

DGR 16-817/2025/XII -ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DI ATTIVITA' AI DIRETTORI GENERALI DELLE AZIENDE SANITARIE REGIONALI PER L'ANNO 2025 – OBIETTIVI DI QUOTA INTEGRATIVA

PREMESSA

La presente relazione intende approfondire i singoli obiettivi economico gestionali assegnati dalla Regione ai Direttori Generali con DGR 16 – 817 del 24/02/2025 “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.”

Verranno di seguito esaminati i singoli obiettivi evidenziando, per ognuno di essi, le azioni poste/da porre in essere per il raggiungimento degli stessi e le eventuali criticità riscontrate. Gli obiettivi individuati dalla citata DGR si distinguono in obiettivi di mandato e obiettivi di quota integrativa.

La presente relazione esporrà le risultanze relative agli obiettivi di quota integrativa 2025. Si rimanda ad apposita relazione dedicata all'illustrazione degli obiettivi di mandato.

A tali raggruppamenti va aggiunto, con carattere *preliminare* rispetto ad essi, lo specifico obiettivo volto al rispetto dei tempi di pagamento. Di seguito vengono analizzati i singoli obiettivi assegnati.

OBIETTIVO PRELIMINARE: RISPETTO DEI TEMPI DI PAGAMENTO

La situazione dell'indicatore dei tempi di pagamento AOU AL al IV trim. 2025 è la seguente

Monitoraggio	Indicatore di tempestività
Anno 2025	-21,05
1° trimestre 2025	-6,18
2° trimestre 2025	-5,77
3° trimestre 2025	-8,68
4° trimestre 2025	-8,75

La tabella dei tempi di pagamento è pubblicata nella sezione amministrazione trasparente del sito AOAL al seguente link:

<https://trasparenza.ospedale.al.it/pagamenti-dellamministrazione/indicatore-tempestivita-pagamenti>

In ogni trimestre dell'anno 2025 l'AOU AL ha rispettato l'obiettivo dell'ITP mantenendolo sotto lo zero e concludendo con l'indicatore annuo pari a – 8,75 (in allegato l'ITP come è stato pubblicato sul sito in Amministrazione Trasparente)

Inoltre, come da comunicazione dello stock del debito trasmessa alla Piattaforma MEF è stato rispettato anche l'obiettivo della riduzione del debito del 10% rispetto all'anno precedente.

OBIETTIVO RAGGIUNTO

1.1 – BILANCIO

1.1.1 - PRESENZA DI DELIBERAZIONE AZIENDALE CON APPROVAZIONE DEL PROGRAMMA OPERATIVO ENTRO IL 31/12/2025

Come richiesto dalla DGR 26-801 del 17.02.2025, è stato deliberato un Piano Operativo di riorganizzazione, riqualificazione o potenziamento per il triennio 2025-2027 nel rispetto delle indicazioni contenute nella stessa DGR. La delibera aziendale di riferimento è la n. 196 del 31.03.2025 (**ALLEGATO 1I_1**), con la quale viene approvato il Programma operativo aziendale di riorganizzazione, di riqualificazione e/o di potenziamento del Servizio sanitario regionale (POA) per il triennio 2025-2027, con allegati i seguenti documenti:

- il Cronoprogramma delle azioni come previste nello stesso Piano Operativo;
- il Conto Economico Preventivo 2025 in equilibrio rielaborato nel rispetto delle risorse ripartite con la stessa DGR e tempestivamente aggiornato sulla procedura Sirecom;
- un Conto Economico Preventivo per gli anni 2026 e 2027, in entrambi i casi elaborato in equilibrio;
- un Piano Investimenti triennale 2025-2027 elaborato secondo il format regionale.

Con delibera aziendale 235 del 30/04/2025 (**ALLEGATO 1I_2**) è stato istituito il Gruppo di Lavoro per il monitoraggio degli adempimenti connessi all'adozione del Programma Operativo Aziendale (POA)

Con delibera 297 del 29/05/2025 (**ALLEGATO 1I_3**), è stato identificato il referente unico aziendale (il Direttore Amministrativo) nonché i responsabili aziendali delle singole azioni del POA.

Con nota prot. 18165 del 14/07/2025 (**ALLEGATO 1I_4**), è stato trasmesso al DG il primo monitoraggio POA al 30/06/2025. (**ALLEGATO 1I_5**).

Con mail del 5/12/2025 (**ALLEGATO 1I_6**) è stata trasmessa la relazione di monitoraggio II semestre 2025 (**ALLEGATO 1I_7**).

Con nota 5661 del 24/02/2026 (**ALLEGATO 1I_8**), è stato trasmesso al DG il terzo monitoraggio POA al 31/12/2025. (**ALLEGATO 1I_9**).

È stato costruito un cruscotto di monitoraggio per tutte le azioni POA da porre in essere.

Sono stati assegnati specifici obiettivi a tutte le strutture aziendali coinvolte.

OBIETTIVO RAGGIUNTO

1.1.2 - ADOZIONE DEL PREVISIONALE NEL RISPETTO DI EQUILIBRIO AZIENDALE E DEI RISPETTIVI CONTI DI PRESIDIO OSPEDALIERO ENTRO IL 31/12/2025

Con delibera n° 593 del 29/11/2024 è stato adottato il bilancio preventivo 2025 con un risultato del Conto Economico Preventivo Provvisorio Tecnico anno 2025 in perdita di € 4.668.735,97 interamente imputabile agli emolumenti dell'IVC pagata nell'anno 2024 e come tale storicizzata, ed incrementati dell'emolumento IVC sul CCLN 2025-2027; tale perdita è giustificata in quanto detto costo sarà finanziato dall'incremento del FSN 2025-4 come espressamente previsto dalla Regione Piemonte con la Circolare della Regione Piemonte – Direzione Sanità prot. n. 00028253 del 25.11.2024

Con delibera 196 del 31/03/2025 (**ALLEGATO 1I_1**), è stato aggiornato il bilancio di previsione sulla base delle indicazioni contenute nella DGR 26/801 del 17/02/2025. Il risultato del bilancio di previsione è in pareggio.

In seguito alla Nota regionale prot. 11472 del 13.05.2025 è stato revisionato in piattaforma SIRECOM la previsione dei conti economici 2025-2027 apportando le modifiche richieste, vale a dire l'inserimento dell'accantonamento per rinnovi contrattuali per cui si rimanda alla Nota AOU AL prot. n. 14292 del 30.05.2025 (**ALLEGATO 1I_11**).

Il monitoraggio al 31.12.2025 si è chiuso con un risultato in perdita di € 5.246.013,11.

Come precisato nella Relazione al IV trimestre 2025 (**ALLEGATO 1I_10**), le principali motivazioni di tale perdita sono le seguenti:

- Fra i costi sono stati iscritti a "rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti" importi relativi all'acquisizione di attrezzature e all'effettuazione di lavori per i quali alla data di presentazione del monitoraggio al 31.12.2025 non è ancora stata garantita la copertura tramite specifici finanziamenti (trattasi di investimenti che proprio per la loro natura non presentavano i requisiti di ammissione al FSC).
- È stato iscritto come ricavo un importo di finanziamento relativo al rimborso dei farmaci innovativi inferiore rispetto all'effettivo utilizzo di tali farmaci.
- Nei costi sono presenti gli importi relativi alla piattaforma NBS della formazione senza che sia stato iscritto il corrispondente finanziamento.
- Il finanziamento provvisoriamente assegnato per l'attività del DAIRI non copre interamente il costo effettivamente sostenuto dall'Azienda.
- Nel monitoraggio al 4^a trimestre 2025 sono inseriti i costi relativi ai CCNL sia per il comparto che per la dirigenza sia per le annualità 2022-2024 (già firmato per il comparto) che per le annualità 2025-2027 (ancora da firmare sia per il comparto che per la dirigenza) senza alcun finanziamento a copertura.

Se confrontato con il Monitoraggio al 1^a semestre 2025 e quello al 30.09.2025 che riportavano entrambi un risultato in perdita di circa 5,8 mln., si evidenzia un trend di sensibile riduzione della perdita. Infatti, se confrontiamo il dato anche con la Previsione 2025 aggiornata al 31.05.2025 secondo le indicazioni della DGR 26801 del 17.02.2025 che riportava una perdita per l'anno 2025 pari a € 2.778.554,50, alcuni costi si sono ridotti sensibilmente nel II semestre dell'anno (a titolo esemplificativo il conto 3100489 sui cui insistono i costi delle cooperative); **inoltre l'assenza dei finanziamenti integrativi di cui sopra e la registrazione della mobilità definitiva potrà portare il Bilancio Consuntivo 2025 ad un sostanziale equilibrio.**

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1 – SCREENING ONCOLOGICI

3.1.1 - AREE INTERVENTO PREVISTE DA DGR 26-801 (ADESIONE AI PROGRAMMI, ESTENSIONE DEI PROGRAMMI, APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA)

Come indicato nel POA 2025 – 2027 (**ALLEGATO 1I_1**), l'azienda aderisce pienamente ai programmi di prevenzione coordinati da ASL AL. La collaborazione riguarda in particolare i programmi di screening, che vedono l'AOU AL impegnata negli esami di secondo livello. E' in corso una progettualità che mira ad estendere la collaborazione dell'AOU AL anche per lo screening mammografico di primo livello.

