



Azienda Sanitaria Locale AL

Sede legale: Via Venezia 6

15121 Alessandria

Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

Delibera 561 del 29/06/2023

OGGETTO: RELAZIONE ANNUALE SULLA PERFORMANCE – ANNO 2022

DIRETTORE GENERALE – **Dott. Vercellino Luigi**

Nominato con D.G.R. n. 17-3299 del 28.05.2021

ACQUISITI i pareri del

Direttore Sanitario

Dott.ssa Marchisio Sara

Favorevole

Direttore Amministrativo

Dott. Colasanto Michele

Favorevole

Visto il D.Lgs. n. 502 del 30.12.1992 e successive modificazioni ed integrazioni;

Vista la D.C.R. n. 136-39452 del 22.10.2007 di individuazione delle Aziende Sanitarie Locali e dei relativi ambiti territoriali;

Visto il D.P.G.R. n. 85 del 17.12.2007 di costituzione dell'Azienda Sanitaria Locale AL;

Vista la D.G.R. n. 17-3299 del 28.05.2021 di nomina del Direttore Generale dell'ASL AL;

Richiamata la deliberazione del Direttore Generale n. 678 dell'11.10.2017 ad oggetto: "Individuazione degli atti di indirizzo e di governo e degli atti di gestione. Ripartizione delle competenze tra la Direzione Generale e le Strutture dell'A.S.L. AL";

Vista la D.G.R n. 53-2487 del 23.11.2015, ad oggetto: "AA.SS.RR. - Procedimento regionale di verifica degli atti aziendali - Art. 3 D.Lgs. n. 502/1992 s.m.i. - D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012 - D.G.R. n. 42-1921 del 27.07.2015 - Presa d'atto adeguamento alle prescrizioni regionali e recepimento definitivo ai sensi della D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012, all. A, par. 5.1.", con la quale è stato recepito in via definitiva l'Atto Aziendale dell'ASL AL, come riadottato, a seguito delle prescrizioni regionali, con la deliberazione n. 711 del 06.10.2015;

Vista la D.G.R. n. 29-5942 del 17.11.2017, ad oggetto "Atti aziendali delle AA.SS.RR. - ASL AL di Alessandria - Atto n. 656 del 28.09.2017 'Atto Aziendale ASL AL adottato con deliberazione n. 711 del 06.10.2015 - proposta di modifiche'. Recepimento regionale ai sensi della D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012, all. A, par. 5.1.";

Vista la D.G.R. n. 9-1784 del 31.07.2020 di recepimento delle modifiche all'Atto Aziendale e al Piano di Organizzazione di cui alle deliberazioni n. 352 del 25.05.2020 e n. 411 del 18.06.2020;

Presa visione della proposta del Responsabile f.f. della Struttura S.C. Programmazione Controllo Sistema Informativo, qui di seguito riportata:

"Considerato che il D.Lgs. n. 150/2009 prevede, all'art. 10 c. 1 lett b), che le Pubbliche Amministrazioni adottino un documento denominato "relazione sulla performance" che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse;

Viste le modifiche apportate all'art. 10 del D.Lgs. n. 150/2009 dal Decreto Legislativo 25.5.2017, n. 74 ad oggetto: "Modifiche al decreto legislativo 27 ottobre 2009 n. 150, in attuazione dell'art. 17, comma 1, lettera r), della legge 7 agosto 2015, n. 124;

Vista la Deliberazione della Giunta Regionale 23 dicembre 2013, n. 25-6944 ad oggetto "Linee di indirizzo regionali per le aziende ed enti del SSR della Regione Piemonte per la costituzione ed il funzionamento degli Organismi Indipendenti di Valutazione (OIV) in applicazione del D.Lgs. n. 150/2009 e s.m.i. in materia di misurazione, valutazione e trasparenza della performance. Approvazione" con la quale sono state approvate le linee di indirizzo regionali per le aziende ed enti del S.S.R. della regione Piemonte per la costituzione ed il funzionamento degli Organismi Indipendenti di Valutazione (OIV) in applicazione del D.Lgs. n. 150/2009 e s.m.i. in materia di misurazione, valutazione e trasparenza della performance, nonché gli indirizzi per il piano di gestione della performance;

Considerato che con deliberazione n. 356 del 28.04.2022 l'A.S.L. AL ha adottato il Piano della Performance periodo 2022-2024 quale documento programmatico triennale che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi dell'A.S.L. AL e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed

intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'Azienda, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori;

Preso atto che il Piano della Performance 2022-2024 adottato con sezioni relative a P.O.L.A. – Piano Operativo Lavoro Agile e P.A.P. – Piano Azioni Positive – è stato deliberato nelle more dell'adozione del P.I.A.O. – Piano Integrato Attività e Organizzazione previsto dall'art. 6 decreto legge n. 80/2021, convertito con legge n. 113/2021;

Considerato altresì che con deliberazione n. 887 del 15.11.2022 sono state approvate le schede di budget dei Centri di Responsabilità dell'A.S.L. AL per il 2022 e che con lo stesso provvedimento si dà atto che, in base a quanto previsto dal Piano della Performance, le politiche e le strategie aziendali vengono declinate in obiettivi assegnati alle singole strutture attraverso il processo di budget;

Vista la deliberazione n. 238 del 10.04.2020 di adozione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance dell'A.S.L. AL, approvato al fine di raccordare in un unico processo integrato degli strumenti adottati dall'A.S.L. AL per consentire la corretta funzionalità del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance, quale complesso di procedure coordinate e implementate ai sensi delle attuali disposizioni normative e contrattuali in materia;

Viste le successive deliberazioni n. 437 del 21.05.2021, n. 533 del 23.06.2022 e n. 264 del 30.03.2023, relative all'aggiornamento del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance dell'A.S.L. AL;

Preso atto dei seguenti provvedimenti: deliberazione n. 571 del 01.07.2022 "Piano Integrato di Attività e Organizzazione – P.I.A.O.: Ricognizione stato di attuazione dell'art. 6 D.L. 9 giugno 2021 n. 80, convertito con modificazioni dalla Legge 6 agosto 2021 n. 113 – Rinvio adozione" e deliberazione n. 852 del 31.10.2022 "Adozione del piano integrato di attività e organizzazione (P.I.A.O.) 2022-2024 di prima applicazione";

Considerato che la Relazione annuale sulla performance è il documento attraverso il quale l'Azienda rendiconta i risultati raggiunti in relazione agli obiettivi programmati e inseriti nel Piano della performance dell'anno precedente, evidenziando le risorse utilizzate e gli eventuali scostamenti registrati a consuntivo rispetto a quanto programmato;

Valutato che la Relazione sulla performance 2022 mantiene struttura e contenuti analoghi a quelli degli anni precedenti in relazione al P.I.A.O. di prima applicazione di cui alla deliberazione n. 852/2022, quale atto ricognitorio di tutti i piani già adottati a livello aziendale, tra cui il piano della performance, destinati a costituire specifiche sezioni del P.I.A.O. secondo lo schema previsto dal Decreto 30 giugno 2022 n. 132;

Vista la delibera CIVIT n. 4/2012 concernente le "Linee guida relative alla redazione della Relazione degli OIV sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, comma 4, lettera a, del D.Lgs. n. 150 del 2009);

Vista la delibera CIVIT n. 5/2012 concernente le "Linee guida ai sensi dell'art. 13, comma 6, lettera b) del D. Lgs. n.150/2009 relative alla struttura e alla modalità di redazione della Relazione, di cui all'art. 10, comma 1, lettera b), dello stesso decreto;

Vista la delibera CIVIT n. 6/2012 concernente le "Linee guida per la validazione da parte degli OIV della Relazione sulla performance (art. 14, comma 4, lettera c, del D.Lgs. n. 150/2009)";

Vista la Legge n. 114 del 11.08.2014 di conversione del D.L. n. 90/2014, con la quale le competenze dell'ANAC relative alla misurazione e valutazione della performance, di cui agli artt. 7, 8, 9, 10, 12, 13 e 14 del D.lgs n. 150/2009 sono trasferite al Dipartimento della Funzione Pubblica;

Viste le Linee Guida del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 3/2018 che, nel fornire indicazioni in merito alle modalità di redazione della Relazione annuale sulla performance e alle modalità di validazione della stessa da parte degli Organismi Indipendenti di Valutazione, definiscono come termine per l'adozione, validazione e pubblicazione delle relazioni il 30 giugno di ogni anno, con riferimento al ciclo della performance avviato con il Piano della performance dell'anno precedente;

Preso atto che le Linee Guida sopra citate sostituiscono le delibere CIVIT/ANAC n. 5/2012 e n. 6/2012 relativamente ai contenuti e alle modalità di redazione e approvazione della Relazione;

Ritenuto di approvare, per i motivi indicati in premessa, la Relazione sulla Performance anno 2022, allegata al presente atto deliberativo quale parte integrante e sostanziale;

Rilevato che l'art. 3 comma 5 del D.Lgs. n. 150/2009 come modificato dal D.Lgs. n. 74/2017 prevede che "il rispetto delle disposizioni del presente Titolo (Ciclo gestione della Performance) è condizione necessaria per l'erogazione di premi e componenti del trattamento retributivo legati al merito ed alla performance e rileva ai fini del riconoscimento delle progressioni economiche, dell'attribuzione di incarichi di responsabilità al personale, nonché del conferimento degli incarichi dirigenziali";

Considerato che la formulazione della proposta di un atto deliberativo impegna la responsabilità del soggetto proponente circa la regolarità amministrativa del contenuto della deliberazione nonché la legittimità della stessa;

Visto il parere espresso dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario ai sensi dell'art. 3/7 D.Lgs. n. 502 del 30.12.1992 e s.m.i.

DELIBERA

1. di approvare, per i motivi indicati in premessa, la Relazione annuale sulla Performance anno 2022, allegata al presente atto deliberativo quale parte integrante e sostanziale;
2. di trasmettere la presente deliberazione all'OIV ai fini della predisposizione del documento di validazione, di cui alle Linee Guida Dipartimento Funzione Pubblica 3/2018;
3. di trasmettere, acquisito il documento di validazione di cui al punto 2), la Relazione della Performance ed il documento di validazione al Dipartimento della Funzione Pubblica e al Ministero dell'Economia e delle finanze, come previsto dal punto 2.1) della deliberazione CIVIT n.6/2012, nei termini fissati dalle Linee Guida Dipartimento Funzione Pubblica 3/2018;
4. di pubblicare la Relazione di cui al punto 1) sul sito web dell'A.S.L. AL nell'apposita sezione "Amministrazione trasparente";
5. di dare atto che il provvedimento non comporta ex se alcun onere di spesa;
6. di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo ai sensi dell'art. 28 c. 2 L.R. n. 10/1995, considerata l'urgenza di provvedere nei termini.

Atto sottoscritto digitalmente ai sensi del D.Lgs. n. 82/2005 e s.m.i.

ATTESTAZIONE DI REGOLARITÀ TECNICA E CONTABILE

S.C. PROPONENTE: S.C. PROGRAMMAZIONE - CONTROLLO - SISTEMA INFORMATIVO

Proposta 1614/23

Responsabile del procedimento: Depetris Maurizio

Si attesta la regolarità tecnica e la legittimità del provvedimento essendo state osservate le norme e le procedure previste per la specifica materia.

Il Direttore
Depetris Maurizio



REGIONE PIEMONTE - ASL AL

RELAZIONE ANNUALE SULLA PERFORMANCE

ANNO 2022

[Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n.33](#)

[Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n.150](#)

[Decreto Legislativo 25 maggio 2017, n.74](#)

[Deliberazione della Giunta Regionale 23 dicembre 2013, n.25-6944](#)

[Linee guida per la Relazione annuale sulla performance – n. 3/2018 Dipartimento Funzione Pubblica](#)

[Normativa P.I.A.O. – Piano integrato Attività e Organizzazione - art. 6 decreto legge n. 80/2021 e s.m.i.](#)

INDICE

1 FINALITÀ E PRINCIPI GENERALI DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE	3
1.1 FINALITÀ	3
1.2 PRINCIPI GENERALI	6
2 SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI	7
2.1 IL CONTESTO ESTERNO DI RIFERIMENTO	7
2.2 L'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE	15
2.3 ATTIVITA' SVOLTE	19
2.3.1 LA TRANSIZIONE POST EMERGENZA COVID-19	19
2.3.2 DATI SULLE ATTIVITA' AZIENDALI	34
3 OBIETTIVI: RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI	48
3.1 OBIETTIVI DEL PIANO ANNUALE DELLA PERFORMANCE	48
4 RISORSE	128
4.1 EFFICIENZA ED ECONOMICITÀ	128
5 IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE	129
5.1 FASI, SOGGETTI, TEMPI E RESPONSABILITÀ DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE	129
6 TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE	139
7 MISURE ATTE A GARANTIRE PARI OPPORTUNITÀ NELL'AMBIENTE DI LAVORO	140

1 FINALITÀ E PRINCIPI GENERALI DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

1.1. FINALITÀ E RIFERIMENTI NORMATIVI

L'ASL AL è Azienda del Servizio Sanitario Regionale, provvede alla gestione dei Servizi Sanitari nel territorio di riferimento e fornisce direttamente ai cittadini le prestazioni sanitarie attraverso i propri servizi / strutture oppure acquista le prestazioni fornite da strutture pubbliche o private accreditate che operano sotto il controllo del Servizio Sanitario Nazionale.

L'ASL garantisce l'erogazione delle prestazioni per le seguenti tipologie di assistenza sanitaria:

- Assistenza Ospedaliera
- Assistenza Territoriale
- Assistenza Sanitaria di Prevenzione

La missione istituzionale dell'ASL AL consiste nel farsi carico, in modo costante ed uniforme, dei bisogni di salute dei residenti e nel garantire ai predetti l'erogazione delle prestazioni inserite nei livelli essenziali di assistenza assicurando risposte qualificate, appropriate e tempestive su più livelli di complessità.

In particolare, opera tenendo conto delle peculiarità, ricavabili dai dati statistici, sociali ed epidemiologici propri della Provincia di Alessandria quali, a puro titolo indicativo, l'elevato indice di vecchiaia della popolazione correlato all'aumento costante di malattie invalidanti e degenerative.

Ai fini del perseguimento delle sopracitate finalità l'ASL AL ha strutturato un impianto organizzativo improntato ai seguenti principi:

- razionalità e adeguatezza delle risorse da impiegare;
- continuità e qualità dei servizi da offrire;
- analisi epidemiologica e valutazione dello stato di salute della popolazione;
- metodo della programmazione, della pianificazione e valutazione delle attività.

L'art.10 del D.lgs n.150 del 27.10.2009 prevede che, al fine di assicurare la qualità, la comprensibilità e l'attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, le amministrazioni pubbliche, comprese le aziende sanitarie, devono annualmente redigere:

- un documento programmatico, denominato "Piano della Performance", da adottare in coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'azienda, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale e i relativi indicatori
- un documento denominato "relazione sulla performance" che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse.

La Regione Piemonte, con DGR n. 25-6944 del 23.12.2013 ha formulato alcune indicazioni in materia di misurazione, valutazione e trasparenza della performance, nonché gli indirizzi per il piano di gestione della performance.

Il D.L. n. 80 del 9 giugno 2021, convertito in Legge n. 113 del 6 agosto 2021, ha introdotto all'art.6, per tutte le amministrazioni, l'adozione del "Piano integrato di attività e di organizzazione" (PIAO) con l'obiettivo di superare la molteplicità e la conseguente frammentazione degli strumenti di programmazione in uso ed introdotti in diverse fasi dell'evoluzione normativa.

All'interno di questo quadro nazionale va considerato che lo stesso art. 6 del D.L. 80/2021, al comma 7-bis ha precisato che "Le Regioni, per quanto riguarda le aziende e gli enti del Servizio

sanitario nazionale, adeguano i rispettivi ordinamenti ai principi di cui al presente articolo e ai contenuti del Piano tipo definiti con il decreto di cui al comma 6”.

Il PIAO ha durata triennale con aggiornamento annuale e definisce, tra gli altri adempimenti, gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all’art. 10 del D.lgs n.150 del 27.10.2009, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa.

Nelle more di adozione del PIAO e considerata la situazione di incertezza normativa nel corso del 2022, caratterizzata dalla mancata emanazione del previsto D.M. di approvazione del Piano tipo e dalla mancata pubblicazione in Gazzetta Ufficiale del D.P.R. recante il regolamento di individuazione e abrogazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal PIAO alla data del 30.06.2022, l’ASL AL ha provveduto ad adottare con deliberazione 356 del 28.04.2022 il Piano della Performance 2022-2024 con sezioni le relative a: P.O.L.A. – Piano Operativo Lavoro Agile – e P.A.P. – Piano Azioni Positive.

Con successiva deliberazione 571 del 01.07.2022 l’ASL AL, nel prendere atto che ai fini dell’applicabilità dell’art. 6 del D.L. 9 giugno 2021 n. 80 non risultava in allora emanato il D.M. di adozione del Piano tipo del Piano integrato di attività e di organizzazione” (PIAO) e che il D.P.R. recante il regolamento per l’individuazione di adempimenti assorbiti dal PIAO non risultava ancora pubblicato in Gazzetta Ufficiale, ha provveduto a “rinviare la redazione e l’adozione del PIAO al nuovo termine che il legislatore vorrà determinare”. Con il provvedimento citato viene altresì dato atto che l’Azienda ha già determinato nel corso del 2022 il contenuto del PIAO mediante l’approvazione dei Piani elencati di seguito:

- Piano della Performance - deliberazione n. 356 del 28.04.2022, di cui sono parti integranti il P.O.L.A. – Piano Operativo Lavoro Agile – e il P.A.P. – Piano delle Azioni Positive;
- PTPCT 2022-2024 – deliberazione n. 365 del 29.04.2022
- Piano di Formazione Annuale - anno 2022 - deliberazione n. 239 del 25.03.2022

e che l’ultimo Piano Triennale dei fabbisogni di personale adottato in allora era riferito al triennio 2020-2022 – deliberazione n. 678 del 4.08.2021 – in ottemperanza alla D.G.R. n. 12-3442 del 23.06.2021, in assenza di indicazioni regionali per l’adozione dei Piani triennali dei fabbisogni di personale aggiornato.

Nel corso del 2022 l’ASL AL ha operato avendo a disposizione tutti gli strumenti di programmazione previsti dalle normative nazionali e regionali vigenti, garantendo già la loro integrazione in fase programmatoria e attuativa.

Una volta definiti gli adempimenti normativi previsti dal D.L. 80/2021, in particolare: D.P.R. n. 81/2022 ad oggetto: “Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione” e D.M. n. 132/2022 ad oggetto “Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione”, l’ASL AL con deliberazione 852 del 31.10.2022 ha adottato il “Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2022-2024 di prima applicazione”, in adempimento alle vigenti disposizioni di legge. Tale documento rappresenta un atto ricognitorio di tutti i piani già adottati a livello aziendale e destinati a costituire le specifiche sezioni del PIAO secondo lo schema previsto dal Decreto 30 giugno 2022 n. 132, al fine di dare evidenza ed organicità di lettura all’attività di pianificazione integrata aziendale.

Il D.M. n. 132/2022 definisce il contenuto e le sezioni del Piano integrato di attività e organizzazione. I contenuti del Piano della Performance sono assorbiti nell’ambito della sezione “Valore pubblico, Performance e Anticorruzione” mentre il monitoraggio avverrà secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, rappresentato dalla relazione annuale sulla Performance.

In tale contesto e sulla base dei contenuti dei decreti attuativi approvati a livello nazionale, la Relazione sulla performance 2022 mantiene struttura e contenuti analoghi a quelli degli anni precedenti; per il 2023 si valuterà se e come modificarli anche alla luce delle auspiccate indicazioni regionali relative al PIAO stesso (secondo quanto previsto dal comma 7bis dell’art.6 del DL 80/2021).

Con riguardo alla relazione annuale sulla Performance riferita all'anno 2022 si prende atto:

- degli obiettivi che la Direzione Generale, nel 2022, ha declinato ai Responsabili delle Strutture Complesse Aziendali e ai Responsabili delle Strutture Semplici Dipartimentali
- degli obiettivi assegnati, per l'anno 2022, dalla Regione Piemonte al Direttore Generale, che sono stati successivamente declinati ai Direttori di Struttura.

La presente relazione sulla Performance costituisce lo strumento mediante il quale l'Azienda illustra ai cittadini e a tutti gli altri stakeholder, interni ed esterni, i risultati ottenuti nel corso dell'anno precedente, concludendo in tal modo il ciclo di gestione della performance.

La relazione evidenzia a consuntivo i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti registrati nel corso dell'anno, indicandone le cause e le misure correttive da adottare.

La relazione annuale sulla performance persegue le seguenti finalità:

- La relazione è uno strumento di miglioramento gestionale grazie al quale l'azienda può riprogrammare obiettivi e risorse tenendo conto dei risultati ottenuti nell'anno precedente e migliorando progressivamente il funzionamento del ciclo della performance;
- La relazione è uno strumento di accountability attraverso il quale l'azienda può rendicontare a tutti gli stakeholder, interni ed esterni, i risultati ottenuti nel periodo considerato e gli eventuali scostamenti – e le relative cause – rispetto agli obiettivi programmati

1.2 PRINCIPI GENERALI

In riferimento alle finalità sopradescritte, la relazione si configura come un documento ispirato ai principi di trasparenza, immediata intelligibilità, veridicità e verificabilità dei contenuti, partecipazione e coerenza interna ed esterna.

Con la presente relazione l'Azienda attesta la misura della realizzazione degli obiettivi strategici e/o operativi contenuti nel Piano della Performance anni 2022 – 2024 di cui alla deliberazione n. 356 del 28.04.2022, come assorbito dal PIAO di prima applicazione adottato con deliberazione 852 del 31.10.2022, quale provvedimento programmatico con il quale, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed i target, sui quali si basa la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance.

Al pari del Piano della performance ("Piano") e del PIAO, ai sensi dell'art. 15, comma 2, lettera b), del D.lgs. 150/2009, la Relazione è approvata dall'Organo di indirizzo politico amministrativo, dopo essere stata definita in collaborazione con i vertici dell'amministrazione.

Si richiama, infine, che ai sensi dell'art. 14, commi 4, lettera c), e 6, del decreto, la Relazione deve essere validata dall'Organismo Indipendente di Valutazione.

Tale documento, redatto secondo gli indirizzi impartiti dal Dipartimento della funzione pubblica (Linee guida n. 3/2018), viene adottato dall'ASL e validato dall'OIV entro il 30 giugno di ogni anno e fa riferimento al ciclo della performance avviato con il piano della performance dell'anno precedente.

2 SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI

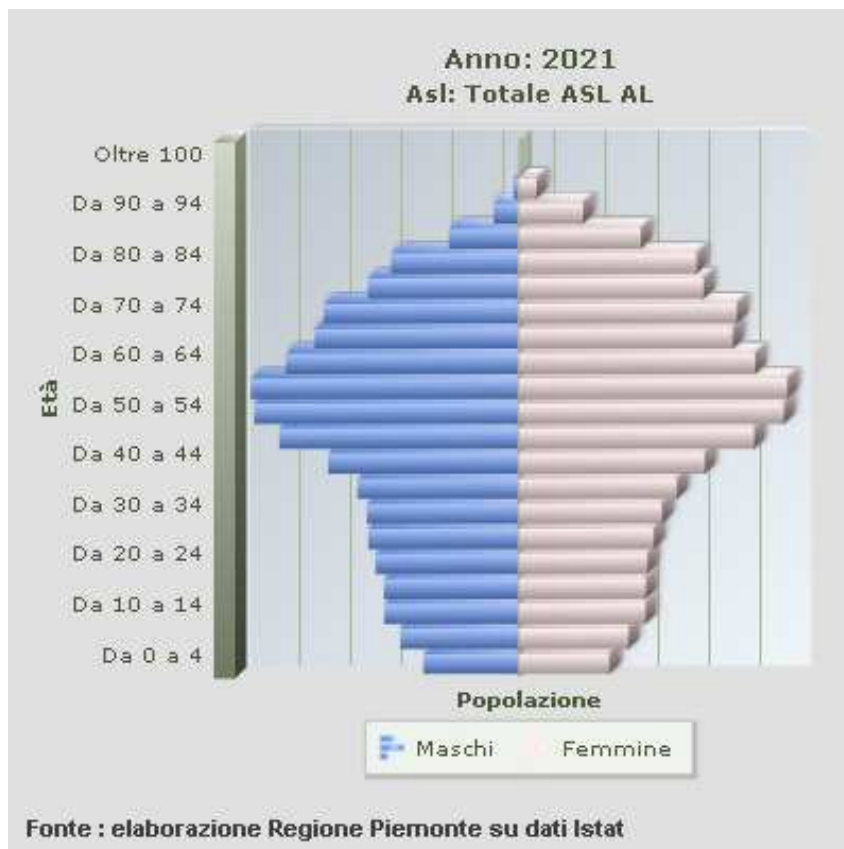
2.1 IL CONTESTO ESTERNO DI RIFERIMENTO

Il territorio di riferimento dell'ASL AL misura kmq 3.677, comprende 195 Comuni per una popolazione complessiva di 418.229 abitanti (dato BDDE al 31.12.2021). La popolazione è caratterizzata da una elevata incidenza delle fasce anziane: la percentuale dei residenti con età maggiore di 65 anni è pari al 28,36%.

