al valore obiettivo per i potenziali donatori il rapporto tra: morte encefalica e sospensione dei trattamenti di supporto vitale rispetto ai decessi con lesione cerebrale acuta. Per i donatori di cornee il 10% dei decessi ospedalieri del 2024 (fascia di età 5-78 anni) per i Presidi Ospedalieri senza Neurochirurgia e 12% dei decessi ospedalieri del 2024 (fascia di età 5-78 anni) per i Presidi Ospedalieri con Neurochirurgia.

Segnalazioni potenziali donatori di organi (PROC2 modificato)		
PRESIDIO	AL 31.12.2025	VALORE OBIETTIVO
CASALE M.TO	40%	20% - 40% per tutti i PP.OO. ASL AL
TORTONA	0%*	
NOVI LIGURE	40%	
ACQUI TERME	20%	
<p>* Valutazione sul triennio 2023-2025: nessun decesso con evoluzione in morte encefalica nonostante una diagnosi di ingresso in alcuni casi compatibile con quanto previsto come denominatore nel calcolo dell'indicatore</p>		

8.1.2 Donatori di cornea

DONATORI CORNEE		
PRESIDIO	AL 31.12.2025	OBIETTIVO
CASALE M.TO	28	13
TORTONA	10	7
NOVI	11	10
ACQUI	9	6
TOTALE	58	36



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

AREA: LISTE E TEMPI DI ATTESA

9.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: LISTE E TEMPI DI ATTESA

L'obiettivo si concretizza nel ridurre i tempi e le liste di attesa come previsto dal PNGLA e dai piani di governo delle liste di attesa della Regione Piemonte, in applicazione della normativa specifica

OBIETTIVO	Prog	INDICATORI / SUB OBIETTIVI	STANDARD / VALORE OBIETTIVO	CONSUNTIVO 2025																												
9.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: LISTE E TEMPI DI ATTESA	1	<p>Presenza di piano aziendale per il governo delle liste e dei tempi di attesa in coerenza con le indicazioni nazionali e regionali, con provvedimenti idonei a garantire il rispetto delle liste e dei tempi di attesa e contenente le seguenti componenti ed aggiornamento annuale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - analisi della situazione e criticità - obiettivi specifici - azioni - verifica dell'applicazione e monitoraggio - riesame ed azioni correttive/preventive 	SI/NO	Adottato Piano Attuativo Aziendale Governo Liste Attesa anno 2025 (deliberazione n. 769 del 24/9/2025) - nelle more adozione PNGLA e PRGLA																												
	2	<p>Tempi di attesa per visite e prestazioni ambulatoriali PNGLA per classi di priorità UBDP</p> <p>Riduzione e rispetto dei tempi di attesa per visite e prestazioni ambulatoriali PNGLA per classi di priorità UBDP per almeno il 90% di ognuna delle singole prestazioni PNGLA</p>	<p>Raggiungimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> >= 100% assegnazioni e piena del punteggio < 99% e >= 95%=% assegnazioni e 50% del punteggio >= 95% assegnazioni e 0% del punteggio 	<p>Il 92,1% delle prestazioni ambulatoriali PNGLA (classe di priorità UBDP) risultano con tempo di attesa medio entro standard o in miglioramento rispetto al 2024</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>PNGLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE</th> <th>TOT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PRESTAZIONI PNGLA MONITORATE</td> <td>239</td> </tr> <tr> <td>IN STANDARD O MIGLIORATE vs 2024</td> <td>220</td> </tr> <tr> <td>% IN STANDARD O MIGLIORATE vs 2024</td> <td>92,1%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Tempi di attesa medi per visite e prestazioni anno 2025 complessivamente migliorati su tutte le classi rispetto anno 2024</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">CLASSE PRIORITA'</th> <th colspan="2">TEMPO ATTESA MEDIO</th> </tr> <tr> <th>ANNO 2024</th> <th>ANNO 2025</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TOT</td> <td>44,00</td> <td>40,26</td> </tr> <tr> <td>U - URGENTE</td> <td>0,86</td> <td>0,92</td> </tr> <tr> <td>B - BREVE</td> <td>6,64</td> <td>6,57</td> </tr> <tr> <td>D - DIFFERIBILE</td> <td>55,36</td> <td>49,77</td> </tr> <tr> <td>P - PROGRAMMABILI</td> <td>58,06</td> <td>49,05</td> </tr> </tbody> </table>	PNGLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	TOT	PRESTAZIONI PNGLA MONITORATE	239	IN STANDARD O MIGLIORATE vs 2024	220	% IN STANDARD O MIGLIORATE vs 2024	92,1%	CLASSE PRIORITA'	TEMPO ATTESA MEDIO		ANNO 2024	ANNO 2025	TOT	44,00	40,26	U - URGENTE	0,86	0,92	B - BREVE	6,64	6,57	D - DIFFERIBILE	55,36	49,77	P - PROGRAMMABILI	58,06	49,05
	PNGLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	TOT																														
PRESTAZIONI PNGLA MONITORATE	239																															
IN STANDARD O MIGLIORATE vs 2024	220																															
% IN STANDARD O MIGLIORATE vs 2024	92,1%																															
CLASSE PRIORITA'	TEMPO ATTESA MEDIO																															
	ANNO 2024	ANNO 2025																														
TOT	44,00	40,26																														
U - URGENTE	0,86	0,92																														
B - BREVE	6,64	6,57																														
D - DIFFERIBILE	55,36	49,77																														
P - PROGRAMMABILI	58,06	49,05																														
3	<p>Tempi di attesa per ricoveri per classi di priorità ABDP</p> <p>Riduzione e rispetto dei tempi di attesa per ricoveri per classi di priorità ABDP di ognuno dei singoli ricoveri DGR più rappresentati</p>	<p>Raggiungimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> >= 100% assegnazioni e piena del punteggio < 99% e >= 90%=% assegnazioni e 50% del punteggio >= 89% assegnazioni e 0% del punteggio 	<p>Il 90% dei ricoveri in elezione più significativi (primi 10 DRG per le classi ABCD) risultano con tempo di attesa medio entro standard o in miglioramento rispetto al 2024</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>RICOVERI IN ELEZIONE</th> <th>TOT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PRIMI 10 DRG PRODOTTI (IN ELEZIONE)</td> <td>40</td> </tr> <tr> <td>IN STANDARD O MIGLIORATI vs 2024</td> <td>36</td> </tr> <tr> <td>% IN STANDARD O MIGLIORATE vs 2024</td> <td>90,0%</td> </tr> </tbody> </table>	RICOVERI IN ELEZIONE	TOT	PRIMI 10 DRG PRODOTTI (IN ELEZIONE)	40	IN STANDARD O MIGLIORATI vs 2024	36	% IN STANDARD O MIGLIORATE vs 2024	90,0%																					
RICOVERI IN ELEZIONE	TOT																															
PRIMI 10 DRG PRODOTTI (IN ELEZIONE)	40																															
IN STANDARD O MIGLIORATI vs 2024	36																															
% IN STANDARD O MIGLIORATE vs 2024	90,0%																															

9.1.1 Presenza di piano aziendale per il governo delle liste e dei tempi di attesa in coerenza con le indicazioni nazionali e regionali, con provvedimenti idonei a garantire il rispetto delle liste e dei tempi attesa e contenente le seguenti componenti ed aggiornamento annuale:

- analisi della situazione e criticità
- obiettivi specifici
- azioni
- verifica dell'applicazione e monitoraggio
- riesame ed azioni correttive/preventive

Nelle more dell'approvazione e del recepimento regionale del nuovo Piano Nazionale Governo Liste di Attesa - PNGLA 2025-2027 elaborato dal Ministero della Salute e trasmesso alle Regioni per l'approvazione in sede di Conferenza Stato-Regione, è stato adottato il Piano Attuativo Aziendale liste attesa anno 2025 (PAA), , comprendente l'analisi della situazione attuale e la programmazione delle azioni per l'anno 2025, che potrà essere oggetto di revisione a seguito dell'approvazione del suddetto PNGLA 2025-2027 (Deliberazione n. 769 del 24.09.2025). Il provvedimento è stato trasmesso alla Direzione Sanità con nota prot. 105927/2025.

9.1.2 Tempi di attesa per visite e prestazioni ambulatoriali PNGL per classi di priorità UBDP

Riduzione e rispetto dei tempi di attesa per visite e prestazioni ambulatoriali PNGLA per classi di priorità UBDP per almeno il 90% di ognuna delle singole prestazioni PNGLA

PNGLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	CLASSE U	CLASSE B	CLASSE D	CLASSE P	TOT
PRESTAZIONI PNGLA MONITORATE	52	61	62	64	239
IN STANDARD O MIGLIORATE vs 2024	49	57	51	63	220
% IN STANDARD O MIGLIORATE vs 2024	94,2%	93,4%	82,3%	98,4%	92,1%

Il 92,1% delle prestazioni ambulatoriali PNGLA (classe di priorità UBDP) risultano con tempo di attesa medio entro standard o in miglioramento rispetto al 2024.

Per maggiori dettagli, si rimanda al report allegato con quantità prestazioni erogati e tempi attesa medi - anno 2025 - per tipo prestazione PNGLA e per classe di priorità.

CLASSE PRIORITA'	TEMPO ATTESA MEDIO	
	2024	2025
TOT	44,00	40,26
U - URGENTE	0,86	0,92
B - BREVE	6,64	6,57
D - DIFFERIBILE	55,36	49,77
P - PROGRAMMABILE	58,06	49,05

Il tempo di attesa medio rilevato da flusso C per l'anno 2025 risulta migliorato su quasi tutte le classi rispetto l'anno 2025. Per la classe U il tempo medio di attesa è comunque inferiore allo standard di 72 h.

9.1.3 Tempi di attesa per ricoveri per classi di priorità ABDP

Riduzione e rispetto dei tempi di attesa per ricoveri per classi di priorità ABDP di ognuno dei singoli ricoveri DGR più rappresentati

RICOVERI IN ELEZIONE	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE C	CLASSE D	TOT
PRIMI 10 DRG PRODOTTI (IN ELEZIONE)	10	10	10	10	40
IN STANDARD O MIGLIORATI vs 2024	9	8	9	10	36
% IN STANDARD O MIGLIORATE vs 2024	90,0%	80,0%	90,0%	100,0%	90,0%

Il 90% dei ricoveri in elezione più significativi (primi 10 DRG per le classi ABCD) risulta con tempo di attesa medio entro standard o in miglioramento rispetto al 2024

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

Allegati:

- Deliberazione n. 769 del 24.09.2025 "APPROVAZIONE PIANO ATTUATIVO AZIENDALE DI GOVERNO LISTE D'ATTESA - ANNO 2025"

10.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: MIGLIORAMENTO DELLA PRODUZIONE

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

OBIETTIVO	Prog	INDICATORI / SUB OBIETTIVI	STANDARD / VALORE OBIETTIVO	CONSUNTIVO 2025
10.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: MIGLIORAMENTO DELLA PRODUZIONE	1	Numero visite e prestazioni PNGLA erogate nell'anno 2024 > Numero prestazioni PNGLA erogate nell'anno 2019 Superamento produzione anno 2025 vs 2019 per almeno il 90% di ognuna delle singole prestazioni PNGLA e comunque produzione totale maggiore del 100%	Raggiungimento: >= 100% assegnazione piena del punteggio < 99% e >= 95% assegnazione 50% del punteggio >= 95% assegnazione 0% del punteggio	ANNO 2025: - 92,0% rispetto anno 2019 (dato regionale) - 104,4% rispetto anno 2024 Sterilizzando da consuntivo regionale n.ro visite Oculistica e Dermatologia per riduzione personale medico coerente con calo attività: - 105,0% RISPETTO ANNO 2019
	2	Sviluppo del percorso del paziente chirurgico	S/NO	Costituzione Gruppo "Percorso Chirurgico " (nota prot. 64843 del 16.06.2025) Azioni attivate e intraprese per il miglioramento del percorso chirurgico ASL AL - anno 2025: - Aggiornamento Regolamento BOA - Riunioni settimanali B.O. per singolo presidio per ottimizzazione programmazione di sala operatoria - N. 2 riunioni BOA per analisi volumi di attività - Riunioni organizzative periodiche per analisi dati attività con definizione modelli organizzativi ed operativi - Monitoraggio e trasmissione a tutte le strutture coinvolte del sistema di reportistica analitica con valori di produzione e dati di attività
	3	Numero ricoveri/DRG per classi 1,2,3 erogati nell'anno 2024 > Numero ricoveri/DRG per classi 1,2,3 erogati nell'anno 2019 Superamento della produzione anno 2025 vs 2019 per almeno il 95% di ognuno dei singoli ricoveri DGR più rappresentati e comunque produzione totale maggiore del 100 %	>= 100% assegnazione piena del punteggio < 99% e >= 90% assegnazione 50% del punteggio >= 89% assegnazione 0% del punteggio	ANNO 2025: 106,1% RISPETTO ANNO 2019

10.I.1 Numero visite e prestazioni PNGLA erogate nell'anno 2024 > Numero prestazioni PNGLA erogate nell'anno 2019. Superamento produzione anno 2025 vs 2019 per almeno il 90% di ognuna delle singole prestazioni PNGLA e comunque produzione totale maggiore del 100%

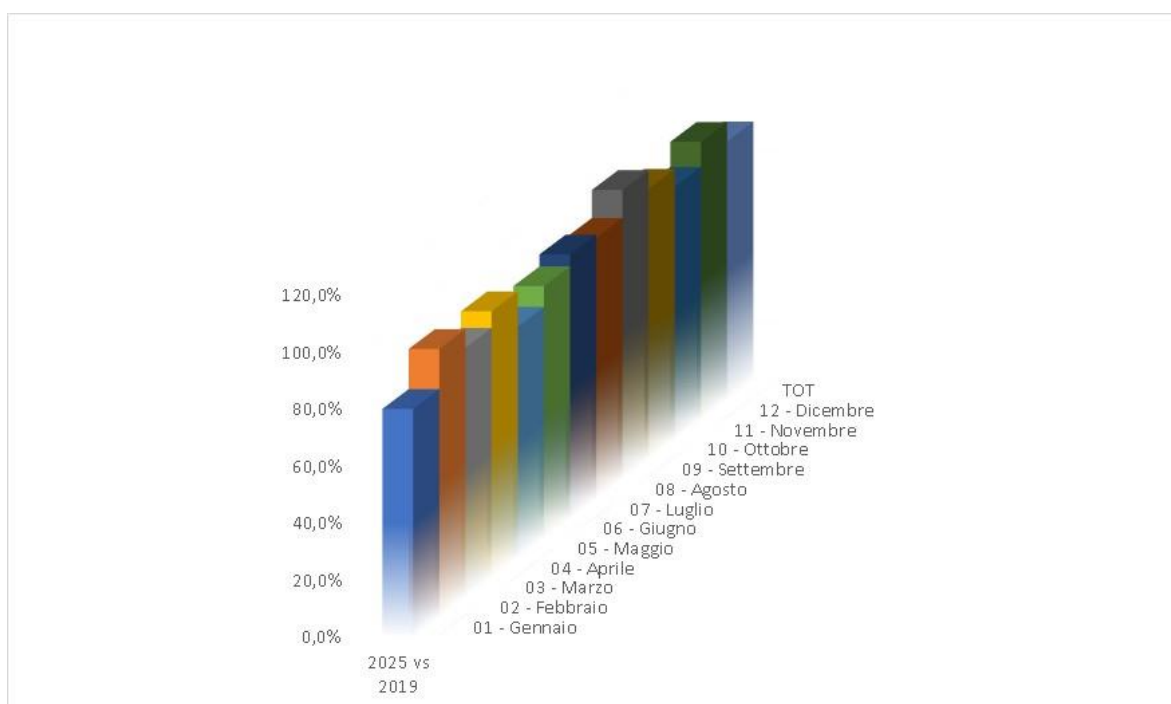
Dall'analisi dei dati consuntivati da flusso C, complessivamente (al netto degli ecg non considerati negli ultimi monitoraggi regionali) nel 2025 è stato raggiunto, come da recente rilevazione regionale, il **92%** della produzione delle prestazioni PNGLA rispetto al 2019.