OBIETTIVO RAGGIUNTO

3.1.2 – COPERTURE INVITI E COPERTURA ESAMI

Si è garantita la piena collaborazione con ASL AL in ottica raggiungimento target previsti

Nella tabella seguente vengono presentati i dati con dettaglio delle coperture forniti da ASL AL

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%
MAMMOGRAFICO 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.**

OBIETTIVO RAGGIUNTO

4.1 – CONTRASTO ALL'ANTIMICROBICO RESISTENZA

4.1.1 - CONSUMO DI CARBAPENEMI IN AMBITO OSPEDALIERO

RIDUZIONE DEL CONSUMO (DDD/100 GIORNATE DI DEGENZA) DI CARBAPENEMI $\geq 10\%$ IN AMBITO OSPEDALIERO NEL 2025 RISPETTO AL 2022

Consumo Ospedaliero J01DH CARBAPENEMI - DDD/100 giornate di degenza*

Valori di DDD e giornate di degenza nel 2022 e nel periodo Gennaio - Dicembre 2025.

Cod- Desc Azienda Competenza**	DDD - 2022 (A)	DDD Gennaio - Dicembre 2025 (B)	Giornate di degenza - 2022 (C)	Giornate di degenza Gennaio - Dicembre 2025 (D)	DDD/100 giornate di degenza 2022 E = (A/C) x100	DDD/100 giornate di degenza Gennaio - Dicembre 2025 F = (B/D) x100	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
907 - AZIENDA OSP. S.ANTONIO BIAGIO/ARRIGO	7.808	4.634	193.283	194.126	4,04	2,39	3,64	-1,25	-34,35%
TOTALE	130.949	109.608	3.032.745	3.066.419	4,32	3,57	3,89	-0,31	-8,02%

OBIETTIVO RAGGIUNTO

4.1.2 - CONSUMO DI FLUOROCHINOLONI IN AMBITO OSPEDALIERO

RIDUZIONE DEL CONSUMO (DDD/100 GIORNATE DI DEGENZA) DI FLUOROCHINOLONI $\geq 10\%$ IN AMBITO OSPEDALIERO NEL 2025 RISPETTO AL 2022

Consumo Ospedaliero J01MA FLUOROCHINOLONI - DDD/100 giornate di degenza*

Valori di DDD e giornate di degenza nel 2022 e nel periodo Gennaio - Dicembre 2025.

Cod- Desc Azienda Competenza**	DDD - 2022 (A)	DDD Gennaio - Dicembre 2025 (B)	Giornate di degenza - 2022 (C)	Giornate di degenza Gennaio - Dicembre 2025 (D)	DDD/100 giornate di degenza 2022 E = (A/C) x100	DDD/100 giornate di degenza Gennaio - Dicembre 2025 F = (B/D) x100	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
907 - AZIENDA OSP. S.ANTONIO BIAGIO/ARRIGO	4.863	2.870	193.283	194.126	2,52	1,48	2,26	-0,79	-34,72%
TOTALE	192.701	123.855	3.032.745	3.066.419	6,35	4,04	5,72	-1,68	-29,37%

OBIETTIVO RAGGIUNTO

4.1.3 - RAPPORTO TRA IL CONSUMO DI MOLECOLE AD AMPIO SPETTRO E DI MOLECOLE A SPETTRO RISTRETTO IN AMBITO TERRITORIALE

Farmaceutica convenzionata per ASL di prescrizione

Valori farmaceutica convenzionata erogata nel 2022 e nel periodo Gennaio - Dicembre 2025.

Consumo J01 TARGET - Rapporto molecole** Ampio spettro vs spettro Ristretto - Farmaceutica convenzionata - DDD/1000 ab die*														
Azienda del Prescrittore	DDD X 1000 - 2022 Molecole ad ampio spettro	DDD X 1000 - 2022 Molecole a spettro ristretto	DDD X 1000 - Gennaio - Dicembre 2025 Molecole ad ampio spettro	DDD X 1000 - Gennaio - Dicembre 2025 Molecole a spettro ristretto	DDD/1000 ab die 2022 ampio spettro (A)	DDD/1000 ab die 2022 spettro ristretto (B)	DDD/1000 ab die Gennaio - Dicembre 2025 ampio spettro (C)	DDD/1000 ab die Gennaio - Dicembre 2025 spettro ristretto (D)	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 $\geq 7\%$ 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	1.536.434.801	135.512.059	1.308.718.179	198.003.060	9,72	0,86	8,28	1,25	11,34	6,61	9,07	-41,70%	-2,46	-27,01%
Valore Regionale	15.341.395.481	1.204.517.596	13.911.648.116	1.727.627.574	9,88	0,78	8,96	1,11	12,74	8,05	10,19	-36,78%	-2,14	-21,05%

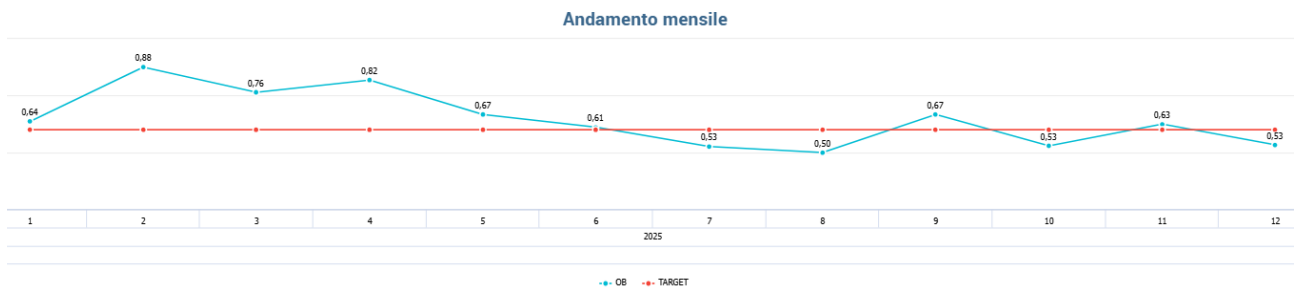
Obiettivo territoriale di competenza ASL AL.

OBIETTIVO RAGGIUNTO

6.I – PERCORSO STEMI

6.I.1 – NUMERO EPISODI DI STEMI IN CUI IL PAZIENTE ABBA ESEGUITO UNA PTCA ENTRO NOVANTA MINUTI > 60%

La situazione dei 12 mesi 2025 è la seguente



Il dato cumulato dei 12 mesi 2025 è del 63,10%

OBIETTIVO RAGGIUNTO

7.I – GESTIONE DEL BOARDING IN PRONTO SOCCORSO

7.I.1 - PRESENZA DEL PIANO AZIENDALE DI SOVRAFFOLLAMENTO DEL PS E BOARDING

Il piano aziendale, adottato il 13/03/2023, è stato aggiornato a fine 2025 (**ALLEGATO 7I_1**).

OBIETTIVO RAGGIUNTO

7.I.2 – TEMPO MEDIO DI PERMANENZA IN PS <= 6 ORE

Rispetto ai dati monitorati dal RUAS e rilevanti ai fini di una valutazione completa dell'attività correlata all'Emergenza Urgenza, si segnala quanto segue:

- *Accessi e ricoveri*

Nonostante l'incremento percentuale dei codici maggiori rispetto ai codici verde e bianco, i ricoveri sono in diminuzione sia come percentuale sugli accessi che in numero assoluto.

	2019	2022	2023	2024	2025
civile	20.9 %	22.91%	21.89%	20.33%	19.87%
totale	16.66%	18.14%	17.16%	16.15%	16.03%

In particolare, rilevante la diminuzione di circa 2 punti percentuale al civile rispetto al 2022

- *tempi di permanenza*

i dati mostrano una sostanziale stabilità dei tempi di permanenza relativi a tutti i pazienti aggregando civile ed infantile nel post-pandemia

2022	07:31 ore
2023	07:02 ore
2024	06:53 ore
2025	06:52 ore

La responsabilità di tale sfioramento è da attribuirsi all'allungamento dei tempi di ricovero (boarding) che sappiamo da letteratura influenzare i tempi di permanenza di tutti i pazienti (stimati 14 minuti di permanenza in più per ogni paziente in boarding); infatti i pazienti che vanno a dimissione si confermano sotto le 6 ore

	dimessi	ricoverati
2022	06:32	11:55
2023	06:09	11:16
2024	05:47	12:32
2025	05:37	13:27

Risulta quindi in peggioramento il tempo di boarding e quindi la capacità dell'ospedale di accogliere i pazienti nei reparti. Rispetto a questo proseguono le iniziative volte ad un efficientamento del percorso di degenza e di monitoraggio giornaliero del debito di posti letto verso il PS, elementi rispetto ai quali sono stati assegnati puntuali obiettivi di budget alle strutture interessate.

Occorre però sottolineare come sia in riduzione la degenza media, soprattutto nei reparti di area medica il che sembra confliggere con i tempi di boarding sopra riportati; in realtà il data va letto con la drastica riduzione degli appoggi fuori area medica.

Rimane da segnalare che, considerando il PS civile ed i dati consolidati del 2025, è evidente una elevata % di codici maggiori (31% rossi ed arancioni) dato che ci caratterizza come DEA di II livello.

Tale aspetto è penalizzante dal punto di vista dei tempi di attraversamento in quanto questi codici necessitano di un tempo di processo più lungo per l'elevata complessità ed inoltre sono quelli che maggiormente vanno a ricovero (75% di tutti i ricoveri) e devono attendere il tempo di boarding.

In considerazione dei seguenti aspetti gestionali:

- L'AOU è sede di DEA di II livello, con complessità di casi sempre crescenti e accessi in costante aumento;
- Il dato complessivo 6:52 minuti è in miglioramento rispetto agli anni precedenti, nonostante l'incremento di attività;
- Il dato rilevato comprende al suo interno anche gli OBI (763 casi nel 2025), che ad avviso di chi scrive dovrebbero essere scorporati, con un netto miglioramento del tempo complessivo di permanenza;
- Il tempo complessivo è, come già illustrato, determinato principalmente dal tempo di boarding che è leggermente peggiorato, nonostante le azioni di efficientamento in virtù della drastica riduzione degli appoggi di area medica in area chirurgica e che ha consentito un importante incremento di produzione.