Nelle tabelle sottostanti sono riportati i principali valori e dati che caratterizzano e identificano l'ASL AL.

TERRITORIO E POPOLAZIONE

Distretto	Residenti	% ultra 65enni	Superfici e (kmq)	Densità demogr (ab/kmq)	Comuni	Pianura	Collina	Montagna
Acqui Terme - Ovada	65.893	31,09%	766,79	85,93	45	1	26	18
Alessandria - Valenza	146.640	27,24%	827,54	177,20	31	19	12	---
Casale Monferrato	77.192	28,78%	735,72	104,92	48	15	33	---
Novi Ligure - Tortona	128.504	27,99%	1.349,23	95,24	71	16	23	32
TOTALE ASL AL	418.229	28,36%	3.679,28	113,67	195	51	94	50

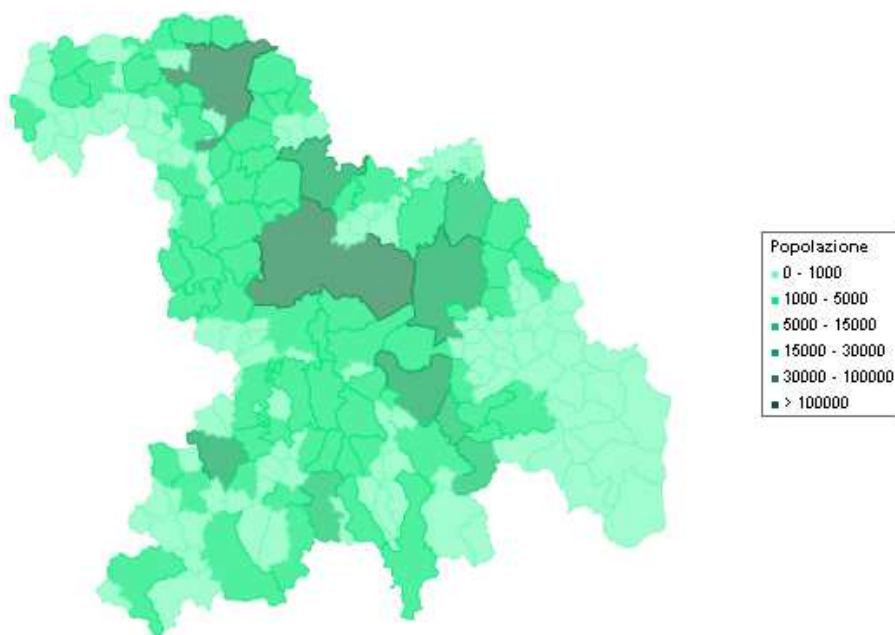


STRANIERI RESIDENTI AL 31.12.2021

Distretti	Maschi	Femmine	Totale	% su totale popolazione
AL - Acqui Terme/Ovada	2.988	3.263	6.251	9,5%
AL - Alessandria/Valenza	8.981	8.906	17.887	12,2%
AL - Casale M.To	3.287	3.557	6.844	8,9%
AL - Novi Ligure/Tortona	7.860	8.025	15.885	12,4%
Totale	23.116	23.751	46.867	11,2%

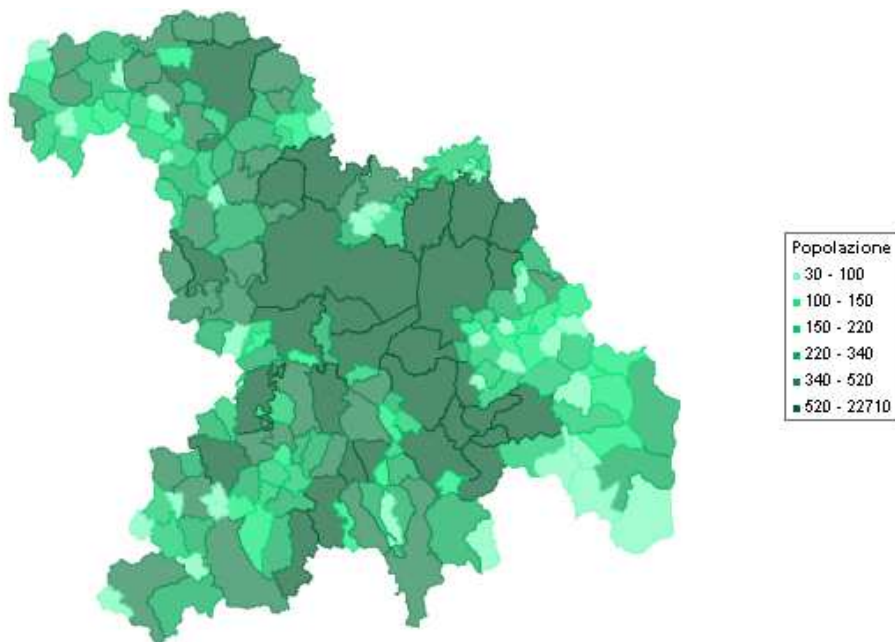
DISTRIBUZIONE DEMOGRAFICA DEL BACINO DI UTENZA

MAPPA POPOLAZIONE ASL AL – per comune



Fonte : elaborazione Regione Piemonte su dati Istat

MAPPA ULTRASESSANTACINQUENNI ASL AL – per comune



Fonte : elaborazione Regione Piemonte su dati Istat

PREVISIONI DEMOGRAFICHE

Provincia	Anno	Maschi	Femmine	Totale
Alessandria	2021	199.120	210.272	409.392
	2031	190.127	196.487	386.614

ASPETTATIVE DI VITA

ASL	Anno	Uomini			Donne		
		Alla nascita	a 35 anni	a 65 anni	Alla nascita	a 35 anni	a 65 anni
AL	2019	79,9	46,0	18,9	84,5	50,2	22,0
	2018	80,1	46,0	18,7	84,7	50,2	22,0
	2017	80,3	46,1	18,8	84,2	49,8	21,6

ANALISI AMBIENTALE

L'attuale quadro epidemiologico è caratterizzato da bisogni di salute articolati e complessi, che richiedono la risposta tempestiva alle condizioni di acuzie e la presa in carico di persone affette da patologie di lunga durata, gestibili vicino al loro luogo di vita.

Anche in conseguenza dell'invecchiamento della popolazione, la principale problematica di salute che devono affrontare oggi i sistemi sanitari, così come evidenziano studi e evidenze internazionali, sono le patologie croniche.

Il contesto demografico evidenzia una continua progressione di invecchiamento; nel prossimo futuro il carico assistenziale delle persone anziane è destinato ad accrescersi così come aumenterà il bisogno di servizi socio – sanitari, legato alla crescita complessiva delle patologie che caratterizzano i processi degenerativi e la cronicizzazione delle forme morbose; di particolare interesse per la programmazione sanitaria è l'evidenza che nel prossimo futuro il carico assistenziale delle persone molto anziane è destinato a registrare un brusco aumento con il conseguente incremento del bisogno di servizi sanitari che vanno continuamente adattati all'evoluzione del quadro nosologico.

Il contesto epidemiologico e l'analisi delle principali cause di mortalità evidenziano che i tumori e le malattie cardiovascolari sono le patologie più frequenti nell'ambito del territorio aziendale, da attribuirsi principalmente al progressivo invecchiamento dei residenti.

Come conseguenza, la pressione sul sistema sanitario aumenta perché le malattie croniche impongono alla popolazione anziana un peso elevato in termini di salute e economico a causa proprio della lunga durata di queste malattie, della diminuzione della qualità di vita e dei costi per le cure.

Alessandria ha un indice di vecchiaia che la colloca all'ottavo posto sulle 107 province italiane. Il Piano Locale Cronicità, approvato dall'ASL AL e dall'ASO AL, in linea con le indicazioni regionali deliberate sulla base del Piano Nazionale, ha l'obiettivo di affrontare e mettere a sistema risposte appropriate alle malattie croniche che sono in aumento: un fenomeno che si sta verificando a livello nazionale ed europeo ed è strettamente correlato all'invecchiamento della popolazione. Si stima, ad esempio, che almeno il 40% dei piemontesi con più di 65 anni soffra di una malattia cronica grave e che a livello mondiale circa il 70-80% delle risorse sanitarie sia impiegato per la gestione delle malattie croniche.

L'assistenza domiciliare per le malattie croniche nell'ASL AL rappresenta l'alternativa ai ricoveri ospedalieri inappropriati ed è una forma assistenziale in costante incremento, sia per la qualità di vita del paziente, sia per i vantaggi economici rispetto ad altre forme di ricovero anche extra ospedaliere.

L'ASL AL, nella consapevolezza del profondo mutamento dello scenario socio-demografico e della transizione epidemiologica (invecchiamento della popolazione, aumento della prevalenza delle malattie cronico-degenerative e delle disabilità, nuove povertà, etc.), intende mettere in atto adeguate azioni di riorganizzazione con particolare riguardo allo sviluppo della rete territoriale, alla riqualificazione della rete ospedaliera (anche tramite modalità di collaborazione interaziendale) e all'avvio di una innovativa rete della prevenzione e della promozione della salute per la programmazione di efficaci iniziative.

Nelle tabelle sottostanti sono riportati i principali valori e dati che caratterizzano e identificano la popolazione residente nel territorio dell'ASL AL.

INDICATORI POPOLAZIONE – BDDE ANNO 2021

INDICATORE	ASL AL	REGIONE PIEMONTE
Indice di carico per donna feconda (*100)	16,7	17,87
Indice di dipendenza strutturale (*100)	64,26	61,73
Indice di fecondità (*100)	2,98	3,34
Indice di ricambio (*100)	179,34	156,13
Indice di struttura della pop attiva (*100)	166,49	152,57
Indice di vecchiaia (*100)	263,5	219,86
Rapporto di mascolinità (*100)	95,21	95,02
Tasso di natalità (*1000)	5,24	6,27
Tasso di mortalità (*1000)	14,99	13,25
Tasso di immigrazione (*1000)	37,97	36,51
Tasso di emigrazione (*1000)	34,2	34,66
Tasso migratorio netto (*1000)	3,77	1,84
Età media femmine	50,28	48,61
Età media maschile	47,13	45,60
Età media totale	48,75	47,15

MOVIMENTI ANAGRAFICI POPOLAZIONE RESIDENTE ASL AL - ANNO 2021			
	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
Nati	1.146	1.046	2.192
Morti	2.932	3.339	6.271
Iscritti da altri comuni	6.561	6.386	12.947
Iscritti dall'estero	1.395	1.285	2.680
Altri iscritti	179	75	254
Cancellati per altri comuni	6.124	6.039	12.163
Cancellati per l'estero	671	618	1289
Altri cancellati	471	382	853

CAUSE DI MORTE

CAUSE DI MORTE ANNO 2019	Maschi	Femmine	Totale
Malattie dell'apparato circolatorio	944	1.319	2.263
Tumori maligni	883	776	1.659
Malattie dell'apparato respiratorio	268	204	472
Disturbi psichici	89	182	271
Malattie del sistema nervoso	131	139	270
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche	123	130	253
Stati morbosi e maldefiniti	79	142	221
Malattie dell'apparato digerente	84	113	197
Traumatismi e avvelenamenti	116	78	194
Malattie infettive	73	79	152
Malattie dell'apparato genito-urinario	50	66	116
Tumori benigni, in situ, incerti	49	45	94
Malattie osteomuscolari e del connettivo	12	29	41
Malattie del sangue, degli organi emopoietici e disordini immunitari	16	19	35
Malformazioni congenite e cause perinatali	14	4	18
Malattie della pelle e del sottocutaneo	5	10	15
Complicanze della gravidanza, del parto e del puerperio	-	1	1
TOTALE ASL AL	2.936	3.336	6.272

ESENZIONI TICKET – RESIDENTI ASL AL (DICEMBRE 2022)

FASCIA ETA'	PATOLOGIE CRONICHE E INVALIDANTI		PATOLOGIE RARE		ESENTI INVALIDITA'	
	ESENTI	% SU POP ASLAL	ESENTI	% SU POP ASLAL	ESENTI	% SU POP ASLAL
01-04	449,00	3,6%	42,00	0,3%	16,00	0,1%
05-14	971,00	3,0%	259,00	0,8%	475,00	1,5%
15-44	11.218,00	9,3%	937,00	0,8%	2.069,00	1,7%
45-64	41.294,00	30,8%	1.009,00	0,8%	6.470,00	4,8%
65-74	34.626,00	62,5%	430,00	0,8%	4.573,00	8,3%
75 ed oltre	47.295,00	74,8%	325,00	0,5%	9.867,00	15,6%
TOTALE	135.853,00	32,5%	3.002,00	0,7%	23.470,00	5,6%

DETTAGLIO PRIME 15 TIPOLOGIE DI ESENZIONI PER PATOLOGIE CRONICHE

TIPO ESENZIONE	TOTALE	DI CUI PER >= 65 ANNI	% >= 65 ANNI SU TOTALE
0A31 - Ipertensione Arteriosa senza Danno d'Organo	28.513	21.190	74,3%
013 - DIABETE MELLITO	23.252	16.493	70,9%
048 - SOGGETTI AFFETTI DA NEO.M.	17.498	10.752	61,4%
0A02 - Malattie Cardiache e del Circolo Polmonare	10.249	6.975	68,1%
027 - IPOTIROIDISMO CONGENITO E ACQUISITO	6.494	2.538	39,1%
0031 - Ipertensione Arteriosa con Danno d'Organo	6.123	5.009	81,8%
056 - TIROIDITE DI HASHIMOTO	4.955	1.383	27,9%
007 - ASMA	4.567	814	17,8%
025 - IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE IIA E	3.762	2.497	66,4%
016 - EPATITE CRONICA (ATTIVA)	3.323	1.581	47,6%
019 - GLAUCOMA	2.992	2.376	79,4%
024 - INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA	2.541	2.165	85,2%
0C02 - Malattie delle Arterie, Arteriole, Capillari, Vene e Vasi Linfatici	2.022	1.314	65,0%
006 - ARTRITE REUMATOIDE	1.686	895	53,1%
023 - INSUFFICIENZA RENALE CRONICA	1.557	1.079	69,3%

2.2 L'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

L'organizzazione aziendale si conforma ai seguenti criteri:

- distinzione tra attività di direzione aziendale indirizzo e controllo propria degli organi di governo dell'Azienda e attività di gestione per competenza propria o delegata della dirigenza;
- individuazione delle responsabilità dei dirigenti, sulla base delle competenze, funzioni e degli incarichi attribuiti e degli obiettivi assegnati.

L'Azienda Sanitaria Locale ASL AL ha come scopo principale quello di rispondere alla tutela della salute dei cittadini con un'organizzazione efficace ed efficiente, in attuazione delle disposizioni regionali e nazionali, attraverso il sistema e gli strumenti per la prevenzione della malattia ed ai bisogni di salute, in acuzie e cronicità, della popolazione affidata ed appartenente ad un territorio vasto che intende gestire, per quanto di competenza, in un'ottica di miglioramento continuo.

L'Azienda ritiene quindi sostanziali il coinvolgimento e l'integrazione di tutti gli attori del processo di governo del sistema sanitario del territorio (istituzioni locali, professionisti sanitari, Organizzazioni Sindacali, Associazioni del Volontariato) indispensabili nel definire e realizzare il difficile ma auspicabile equilibrio tra costi e benefici per la popolazione servita.

La missione istituzionale dell'ASL AL consiste quindi nel farsi carico, in modo costante e uniforme, dei bisogni di salute dei residenti e nel garantire ai predetti l'erogazione delle prestazioni inserite nei livelli essenziali di assistenza, assicurando risposte qualificate, appropriate e tempestive, su più livelli di complessità.

A tale scopo, l'ASL AL organizza le proprie strutture e l'attività per individuare e soddisfare i bisogni e le aspettative di salute della popolazione del proprio territorio, garantendo i livelli essenziali di assistenza (LEA) e le prestazioni stabilite dalla Regione Piemonte, secondo principi di universalità ed equità nell'accesso, appropriatezza e tempestività delle cure, sicurezza, rispetto della dignità umana ed economicità nell'impiego delle risorse, nell'osservanza delle misure di contenimento della spesa sanitaria e di riequilibrio economico finanziario previsto dai Piani Nazionali e Regionali.

L'Azienda assicura la più ampia integrazione dei processi assistenziali e organizzativi con gli altri attori istituzionali, sociali ed economici interessati al buon funzionamento delle attività.

Ai fini del perseguimento delle citate finalità, l'ASL definisce la propria visione strategica strutturando un impianto organizzativo improntato ai seguenti principi:

- razionalità e adeguatezza delle risorse da impiegare
- continuità e qualità dei servizi da offrire
- analisi epidemiologica e valutazione dello stato di salute della popolazione
- metodo della programmazione, della pianificazione e valutazione delle attività.

Con Deliberazione n. 711 del 6.10.2015 è stato adottato il testo definitivo dell'Atto Aziendale dell'ASL AL, con il recepimento integrale delle prescrizioni regionali in merito, successivamente modificato parzialmente con Deliberazione n. 656 del 28.09.2017.

Ulteriori modifiche all'Atto Aziendale ASL AL sono state proposte con i seguenti provvedimenti:

- Deliberazione n. 352 del 25.05.2020 - Istituzione della SSD Mesotelioma, del Dipartimento Funzionale Transmurale del Mesotelioma e Patologie ambientali e del Dipartimento Interaziendale Funzionale Attività Integrate Ricerca e Innovazione"

- Deliberazione n. 411 del 18.06.2020 – Riorganizzazione Area DEA-P.S.
- Deliberazione n. 435 del 25.06.2020 – Istituzione del Dipartimento funzionale inter-aziendale “Percorso Nascita”
- Deliberazione n. 725 del 22.10.2020 – Struttura Semplice Dipartimentale Malattie Infettive
- Deliberazione n. 177 del 26.02.2021 – Istituzione S.S. “Tecnologie Biomediche e Telemedicina” e S.S. “Gestione Sanitaria Approvvigionamento e Distribuzione (GESAD)”
- Deliberazione n. 856 del 21.10.2021 – Istituzione S.S. “Gestione Sanitaria Approvvigionamento e Distribuzione (GESAD)”
- Deliberazione n. 664 del 04.08.2022 “Atto aziendale ASL AL adottato con Deliberazione N. 711 del 06.10.2015 e s.m.i. – Modifiche ed integrazioni

L’Atto Aziendale e il Piano di Organizzazione ASL AL sono, al momento della redazione della presente relazione, in fase di revisione e aggiornamento.

Principi ispiratori del processo di revisione dell’atto aziendale:

- Revisione dell’assetto organizzativo della rete ospedaliera, nel quadro delle indicazioni delle DD.GG.RR. n.1-600 del 19.11.2014 e n.1-924 del 23.01.2015, per una maggiore integrazione delle attività e funzioni sulle diverse sedi di erogazione;
- Potenziamento della rete territoriale per una più puntuale attuazione delle linee di indirizzo del D.M. n.77 del 23.05.2022 e della D.C.R. 257 – 25346 del 20.12.2022;
- Garanzia di un più articolato supporto alla Direzione Generale sulle attività ritenute strategiche in un’ottica di maggiore funzionalità e di efficace ed efficiente gestione dei processi correlati agli obiettivi aziendali

L’Atto Aziendale e il Piano di Organizzazione Aziendale dell’ASL AL sono consultabili nel sito aziendale all’indirizzo: www.aslal.it.

L’organizzazione aziendale assume a riferimento la distinzione fra funzioni strategiche e di governo poste in capo alla Direzione Aziendale e compiti gestionali e operativi attribuiti ai vari livelli organizzativi aziendali.

Il sistema organizzato dell’Azienda è fondato sulla distinzione tra le seguenti macro funzioni:

1. Governo – insieme delle attività di Direzione strategica concernenti la pianificazione, la programmazione, l’alta amministrazione, il controllo strategico, la vigilanza
2. Supporto – attività deputate a supportare la Direzione Aziendale e le strutture con funzioni di tutela e produzione nell’espletamento dei propri compiti istituzionali
3. Tutela – insieme delle attività finalizzate a garantire lo stato di salute dei cittadini attraverso l’analisi e il governo della domanda sanitaria
4. Produzione – insieme delle attività volte alla produzione di servizi sanitari, in ambito ospedaliero e territoriale, unitamente a quelle di prevenzione, diagnosi e cura

Sono organi dell’Azienda:

il Direttore Generale, il Collegio Sindacale e il Collegio di Direzione.

Il Direttore Generale è nominato dalla Regione ed è l’organo cui competono tutti i poteri di gestione, rappresenta legalmente l’Azienda ed è responsabile della gestione complessiva della stessa, nonché delle relazioni istituzionali esterne, rispondendo alla Regione del proprio operato, svolto nell’ambito della programmazione regionale e sulla base delle indicazioni, valutazioni e proposte espresse dagli organismi locali di riferimento politico – istituzionale.

Attua il proprio mandato con autonomia nell’organizzazione e allocazione delle risorse produttive a disposizione dell’Azienda, assicura il perseguimento della missione avvalendosi dell’attività degli organi e delle strutture organizzative aziendali. Nello svolgimento dei propri compiti, il Direttore Generale è coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, ciascuno per le

proprie competenze e con essi costituisce la Direzione Generale dell'Azienda che garantisce, nella sua collegialità, l'unitarietà delle funzioni di indirizzo, programmazione e controllo dell'Azienda.

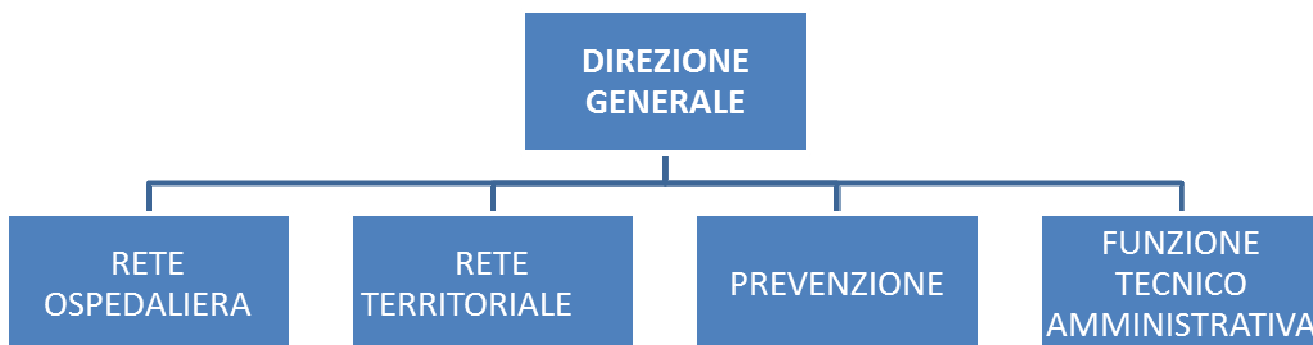
Il Collegio Sindacale è nominato dal Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria, dura in carica tre anni ed è composto da tre membri designati rispettivamente dalla Regione, dal Ministero dell'Economia e delle Finanze e dal Ministero della Salute.