ASR Erogante/ASL Territoriale	Prest 2019	Prest 2024	Prest 2025	Diff. Prest 2025 vs 2019	Perc 2025 vs 2019
213 - A.S.L. ALESSANDRIA	161.571	142.260	148.450	-13.121	92%

Si rileva trend in crescita nel corso dell'anno (nel secondo semestre 2025 il dato è al **94,4%** rispetto al 2019).

2025 vs 2019	92%
2025 vs 2024	104,4%

2025 vs 2019 (2° semestre)	94,4%
2025 vs 2024 (2° semestre)	100,4%



Dalle analisi effettuate sulle singole tipologie di prestazioni si rileva una diminuzione sensibile di prestazioni 2025 vs. 2019 per visita oculistica e visita dermatologica. Tale decremento è da imputare essenzialmente alla riduzione di personale medico dipendente e di ore specialisti ambulatoriali (SUMAI) come da tabella che segue:

	q.tà (tutte le classi U-B-D-P)			ORE SUMAI			FTE		
	2019	2025	% 2025 vs 2019	2019	2025 (stimato su 8 m)	% 2025 vs 2019	2019	2025	% 2025 vs 2019
	gen-dic	gen-dic							
VISITA OCULISTICA	18.481	7.298	39,5%	6.690	4.012	60,0%	13,24	5,33	40,3%
VISITA DERMATOLOGICA	15.035	7.142	47,5%	8.002	4.006	50,1%			
TOTALE	33.516	14.440	43,1%	14.691	8.018	54,6%	13,24	5,33	40,3%

Si ritiene pertanto sterilizzare il numero di visite oculistica e dermatologica dall'esito regionale sopra riportato, come da tabella che segue:

ASR Erogante/ASL Territoriale	Prest 2019	Prest 2024	Prest 2025	Diff. Prest 2025 vs 2019	Perc 2025 vs 2019
213 - A.S.L. ALESSANDRIA	128.055	125.439	134.010	5.955	105%

Non considerando nel confronto 2019-2025 le visite sopra dettagliate, alla luce dell'evidente riduzione di personale medico in linea con la riduzione dell'attività, la percentuale complessiva di prestazioni 2025 vs 2019 risulta pari a **105%**.

10.1.2 Sviluppo del percorso del paziente chirurgico

Con comunicazione ASL AL prot. n. 64843 del 16.06.2025 è stato costituito il Gruppo di Lavoro "Percorso Chirurgico", composto dal coordinatore Rete Ospedaliera PP.OO. ASL AL, dal responsabile SSD Blocchi Operatori, dal direttore SC DIPSA e responsabile S.C. Gestione Operativa Processi Sanitari e da un consulente esterno del Policlinico di Torino. Compiti del Gruppo di Lavoro sono quelli previsti dalla DGR 16-817/2025 in relazione al presente obiettivo, in particolare il miglioramento della erogazione adeguata delle attività secondo il principio dell'appropriatezza nelle sue diverse articolazioni.

Azioni attivate ed intraprese

1. Aggiornamento Regolamento BOA: inserite le seguenti modifiche per quanto concerne:
 - revisione anagrafica con classificazione delle sale operatorie in base alla classe ISO e tipologie di interventi eseguibili all'interno delle stesse (documento ISPEL- Norma UNI 11425:2011)
 - integrazioni alle funzioni e compiti specifici CC e CI (governo del BO di riferimento finalizzato alla gestione clinico-assistenziale sicura, efficace ed efficiente; vigilanza sul programma operatorio giornaliero e valutazione della coerenza dello stesso con i tempi medi di intervento per ogni singolo chirurgo; garantire una gestione organizzata ed integrata)
 - disposizioni comportamentali per il rispetto delle regole di buona pratica clinica
 - descrizione più ampia e dettagliata delle singole tipologie di rischio, delle misure di prevenzione e protezione per la sicurezza e la salute dei lavoratori con richiami normativi aggiornati
 - indicatori di monitoraggio (con ulteriore implementazione a seguito dell'adozione del nuovo software del Blocco Operatorio O4C conclusasi in progress sui Presidi ASL AL nel mese di giugno)
 - con delibera n. 957 del 18.11.2025 è stata approvata la nomina della Commissione per la gestione del Blocco Operatorio Aziendale, prevista dal Regolamento BOA.
2. Riunioni settimanali BO per singolo Presidio per ottimizzazione della programmazione di sala operatoria sulla base di criteri predefiniti:
 - a) il livello di produzione storico di un ospedale o di una certa struttura di area chirurgica;
 - b) le caratteristiche dinamiche della lista di attesa per singola specialità;
 - c) le strutture, le tecnologie e il personale disponibili;
 - d) la distribuzione delle diverse specialità chirurgiche nella rete ospedaliera ASL AL;
 - e) la migliore appropriatezza organizzativa del setting assistenziale di ricovero da individuare per ogni singolo paziente
3. N. 2 Riunioni BOA per analisi volumi di attività (recupero attività vs 2019, abbattimento lista di attesa, rispetto tempi di attesa interventi monitorati da PNGLA e PNE), analisi mobilità passiva extraregione ed azioni conseguenti, rispetto indicatori di monitoraggio (tempi inizio e fine interventi nello slot 8-14, degenza media pre-operatoria e degenza media del ricovero per specifici DRG).
4. Riunioni organizzative periodiche volta all'analisi dei dati di attività e contesto con definizione modelli organizzativi ed operativi conseguenti alle finalità di buona prassi, appropriatezza ed incremento produzione
5. Monitoraggio e trasmissione a tutte le UU.OO coinvolte del sistema di reportistica analitica con valori di produzione e dati di attività.

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

Superamento della produzione anno 2025 vs 2019 per almeno il 95% di ognuno dei singoli ricoveri DGR più rappresentati e comunque produzione totale maggiore del 100 %

PRESIDIO OSPEDALIERO	Classe 1: Interventi maggiori, chirurgia oncologica e trapianti				Classe 2: Interventi non classificati come maggiori, ma correlati a patologie di rilievo				Classe 3: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di minore complessità				TOT			
	12M2019	12M2024	12M2025	% 2025 vs 2019	12M2019	12M2024	12M2025	% 2025 vs 2019	12M2019	12M2024	12M2025	% 2025 vs 2019	12M2019	12M2024	12M2025	% 2025 vs 2019
ASL 213 - ASL AL	1.004	835	872	86,9%	3.238	3.554	3.904	120,6%	2.744	2.923	2.637	96,1%	6.986	7.312	7.413	106,1%
01002601 - OSPEDALE S. SPIRITO DI CASALE	332	310	345	103,9%	1.032	777	901	87,3%	955	1.111	809	84,7%	2.319	2.198	2.055	88,6%
01002603 - OSPEDALE DI TORTONA	379	338	371	97,9%	317	548	562	177,3%	940	1.012	948	100,9%	1.636	1.898	1.881	115,0%
01002604 - OSPEDALE S. GIACOMO DI NOVI	243	164	135	55,6%	1.389	1.486	1.629	117,3%	180	150	166	92,2%	1.812	1.800	1.930	106,5%
01002605 - OSPEDALE CIVILE DI ACQUI TERME	50	18	20	40,0%	500	742	812	162,4%	669	649	714	106,7%	1.219	1.409	1.546	126,8%

	ANNO 2025 vs 2019	ANNO 2025 vs 2024
Classe 1: Interventi maggiori, chirurgia oncologica e trapianti	86,9%	104,4%
Classe 2: Interventi non classificati come maggiori, ma correlati a patologie di rilievo	120,6%	109,8%
Classe 3: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di minore	96,1%	90,2%
TOTALE	106,1%	101,4%

Complessivamente sulle tre classi la produzione 2025 si attesta al 106,1% rispetto al 2019.

In particolare crescita l'attività sulla classe 2 (Interventi non classificati come maggiori, ma correlati a patologie di rilievo).

Alla luce di quanto sopra esposto, viste le motivazioni relative alla produzione della specialistica ambulatoriale PNGLA, l'obiettivo può considerarsi **RAGGIUNTO**.

Allegati:

- Nota ASL AL prot. n. 64843 del 16.06.2025 ad oggetto: Costituzione Gruppo di Lavoro "Percorso Chirurgico"
- Deliberazione n. 957 del 18.11.2025: Nomina della Commissione per la gestione del Blocco Operatorio Aziendale"

11.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: APPROPRIATEZZA DELLE VISITE E DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

L'obiettivo è di assicurare la valutazione e il miglioramento dell'appropriatezza delle visite e delle prestazioni ambulatoriali

OBIETTIVO	Prog	INDICATORI / SUB OBIETTIVI	STANDARD / VALORE OBIETTIVO	CONSUNTIVO 2025																																										
11.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: APPROPRIATEZZA DELLE VISITE E DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI	1	<p>Presenza di progetto aziendale annuale di: valutazione e di miglioramento dell'appropriatezza delle visite e delle prestazioni ambulatoriali secondo il modello audit feedback contenente i seguenti step:</p> <ul style="list-style-type: none"> - costituzione gruppo di audit aziendale tra ASL e AO/AOU - analisi ed individuazione delle visite e prestazioni critiche e a rischio di inappropriatelyzza - definizione del modello prescrittivo di riferimento in coerenza con i criteri RAO e con le raccomandazioni previste nelle linee guida e suggerite nelle buone pratiche clinico-assistenziali. - individuazione di criteri, indicatori e standard - raccolta dati, con verifica delle prescrizioni dei MMG, PLS, SAI, medici ospedalieri in base al modello definito - formulazione di reportistica ed analisi degli scostamenti - definizione degli obiettivi ed effettuazione delle azioni di miglioramento efficaci e fattibili (correzione e standardizzazione) - nuova analisi post intervento e ripresa del ciclo 	<p>Raggiungimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> >= 95%: raggiungimento pieno <= 94% >=61%: raggiungimento al 50% <= 60%: raggiungimento allo 0% 	<ul style="list-style-type: none"> - Costituito GdL "Appropriatezza Specialistica Ambulatoriale" (rif. nota prot. 64908 del 16.06.2025) - Effettuati n. 5 incontri nel corso del 2025 - Progetto aziendale di valutazioni e miglioramento appropriatezza visite e prestazioni redatto e inviato in Regione Piemonte con nota prot. 134488/2025 - Condivisione, confronto e verifica - tavolo congiunto AOU AL 																																										
	2	<p>Numero di prestazioni erogate per la popolazione residente in rapporto al valore di consumo di riferimento regionale: evidenza del miglioramento</p>	<p>Raggiungimento pieno del 100 % se indicatore <= valore medio regionale</p> <p>Raggiungimento al 50 % se il valore dell'indicatore è <= 5% di scostamento rispetto al valore medio regionale</p> <p>Nessun riconoscimento se il valore dell'indicatore è >= 6% di scostamento rispetto al valore medio regionale</p>	<p>Da report PADDI (dati attualmente disponibili):</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="7">CONSUMO PRESTAZIONI PNGLA PER RESIDENTE ASLAL</th> </tr> <tr> <th></th> <th colspan="2">Num. prest per mille abitanti ASL AL</th> <th colspan="2">Num. prest per mille abitanti Regione</th> <th colspan="2">Scostamento ASL AL vs Regione %</th> </tr> <tr> <th></th> <th>A2024</th> <th>A2022</th> <th>A2024</th> <th>A2022</th> <th>A2024</th> <th>A2022</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Totale</td> <td>691,47</td> <td>613,23</td> <td>726,47</td> <td>672,38</td> <td>-4,8%</td> <td>-8,8%</td> </tr> </tbody> </table> <p>ASL RES: 213 - A.S.L. AL</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Prestazione</th> <th rowspan="2">Totale Prest</th> <th rowspan="2">Popolazione Residente</th> <th colspan="3">Prestazione per abitante</th> </tr> <tr> <th>Num. prest per mille abitanti ASL</th> <th>Num. prest per mille abitanti Regione</th> <th>Scostamento ASL vs Regione</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Totale</td> <td>288,867</td> <td>417,756</td> <td>691,47</td> <td>726,47</td> <td>-35,00</td> </tr> </tbody> </table>	CONSUMO PRESTAZIONI PNGLA PER RESIDENTE ASLAL								Num. prest per mille abitanti ASL AL		Num. prest per mille abitanti Regione		Scostamento ASL AL vs Regione %			A2024	A2022	A2024	A2022	A2024	A2022	Totale	691,47	613,23	726,47	672,38	-4,8%	-8,8%	Prestazione	Totale Prest	Popolazione Residente	Prestazione per abitante			Num. prest per mille abitanti ASL	Num. prest per mille abitanti Regione	Scostamento ASL vs Regione	Totale	288,867	417,756	691,47	726,47
CONSUMO PRESTAZIONI PNGLA PER RESIDENTE ASLAL																																														
	Num. prest per mille abitanti ASL AL		Num. prest per mille abitanti Regione		Scostamento ASL AL vs Regione %																																									
	A2024	A2022	A2024	A2022	A2024	A2022																																								
Totale	691,47	613,23	726,47	672,38	-4,8%	-8,8%																																								
Prestazione	Totale Prest	Popolazione Residente	Prestazione per abitante																																											
			Num. prest per mille abitanti ASL	Num. prest per mille abitanti Regione	Scostamento ASL vs Regione																																									
Totale	288,867	417,756	691,47	726,47	-35,00																																									

11.I.1 Presenza di progetto aziendale annuale di: valutazione e di miglioramento dell'appropriatezza delle visite e delle prestazioni ambulatoriali secondo il modello audit feedback contenente i seguenti step:

- costituzione gruppo di audit aziendale tra ASL e AO/AOU
- analisi ed individuazione delle visite e prestazioni critiche e a rischio di inappropriatelyzza
- definizione del modello prescrittivo di riferimento in coerenza con i criteri RAO e con le raccomandazioni previste nelle linee guida e suggerite nelle buone pratiche clinico-assistenziali
- individuazione di criteri, indicatori e standard - raccolta dati, con verifica delle prescrizioni dei MMG, PLS, SAI, medici ospedalieri in base al modello definito - formulazione di reportistica ed analisi degli scostamenti

- definizione degli obiettivi ed effettuazione delle azioni di miglioramento efficaci e fattibili (correzione e standardizzazione)
- nuova analisi post intervento e ripresa del ciclo

Con nota ASL AL prot. n. 64908 in data 16.06.2025 è stato costituito il Gruppo di Lavoro “Appropriatezza Specialistica Ambulatoriale”, nella cui composizione sono presenti il Direttore Distretto Acqui-Ovada (con compiti di coordinamento), il Direttore S.C. Governo Clinico Qualità Ricerca ASL AL, un Dirigente Medico DMPO, un rappresentante della categoria Specialisti Ambulatoriali, un rappresentante della categoria M.M.G.