Alla luce di quanto sopra illustrato, si chiede di valutare positivamente l'obiettivo in oggetto.

8.1 – DONAZIONI D’ORGANO

8.1.1 – SEGNALAZIONI DI POTENZIALI DONATORI D’ORGANI

Aggiornamento a Dicembre 2025: segnalazione potenziali donatori: 100%. Si veda a tal riguardo riepilogo 2025 (ALLEGATO 8I_1)

OBIETTIVO RAGGIUNTO

8.1.2 – DONATORI DI CORNEA

Aggiornamento a Dicembre 2025: 50 donazioni di cornee. Si veda a tal riguardo riepilogo 2025 (ALLEGATO 8I_1)

OBIETTIVO RAGGIUNTO

9.1 – LISTE E TEMPI DI ATTESA

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 Delibera n. 373 del 10/07/2025 (ALLEGATO 9I_1) è stato approvato il Piano Attuativo per il recupero delle liste d’attesa, inserito nell’ambito dell’Accordo di committenza 2025–2027 con ASL AL, adottato con Delibera n. 321 del 19/06/2025 (ALLEGATO 9I_2) e della proposta di accordo committenza ASL AT e altre ASR (nota prot. 19431 del 25/07/2025 – ALLEGATO 9I_5)

L’Accordo disciplina l’integrazione delle convenzioni ambulatoriali e la programmazione dei volumi di ricovero per l’anno 2025, prevedendo un sistema strutturato di monitoraggio e verifica dei risultati.

Nell’ambito del tavolo tecnico interaziendale previsto dall’Accordo si sono svolti incontri istituzionali in data 29 luglio 2025, 21 ottobre 2025 e 23 dicembre 2025, nel corso dei quali sono stati analizzati i principali indicatori relativi alla mobilità passiva, ai volumi di produzione, ai tempi di attesa e all’appropriatezza delle prestazioni. Su proposta del supporto tecnico esterno è stata effettuata una mappatura delle attività, distinte tra alta e medio-bassa specialità, con l’obiettivo di individuare le aree di criticità, gli ambiti di eccellenza e le possibili azioni di miglioramento condivise.

Nel corso dell’ultimo incontro sono state condivise le risultanze delle analisi ed è stato definito un piano di miglioramento congiunto per l’anno 2026. Entrambe le Aziende hanno inoltre avviato specifiche analisi interne e iniziative mirate, che confluiranno in una presa in carico coordinata nel corso del prossimo anno

Con nota prot. 4925 del 17/02/2025 (ALLEGATO 9I_3) è stata inviata una relazione sintetica sulle azioni aziendali e sui risultati raggiunti relativamente a liste e tempi di attesa (ALLEGATO 9I_4)

OBIETTIVO RAGGIUNTO

9.1.2 – TEMPI DI ATTESA PER VISITE E PRESTAZIONI AMBULATORIALI PNGLA PER CLASSE DI PRIORITÀ 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

L’ALLEGATO 9I_1 riporta il dettaglio dei tempi di attesa delle prestazioni suddivise per classe di priorità. In estrema sintesi:

Tipologia di prestazioni erogate nei tempi limite classi U: 63/65 (Le due prestazioni oltre il limite sono per numeri non significativi)

Delle due erogate oltre i tempi limite 1 è in miglioramento rispetto al 2024

Tipologia di prestazioni erogate nei tempi limite classi B: tutte 65/65

Tipologia di prestazioni erogate nei tempi limite classi D: 44/65

Di quelle erogate oltre i tempi limite 12 sono in miglioramento rispetto al 2024

Tipologia di prestazioni erogate nei tempi limite classi P:59/65

Di quelle erogate oltre i tempi limite 4 sono in miglioramento rispetto al 2024

classe	Rispetto tempi	N° TOT PREST	%
U	63	65	97%
B	65	65	100%
D	44	65	68%
P	59	65	91%
TOT	231	260	89%

Considerando le 2 prestazioni U non allineate al tempo limite (lo sfioramento è riferito a prestazioni con numeri non significativi), la percentuale complessiva è del 90%

OBIETTIVO RAGGIUNTO

9.1.3 – TEMPI DI ATTESA PER RICOVERI PER CLASSI DI PRIORITÀ ABCD

RIDUZIONE E RISPETTO DEI TEMPI DI ATTESA PER RICOVERI PER CLASSI DI PRIORITÀ ABCD DI OGNUNO DEI SINGOLI DRG PIÙ RAPPRESENTATI

CLASSE	2019		2025	
	QTA	TA	QTA	TA
A	3.939	13,51	4.113	23,81
B	1.990	50,64	1.599	89,75
C	667	119,80	1.039	149,49
D	416	120,67	94	331,73
Totale complessivo	7.012	40,52	6.845	62,52

Si registra un aumento della produzione per l'attività programmata soprattutto per quanto riguarda le classi a maggior priorità-in maniera coerente al ruolo di hub- in cui sono tendenzialmente rispettati i tempi di attesa. L'aumento dell'alta complessità e priorità è andata a scapito delle patologie minori e a minor urgenza. Si segnala che se a tali valori si aggiungono anche gli interventi fatti in urgenza, il valore complessivo 2025 è superiore a quello 2019.

Sono stati assegnati alle strutture specifici obiettivi sia in termini di volumi produttivi sia di rispetto dei tempi di attesa, con un monitoraggio costante dei risultati.

L'Azienda ha avviato due direttrici strategiche finalizzate al contenimento dei tempi di attesa e al miglioramento

- 1) È in corso un progetto di revisione e ottimizzazione del percorso chirurgico finalizzato alla riduzione dei tempi di attesa e al rispetto delle classi di priorità. L'intervento prevede l'analisi dei pacchetti di esami preoperatori per tipologia di intervento, con l'obiettivo di garantirne l'appropriatezza ed eliminare eventuali esami non necessari, sulla base delle evidenze scientifiche aggiornate. Parallelamente si procede alla verifica e alla rimodulazione delle agende di visite ed esami di prericovero, adeguando gli slot ai volumi effettivi e migliorando la capacità di risposta. È prevista la standardizzazione della scheda di accesso al prericovero, attraverso l'introduzione di una modalità unica e semplificata di invio alla pianificazione chirurgica. Viene inoltre analizzato in modo sistematico il flusso operativo della pianificazione chirurgica e del prericovero, al fine di individuare criticità, ridurre passaggi ridondanti e ottimizzare i tempi di processo.
- 2) Implementazione di un algoritmo automatizzato di programmazione delle sedute operatorie che supporti i chirurghi nella individuazione dei pazienti da inserire in nota.

Per i principali DRG:

DRG	2019				2025			
	A	B	C	D	A	B	C	D
002 - Craniotomia, età > 17 anni senza CC	25,06	50,81	96,00		17,05	43,57	236,50	
012 - Malattie degenerative del sistema nervoso	9,63	5,06			2,73	5,50		
075 - Interventi maggiori sul torace	12,10	35,01	41,00	136,00	32,54	64,63	106,92	
087 - Edema polmonare e insufficienza respiratoria	6,40	8,40			4,68	23,60	110,57	
104 - Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	10,73	27,14	66,13	68,25	80,54	92,12		3,00
105 - Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	10,06	28,85	67,47	81,00	72,96	190,50		147,00
111 - Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC	13,77	60,71	69,00		39,26	52,00	11,95	87,67
125 - Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	21,26	31,83	86,67		16,29	37,84	83,00	
144 - Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC	16,29				1,92		7,00	
149 - Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	24,00	74,73	75,13	57,00	31,54	65,23	94,50	
256 - Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	5,29	10,78	72,00	62,00	4,00	12,21	149,67	112,40
311 - Interventi per via transuretrale senza CC	37,44	72,51	148,60		43,27	180,28	1347,00	
359 - Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	20,17	37,83	37,40	63,55	16,00	36,90	52,17	129,50
409 - Radioterapia	25,38	46,73		166,00	19,73	66,71	104,31	
481 - Trapianto di midollo osseo	6,74	39,00			2,95		30,00	
498 - Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	19,09	76,96	76,50	187,00	24,33	63,28	248,22	248,00
500 - Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	8,59	49,42	31,80		20,23	51,06	180,38	273,00
518 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	16,32	31,53	93,00		13,15	44,21	17,15	113,90
544 - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	18,40	73,28	153,89	277,00	13,39	70,07	173,01	368,58

558 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	17,42	47,31	62,00	57,00	7,45	44,75	71,00
--	-------	-------	-------	-------	------	-------	-------

Rispetto ai dati soprariportati, in riferimento al confronto con il 2019, preme sottolineare che l'informatizzazione e sistematizzazione delle agende di prenotazione dei ricoveri, ha impattato in maniera significativa sul monitoraggio dei tempi di attesa che oggi sono sicuramente sistematizzati e comprensivi di tutta la domanda programmata.

Inoltre nel post pandemia le linee chirurgiche hanno subito un impatto importante in termini di consistenza delle liste di attesa e di capacità di risposta, per lungo tempo inficiata dalla carenza di risorse infermieristiche al blocco operatorio.

10.1 – MIGLIORAMENTO DELLA PRODUZIONE

10.1.1 - NUMERO VISITE E PRESTAZIONI PNGLA > 2019

SUPERAMENTO PRODUZIONE ANNO 2025 VS 219 PER ALMENO IL 90% DI OGNUNA DELLE SINGOLE PRESTAZIONI PNGLA E COMUNQUE PRODUZIONE TOTALE MAGGIORE DEL 100%

Si registra un aumento della produzione del 15% rispetto al 2024, tra le migliori performance della Regione

L'**ALLEGATO 10I_1** riporta il dettaglio delle prestazioni PNGLA ed il confronto con il 2019.