Tra le funzioni assegnate dalla normativa, il Collegio Sindacale verifica l'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico, vigila sull'osservanza della legge e accerta la regolare tenuta della contabilità.

Il Collegio di Direzione, nel quale sono rappresentate le articolazioni organizzative dell'Azienda, è nominato dal Direttore Generale dell'Azienda con proprio provvedimento e se ne avvale nell'espletamento delle funzioni di governo e di direzione strategica dell'Azienda.

Al fine di garantire l'erogazione delle prestazioni per livello assistenziale, all'interno dell'Azienda sono attivate le seguenti macro aree:

1. Area della prevenzione
2. Area territoriale
3. Area Ospedaliera



L'organizzazione aziendale è articolata in Dipartimenti, Strutture Complesse, Strutture Semplici Dipartimentali/Aziendali e Strutture Semplici.

Attraverso tali articolazioni l'ASL AL esercita la propria attività.

Il Dipartimento rappresenta il modello ordinario di gestione operativa delle attività aziendali e costituisce tipologia organizzativa e gestionale volta a dare risposte unitarie, flessibili, tempestive, razionali ed esaustive rispetto ai compiti assegnati, nell'ottica di comunanza delle risorse.

Le Strutture Complesse, pur conservando ciascuna la propria autonomia, sono ordinariamente collocate all'interno di un Dipartimento, tranne che per scelta strategica siano poste in staff alla Direzione Aziendale ovvero in casi eccezionali previsti per legge.

I Direttori delle stesse fanno riferimento al Direttore del Dipartimento per tutti gli aspetti organizzativo-gestionali e tecnico-professionali.

Il Direttore della Struttura Complessa dipende gerarchicamente dalla Direzione Generale e ad essa, oltre che al Direttore di Dipartimento, risponde dei risultati ottenuti.

Le Strutture Semplici Dipartimentali/Aziendali sono articolazioni organizzative con specifiche responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie e dispongono, pertanto, di un proprio budget. Le Strutture Semplici sono articolazioni organizzative delle Strutture Complesse.

L'Azienda, con l'ASO di Alessandria e l'ASL di Asti, nell'ambito dell'Area Piemonte Sud-Est (Area Interaziendale di Coordinamento n. 5), si impegna a realizzare ogni forma di collaborazione utile a perseguire miglioramenti nell'organizzazione dei servizi per assicurare l'efficienza e l'efficacia delle attività.

2.3 ATTIVITA' SVOLTE

2.3.1 LA TRANSIZIONE POST EMERGENZA COVID-19

PIANO OPERATIVO PER IL RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE, DI RICOVERO E DI SCREENING ONCOLOGICI

L'emergenza da Covid-19 dal mese di marzo 2020 ha comportato un importante impatto sull'attività erogativa in termini di riorganizzazione di interventi, visite, prestazioni, screening, pur con salvaguardia per le attività a carattere di urgenza o indifferibili.

Considerata la necessità di procedere ad un recupero dell'attività non erogata nel corso del periodo pandemico, la Regione Piemonte ha assegnato all'ASL AL per l'anno 2021 un finanziamento complessivo di euro 3.186.121,00 per il recupero delle liste di attesa di prestazioni di ricovero ospedaliero, specialistica ambulatoriale e di screening oncologico non erogate nel periodo emergenziale in applicazione del D.L. 14 agosto 2020, n. 104 e del D.L. 25 maggio 2021, n. 73 ripartito come segue:

- **PARTE PUBBLICA**
 - Ricoveri: euro 476.906,00
 - Specialistica ambulatoriale: euro 1.681.719,00
 - Screening oncologico: euro 329.485,00
- **ACCORDI CON PRIVATI ACCREDITATI: euro 698.010,00**

Con D.G.R. 4-4878 del 14 aprile 2022 ad oggetto: "Piano straordinario di recupero delle Liste d'attesa. Ulteriori disposizioni attuative, ad integrazione della D.G.R. n. 48-4605 del 28.01.2022 e autorizzazioni di spesa per le Aziende Sanitarie Regionali. Modifica della D.G.R. 38-846 del 22.02.2019 sui termini di validità delle ricette relative alle prestazioni diagnostico-specialistiche di primo accesso" le Aziende Sanitarie Regionali sono state autorizzate all'utilizzo di ulteriori risorse previste dall'art. 1, comma 278, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 pari a Euro 36.862.840,00 secondo la ripartizione riportata nell'allegato B) al provvedimento, definita sulla base del fabbisogno espresso dalle ASR.

Con la deliberazione n. 364 del 29.04.2022 l'ASL AL ha provveduto a ripartire, in sede di prima assegnazione, le risorse riconosciute con la D.G.R. 4-4878 del 14 aprile 2022 secondo la seguente tabella:

	INTERVENTI CHIRURGICI	SPECIALISTICA	SCREENING	TOT
	A2022	A2022	A2022	A2022
ASLAL	575.065	1.024.971	312.507	1.912.544
ASOAL	656.422	348.122	41.464	1.046.009
PRIVATI	330.030	367.980	-	698.011
TOT	1.561.518	1.741.074	353.971	3.656.563

prevedendo l'eventuale e successiva rimodulazione della ripartizione di cui sopra tra le strutture pubbliche e private accreditate del territorio dell'ASL AL, sulla base dell'effettivo andamento del Piano straordinario di recupero delle Liste d'attesa e dell'assorbimento nel corso del 2022 delle risorse riconosciute per le finalità del Piano stesso.

I livelli di attività erogati dall'ASL nell'anno 2020 e 2021 sono stati fortemente condizionati dalle misure adottate per fronteggiare la pandemia da covid-19. L'Azienda ha dovuto ricorrere necessariamente, anche nel 2022, a prestazioni aggiuntive con l'obiettivo prioritario di recuperare le liste di attesa, prestando particolare attenzione alle prestazioni con tempi di attesa al di sopra degli standard o che presentano situazioni di maggior criticità.

L'Azienda ha predisposto delle "schede progetto" invitando i Direttori di Struttura a proporre progetti operativi che sono stati valutati dalla Direzione Generale. Le schede progetto sono distinte per i tre setting assistenziali, ricoveri, specialistica ambulatoriale, screening e contengono tempi di realizzazione del progetto, le ore e la tipologia di personale coinvolto.

L'ASL AL ha successivamente stipulato convenzioni con gli erogatori privati accreditati del territorio per l'acquisto di prestazioni sanitarie finalizzate all'abbattimento delle liste di attesa per l'anno 2022, recepite con deliberazione ASL AL n. 855 del 02.11.2022, prevedendo l'utilizzo dell'intero finanziamento destinato a tal fine di euro 698.010,00.

Una ulteriore convenzione per il recupero delle liste di attesa è stata stipulata con l'Azienda Ospedaliera di Alessandria nell'ambito del finanziamento individuato con deliberazione n. 364/2022, come da testo approvato con deliberazione n. 1095 del 30.12.2022 e recepita con deliberazione n. 19 del 12.01.2023.

I progetti operativi elaborati e validati dalla Direzione Generale per il recupero delle liste di attesa hanno portato a consuntivo 2022 all'assorbimento complessivamente di euro 1.530.156,31 per prestazioni aggiuntive.

La tabella sotto riportata indica l'utilizzo complessivo delle risorse 2022 per l'abbattimento delle liste di attesa:

AZIENDA	SETTING	AREA DEL PERSONALE	IMPORTO
ASL AL	RICOVERI SPECIALISTICA AMBULATORIALE SCREENING	DIRIGENZA SANITARIA - prestazioni aggiuntive	618.208,79
		COMPARTO SANITARIO - prestazioni aggiuntive	911.947,52
AO AL	RICOVERI SPECIALISTICA AMBULATORIALE SCREENING	Prestazioni aggiuntive valorizzate secondo la convenzione stipulata e oneri derivanti dall'addebito in mobilità passiva per le prestazioni erogate per il recupero liste attesa (ricoveri e ambulatoriale) secondo medesima convenzione, fino a concorrenza del budget di cui alla deliberazione 364/2022	1.046.009,00
PRIVATO ACCREDITATO	RICOVERI		532.881,00
	SPECIALISTICA AMBULATORIALE (al lordo del ticket)		270.790,90
TOTALE COMPLESSIVO ANNO 2022 PER RECUPERO LISTE ATTESA			3.379.837,21

ATTIVITA' DI RICOVERO

Il report sotto riportato evidenzia un significativo recupero dei livelli di produzione nel corso del 2022, con i Presidi Ospedalieri sedi di DEA (Casale M. e Novi L.) al di sopra dei livelli riscontrati nel 2019 (ricoveri programmati con classe di complessità 1-2-3) e con i PP.OO. di Acqui T. e Tortona prossimi a tali livelli (tenendo in considerazione la fase di transizione avvenuta nei mesi 2022 post fase emergenziale Covid-19, prima del pieno recupero della normale attività erogativa).

Si evidenzia il forte recupero rispetto ai livelli di attività 2021 e un andamento nel corso dei primi mesi 2023 che conferma il progressivo recupero dei livelli di attività pre-covid (99,5% primo trimestre 2023 vs primo trimestre 2019).

ATTIVITA' DI RICOVERO PROGRAMMATTA CLASSE COMPLESSITA' 1-2-3 (PERIODO APRILE-DICEMBRE)	% 2022- 2019	% 2022- 2021
	98%	115,7%

A MARZO 2023: 99,5%

REPORT DI DETTAGLIO

Valori fissati	RICOVERI ORDINARI + DS															
Mese	APR-DIC															
Azienda Produttrice	PP.OO. ASL AL															
Residenza assistito	Regione Piemonte ELEZIONE															
	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			
	apr-dic 2019	apr-dic 2021	apr-dic 2022	% 2022 su 2019	apr-dic 2019	apr-dic 2021	apr-dic 2022	% 2022 su 2019	apr-dic 2019	apr-dic 2021	apr-dic 2022	% 2022 su 2019	apr-dic 2019	apr-dic 2021	apr-dic 2022	% 2022 su 2019
TOT ASLAL	756	483	578	76,5%	2.292	2.154	2.412	105,2%	2004	1647	1968	98,2%	5.052	4.284	4.958	98,1%
P.O. CASALE M.	256	165	228	89,1%	727	785	707	97,2%	699	668	790	113,0%	1.682	1.618	1.725	102,6%
P.O. NOVI L.	180	166	128	71,1%	987	882	1.054	106,8%	141	206	171	121,3%	1.308	1.254	1.353	103,4%
P.O. TORTONA	285	132	201	70,5%	230	168	286	124,3%	676	469	663	98,1%	1.191	769	1.150	96,6%
P.O. ACQUIT.	35	20	21	60,0%	348	319	365	104,9%	488	304	344	70,5%	871	643	730	83,8%

Occorre segnalare che il Presidio Ospedaliero di Tortona ha svolto, nel periodo della pandemia Covid-19, la funzione di Covid-Hospital (anche per residenti di altre aree territoriale piemontesi), riprendendo progressivamente l'ordinaria operatività nel corso del 2022, con una attività per i primi mesi dello scorso anno ancora limitata.

Per quanto riguarda il Presidio Ospedaliero di Acqui T. si è registrata nel corso del 2022 una forte criticità relativa alle carenze di organico, soprattutto relative alla disciplina chirurgia generale, solo in parte risolta nel corso degli ultimi mesi dello scorso anno.

Il report successivo evidenzia l'andamento dell'intera attività interventistica di sala operatoria, che conferma il dato di ripresa dell'attività avvenuta nel corso del 2022 e 2023.

N. INTERVENTI SALA OPERATORIA (RICOVERO ORDINARIO - DAY SURGERY)

SOLO INTERVENTI DI ELEZIONE

PP.OO.	TOT PROGRESSIV O 2023 dal 1-gen al	TOT PROGRESSIV O 2019 dal 1-gen al	% 2023 su 2019 dal 1-gen al	
	31-mag	31-mag	31-mag	31-mag
P.O. ACQUI T.	746	773	●	96,5%
P.O. CASALE M.	1.856	1.774	●	104,6%
P.O. NOVI L.	1.281	1.354	●	94,6%
P.O. TORTONA	890	1.030	●	86,4%
TOT	4.773	4.931	●	96,8%

Fonte dati: ADT Registro operatorio

Anche per quanto riguarda l'attività complessiva di ricovero ospedaliero (programmata ed urgente, per tutte le classi di complessità), si evidenzia un significativo margine di recupero dei livelli di performance del periodo pre-covid, con un importante incremento del valore medio del DRG, segnale evidente della maggiore complessità dell'attività svolta (recupero in primis dei ricoveri di più elevata complessità ed urgenza):

ATTIVITA' DI RICOVERO COMPLESSIVA	% 2022 vs 2019 (casi)	% 2022 vs 2019 valore medio DRG
	82,5%	107,8%

A seguire il dato sull'intera ospedalizzazione dei residenti ASL AL:

RESIDENTI ASL AL	Casi				% 2022 su 2019
	ANNO 2019	ANNO 2020	ANNO 2021	ANNO 2022	
MOBILITA' RICOVERI PIEMONTE (EROGATORI EXTRA ASLAL)	33.806	27.543	28.703	30.265	89,5%

A seguire il report di sintesi relativo ai tempi di attesa per gli interventi monitorati dal Piano Nazionale Governo Liste di Attesa:

ASL AL
TEMPI ATTESA INTERVENTI DA FLUSSO SDO
ANNO 2021 - 2022

TIPO INT	A - Classe A				B - Classe B				C - Classe C				D - Classe D				TOTALE COMPLESSIVO															
	Ricovero entro 30 gg								Ricovero entro 60 gg								Ricovero entro 180 gg								Ricovero entro 12 mesi							
	ANNO 2021		ANNO 2022		ANNO 2021		ANNO 2022		ANNO 2021		ANNO 2022		ANNO 2021		ANNO 2022		ANNO 2021		ANNO 2022													
	CASI	GG ATTESA MEDI	CASI	GG ATTESA MEDI	CASI	GG ATTESA MEDI	CASI	GG ATTESA MEDI	CASI	GG ATTESA MEDI	CASI	GG ATTESA MEDI	CASI	GG ATTESA MEDI	CASI	GG ATTESA MEDI	CASI	GG ATTESA MEDI	CASI	CASI												
Colecistectomia laparoscopica Totale	70	83	103	81	114	126	124	84	40	282	73	205	21	502	10	425	245	310														
Emorroidectomia Totale	15	108	15	58	26	117	28	82	27	376	33	241	6	451	8	405	74	84														
Protesi d'anca Totale	64	78	62	33	65	81	83	74	95	226	124	160	10	337	3	377	234	272														
Riparazione ernia inguinale Totale	106	81	136	133	134	152	206	85	113	265	211	196	68	489	34	346	421	587														
Tumore colon Totale	63	20	113	27	1	48											64	113														
Tumore mammella Totale	153	24	201	26	2	50	2	30									155	203														
Tumore prostata Totale	8	44	10	20	4	168	5	39	1	144	1	583					13	16														
Tumore retto Totale	24	24	26	38			1	67									24	27														
Tumore utero Totale	12	15	15	23	5	31	5	34			1	53					17	21														
Totale complessivo	515	53	681	58	351	126	454	81	276	264	443	192	105	475	55	371	1.247	1.633														

TEMPI ATTESA INTERVENTI CHIRURGICI

Interventi monitorati del PNGLA - Piano Nazionale Governo Liste Attesa

Si registra nel 2022 una riduzione dei tempi di attesa per gli interventi monitorati rispetto alla situazione dell'anno 2021, in particolare per le classi di priorità B, C e D.

Ciò è legato al recupero dell'attività di sala operatoria a partire dal mese di aprile 2022, con un incremento ancora in atto, che sta portando l'attività ai livelli pre-covid (+31% di casi nel 2022 rispetto al 2021 per gli interventi monitorati).

Sono sostanzialmente entro standard gli interventi urgenti (in classe A e B) per patologie tumorali.

Maggiori criticità si registrano per gli interventi di piccola chirurgia (riparazione ernia, colecistectomia, emorroidectomia) e di impiantistica ortopedica (protesi d'anca); per tali interventi, l'incremento dell'attività di sala operatoria, pur in presenza di un miglioramento dei dati rispetto all'anno 2021, non ha ancora consentito di ridurre i tempi di attesa entro gli standard previsti.

Azioni attivate ed intraprese

Con specifici provvedimenti e comunicazioni volte a determinare un'attività di analisi per la riprogettazione dei percorsi di erogazione delle prestazioni sanitarie, in esito e riscontro a nota prot.29747 del 14.02.2022 della Direzione Sanità e Welfare della Regione Piemonte, avente ad oggetto "Recupero prestazioni chirurgiche ed individuazione Responsabile Unico Aziendale (RUA)", la Direzione Generale ha predisposto specifica attività di pianificazione ed ha individuato il Direttore SS.CC. DSPO Novi L. e Casale M. - Coordinatore rete ospedaliera ASL AL, quale RUA, con il compito di garantire il presidio dell'organizzazione dell'intero percorso chirurgico e le funzioni previste dalla Circolare Ministeriale del 19.01.2022 relativa agli adempimenti di cui all'art. 1, comma 276 e 279 della Legge 30.12.2021 n. 234.

Con successiva nota prot. 0067762 del 27.02.2022 la Direzione Generale, nel recepire il documento ministeriale "Piano operativo per il recupero liste di attesa" del 25.01.2022, ha formalizzato l'avvio di un processo teso all'analisi organizzativa delle strutture di erogazione ed eventualmente alla revisione dei modelli in uso.

Tra gli oggetti della revisione è rientrato il percorso chirurgico in ambito ospedaliero per il quale, analogamente ai percorsi medico ed ambulatoriale, è stato identificato un TEAM composto da diversi profili professionali coordinato nelle sue attività dal RUA, a cui è stata affidata l'attività di analisi e riprogettazione dei percorsi di erogazione delle prestazioni sanitarie, con l'obiettivo finale di sperimentare modelli tesi all'efficienza organizzativa ed operativa, in una logica di diffusione omogenea nelle strutture aziendali.

A seguito della trasmissione da parte della Regione Piemonte delle "Linee di indirizzo sul Regolamento per la Gestione delle Liste di attesa per ricoveri programmati" con nota prot. 20358 del 27.05.2022 si è provveduto alla stesura di un cronoprogramma inerente le azioni di

implementazione dei percorsi per operatori e definizione del Regolamento Aziendale di governo delle liste di attesa; il TEAM C, a seguito di riunioni in cui sono state discusse le implementazioni conseguenti del modello organizzativo in essere per i ricoveri chirurgici in elezione, ha predisposto, a fine maggio, una prima stesura del “Regolamento delle liste di attesa per ricoveri programmati PP.OO. ASL AL” nel recepimento delle suddette Linee di Indirizzo, previo incontro presso AO AL per una presa di visione del software gestionale in uso per la programmazione delle sale elettive, che è stata presentata e condivisa con i Direttori SS.CC. di Area Chirurgica in occasione di riunione del Dipartimento Chirurgico (inizio mese di giugno). Successivamente, per il tramite del Coordinatore delle attività amministrative DSPO sono stati individuati (metà mese di giugno), su ciascun Presidio, i referenti amministrativi dei servizi di pre ricovero con funzione di supporto per il governo delle liste di attesa, con annesso incontro formativo a cura del CED per quanto concerne l'utilizzo di appositi cruscotti informatici sviluppati dai Sistemi Informatici per le attività di competenza come previste, inerenti strettamente la manutenzione delle liste di attesa (dashboard per procedere alla rimozione dalla lista dei pazienti con posizione attiva residenti in Regione Piemonte e risultati deceduti, dashboard per procedere all'implementazione delle posizioni in liste di attesa antecedenti al mese di ottobre 2021 con i codici ICD-9-CM di diagnosi e procedura, dashboard per l'attribuzione dello score in base al quale ciascuna Struttura compone la propria programmazione di sala elettiva seguendo un ordine di chiamata oggettivo basato su apposito algoritmo indicato nelle Linee di indirizzo Regionali).

Dopo aver recepito le osservazioni ed integrazioni proposte sia dai componenti del TEAM C che dai Direttori SS.CC. di Area Chirurgica, in considerazione della prevista riduzione dell'attività di sala elettiva nel periodo estivo è stata avviata dal mese di settembre, di concerto con il Direttore di Dipartimento Chirurgico ed i singoli Direttori di Struttura interessati, una fase sperimentale di applicazione del Regolamento per il Governo delle liste di attesa nelle SS.CC. di Area Chirurgica così individuate:

- SC UROLOGIA NOVI
- SC CHIRURGIA ACQUI
- SC ORTOPEDIA TORTONA
- SC OCULISTICA ed SC ODONTOSTOMATOLOGIA CASALE

Al fine di individuare eventuali criticità applicative con relative soluzioni, prima di una completa applicazione del Regolamento a livello aziendale, contestualmente alla ripresa a pieno regime dell'attività di sala elettiva. In queste SS.CC. individuate la predisposizione delle liste operatorie programmate viene pertanto definita secondo l'ordine attribuito ai singoli pazienti dal punteggio ottenuto mediante l'applicazione dell'algoritmo fornito dalla Regione.

Contestualmente è stato avviato nelle SS.CC. Di Area Chirurgica individuate per la fase sperimentale, il monitoraggio della fase pre operatoria mediante il calcolo dei seguenti indicatori forniti dalla Regione nelle Linee di Indirizzo: 1) consistenza delle liste di attesa (numerosità dei pazienti in lista stratificati per classe di priorità, unità operativa e regime di ricovero); 2) tempo di

attesa per classe (stratificato per regime ed unità operativa); 3) tasso di ingresso in lista (numerosità pazienti in lista per mese, stratificati per classe, regime ed unità operativa).

Si è parimenti avviata, a livello di DSPO ed in collaborazione con il DIPSA ed il Controllo di Gestione, una attività di monitoraggio dell'utilizzo delle sale operatorie tramite appositi indicatori di attività e conseguente reportistica in modo da consentire una proficua lettura della produzione aziendale di sala elettiva per eventuali conseguenti azioni di implementazione: 1) totale ore programmate ad inizio mese per singola specialità su singolo Blocco Operatorio / totale ore programmate effettive a fine mese come risultanti dalle liste settimanali; 2) totale ore programmate effettive a fine mese come risultanti dalle liste settimanali / totale ore consuntivate di permanenza in Blocco per singola specialità su singolo Blocco; 3) totale ore intervento (ora incisione – ora sutura) consuntivate per singola specialità su singolo Blocco / totale ore consuntivate di permanenza in Blocco per singola specialità su singolo Blocco.

Si procederà a completa implementazione del regolamento ed estensione su tutte le specialità chirurgiche.

SPECIALISTICA AMBULATORIALE

I dati relativi ai primi 4 mesi del 2023 evidenziano un parziale recupero sui livelli di attività dell'anno 2019 (pre-covid), mentre si registra un forte recupero rispetto al dato anno 2022 per le prestazioni del PNGLA – Piano Nazionale Governo Liste Attese:

PRESTAZIONI AMBULATORIALI (MONITORATE PNGLA)	TOT gen-apr				
	2019	2022	2023	% vs 2019	% vs 2022
PRESTAZIONI PNGLA	51.818	28.157	36.926	71,3%	131,1%

Si registra un pieno recupero ai livelli di attività 2019 per le prestazioni di primo accesso:

PRESTAZIONI AMBULATORIALI (MONITORATE PNGLA) SOLO PRIMO ACCESSO	1 - Primo Accesso
	2002 vs 2019
ASL AL	104,5%

Tempi attesa specialistica ambulatoriale

Prestazioni del PNGLA - Piano Nazionale Governo Liste Attesa

L'84% delle prestazioni monitorate (con priorità urgente-breve-differibile) risulta entro standard ad aprile 2023 (ad aprile 2022 in dato era al 61%); in particolare

- 100% prestazioni con codice priorità «urgente»
- 95% prestazioni con codice priorità «breve»
- 64% prestazioni con codice priorità «differibile»

Si segnala inoltre che dei 16 casi di sfornamento dello standard, 6 casi superano lo standard per meno di 3 giorni

Il dato sui tempi di attesa registra una situazione complessivamente soddisfacente (con ancora situazioni di criticità, oggetto di attenzione per le azioni di miglioramento), con un andamento di progressivo miglioramento nel corso del 2022 e 2023.