Compiti del G.d.L. sono quelli indicati dal presente sub obiettivo, con particolare riferimento alla definizione di progetto aziendale annuale di valutazione e di miglioramento dell’appropriatezza delle visite e delle prestazioni ambulatoriali secondo il modello audit – feedback, in conformità alle normative nazionali e regionali.

Nel corso del 2025 il Gruppo di Lavoro ha effettuato 5 incontri in merito all’incarico assegnato.

Sono stati inoltre effettuati confronti, per condivisione e verifica congiunti, con l’AOU AL.

Il Piano Operativo per l’Appropriatezza Prescrittiva Specialistica Ambulatoriale ASL AL è stato successivamente definito e trasmesso in Regione Piemonte con nota ASL AL prot. n. 134488 del 19.12.2025.

11.I.2 - Numero di prestazioni erogate per la popolazione residente in rapporto al valore di consumo di riferimento regionale: evidenza del miglioramento

In attesa degli aggiornamenti regionali all’anno 2025, si riporta la sintesi dei dati come attualmente pubblicati sulla piattaforma PADDI:

CONSUMO PRESTAZIONI PNGLA PER RESIDENTE ASLAL						
	Num. prest per mille abitanti ASL AL		Num. prest per mille abitanti Regione		Scostamento ASL AL vs Regione %	
	A2024	A2022	A2024	A2022	A2024	A2022
	Totale	691,47	613,23	726,47	672,38	-4,8%

ASL RES: 213 - A.S.L. AL					
Prestazione	Totale Prest	Prestazione per abitante			
		Popolazione Residente	Num. prest per mille abitanti ASL	Num. prest per mille abitanti Regione	Scostamento ASL vs Regione
Totale	288.867	417.756	691,47	726,47	-35,00

Nell’ambito delle attività del Gruppo di Lavoro “Appropriatezza Specialistica Ambulatoriale” e del Tavolo di monitoraggio e verifica dell’accordo di committenza ASL AL – AOU AL sono stati valutati gli andamenti relativi ai livelli di consumo di prestazione per abitante, individuando i maggiori scostamenti rispetto al dato medio regionale, per individuarne le possibili cause ed azioni correlate.

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

Allegati:

- Nota prot n. 64908 del 16.06.2025 – Costituzione Gruppo di Lavoro “Appropriatezza specialistica ambulatoriale”
- Progetto aziendale di valutazioni e miglioramento appropriatezza visite e prestazioni redatto e inviato in Regione Piemonte con nota prot. 134488/2025

AREA: QUALITA'

12.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Il presente obiettivo ha come finalità lo sviluppo del PRRC – Programma Regionale per la gestione del Rischio Clinico – relativamente agli obiettivi 2025 di competenza aziendale ed in conformità alle indicazioni trasmesse dalla Direzione Sanità.

OBIETTIVO	Prog	INDICATORI / SUB OBIETTIVI	STANDARD / VALORE OBIETTIVO	CONSUNTIVO 2025
12.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	1	Numero azioni di competenza aziendale previste dal PRRC per l'anno 2025 Azioni implementate >90%	S/NO	Condotta una mappatura avente come obiettivo la rilevazione delle attività di rischio clinico poste in essere dalle strutture socio – sanitarie e sanitarie accreditate di competenza territoriale dell'ASL AL. Per le strutture sanitarie private accreditate sono stati rilevati anche i dati riguardanti il livello di applicazione delle raccomandazioni ministeriali riguardanti gli eventi sentinella e la sicurezza in ambito chirurgico. Agli obiettivi in capo alla Funzione Rischio Clinico aziendale previsti dal piano regionale triennale, all'inizio dell'anno 2024, si è aggiunto quanto previsto dal programma "Sistema qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico nel percorso nascita". L'attuazione del programma ed il suo monitoraggio si sono protratti per tutto il 2025 e sono attualmente in corso. In data 28/01/2026 tramite email è stata inviata alla Funzione Rischio Clinico regionale la relazione annuale, redatta su format regionale, circa lo stato di attuazione del programma regionale relativo al rischio clinico per l'anno 2025.
	2	Corretto adempimento al debito informativo relativo al flusso SIMES Soddisfatti tutti gli indicatori di flusso	S/NO	• Per la registrazione eventi sentinella (scheda A), compilazione scheda B) non si rilevano problematiche nel rispetto dei tempi previsti; •Nell'anno 2025 al 31/10/2025 sono stati inseriti n° 4 Eventi Sentinella (Scheda A). Le Schede A e B sono state validate Aggiornamento del flusso SIMES, con inserimento dei sinistri nuovi entro il termine previsto di 30 giorni dalla ricezione della richiesta di risarcimento dei danni. Tutti i sinistri inseriti nell'annualità 2025 sono valorizzati e aggiornati.
	3	Num. gg per liquidazione sinistri 30gg	AZIENDA Zero	

Si condivide il recepimento del "Programma Regionale per la gestione del rischio clinico e sicurezza dei pazienti 2023 2025", approvato dalla Regione Piemonte con D.D. 2005/A1400B/2023 del 28/12/2023, inviato dalla Funzione Rischio Clinico della Regione Piemonte alla SS Rischio Clinico e Infettivo ASL AL con email del 25/01/2024.

Il documento, è stato condiviso con Strutture / Servizi dell'ASL AL interessati dalle azioni in esso previste. In data 28/01/2026 tramite email (obiettividgres@regione.piemonte.it/rischio.clinico@regione.piemonte.it) è stata inviata alla Funzione Rischio Clinico regionale la relazione annuale, redatta su format regionale, circa lo stato di attuazione del programma regionale relativo al rischio clinico per l'anno 2025. È stato inoltre effettuato l'upload della documentazione, comprensiva degli allegati, nella piattaforma condivisa Next Share.

**12.I.1 Numero azioni di competenza aziendale previste dal PRRC per l'anno 2025
Azioni implementate >90%**

Si specifica che per ciò che attiene alle azioni di monitoraggio e mappatura previste per le strutture sanitarie e socio-sanitarie private accreditate (Azioni 1, 2, 3, 4, 5, 9, 13) nell'anno 2025, in collaborazione con la SSD Vigilanza, è stata condotta una mappatura avente come obiettivo la rilevazione delle attività di rischio clinico

poste in essere dalle strutture socio – sanitarie e sanitarie accreditate di competenza territoriale dell'ASL AL. Lo strumento di rilevazione (questionario compilabile online) ha indagato le seguenti aree tematiche di interesse per la gestione del rischio clinico: segnalazione e gestione degli eventi avversi – near miss – eventi sentinella, prevenzione, segnalazione e gestione delle cadute accidentali, gestione della terapia farmacologica, gestione della contenzione meccanica. Per le strutture sanitarie private accreditate sono stati rilevati anche i dati riguardanti il livello di applicazione delle raccomandazioni ministeriali riguardanti gli eventi sentinella e la sicurezza in ambito chirurgico.

In allegato viene esposto in forma tabellare un riesame sintetico dello stato dell'arte delle azioni previste in toto dal programma.

Agli obiettivi in capo alla Funzione Rischio Clinico aziendale previsti dal piano regionale triennale, all'inizio dell'anno 2024, si è aggiunto quanto previsto dal programma "Sistema qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico nel percorso nascita". L'attuazione del programma ed il suo monitoraggio si sono protratti per tutto il 2025 e sono attualmente in corso.

12.1.2 Corretto adempimento al debito informativo relativo al flusso SIMES Soddisfatti tutti gli indicatori di flusso

Inserimento eventi sentinella e compilazione scheda B entro i termini definiti da D.M. 11.12.2009

Per la registrazione eventi sentinella (scheda A) e compilazione scheda B) non si rilevano problematiche nel rispetto dei tempi previsti;

Nell'anno 2025 al 31/10/2025 sono stati inseriti n° 4 Eventi Sentinella (Scheda A). Le Schede A e B sono state validate.

Inserimento in SIMES dei sinistri entro 30 gg. dalla richiesta di risarcimento; completa compilazione dei campi significati del SIMES-Denunce di sinistri

Si è provveduto ad aggiornare puntualmente e correttamente il flusso SIMES, inserendo i sinistri nuovi entro il termine previsto di 30 giorni dalla ricezione della richiesta di risarcimento dei danni [ad eccezione di 2 sinistri (su un totale di 70 sinistri), che sono stati inseriti oltre il termine di 30 giorni, per criticità interne alla struttura competente, e, comunque, nel rispetto della tolleranza prevista del 10% sul totale dei sinistri], valorizzando i campi e lo stato della pratica.

In particolare, vengono valorizzati con attenzione i campi più rilevanti quali "Contesto di riferimento" "Disciplina" e "Importo Riservato". La valorizzazione del campo "Importo Riservato" viene verificata e aggiornata puntualmente all'emergere di elementi che determinino la necessità di modificare gli importi stessi.

Laddove il "Contesto di riferimento" esuli dai campi preimpostati e venga selezionata la voce "Altro", le "Note" vengono compilate dettagliatamente per permettere di comprendere il contesto di riferimento del sinistro. La voce "Disciplina" viene compilata per tutti i sinistri, salvo che si tratti di sinistri non sanitari, per i quali, ovviamente, non è possibile indicare la "disciplina" (ma che, in ottemperanza a quanto richiesto dalla Regione Piemonte, vengono ugualmente inseriti in SIMES) e, comunque, nel rispetto della tolleranza prevista del 20% sul totale dei sinistri.

Tutti i sinistri inseriti nell'annualità 2025 sono valorizzati e aggiornati.

Al fine di allineare le strutture sanitarie alle indicazioni per la corretta gestione del contenzioso è stato redatto, in conformità alle indicazioni regionali, un report annuale sull'attività del Comitato Gestione Sinistri, che si allega alla presente relazione.

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

Allegati:

- Riesame sintetico dello stato dell'arte delle azioni previste dal PRRC
- Mail in data 28.01.2026 – Rendicontazione obiettivo "Gestione del rischio clinico)
- Report attività annuale anno 2025 - Comitato Gestione Sinistri AIC 5 (Area Interaziendale di Competenza 5) - Azienda Sanitaria Locale di Alessandria, Azienda Sanitaria Locale di Asti e Azienda Ospedaliera Universitaria di Alessandria

AREA: COMMITTENZA

13.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: MONITORAGGIO E GARANZIA LEA - SISTEMA NSG

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

OBIETTIVO	Prog	INDICATORI / SUB OBIETTIVI	STANDARD / VALORE OBIETTIVO	CONSUNTIVO 2025			
				AREA	INDICATORI NSG MONITORATI	VALORI MIGLIORI DELLA MEDIA RP (O MIGLIORAMENTO vs 2024)	%
13.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: MONITORAGGIO E GARANZIA LEA - SISTEMA NSG	1	Indicatori NSG Area Distrettuale	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2025 tra il valore di partenza (dato anno 2024) e il valore obiettivo. Se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare	DISTRETTUALE	11	11	100%
	2	Indicatori NSG Area Ospedaliera		OSPEDALE	6	6	100%
	3	Indicatori NSG Area Prevenzione		PREVENZIONE	2	2	100%
				TOT	19	19	100%

Gli indicatori NSG oggetto di monitoraggio, sulla base dell'aggiornamento pubblicato sulla piattaforma PADDI ad oggi disponibile, rilevano in alcuni casi valori migliori rispetto alle medie regionali oppure risultano migliorati rispetto all'anno 2024, come da tabelle che seguono, suddivise per area. In sintesi:

AREA	INDICATORI NSG MONITORATI	VALORI MIGLIORI DELLA MEDIA RP (O MIGLIORAMENTO vs 2024)	%
DISTRETTUALE	11	11	100%
OSPEDALE*	6	6	100%
PREVENZIONE**	2	2	100%
TOT	19	19	100%

*OSPEDALE: NON CONSIDERATO INDICATORE PUNTI NASCITA >1000 PARTI ANNO
** PREVENZIONE: AL NETTO INDICATORI SCREENING (vd. OB 3.I)

13.1.1 Indicatori NGS Area Distrettuale

Codice	Indicatore	Anno 2024		Anno 2025 T-3				
		Tasso/perc. ASL AL	Tasso/perc. (media Piemonte)	Tasso/perc. ASL AL	Tasso/perc. (media Piemonte)			
	Distrettuale							
D03C	Tasso di ospedalizzazione (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco.	318,74	214,59	188,17	134,81	↓	in proiez	
D04C	Tasso di ospedalizzazione (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	20,20	28,70	16,68	21,46			
D09Z	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	21,50	22,10	23,52	23,27			
D10Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B.	93,98	90,54	95,91	93,60			
D14C	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici	4.604,15	4.651,61	2.566,48	2.603,56			
D22Z	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)	CIA 1	6,65	4,38	6,08	3,94		
		CIA 2	3,06	1,94	2,25	1,46		
		CIA 3	2,59	2,99	1,71	1,58		
D27C	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	5,87	7,08	3,80	6,42			
D30Z	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	42,19	44,06	32,43	32,39			
D33Za	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura R1 R2 R3)	41,81	48,93	37,35	45,67	↑	in proiez	

Dall'analisi del report pubblicato su PADDI e relativo al 3° trimestre 2025, gli indicatori di Area distrettuale risultano tutti in miglioramento rispetto all'anno 2024 e tendenzialmente in linea con la media regionale.

13.1.2 Indicatori NGS Area Ospedaliera

		Anno 2024		Anno 2025 T-3			
		Tasso/perc. ASL AL	Tasso/perc. (media Piemonte)	Tasso/perc. ASL AL	Tasso/perc. (media Piemonte)		
	Ospedaliera						
H01Z	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) in rapporto alla popolazione residente	122,69	126,21	81,42	80,73	↓	in proiez
H02Z	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi annui.*	90,34	76,23	53,53	50,66		
H04Z	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza (Allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario	0,09	0,09	0,09	0,09		
H05Z	Proporzione di colecistomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	84,24	83,22	85,97	85,60		
H13C	Percentuale di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	68,24	79,22	75,38	78,66		
H17C	Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti	18,89	16,60	18,80	16,83	↓	
H18C	Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con ≥ 1.000 parti	20,27	20,70	36,59	22,18		non considerat

Dall'analisi del report pubblicato su PADDI e relativo al 3^a trimestre 2025, gli indicatori di Area ospedaliera risultano tutti in miglioramento rispetto all'anno 2024 e tendenzialmente in linea con la media regionale. Non si considera l'indicatore H18C in quanto non sono presenti in ambito aziendale strutture di maternità di secondo livello o con numero parti > 1.000.