Come già segnalato si sottolinea nuovamente quanto segue:

- Elettromiografia:** la Neurologia dell'AOU di Alessandria non eroga l'elettromiografia semplice (cod. 93.08.1) da diversi anni, in quanto ritenuta non rispondente alle esigenze diagnostiche; dall'anno 2018 viene richiesto ai MMG la prescrizione dello studio elettromiografico arto superiore (cod. 93.08.A) e dell'arto inferiore (cod. 93.08.B) poiché tali prestazioni contengono fino a 11 segmenti e quindi sostitutive della sola elettromiografia più singoli segmenti.
- Prima visita oculistica:** nel 2019 era attivo un accesso diretto per le prime visite. Tale offerta non è stata più riproposta dal 2020, per carenza di personale e perchè aveva alcune criticità. A partire dal 2023 è stato attivato il fast track oculistico, per dare risposta immediata agli accessi oculistici in PS. Ciò ha comportato un numero importante di visite oculistiche che però seguono il tracciato C2 e non rientrano tra le PNGLA
Prima visita ORL e ginecologica: valgono le stesse considerazioni di cui sopra relative all'attivazione dei percorsi fast trak che hanno comportato un aumento considerevole di visite effettuate con tale modalità.
- Prima visita ortopedica:** il 2025 registra un forte incremento rispetto al 2024 (+20%), che ha avvicinato il numero di prestazioni erogate ai dati di produzione 20219 (anno record per la produzione ortopedica)
- Prima visita pneumologica:** dato sostanzialmente allineato al 2019 (-2%)
- ECG:** sono cambiate le modalità di erogazione della prestazione, ora in massima parte offerta assieme alla visita cardiologica e non più rilevata a parte.
- TC del TORACE senza e con MDC:** da leggere unitamente alla prestazione TC del TORACE: produzione complessiva dei 2 esami superiore al 2019
- TC ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC, TC ADDOME SUPERIORE, TC ADDOME INFERIORE, TC ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC, TC ADDOME COMPLETO:** esami da leggere assieme: prestazioni complessive superiori al 2019
- TC cranio – encefalo e TC cranio – encefalo senza e con MDC:** da leggere assieme: prestazioni complessive superiori al 2019
- Ecografia addome completo, Ecografia addome inferiore, Ecografia addome superiore:** da leggere assieme: prestazioni complessive superiori al 2019
- Polipectomia e Colonscopia:** da leggere assieme: prestazioni complessive superiori al 2019

11. **RM:** il 2019 (anno di confronto) vedeva per l’AOU AL la presenza di un outsourcing che gestiva in toto l’attività delle risonanze. Il valore prodotto all’epoca, quindi, non è confrontabile con il 2025. La produzione 2025 di RM ha registrato un importante incremento rispetto al 2024 (+34%). Si chiede quindi di valutare positivamente tale andamento in forte crescita.

Alla luce delle considerazioni di cui sopra, quindi, non solo si registra un incremento complessivo rispetto al 2019 delle PNGLA (+15%), ma anche singolarmente (con le osservazioni di cui sopra) l’incremento è presente nel 90% delle prestazioni.

OBIETTIVO RAGGIUNTO

10.1.2 – SVILUPPO DEL PERCORSO DEL PAZIENTE CHIRURGICO

L'AOU ha avviato da tempo un percorso di riorganizzazione e informatizzazione del percorso chirurgico, definito all’interno del regolamento dedicato. Ha sviluppato un sistema informativo evoluto di monitoraggio delle liste di attesa e dell’utilizzo della capacità produttiva, ha definito il sistema di governance e sta procedendo alla costruzione di un algoritmo automatizzato di programmazione chirurgica e di revisione del percorso del prericovero. Fa parte delle aziende pilota al tavolo ministeriale di gestione del paziente chirurgico.

L’Azienda Ospedaliera-Universitaria di Alessandria, ha revisionato il proprio modello organizzativo per migliorare l’efficienza allocativa e l’efficienza operativa, garantendo un corretto scorrimento delle liste di attesa rispetto ai criteri di priorità in coerenza con le indicazioni regionali e il PNGLA.

É stato introdotto un nuovo modello organizzativo di Governance dei blocchi operatori, con l’istituzione di tre gruppi di lavoro multiprofessionali a livelli diversi di responsabilità, nell’ottica di gestire le lunghe liste di attesa createsi, le conseguenti difficoltà nel rispetto dei tempi di attesa previsti e le difficoltà di aderenza ai criteri condivisi in materia di recupero delle liste di attesa post pandemia.

In questo contesto, il valore aggiunto è dato dalla possibilità di attingere alle informazioni in ogni momento, tramite un sistema di Business Intelligence che permette la consultazione di un cruscotto informatizzato riportante il dettaglio delle liste di attesa suddivise per specialità, classe di priorità, classe di complessità, score, tempo di attesa, stato di avanzamento all’interno del percorso e che garantisce pertanto un monitoraggio continuo e aggiornato in ogni fase del percorso.



L'introduzione di un modello organizzativo condiviso di Governance dei blocchi operatori ha visto l'istituzione di tre gruppi di lavoro multiprofessionali (gruppo strategico, gruppo di programmazione e gruppo operativo), esplicitati all'interno del regolamento dei Blocchi Operatori.

Tale modello organizzativo garantisce l'uniformità di gestione del percorso de paziente chirurgico tramite l'utilizzo di un unico applicativo.

La manutenzione straordinaria delle liste di attesa ha visto inoltre la totale eliminazione delle agende cartacee.

Infine sono stati tracciati specifici indicatori, grazie all'introduzione di un nuovo cruscotto di monitoraggio su Database aziendale di facile interpretazione e navigabile in ogni sua parte.

Elemento per noi rilevante e indispensabile è stato infatti lavorare sull'aumento del livello informativo che avevamo, quindi dei dati e degli indicatori che abbiamo relativamente al percorso.

Relativamente alla garanzia di trasparenza ed equità di accesso, il RUA, identificato dal Direttore Sanitario, ha la responsabilità di potenziare il controllo centralizzato delle liste di attesa. A tal fine vigila sulle attività, presidiando il sistema informatizzato di gestione dell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato al fine di garantire:

- una gestione totalmente informatizzata delle agende di prenotazione;
- la definizione dei criteri di priorità per l'accesso secondo modalità coerenti rispetto alle indicazioni regionali e correnti con il PNGLA;
- il superamento delle criticità in materia di liste di attesa.

È stato implementato inoltre un unico applicativo per la gestione del percorso del paziente chirurgico, che permette semplificazione, trasparenza, governo e monitoraggio del percorso, favorendo la programmazione delle sale operatorie con 3 settimane di anticipo e un conseguente efficientamento dei pericoveri oltre a supportare una corretta gestione e rendicontazione di tutte quelle prestazioni associate a dema e erogate in sala operatoria e di quei pacchetti prestabiliti e condivisi a livello territoriale, che includono più prestazioni.

All'interno del cruscotto di Business Intelligence avviene il monitoraggio costante delle liste d'attesa chirurgiche, dove ogni reparto vede il dettaglio dei propri pazienti, la consistenza della propria lista, associati ad una serie di fumetti che in maniera visual riportano il particolare dei pazienti in lista, lo score medio, quante posizioni di lista sono monitorate dal PNGLA in classe A e B e quante di queste sono scadute, oltre alle tempistiche di attesa nelle rispettive classi di priorità.



Sono stati implementati e tracciati (oltre ad essere costantemente monitorati e costituire obiettivi di budget per le strutture) tutti gli indicatori ministeriali (tra cui lo score chirurgico, quale criterio di priorità), grazie all'introduzione di

un nuovo cruscotto di monitoraggio su Database aziendale di facile interpretazione e navigabile in ogni sua parte.

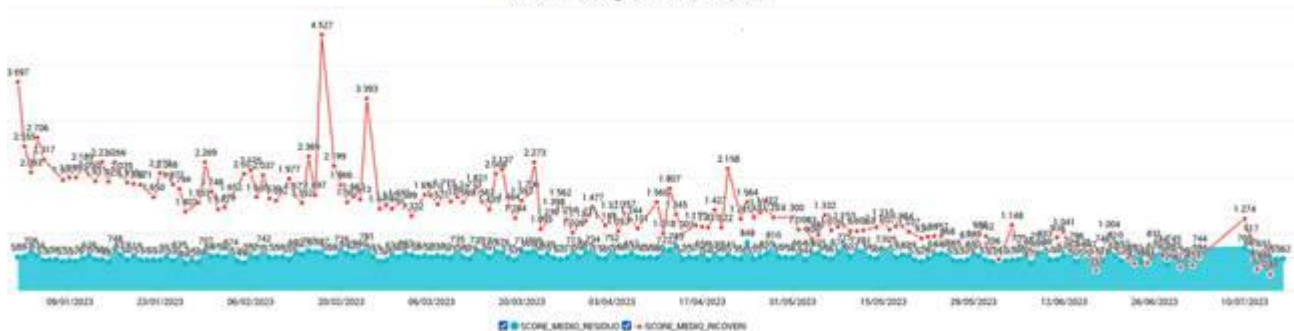
Indicatori di Volume e Occupazione										
IDC	Reporto	n. ale	Minuti Sic	Interventi	Programmi	Tasso Occupazione Orario	uso Occupazione Totale	TouchTime	Tempo a Valore	Tempo Fidei Chirurgia
3003	Otomediastinologia OC	235	99.066	1.177	1.336	85,17	98,16	1,16	0,52	44
3001	Neurochirurgia	305	155.369	798	1.036	94,23	97,93	1,37	0,57	111
0701	Cardiochirurgia	309	141.660	442	459	99,32	95,08	1,23	0,69	220
1401	Chirurgia vascolare	105	67.530	290	279	90,11	94,47	0,98	0,56	131
3601	Ortopedia e traumatologia	393	158.699	1.222	1.547	81,71	93,80	1,37	0,50	65
4301	Urologia	209	92.700	552	679	84,45	93,46	1,12	0,50	84
1201	Chirurgia Plastica e ricostruttiva	140	46.200	356	544	83,76	91,37	1,00	0,62	52
0902	Chirurgia Generale e indirizzo oncologico	255	137.159	600	663	83,57	88,30	1,33	0,56	128
1301	Chirurgia toracica	179	78.420	304	406	79,36	85,86	1,09	0,40	82
0906	Centro Senologico	97	34.220	240	238	78,12	84,75	0,93	0,54	77
1101	Chirurgia pediatrica	221	86.400	876	858	91,16	76,80	0,91	0,45	44
3401	Oculistica	220	74.010	2.683	2.864	73,57	75,32	0,97	0,57	16
3701	Otologia e Otorinolaringoiatria	191	71.642	421	340	67,29	79,37	0,96	0,41	69
		3.296	1.387.649	12.021	13.400	83,62	85,52	1,11	0,52	60