Pur in presenza di dati sui tempi di attesa sostanzialmente soddisfacenti, soprattutto per le fasce U e B, si sta operando per una più puntuale calibrazione della rete dell'offerta, modulando la capacità produttiva per le diverse aree di priorità (principalmente D e P) in maniera più rispondente alla effettiva domanda del territorio di riferimento.

Prestazione	CODICE PRIORITA' U - URGENTE			CODICE PRIORITA' B - BREVE			CODICE PRIORITA' D - DIFFERIBILE			CODICE PRIORITA' P - PROGRAMMABILE		
	EROGATORI ASL AL PER RESIDENTI ASL AL			EROGATORI ASL AL PER RESIDENTI ASL AL			EROGATORI ASL AL PER RESIDENTI ASL AL			EROGATORI ASL AL PER RESIDENTI ASL AL		
	Standard	2022 gen	2022 dic	Standard	2022 gen	2022 dic	Standard	2022 gen	2022 dic	Standard	2022 gen	2022 dic
T.A. Medio	T.A. Medio	T.A. Medio	T.A. Medio	T.A. Medio	T.A. Medio	T.A. Medio	T.A. Medio	T.A. Medio	T.A. Medio	T.A. Medio	T.A. Medio	T.A. Medio
PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	3	N.P.	N.P.	10	8,6	7,3	30	50,2	30,4	120	52,5	56,9
PRIMA VISITA CHIRURGIA VASCOLARE	3	N.P.	N.P.	10	-	-	30	-	-	120	-	-
PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA	3	-	-	10	21,9	7,6	30	70,7	59,5	120	61,3	112,8
PRIMA VISITA NEUROLOGICA	3	N.P.	N.P.	10	7,2	4,9	30	16,4	22,1	120	18,5	24,3
PRIMA VISITA OCULISTICA	3	0,9	1,6	10	14,7	7,2	30	92,8	88,9	120	112,6	141,9
PRIMA VISITA ORTOPEDICA	3	0,5	0,8	10	8,8	5,3	30	31,4	9,9	120	33,6	22,2
PRIMA VISITA GINECOLOGICA	3	2,5	2,5	10	8,0	4,3	30	34,6	16,4	120	37,7	39,1
PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRICA	3	1,2	0,9	10	6,1	4,2	30	50,6	12,2	120	51,6	39,0
PRIMA VISITA UROLOGICA	3	1,7	1,4	10	13,3	6,9	30	54,9	22,8	120	54,1	23,1
PRIMA VISITA DERMATOLOGICA	3	1,7	1,0	10	12,3	5,7	30	72,9	21,1	120	75,5	61,9
PRIMA VISITA FISIATRICA	3	N.P.	N.P.	10	9,1	7,2	30	53,4	45,4	120	14,1	39,8
PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	3	N.P.	N.P.	10	11,0	7,2	30	45,6	37,8	120	38,0	46,4
PRIMA VISITA ONCOLOGICA	3	N.P.	N.P.	10	7,1	5,9	30	7,5	-	120	11,8	5,7
PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA	3	1,5	1,0	10	6,5	6,7	30	46,5	19,6	120	39,1	33,7
MAMMOGRAFIA	3	N.P.	N.P.	10	10,8	4,7	60	33,3	38,1	120	50,7	44,1
TC SENZA E CON CONTRASTO TORACE	3	1,0	1,3	10	8,4	6,4	60	34,0	22,7	120	44,3	42,6
TC SENZA E CON CONTRASTO ADDOME COMPLETO	3	1,6	1,8	10	8,6	7,3	60	36,9	25,0	120	43,5	49,5
TC SENZA E CON CONTRASTO ADDOME INFERIORE	3	-	-	10	17,5	3,0	60	-	6,0	120	-	-
TC SENZA E CON CONTRASTO ADDOME SUPERIORE	3	-	-	10	16,5	7,3	60	34,5	37,0	120	-	83,3
TC SENZA E CON CONTRASTO CAPO	3	1,3	0,3	10	7,7	5,3	60	32,5	24,0	120	17,9	18,4
TC SENZA E CON CONTRASTO RACHIDE	3	-	-	10	10,5	4,9	60	17,0	11,0	120	11,0	5,7
TC SENZA E CON CONTRASTO BACINO	3	-	-	10	-	1,3	60	-	6,0	120	-	-
RMN CERVELLO E TRONCO ENCEFALICO	3	-	-	10	13,4	10,5	60	44,0	48,3	120	29,0	59,5
RMN PELVI PROSTATA E VESCICA	3	N.P.	N.P.	10	7,0	5,7	60	19,0	21,5	120	9,0	22,3
RMN MUSCOLOSCHIELETRICA	3	N.P.	N.P.	10	10,7	8,0	60	44,1	43,8	120	35,7	41,3
RMN COLONNA VERTEBRALE	3	N.P.	N.P.	10	12,6	9,1	60	42,4	38,9	120	32,1	33,4
ECO CAPO COLLO	3	-	-	10	7,1	6,1	60	70,3	64,2	120	89,0	119,2
ECOCOLORDOPPLER CARDIACA	3	N.P.	N.P.	10	9,5	7,3	60	32,1	32,4	120	41,9	35,4
ECOCOLORDOPPLER TSA	3	N.P.	N.P.	10	10,8	6,1	60	37,1	30,0	120	66,1	47,5
ECO ADDOME	3	0,3	1,2	10	10,2	7,9	60	60,8	38,3	120	53,7	61,8
ECOGRAFIA MAMMELLA	3	N.P.	N.P.	10	6,1	7,7	60	40,3	62,4	120	40,8	42,5
ECOGRAFIA OSTETRICO GINECOLOGICA	3	-	3,0	10	5,5	8,0	60	42,5	37,5	120	21,5	19,7
ECOCOLORDOPPLER VASI PERIFERICI	3	0,8	2,1	10	7,6	5,1	60	37,5	27,7	120	54,1	53,9
COLONSCOPIA	3	N.P.	N.P.	10	14,2	10,4	60	71,7	92,8	120	64,0	107,6
SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	3	-	-	10	-	-	60	-	-	120	-	-
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	3	N.P.	N.P.	10	12,7	8,1	60	55,9	74,0	120	60,0	61,3
ELETTROCARDIOGRAMMA	3	0,3	0,2	10	6,4	3,7	60	32,1	20,5	120	32,6	35,5
ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO HOLTER	3	N.P.	N.P.	10	7,7	6,8	60	20,4	23,4	120	31,2	38,7
ELETTROCARDIOGRAMMA DA SFORZO	3	N.P.	N.P.	10	5,6	7,4	60	33,9	77,9	120	41,3	64,1
AUDIOMETRIA	3	-	-	10	6,3	2,4	60	45,2	16,9	120	40,3	33,1
SPIROMETRIA	3	N.P.	N.P.	10	5,5	5,3	60	53,5	36,0	120	28,7	21,3
FONDO OCULARE	3	1,5	-	10	27,1	7,5	60	82,9	81,3	120	93,6	136,9
ELETTROMIOGRAFIA	3	N.P.	N.P.	10	14,3	8,0	60	45,1	66,9	120	71,3	67,1

L'Azienda, nel corso del 2022, ha posto in atto azioni di carattere sia tecnico sia organizzativo-gestionale con l'obiettivo di incrementare l'attività per tendere ai livelli del 2019 rispettando i tempi di erogazione delle prestazioni per classe di priorità.

Dal punto di vista 'tecnico', è stata effettuata un'accurata revisione delle agende a Cup, in particolare:

- le agende esclusive relative a follow up, PDTA/percorsi formalizzati, cure palliative, oncologia, dietetica e nutrizione clinica, gravidanza, day service sono state caratterizzate con i 'casi d'uso', in coerenza con quanto definito dalla DGR 4-4878 del 14/04/2022;

- le agende esclusive vengono rese disponibili a prenotazione qualora contengano posti liberi nelle 72 ore antecedenti alla data presunta dell'erogazione della prestazione;
- i posti nelle fasce di priorità U e B sono stati destinati al 100% ai residenti dell'ASL AL;
- sono stati redistribuiti i posti disponibili nelle agende per classe di priorità (classe U 5%, classe B 20%, classe D 50%, classe P 25%);
- sono stati rivisti i tempi di erogazione delle prestazioni monitorate dal PNGLA definendo un tempario che, da un lato ripristina i tempi di erogazione delle prestazioni pre-pandemia, dall'altro tende ad omogenizzare l'offerta sulle varie sedi aziendali sia ospedaliere che territoriali; sono conseguentemente state reimpostate tutte le agende interessate con le nuove tempistiche;
- è stato attivato l'overbooking, in casi selezionati, laddove risulta più frequente la mancata presentazione degli utenti prenotati.

Dal punto di vista organizzativo-gestionale, la Direzione Generale, nel recepire il documento ministeriale "Piano operativo per il recupero liste di attesa" del 25.01.2022, ha formalizzato l'avvio di un processo teso all'analisi organizzativa delle strutture di erogazione ed eventualmente alla revisione dei modelli in uso. Tra gli oggetti della revisione rientrano le attività ambulatoriali per l'ambito ospedaliero e territoriale. Al riguardo è stato identificato un TEAM "A" composto da diversi profili professionali coordinato nelle sue attività dal RUA, a cui è stata affidata l'attività di analisi ed eventuale riprogettazione dei percorsi di erogazione delle prestazioni sopra richiamate, con l'obiettivo finale di sperimentare modelli tesi all'efficienza organizzativa ed operativa, in una logica di diffusione omogenea nelle strutture aziendali.

Il Team A, composto da figure sanitarie, tecniche e amministrative, ha analizzato in modo proattivo l'attività dell'Azienda, sia dal punto di vista dei volumi erogati che dal punto di vista dell'organizzazione dell'offerta, con l'obiettivo di integrare Ospedale e Territorio, punto critico ma fondamentale in un'Azienda caratterizzata da un territorio vasto e disomogeneo quale quello dell'ASL AL.

A tal fine si è proceduto ad un'analisi puntuale dell'offerta dell'attività ambulatoriale erogata in tutte le sedi aziendali per ogni singola specialità sia come volumi erogati, numero di ambulatori aperti settimanalmente e numero di ore di apertura settimanale, modalità di prenotazione, che come risorse umane dedicate (dirigenti medici dipendenti e convenzionati, cpsi, oss), grandi attrezzature, tecnologie informatiche, tempi di erogazione delle prestazioni.

Tale analisi crea le basi per un percorso di ripresa dell'attività cominciato nel 2022 ma che troverà più ampio sviluppo nel corso del 2023:

- integrazione degli specialisti tra Ospedale e Territorio quando possibile con unica sede lavorativa ottimizzando i tempi di trasferimento da sede a sede;
- ipotesi di ulteriore revisione delle tempistiche di erogazione delle prestazioni anche per le visite di controllo;

- presa in carico dell'assistito da parte dello specialista e/o attivazione di Day Service, ovvero istituzione di percorsi ambulatoriali che prevedono una segmentazione per specifiche tipologie di pazienti, in particolare in ambito oncologico, cardiovascolare e per la gestione della cronicità (diabete, BPCO);
- ipotesi (in fase di studio) di prestazioni ad esclusiva esecuzione infermieristica/comparto, quali spirometrie, esame del fundus oculi, ecg;
- potenziamento della telemedicina e televisita (soprattutto per colloqui e controlli semplici);
- potenziamento degli strumenti di monitoraggio dell'attività ambulatoriale erogata.

La Direzione, con il supporto del Team A, ha organizzato incontri periodici con i Direttori dei Dipartimenti e dei Distretti per richiedere e analizzare proposte fattive di recupero della attività immediatamente implementabili nel secondo semestre 2022 attraverso il ricorso all'attività istituzionale.

Alcuni specialisti si sono resi disponibili ad incrementare l'attività riducendo ulteriormente i tempi di visita, nel rispetto comunque degli standard previsti (esempio otorinolaringoiatria). Per altre specialità, data la carenza di personale dirigente medico, non vi sono stati oggettivamente margini per ulteriori incrementi.

Sono stati assegnati per l'anno 2022 obiettivi di budget alle Strutture aziendali sia di incremento di produttività che di miglioramento dei tempi di attesa, monitorati mensilmente.

PROGETTO DI COSTITUZIONE DELL'I.R.C.C.S., IN RACCORDO CON L'AZIENDA OSPEDALIERA SS. ANTONIO E BIAGIO E C.ARRIGO, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALL'APPORTO ALLE ATTIVITÀ DEL DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE FUNZIONALE DELLE ATTIVITÀ INTEGRATE DI RICERCA ED INNOVAZIONE (DAIRI)

È utile ricordare che nel periodo compreso tra il 01/06/2021 e il 31/05/2023 il primo atto da riportare è la costituzione del DAIRI — Dipartimento interaziendale funzionale delle attività integrate di ricerca ed innovazione di cui alla D.G.R. n. 9-3584 del 23 luglio 2021.

A seguito di questo atto, come da indicazione regionale, ASL AL ha provveduto ad assumere di concerto con il Direttore Generale dell'A.O. di Alessandria tutte le iniziative propedeutiche alla finalizzazione del progetto di costituzione dell'IRCCS.

Di intesa con il Direttore del DAIRI si è proceduto a sostenere la programmazione delle attività del DAIRI, fornendo il necessario supporto in termini di risorse umane ed economiche, peraltro oggetto di rendicontazione semestrale, da inviare alla Direzione Sanità e Welfare, relativamente alle attività e i costi afferenti al DAIRI.

In particolare ASL AL ha provveduto, sempre di intesa con il Direttore del DAIRI, ad attivare la sede di Casale Monferrato del Dipartimento, a supportare il rilancio del Centro Sanitario Amianto e a creare le condizioni organizzative e strutturali per rafforzare le attività di ricerca e la stesura della documentazione a supporto della candidatura a IRCCS.

A riguardo, è doveroso segnalare che il 27 aprile 2023 è stata approvata la DGR che attesta la coerenza e compatibilità con la programmazione sanitaria regionale del riconoscimento dell'Azienda Ospedaliera "SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo" di Alessandria - sede del Dipartimento attività integrate ricerca e innovazione (DAIRI) - quale Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs) per "patologie ambientali: malattie oncologiche e patologie d'organo".

Si tratta dell'ultimo atto regionale che completa la documentazione comprovante la titolarità dei requisiti, consentendo, da parte della Direzione Sanità del Piemonte, l'inoltro al Ministero della Salute dell'istanza di riconoscimento presentata dal DAIRI dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria, quale primo Irccs a carattere pubblico del Piemonte.

L'ASL AL ha provveduto a rendicontare semestralmente (secondo semestre 2021, primo e secondo semestre 2022) all'Azienda Ospedaliera di Alessandria i costi sostenuti per il DAIRI - Dipartimento interaziendale funzionale delle attività integrate di ricerca ed innovazione, in termini di oneri per il personale, per beni, servizi, investimenti ed altri costi di gestione.

L'AO Alessandria ha curato la predisposizione del consolidato di Dipartimento, integrando i dati di costo di competenza, inviati alla Direzione Sanità e Welfare, unitamente alla rendicontazione delle attività del DAIRI nel periodo di riferimento.

PROGETTO DI RIQUALIFICAZIONE DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI TORTONA

La riqualificazione del Presidio Ospedaliero di Tortona, che ha svolto in periodo pandemico il fondamentale ruolo di Covid Hospital, non solo per l'ASL AL, ma per tutto il territorio piemontese, con l'attenuarsi dell'incidenza della pandemia e con la successiva cessazione dello stato di emergenza, ha costituito una delle priorità principali per la ripresa di attività e sviluppo le ruolo della struttura nell'ambito della rete ospedaliera del territorio.

A seguito di una fase di progettazione condivisa con i competenti settori dell'Assessorato regionale, con deliberazione del Direttore Generale di questa ASL AL. n. 644 del 20.07.2022 questa Amministrazione ha adottato il provvedimento di indizione di una procedura aperta per il conferimento di servizi sanitari presso il Presidio Ospedaliero di Tortona.

Al soggetto contraente verrà richiesto di gestire in autonomia e con assunzione di responsabilità gestionale e sanitaria tre distinti servizi sanitari.

- 1) Il reparto di Recupero e Riabilitazione Funzionale (R.R.F.) mediante prestazioni di riabilitazione specialistica di tipo motorio (cui verrà assicurato un flusso costante di pazienti dal reparto ospedaliero di ortopedia con priorità per i pazienti di Tortona), con dotazione di personale medico, infermieristico, riabilitativo e di supporto. Nell'ambito del servizio, sono richieste anche prestazioni di tipo ambulatoriale;
- 2) La Piattaforma Ambulatoriale (collegata al P.S. nelle ore diurne con sistemi di accesso fast tracking) per le specialità indicate, con dotazione di personale medico, infermieristico e di supporto;
- 3) Il servizio di pronto soccorso 24h/24 per 365 giorni all'anno con dotazione di personale medico.

Per quanto riguarda la "Piattaforma Ambulatoriale" sono state individuate nell'ambito del Nucleo Tecnico, le seguenti specialità:

Cardiologia
Neurologia
Allergologia / Pneumologia
Dermatologia
Gastroenterologia
Reumatologia

L'affidamento avverrà mediante procedura aperta e con applicazione del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa individuata sulla base del miglior rapporto qualità prezzo, ai sensi degli artt. 60 e 95 del Decreto Legislativo 18.04.2016 n. 50 e s.m.i. – Codice dei contratti pubblici. La procedura di conferimento è nella fase di aggiudicazione, con tempi di avvio del progetto previsti per il secondo semestre 2023.

2.3.2 DATI SULLE ATTIVITA' AZIENDALI

I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA NELL'ASL AL

- Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN)	Anno 2021	Anno 2022
Controlli, vigilanza e ispezioni in materia di sicurezza alimentare:	1046	1433
Attività di controllo su acque per uso umano:	1198	2162
Provvedimenti e sanzioni:	21 prescrizioni ex art. 138; 52 sanzioni; 1 notizia di reato; 280 provvedimenti ex art.54/882	18 prescrizioni ex art. 138; 73 sanzioni; 2 notizia di reato; 316 provvedimenti ex art.138/625
Certificazione alimenti e merci per l'esportazione verso Paesi extra UE	527	953
Attività di 'counselling' nutrizionale (ore):	15	80
Sorveglianza nutrizionale		
– pareri su menù e tabelle dietetiche ristorazione scolastica:	221	338
– pareri su menù e tabelle dietetiche strutture socio-assistenziali:	137	103
Medicina dello Sport		
Visite	3252	3722
Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP)	Anno 2021	Anno 2022
Vaccinazioni obbligatorie e raccomandate	804539	821741
Medicina dei viaggi: counselling	-	1251
Vaccinazioni medicina dei viaggi	860	1551
Controlli, vigilanza ed ispezioni	1327	1591
Sorveglianza malattie infettive – notifiche pervenute - inchieste epidemiologiche eseguite	181	1758
Pareri edilizi	133	166
Conferenze dei servizi	208	673
Interventi di educazione sanitaria e promozione alla salute	30	137
Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro (SPRESAL)	Anno 2021	Anno 2022
Ditte vigilate	992	1100
Interventi di vigilanza	992	1100
Cantieri Edili sottoposti a vigilanza	247	249
Infortuni sul lavoro indagati	144	103
Malattie Professionali indagate	89	106
Punti di prescrizione impartiti (art. 21 D.Lgs. 758/94)	264	343
Numero verbali	215	261
Piani di lavoro e notifiche amianto valutati	1072	1218
Numero sopralluoghi effettuati	672	643

Servizio Veterinario		
Sanità Animale – Area A	Anno 2021	Anno 2022
Allevamenti zootecnici e consistenza capi:	Allevamenti/Capi	Allevamenti/Capi
Bovini	684/40390	688-36599
Ovini e caprini	859/17612	679-18071
Suini	265/36118	247-36000
Equidi	1877/4433	1847-3461
Conigli	7/2900	8 - 13000
Avicoli a carattere commerciale (esclusi i famigliari)	73/300339	69-290000
Apiari	3011	4862
Stalle di sosta/commercio autorizzate	7	7
Partite di animali da allevamento importate da estero	716	683
Strutture adibite al ricovero di animali d'affezione: canili e gattili	102	68
Attività S.O.C. Sanità Animale – Area A in ambito zootecnico:		
Accessi dei veterinari di Area A in allevamenti per profilassi varie:	1629	1492
Prove di stalla effettuate per profilassi varie	2617	2254
Capi in allevamenti zootecnici provati	144233	309658
Animali d'affezione:		
Cani censiti in anagrafe	87812	88646
Sedute di identificazione cani (veterinari ASL)	116	135
Cani identificati con microchip dal S. veterinario	2035	1562
Interventi di vigilanza per anagrafe canina	995	1050
Passaporti per animali d'affezione rilasciati	939	1088
Morsicature segnalate	165	153
Igiene degli alimenti di origine animale – Area B	Anno 2021	Anno 2022
Impianti di macellazione	41	36
Altri impianti riconosciuti C.E.	52	49
Certificati export	29	53
Verifiche negli stabilimenti di produzione	108	107
Riscontro non conformità	19	64
Verifiche negli esercizi al dettaglio	91	89
Difformità alla normativa vigente	48	169
Visita ante e post mortem negli impianti di macellazione (bovini suini ed ovi-caprini)	10862	10.687
Visita ante e post mortem negli impianti di macellazione: avicoli	2594643	2.928.017
Prelievo campioni alimenti	169	165
Sequestro merce	160T	155T