13.1.3 Indicatori NGS Area Prevenzione

		Anno 2024		Anno 2025 T-3				
		Tasso/perc. ASL AL	Tasso/perc. (media Piemonte)	Tasso/perc. ASL AL	Tasso/perc. (media Piemonte)			
	Prevenzione							
P01C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	93,56	94,10	93,89	94,85			
P02C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	93,73	94,14	94,42	94,96	↑		
P15Ca	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	68,96	59,67	-	-		vd ob.screening	
P15Cb	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	66,70	55,05	-	-		vd ob.screening	
P15Cc	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	38,51	35,74	-	-		vd ob.screening	

Dall'analisi del report pubblicato su PADDI e relativo al 3^a trimestre 2025, gli indicatori di Area Prevenzione relativi alla copertura vaccinale risultano in miglioramento rispetto all'anno 2024 e non si discostano sensibilmente dalla media regionale.

Per quanto riguarda gli indicatori relativi allo screening, si rimanda a quanto relazionato per l'obiettivo 3.I "Screening oncologici".

Nel corso del 2025 la Regione Piemonte ha periodicamente pubblicato sulla piattaforma regionale "PADDI - l'aggiornamento degli indicatori oggetto del presente obiettivo (ultimo periodo pubblicato 3^a trimestre 2025). In relazione agli indicatori previsti dall'obiettivo regionale quali "CORE" e pertanto utilizzabili per valutare sinteticamente l'erogazione dei LEA da parte delle Regioni, sono stati effettuati audit interni aziendali, a seguito dei quali è seguito confronto con l'AOU di Alessandria.

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

14.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: RECUPERO MOBILITA' PASSIVA

La Regione Piemonte ha approvato il programma operativo regionale per la riduzione della mobilità passiva. Le "regole tecniche" regionali per la compensazione della mobilità sanitaria hanno uniformato la procedura per la trasmissione di dati per i 7 flussi finanziari che corrispondono ad altrettante tipologie di prestazioni erogate. Il documento di "Programmazione delle Risorse del SSR anno 2025-2027" individua le specifiche aree di intervento

OBIETTIVO	Prog	INDICATORI / SUB OBIETTIVI	STANDARD / VALORE OBIETTIVO	CONSUNTIVO 2025															
14.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: RECUPERO MOBILITA' PASSIVA	1	Documento di Analisi dei flussi di mobilità sanitaria per definire azioni di miglioramento, potenziare l'offerta sanitaria per ridurre la mobilità passiva e incentivare quella attiva	SI/NO	<ul style="list-style-type: none"> - Scheda operativa sintetica per il miglioramento della mobilità sanitaria interregionale predisposta da ASL AL e AOU AL , inviata ad ASL CN2 (capofila area Piemonte Sud) - Audit interaziendale ASL AL - AOU AL Analisi e miglioramento dei processi della mobilità sanitaria in ambito pediatrico e minori - Effettuati n. 2 incontri di area sovrazonale in data 7.10.2025 e 2.12.2025 - Incontro di approfondimento audit feedback organizzato da Regione Piemonte in data 30.10.2025 - Aggiornati componenti NCA - Delibera 400/21.05.2025 - Contestazione casi vs strutture liguri per inappropriata (2024 e 2025) 															
	2	Evidenza di incremento delle attività a livello aziendale e di quadrante nelle aree di offerta connesse con la mobilità passiva: - num. ricoveri in incremento anno 2025 rispetto anno 2023 e 2024	Raggiungimento: - 100 % dell'obiettivo al raggiungimento del 30 % - 50 % dell'obiettivo al raggiungimento del 15 % Livelli intermedi tra il 15 ed il 30 % saranno valorizzati in maniera proporzionale al grado di raggiungimento dell'obiettivo	<p>Incremento produzione ricoveri per residenti ASL AL erogata da AOU AL e PP.OO. ASL AL nel corso del 2025 rispetto a 2023 in termini di casi e valore, con riferimento alle prime 2 specialità considerate "critiche" (Ortopedia e RRF)</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th colspan="2">VARIAZ 25 vs 23</th> <th colspan="2">VARIAZ % 25 vs 23</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>426</td> <td>2.398.081</td> <td>13,2%</td> <td>16,0%</td> </tr> <tr> <td>608</td> <td>2.519.331</td> <td>60,6%</td> <td>45,6%</td> </tr> <tr> <td>1.034</td> <td>4.917.413</td> <td>24,4%</td> <td>24,0%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Si ipotizza conseguente riduzione su mobilità fuori regione</p>	VARIAZ 25 vs 23		VARIAZ % 25 vs 23		426	2.398.081	13,2%	16,0%	608	2.519.331	60,6%	45,6%	1.034	4.917.413	24,4%
VARIAZ 25 vs 23		VARIAZ % 25 vs 23																	
426	2.398.081	13,2%	16,0%																
608	2.519.331	60,6%	45,6%																
1.034	4.917.413	24,4%	24,0%																

14.I.1 Documento di Analisi dei flussi di mobilità sanitaria per definire azioni di miglioramento, potenziare l'offerta sanitaria per ridurre la mobilità passiva e incentivare quella attiva

A seguito delle indicazioni regionali (nota prot. 3381 del 08.02.2024) è stato sviluppato il progetto di analisi e miglioramento dei processi della mobilità sanitaria interregionale nell'ambito dell'Area Sovrazonale Piemonte Sud.

Le attività già intraprese nel corso del 2024, sono proseguite nel 2025 come sotto riportato.

Con deliberazione ASL A L n. 400 del 21.05.2025 sono stati aggiornati i componenti del Nucleo di Controllo Aziendale (NCA) per la verifica delle cartelle Cliniche e relative schede di dimissione ospedaliera (SDO).

L'ASL AL e l'AOU AL hanno aggiornato il documento di analisi della mobilità extra regionale e hanno definito la scheda operativa di sintesi per il miglioramento della mobilità sanitaria interregionale per ricoveri.

Il documento è stato trasmesso all'ASL CN2, capofila dell'Area Piemonte Sud.

È stato effettuato incontro di area sovrazonale in data 7 ottobre 2025 con il seguente OdG:

1. MONITORAGGIO DELLE AZIONI PREVISTE DA OGNI ASR, nell'ambito del perseguimento dell'obiettivo n. 5 "consolidare un ciclo di monitoraggio e miglioramento continuo della mobilità passiva extraregionale";
2. OVERVIEW DEI DATI DI MOBILITA' SANITARIA EXTRAREGIONALE DEL PIEMONTE SUD
3. AGGIORNAMENTO DELLE AZIONI RELATIVE AI PROGETTI CONDIVISI

Il verbale è stato trasmesso in Regione Piemonte da parte di ASL CN2 in data 29.10.2025.

L'Azienda scrivente ha partecipato all'incontro di approfondimento audit feed back organizzato dalla Regione Piemonte in data 30.10.2025 per il consolidamento del progetto di analisi e miglioramento dei processi della mobilità sanitaria interregionale, con particolare riferimento all'ambito pediatrico e minori di 18 anni.

A tale proposito è stato sviluppato un documento quale Audit interaziendale ASL AL – AOU AL di analisi e miglioramento dei processi della mobilità sanitaria in ambito pediatrico e minori.

Con comunicazioni in data 11.11.2025 l'ASL AL ha provveduto a contestare a n. 2 strutture della Regione Liguria l'effettuazione di interventi sul cristallino – drg 039 – in regime di day surgery invece che nel setting di chirurgia ambulatoriale, nel corso del 2024.

Segnalazioni analoghe erano state effettuate anche nel 2024 con riferimento al 2023.

Successivamente, in data 2.12.2025, è stato organizzato un ulteriore incontro di area omogenea con il seguente OdG:

MOBILITA' PEDIATRICA EXTRAREGIONALE: audit focalizzato alla mobilità pediatrica

MONITORAGGIO DELLE AZIONI DISCUSSE NEL PRECEDENTE AUDIT

PROPOSTA COMUNICATO STAMPA CONDIVISO in cui vengono illustrate sinteticamente le azioni svolte nel contrasto alla mobilità sanitaria extraregionale da parte dell'Area Omogenea Piemonte Sud.

Il verbale del confronto sopra richiamato è stato trasmesso in Regione Piemonte in data 5.12.2025 con allegati i contributi delle Aziende Sanitarie dell'Area.

14.1.2 Evidenza di incremento delle attività a livello aziendale e di quadrante nelle aree di offerta connesse con la mobilità passiva:

- num. ricoveri in incremento anno 2025 rispetto anno 2023 e 2024

Nel documento "Scheda operativa di sintesi per il miglioramento della mobilità sanitaria interregionale per ricoveri ASL AL – AOU AL" (v. allegati) sono state evidenziate le discipline che maggiormente incidono sui costi di mobilità passiva extraregionale:

ANALISI SULLE DISCIPLINE CON MAGGIORE MOBILITA' EXTRAREGIONE

	ANNO 2023		ANNO 2024	
	Casi	Valore	Casi	Valore
36 - ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA	990	5.406.994,40	1.145	6.730.119,59
56 - RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	1.135	6.916.234,32	997	6.038.839,99
09 - CHIRURGIA GENERALE	1.080	4.910.621,34	1.203	4.732.225,36
08 - CARDIOLOGIA	357	1.920.040,10	384	2.079.315,98
37 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	952	1.809.059,83	1.044	1.900.653,65
26 - MEDICINA GENERALE	471	1.271.394,41	478	1.494.916,54
30 - NEUROCHIRURGIA	174	1.382.421,33	181	1.480.943,78

Si riporta l'analisi relativa all'incremento di produzione ricoveri effettuati da ASL AL e AOU AL per i residenti ASL AL in relazione alle prime due specialità, che da sole rappresentano il 32,2% della mobilità passiva extraregionale con un valore pari a 12,7mil, ipotizzando conseguente riduzione della mobilità passiva extra regione:

	AZIENDA	ANNO 2023		ANNO 2025		VARIANZA 25 vs 23		VARIANZA % 25 vs 23	
		Casi	Valore	Casi	Valore	Casi	Valore	Casi	Valore
36 - ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA	ASLAL+AOUAL	3.239	14.992.468	3.665	17.390.549	426	2.398.081	13,2%	16,0%
56 - RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONIALE	ASLAL+AOUAL	1.004	5.522.228	1.612	8.041.559	608	2.519.331	60,6%	45,6%
TOT	ASLAL+AOUAL	4.243	20.514.696	5.277	25.432.109	1.034	4.917.413	24,4%	24,0%

Considerata la rilevanza economica in termini di mobilità passiva extraregionale delle discipline di Ortopedia e RRF e valutato il recupero di produzione di area nel 2025 vs 2023 di ricoveri per residenti ASL AL sopra evidenziato pari a + 24%, in attesa dei dati di mobilità extraregione anno 2025 e in relazione alle attività ed azioni avviate, l'obiettivo può considerarsi **RAGGIUNTO**.

Allegati:

- Deliberazione ASL AL n. 400 del 21.05.2025 ad oggetto Nucleo di Controllo Aziendale (NCA) per la verifica delle cartelle Cliniche e relative schede di dimissione ospedaliera (SDO) - Aggiornamento componenti.
- Nota ASL CN2 Trasmissione verbale del Gruppo di Lavoro sulla mobilità passiva extraregionale con allegata
 - Scheda operativa di sintesi per il miglioramento della mobilità sanitaria interregionale per ricoveri ASL AL – AOU AL
- Nota ASL CN2 Trasmissione verbale del Gruppo di Lavoro sulla mobilità passiva extraregionale Area Omogenea Piemonte Sud – 2 dicembre 2025 - con allegati
 - Audit analisi e miglioramento dei processi della mobilità sanitaria in ambito pediatrico e minori interaziendale ASL AL AOU AL
 - Note di contestazione a strutture liguri per interventi di cataratta effettuati in regime di day surgery

15.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: ACCORDI CONTRATTUALI TRA ASL E AO/AOU

Il presente obiettivo ha lo scopo di predisporre un accordo contrattuale ASL e AO/AOU per l'anno 2025 e l'anno 2026. Le ASL nello svolgimento del ruolo di committenza dovranno assicurare che i servizi identificati siano effettivamente erogati, e misurare, monitorare e valutare la qualità dei risultati ottenuti.

OBIETTIVO	Prog	INDICATORI / SUB OBIETTIVI	STANDARD / VALORE OBIETTIVO	CONSUNTIVO 2025
15.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: ACCORDI CONTRATTUALI TRA ASL E AO/AOU	1	Presenza di accordo contrattuale sottoscritto tra ASL con ruolo sinallagmatico e AO/AOU per l'anno 2025 per l'anno 2025 entro il 30 luglio 2025	S/NO	Con deliberazione n. 499 del 30 giugno 2025 si è provveduto ad approvare l'accordo di committenza tra l'ASL AL e l'AOU AL L'accordo è stato successivamente sottoscritto dai direttori generali delle due Aziende

15.1.1 Presenza di accordo contrattuale sottoscritto tra ASL con ruolo sinallagmatico e AO/AOU per l'anno 2025 per l'anno 2025 entro il 30 luglio 2025

Con Deliberazione ASL AL n. 499 del 30.06.2025 è stato approvato l'accordo di committenza ex art. 8 quinquies D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. tra l'ASL AL e l'Azienda Ospedaliera Universitaria SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria (AOU AL).

L'accordo oggetto del presente obiettivo è stato successivamente sottoscritto dai direttori generali delle due Aziende.

Con nota prot. 78040 del 17.07.2025 sono stati individuati i componenti ASL AL tavolo di monitoraggio e verifica dell'accordo di committenza ASL AL – AOU AL.

Nell'ambito del tavolo previsto dall'accordo, si svolti due incontri istituzionali, rispettivamente in data 29 luglio 2025 e 21 ottobre 2025 nel corso dei quali il gruppo di lavoro ha analizzato i dati e approfondito diversi ambiti strategici, tra cui:

- la mobilità passiva;
- i volumi di produzione;
- i tempi di attesa;
- l'appropriatezza delle prestazioni.

Nel corso dell'ultimo incontro effettuato in data 23/12/2025 le aziende hanno condiviso le risultanze dell'analisi dei dati e della mappatura, le azioni poste in essere dai gruppi aziendali e individuato il piano di attività e miglioramento congiunto per l'anno 2026.