Indicatori di Utilizzo															
IDC	Reporto	Ingressi Ritardati	Tempo Medio Ingresso Ritardato	Mediana Ingressi Ritardati	Max per prima eccezione	Storamenti	% Storamenti	Tempo Medio Storamenti	Mediana Storamenti	Caselli con GG nel	Tempo Medio Caselli	Mediana Caselli	Fine Accusato	% Fine Accusato	Almeno Mod. Ingresso Anticipato

Indicatori di Programmazione									
IDC	Reporto	Previsato	Utilizzato	Delta	Capacità di Programmazione	Programmi	Interventi Sallati	% Interventi Sallati	Interventi in Sale Lit
		41.364	45.486	4.122	-9,97	128	32	25,00	6
		28.310	36.927	8.617	-30,44	164	14	8,54	0
		7.267	7.836	569	-8,11	61	4	6,56	0
		9.332	11.123	1.791	-19,19	114	6	5,26	0
		18.260	17.905	-355	1,94	92	7	7,61	1
		25.231	29.365	4.134	-16,48	121	4	3,31	0
		41.967	46.870	4.903	-11,68	210	16	7,62	2
		15.544	15.865	321	-2,07	800	44	5,50	0
		21.382	23.876	2.494	-11,66	144	18	12,50	0
		18.922	19.076	154	-0,81	129	7	5,47	2
		23.994	27.406	3.412	-14,22	369	44	11,92	1
		22.716	27.667	4.951	-21,80	119	9	7,56	0
		285.650	311.944	26.294	-9,20	2.652	220	8,30	12

Il cruscotto, oltre a fornire specifici dati relativi al percorso, genera anche ALERT automatici che evidenziano le criticità. Tra i vari report consultabili vi è quello relativo allo score, elemento introdotto dalle linee guida ministeriali e regionali, utilizzato come criterio aggiuntivo da prendere in considerazione per la definizione delle sedute operatorie. Questo indice tiene infatti in considerazione la classe di Priorità oltre alla data di inserimento in lista d’attesa, coniugando sia l’aspetto di urgenza, sia l’aspetto temporale.

Andamento giornaliero score



E’ disponibile inoltre, un report di monitoraggio relativo ai prericoveri; il paziente va a prericovero solo quando ha una data presunta di intervento per evitare che vi siano pazienti “pronti” senza una data presunta, incorrendo quindi nel rischio di prericoveri scaduti. Il report ci consente di visualizzare quali pazienti hanno già effettuato il prericovero, quali sono in scadenza e quali sono on time.

È stato recentemente progettato un sistema informatizzato per la programmazione delle sedute operatorie, strutturato su due livelli: pianificazione strategica (Macro), corrispondente alla definizione del Master Surgical Schedule, e schedulazione settimanale (Micro).

La soluzione proposta ottimizza l’intero percorso del paziente chirurgico attraverso un sistema di supporto alle decisioni, utile sia a livello strategico sia operativo. La pianificazione Macro assegna in modo razionale le sale operatorie alle unità operative, mentre la pianificazione Micro organizza l’inserimento dei pazienti nelle sedute, massimizzando l’utilizzo

delle risorse e rispettando priorità cliniche. Il sistema definisce vincoli, obiettivi e variabili configurabili dall'Azienda, adattandosi nel tempo alle esigenze organizzative e alla disponibilità di personale, sale e posti letto. La proposta Macro viene validata dal Gruppo Strategico, mentre la pianificazione Micro genera programmi operatori ottimizzati basati su liste d'attesa, priorità, durata degli interventi e fabbisogni assistenziali. Una schedulazione settimanale aggiorna automaticamente le modifiche derivanti dal prericovero. Il sistema, pur lasciando alle specialità la responsabilità finale, supporta decisioni complesse.

OBIETTIVO RAGGIUNTO

10.1.3 - NUMERO RICOVERI / DRG PER CLASSI 1,2,3 > 2019

SUPERAMENTO DELLA PRODUZIONE ANNO 2025 VS 2019 PER ALMENO IL 95% DI OGNUNO DEI SINGOLI RICOVERI DRG PIÙ RAPPRESENTATI E COMUNQUE PRODUZIONE TOTALE MAGGIORE DEL 100% -->

CLASSE	2019	2025	DELTA
1	3.070	3.142	72
2	4.000	4.295	295
3	4.368	4.030	-338
Totale	11.438	11.467	29

La produzione 2025 ha superato quella del 2019 e si evidenzia come questo sia relativo soprattutto alle classi di complessità maggiori, coerenti con il ruolo di hub e maggiormente assorbenti risorse di sala operatoria.

Per i principali drg:

DRG	2019	2025	DELTA %
494 - Colectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	53	169	218,87%
518 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	117	230	96,58%
075 - Interventi maggiori sul torace	158	279	76,58%
042 - Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	142	236	66,20%
219 - Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	104	171	64,42%
211 - Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	127	162	27,56%
104 - Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	276	351	27,17%
311 - Interventi per via transuretrale senza CC	172	210	22,09%
105 - Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	148	175	18,24%
266 - Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	370	420	13,51%
498 - Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	231	254	9,96%
544 - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	385	408	5,97%
558 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	282	292	3,55%
538 - Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	173	179	3,47%
340 - Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	167	171	2,40%

060 - Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	296	266	-10,14%
002 - Craniotomia, età > 17 anni senza CC	195	167	-14,36%
359 - Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	321	263	-18,07%
557 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	596	400	-32,89%
169 - Interventi sulla bocca senza CC	759	418	-44,93%

E il dettaglio con le classi di priorità

	2019						2025					
	URG	A	B	C	D	Totale	URG	A	B	C	D	Totale
1	1.215	937	751	134	33	3.070	1.261	1.368	341	133	39	3.142
2	1.091	1.013	966	334	596	4.000	1.196	827	1.376	825	71	4.295
3	349	753	1.108	1.234	924	4.368	376	1.076	1.156	1.255	167	4.030
Totale	2.655	2.703	2.825	1.702	1.553	11.438	2.833	3.271	2.873	2.213	277	11.467

OBIETTIVO RAGGIUNTO

11.1 – APPROPRIATEZZA DELLE VISITE E DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

11.1.1 – PRESENZA DI PROGETTO AZIENDALE ANNUALE DI VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA SECONDO IL MODELLO AUDIT – FEEDBACK

Nel 2025 l'AOU AL ha avviato un progetto annuale di appropriatezza, in linea con i criteri RAO. Con Delibera n. 557 del 24/10/2025 (**ALLEGATO 111_3**) è stato istituito il Gruppo di Lavoro Aziendale per l'Appropriatezza, che coordina audit sulle prescrizioni interne ed esterne tramite Schede RAO.

- Gen–Feb 2025: analizzate 13.716 ricette da specialisti AOU AL; priorità generalmente adeguate, ma quesito diagnostico spesso carente e priorità elevate non sempre motivate.
- Mar–Apr 2025: audit su 13.384 ricette (72% del totale); confermate criticità nel quesito diagnostico e nella distinzione tra primo accesso e controllo, con priorità non sempre giustificate.
- Mag 2025: audit su 1.364 prestazioni su 23.278 ricette MMG; emerse criticità su priorità e tipologia di accesso, con controlli classificati come primo accesso e utilizzi inappropriati della RM muscolo-scheletrica.
- Nov 2025: avviati incontri con prescrittori per condividere criticità e definire azioni di miglioramento; il Gruppo di Lavoro prosegue con monitoraggi e standardizzazione.

E' stato istituito tavolo di lavoro interaziendale con ASL AL per gestire audit & feedback a livello di area.

Con DGR 26-801/2025/XII DEL 17 FEBBRAIO 2025 ACCORDO DI COMMITTENZA EX ART. 8 QUINQUIES D.LGS. N. 502/1992 CON ASL AL, all'Art. 6, le parti hanno istituito un tavolo di monitoraggio e di verifica, con compiti di valutare, in termini di appropriatezza, la produzione di cui all'accordo di committenza.

A seguito di ulteriori indicazioni Regionali è stato poi ridefinito l'Accordo di committenza con l'ASL AL per il triennio 2025–2027 (Delibera n. 321 del 19/06/2025).

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.

Su proposta del supporto tecnico esterno individuato, è stata effettuata una mappatura degli aspetti sopra indicati, raggruppati per alta e medio-bassa specialità con lo scopo di individuare le aree critiche, quelle di eccellenza e le azioni comuni di miglioramento.

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.

Per quanto riguarda l’appropriatezza prescrittiva, infatti, entrambe le Aziende hanno avviato specifiche analisi e iniziative, che confluiranno in una presa in carico congiunta nel corso del 2026.

Di seguito si riporta il piano operativo per l’appropriatezza prescrittiva dell’AOU AL.