Igiene degli allevamenti e produzioni zootecniche – Area C	Anno 2021	Anno 2022
Strutture sanitarie abilitate alla cura degli animali d'affezione	92	92
Altri impianti riconosciuti C.E.	178	184
Produzione primaria settore latte	81	92
Attività di vendita settore lattiero caseario	59	59
Ispezioni sottoprodotti Reg. CE 1069/2009	92	51
Campionamenti eseguiti su latte e prodotti a base di latte	29	89
Sopralluoghi in allevamento come attività integrata A e C	3	0
PNAA PRINCIPI ATTIVI E ADDITIVI campioni effettuati	34	37
PNAA PRINCIPI BSE campioni effettuati	9	7
PNAA PRINCIPI DIOSSINE E PCB campioni effettuati	1	1
PNAA PRINCIPI MICOTOSSINE campioni effettuati	9	7
PNAA METALLI PESANTI E CONTAMINANTI AMBIENTALI campioni effettuati	10	10
PNAA SALMONELLE campioni effettuati	11	10
PNAA OGM campioni effettuati	3	3
Ispezioni effettuate presso OSM (operatori settore mangimi)	35	36
PNR sostanze anabolizzanti e non autorizzate campioni effettuati	96	60
PNR sostanze autorizzate (farmaci veterinari) campioni effettuati	65	70
PNR contaminanti di origine chimica (DIOSSINE e PCB) campioni effettuati	5	1
PNR contaminanti di origine chimica (metalli pesanti) campioni effettuati	7	3
PNR contaminanti di origine chimica (programma pluriennale ANTIPARASSITARI) campioni effettuati	3	1
PNR contaminanti di origine biologica (micotossine) campioni effettuati	4	6
PIANO REGIONALE BENESSERE ANIMALE allevamenti controllati	88	71
LATTE ALLA STALLA controlli su sospetto o segnalazione per escludere la presenza di antibiotici nel latte	0	0
LATTE CRUDO - PIANO REGIONALE LATTE CRUDO DISTRIBUTORI prelievi	0	0
FARMACOSORVEGLIANZA VETERINARIA ispezioni effettuate	182	146
FARMACOSORVEGLIANZA VETERINARIA farmaco veterinario ricette pervenute	185896	186540
FARMACOSORVEGLIANZA VETERINARIA mangimi medicati ricette pervenute	122	71
CERTIFICAZIONI PER EXPORT PRODOTTI ALIMENTARI	76	86
CERTIFICAZIONI PER EXPORT PRODOTTI INTERMEDI Reg. CE 1069/2009	113	91
CERTIFICAZIONI PER EXPORT MANGIMI (alimenti per animali da compagnia)	0	0
TRASPORTO ANIMALE Autorizzazioni trasportatori ai sensi dell'art. 10 (viaggi < 8 ore) del Reg. (CE) 1/2005 – Validità 5 anni	2	9
TRASPORTO ANIMALE Autorizzazioni trasportatori ai sensi dell'art. 11 (viaggi > 8 ore) del Reg. (CE) 1/2005 – Validità 5 anni	6	7
TRASPORTO ANIMALE Certificati di omologazione ai sensi dell'art. 18	6	8

del Reg. (CE) 1/2005 - Validità 5 anni		
TRASPORTO ANIMALE Certificati di idoneità ai sensi dell'art. 6 del Reg. (CE) 1/2005 – Validità 10 anni	5	4
TRASPORTO ANIMALE Autodichiarazioni della registrazione come produttore primario ai sensi del Reg (CE) 852/2004 - Allegato G vidimazioni – Validità 5 anni	17	11
TRASPORTO ANIMALE Autodichiarazioni della registrazione come trasportatore "conto proprio" di equidi - All. H vidimazioni – Validità 5 anni	22	52
TRASPORTO ANIMALE Autodichiarazioni per la registrazione come operatori diversi da quelli del settore primario che trasportano conto proprio animali per distanze inferiori ai 65 km – All. I vidimazioni – Validità 5 anni	6	2
TRASPORTO ANIMALE Check-list (allegato B) per la certificazione dei requisiti dei mezzi di trasporto degli animali vertebrati vivi per viaggi inferiori alle otto ore (Accordo Stato-Regioni del 20.03.2008) - Validità 5 anni vidimazioni	4	27
Campioni OBEX Zora comprensivi degli accessi cui è seguita dichiarazione di non eseguibilità del campione		565
Presidio Multizonale di Profilassi e Polizia Veterinaria	Anno 2021	Anno 2022
Animali selvatici inviati alla Facoltà di Medicina Veterinaria	27 (+93 IZS)	54 (+ 64 IZS)
Esecuzione piani di profilassi-Test Brucellosi latte bovino di massa =		
Allevamenti	71	15
Distributori automatici	44	4
Prelievo campioni di latte		
Bovino	160	125
Ovicaprino	56	32
Interventi di vigilanza		
Alpeggi	10	7
Allevamenti	29	6
Canili+ Colonie feline	21	23
Ritiro e distribuzione marche auricolari	20	45
Interventi per controllo popolazioni colonie feline	Sanità animale	Sanità animale
EMERGENZA PSA: interventi recupero carcasse di cinghiale segnalate ed abbattute	//	629
EMERGENZA PSA: abbattimento suini in allevamento	//	6449
Medicina Legale	Anno 2021	Anno 2022
Prestazioni monocratiche	9.190	8.568
Prestazioni collegiali	18.193	19.367

Assistenza territoriale

Livello di assistenza	TIPO INDICATORE	ANNO 2021	ANNO 2022
Medicina generale	Ore apertura Guardia Medica	100.222	98.852
	Sedi di Guardia Medica	15	15
	Continuità Assistenziale – n.ro visite	74.989	76.257
	Medici di Medicina Generale	309	284
	- di cui operanti in medicina di associazione	8	3
	- di cui operanti in medicina di rete	111	100
	- di cui operanti in medicina di gruppo	123	102
	MMG - Assistenza primaria -numero scelte	377.707	375.695
	ADI – ADP numero interventi	48.950	45.840
	Pediatri di Libera Scelta	36	34
	- di cui operanti in medicina di associazione	9	6
	- di cui operanti in medicina di gruppo	20	16
	PLS - Assistenza primaria -numero scelte	34.308	34.078
Bilanci di Salute	20.006	19.262	
Emergenza sanitaria territoriale	Attività gestita da ASO AL		
Ass. farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate	Farmacie convenzionate	193	193
	Dispensari farmaceutici	39	39
	Spesa farmaceutica convenzionata (al netto ticket) – conto 3100404	58.293.468,85	58.821.825,52
Ass. farmaceutica erogata per file F e primo ciclo (incluso farmaci H)	Distribuzione diretta per residenti ASL AL (esclusi farmaci Epatite)	43.319.873,00	48.484.653,12
Ass. farmaceutica erogata per DPC	Spesa farmaceutica erogata in DPC – conto 3100448	16.424.617,00	18.186.426,43
Assistenza Integrativa / Protesica	Punti di erogazione territoriale	7	7
Assistenza Specialistica	Prestazioni complessive per ab	11,96	12,82
	<i>Prestazioni di laboratorio per abitante</i>	<i>9,26</i>	<i>9,70</i>
	<i>Prestazioni TAC per abitante</i>	<i>0,09</i>	<i>0,10</i>
	<i>Prestazioni RMN per abitante</i>	<i>0,07</i>	<i>0,08</i>
	<i>Prestazioni terapia fisica per abitante</i>	<i>0,06</i>	<i>0,10</i>
Assistenza Idrotermale	Istituti termali nel territorio ASL	1	1
	Costo per assistenza idrotermale	547.602,00	308.678,00
Assistenza cure domiciliari sanitarie	anziani >= 65 anni – n.ro casi di assistenza in cure domiciliari sanitarie	14.384	14.924
Assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori)	Sedi consultoriali	24	11
	Prestazioni di consultorio	12.110	18.712
Assistenza psichiatrica	Centri di salute mentale	6	6
	Centri diurni a gestione diretta	1	1
	Servizi psichiatrici di diagnosi e cura	2	2
	Comunità protette a gestione diretta	1	1
	Gruppi appartamento	7	7
	Utenti in carico nei CSM	3.646	3.650
	Centri diurni – n.ro giornate	203	4.526
Assistenza residenziale – n.ro casi	221	243	

	Assistenza residenziale – n.ro giornate	65.538	65.610
	Assistenza territoriale – n.ro prestazioni	103.772	93.954
Assistenza riabilitativa ai disabili	Totale posti letto convenzionati per assistenza residenziale disabili (esclusi p.l. fuori ASL)	594	594
	Totale posti in Centri Diurni per disabili convenzionati	324	324
	Giornate di semiresidenzialità	39.236	41.404
	Giornate di residenzialità	146.765	154.622
Assistenza ai tossicodipendenti	SER.D	7	7
	Centri Diurni per tossicodipendenti e alcolisti a gestione diretta	1	1
	Utenti in carico	1.976	2.066
	Giornate di semiresidenzialità	3.528	360
	Giornate di residenzialità	13.120	9.067
Assistenza agli anziani	Posti letto RSA accreditati/ convenzionati compresi CAVS (esclusi p.l. fuori ASL)	3.615	3.654
	Posti in Centri Diurni per anziani accreditati/convenzionati	65	65
	Casi trattati in semiresidenzialità (prese in carico)	2	8
	Giornate di semiresidenzialità	217	276
	Casi trattati in residenzialità – RSA (prese in carico)	1.901	2.174
	Giornate di residenzialità	463.846	508.950
	Casi trattati in CAVS (prese in carico)	325	255
	Giornate CAVS – residenziali	6.612	4.692
Assistenza ai malati terminali	Posti letto Hospice a gestione diretta	24	24
	Giornate hospice per assistenza ai malati terminali	5.070	4.824

PRODUZIONE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

	ANNO 2022	ANNO 2021
TOTALE PRESTAZIONI	3.525.448	3.340.221
01 - ALLERGOLOGIA	21.968	19.723
05 - ANGIOLOGIA	497	495
08 - CARDIOLOGIA	34.724	26.911
09 - CHIRURGIA GENERALE	12.267	8.863
12 - CHIRURGIA PLASTICA	2.114	1.527
14 - CHIRURGIA VASCOLARE	2	16
18 - EMATOLOGIA	192	96
19 - ENDOCRINOLOGIA	4.668	3.389
24 - MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	283	325
26 - MEDICINA GENERALE	3.386	3.837
29 - NEFROLOGIA	80.085	75.419
30 - NEUROCHIRURGIA	212	158
32 - NEUROLOGIA	11.358	7.613
33 - NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	26.311	25.567
34 - OCULISTICA	28.912	22.821
35 - ODONTOSTOMATOLOGIA	12.105	7.799
36 - ORTOPEDIA	20.742	14.493
37 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	9.431	16.084
38 - OTORINOLARINGOIATRIA	17.404	9.733
39 - PEDIATRIA	213	153
40 - PSICHIATRIA	17.641	21.992
43 - UROLOGIA	8.036	5.975
52 - DERMOSIFILOPATIA	11.526	6.845
56 - MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	59.415	55.599
58 - GASTROENTEROLOGIA-CH/EN DIGESTIVA	8.226	7.137
61 - MEDICINA NUCLEARE	4	3
64 - ONCOLOGIA	30.095	25.932
68 - PNEUMOLOGIA	11.616	8.339
69 - RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	93.096	65.551
71 - REUMATOLOGIA	4.344	3.210
79 - DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA	14.829	13.063
81 - CURE PALLIATIVE	10.486	11.330
82 - ANESTESIA	635	2.272
85 - DIABETOLOGIA	16.161	12.722
91 - PSICOLOGIA	375	786
96 - TERAPIA DEL DOLORE	6.745	2
98 - LABORATORIO	2.885.817	2.823.707
99 - ALTRE PRESTAZIONI	59.527	30.734

	ANNO 2022	ANNO 2021	DELTA	%
TOTALE PRESTAZIONI	3.525.448	3.340.221	185.227	6%
Visita	250.955	225.519	25.436	11%
Diagnostica	158.617	115.453	43.164	37%
Laboratorio	2.867.275	2.800.548	66.727	2%
Terapeutica	170.344	141.148	29.196	21%
Riabilitazione	58.670	56.323	2.347	4%
Altro	19.587	1.230	18.357	1492%

ATTIVITA' DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE (valore delle prestazioni - €)

	ANNO 2022		ANNO 2021		ANNO 2019	
	Quantita	Valore	Quantita	Valore	Quantita	Valore
TOTALE ASL AL	3.525.448	36.334.027,11	3.340.221	33.474.366,19	4.218.823	44.741.825,90

Assistenza ospedaliera

Livello di assistenza	TIPO INDICATORE	VALORE 2022	VALORE 2021
Attività di Pronto Soccorso	Sedi DEA 1^ livello	2	2
	Sedi Pronto Soccorso	3	3
	Accessi in DEA/PS	75.560	59.051
Assistenza Ospedaliera per acuti	Presidi Ospedalieri	5	5
	Posti letto Ricovero Ordinario (*)	598	598
	Posti letto DH/DS (*)	136	136
	Casi in DH/DS (produzione)	6.528	5.323
	Casi in Ricovero Ordinario (produzione)	15.972	15.224
	T.O. per 1000 assistiti DH/DS	96,2	33,8
	T.O. per 1000 assistiti R.O.	37,6	92,2
Assistenza Ospedaliera per Lungodegenti	Posti letto Ricovero Ordinario (*)	20	20
	Casi in Ricovero Ordinario (produzione)	0	0
	T.O. per 1000 assistiti R.O.	0,17	0,14
Assistenza Ospedaliera per Riabilitazione	Posti letto Ricovero Ordinario (*)	40	40
	Casi in Ricovero Ordinario/DH (produz.)	523	472
	T.O. per 1000 assistiti R.O./DH	7,94	7,43

(*) a seguito riorganizzazione Rete Ospedaliera

PPOO ASLAL - PRODUZIONE RICOVERI+DH ANNO 2022

		ANNO 2022		ANNO 2021	
		Casi	Valore	Casi	Valore
TOTALE COMPLESSIVO ASL AL		23.023	71.097.771,49	21.019	68.621.813,20
01002601 - OSPEDALE S. SPIRITO DI CASALE	TOT	8.324	25.958.585,49	7.776	24.382.725,40
	08 - CARDIOLOGIA	587	1.838.746,60	579	1.823.010,20
	09 - CHIRURGIA GENERALE	784	3.386.429,60	763	3.130.100,00
	26 - MEDICINA GENERALE	1.368	5.119.177,80	1.350	5.580.987,20
	29 - NEFROLOGIA	39	34.318,00	102	181.228,00
	31 - NIDO	285	337.363,00	317	312.566,00
	32 - NEUROLOGIA	426	1.538.860,80	429	1.433.048,00
	34 - OCULISTICA	527	760.080,79	468	676.325,20
	35 - ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	72	43.843,00	65	49.152,00
	36 - ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA	874	4.499.690,20	804	4.252.904,00
	37 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	940	1.489.613,80	943	1.423.841,00
	38 - OTORINOLARINGOIATRIA	169	283.087,00	137	262.377,00
	39 - PEDIATRIA	11	25.734,00	1	154,00
	43 - UROLOGIA	176	300.706,00	268	524.157,00
	49 - TERAPIA INTENSIVA	98	1.274.607,00	708	2.130.730,00
	50 - UNITA' CORONARICA	115	289.756,00	94	225.013,00
	56 - RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	341	1.926.713,70	268	1.328.351,40
	58 - GASTROENTEROLOGIA	1	179,00	20	5.765,00
64 - ONCOLOGIA	441	1.050.206,80	400	945.734,00	
67 - PENSIONATI			3	0,00	
68 - PNEUMOLOGIA	272	636.912,40	57	97.282,40	
96 - TERAPIA DEL DOLORE	798	1.122.560,00			
01002603 - OSPEDALE DI TORTONA	TOT	3.154	11.678.397,20	2.088	9.800.663,60
	09 - CHIRURGIA GENERALE	835	2.017.508,80	368	869.369,00
	26 - MEDICINA GENERALE	1.147	4.493.038,60	1.070	5.226.581,60
	34 - OCULISTICA			2	1.988,00
	36 - ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA	796	3.790.780,80	349	1.750.880,00
	38 - OTORINOLARINGOIATRIA	181	305.916,00	173	288.100,00
	49 - TERAPIA INTENSIVA	59	990.128,00	110	1.661.060,00
	64 - ONCOLOGIA	21	3.759,00	15	2.685,00
	67 - PENSIONATI			1	0,00
96 - TERAPIA DEL DOLORE	115	77.266,00			

		ANNO 2022		ANNO 2021	
		Casi	Valore	Casi	Valore
01002604 - OSPEDALE S. GIACOMO DI NOVI	TOT	7.787	20.563.873,60	7.596	21.573.281,80
	01 - ALLERGOLOGIA	19	15.428,00	16	12.992,00
	08 - CARDIOLOGIA	467	1.332.083,00	466	1.451.455,60
	09 - CHIRURGIA GENERALE	840	2.190.663,40	814	2.552.820,20
	26 - MEDICINA GENERALE	1.570	5.415.999,20	1.626	5.638.829,80
	29 - NEFROLOGIA	14	9.943,00	41	127.174,00
	31 - NIDO	548	774.401,00	527	584.628,00
	32 - NEUROLOGIA	472	1.706.281,40	428	1.662.019,20
	34 - OCULISTICA			1	994,00
	36 - ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA	462	2.146.167,00	610	3.158.033,00
	37 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1.308	1.955.867,40	1.210	1.748.883,40
	39 - PEDIATRIA	279	496.681,40	140	299.859,60
	40 - PSICHIATRIA	326	554.403,20	394	642.626,00
	43 - UROLOGIA	1.164	2.572.483,00	977	2.264.723,00
	49 - TERAPIA INTENSIVA	78	1.129.302,00	75	1.082.215,00
	50 - UNITA' CORONARICA	110	240.216,60	109	316.530,00
58 - GASTROENTEROLOGIA	40	7.402,00	36	7.707,00	
64 - ONCOLOGIA	89	16.552,00	123	21.792,00	
67 - PENSIONATI	1	0,00	3	0,00	
01002605 - OSPEDALE CIVILE DI ACQUI TERME	TOT	2.814	9.462.633,00	2.633	9.359.593,80
	09 - CHIRURGIA GENERALE	816	1.853.621,80	759	1.701.582,80
	26 - MEDICINA GENERALE	1.206	4.140.627,80	1.183	4.300.605,00
	36 - ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA	577	2.259.065,40	497	1.984.320,00
	38 - OTORINOLARINGOIATRIA	81	176.547,00	61	108.369,00
	43 - UROLOGIA	59	59.314,00	62	57.573,00
	49 - TERAPIA INTENSIVA	74	973.457,00	71	1.207.144,00
67 - PENSIONATI	1	0,00			
01002606 - OSPEDALE CIVILE DI OVADA	TOT	944	3.434.282,20	926	3.505.548,60
	26 - MEDICINA GENERALE	762	2.545.376,70	722	2.567.091,60
	56 - RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	182	888.905,50	204	938.457,00

PPOO ASLAL - PRODUZIONE RICOVERI+DH ANNO 2022 SINTESI PER PRESIDIO OSPEDALIERO

	ANNO 2022		ANNO 2021	
	Casi	Valore	Casi	Valore
TOTALE COMPLESSIVO ASL AL	23.023	71.097.771,49	21.019	68.621.813,20
01002601 - OSPEDALE S. SPIRITO DI CASALE	8.324	25.958.585,49	7.776	24.382.725,40
01002603 - OSPEDALE DI TORTONA	3.154	11.678.397,20	2.088	9.800.663,60
01002604 - OSPEDALE S. GIACOMO DI NOVI	7.787	20.563.873,60	7.596	21.573.281,80
01002605 - OSPEDALE CIVILE DI ACQUI TERME	2.814	9.462.633,00	2.633	9.359.593,80
01002606 - OSPEDALE CIVILE DI OVADA	944	3.434.282,20	926	3.505.548,60

PPOO ASLAL - PRODUZIONE RICOVERI+DH ANNO 2022 SINTESI PER REGIME RICOVERO

	ANNO 2022	ANNO 2021	DELTA	%
TOTALE COMPLESSIVO ASL AL	23.023	21.019	2.004	10%
TOTALE REGIME ORDINARIO	16.424	15.669	755	5%
- DI CUI ORDINARIO CHIRURGICO	4.500	4.082	418	10%
- DI CUI ORDINARIO MEDICO	11.924	11.587	337	3%
TOTALE REGIME DIURNO	6.599	5.350	1249	23%
- DI CUI DIURNO CHIRURGICO	4.420	3.453	967	28%
- DI CUI DIURNO MEDICO	2.179	1.897	282	15%

ATTIVITA' DI RICOVERO OSPEDALIERO - RIC. ORD. E DH (valore casi - €)

	ANNO 2022			ANNO 2021			DIFFERENZA %		
	Casi	Giornate	Valore	Casi	Giornate	Valore	Casi	Giornate	Valore
TOTALE COMPLESSIVO	23.023	144.908	71.097.771,49	21.019	142.607	68.621.813,20	9,5%	1,6%	3,6%
01002601 - OSPEDALE S. SPIRITO DI CASALE	8.324	53.086	25.958.585,49	7.776	50.942	24.382.725,40	7,0%	4,2%	6,5%
01002603 - OSPEDALE DI TORTONA	3.154	21.115	11.678.397,20	2.088	20.866	9.800.663,60	51,1%	1,2%	19,2%
01002604 - OSPEDALE S. GIACOMO DI NOVI	7.787	40.660	20.563.873,60	7.596	40.838	21.573.281,80	2,5%	-0,4%	-4,7%
01002605 - OSPEDALE CIVILE DI ACQUI TERME	2.814	17.441	9.462.633,00	2.633	17.082	9.359.593,80	6,9%	2,1%	1,1%
01002606 - OSPEDALE CIVILE DI OVADA	944	12.606	3.434.282,20	926	12.879	3.505.548,60	1,9%	-2,1%	-2,0%

Si evidenzia un sensibile incremento di produzione per l'attività di ricovero e per l'attività di specialistica, sia in termini quantitativi che in termini di valorizzazione, dovuto alle azioni di recupero attuate dall'ASL AL e dettagliate nel capitolo 2.3 "Attività svolte"

ACCESSI DEA / PRONTO SOCCORSO

TOTALE ASL AL

COD URGENZA	ANNO 2021	ANNO 2022
BIANCO	1.745	2.382
VERDE	43.808	28.690
AZZURRO	39	28.550
ARANCIONE	10	14.193
GIALLO	12.283	8
ROSSO	1.160	1.733
NERO	6	4
Totale complessivo	59.051	75.560

P.O. ACQUI TERME – ACCESSI P.S.

COD URGENZA	ANNO 2021	ANNO 2022
BIANCO	322	298
VERDE	8.733	5.573
AZZURRO		4.434
ARANCIONE		1.958
GIALLO	1.703	1
ROSSO	181	271
NERO		
Totale complessivo	10.939	12.535
<i>% accessi seguiti da ricovero</i>	<i>17,1%</i>	<i>14,4%</i>

P.O. NOVI LIGURE – ACCESSI DEA

COD URGENZA	ANNO 2021	ANNO 2022
BIANCO	593	824
VERDE	13.828	10.522
AZZURRO	1	5.147
ARANCIONE		5.396
GIALLO	6.405	1
ROSSO	465	656
NERO	4	2
Totale complessivo	21.296	22.548
<i>% accessi seguiti da ricovero</i>	<i>22,2%</i>	<i>19,1%</i>

P.O. OVADA – ACCESSI P.S.

COD URGENZA	ANNO 2021	ANNO 2022
BIANCO	36	77
VERDE	5.149	2.428
AZZURRO		4.006
ARANCIONE		733
GIALLO	611	1
ROSSO	13	23
NERO		
Totale complessivo	5.809	7.268
<i>% accessi seguiti da ricovero</i>	<i>7,3%</i>	<i>6,6%</i>

P.O. TORTONA – ACCESSI P.S.

COD URGENZA	ANNO 2021	ANNO 2022
BIANCO	62	524
VERDE	2.145	3.069
AZZURRO	36	6.964
ARANCIONE	10	1.968
GIALLO	515	
ROSSO	39	146
NERO	1	1
Totale complessivo	2.808	12.672
<i>% accessi seguiti da ricovero</i>	<i>14,4%</i>	<i>11,7%</i>

P.O. CASALE M. – ACCESSI DEA

COD URGENZA	ANNO 2021	ANNO 2022
BIANCO	732	659
VERDE	13.953	7.098
AZZURRO	2	7.999
ARANCIONE		4.138
GIALLO	3.049	5
ROSSO	462	637
NERO	1	1
Totale complessivo	18.199	20.537
<i>% accessi seguiti da ricovero</i>	<i>15,6%</i>	<i>14,2%</i>

3 OBIETTIVI RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI

3.1 OBIETTIVI DEL PIANO DELLA PERFORMANCE – ANNO 2022

Nella presente sezione si relaziona sui risultati conseguiti relativamente al Piano della Performance per l'anno 2022 adottato con deliberazione n. 356 del 28.04.2022 e successivamente confluito nel PIAO di prima applicazione di cui alla deliberazione n. 852 del 31.10.2022, quale provvedimento programmatico con il quale, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed il target sui quali si basa la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance.

Gli obiettivi annuali assegnati dai documenti di programmazione nazionali e regionali sono stati integrati con le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno e quindi tradotti in obiettivi strategici, a loro volta declinati in obiettivi operativi assegnati ai Dirigenti.

Agli obiettivi ed alle azioni individuati dalla direzione strategica aziendale sono stati affiancati gli obiettivi economici gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati annualmente alle Aziende Sanitarie dalla Regione Piemonte.

OBIETTIVI DI ATTIVITA' AI DIRETTORI GENERALI DELLE A.S.R. – ANNO 2022

D.G.R. N. 23-5653 del 19 settembre 2022

Con D.G.R. n. 23-5653 del 19 settembre 2022 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 2022.

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 2022 alle strutture competenti.