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

Allegati:

- Deliberazione n. 499 del 30.06.2025 "D.G.R. n. 26-801 del 17.02.2025 – Accordo di committenza ex art. 8 quinquies d.lgs. n. 502/92 con Azienda Ospedaliera Universitaria di Alessandria"
- Copia accordo sottoscritto digitalmente.
- Nota prot. 78040 del 17.07.2025 "Nomina componenti ASL AL tavolo di monitoraggio e verifica dell'accordo di committenza ASL AL – AOU AL."

AREA: RISORSE UMANE

16.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

Nell'ambito delle politiche di gestione delle Risorse Umane è stato avviato un percorso di efficientamento e miglioramento delle azioni reclutative del S.S.R., il quale si affianca ad un percorso di monitoraggio continuo dei trend occupazionali del personale, mediante il puntuale aggiornamento degli applicativi regionali, Corso di formazione in infezioni ospedaliere: ciascuna Azienda sanitaria ha il compito di raggiungere il proprio target aziendale, nel rispetto dei tempi e di quanto definito dal Programma Operativo Regionale. Corso di formazione manageriale: è finalizzato ad attivare un percorso di acquisizione di competenze di management per professionisti sanitari del SSR.

OBIETTIVO	Prog	INDICATORI / SUB OBIETTIVI	STANDARD / VALORE OBIETTIVO	CONSUNTIVO 2025
16.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: GESTIONE DELLE RISORSE UMANE	1	Corretta e completa alimentazione del flusso regionale OPESSAN	S/NO	La procedura regionale OPESSAN viene alimentata regolarmente con i dati del personale operante presso l'Azienda al fine di adempiere agli obblighi informativi regionali per la corretta tenuta dell'Anagrafe degli Operatori del Sistema Sanitario.
	2	Formazione PNRR – Corso di formazione in infezioni ospedaliere - Numero formati relativamente ai moduli A+B+C e D (specialistico CIO-CICA) al 31 dicembre 2025, pari al 92% del target aziendale atteso finale al 30 giugno 2026 (21.053)	<ul style="list-style-type: none"> • Target <60% : 0; • Target ≥ 60% e < 80%: 0,5; • Target ≥ 80% e < 99%: 0,8; • Target = 100%: 1 	CORSO ICA: Target di 1.135 partecipanti atteso al 30.06.2026 N.ro atteso di formati al 31.12.2025 pari al 92% del target aziendale = 1.044 N.ro di dipendenti formati al 31.12.2025: 1067 dipendenti ASL AL (94%).
	3	Formazione PNRR – Corso di formazione manageriale - Numero formati pari al 75% del target regionale atteso al 31 marzo 2026 (302)	<ul style="list-style-type: none"> • Target <60% : 0; • Target ≥ 60% e < 80%: 0,5; • Target ≥ 80% e < 99%: 0,8; • Target = 100%: 1 	CORSO DI FORMAZIONE MANAGERIALE: Con la terza e ultima edizione del 2025 è stato completato il ciclo formativo previsto.

16.1.1 Corretta e completa alimentazione del flusso regionale OPESSAN

La procedura regionale OPESSAN viene correttamente alimentata con i dati del personale ASL AL, al fine di adempiere agli obblighi informativi regionali.

Si provvede regolarmente al puntuale inserimento di tutte le assunzioni e cessazioni, sia del personale dipendente che del personale operante presso ASL AL con incarico libero-professionale, nonché al caricamento delle variazioni di impegno orario e di struttura di assegnazione.

16.1.2 Formazione PNRR – Corso di formazione in infezioni ospedaliere - Numero formati relativamente ai moduli A+B+C e D (specialistico CIO-CICA) al 31 dicembre 2025, pari al 92% del target aziendale atteso finale al 30 giugno 2026

Il numero previsto di dipendenti da formare per il raggiungimento dell'obiettivo regionale di cui all'allegato C della DGR 1-6675/2023 è pari a 1.135, atteso alla data del 30.06.2026.

Entro il 31.12.2025 risultano formati 1067 dipendenti pari al 94% del target aziendale complessivo, consolidando il raggiungimento del presente obiettivo (92% del target aziendale atteso finale entro il 31/12/2025).

Per il 2026 sono state programmate n. 4 date per il corso in presenza (20/1/2026 - 10/2/2026 - 24/2/2026 - 3/3/2026) con l'obiettivo di raggiungere nelle prime 2 edizioni il target prestabilito di 1135 partecipanti.

16.1.3 Formazione PNRR – Corso di formazione manageriale - Numero formati pari al 75% del target regionale atteso al 31 marzo 2026 (302)

Nel mese di dicembre 2025 si è concluso il ciclo formativo previsto per l'anno 2025. Il corso manageriale è terminato il 17/12/25 e risultano: 1° edizione 38 formati, 2° edizione 35 formati, 3° edizione 35 formati (in allegato da attestazione predisposta dall'AOU AL, Azienda presso si è svolto il corso di formazione manageriale PNNR).

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

Allegati:

- Attestazione ASL AL n.ro formati al 31.12.2025 PNRR – Corso di formazione in infezioni ospedaliere – nota prot. 137522 del 31.12.2025 con allegato elenco partecipanti al Corso di formazione manageriale predisposta da AOU AL

AREA: EDILIZIA SANITARIA

17.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: INTERVENTI IN EDILIZIA SANITARIA

Alle Aziende Sanitarie è assegnato l'obiettivo di attuare tutte le attività necessarie per la realizzazione degli interventi di edilizia sanitaria previsti negli atti di programmazione regionale e nazionale nel rispetto delle scadenze intermedie (milestone) relative ad ogni singola fase del procedimento attuativo definita nei crono programmi di progetto.

OBIETTIVO	Prog	INDICATORI / SUB OBIETTIVI	STANDARD / VALORE OBIETTIVO	CONSUNTIVO 2025
17.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: INTERVENTI IN EDILIZIA SANITARIA	1	<p>Provvedimenti idonei a garantire il rispetto delle scadenze previste negli atti di programmazione regionale e nelle normative di riferimento con riferimento a ciascun programma di finanziamento secondo il seguente algoritmo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - n. interventi con attività completate nel 2025/n. interventi totali programmati in anno 2025 <p>Attuazione di tutte le attività necessarie per la realizzazione degli interventi di edilizia sanitaria previsti negli atti di programmazione regionale e nazionale nel rispetto delle scadenze intermedie (milestone) relative ad ogni singola fase del procedimento attuativo definita nei crono programmi di progetto.</p>	<p>Per le ASR che devono realizzare gli interventi di nuova costruzione/ristrutturazione di ospedali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 50% del punteggio massimo sarà attribuito per il completamento delle attività previste nel 2025 nel rispetto delle scadenze programmate per gli interventi relativi alla costruzione/ristrutturazione degli stessi; - 50% del punteggio calcolato sui restanti interventi; <p><u>Per le ASR che non hanno in programma interventi di nuova costruzione/ristrutturazione di ospedali il punteggio sarà calcolato secondo la scala indicata</u></p>	<p>Edilizia Sanitaria ricompresi nella Deliberazione di Giunta Regionale n. 1-7297 del 25/07/2023: DGR 31-8859 del 29/04/2019 : P.O. di Tortona Piano di riorganizzazione dei punti di erogazione interventi strutturali ed impiantistici finalizzati alla creazione di un'area di Riabilitazione - L'OBIETTIVO E' STATO RAGGIUNTO</p> <p>Case di Comunità - ACCORDO QUADRO 1: ARQUATA SCRIVIA: Previsto raggiungimento target 20.05.2026 NOVI LIGURE: Previsto raggiungimento target 30.06.2026 CASALE M.: Previsto raggiungimento target 20.05.2026 VALENZA: Previsto raggiungimento target 20.11.2026. <u>E' stato concordato con Regione Piemonte l'attivazione di strutture in overbooking presso Castelnuovo Scrivia</u> ALESSANDRIA: Previsto raggiungimento target 20.05.2026</p> <p>Case di Comunità - ACCORDO QUADRO 2: OVADA: Previsto raggiungimento target 20.05.2026 TRINO VERCELLESE: Previsto raggiungimento target 20.05.2026 TORTONA: Previsto raggiungimento target 20.05.2026 ACQUI T.: Previsto raggiungimento target 20.05.2026</p> <p>Centrali Operative Territoriali: LE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI SONO STATE ATTIVATE IN DATA 30.06.2024. SONO IN FASE DI COMPLETAMENTO LE RENDICONTAZIONI SU PIATTAFORMA REGIS</p> <p>Ospedali di Comunità: CASALE MONFERRATO: Previsto raggiungimento target 20.09.2026. <u>E' stato concordato con Regione Piemonte l'attivazione di struttura in overbooking presso il reparto ex Psichiatria Casale M.to</u> NOVI LIGURE: Previsto raggiungimento target 20.05.2026. VALENZA:Previsto raggiungimento target 20.05.2026. <u>E' stato concordato con Regione Piemonte l'attivazione di struttura in overbooking presso il presidio ospedaliero di Ovada</u></p>

OBIETTIVO	Prog	INDICATORI / SUB OBIETTIVI	STANDARD / VALORE OBIETTIVO	CONSUNTIVO 2025
17.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: INTERVENTI IN EDILIZIA SANITARIA	1	<p>Provvedimenti idonei a garantire il rispetto delle scadenze previste negli atti di programmazione regionale e nelle normative di riferimento con riferimento a ciascun programma di finanziamento secondo il seguente algoritmo:</p> <p>- n. interventi con attività completate nel 2025/n. interventi totali programmati in anno 2025</p> <p>Attuazione di tutte le attività necessarie per la realizzazione degli interventi di edilizia sanitaria previsti negli atti di programmazione regionale e nazionale nel rispetto delle scadenze intermedie (milestone) relative ad ogni singola fase del procedimento attuativo definita nei crono programmi di progetto.</p>	<p>Per le ASR che devono realizzare gli interventi di nuova costruzione/ristrutturazione di ospedali:</p> <p>- 50% del punteggio massimo sarà attribuito per il completamento delle attività previste nel 2025 nel rispetto delle scadenze programmate per gli interventi relativi alla costruzione/ristrutturazione degli stessi;</p> <p>- 50% del punteggio calcolato sui restanti interventi;</p> <p><u>Per le ASR che non hanno in programma interventi di nuova costruzione/ristrutturazione di ospedali il punteggio sarà calcolato secondo la scala indicata</u></p>	<p>Verso un Ospedale sicuro e sostenibile (sismica) OVADA: Criticità : La soluzione progettuale originaria è stata scartata per eccessivi costi. A seguito di approvazione variante PRG Comunale è stato possibile avviare la progettazione per la realizzazione di un nuovo corpo di fabbrica antisismico destinato a Pronto Soccorso e Radiologia. Il PFTE è stato rigettato per inadeguatezza economica e progettuale. L'azienda è stata costretta a sospendere l'intera procedura; il progetto necessita di una revisione integrale per garantire coerenza normativa e finanziaria. Con nota prot. 669 del 13.01.2026 la Regione Piemonte comunica ad ASL AL di aver trasmesso al Ministero della Salute istanza di intervento antisismico rimodulazione per inserimento intervento ex art. 20 Legge 67/88</p> <p>Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero Grandi apparecchiature LE GRANDI ATTREZZATURE SONO STATE TUTTE ATTIVATE. SONO IN CORSO LE RENDICONTAZIONI SU PIATTAFORMA REGIS. SONO IN CORSO LE RIMODULAZIONI DELLE SCHEDE AGENAS PER IL RIUTILIZZO DELLE ECONOMIE</p> <p>Rafforzamento Strutturale SSN (progetti in essere ex art. 2, DL 34/2020) ex ARCURI - Terapia Intensiva e Terapia Semintensiva – Adeguamento edile ed impiantistico, arredi ed attrezzature per ampliamento posti letto CASALE MONFERRATO - Diversa soluzione open space blocco operatorio - Inizio lavori 12.02.2026 - Fine lavori prevista 15.05.2026 - Pronto Soccorso - Ampliamento struttura esistente, redistribuzione interna finalizzata alla separazione aree e percorsi, nuove attrezzature ACQUI TERME - Lavori conclusi dicembre 2023 - Struttura attiva da gennaio 2024 - DEA - Ampliamento struttura esistente, redistribuzione interna finalizzata alla separazione aree e percorsi, nuove attrezzature NOVI LIGURE - Fine lavori prevista 30.06.2026 <u>E' in fase di approvazione il progetto esecutivo degli interventi consegnato il 27.01.2026</u> - Pronto Soccorso – Ampliamento struttura esistente e redistribuzione interna finalizzati alla separazione aree e percorsi e nuove attrezzature OVADA - Fine lavori prevista 30.06.2026</p>

17.1.1 Provvedimenti idonei a garantire il rispetto delle scadenze previste negli atti di programmazione regionale e nelle normative di riferimento con riferimento a ciascun programma di finanziamento secondo il seguente algoritmo:

- n. interventi con attività completate nel 2025/n. interventi totali programmati in anno 2025

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

Si rimanda alla relazione S.C. Tecnico – Tecnologie Biomediche allegata alla presente relazione.

Allegati:

- Relazione S.C. Tecnico – Tecnologie Biomediche

AREA: FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI

18.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: FLUSSI INFORMATIVI IN AMBITO FARMACEUTICO

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

OBIETTIVO	Prog	INDICATORI / SUB OBIETTIVI	STANDARD / VALORE OBIETTIVO	CONSUNTIVO 2025
18.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: FLUSSI INFORMATIVI IN AMBITO FARMACEUTICO	1	Numero di confezioni a Registro AIFA/numero confezioni rilevabili dai flussi (DD e file F)	S/NO	Rapporto AIFA vs File F - Dato Paddi gen-novembre 2025: ASL AL 98% - Regione Piemonte 102% Lo scostamento pari al 2% registrato nei primi 11 mesi 2025 rispetto all'obiettivo annuale, non tiene conto delle correzioni dei flussi attuate al fine di riallineare il dato a fine anno 2025.
	2	Numero di confezioni a Registro AIFA/numero confezioni rilevabili dai flussi (DD e CO)	S/NO	Farmaci a registro AIFA con MEA attivo - Dato gen-ottobre 2025: ASL AL 119% - Regione Piemonte 88% Lo scostamento rispetto all'obiettivo è dovuto ad un errore di alimentazione del flusso per il farmaco Vargatef. Attualmente in corso analisi per consentire correzione.
	3	Numero di confezioni a Registro AIFA/numero confezioni rilevabili dai flussi (DD e CO)	S/NO	Farmaci per indicazioni innovative a Registro AIFA e Antibiotici Reserve - Dato gen-novembre 2025 ASL AL 99% - Regione Piemonte 113% In corso approfondimenti atti alla risoluzione dei rimanenti residuali disallineamenti.