Le azioni operative previste includono:

- monitoraggio periodico dei tempi di attesa e rimodulazione delle agende per le prestazioni critiche.
- implementazione di criteri di governance della domanda per ridurre le prestazioni non appropriate.
- riduzione delle prescrizioni non appropriate tramite analisi periodica a campione e confronto con i medici.
- utilizzo e aggiornamento degli indicatori di monitoraggio per valutare consumi, ripetizioni esami e priorità RAO.

Infine con nota prot. 32835 del 29/12/2025 (**ALLEGATO 11I_1**) è stato trasmesso il Piano aziendale su appropriatezza (**ALLEGATO 11I_2**)

OBIETTIVO RAGGIUNTO

11.1.2 – NUMERO DI PRESTAZIONI EROGATE PER LA POPOLAZIONE RESIDENTE IN RAPPORTO AL VALORE DI CONSUMO DI RIFERIMENTO REGIONALE

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%	-8,8%

ASL RES: 213 - A.S.L. AL					
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

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

OBIETTIVO RAGGIUNTO

12.I – GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

12.I.1 – NUMERO AZIONI DI COMPETENZA AZIENDALE PREVISTE NEL PRRC

AZIONI IMPLEMENTATE >90%

Tutte le azioni previste nel PRRC sono in carico e monitorate dalla DMP funzione rischio clinico con il supporto dell'IFO DIPSA, come si evince dalla relazione inviata dal Risk Manager con prot 2718 del 28/01/2026 (ALLEGATO 12I_1).

OBIETTIVO RAGGIUNTO

12.I.2 – CORRETTO ADEMPIMENTO AL DEBITO INFORMATIVO RELATIVO AL FLUSSO SIMES

L'obiettivo prevede come indicatore l'adempimento da parte delle Asr del debito informativo nei termini di cui al DM 43079 dell'11.12.2009 secondo gli indicatori di cui alla DGR 7-8279/2024/XI dell'11/3/2024.

In particolare, verrà valutata la corretta e puntuale alimentazione del flusso SIMES in relazione ai seguenti indicatori:

- inserimento dei sinistri entro 30 gg. dalla richiesta
- completa compilazione dei campi significativi ("Contesto di riferimento" – "Disciplina" – "Importo riservato" aggiornato almeno semestralmente)

Posizione aggiornata in tempo reale dell'applicativo SIMES nel rispetto dei criteri di compilazione forniti dalla regione che dovrebbe mandare un report di conferma

OBIETTIVO RAGGIUNTO

13.I – MONITORAGGIO E GARANZIA LEA – SISTEMA NSG

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 si riportano i dati condivisi da ASL AL

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%

13.1.1 – INDICATORI 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	16,88	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/tracciati 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^a 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 AREA OSPEDALIERA

Si riportano di seguito i dati relativi all'area ospedaliera di AOU

INDICATORE	2024	2025
	VALORE tot	VALORE
H02Z PROPORZIONE INTERVENTI PER TUMORE MALIGNO DELLA MAMMELLA	170	163
H05Z PROPORZIONE COLECISTECTOMIE LAPARO CON DEGENZA <3 GIORNI	79,63	73,08
H13C PERCENTUALE PAZIENTI CON FRATTURA DI FEMORE OPERATI ENTRO 2 GIORNI	63,21	87,93
H18C PROPORZIONE PARTI CESAREI PRIMARI	16,63	18,91

di seguito quanto rilevato e fornito da ASL AL per tutta la provincia

		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 c on volume di attività superiore a 150 (c on 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 colecistectomie 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	↓	

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.

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 ^a 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" di cui si riporta l'esito in sintesi:

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'ASL di Alessandria.

14.1 – RECUPERO MOBILITA' PASSIVA

14.1.1 - DOCUMENTO DI ANALISI DI MOBILITA' SANITARIA PER DEFINIRE AZIONI DI MIGLIORAMENTO, POTENZIARE OFFERTA SANITARIA PER RIDURRE LA MOBILITA' PASSIVA E INCENTIVARE QUELLA ATTIVA

Sono state effettuati incontri e predisposte relazioni di area Piemonte sud est di analisi mobilità e individuazione correttivi, anche nello specifico per l'età pediatrica.

Con nota prot. n. 7708 del 03/02/2026 (**ALLEGATO 14I_1**), la ASL CN2 inviava, in nome e per conto di tutta l'Area:

- macro analisi della mobilità attiva extra regionale dell'Area Omogenea Piemonte Sud nell'anno 2024;
- specifiche delle progettualità della AOU di Alessandria e dall'ASL di Alessandria.

OBIETTIVO RAGGIUNTO

14.1.2 – EVIDENZA DI INCREMENTO DELLE ATTIVITÀ A LIVELLO AZIENDALE E DI QUADRANTE NELLE AREE DI OFFERTA CONNESSE CON LA MOBILITÀ PASSIVA

Obtv collegato alla predisposizione del documento di cui al sub obtv 14.1.1

15.I – ACCORDI CONTRATTUALI TRA ASL E AOU

È stato definito l'accordo contrattuale con l'ASL AL (Delibera n. 321 del 19/06/2025 – Accordo di committenza con ASL AL 2025–2027). Nell'ambito di tale accordo si sono già svolti due incontri, il 29 luglio 2025 e il 21 ottobre 2025. (ALLEGATO 9I_2). Durante le riunioni sono stati analizzati i dati di produzione relativi ai ricoveri e all'attività ambulatoriale, i dati di mobilità passiva ed è stata impostata una proposta di piano di miglioramento. Inoltre, l'ASL AL ha trasmesso alla Regione la bozza dell'Accordo di committenza ex art. 8 quinquies D.Lgs. 502/92 – Accordo quadro – Area sovrazonale Piemonte Sud-Est. (nota prot. 0019782 del 30/07/2025 – ALLEGATO 15I_1)

16.I – GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

16.I.1 – CORRETTA COMPILAZIONE FLUSSO REGIONALE OPESSAN

Flusso regolarmente alimentato e monitorato

OBIETTIVO RAGGIUNTO

16.I.2 – CORSO DI FORMAZIONE INFEZIONI OSPEDALIERE

NUMERO FORMATI RELATIVAMENTE AI MODULI A+B+C+D AL 31/12/2025 PARI AL 92% DEL TARGET AZIENDALE ATTESO FINALE AL 30 GIUGNO 2026

Corsi in via di effettuazione.

Di seguito il personale formato al 31/12/2025:

Modulo	Numero di partecipanti	Target previsto
A	1.422	–
B + C	1.259	1.125
D	15	–

OBIETTIVO RAGGIUNTO

16.I.3 – CORSO DI FORMAZIONE MANAGERIALE

FORMAZIONE PNRR – CORSO DI FORMAZIONE MANAGERIALE – NUMERO FORMATI PARI AL 75% DEL TARGET REGIONALE ATTESO AL 31 MARZO 2026(302)

Corsi effettuati. I formati rendicontabili, titolari di codice assegnato dalla Regione sono in totale 104 (target previsto=101). Risultano formati inoltre 4 "sostituti".

I formati, tutti titolari di codice, appartenenti alla nostra Azienda sono 9.

OBIETTIVO RAGGIUNTO

17.1 – INTERVENTI IN EDILIZIA SANITARIA

N° INTERVENTI CON ATTIVITÀ COMPLETATE NEL 2025/N° INTERVENTI TOTALI PROGRAMMATI IN ANNO 2025 = 100%

La DD 244/A1400B/2025 del 23/04/2025 ha individuato gli obiettivi specifici per le ASR in materia di edilizia sanitaria. Per AOU AL è stato individuato il seguente obiettivo:

- Lavori di riordino e riqualificazione del complesso ospedaliero Cesare Arrigo di Alessandria – Stralcio afferente al completamento del lotto 2: Trasmissione relazione per aggiornamento programmazione entro 30/06/2025

Con nota prot. 10743 del 17/04/2025 è stata inviata in Regione una prima relazione sull'aggiornamento della richiesta di finanziamento 2° lotto a seguito autorizzazione ad acquisto RM per il presidio infantile.

Relativamente all'Ospedale Infantile ci sono varie linee di intervento per la sua riqualificazione.

- Nuovo Blocco Operatorio; Per il progetto è stato rilasciato dal Comune di Alessandria il PdC n. 93 del 02/07/2024 (Ns. Prot. 17144 del 11/07/2024); Parere positivo con prescrizioni rilasciato dal Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco di Alessandria del 11/10/2023 (Ns. prot. 26013 del 12/10/2023) e Parere favorevole alla fattibilità rilasciato con prescrizioni dal Dipartimento prevenzione della ASL di Alessandria (prot. ASL AL n. 61642/24 del 07/06/2024); L'attività di verifica del progetto definitivo eseguita dalla CONTECO Check S.r.l. si è conclusa con esito positivo come da Rapporto Conclusivo (PEC del 05/09/2024, Ns. prot. ingresso 21383 del 05/09/2024). Il progetto è stato validato dal Responsabile del procedimento in data 19/09/2024 (Ns. prot. 22583 del 20/09/2024) ed approvato con Deliberazione del Direttore Generale AOU AL n. 533 del 31/10/2024. Con nota Prot. n. 26859 del 06/11/2024, la Delibera di approvazione e gli elaborati progettuali sono stati trasmessi a SCR Piemonte S.p.A. per i successivi adempimenti di competenza, definiti nella convenzione sottoscritta in data 26/06/2024 ns. prot. 16105 del 27/06/2024. Successivamente all'approvazione di Novembre 2024, in data 21 Novembre 2024 si è tenuto, presso la Direzione Generale di AOU AL, un incontro tra i professionisti che hanno curato la progettazione dell'Opera e che cureranno la Direzione dei Lavori e la Società di Committenza Regionale che curerà la selezione dell'Operatore Economico che realizzerà l'Opera così da avere una interpretazione autentica dei documenti progettuali. Al momento SCR – in contatto continuo con l'AOU AL - sta provvedendo agli adempimenti necessari per la redazione dei documenti necessari al bando di gara.