Gli obiettivi assegnati con la D.G.R. n. 13-3924 del 15 ottobre 2021 sono articolati nelle seguenti aree ed eventualmente suddivisi in ulteriori sub-obiettivi, come dettagliato nella seguente relazione riepilogativa del livello di raggiungimento degli obiettivi trasmessa alla Regione Piemonte:

AREA 1	Gestione piani di sviluppo e consolidamento
AREA 2	Qualità
AREA 3	Farmaci e dispositivi medici
AREA 4	Transizione post-emergenza
AREA 5	Prevenzione

OBIETTIVO SPECIFICO CON *Rispetto dei tempi di pagamento ex art. 1 comma 865*

CARATTERE DI LATERALITA' *Legge 145/2018*

OBIETTIVO DI ACCESSO *Progetto regionale sperimentale di Telemedicina*

TABELLA RIASSUNTIVA

AREA	OBIETTIVO GENERALE	P.ti	OBIETTIVO SPECIFICO/ INDICATORE
1. GESTIONE PIANI DI SVILUPPO E CONSOLIDAMENTO	1.1 COMPLETAMENTO DEGLI INTERVENTI EX DGR N. 7-1492 DEL 12 GIUGNO 2020 (PL DI TERAPIA INTENSIVA, SEMI-INTENSIVA E PS)	8	Completamento degli interventi previsti entro il 31.12.2022 per la realizzazione dei PL di terapia intensiva
			Completamento degli interventi previsti entro il 31.12.2022 per la realizzazione dei PL di terapia semi intensiva
			Completamento degli interventi previsti entro il 31.12.2022 per l'adeguamento dei P.S.
			Completamento dei provvedimenti idonei a garantire il rispetto del calendario previsto anche per gli esercizi successivi in merito a terapie intensive; terapie sub-intensive; pronto soccorso
	1.2 CASE DI COMUNITA'; OSPEDALI DI COMUNITA' E CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI	8	Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) ai progetti per la realizzazione delle Case della Comunità entro il 2°trimestre 2022
			Assegnazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione delle Case della Comunità entro il 4°trimestre 2022
			Assegnazione codici CUP (Codice Unico di Progetto) per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali entro il 2°trimestre 2022
			Assegnazione codici CUP (Codice Unico di Progetto) per l'interconnessione aziendale delle Centrali Operative Territoriali entro il 2°trimestre 2022
			Assegnazione dei progetti idonei per indizione della gara per l'implementazione delle Centrali Operative Territoriali entro il 3° trimestre 2022
			Assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali entro il 4°trimestre 2022
			Assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per l'interconnessione aziendale delle Centrali Operative Territoriali entro il 4°trimestre 2022
			Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) per la realizzazione degli Ospedali di Comunità entro il 2°trimestre 2022
			Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione degli Ospedali di Comunità entro il 4°trimestre 2022

AREA	OBIETTIVO GENERALE	P.ti	OBIETTIVO SPECIFICO/ INDICATORE
1. GESTIONE PIANI DI SVILUPPO E CONSOLIDAMENTO	1.3 FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO	6	Aziende con Repository interoperabile con FSE nel 2021:
			distribuzione degli strumenti di firma digitale per digitalizzare i documenti sanitari (LDO, VPS, RIS-PACS, AP, e tutti i restanti referti ambulatoriali)
			assicurare alimentazione dei documenti FSE firmata digitalmente
			interventi di adeguamento dei documenti clinico sanitari alle specifiche HL7 CDA R2
			Aziende con Repository NON interoperabile con FSE nel 2021:
			interoperabilità del repository aziendale con FSE
			distribuzione degli strumenti di firma digitale per digitalizzare i documenti sanitari (LDO, VPS, RIS-PACS, AP, e Tutti i restanti referti ambulatoriali)
			assicurare alimentazione dei documenti FSE firmati digitalmente
			interventi di adeguamento dei documenti clinico sanitari alle specifiche HL7 CDA R2

AREA	OBIETTIVO GENERALE	P.ti	OBIETTIVO SPECIFICO/ INDICATORE
2. QUALITA'	2.1 AREA OSTEOMUSCOLARE	3	Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 48 ore in pazienti ultrasessantacinquenni. L'indicatore è calcolato valutando il tempo a partire dall'arrivo in PS.
	2.2 TEMPESTIVITA' NELL'EFFETTUAZIONE DI PTCA NEI CASI DI IMA - STEMI	3	Proporzione di episodi di STEMI trattati con PTCA entro 2 giorni
	2.3 APPROPRIATEZZA NELL'ASSISTENZA AL PARTO	3	Numero parti con cesareo primario / N. parti con nessun cesareo x 100
	2.4 DONAZIONI D'ORGANO	3	coerenza tra cartella SDO e scheda CEDAP con DRG di parto da 370 a 375
			Segnalazioni di soggetti in morte encefalica (BDI)
			Non opposizione alla donazione organi
	2.5 MIGLIORAMENTO NELLA GESTIONE E MISURAZIONE DEL BOARDING	5	Donatori di cornee
			Attivazione dei percorsi di fast track in tutti i PO sede di PS/DEA dell'ASR come previsto dall'Allegato C alla DGR n.7 3088/2021 compatibilmente con la casistica trattata.
			Miglioramento della compilazione dei campi del fl usso C2 ai fini della corretta misurazione del boarding.
			Piano di Gestione del Sovraffollamento - PGS (Allegato D alla DGR n.7-3088/2021)
Monitoraggio per la riduzione del boarding, (fonte EPICLIN).			
2.6 MONITORAGGIO ATTIVO DEL NUOVO SISTEMA DI GARANZIA (NSG)	5	Tempo medio di permanenza in PS	
		Completezza e Qualità dei dati dichiarati nel flusso STS24, ovvero assenza di correzione rilevata nell'annualità 2023 rispetto ai dati dichiarati per l'annualità 2022. Riscontro tempestivo di eventuali rilievi segnalati dal Ministero per l'annualità 2021.	
			Trasmissione del Piano degli interventi di breve, medio e lungo periodo da avviare/avviati per migliorare la performance aziendale desumibile dagli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia

AREA	OBIETTIVO GENERALE	P.ti	OBIETTIVO SPECIFICO/ INDICATORE
3. FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI	3.1 AFFIDABILITA' DATI RILEVATI DA FLUSSI INFORMATIVI DELLA FARMACEUTICA	3	Verifica trimestrale della coerenza tra i costi aziendali rilevati dal Modello di Conto Economico (CE) e i costi aziendali rilevati attraverso il flusso informativo della D.D. e il flusso dei C.O. tenendo conto delle eventuali note di credito
			Verifica della coerenza tra i dati dei flussi informativi inviati mensilmente dalle aziende (relativi alla distribuzione diretta e ai consumi ospedalieri) e gli analoghi valori mensili consolidati a fine anno
			Al fine di di acquisire gli elementi per valutare le soluzioni più adeguate in materia di logistica sanitarie e gestione dei vaccini e degli screening, è stato sottoposto alle AA.SS.RR. un questionario volto a consentire l'acquisizione di ulteriori dati di approfondimento tecnico, indispensabili per poter procedere alla mappatura definitiva delle attività
	3.2 ASSISTENZA FARMACEUTICA APPROPRIATEZZA PRESCRITIVA	6	ASL: Riduzione nel 2022 della spesa pro-capite pesata complessiva (conv. + dd + dpc) avendo come obiettivo il valore dell'ASL best performer nell'anno 2021.
	3.3 AFFIDABILITA' DATI RILEVATI DA FLUSSI INFORMATIVI DEI DISPOSITIVI MEDICI	3	Rapporto tra spesa rilevata dal Flusso Consumi di Dispositivi medici, esclusa quella rilevata per le CND W e Z - a eccezione delle CND Z13, Z12040115 e Z12040216 – e i costi imputati a Conto Economico alle voci B.1.A.3.1 e B.1.A.3.2.
Rapporto tra il numero di record validi con "Forma di negoziazione" compilata e il numero complessivo di record validi inviati al flusso DMRP-Contratti			
Rapporto tra quantità contrattualizzata rilevata dal Flusso Contratti di Dispositivi medici, distintamente per le CND J0101, P0704, P0908, e quantità distribuita di dispositivi medici rilevata da Flusso Consumi di dispositivi medici			

AREA	OBIETTIVO GENERALE	P.ti	OBIETTIVO SPECIFICO/ INDICATORE
4. TRANSIZIONE POST-EMERGENZA	4.1 ATTUAZIONE PIANO DIRECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA DELLE PRESTAZIONI DI RICOVERO	8	La produzione relativa all'attività di ricovero deve tornare complessivamente ai volumi e al mix indicativo che venivano ordinariamente erogati antecedentemente all'emergenza pandemica, pertanto, prendendo quale anno di riferimento il 2019 al netto delle mensilità relative al periodo emergenziale
			Recupero prestazioni di ricovero secondo classi di complessità e priorità come programmato nel piano aziendale di utilizzo risorse previste dall'art. 1, comma 278, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 (prospettiva committenza per ASL)
			utilizzo, secondo criteri di appropriatezza e in coerenza con il fabbisogno stimato, delle risorse residue ex DL 104/DGR 2-1980 entro il 31/12/2022
	4.2 ATTUAZIONE PIANO DI RECUPERO DELLE PRESTAZIONI DI SCREENING ONCOLOGICI	7	Raggiungimento degli obiettivi di inviti e prestazioni secondo i seguenti indicatori: 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
			Aggiornamento del Piano di attività annuale, per l'anno 2022, da approvarsi con deliberazione del Direttore Generale di ogni Azienda afferente al Programma di Screening, ai sensi della D.G.R. n. 27-3570 del 04.07.2016
	4.3 ATTUAZIONE PIANO DI RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE	10	La produzione relativa all'attività di specialistica ambulatoriale deve tornare complessivamente ai volumi e al mix indicativo che venivano ordinariamente erogati antecedentemente all'emergenza pandemica, pertanto, prendendo quale anno di riferimento il 2019 al netto delle mensilità relative al periodo emergenziale
			Recupero prestazioni di specialistica ambulatoriale come previsto dal piano aziendale di utilizzo risorse previste dall'art. 1, comma 278, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 (prospettiva committenza per ASL)
			Utilizzo secondo criteri di appropriatezza e in coerenza con il fabbisogno stimato, delle risorse residue ex DL 104/DGR 2-1980 entro il 31/12/2022
	4.4 PIANO DI RECUPERO VACCINAZIONI PROGRAMMATE ASL	3	Copertura degli ospiti delle RSA per pneumococco e zoster nell'ultimo trimestre 2022
			Copertura degli ospiti delle RSA per vaccinazione antinfluenzale entro il 31 dicembre 2022

AREA	OBIETTIVO GENERALE	P.ti	OBIETTIVO SPECIFICO/ INDICATORE
4. TRANSIZIONE POST-EMERGENZA	4.5 PRELIEVO ED EFFETTUAZIONE TAMPONI E VACCINI ANTI COVID-19	10	<p>Presenza sul territorio delle ASL, anche mediante collaborazione con ASO-ASOU, di strutture in grado di assicurare la disponibilità per l'effettuazione di tamponi antigenici/molecolari ai fini di sorveglianza di sanità pubblica, per la popolazione piemontese</p> <p>Disponibilità di risorse umane e informatiche per assicurare la gestione dei periodi contumaciali e ove necessario, la ricerca attiva dei contatti stretti; l'azienda deve disporre di un piano per fronteggiare un eventuale richiesta di aumento in tempi brevi di personale</p> <p>Organizzazione di centri vaccinali e coordinamento delle attività degli MMG/PLS per la somministrazione di vaccini COVID 19 sulla base dei programmi nazionali</p>
	4.6 PANFLU ASL	2	Trasmissione della relazione riepilogativa delle misure messe in atto per lo sviluppo delle azioni previste dal PanFlu e il recupero delle prestazioni dei dipartimenti di prevenzione, entro il 29.10.2022
5. PREVENZIONE	5.1 PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE (PNP)	2	<p>Percentuale di indicatori di programma e di processo, aventi un valore atteso locale per il 2022, che raggiungono lo standard atteso</p> <p>Documento di proposte organizzative complete della definizione del fabbisogno di personale e dei profili professionali necessari</p> <p>Numero delle interviste effettuate</p>
	5.2 PIANO REGIONALE INTEGRATO PER I CONTROLLI SULLA SICUREZZA ALIMENTARE (PRISA)	2	<p>Settori di intervento che per il 2022, che raggiungono lo standard atteso</p> <p>Documento di proposte organizzative complete della definizione del fabbisogno di personale e dei profili professionali necessari</p>

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 allega la tabella del calcolo dell'Indice di Tempestività dei pagamenti (ITP) per l'anno 2022, 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 si può rilevare 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	2022
213	ASL AL	-18,81

	Indicatore annuale tempi di pagamento	Indicatore trimestrale tempi di pagamento al 31/03/2022	Indicatore trimestrale tempi di pagamento al 30/06/2022	Indicatore trimestrale tempi di pagamento al 30/09/2022	Indicatore trimestrale tempi di pagamento al 31/12/2022
Desc. Azienda	2022	I trim 2022	II trim 2022	III trim 2022	IV trim 2022
ASL AL	-18,81	-46,42	-10,80	-7,91	-46,42

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

OBIETTIVO DI ACCESSO

Progetto regionale sperimentale di Telemedicina

Presenza in carico di almeno il 10% dei pazienti in assistenza domiciliare dal 1° ottobre al 31 dicembre 2022

La telemedicina diventa uno strumento per garantire continuità di cura nei diversi settings assistenziali (dal domicilio a ospedale a RSA) attraverso la comunicazione tra tutte le figure di assistenza/care giver/pazienti.

BISOGNI INTERCETTATI E ATTIVITA'

- condivisione multidisciplinare e multi professionale del piano assistenziale individuale (da presa in carico a terapie)
- monitoraggio costante e continuo di parametri clinici, psicologici, assistenziali
- raccolta in unica repository virtuale, in tempo reale e in modo dinamico delle informazioni correlate con il piano di cura e assistenza con unicità di linguaggio
- Interattività tra ospedale e territorio con accessibilità bidirezionale ai documenti e alla cartella delle cure domiciliari (anche da PS) con possibilità di prescrizione di terapie su pazienti noti anche da remoto in tempo reale
- Analisi di performance del processo di presa in carico

VISION DEL PROGETTO

- cercare di partire dalle best practices presenti sul territorio mettendole a sistema alla luce del DM77 e del PNRR
- rinforzare i progetti di simultaneous care in oncologia facilitando l'integrazione dei percorsi tra ospedale e territorio sulla cronicità
- alzare il livello medio delle competenze territoriali rinforzando la rete e la condivisione e la discussione dei casi anche tramite teleconsulto e la condivisione delle informazioni cliniche
- collocare definitivamente il cancro nel capitolo delle cronicità

Alcuni dati relativi al Progetto sul Distretto Acqui T. - Ovada

- Attivato e avviato il Distretto Acqui Ovada con delibera del 3.5.2022.

- Patologie: cancro, Insufficienza renale, diabete, problematiche ortopediche con perdita autonomia, patologie neurologiche.

L'attività di formazione propedeutica all'utilizzo della piattaforma di Telemedicina sviluppata da IKINOVA per conto della Fondazione C.I.G.N.O. ONLUS prevista per il personale sanitario infermieristico delle Cure Domiciliari è avvenuta in data 31 gennaio 2023.

In questo primo incontro è stata illustrata la funzionalità della piattaforma e le iniziali indicazioni all'uso della stessa, precisando che nelle settimane successive sarebbe stato messo a disposizione una unità di personale con ruolo di formatore a cura di C.I.G.N.O. ONLUS in affiancamento al personale Infermieristico nella fase iniziale.

Nei mesi scorsi, a partire dal 9 maggio 2022, il Direttore del Distretto Acqui-Ovada ha avuto una serie di incontri con IKINOVA incentrati sul Progetto Telemedicina tesi al miglioramento della Piattaforma ed al miglior utilizzo della stessa (almeno una decina di incontri spalmati dal periodo maggio 2022 al gennaio 2023).

Sono stati organizzati in occasione delle date precedenti una serie di incontri in presenza ed in video collegamento necessari alla presentazione della piattaforma ai MMG, ai Medici della continuità assistenziale, ad alcuni specialisti Territoriali fruitori certi della piattaforma.

Non sono mancati da parte delle varie professionalità coinvolte utili suggerimenti operativi e migliorativi della piattaforma stessa (ampliamento delle scale di valutazione, criteri uniformi per l'arruolamento dei pazienti in ADI da inserire in piattaforma, analisi dei collegamenti della piattaforma di Telemedicina con i Sistemi informativi Regionali Ecwmed e Farsiad operativi dal 01 Gennaio 2023 oltre al suggerimento di coinvolgere tra il personale ancora da formare gli operatori Consorzio Servizi Sociali del Ovadese e Unione Montana Suol D'aleramo ASCA certamente futuri attori del progetto di Telemedicina.

Da segnalare le criticità che il Progetto ha dovuto superare per la corretta definizione delle modalità di trattamento dei dati, con la necessità di coordinamento delle scelte da parte dei diversi DPO delle aziende interessate al Progetto.

Da quanto esposto appare evidente che si registra un ritardo rispetto alla tempistica prevista.

Il cronoprogramma elaborato dalla stessa Fondazione CIGNO, prevedeva le prime due fasi (Wp1 e Wp2), riassunte nel Diagramma di GANTT di progetto, svilupparsi in un arco temporale di circa 6 mesi in cui la fase di formazione appare collocata nel Work package 2, peraltro non ancora completamente conclusa. Si confida che nelle prossime settimane a formazione conclusa, si possa rapidamente riallineare il progetto recuperando parte del tempo impiegato per lo sviluppo del progetto in corso d'opera.

REPORT IKINOVA SU AVANZAMENTO PROGETTO

Distretto di riferimento	OPERATORI		Pazienti con telemonitoraggio attivo nella data del report	PAZIENTI ANAGRAFICHE DISPONIBILI		STORICO
	MMG Elenco dei medici di base con credenziali per accedere alla piattaforma	ALTRI Altri operatori sanitari (es. infermieri, amministrativi, etc) con credenziali per accedere alla piattaforma	Numero dei pazienti con dati di monitoraggio inseriti all'interno della loro dashboard rilevati alla data della creazione del report	Caricati da MMG Numero di anagrafiche pazienti caricati sulla piattaforma da MMG tramite le proprie credenziali	Ricevuti da ECWMED Numero di anagrafiche pazienti in regime di cure domiciliari ricevute da ECWMED in modo automatico	Numero totale dei pazienti a cui è stato effettuato almeno un monitoraggio da inizio del progetto
Alessandria	32	101	171	6532	7815	171
Acoqui/Ovada	26	99	171	6532	937	171
Altri dist ALESSANDRIA	8	2			6878	
Dettaglio pazienti Alessandria						
al ALESSANDRIA					2059	
al CASALE M.TO					2064	
al NOVI LIGURE					859	
al TORTONA					1191	
al VALENZA					705	

Attualmente la percentuale di presa in carico è pari al 2,61%.

Alla luce dei dati soprariportati, l'obiettivo di accesso si può considerare **PARZIALMENTE RAGGIUNTO**.

1.GESTIONE PIANI DI SVILUPPO E CONSOLIDAMENTO

OBIETTIVO 1.1

Completamento degli interventi ex DGR n. 7-1492 del 12 giugno 2020 (PL di terapia intensiva; semi-intensiva e PS) - PNRR - M6C2

In ottemperanza a quanto previsto dall'art.2 del D.L. n.34 del 19 maggio 2020, la Regione Piemonte con DGR del 12 giugno 2020, n. 7-1492 ha deliberato il Piano Straordinario di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19 approvato dal Ministero della Salute in data 13 luglio 2020 dove sono dettagliati gli interventi e il relativo quadro economico sia per i posti letto nelle ASR di terapia intensiva e semi intensiva sia per l'adeguamento dei Pronti Soccorso delle Aziende. Alla luce del monitoraggio mensile effettuato dal settore competente e trasmesso alla Struttura Commissariale ed Ministero della Salute, considerando strategico che le ASR procedano alla realizzazione degli interventi programmati al 31.12.2022 si ritiene opportuno assegnare uno specifico obiettivo riferito al completamento degli interventi previsti per la realizzazione dei posti letto di terapia intensiva e di terapia semi intensiva nonché degli interventi previsti di adeguamento dei Pronto Soccorso.

OBIETTIVO GENERALE	P.ti	OBIETTIVO SPECIFICO/ INDICATORE	%	STANDARD / VALORE OBIETTIVO	Consuntivo 2022
1.1 COMPLETAMENTO DEGLI INTERVENTI EX DGR N. 7-1492 DEL 12 GIUGNO 2020 (PL DI TERAPIA INTENSIVA, SEMI-INTENSIVA E PS)	8	Completamento degli interventi previsti entro il 31.12.2022 per la realizzazione dei PL di terapia intensiva	25	100% interventi programmati e realizzati al 31.12.2022	<p><u>PO Acqui</u>: TI n. 1 PL: Lavori conclusi 100% 30.11.2022 - TSI n. 4 PL lavori in fase conclusiva (s.a.l. 90%) fine prevista 28.02.2023 e collaudo entro 31.03.2023 (v. dettaglio)</p> <p><u>PO Casale</u>: TI e TSI: Progetti esecutivi carenti e non validabili. Richiesta sostituzione progettisti e CPS. E' in corso verifica progettazione (v. dettaglio)</p> <p><u>PO Novi</u>: T.I. e T.S.I. lavori in corso (s.a.l. 75%) - Fine lavori prevista 31.03.2023 e collaudo 30.04.2023 (v. dettaglio)</p> <p><u>PO Tortona</u>: T.I. fine lavori 30.11.2022 (PL attivato) - T.S.I. fine lavori prevista 15.02.2023 (collaudo 15.03.2023)</p> <p>Si rileva che, pur nei ritardi nell'esecuzione del complesso dei lavori, si è provveduto con risorse interne all'esecuzione di interventi volti a garantire la presenza di alcuni dei PL aggiuntivi previsti</p>
		Completamento degli interventi previsti entro il 31.12.2022 per la realizzazione dei PL di terapia semi intensiva	25	100% interventi programmati e realizzati al 31.12.2022	
		Completamento degli interventi previsti entro il 31.12.2022 per l'adeguamento dei P.S.	25	100% interventi programmati e realizzati al 31.12.2022	<p><u>PO Acqui</u>: Lavori iniziati - consegna parziale 21.12.2022 - Fine lavori prevista 31.05.2023 - collaudo 30.06.2023</p> <p><u>PO Casale</u>: Lavori conclusi</p> <p><u>PO Novi</u>: Progetto rivisto (v. dettaglio relazione)</p> <p><u>PO Ovada</u>: Progetto in corso di revisione (v. dettaglio relazione)</p> <p><u>PO Tortona</u>: concluso</p>
		Completamento dei provvedimenti idonei a garantire il rispetto del calendario previsto anche per gli esercizi successivi in merito a terapie intensive; terapie sub-intensive; pronto soccorso	25	100% provvedimenti idonei a garantire il rispetto del calendario previsto per gli esercizi successivi da adottare entro il 31.12.2022	Per gli interventi non ancora ultimati, si evidenzia che il raggruppamento progettisti individuato nell'ambito dell'AQ Arcuri ha proposto soluzioni progettuali difficilmente realizzabili ed economicamente non sostenibili, anche a causa dell'intervenuto aumento dei costi dei materiali da costruzione. E' pertanto in corso una rivalutazione dei progetti con lo studio di soluzioni meno onerose e, laddove sia stata evidenziata la non realizzabilità dei progetti, il ricorso ad altri progettisti non da AQ

1.1	SUB - OBIETTIVO
1.1.1	COMPLETAMENTO DEGLI INTERVENTI EX DGR N. 7-1492 DEL 12 GIUGNO 2020 PER LA REALIZZAZIONE DEI POSTI LETTO DI TERAPIA INTENSIVA
1.1.2	COMPLETAMENTO DEGLI INTERVENTI EX DGR N. 7-1492 DEL 2 GIUGNO 2020 PER LA REALIZZAZIONE DEI POSTI LETTO DI TERAPIA SEMI-INTENSIVA
1.1.3	COMPLETAMENTO DEGLI INTERVENTI EX DGR N. 7-1492 DEL 2 GIUGNO 2020 PER LA REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI NEI PRONTO SOCCORSO

L'avvio della progettazione ha risentito di ritardi dovuti all'impossibilità per i progettisti di accedere in sicurezza ai locali oggetto di intervento, in quanto reparti COVID sino al mese di aprile 2021.