18.I.1 Numero di confezioni a Registro AIFA/numero confezioni rilevabili dai flussi (DD e file F)

Dispensazioni di Farmaci con Innovatività Piena raffronto con volume rilevato da FileF**					
AZIENDA DI DISPENSAZIONE	N.ro confezioni Gennaio - Novembre 2025 - Registro AIFA Farmaci Innovatività Piena *** (A)	N.ro confezioni Gennaio - Novembre 2025 - Flusso FileF (farmaci con indicazione Innovatività Piena*) (B)	Delta Assoluto C = (A-B)	Rapporto Registro AIFA vs FileF D = (A/B)	
213 - A.S.L. ALESSANDRIA	1.368	1.401	-33	98%	
Valore Regionale	23.654	23.302	352	102%	

Lo scostamento pari al 2% registrato nei primi 11 mesi 2025 rispetto all'obiettivo annuale, non tiene conto delle correzioni dei flussi attuati al fine di riallineare il dato a fine 2025.

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

AZIENDA DI DISPENSAZIONE	N.ro confezioni Gennaio - Ottobre 2025- Mea attivi (A)*	N.ro confezioni Gennaio - Ottobre 2025- Flusso informativo DD e Consumo Ospedaliero (B)**	Delta Assoluto C = (A-B)	Rapporto D = (A/B)
213 - A.S.L. ALESSANDRIA	51	43	8	119%
Valore Regionale	378	430	-52	88%

Lo scostamento rispetto all'obiettivo è dovuto ad un errore di alimentazione del flusso per il farmaco Vargatef. Attualmente sono in corso analisi con la struttura aziendale I.C.T. per consentirne la correzione.

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

Dispensazioni di Farmaci con Innovatività Condizionata e Antibiotici Reserve raffronto con volume rilevato da FileF**				
AZIENDA DI DISPENSAZIONE	N.ro confezioni Gennaio - Novembre 2025 - Registro AIFA *** (A)	N.ro confezioni Gennaio - Novembre 2025 - Flusso FileF * (B)	Delta Assoluto C = (A-B)	Rapporto Registro AIFA vs FileF D = (A/B)
213 - A.S.L. ALESSANDRIA	660	629	31	105%
Aziende Sanitarie Regionali	12.815	10.940	1.875	117%

Sono state messe in atto tutte le azioni correttive per la verifica dei flussi, è stata condotta regolarmente l'implementazione degli stessi come da indicazioni Regionali e l'inserimento manuale del pregresso a seguito delle novità introdotte dalla legge finanziaria.

È stato effettuato incontro con la Struttura Complessa Oncologia per chiarimenti e confronto riguardo Flusso F, registri AIFA, consumi ospedalieri, modalità prescrittive e gestione farmaci onco orali e parenterali.

Sono in corso approfondimenti atti alla risoluzione dei rimanenti residuali disallineamenti.

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

19.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: APPROPRIATEZZA IN AMBITO FARMACEUTICO

Con il presente obiettivo la Regione Piemonte intende promuovere l'appropriatezza prescrittiva e la riduzione della variabilità prescrittiva intraregionale e rispetto alla media nazionale al fine di un progressivo allineamento al tetto di spesa previsto.

OBIETTIVO	Prog	INDICATORI / SUB OBIETTIVI	STANDARD / VALORE OBIETTIVO	CONSUNTIVO 2025
19.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: APPROPRIATEZZA IN AMBITO FARMACEUTICO	1	Presenza di piano aziendale in coerenza con le indicazioni nazionali e regionali con le seguenti componenti: - analisi della situazione e criticità - criteri, indicatori e standard di appropriatezza - obiettivi specifici - azioni - verifica dell'applicazione - riesame ed azioni correttive/preventive	SVNO	Piano Aziendale in materia di assistenza farmaceutica redatto e inviato in Regione Piemonte con nota prot. 122823/2025 Incontro Tavolo Interaziendale Monitoraggio POA ASL AL-AOU AL per appropriatezza prescrittiva farmaci
	2	Conformità allo standard di efficientamento definito (tabelle allegata) - Spesa convenzionata + DPC: Invarianza della spesa pro-capite media regionale (DPC + CONVENZIONATA) anno 2024 (popolazione pesata), con obiettivo di razionalizzazione della spesa per le ASL che hanno superato nel 2024 il valore mediano regionale. - Spesa DD: efficientamento della spesa per un importo pari al 50% degli incrementi osservati nel consuntivo 2024 rispetto al 2023. Le Aziende potranno sottoporre istanza di integrazione che dovrà preventivamente essere autorizzata dalla Direzione sanità e Settore regionale farmaceutico. - Spesa consumi ospedalieri: efficientamento della spesa per un importo pari al 30% degli incrementi osservati nel consuntivo 2024 rispetto al 2023.	SVNO	- Spesa convenzionata + DPC - Per ASL AL obiettivo: -2,61 mln/annui Nel periodo gennaio-novembre 2025 si registra una diminuzione di € 22.978,00 A livello regionale ASL AL è l'unica Azienda in calo seppur lontana dall'obiettivo di riduzione. - Spesa D.D. - Efficientamento per un importo pari al 50% degli incrementi osservati nel 2024 rispetto al 2023 - Per ASL AL obiettivo: max 41.950.000 Importo gennaio-novembre 2025 € 41.021.890 - si registra un incremento di € 811.872 rispetto a pari periodo 2024 Attivate azioni di efficientamento D.D. per classi di farmaci - Consumo ospedaliero - Efficientamento della spesa per un importo pari al 30% degli incrementi osservati nel 2024 rispetto al 2023. - Per ASL AL obiettivo: max € 16.770.000 Nel periodo gennaio-novembre 2025 si registra un incremento di € 1.144.485 rispetto a pari periodo 2024 I principali incrementi di spesa hanno riguardato i consumi del dipartimento medico, in particolare delle aree di Oncologia e Neurologia

19.1.1 Presenza di piano aziendale in coerenza con le indicazioni nazionali e regionali con le seguenti componenti:

- analisi della situazione e criticità
- criteri, indicatori e standard di appropriatezza
- obiettivi specifici
- azioni
- verifica dell'applicazione
- riesame ed azioni correttive/preventive
- monitoraggio delle azioni intraprese e dei risultati raggiunti

Il Piano Aziendale in materia di assistenza farmaceutica è stato redatto in conformità alle indicazioni del presente obiettivo ed è stato inviato in Regione Piemonte con nota prot. 122823/2025.

In data 23.07.2025 è stato effettuato incontro del Tavolo Interaziendale Monitoraggio POA ASL AL-AOU AL (DGR 26-801/2025) in relazione all'Intervento 12.1 Appropriatezza prescrittiva farmaci

19.1.2 Conformità allo standard di efficientamento definito (rif. tabelle allegata all'obiettivo)

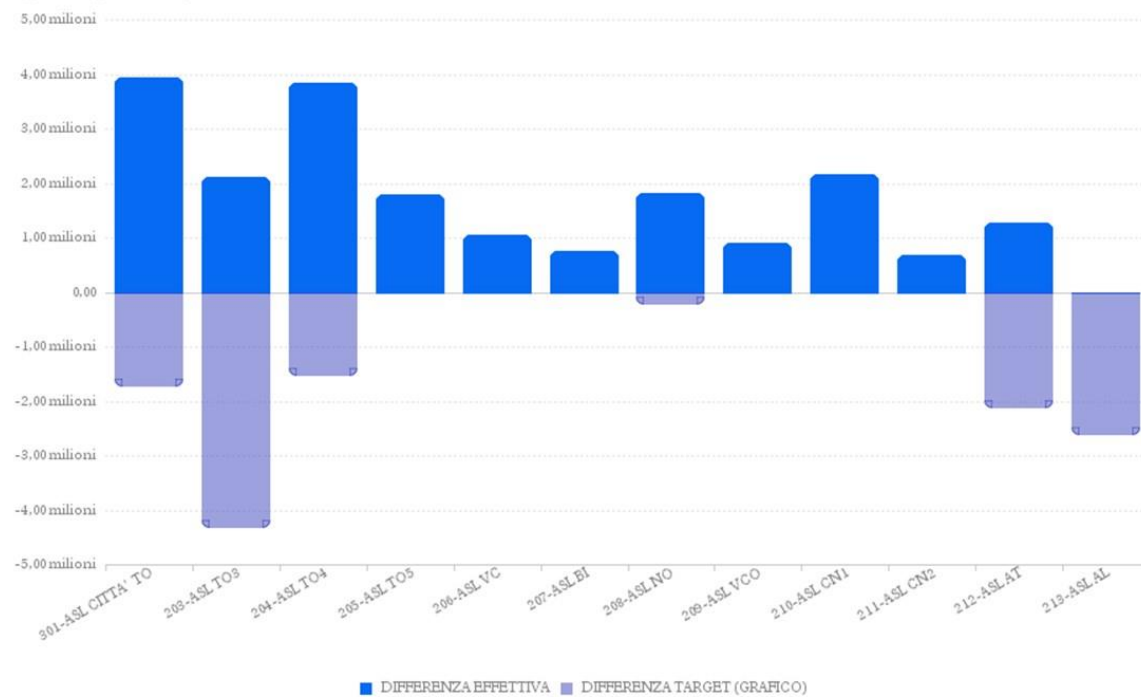
- Spesa convenzionata + DPC: Invarianza della spesa pro-capite media regionale (DPC + CONVENZIONATA) anno 2024 (popolazione pesata), con obiettivo di razionalizzazione della spesa per le ASL che hanno superato nel 2024 il valore mediano regionale.

Sintesi - Gennaio - Novembre 2025

Azienda Erogazione	Importo Totale* Gennaio - Novembre 2024 (A)	Importo Totale* Gennaio - Novembre 2025 (B)	Differenza effettiva (C=B-A)	Obiettivo di efficientament o rispetto al consuntivato 2024 €/mIn
213 - A.S.L. ALESSANDRIA	73.282.458	73.259.480	-22.978	2,61
Regione Piemonte	705.700.843	725.974.984	20.274.142	12,45

Di seguito lo scostamento dal target per le varie Aziende Sanitarie:

Differenza effettiva e target - Gennaio - Novembre 2025



Dal confronto con le altre realtà regionali, per l'ASL AL si rileva una diminuzione seppur lontana dall'obiettivo di riduzione assegnato.

Proseguono le azioni di appropriatezza prescrittiva previste dal Piano Aziendale.

- Spesa DD: efficientamento della spesa per un importo pari al 50% degli incrementi osservati nel consuntivo 2024 rispetto al 2023. Le Aziende potranno sottoporre istanza di integrazione che dovrà preventivamente essere autorizzata dalla Direzione sanità e Settore regionale farmaceutico. Per ASL AL al max € 41.950.000.

Sintesi - Importo Distribuzione Diretta - Gennaio - Novembre 2025

Azienda Erogazione	Importo Gennaio - Novembre 2024 (A)	Importo Gennaio - Novembre 2025 (B)	Differenza effettiva (C=B-A)	50% dell'incremento 2024 rispetto al 2023
213 - A.S.L. ALESSANDRIA	40.210.018	41.021.890	811.872	-2.081.984
Regione Piemonte	573.659.250	607.106.711	33.447.461	-26.197.750

Sono state attivate le seguenti azioni di efficientamento per distribuzione diretta:

N.PRINCIPIO ATTIVO	IMPORTO 2025	12 m 2025		N. PAZIENTI 2024			N. PAZIENTI 2025			TOTAL E	ΔPAZ	ΔPAZ (%)	2025		NOTE	
		Δ importo 25/24	ASL AL	ASO AL	ALTRE ASL	TOTALE	ASL AL	ASO AL	ALTRE ASL				%IMP ASL AL	%IMP ASO AL		
FATTORE DI VON WILLEBRAND	€ 941.849	436.516 €	0	2	0	2	0	5	0	5	3	150%	0%	100%	0%	MR: Malattia emorragica_MVW 2024 -> 2 paziente (1 casale + 1 alessandria) 2025 -> 5 pazienti (2 casale, di cui 1 da gennaio 2025 + 1 alessandria + 2 ovada da giugno 25) Unico prescrittore ASO AL
DUPIUMAB	€ 1.776.846	385.728 €	67	65	69	201	105	89	76	270	69	34%	41%	31%	28%	Dermatologico, Pneumologico, Allergologico, Gastroenterologico e immunologico. Da fine 2024 nuove indicazioni ed estensione. Da settembre 2025 rimborso per innovatività condizionata. Forte incremento di pazienti da ASL AL
OMAVELOXOLONE	€ 367.601	367.601 €	0	0	0	0	0	0	1	1	1	naive	0%	0%	100%	MR: Malattia neurodegenerativa_Atassia di Friedreich 1 paziente (alessandria) acquisito a gennaio 2025 Unico prescrittore FUORI ASL
ALIROCUMAB	€ 1.835.112	309.008 €	289	111	88	488	392	145	105	642	154	32%	61%	23%	16%	Ipercolesterolemia Aumento n. di pazienti Forte incremento di pazienti da ASL AL. Richieste controdeduzioni, tutti in indicazione.
RISANKIZUMAB	€ 1.217.203	308.030 €	24	45	54	123	27	60	61	148	25	20%	19%	39%	42%	Dermatologico, Reumatologico, Gastroenterologico Terapia di seconda linea Aumento n. di pazienti Forte incremento di pazienti da ASO AL e FUORI ASL
FATTORE VIII DI COAGULAZIONE	€ 1.227.642	294.302 €	0	4	5	9	0	6	6	12	3	33%	0%	66%	34%	MR: EMOFILIA A Aumento di pazienti da ASO AL e FUORI ASL
RISDIPLAM	€ 836.602	287.999 €	0	0	4	4	0	0	6	6	2	50%	0%	0%	100%	MR: Atrofia muscolare spinale 2024 -> 3 pazienti (casale) + 1 paziente alessandria a dicembre 2024 2025 -> 6 pazienti (3 casale + 3 alessandria, 1 acquisito a fine 2024 e 2 a gennaio 2025) Unico prescrittore FUORI ASL
UPADACTINIB	€ 555.709	230.766 €	26	28	16	70	34	43	30	107	37	53%	32%	42%	26%	Dermatologico, Reumatologico, Gastroenterologica Da maggio 2024 nuove indicazioni (Crohn) e da febbraio 2025 (Dermatite Atopica negli adolescenti) Forte incremento di pazienti da ASO AL
OFATUMUMAB	€ 745.191	209.286 €	11	16	12	39	22	20	15	57	18	46%	38%	38%	24%	Sclerosi Multipla Recidivante Aumento n. di pazienti Incremento di pazienti simile da ASL AL, ASO AL e FUORI ASL (circa raddoppiati). Molti presi in carico a fine 2024
BEROTRALSTAT	€ 283.209	203.292 €	0	0	2	2	0	0	3	3	1	50%	0%	0%	100%	MR: Prevenzione attacchi angioedema ereditario 2024 -> 1 paziente alessandria da maggio 24 + 1 paziente tortona da novembre 2024 2025 -> 3 pazienti (1 alessandria +1 tortona + 1 acqui da gennaio 2025) Unico prescrittore FUORI ASL
PROTEINA PLASMA ANTIANGIOEDEMA	€ 454.571	187.450 €	0	0	9	9	0	0	10	10	1	11%	0%	0%	100%	MR: Angioedema ereditario Aumento n. pazienti in terapia con terapia di mantenimento a più alto costo (2 pazienti con CYNRIZE) Ultimo preso in carico ad alessandria ad agosto 2024 Un paziente su alessandria acquisito a ottobre 2025 per uso pre-chirurgico. Non ci si aspetta ulteriori erogazioni Unico prescrittore FUORI ASL
VOLANESORSEN	€ 425.890	163.804 €	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0%	100%	0%	0%	MR: Sindrome da chilomicronemia familiare 1 paziente da maggio 2024 a Novi Unico prescrittore ASL AL
SECUKINUMAB	€ 1.135.654	149.651 €	28	59	41	128	38	79	48	165	37	29%	22%	49%	29%	Dermatologico, Reumatologico Aumento n. di pazienti Estensione Indicazione giugno 2025 (Idrosadenite - II linea dopo adalimumab) Forte incremento da ASO AL