Considerato il tempo intercorso dalla redazione del progetto, è risultato necessario – prima di avviare le procedure di selezione del privato contraente cui affidare la progettazione esecutiva e l'esecuzione dell'opera - procedere ad un aggiornamento del progetto, in particolare per quanto attiene i prezzi posti a base delle stime. Il progetto definitivo dell'intervento con prezzi aggiornati e revisionato con lo stralcio dei lavori di realizzazione della nuova Family Room e di parte delle forniture, inseribili quali opere "opzionali" da finanziare con le eventuali economie che emergessero a seguito di aggiudicazione, è stato formalmente trasmesso dalla Main Management e Ingegneria S.r.l. con PEC del 14/05/2025 ed è stato acquisito dalla Azienda Ospedaliero Universitaria con protocollo in entrata n. 12775 del 15/05/2025. Il progetto definitivo nella sua versione consolidata a seguito di confronto tra l'Operatore Economico incaricato della progettazione e l'Operatore

Economico incaricato delle verifiche, consistente negli elaborati progettuali revisionati ai fini del recepimento delle note dei verificatori, sottoscritti dai progettisti, sono stati trasmessi dal team di progettazione con PEC del 17/06/2025 (Ns. prot. ingresso n. 15893 del 18/06/2025) ed inoltrati ai verificatori con PEC del 18/06/2025 (Ns. prot. uscita n. 15916 del 18/06/2025). Il Responsabile Unico del Progetto ha proceduto alla validazione del progetto in data 25/06/2025 (Ns. prot. n. 16547 del 25/06/2025). L'importo complessivo dell'intervento come da quadro economico è pari a € 7.743.274,61. Il progetto definitivo è stato approvato con Deliberazione del Direttore Generale AOU AL n. 355 del 26/06/2025 avente ad oggetto "*Lavori di realizzazione del nuovo blocco operatorio del padiglione U. Bosio dell'ospedale infantile "C. Arrigo" di Alessandria; Approvazione del progetto definitivo revisionato per aggiornamento dei prezzi - CUP: 2C19000060003. Importo complessivo del progetto € 7.743.274,61.*". La Deliberazione e l'intero progetto definitivo sono stati trasmessi a SCR Piemonte S.p.A con nota prot. 17226 del 03/07/2025 per gli adempimenti di competenza. Con propria determinazione n. 306 del 24-09-2025 SCR Piemonte S.p.A ha proceduto ad approvare i documenti di gara per la selezione del privato contraente cui affidare la progettazione esecutiva e la realizzazione dell'opera. Il Bando è stato pubblicato sulla GUUE il giorno 26/09/2025. Attualmente la commissione di gara nominata da SCR Piemonte S.p.A sta procedendo alla valutazione delle offerte pervenute.

- Miglioramento sismico; I lavori sono stati avviati a Dicembre 2023 ed attualmente sono in corso; si prevede di ultimarli nel secondo trimestre 2026. Previa messa in sicurezza degli impianti esistenti ed eliminazione di quelli non più funzionali, risultano concluse le opere di rinforzo in fondazione che hanno previsto lo sbancamento totale del piano esistente, la realizzazione di una unica piastra in c.a. in grado di collegare i plinti inizialmente isolati e la realizzazione di setti di controvento fondati su pali. Risulta conclusa la realizzazione del "vespaio aerato" realizzato con "igloo". Il ringrosso dei pilastri risulta concluso in tutto l'edificio; Risultano concluse le opere di "antiribaltamento" delle tamponature perimetrali ed è stato anche rimosso il ponteggio realizzato perimetralmente quale contrafforte per contenere la muratura in fase di lavorazione. Le opere strutturali possono definirsi sostanzialmente concluse ed in fase di verifica e collaudo. Sono in corso i ripristini impiantistici e le opere di finitura.
- Intervento definito <<Lavori di riordino e riqualificazione del complesso ospedaliero "Cesare Arrigo" di Alessandria, stralcio afferente al completamento del lotto 2 - CUP: H32C23000290001>> per il quale è stato approvato con Deliberazione del D.G. n. 587 del 21/12/2023 il progetto di prefattibilità per un importo complessivo di € 9.250.000,00; documentazione trasmessa in Regione con nota prot.32905 del 29.12.2023.

Dal momento in cui fu approvato il progetto di prefattibilità sopra richiamato, è sorta l'esigenza di introdurre presso l'Ospedale Infantile Cesare Arrigo una nuova RM 1,5T. L'intervento necessario per la nuova RM prevede l'esecuzione dei lavori edili ed impiantistici per l'adeguamento di un'area di circa 310 mq al piano rialzato dell'Ospedale infantile di Alessandria, oltre che la fornitura e posa della stessa macchina, arredi ed attrezzature. L'area dovrà essere concepita e realizzata per accogliere una risonanza magnetica per pazienti in età pediatrica, prevedendo oltre alla sala RM e gli ordinari locali accessori, anche una "sala induzione" ed una "sala risveglio" per permettere l'esecuzione della prestazione a pazienti sedati. Dovrà essere interamente realizzata la rete di alimentazione elettrica, potenziando la linea sino alla cabina di fornitura; interamente rifatto l'impianto aeraulico per adeguarlo alla nuova destinazione dei locali con il potenziamento della fornitura dei fluidi

refrigerati e riscaldati; previsti rinforzi strutturali per adeguare le strutture ai nuovi carichi indotti dalla macchina. I lavori interesseranno un'area attualmente adibita ad altre attività di complessivi 310 mq. L'acquisto della Risonanza Magnetica sarà finanziato dalla Fondazione Uspidalet, mentre le altre spese dovranno trovare differente copertura.

Per l'introduzione della nuova macchina, la Cabina di Regia HTA, nella seduta del 18 dicembre 2024, ha espresso parere favorevole condizionato (Prot. AOU AL n. 3919 del 10/02/2025) atteso che la nuova macchina trova giustificazione tenuto conto della peculiarità della Struttura e la sua collocazione nella Rete pediatrica regionale, che opera come riferimento nello specifico setting assistenziale per quanto riguarda la gestione delle patologie della età evolutiva nel quadrante sud-est della Regione Piemonte.

Il parere favorevole risulta condizionato alla trasmissione alla Direzione Sanità della Regione Piemonte di un piano congiunto interaziendale tra l'AOU AL e l'ASL AL per rispondere in modo integrato, oltre che alle attività ordinarie e in emergenza-urgenza, anche alla riduzione delle liste di attesa e al recupero della mobilità passiva, sempre assicurando l'appropriatezza delle prestazioni erogate.

Piano congiunto trasmesso con nota a firma del Direttore Generale ASL AL e Direttore Generale AOU AL in data 13/03/2025, (Prot. AOU AL n. 7341 del 13/03/2025).

Considerato il quadro economico approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 587 del 21/12/2023, per un importo di € 9.250.000,00, ed i nuovi costi necessari per realizzare il nuovo sito di risonanza atto ad accogliere la macchina, il costo complessivo per il completamento del lotto 2 si assesterebbe ad € 11.250.000,00.

Valutando la situazione favorevole di poter realizzare la nuova area risonanza in concomitanza con le altre opere di riqualificazione, l'importo attualmente necessario per la realizzazione dei Lavori di riordino e riqualificazione del complesso ospedaliero "Cesare Arrigo" di Alessandria, stralcio afferente al completamento del lotto 2 può essere stimato in € 11.000.000,00.

Informazioni queste trasmesse con nota prot. 10743 del 17/04/2025 (ALLEGATO 17I_1).

Si è proceduto quindi all'aggiornamento del progetto prefattibilità dei <<Lavori di riordino e riqualificazione del complesso ospedaliero "Cesare Arrigo" di Alessandria, stralcio afferente al completamento del lotto 2- CUP: H32C23000290001>>. Progetto approvato con Deliberazione del Direttore Generale AOU AL n. 575 del 27/10/2025 e trasmesso agli uffici regionali con nota Ns. prot. 27261 del 28/10/2025 (ALLEGATO 17I_2)

OBIETTIVO RAGGIUNTO

18.I – FLUSSI INFORMATIVI IN AMBITO FARMACEUTICO

18.I.1 – FARMACI UTILIZZATI PER INDICAZIONI INNOVATIVE A REGISTRO DI MONITORAGGIO AIFA : N° CONFEZIONI A REGISTRO AIFA / NUMERO CONFEZIONI RILEVABILI DAI FLUSSI (DD E FILE F)

100% DI CORRETTO UTILIZZO DEI REGISTRI DI MONITORAGGIO AIFA

Dispensazioni di Farmaci con Innovatività Piena raffronto con volume rilevato da FileF**				
AZIENDA DI DISPENSAZIONE	N.ro confezioni Gennaio - Dicembre 2025 - Registro AIFA Farmaci Innovatività Piena *** (A)	N.ro confezioni Gennaio - Dicembre 2025 - Flusso FileF (farmaci con indicazione Innovatività Piena*) (B)	Delta Assoluto C = (A-B)	Rapporto Registro AIFA vs FileF D = (A/B)
907 - AZIENDA OSP. S.ANTONIO BIAGIO/ARRIGO	1.380	1.380	0	100%
Valore Regionale	25.537	25.728	-190	99%

OBIETTIVO RAGGIUNTO

18.I.2 – FARMACI A REGISTRO DI MONITORAGGIO AIFA CON MEA ATTIVO E CON TUTTE LE INDICAZIONI RIMBORSATE SOTTOPOSTE A REGISTRO N° CONFEZIONI A REGISTRO AIFA / NUMERO CONFEZIONI RILEVABILI DAI FLUSSI (DD E CO)