Per quanto riguarda l'avvio dei lavori, che si svolgono tutti in porzioni occupate degli ospedali, è stato necessario, in dipendenza delle contingenze, concordare con le Direzioni sanitarie di Presidio il momento di inizio dei lavori. Tutto quanto sopra, unitamente al riacutizzarsi della pandemia, ha determinato ritardi nell'esecuzione di parte degli interventi.

In tale contesto risultano conclusi i lavori relativi a:

- P.S. dei PP.OO. di Casale M. e Tortona
- la prima porzione della T.I. del P.O. di Casale M.
- la prima porzione (n.1 p.l.) della T.I. di Acqui T.

Di seguito si elencano gli interventi ancora da concludere (progettazione e/o lavori in corso).

TERAPIA INTENSIVA E TERAPIA SEMINTENSIVA:

P.O. Acqui T.: T.I. e T.S.I. Progetto esecutivo approvato con delibera n. 273 del 30/03/2022

T.I. n.1.p.l.: Lavori conclusi 100%, ultimati il 30.11.2022 - Obiettivo rispettato. – n.1 p.l. letto attivo

T.S.I. n.4 p.l.: Lavori in fase conclusiva, (stato avanzamento al 90%). Fine prevista entro il 28/02/2023 – collaudo previsto entro il 31/03/2023. Il ritardo nella conclusione dei lavori è dovuto alla necessità di operare in due lotti (TI e TSI separati) al fine di non interrompere l'attività sanitaria, oltre che alla nota situazione contingente legata alla difficoltà delle ditte di reperire i materiali.

P.O. Casale M.: La rimodulazione prevede n. 4 p.l. nell'attuale Rianimazione e una sopraelevazione di un piano di un edificio già esistente adiacente la attuale Rianimazione per ricavare i rimanenti posti letto di T.I. e semintensiva.

T.I. e T.S.I.: I progetti esecutivi redatti dal RTP aggiudicatario sia nella versione 30/07/2021 e sia nella versione 07/01/2022 risultano scarsamente particolareggiati, carenti sotto gli aspetti tecnico-impiantistici,

carenti di elaborati, in alcuni casi errati formalmente, con soluzioni progettuali difficilmente realizzabili per la corretta esecuzione dell'opera nel contesto dell'esistente. Progetti non validabili.

Con nota prot. 92990 del 23/06/2022 è stata richiesta alla RTP la sostituzione dei progettisti e del C.S.P. (art. 47 c.2 lett. g delle Condizioni Generali dell'Accordo Quadro). E' in corso la Verifica della progettazione mediante adesione all'Accordo Quadro Sub-lotto prestazione 3 del progetto.

P.O. Novi L.: T.I. e T.S.I. - Lavori in corso (stato di avanzamento al 75%). Progetto esecutivo approvato con delibera n.270 del 30/03/2022. La non conclusione al 31.12.2022 è dovuta alla nota situazione contingente legata alla difficoltà della ditta di reperire i materiali. Fine lavori prevista 31/03/2023 – collaudo 30/04/2023.

P.O. Tortona: T.I. e T.S.I. Progetto esecutivo approvato – i lavori sono in corso, ma hanno subito una sospensione a causa della ondata pandemica. La sospensione è stata prorogata a data da destinarsi con lettera prot. 58874 del 05/04/2022. T.I.: fine lavori prevista 15/12/2022 - fine lavori effettiva 30/11/2022 - posto letto attivato / T.S.I.: fine lavori prevista 15/02/2023 – collaudo previsto 15/03/2023.

Va inoltre rilevato che, pur nei ritardi nell'esecuzione del complesso dei lavori sulla totalità dei locali così come prevista in appalto, si è provveduto con risorse interne all'esecuzione di interventi limitati e prioritari - generalmente di carattere impiantistico – volti a garantire la presenza di alcuni dei posti letto aggiuntivi previsti; in particolare: n.1 p.l. T.I. Novi L, n.1 p.l. T.I. Acqui, n.1 p.l. T.I. Tortona, tutti già utilizzabili.

PRONTO SOCCORSO:

P.O. Acqui T.: Lavori iniziati. Il progetto è stato approvato con delibera n.789 del 12.10.2022. Durante gli incontri organizzativi con la Direzione Sanitaria di Presidio la medesima ha richiesto che l'inizio dei lavori non avvenga prima della conclusione dei lavori in corso per TI e TSI. L'intervento sarà ripartito in 4 lotti necessari per non interrompere l'attività del Pronto Soccorso. La consegna parziale porta la data del 21/12/2022. E' in corso il 1° lotto dei lavori non invasivi che può anche essere svolto in concomitanza con i lavori per la TSI. Fine lavori presunta 31/05/2023 - collaudo 30/06/2023.

P.O. Casale M.: concluso

P.O. Novi L.: Il progetto è stato rivisto a seguito della elevata quantificazione dei costi per la realizzazione delle strutture ai sensi delle normative antisismiche, necessarie per l'ampliamento; l'importo del quadro economico complessivo di progetto risultava molto superiore al finanziamento concesso. Al fine di contenere i costi, con la Direzione Sanitaria di Presidio si è rivisto il progetto e deciso di mantenere il solo raddoppio della camera calda, rinunciando ai posti di osservazione in ampliamento pur mantenendo gli standard richiesti. L'azienda ha ribadito ai progettisti la necessità di limitare gli interventi contenendo le spese all'interno dell'importo finanziato. La nuova soluzione è stata discussa, ma nonostante le riduzioni proposte non ha portato ad una riduzione dell'importo dei lavori. Attualmente in fase di valutazione l'apertura di un contenzioso per affidamento ad altro studio di progettazione.

P.O. Ovada: Ritardo. Il progetto è in corso di ulteriore revisione per le motivazioni di seguito elencate. L'attuale ubicazione del Pronto Soccorso e la conformazione dell'apparato edilizio che lo contiene non consentono di soddisfare con agilità gli standard richiesti. Importante motivo di forte criticità è la presenza di vani tecnici strategici che ospitano le centraline di tutti gli allarmi oltre all'armadio della rete informatica e telefonica dell'intero presidio che si trovano in aderenza alla camera calda e non permettono diversa

ripartizione interna dei locali. Andrebbero spostati per consentire la giusta separazione aree e percorsi ma l'importo di finanziamento non consente la realizzazione dell'intervento e non sono disponibili altri finanziamenti ad hoc.

E' stata predisposta la soluzione alternativa (oggi al vaglio del Direttore di Struttura) che limita le opere edili a favore di adeguamenti impiantistici che dal punto di vista funzionale portano comunque al rispetto degli standard previsti. Si ipotizza conclusione entro estate 2023

P.O. Tortona: concluso.

Alla luce di quanto sopra esposto, il progetto può considerarsi **RAGGIUNTO**.

OBIETTIVO 1.2

PNRR - M6C1 - Case di Comunità; Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali

Il presente obiettivo ha come finalità il conseguimento degli obiettivi programmati dalla Regione Piemonte e validati dai Ministeri competenti per i diversi investimenti che compongono la suddetta pianificazione relativamente a: Case di Comunità; Ospedali di Comunità; Centrali Operative Territoriali.

Oltre al presente specifico obiettivo saranno comunque oggetto di valutazione tutte le azioni portate avanti dalle ASR in attuazione delle indicazioni normative e degli impegni connessi al PNRR per l'annualità 2022.

OBIETTIVO GENERALE	P.ti	OBIETTIVO SPECIFICO/ INDICATORE	%	STANDARD / VALORE OBIETTIVO	Consuntivo 2022
1.2 CASE DI COMUNITA'; OSPEDALI DI COMUNITA' E CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI	8	Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) ai progetti per la realizzazione delle Case della Comunità entro il 2°trimestre 2022	11,11	100%	ALESSANDRIA Via Pacinotti 38 CUP C34E21002250006 VALENZA Cinconvallazione Ovest CUP C61B21013760006 CASALE M. Via Cavour 62 CUP C34E21002200006 TRINO V.se Via Ortigara 4 CUP C57H21009800006 TORTONA Via Milazzo 1 CUP C34E21002210006 NOVI L. Via Papa Giovanni XIII 1 CUP C64E21001870006 ARQUATA SCRIVIA Via Libarna 267 CUP C94E21001320006 ACQUI T. Via Alessandria 1 CUP C14E21001710006
		Assegnazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione delle Case della Comunità entro il 4°trimestre 2022	11,11	100%	ADESIONE INVITALIA SUB.LOTTO PRESTAZIONALE 4 LAVORI IN APPALTO INTEGRATO
		Assegnazione codici CUP (Codice Unico di Progetto) per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali entro il 2°trimestre 2022	11,11	100%	ALESSANDRIA Via Pacinotti 38 CUP C34E21001720006 CASALE M. Via Cavour 62 C37H21011610006 TORTONA Via Milazzo 1 C34E21002220006 ACQUI T. Via Alessandria 1 C14E21001720006
		Assegnazione codici CUP (Codice Unico di Progetto) per l'interconnessione aziendale delle Centrali Operative Territoriali entro il 2°trimestre 2022	11,11	100%	CUP C39I22000140001
		Assegnazione dei progetti idonei per indizione della gara per l'implementazione delle Centrali Operative Territoriali entro il 4° trimestre 2022	11,11	100%	ALESSANDRIA Via Pacinotti 38 APPROVAZIONE PROGETTO ESECUTIVO DELIBERA DG n. 1080 del 29/12/2022 CASALE M. Via Cavour 62 APPROVAZIONE PROGETTO ESECUTIVO DELIBERA DG n. 1079 del 29/12/2022 TORTONA Via Milazzo 1 APPROVAZIONE PROGETTO ESECUTIVO DELIBERA DG n. 1078 del 29/12/2022 ACQUI T. Via Alessandria 1 APPROVAZIONE PROGETTO ESECUTIVO DELIBERA DG n. 1081 del 29/12/2022
		Assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali entro il 4°trimestre 2022	11,11	100%	ALESSANDRIA Via Pacinotti 38 CIG SIMOG 9540561001 CASALE M. Via Cavour 62 CIG SIMOG 9449293B41 TORTONA Via Milazzo 1 CIG SIMOG 9540211F28 ACQUI T. Via Alessandria 1 CIG SIMOG 9571125635
		Assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per l'interconnessione aziendale delle Centrali Operative Territoriali entro il 4°trimestre 2022	11,11	100%	Il CIG non è ancora stato richiesto in quanto l'attività non è ancora partita
		Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) per la realizzazione degli Ospedali di Comunità entro il 2°trimestre 2022	11,11	100%	VALENZA Cinconvallazione Ovest CUP C61B21013770006 CASALE M V.le Giolitti 2 CUP C37H21011600006 NOVI L. Salita Brichetta CUP C64E21001860006
		Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione degli Ospedali di Comunità entro il 4°trimestre 2022	11,11	100%	ADESIONE INVITALIA SUB.LOTTO PRESTAZIONALE 4 LAVORI IN APPALTO INTEGRATO

Alla luce di quanto sopra esposto, il progetto può considerarsi **RAGGIUNTO**.

OBIETTIVO 1.3

PNRR - M6C2 – Fascicolo sanitario Elettronico

La Missione 6 C2 del PNRR all'investimento 1.3 individua il rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione. Tale investimento prevede tra gli altri ambiti di intervento "il potenziamento del FSE al fine di garantirne la diffusione, l'omogeneità e l'accessibilità su tutto il territorio nazionale da parte degli assistiti e operatori sanitari". Con riguardo al FSE la Regione Piemonte ha intrapreso da tempo la sua attivazione promuovendo interventi di digitalizzazione, archiviazione alimentazione dello stesso da parte delle ASR.

Considerato altresì l'obiettivo di governo regionale di alimentare integralmente il FSE con i documenti clinico-sanitari prodotti dalle strutture ospedaliere del SSR, il presente obiettivo distingue gli indicatori e target di raggiungimento in ragione dello stato di avanzamento delle ASR che rientrano in una dei due aggregati come di seguito individuati sono tra loro mutualmente esclusivi

OBIETTIVO GENERALE	P.ti	OBIETTIVO SPECIFICO/ INDICATORE	%	Consuntivo 2022
1.3 FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO	6	Aziende con Repository interoperabile con FSE nel 2021:		
		Distribuzione degli strumenti di firma digitale per digitalizzare i documenti sanitari (LDO, VPS, RIS-PACS, AP, e tutti i restanti referti ambulatoriali) Target: >95%	33,33	100% L'obiettivo si ritiene raggiunto. Tutti i medici sono in possesso di credenziali per la firma digitale (quindi 100%). Vengono di prassi rilasciate entro due giorni lavorativi dall'avvenuta richiesta su applicativo "crednet"
		Assicurare alimentazione dei documenti FSE firmata digitalmente Target: -entro giugno 2022: non inf. 30% -entro ottobre 2022: non inf 60% -entro dicembre 2022: no inf. 85%	33,33	Si riporta l'esito relativo all'alimentazione dei documenti FSE firmata digitalmente: 01.01.2022-30.06.2022: 46% 01.07.2022-31.10.2022: 58,5% 01.11.2022-31.12.2022: 59,3%
		Interventi di adeguamento dei documenti clinico sanitari alle specifiche HL7 CDA R2	33,33	L'obiettivo si ritiene raggiunto. Sono attualmente in corso le attività di aggiornamento da parte dei fornitori.

Al momento ASL AL invia al FSE tutti i referti firmati digitalmente di laboratorio, anatomia patologica, radiologia, dimissione ospedaliera, dimissione da PS, referti di telemedicina e gestionale ambulatoriale. Per quanto riguarda la radiologia, è stato attivato anche un sistema di scarico delle immagini associate al referto in questione. Tecnicamente, le immagini non vengono inviate al FSE, ma in caso di richiesta delle stesse, si attiva una procedura per lo scarico direttamente dal repository aziendale.

Alla luce di quanto sopra esposto, il progetto può considerarsi **PARZIALMENTE RAGGIUNTO**.

2. QUALITA'

OBIETTIVO 2.1

Area osteomuscolare

Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 48 ore in pazienti ultrasessantacinquenni.

L'indicatore oggetto dell'obiettivo è espresso in termini di produzione sia per le AO/AOU che per le ASL.

L'indicatore è calcolato valutando il tempo a partire dall'arrivo in PS.

OBIETTIVO GENERALE	P.ti	OBIETTIVO SPECIFICO/ INDICATORE	%	Consuntivo 2022	
				12 MESI 2021	12 MESI 2022
2.1 AREA OSTEOMUSCOLARE	3	Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 48 ore in pazienti ultrasessantacinquenni. L'indicatore è calcolato valutando il tempo a partire dall'arrivo in PS. Tasso: >=70%	100	% INT. FRATT FEMORE GG<=2. SU	% INT. FRATT FEMORE GG<=2. SU
				TOT INT. FRATT FEMORE	TOT INT. FRATT FEMORE
TOTALE ASL AL				50%	70%

PRESIDIO OSP	12 MESI 2021			12 MESI 2022		
	INT FRATTURA FEMORE GG PRE-INT <=2	TOT INT FRATTURA FEMORE	% INT. FRATT FEMORE GG<=2. SU TOT INT. FRATT FEMORE	INT FRATTURA FEMORE GG PRE-INT <=2	TOT INT FRATTURA FEMORE	% INT. FRATT FEMORE GG<=2. SU TOT INT. FRATT FEMORE
PRESIDIO CASALE	82	154	53%	107	145	74%
PRESIDIO TORTONA	16	25	64%	67	90	74%
PRESIDIO NOVI	96	225	43%	92	146	63%
PRESIDIO ACQUI	68	117	58%	101	145	70%
PRESIDIO OVADA	1	2	50%	2	3	67%
ASL AL	263	523	50%	369	529	70%

Azioni attivate ed intraprese:

A riscontro delle note DIRMEI trasmesse nel corso dei primi mesi del 2022 e recanti disposizioni per la riprogrammazione delle attività ospedaliere ed ambulatoriali e rimodulazione dei posti letto in T.I. e D.O. si è dato seguito a quanto disposto, riattivando in progress i posti letto di Area Chirurgica, con riferimento alle tipologie non procrastinabili indicate nella nota DIRMEI prot. 2021_0354871 del 24.12.2021 (ricoveri elettivi oncologici, ricoveri elettivi non oncologici di classe A, ricoveri del settore ostetrico ed infine ricoveri in urgenza tra cui rientrano gli interventi per frattura di femore in pazienti over 65 aa).

Tali provvedimenti organizzativi sui due Presidi Spoke Aziendali si sono basati su una contenuta riduzione delle attività tramite una rimodulazione delle stesse, degli spazi e della turnistica del personale sanitario sia medico che di assistenza, con una minima riduzione programmata delle attività concentrata prevalentemente nei Presidi territoriali di Tortona ed Acqui T., il che ha consentito il parziale contenimento della deflessione dei dati di produzione e la mantenuta erogazione delle attività di ricovero prioritariamente per prestazioni garantite dal SSN non differibili.

Si dettagliano di seguito le azioni intraprese:

1. Incontri con i Direttori SS.CC di Area Chirurgica e diffusione di disposizioni organizzative finalizzate alla riprogrammazione delle attività ospedaliere, con riattivazione dei posti letto di specialità chirurgica: nota SC DSPO Novi L. prot. 0034703 del 22.02.2022, nota SC DSPO Casale M. prot. 0036069 del 23.02.2022, nota SD DSPO Novi L. prot. 0041942 del 04.03.2022, nota SC DSPO Novi L. prot. 0076605 del 13.05.2022, nota SC DSPO Casale M. prot. 0087726 del 10.06.2022, nota SC DSPO Novi L. prot. 118145 del 09.09.2022, nota SS.CC. DSPO Novi L. e Casale M. prot. 128810 del 11.10.2022. Mantenimento sui due spoke aziendali di n.2 sale elettive, in aggiunta alla sala per le urgenze, urgenze differibili, per i ricoveri elettivi oncologici, i ricoveri elettivi non oncologici con classe di priorità A ed i ricoveri nel Settore Ostetrico, come da specifiche indicazioni regionali.
2. A riscontro di nota DG prot. 57592 del 01.04.2022 avente ad oggetto "Piano recupero liste di attesa – anno 2022" indicante lo stanziamento, come da indicazioni regionali in merito, di specifico finanziamento regionale per l'abbattimento delle liste di attesa, attivazione di strumenti incentivanti di natura economica con il riconoscimento di prestazioni aggiuntive sia per il personale medico sia per il personale di assistenza di sala operatoria.
3. Stipula di un capitolato speciale per il conferimento mediante affidamento diretto ed in forma esternalizzata di un servizio di assistenza medico anestesiologicalo in sale operatorie elettive presso la ASL AL, finalizzato ad incremento della programmazione operatoria inerente, e di servizi di assistenza medica per le attività di reparto e di specialistica ambulatoriale per le specialità di Ortopedia e Ginecologia – Ostetricia presso la ASL AL per compensare la carenza di specialisti.

Alla luce del miglioramento riscontrabile nel corso del 2022 rispetto al precedente anno con il raggiungimento dello standard previsto, tenendo conto del contesto che ha caratterizzato l'organizzazione e lo svolgimento delle attività ospedaliere nel corso dell'evento pandemico in atto, l'obiettivo si può ritenere **RAGGIUNTO**

OBIETTIVO 2.2

Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA Stemi

Proporzione di episodi di STEMI trattati con PTCA entro 2 giorni.

La tempestività dell'effettuazione dell'angioplastica percutanea su pazienti con diagnosi di IMA STEMI, cruciale per la sopravvivenza del paziente, deve pertanto essere fatta oggetto di monitoraggio insieme alle altre indicazioni sul percorso del paziente come definito per le reti di patologie tempo dipendenti quali la rete IMA STEMI (DM/70 del 2.4.2015).

L'indicatore è espresso in termini di produzione per le AO e di tutela per le ASL.

OBIETTIVO GENERALE	P.ti	OBIETTIVO SPECIFICO/ INDICATORE	%	Consuntivo 2022			
2.2 TEMPESTIVITA' NELL'EFFETTUAZIONE DI PTCA NEI CASI DI IMA - STEMI	3	Proporzione di episodi di STEMI trattati con PTCA entro 2 giorni Tasso: >=85%	100				
				2020	2021	2022	
				% PTCA <= 2 gg SU Ricoveri per STEMI	% PTCA <= 2 gg SU Ricoveri per STEMI	% PTCA <= 2 gg SU Ricoveri per STEMI	
				RESIDENTI ASL AL	66,07%	71,09%	75,78%

PRESIDIO OSPEDALIERO	ANNO 2020			ANNO 2021			ANNO 2022		
	PTCA entro 2 giorni	Ricoveri per STEMI	% PTCA <= 2 gg SU	PTCA entro 2 giorni	Ricoveri per STEMI	% PTCA <= 2 gg SU	PTCA entro 2 giorni	Ricoveri per STEMI	% PTCA <= 2 gg SU
RESIDENTI ASL AL	222	336	66,07%	182	256	71,09%	219	289	75,78%

I pazienti con IMA-STEMI afferenti ai DEA/PS ASL AL vengono trasportati per competenza presso il DEA di II 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 II livello mediante trasporto secondario protetto da parte delle PP.AA. convenzionate.

Azioni attivate ed intraprese

Rinnovo convenzione con le PP.AA.: delibera n. 658 del 01.08.2022 "Affidamento tramite convenzione alle organizzazioni di volontariato ed ai comitati di Croce Rossa, dei servizi di trasporto sanitario interospedaliero e del trasporto dialisi, continuazione di cure e patologie autorizzabili occorrente alla ASL AL, durata della convenzione mesi 24. Aggudicazione".

L'ASL AL non avendo servizi propri di emodinamica non incide direttamente sugli esiti di tale indicatore; il miglioramento progressivo del 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. Il calcolo dell'indicatore è effettuato su tutti i soggetti residenti sul territorio ASL AL ricoverati in qualsiasi ospedale del Piemonte e sottoposti a PTCA in qualsiasi ospedale del Piemonte.

In relazione a quanto sopra, si evidenzia che dalle rete dei Presidi Ospedalieri dell'ASL AL risulta puntuale e tempestivo il flusso di invio dei pazienti necessitanti di angioplastica percutanea verso i centri di riferimento (Azienda Ospedaliera di Alessandria in primis).

Alla luce del miglioramento riscontrabile nel corso del 2022 rispetto al precedente anno, tenendo conto del contesto che ha caratterizzato l'organizzazione e lo svolgimento delle attività ospedaliere nel corso dell'evento pandemico in atto, l'obiettivo si può ritenere **PARZIALMENTE RAGGIUNTO**.

OBIETTIVO 2.3

Appropriatezza nell'assistenza al parto

Il presente obiettivo intende valorizzare l'attenzione che il Servizio Sanitario Regionale ha sempre più rivolto a tale ambito attraverso il progressivo allineamento e integrazione dei diversi flussi informativi (CEDAP e SDO) che consentono di monitorare la tipologia e la qualità dell'assistenza erogata in tale percorso assistenziale supportando altresì gli audit organizzativi interni ai Punti nascita.