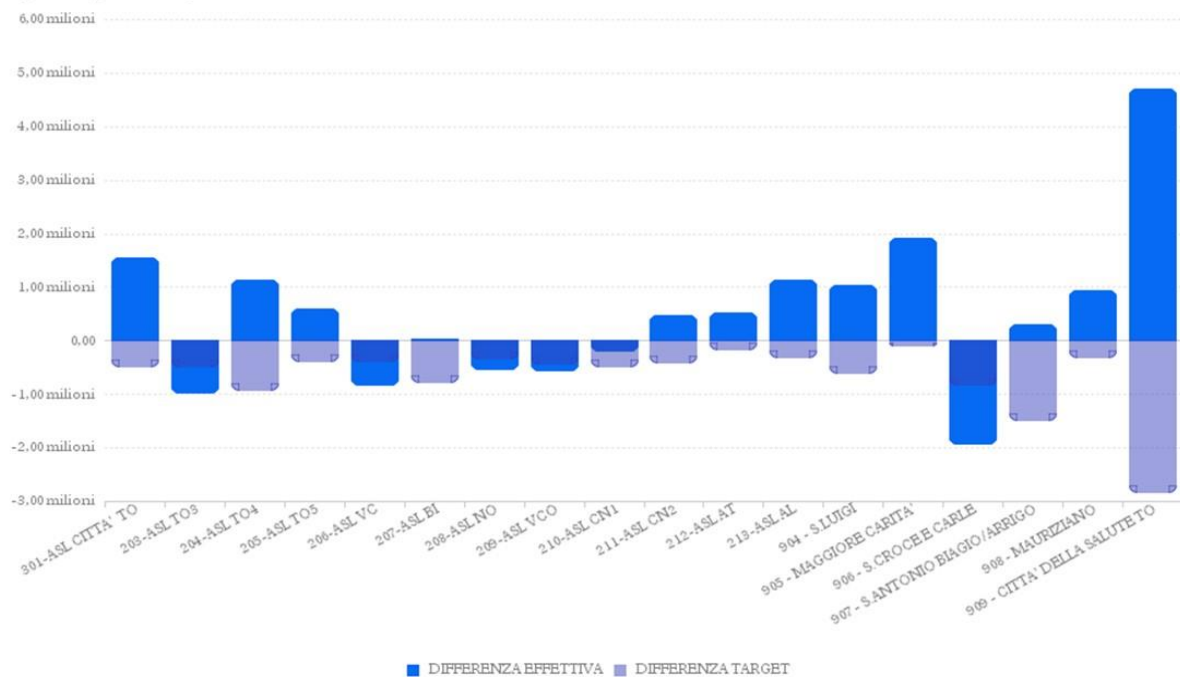
- Spesa consumi ospedalieri: efficientamento della spesa per un importo pari al 30% degli incrementi osservati nel consuntivo 2024 rispetto al 2023.
Per ASL AL max € 16.770.000.

Sintesi - Importo Consumo Ospedaliero - Gennaio - Novembre 2025

Azienda di Competenza	Importo Gennaio - Novembre 2024 (A)	Importo Gennaio - Novembre 2025 (B)	Differenza effettiva (C=B-A)	30% dell'incremento 2024 rispetto al 2023
213 - A.S.L. ALESSANDRIA	15.720.321	16.864.806	1.144.485	-308.663
Regione Piemonte	394.549.160	403.893.401	9.344.241	-11.681.795

Di seguito lo scostamento dal target per le varie Aziende Sanitarie regionali:

Differenza effettiva e target - Gennaio - Novembre 2025



Analisi dettaglio e confronto valori Regionali per ATC L -Farmaci antineoplastici e immunomodulatori e L04-Immunosoppressori:

Regione / ASL	L (€)	%	L04 (€)	%
REGIONE	121.657.537	100%	24.623.896	100%
ASLAL	5.088.898	4%	331.323	1,3%

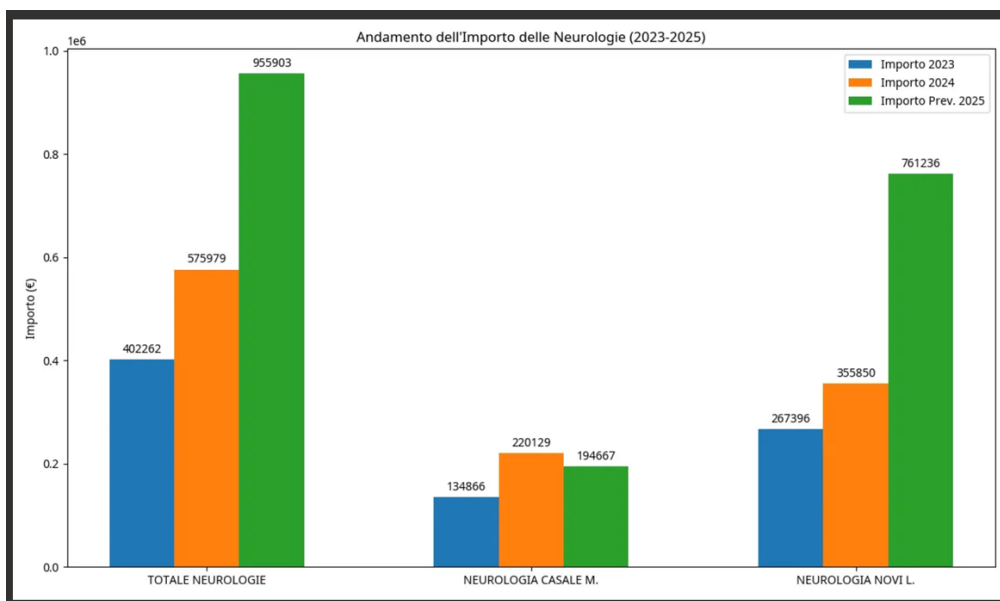
Analisi dettaglio e confronto valori Regionali per ATC J06AB02-Immunoglobuline ev

Regione / ASL	J06BA02 - IGEV (€)	%
REGIONE	7.442.028	100%
ASLAL	603.846	8,1%

I principali incrementi di spesa hanno riguardato i consumi del Dipartimento Medico, in particolare delle aree di oncologia e neurologia:

ATC	AIC	ARTICOLO_MUSA	Importo_12M25	Importo_12M24	Importo_DIFF
J06BA02	044187033	10_GLOB10 - GLOBIGA*EV 1FL 5G 100MG/ML	574.016,30	-	574.016,30
L01FF02	044386023	23_KEYT1 - KEYTRUDA*1FL 4ML 25MG/ML 100MG	2.359.844,08	2.180.401,64	179.442,44
L01FF03	047089014	23_IMFI10 - IMFINZI*EV 1FL 10ML 50MG/ML 500 MG	308.073,93	141.055,42	167.018,51
L01FC01	044885046	23_DARZ10 - DARZALEX*SC 1FL 15ML 120MG/ML	704.017,46	579.493,11	124.524,35
L01FD03	043092016	23_KADC1 - KADCYLA*INF 1FL POLV 5ML 100MG	259.447,34	145.152,78	114.294,56
L01FX17	049780012	23_TROD10 - TRODELVY*EV 1FL POLV 200MG	131.847,30	29.543,64	102.303,66
L01FY01	049288020	23_PHE10 - PHESGO*SC 1F 10ML 600MG+600MG	245.237,05	144.506,70	100.730,35
S01LA09	050231012	1_VABY10 - VABYSMO*1FL 120MG/ML 0,24ML	278.224,55	192.088,52	86.136,03
L01FG01	049452030	23_ABEV11 - ABEVMY*INF 1FL 16ML 25MG/ML	81.560,18	1.357,72	80.202,46
B05BB01	031938451	2_SOC28 - SODIO CLORURO FKI*0,9% 20FL 500ML	78.337,63	3.213,41	75.124,22
L01FF05	045590015	23_TECE10 - TECENTRIQ*INFUS 60MG/ML 20ML	275.559,65	201.244,13	74.315,52

Per quanto concerne l'ambito neurologico, l'aumento è principalmente attribuibile alle immunoglobuline per uso endovenoso, il cui consumo evidenzia negli anni un trend di crescita costante:



A livello aziendale, la Direzione Sanitaria, in collaborazione con la Farmacia Ospedaliera, ha effettuato un monitoraggio costante dell'andamento dei consumi, trasmettendo periodicamente i dati ai Direttori delle Strutture Complesse interessate e organizzando diversi audit finalizzati a sensibilizzare i prescrittori ad un utilizzo appropriato, nel rispetto delle indicazioni e dei dosaggi autorizzati e in coerenza con il Documento AIFA di indirizzo sull'impiego delle immunoglobuline endovena in condizioni di carenza. L'aumento della spesa è infatti anche riconducibile al perdurare della carenza a livello globale, che comporta l'insufficienza della quota di prodotto derivante dal plasma in conto lavorazione, caratterizzata da un costo inferiore, a coprire l'intero fabbisogno aziendale, rendendo quindi necessario il ricorso a una quota significativa di prodotto commerciale, con costi sensibilmente superiori.

I più significativi aumenti, comunque, riguardano l'oncologia dovuti fondamentalmente ad un sensibile aumento dei pazienti in terapia soprattutto di pazienti trattati con terapie oncologiche orali ad costo.

La Direzione Sanitaria, in collaborazione con la Farmacia Ospedaliera, ha effettuato un monitoraggio costante dell'andamento dei consumi, trasmettendo periodicamente i dati al Direttore di Struttura Complessa di Oncologia e della Struttura Complessa di Medicina ad indirizzo oncologico interessate ed organizzando diversi incontri finalizzati a sensibilizzare i prescrittori ad un utilizzo appropriato e alla puntuale compilazione dei registri di monitoraggio AIFA al fine di garantire appropriatezza ed accesso ai fondi dei farmaci innovativi.

L'aumento della spesa è dovuto essenzialmente all'ampliamento da parte di AIFA delle indicazioni di molti anticorpi monoclonali ad alto costo, anche in setting avanzati di terapia precedentemente non trattati, molto spesso associati nella somministrazione alla chemioterapia.

A ciò si aggiungono autorizzazioni alla rimborsabilità di nuovi farmaci ad alto costo per tipologie tumorali precedentemente non trattate o trattate con farmaci chemioterapici di vecchia generazione o nelle more del D.M. 7 settembre 2017 (EAP).

Ciò ha determinato l'ampliamento della platea di pazienti trattabili e responders che ha come conseguenza l'aumento della spesa.

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

Allegati:

- Piano Aziendale in materia di assistenza farmaceutica ASL AL

20.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: GESTIONE DEI DISPOSITIVI MEDICI

Con il presente obiettivo si dispone la necessità di avviare un adeguato sistema di monitoraggio aziendale sull'uso appropriato dei dispositivi medici con particolare riferimento a quelli ad alto impatto tecnologico, correlandoli ai volumi di attività delle aziende sanitarie che operano in ambiti altamente specialistici. La tracciabilità dei DM acquistati e impiegati dalle aziende sanitarie consente la governance e la sostenibilità del SSN in termini economici e di sicurezza in un'ottica di tutela degli assistiti e degli operatori sanitari

OBIETTIVO	Prog	INDICATORI / SUB OBIETTIVI	STANDARD / VALORE OBIETTIVO	CONSUNTIVO 2025
20.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: GESTIONE DEI DISPOSITIVI MEDICI	1	Presenza di piano aziendale in coerenza con le indicazioni nazionali e regionali con le seguenti componenti: - analisi della situazione e criticità - criteri, indicatori e standard di appropriatezza - obiettivi specifici - azioni - verifica dell'applicazione - riesame ed azioni correttive/preventive - monitoraggio delle azioni intraprese e dei risultati raggiunti	S/NO	Piano Aziendale gestione dispositivi medici anno 2025 redatto e inviato in Regione Piemonte con nota prot. 127699/2025
	2	Conformità allo standard di efficientamento definito (tabella allegata DGR 16-817/2024)	S/NO	L'obiettivo di efficientamento annuale previsto per ASL AL è pari a - 2.000.000 Importo gennaio-novembre 2025 € 24.946.061- si registra per ASL AL un incremento di € 964.220 rispetto a pari periodo 2024 (incremento a livello regionale pari a € 6.326.057 a fronte di obiettivo complessivo di efficientamento di € 57 milioni) Attivate azioni per la gestione ottimale dei dispositivi

20.I.1 Presenza di piano aziendale in coerenza con le indicazioni nazionali e regionali con le seguenti componenti:

- analisi della situazione e criticità
- criteri, indicatori e standard di appropriatezza
- obiettivi specifici
- azioni
- verifica dell'applicazione
- riesame ed azioni correttive/preventive
- monitoraggio delle azioni intraprese e dei risultati raggiunti

Il Piano Aziendale in materia di gestione dispositivi medici è stato redatto coerenza con le indicazioni nazionali e regionali ed è stato inviato in Regione Piemonte con nota prot. 127699/2025