100% DI CORRETTO UTILIZZO DEI REGISTRI DI MONITORAGGIO AIFA

AZIENDA DI DISPENSAZIONE	N.ro confezioni Gennaio - Dicembre 2025- Mea attivi (A)*	N.ro confezioni Gennaio - Dicembre 2025- Flusso informativo DD e Consumo Ospedaliero (B)**	Delta Assoluto C = (A-B)	Rapporto D = (A/B)
907 - AZIENDA OSP. S.ANTONIO BIAGIO/ARRIGO	5	5	0	100%
Valore Regionale	505	521	-16	97%

OBIETTIVO RAGGIUNTO

18.I.3 – FARMACI PER INDICAZIONI INNOVATIVE CONDIZIONATE A REGISTRO DI MONITORAGGIO AIFA E ANTIBIOTICI DI CUI ALLA LEGGE DI BILANCIO 2025/ NUMERO CONFEZIONI RILEVABILI DAI FLUSSI (DD E CO) (AGGIORNAMENTO A NOVEMBRE)

100% DI CORRETTO UTILIZZO DEI REGISTRI DI MONITORAGGIO AIFA

Dispensazioni di Farmaci con Innovatività Condizionata e Antibiotici Reserve raffronto con volume rilevato da FileF**				
AZIENDA DI DISPENSAZIONE	N.ro confezioni Gennaio - Dicembre 2025 - Registro AIFA *** (A)	N.ro confezioni Gennaio - Dicembre 2025 - Flusso FileF * (B)	Delta Assoluto C = (A-B)	Rapporto Registro AIFA vs FileF D = (A/B)
Valore Regionale	1.239	1.073	165	115%
907 - AZIENDA OSP. S.ANTONIO BIAGIO/ARRIGO	1.073	1.073	0	100%
Aziende Sanitarie Regionali	14.148	12.782	1.366	111%

OBIETTIVO RAGGIUNTO

19.I – APPROPRIATEZZA IN AMBITO FARMACEUTICO

19.I.1 – PRESENZA DI PIANO AZIENDALE IN COERENZA CON LE INDICAZIONI NAZIONALI E REGIONALI

Il piano aziendale farmaci AOU AL (**ALLEGATO 19I_1**), ed il suo monitoraggio al mese di dicembre 2025 (**ALLEGATO 19_2**), è stato inviato in Regione con nota prot 32814 del 29/12/2025 (**ALLEGATO 19I_3**)

OBIETTIVO RAGGIUNTO

19.I.2 – EFFICIENTAMENTO DELLA SPESA

EFFICIENTAMENTO DELLA SPESA PER UN IMPORTO PARI A:

- DD 50% DEGLI INCREMENTI OSSERVATI NEL CONSUNTIVO 2025 RISPETTO AL 2024
- CONSUMI OSPEDALIERI 30% INCREMENTI OSSERVATI NEL CONSUNTIVO 2025 RISPETTO AL 2024

Spesa DD

Azienda Erogazione	Importo Gennaio - Dicembre 2024 (A)	Importo Gennaio - Dicembre 2025 (B)	Differenza effettiva (C=B-A)	50% dell'incremento 2024 rispetto al 2023
907 - S.ANTONIO BIA GIO/ARRIGO	16.034.265	17.253.247	1.218.982	-8.319
Regione Piemonte	627.245.889	666.507.136	39.261.247	-26.197.750

Consumi ospedalieri

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
907 - S.ANTONIO BIA GIO/ARRIGO	32.716.473	33.009.704	293.231	-1.478.020
Regione Piemonte	394.549.160	403.893.401	9.344.241	-11.681.795

Come evidenziato nel monitoraggio a dicembre 2025 farmaci (**ALLEGATO 19I_1**), l'incremento registrato sui farmaci è in massima parte attribuibile all'incremento del consumo di farmaci innovativi (+ 1.700.000), per i quali è previsto apposito fondo a copertura.

Con nota prot. 32814 del 29/12/2025 (**ALLEGATO 19I_3**) l'AOU AL ha predisposto apposita istanza di revisione obtv giustificando tale richiesta con le motivazioni di cui sopra ed in particolare:

- Forte incremento utilizzo farmaci innovativi (finanziati da fondo nazionale, per i quali si chiede di valutarne una sterilizzazione) **per complessivi 2,7 mln**
- Incremento produzione ospedaliera (+4,5 mln, oltre il 3%), in linea con quanto stabilito da DGR 26/801 – 2025: detto incremento impatta ovviamente anche sul consumo di farmaci

- Si evidenzia un significativo incremento di spesa per farmaci onco ematologici che registrano un aumento di circa due milioni di euro per le classi citostatici e anticorpi monoclonali (ATC L).
- L'aumento di spesa 2025 è quindi appropriato (più pazienti trattati), giustificato (più cicli e durata dei trattamenti) e coerente con l'introduzione e l'ampliamento di indicazioni per farmaci innovativi ad alto valore.

OBIETTIVO RAGGIUNTO

20.I – GESTIONE DEI DISPOSITIVI MEDICI

20.I.1 – PRESENZA DI PIANO AZIENDALE IN COERENZA CON LE INDICAZIONI NAZIONALI E REGIONALI

Il piano aziendale DM (ALLEGATO 20I_1) è stato predisposto e inviato in regione con nota 32813 del 29/12/2025 (ALLEGATO 20I_2) UNITAMENTE A TALE NOTA È STATO INVIATO ANCHE IL MONITORAGGIO AL MESE DI NOVEMBRE (ALLEGATO 20I_3)

OBIETTIVO RAGGIUNTO

20.I.2 – EFFICIENTAMENTO DELLA SPESA (AGGIORNAMENTO A NOVEMBRE)

CONFORMITA' ALLO STANDARD DI EFFICIENTAMENTO DEFINITIVO (TABELLA ALLEGATA)

Azienda di Competenza	Importo Gennaio - Dicembre 2024 (A)	Importo Gennaio - Dicembre 2025 (B)	Differenza effettiva (C=B-A)	Efficientamento target
907 - S.ANTONIO BIAGIO/ARRIGO	35.552.675	36.722.748	1.170.073	-2000000
Regione Piemonte	611.367.352	618.765.695	7.398.343	-57000000

Con nota prot. 32813 del 29/12/2025 (ALLEGATO 20I_1) l'AOU AL ha predisposto apposita istanza di revisione obtv giustificando tale richiesta, e l'incremento registrato nel 2025 sul consumo di dispositivi, con le motivazioni di cui sopra ed in particolare:

- Consumi di ortopedia e traumatologia: i consumi di dispositivi medici per tale specialità vedono un incremento complessivo (primi 11 mesi dell'anno) di 1,4 mln. Ciò a seguito di un incremento della produzione ospedaliera di oltre 3 mln (+80%), e dell'attivazione di una convenzione con ASL AL (supporto attività ortopedica)
- Consumi Microbiologia: per il 2025 si registrano costi incrementali in reagenti per 0,3 mln, a seguito di applicazione DGR 30-1317 del 30/06/2025, e per attività NGS collegate al progetto PNC PRACSI 3 e per garantire la continuità delle attività diagnostiche e di ricerca già avviate.
- Incremento produzione ospedaliera 2025: incremento complessivo della produzione di oltre il 4% (+5 mln), incremento che sicuramente impatta anche su andamento spesa per dispositivi medici

21.I – FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO

21.I.1 – COMPLETAMENTO DELLE ATTIVITA' DI ADEGUAMENTO DEGLI APPLICATIVI, POTENZIAMENTO DELLA COMPLETEZZA E QUALITA' DEI DATI, PIANO DELL'INFRASTRUTTURE FSE 2.0 – FASE 2, INCREMENTO COMPETENZE DIGITALI DEGLI OPERATORI SANITARI

- Attività avviate, assegnati specifici obiettivi a tutte le strutture coinvolte.

- completamento delle attività di adeguamento degli applicativi refertanti: gli applicativi refertanti di endoscopia e ostetricia (in particolare l'applicativo VVPower) sono stati adeguati alle specifiche FSE 2.0 per l'invio del documento a Fascicolo; è in corso l'attività per l'integrazione archiviazione su repository dei referti di nefrologia e dialisi (ditta Sined);
- potenziamento della completezza, tempestività e qualità dei dati dei documenti: monitoraggio dell'invio verso FSE e delle segnalazioni che vengono ricevute dal portale di CSI.
- piano dell'infrastruttura FSE: aggiornato il referto di anatomia patologia al 30/4 secondo le specifiche HL7 CDA2, come da indicazione regionale
- incremento competenze digitali degli operatori: promozione dell'utilizzo del FSE tramite piano di formazione CSI e tramite progetto di formazione aziendale in collaborazione con il servizio Formazione. Il progetto di potenziamento di formazione aziendale, tramite finanziamento PNRR, si articola in una FAD online e una sessione in presenza, di cui si sono già tenute una serie di incontri nell'arco di tre settimane, a cui si aggiungeranno ulteriori altre tre settimane a febbraio e marzo 2026. Chiamata di contesto del FSE regionale dalla cartella clinica elettronica di TrakCare in produzione dal 04/06 scorso.

OBIETTIVO RAGGIUNTO

22.1 – FLUSSO CUP E FLUSSO C

22.1.1 – PRESTAZIONI PRENOTATE CUP 2025 / PRESTAZIONI EROGATE FLUSSO C 2025

Per quanto monitorato dall'azienda si rappresenta il seguente dato

EROGATI	PRENOTATI	%
SOLO PNGLA		
302.835	272.655	90,03%

Non è noto l'algoritmo di calcolo regionale nè sono stati inviati report

OBIETTIVO RAGGIUNTO

MC/RB

Il Direttore Generale

Valter Alpe