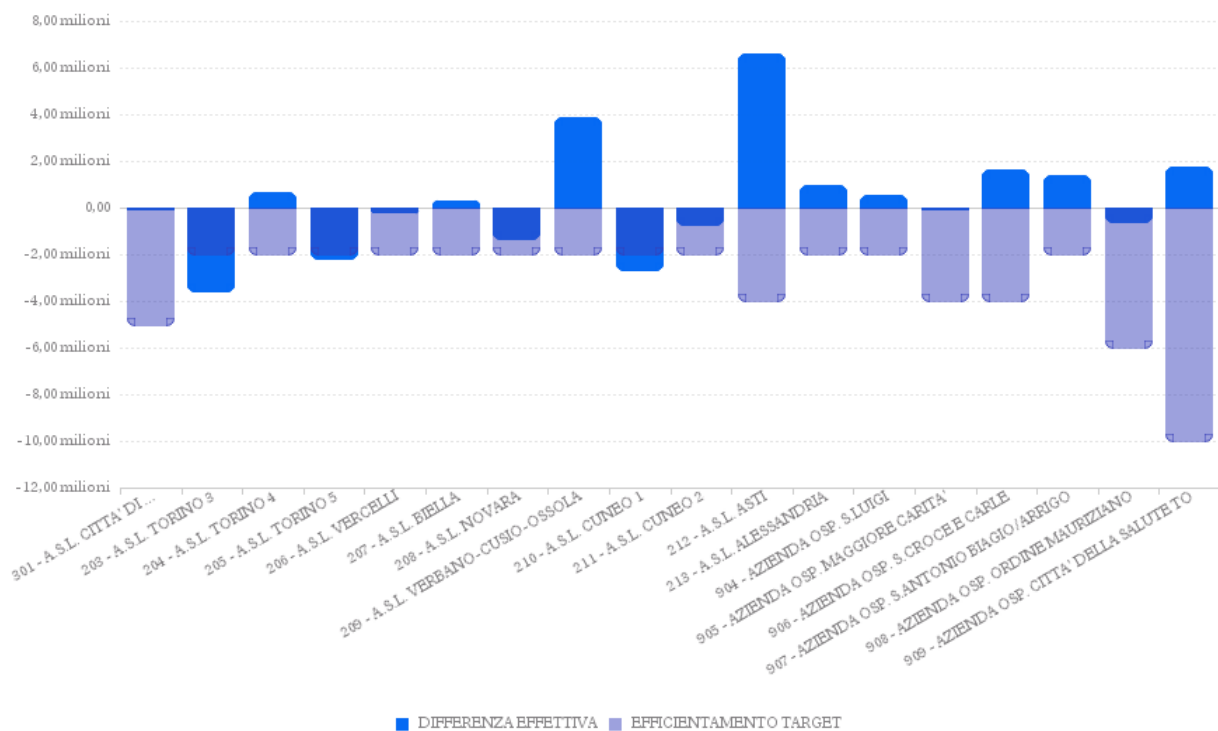
20.1.2 Conformità allo standard di efficientamento definito (tabella allegata DGR 16-817/2024)

Rappresentazione degli importi rilevati da flusso Consumi DM - Sintesi - Gennaio - Novembre 2025

Azienda di Competenza	Importo Gennaio - Novembre 2024 (A)	Importo Gennaio - Novembre 2025 (B)	Differenza effettiva (C=B-A)	Efficientamento target
213 - A.S.L. ALESSANDRIA	23.981.841	24.946.061	964.220	-2000000
Regione Piemonte	558.407.866	564.733.923	6.326.057	-57000000

Di seguito lo scostamento dal target per le varie Aziende Sanitarie regionali:

Differenza effettiva e target - Gennaio - Novembre 2025



Sono state attivate nel corso del 2025 una serie di azioni che la struttura aziendale competente ha posto in atto per una gestione ottimale dei dispositivi. Si rimanda alla relazione S.C. Economato Logistica Approvvigionamenti Patrimoniale ASL AL allegata alla presente relazione.

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

Allegati:

- Piano Aziendale gestione dispositivi medici anno 2025 - ASL AL
- Relazione S.C. Economato Logistica Approvvigionamenti Patrimoniale ASL AL

AREA: SANITA' DIGITALE

21.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO 2.0

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

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

OBIETTIVO	Prog	INDICATORI / SUB OBIETTIVI	STANDARD / VALORE OBIETTIVO	CONSUNTIVO 2025
21.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO 2.0	1	<p>Aree di intervento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - completamento delle attività di adeguamento degli applicativi refertanti alle specifiche tecniche nazionali - FSE 2.0 - 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 - piano dell'infrastruttura FSE 2.0 - Fase 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) 	S/NO	<p>AREE INTERVENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nel corso dell'anno 2025 ASL AL ha adeguato alle nuove specifiche tecniche Nazionali FSE 2.0 la totalità dei referti prodotti della tipologia: LIS – RIS – VPS – LDO – Referti Ambulatoriali - Al 31.12.2025 tutti i documenti, inclusi quelli ritrasmessi, sono stati conferiti, tornando ai livelli attesi nella tempistica di trasmissione. Inoltre, da novembre 2025, è stato riattivato il flusso relativo ai certificati ed alle schede vaccinali, con recupero di tutto il pregresso. - L'avvio della Fase 2 (gateway) si è concretizzato con una comunicazione della Regione Piemonte che indicava come generare i certificati per il gateway - Regione Piemonte ha messo a disposizione di ASL AL per questa attività un fondo di 80.000,00 € che sono stati utilizzati per contrattualizzare la presenza di un presidio a disposizione dei medici all'interno degli ambulatori e dei reparti al fine di assisterli nella fase di firma digitale dei referti, con formazione sull'importanza della generazione dei referti in conformità del fascicolo.

21.I.1

Aree di intervento:

- **completamento delle attività di adeguamento degli applicativi refertanti alle specifiche tecniche nazionali - FSE 2.0**
- **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**
- **piano dell'infrastruttura FSE 2.0 - Fase 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)**

L'obiettivo si sviluppa su quattro aree di intervento:

- 1) Completamento delle attività di adeguamento degli applicativi refertanti alle specifiche tecniche Nazionali FSE 2.0

Nel corso dell'anno 2025 ASL AL ha adeguato alle nuove specifiche tecniche Nazionali FSE 2.0 la totalità dei referti prodotti della tipologia: LIS – RIS – VPS – LDO – Referti Ambulatoriali. Nell'ambito dei referti ambulatoriali, va sottolineato che l'adeguamento tecnologico, attraverso l'introduzione di C4C Ambulatoriale a marchio DEDALUS, ho seguito un percorso di rilascio progressivo per branche e la pianificazione proposta dalla S.S.A. ICT prevedeva il passaggio di tutte le agende entro il 31.12.2025, tuttavia, su

espressa richiesta del Coordinamento Distrettuale Aziendale, alcune specialità hanno continuato a refertare sul vecchio applicativo non adeguato ad FSE 2.0 con l'impegno di migrare a C4C nel primo mese del 2026. Nell'ambito delle verticalizzazioni (software che producono referti ambulatoriali esterni a C4C), nel 2025 sono stati avviati/adequati la cartella cardiologica e quella diabetologica. Sono contrattualizzate e pianificate le attività di aggiornamento della cartella oncologica e nefrologica che, tuttavia, si concluderanno entro il 1° trimestre 2026.

Le specifiche per FSE relative all'Anatomia Patologica sono state pubblicate in un momento successivo a quello di pubblicazione delle specifiche delle altre specialità ed esiste una deroga regionale all'introduzione di FSE 2.0 che sposta l'obbligo di adeguamento entro i primi mesi del 2026. In ogni caso, ASL AL si è dotata di un nuovo software a marchio ENGINEERING che è nativamente adeguato a FSE 2.0 e la cui introduzione è in fase di avvio (termine massimo entro 30.06.2026, ma probabilmente sarà operativo già da aprile 2026).

2) Potenziamento della completezza, tempestività e qualità dei dati

Va inoltre sottolineato che il mancato recepimento da parte di alcuni Fornitori di una modifica nelle specifiche di trasmissione richiesta da Regione Piemonte ad aprile 2026 (con applicazione da giugno 2026) è stata caratterizzata da svariati solleciti ai quali è conseguita l'applicazione di penali. Ciò ha comportato la necessità di ritrasmissione di tutti i referti oggetto della modifica influenzando sulla tempestività del conferimento nell'ultima parte dell'anno 2025. Al 31.12.2025, comunque, tutti i documenti, inclusi quelli ritrasmessi, sono stati conferiti, tornando ai livelli attesi nella tempistica di trasmissione.

Inoltre, da novembre 2025, è stato riattivato il flusso relativo ai certificati ed alle schede vaccinali, con recupero di tutto il pregresso, aumentando il volume complessivo di referti messi a disposizione degli assistiti all'interno del fascicolo.

3) Piano dell'infrastruttura FSE 2.0 – Fase 2

L'avvio della Fase 2 (gateway) si è concretizzato con una comunicazione della Regione Piemonte che indicava come generare i certificati per il gateway. La S.S.A. ICT ha dato seguito con immediatezza alla suddetta comunicazione, tuttavia va sottolineato che la stessa è stata trasmessa nel corso del mese di gennaio 2026.

4) Incremento delle competenze digitali dei professionisti sanitari

Regione Piemonte ha messo a disposizione di ASL AL per questa attività un fondo di € 80.000,00 che sono stati utilizzati per contrattualizzare la presenza di un presidio a disposizione dei medici all'interno degli ambulatori e dei reparti al fine di assisterli nella fase di firma digitale dei referti, con formazione sull'importanza della generazione dei referti in conformità del fascicolo. Le giornate, per un totale di 93, sono state tutte erogate entro 31.12.2025 distribuendole proporzionalmente al flusso di accesso degli assistiti in tutte le sedi distrettuali ed ospedaliere dell'Azienda.

Va rimarcato che numerosi professionisti hanno autocertificato il possesso di competenze digitali e conoscenza dell'FSE adeguate, non necessitando di ulteriore formazione.

In merito all'adozione del Nuovo Nomenclatore di Specialistica Ambulatoriale, tutte le attività di adeguamento si sono concluse entro le prime settimane del 2025. Inoltre, è stato fatto un importante lavoro di recupero delle prestazioni erogate nell'ambito del Dipartimento dei Servizi, con partecipazione a molteplici riunioni del suddetto Dipartimento al fine di concordare le modalità di correzione.

In conclusione, per quanto riguarda le COT il software è fornito direttamente da Azienda Zero Piemonte.

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

22.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: FLUSSO CUP E FLUSSO C

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

OBIETTIVO	Prog	INDICATORI / SUB OBIETTIVI	STANDARD / VALORE OBIETTIVO	CONSUNTIVO 2025
22.I. OBIETTIVO DI QUOTA INTEGRATIVA: FLUSSO CUP E FLUSSO C	1	Prestazioni prenotate CUP 2025 / Prestazioni erogate Flusso C 2025 (saranno escluse le prestazioni per le quali non è prevista la prenotazione a CUP, ad esempio laboratorio)	SI/NO	Effettuato rapporto tra gli appuntamenti prenotati tramite CUP Regionale e le prestazioni effettivamente erogate (flusso C) sulla base di tabella Azienda Zero. Con esclusione di prestazioni per cui non è prevista prenotazione a CUP il rapporto risulta pari a 96,9% . Con ulteriore esclusione di prestazioni associate prevalentemente ad autoimpegnative il rapporto risulta pari a 98,4% .

Con mail in data 26.01.2026, al fine di agevolare la predisposizione della presente relazione, sono pervenute da parte di Azienda Zero le estrazioni del CUP Regionale ricevuta dal fornitore, relativa agli appuntamenti di dicembre 2024 e 2025.

Si è pertanto proceduto all'incrocio con il flusso C di cui si riportano gli esiti:

Confronto relativo al mese di dicembre 2025

Disciplina	Totale Ricette	Presente CUP	Non presente CUP	
01 - ALLERGOLOGIA	346	345	1	
05 - ANGIOLOGIA	587	584	3	
08 - CARDIOLOGIA	1.021	1013	8	
09 - CHIRURGIA GENERALE	1.474	1448	26	
19 - MALATTIE ENDOCRINE E DELLA NUTRIZIONE	2.258	2244	14	
26 - MEDICINA GENERALE	947	910	37	
30 - NEUROCHIRURGIA	3	3		
32 - NEUROLOGIA	771	756	15	
34 - OCULISTICA	2.106	2081	25	
36 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1.743	1738	5	
38 - OTORINOLARINGOIATRIA	1.327	1322	5	
39 - PEDIATRIA	44	44		
43 - UROLOGIA	765	756	9	
52 - DERMATOLOGIA	464	415	49	
56 - RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	1.794	1781	13	
58 - GASTROENTEROLOGIA	565	561	4	
68 - PNEUMOLOGIA	998	944	54	
69 - RADIOLOGIA	7.894	7806	88	
71 - REUMATOLOGIA	373	368	5	
96 - TERAPIA DEL DOLORE	729	673	56	
TOTALE	26.209	25.792	417	98,4%

Sulla base dell'analisi dei dati relativi al mese campione preso in esame (dicembre 2025, come da indicazione regionale), al netto delle prestazioni al di fuori del percorso di prenotazione sul sistema CUP (Laboratorio Analisi, Trasmfusionale, Dialisi), delle prestazioni ad accesso diretto (Psichiatria, NPI, Consulteri) e delle prestazioni correlate a percorso di presa in carico del paziente dopo il primo accesso (Oncologia, Odontostomatologia, Ostetricia relativamente alle prestazioni del percorso nascita), si registra un dato pari al 98,4% (in miglioramento rispetto al dato di dicembre 2024: 97%).

È oggetto di ulteriore verifica la limitata casistica che presenta disallineamento.

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

Obiettivi di mandato/nomina dei Direttori Generali/Commissari delle Aziende Sanitarie Regionali

La D.G.R. n. 16-817 del 24 Febbraio 2025 ad oggetto "Assegnazione ai direttori generali/commissari delle aziende sanitarie regionali, ai sensi dell'art. 2, comma 2, d.lgs n. 171/2016 e s.m.i. e dell'art. 1, comma 865, l. n. 145/2018, degli obiettivi economici-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi finalizzati all'attribuzione della quota integrativa al trattamento economico per l'anno 2025 e definizione dei criteri per il monitoraggio" prevede, altresì, l'assegnazione di obiettivi di mandato individuati all'atto della nomina nonché la verifica, trascorsi 24 mesi dalla nomina, dei risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi.

A seguire il dettaglio degli obiettivi di mandato/nomina:

		ASL	AO/AOU
	OBIETTIVI DI MANDATO/NOMINA	Peso punti	Peso punti
1.N.	EQUILIBRIO ECONOMICO FINANZIARIO	20,00	20,00
2.N.	PIANO PANDEMICO REGIONALE ED AZIENDALE	8,00	8,00
3.N.	LISTE E TEMPI DI ATTESA	14,00	14,00
4.N.	TEMPI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE	8,00	8,00
5.N.	APPROPRIATEZZA DELLE VISITE E DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI	8,00	8,00
6.N.	COMUNICAZIONE TRAMITE I SITI WEB AZIENDALI	4,00	4,00
7.N.	ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE E VIGILANZA	8,00	8,00
8.N.	EDILIZIA SANITARIA	10,00	10,00
9.N.	FLUSSI INFORMATIVI E APPROPRIATEZZA IN AMBITO FARMACEUTICO	8,00	8,00
10.N.	FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO	8,00	8,00
11.N.	ADEMPIMENTI IN MATERIA DI TRASPARENZA	4,00	4,00
	TOTALE	100,00	100,00

Tali obiettivi, che in molti casi trovato un diretto riscontro specifico con gli obiettivi gestionali per l'anno 2025, sono oggetto di puntuale attenzione nell'ottica di sistematizzare le strategie e le azioni dell'Azienda per il loro completo raggiungimento.

Come precisato nella richiamata D.G.R. n. 16-817 del 24 Febbraio 2025 si procedere, trascorsi 24 mesi dalla nomina, alla rendicontazione e verifica dei risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi assegnati.