L'obiettivo è misurato in una prospettiva di produzione sia per le ASL che per le AO/AOU

OBIETTIVO GENERALE	P.ti	OBIETTIVO SPECIFICO/ INDICATORE	%	Consuntivo 2022															
2.3 APPROPRIATEZZA NELL'ASSISTENZA AL PARTO	3	Numero parti con cesareo primario / N. parti con nessun cesareo x 100 Maternità I° livello Tasso: <=15%	70%	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PRESIDIO OSP</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>4^a trim 2022</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>TOT PPOO ASL AL</td> <td>28,4%</td> <td>31,1%</td> <td>26,3%</td> </tr> </tbody> </table>				PRESIDIO OSP	2021	2022	4 ^a trim 2022		%	%	%	TOT PPOO ASL AL	28,4%	31,1%	26,3%
		PRESIDIO OSP	2021	2022	4 ^a trim 2022														
	%	%	%																
TOT PPOO ASL AL	28,4%	31,1%	26,3%																
Coerenza tra cartella SDO e scheda CEDAP con DRG di parto da 370 a 375 100%	30%	Coerenza tra cartella SDO e scheda CEDAP con DRG di parto da 370 a 375 anno 2022: 99,9%																	

PRESIDIO OSP	ANNO 2021			ANNO 2022		
	PARTI CESAREI DI DONNE NON PRECESARIZZATE (PARTI PRIMARI)	TOTALE PARTI DI DONNE (CON NESSUN PREGRESSO CESAREO)	%	PARTI CESAREI DI DONNE NON PRECESARIZZATE (PARTI PRIMARI)	TOTALE PARTI DI DONNE (CON NESSUN PREGRESSO CESAREO)	%
PRESIDIO CASALE	88	305	28,9%	93	277	33,6%
PRESIDIO NOVI	142	504	28,2%	158	529	29,9%
TOT	230	809	28,4%	251	806	31,1%

PRESIDIO OSPEDALIERO	1° TRIM.	2° TRIM.	3° TRIM.	4° TRIM.
	2022	2022	2022	2022
	%	%	%	%
PRESIDIO CASALE	33,33%	37,0%	32,35%	32,5%
PRESIDIO NOVI	35,34%	27,6%	33,11%	22,3%
ASL AL	34,60%	30,4%	32,87%	26,3%

L'obiettivo intende assicurare la qualità dell'assistenza e il monitoraggio dei flussi informativi relativamente all'evento parto, con particolare riferimento all'Agenda di Gravidanza.

L'obiettivo è misurato in una prospettiva di produzione per le Aziende Sanitarie che nel caso specifico dell'ASL AL riguarda i PP.OO. Novi e Casale, sede di Maternità di 1° livello (n. parti non inferiori a 500).

Si rileva che per i PARTI CESAREI il dato risulta al di sopra dello standard del 15%, in peggioramento rispetto al 2021; occorre precisare che trattasi di dati "grezzi" e quindi il dato potrebbe avvicinarsi maggiormente alla soglia prevista.

In relazione all'obiettivo di progressivo allineamento e integrazione dei diversi flussi informativi (CEDAP e SDO), che consentono di monitorare la tipologia e la qualità dell'assistenza erogata in tale percorso assistenziale supportando altresì gli audit organizzativi interni ai Punti nascita, si relaziona che da analisi condotta sui due flussi informativi si registra per l'anno 2022 una coerenza tra cartella SDO e scheda CEDAP con DRG di parto da 370 a 375 pari al 99,9%. La limitata differenza rispetto al target è legata al fatto che una scheda CEDAP risulta essere stata agganciata alla SDO del neonato.

	SCHEDI FLUSSO CEDAP CONVALIDATE ANNO 2022	FLUSSO SDO CON DRG PARTO (DA 370 A 375) ANNO 2022	%
P.O. CASALE M.	283	283	100,0%
P.O. NOVI L.	547	546	99,8%
TOTALE	830	829	99,9%

Alla luce del miglioramento riscontrabile nel corso dei quattro trimestri del 2022, tenendo conto del contesto che ha caratterizzato l'organizzazione e lo svolgimento delle attività ospedaliere nel corso dell'evento pandemico in atto, l'obiettivo si può ritenere **PARZIALMENTE RAGGIUNTO**.

OBIETTIVO 2.4

Donazioni d'organo

La Regione Piemonte con DGR n. 48-8659 del 29 marzo 2019 ha provveduto al recepimento dell'ultimo Accordo tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano in merito al documento recante "Programma Nazionale di Donazione Organi 2018-2020". Il presente obiettivo si pone dunque in linea con quanto deliberato nella suddetta DGR, nonché con quanto previsto dal sistema obiettivi dei DG a partire dall'anno 2015.

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 2022 a mantenere il procurement di organi rispetto al 2021 e a riavviare il procurement di cornee, rallentato dalla pandemia da SarS-CoV-2.

OBIETTIVO GENERALE	P.ti	OBIETTIVO SPECIFICO/ INDICATORE	%	Consuntivo 2022		
2.4 DONAZIONI D'ORGANO	3	Segnalazioni di soggetti in morte encefalica (BDI) Target: tra 20% e 40%	40		Dato al 31.12.2022	Obiettivo 2022
				CASALE	37,00%	20%-40%
				NOVI	37,00%	20%-40%
		Non opposizione alla donazione organi Target: <=33%	30		Dato al 31.12.2022	Obiettivo 2022
				CASALE	0% (0/3)	< 33%
				NOVI	33% (1/3)	< 33%
		Donatori di cornee Target: 23	30	DONAZIONI CORNEE ANNO 2022 (n. donatori)		
					Dato al 31.12.2022	Obiettivo 2022
				TOT	20	23

L'obiettivo prevede la 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 D.D. n. 466 del 07.06.2019 – dei parametri fissati dal Coordinamento regionale delle donazioni e dei Prelievi di organi e tessuti per il 2022 a mantenere il procurement di organi rispetto al 2021 ed a riavviare il procurement di cornee, rallentato dalla pandemia da SARS-Cov-2, con valori attesi: percentuale decessi di morte encefalica (BDI%) tra il 20% e il 40% (Ospedali senza Neurochirurgia), tasso di opposizione alla donazione di organi inferiore o uguale al 33% delle segnalazioni di morte encefalica ed un numero di donatori di cornee pari al 75% di quelli richiesti per il 2019.

Azioni attivate ed intraprese

Si è provveduto alla raccolta, revisione e trasmissione alla Direzione Aziendale, con nota prot. 37493 del 25.02.22, della "Relazione annuale donazione organi e tessuti da donatore deceduto. Resoconto 2021 – Programma 2022", successivamente trasmessa in Regione con nota prot. 39799 del 01.03.2022 a cura DG. Si è inoltre proceduto alla raccolta da parte dei Coordinatori Locali e alla trasmissione alla SC Programmazione Controllo Sistema Informativo con nota prot. 85144 del 06.06.22 dei dati quantitativi inerenti il prelievo di organi e tessuti anno 2021, sia con riferimento agli espianti che alle ore impiegate dall'equipe professionale.

In applicazione DD 466 del 07.06.19 si è provveduto a predisporre l'atto deliberativo inerente il Coordinamento Aziendale Prelievo d'Organi, procedendo ad acquisire le indicazioni dei Direttori SS.CC. Anestesia e Rianimazione e del Responsabile DiPSa, al fine di:

- rinnovare la nomina dei Coordinatori Ospedalieri Locali Prelievo d'Organi per un periodo di cinque anni;
- nominare il Coordinatore Aziendale Prelievo d'Organi in staff alla Direzione Aziendale per un periodo di tre anni;
- individuare in ciascun Presidio Ospedaliero il Gruppo di Coordinamento Prelievo d'Organi;
- nominare un Infermiere esperto di procurement in ciascun Presidio Ospedaliero ASL AL;
- individuare un Medico di Direzione Sanitaria quale riferimento per ciascun Presidio;

Tali azioni sono confluite in delibere n. 483 del 07.06.2022 e n. 824 del 27.10.2022.

In corso d'anno è stata altresì avviata, attraverso incontri di coordinamento la discussione per addivenire ad un accordo sul pagamento ore per prelievo reni, nonché sulle ore che ogni infermiere esperto dovrà dedicare annualmente all'attività di procurement.

Con riferimento specifico al presente obiettivo si riportano i dati aggiornati al 31.12.22, come forniti dai Coordinatori locali, con i rispettivi indicatori.

Sub-obiettivo 2.4.1: Segnalazioni di soggetti in morte encefalica BDI

(indicatore: BDI% = morti encefaliche nei reparti di rianimazione/decessi di soggetti ricoverati con patologia compatibile con evoluzione verso la morte encefalica)

% BDI ANNO 2022		
	Dato al 31 dicembre 2022	Obiettivo 2022
CASALE	37,00%	20%-40%
NOVI	37,00%	20%-40%
ACQUI (T.I.)	0% <i>(nessuna morte encefalica su 5 decessi compatibili con evoluzione verso la morte encefalica, ma deceduti per altra causa)</i>	20%-40%
TORTONA (T.I.)	0% <i>(nessuna morte encefalica su 2 decessi compatibili con evoluzione verso la morte encefalica, ma deceduti per altra causa)</i>	20%-40%

Come indicato nella corrispondente scheda obiettivo ex DGR 23-5653 del 19.09.22 la valutazione dell'indicatore BDI sarà effettuata sugli ultimi 3 anni per i P.O. con meno di tre diagnosi di ingresso compatibili nel 2022.

Le due Anestesi – Terapie Intensive di Tortona e Acqui T. non hanno raggiunto l'obiettivo, ma non sono Rianimazioni.

Obiettivo raggiunto

Sub-obiettivo 2.4.2: Non opposizione alla donazione organi

(indicatore: opposizioni alla donazione di organi nei reparti di rianimazione/segnalazioni di morte encefalica)

% OPPOSIZIONE ALLA DONAZIONE DI ORGANI ANNO 2022		
	Dato al 31 dicembre 2022	Obiettivo 2022
CASALE	0% (0/3)	< 33%
NOVI	33% (1/3)	< 33%
ACQUI (T.I.)	0% (0/0)	< 33%
TORTONA (T.I.)	0% (0/0)	< 33%

Come indicato nella corrispondente scheda obiettivo ex DGR 23-5653 del 19.09.22 la valutazione dell'indicatore sarà effettuata sugli ultimi 3 anni per i P.O. con meno di tre segnalazioni di morte encefalica nel 2022.

Obiettivo raggiunto

Sub-obiettivo 2.4.3: Donatori di cornee (indicatore: 75% obiettivo 2019 ex DGR 12-156 del 02.08.19)

DONAZIONI CORNEE ANNO 2022 (n. donatori)		
	Dato al 31 dicembre 2022	Obiettivo 2022
CASALE	10	9
TORTONA	3 (Ospedale 0 / Hospice Il Gelso 3)	3
NOVI	5	7
ACQUI	2	4

Le sedi di Acqui T. e Novi L. non hanno raggiunto il numero di donazioni fissate. Tuttavia la scala del presente sub-obiettivo, come indicato nella relativa scheda, prevede che "nel caso la pandemia da SARS-CoV-2 avesse recrudescenze della durata complessiva maggiore di sei mesi, questo sub-obiettivo sarà considerato raggiunto".

Obiettivo raggiunto

Si segnalano, inoltre, tre donatori multiorgano e tessuti presso il P.O. di Casale nell'anno 2022 e, precisamente: 17/01 fegato-reni-cornee; 01/03 fegato-reni; 25/09: fegato-reni.

Alla luce di quanto sopra esposto, il progetto può considerarsi **RAGGIUNTO**.

OBIETTIVO 2.5

Miglioramento nella gestione e misurazione del boarding

Il presente obiettivo ha la finalità di consolidare un percorso di monitoraggio, valutazione e revisione delle modalità di gestione dei DEA/PS, e dei processi organizzativi correlati al DEA/PS (boarding da parte delle Unità Organizzative ospedaliere; percorsi di dimissione; presa in carico territoriale), al fine di garantire un miglior servizio ai pazienti e di supportare le Aziende attraverso la condivisione di una metodologia uniforme a livello regionale basata sui flussi informativi disponibili

OBIETTIVO GENERALE	P.ti	OBIETTIVO SPECIFICO/ INDICATORE	%	Consuntivo 2022																
2.5 MIGLIORAMENTO NELLA GESTIONE E MISURAZIONE DEL BOARDING	5	Attivazione dei percorsi di fast track in tutti i PO sede di PS/DEA dell'ASR come previsto dall'Allegato C alla DGR n.7 3088/2021 compatibilmente con la casistica trattata. Rapporto trimestrale	20	Sono stati attivati (o sono in via di attivazione) i percorsi Fast Track attualmente compatibili con la presenza e distribuzione degli specialisti Medici di branca interessati Prodotti report trimestrali																
		Miglioramento della compilazione dei campi del flusso C2 ai fini della corretta misurazione del boarding. Target: >=75%	20	0% Il gestionale di PS/DEA (PS WEB) in uso fino a febbraio 2023 non consentiva la rilevazione del dato "data/ora indicazione al ricovero"; il passaggio al nuovo sistema "HERO" di Dedalus consentirà a partire da febbraio 2023 la puntuale rilevazione dell'informazione																
		Piano di Gestione del Sovraffollamento - PGS (Allegato D alla DGR n.7-3088/2021)	20	Trasmissione nota ASL AL alla Regione Piemonte del PGS aggiornato (prot.0116843 del 07.09.2022)																
		Monitoraggio per la riduzione del boarding, (fonte EPICLIN) Rilevazione giornaliera Audit clinico mensile	20	Il gestionale di PS/DEA (PS WEB) in uso fino a febbraio 2023 non consentiva la rilevazione del dato "data/ora indicazione al ricovero", rendendo non fruibile l'informazione relativa ai tempi di boarding. Il passaggio al nuovo sistema "HERO" di Dedalus consente a partire da febbraio 2023 la puntuale e giornaliera rilevazione dell'informazione.																
		Tempo medio di permanenza in PS DEA 1° LIV <=6h (360min) PS di Base <=4h (240min) PS area disagiata <=5h (300min)	20	TEMPO PERMANENZA (MIN) <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ANNO 2021</th> <th>ANNO 2022</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DEA OSPEDALE CASALE</td> <td>346,62</td> <td>453,03</td> </tr> <tr> <td>DEA OSPEDALE NOVI LIGURE</td> <td>300,38</td> <td>361,23</td> </tr> <tr> <td>PS OSPEDALE TORTONA</td> <td>292,29</td> <td>346,72</td> </tr> <tr> <td>PS OSPEDALE ACQUI TERME</td> <td>226,37</td> <td>368,37</td> </tr> <tr> <td>PS OSPEDALE OVADA</td> <td>151,51</td> <td>177,94</td> </tr> </tbody> </table>		ANNO 2021	ANNO 2022	DEA OSPEDALE CASALE	346,62	453,03	DEA OSPEDALE NOVI LIGURE	300,38	361,23	PS OSPEDALE TORTONA	292,29	346,72	PS OSPEDALE ACQUI TERME	226,37	368,37	PS OSPEDALE OVADA
	ANNO 2021	ANNO 2022																		
DEA OSPEDALE CASALE	346,62	453,03																		
DEA OSPEDALE NOVI LIGURE	300,38	361,23																		
PS OSPEDALE TORTONA	292,29	346,72																		
PS OSPEDALE ACQUI TERME	226,37	368,37																		
PS OSPEDALE OVADA	151,51	177,94																		

L'obiettivo è finalizzato al consolidamento di un percorso di monitoraggio, valutazione e revisione delle modalità di gestione dei DEA/PS e dei processi organizzativi correlati al DEA/PS, per garantire un miglior servizio ai pazienti unitamente alla condivisione di una metodologia uniforme a livello regionale basata sui flussi informativi disponibili, considerate altresì le Linee di indirizzo sul Triage Ospedaliero, sull'Osservazione Breve intensiva e sul Piano di Gestione del sovraffollamento.

L'obiettivo consta di 5 sub-obiettivi, come si seguito indicati:

Sub-obiettivo 2.5.1: Attivazione dei percorsi di fast track in tutti i PO sede di DEA/PS come previsto nell'allegato C alla DGR 7-3088/2021 compatibilmente con la casistica trattata.

Azioni attivate ed intraprese

A riscontro di quanto considerato nell'allegato C "Regione Piemonte-Linee di indirizzo per il Fast Track" alla DGR 7-3088/2021 sono stati attivati o sono in via di attivazione i percorsi Fast Track attualmente compatibili con la presenza e distribuzione degli specialisti Medici di branca interessati.

Si precisa che tali procedure sono state contestualizzate in relazione alle strutture ed alle risorse umane disponibili e, rispetto alle indicazioni regionali, presentano il limite legato alle disponibilità orarie degli specialisti, salvo l'eventuale incremento nell'evolversi delle condizioni di lavoro e disponibilità di risorse professionali.

L'attuale stato dell'arte per quanto concerne l'attivazione dei percorsi Fast Track monospecialistici presso i DEA/PS Aziendali è di seguito riportato:

FAST TRACK	SEDE ATTIVAZIONE	NOTE
Percorso Fast Track Oculistico in DEA	PP.OO. Casale M. e Novi L.	Attivo nelle due sedi Spoke con presenza specialista ambulatoriale dal lunedì al venerdì con orario 08:00 – 13:00
Percorso Fast Track ORL	PP.OO. Casale M., Novi L., Tortona, Acqui T.	Attivo nei PP.OO. ASL AL da dicembre 2022 con presenza specialista ambulatoriale, come segue: P.O. Casale 8:00 – 16:00 dal lunedì al venerdì; P.O. Novi 8:00 – 15:00 nei gg di presenza dello specialista ORL (attualmente mercoledì e venerdì) P.O. Tortona 8:00 – 15:00 dal lunedì al venerdì P.O. Acqui 8:00 – 15:00 dal lunedì al venerdì
Percorso Fast Track Dermatologico	-----	Non attivo per assenza figure mediche specialistiche in ambito ospedaliero
Percorso Fast Track Maxillo Facciale	-----	Non attivo per assenza figure mediche specialistiche in ambito ospedaliero
Percorso Fast Track Odontoiatrico	P.O. Casale M.	Attivo presso il P.O. di Casale, sede della SS Odontostomatologia Aziendale, da dicembre 2022, con orario 8:00 -16:00 dal lunedì al venerdì
Percorso Fast Track Ostetrico Ginecologico	PP.OO. Casale M. e Novi L.	Attivo nelle due sedi Spoke con presenza specialista in reparto in guardia attiva H24
Percorso Fast Track Pediatrico in DEA	PP.OO. Casale M. e Novi L.	Attivo nelle due sedi Spoke con presenza specialista in reparto in guardia attiva H24 con possibilità di ricevere pazienti in consulenza dai restanti PS ASL AL
Percorso Fast Track Ortopedico	PP.OO. Casale M., Novi L., Tortona, Acqui T.	In fase di definizione e conseguente formalizzazione presso i Presidi Ospedalieri indicati

Come ulteriore recepimento delle linee di intervento dettate dalla DGR 7-3088/2021 e finalizzate alla gestione dei percorsi e del sovraffollamento nei PS si è provveduto all'adozione dei nuovi codici di priorità in triage, con passaggio dai codici colore ai codici numerici, a programmare interventi per l'aggiornamento professionale del personale assegnato all'emergenza/urgenza sulla base dei debiti formativi riscontrati ed ad

avviare una attività di monitoraggio periodica in merito alle percentuali di ospedalizzazione degli accessi nei DEA/PS Aziendali per dovuta verifica in termini di appropriatezza dei nuovi ricoveri.

In relazione alle azioni organizzative attivate ed intraprese l'obiettivo è raggiunto; per la verifica del raggiungimento del presente sub-obiettivo nei termini previsti da specifico indicatore, fissato come da DGR 23-5653 del 19.09.22, il seguente report di attività inerente i rapporti trimestrali riportanti il numero di accessi presso i DEA di Novi e Casale avviati ai percorsi fast track e chiusi dagli specialisti competenti, nel periodo aprile – dicembre 2022, è indicativo del raggiungimento del sub obiettivo.

RAPPORTI TRIMESTRALI CON N° ACCESSI DEA AVVIATI AI PERCORSI FAST TRACK E CHIUSI DAGLI SPECIALISTI COMPETENTI						
FAST TRACK GINECOLOGICO – attivo 24 h 7 gg su 7						
	APRILE – LUGLIO	AGOSTO – OTTOBRE	NOVEMBRE – DICEMBRE	TOT		
DEA NOVI	175	186	76	437		
DEA CASALE	310	200	144	654		
TOT	485	386	220	1091		
FAST TRACK OCULISTICO – attivo 08-13:00 dal lunedì al venerdì						
	APRILE – LUGLIO	AGOSTO – OTTOBRE	NOVEMBRE – DICEMBRE	TOT		
DEA NOVI	123	116	52	291		
DEA CASALE	225	165	105	495		
TOT	348	281	157	786		

Sub-obiettivo 2.5.2: Miglioramento della compilazione dei campi del flusso C2 ai fini della corretta misurazione del boarding

Differenza tra data/ora dimissione PS e data/ora indicazione al ricovero diversa da zero.

Introduzione controllo LG8 su Flusso C2 – Congruenza tra modalità dimissione e data/ora di indicazione al ricovero/dimissione.

Azioni attivate ed intraprese

Condivisione reportistica di competenza SC Programmazione Controllo Sistema Informativo con specifiche informazioni e supporto della SC DEA Casale e Novi.

Il gestionale di PS/DEA (PS WEB) in uso fino al 13 febbraio 2023 non consentiva la rilevazione del dato “data/ora indicazione al ricovero”, rendendo perciò non raggiungibile l'obiettivo previsto; il passaggio al nuovo sistema “HERO” di Dedalus consentirà a partire da febbraio 2023 la puntuale rilevazione dell'informazione.

Sub-obiettivo 2.5.3: Piano di Gestione del Sovraffollamento – PGS (Allegato D alla DGR n. 7-3088/2021)

Come da indicazioni regionali relative all'aggiornamento continuo del Piano Pandemico Aziendale si è proceduto alla revisione ed integrazione dei Piani di Emergenza, compreso il PGS.

Azioni attivate ed intraprese

Trasmissione Nota DG alla Regione Piemonte del PGS aggiornato (prot.116843 del 07.09.2022); trasmissione Nota DG alla Regione inerente il cronoprogramma di implementazione delle azioni e la proposta formativa interna (prot.138269 del 08.11.2022).

In relazione alle azioni organizzative attivate ed intraprese l'obiettivo è raggiunto.

Sub-obiettivo 2.5.4: Monitoraggio per la riduzione del boarding

Tale monitoraggio prevede due linee di attività: 1) report con rilevazione giornaliera su boarding per ogni Presidio Ospedaliero sede di PS/DEA; 2) un audit clinico assistenziale organizzativo almeno mensile per ogni Presidio Ospedaliero sede di PS/DEA

Azioni attivate ed intraprese

Il gestionale di PS/DEA (PS WEB) in uso fino al 13 febbraio 2023 non consentiva la rilevazione giornaliera dei tempi di boarding presso i PS/DEA aziendali per il monitoraggio, finalizzata ad intraprendere le dovute azioni per la riduzione dell'indicatore.

Il passaggio al nuovo sistema “HERO” di Dedalus consente a partire da febbraio 2023 la puntuale e giornaliera rilevazione dell'informazione.

L'organizzazione con cadenza mensile di audit a livello aziendale e dei singoli Presidi ospedalieri con trasmissione di report di audit sugli indicatori per il monitoraggio dell'appropriatezza organizzativa e clinica del triage e della presa in carico è in fase di implementazione, sempre in relazione all'introduzione recente del nuovo applicativo di PS/DEA.

Alla luce delle indicazioni della D.G.R. n. 23 – 6428 del 16.1.2023 si procederà alla costituzione del Gruppo Tecnico Permanente per il controllo e la gestione del sovraffollamento e del boarding, tra i cui compiti rientrano la rilevazione periodica dell'andamento del boarding su tutte le sedi DEA/PS

Sub-obiettivo 2.5.5: tempo medio permanenza in PS

Facendo seguito all'aggiornamento del PGS si è strutturato lo sviluppo progressivo di una attività di monitoraggio degli indicatori previsti dalle Linee Guida Regionali da parte del Bed Manager.

Azioni attivate ed intraprese

Da ultimo aggiornamento al 31.12.2022 risulta quanto di seguito dettagliato

TEMPI DI PERMANENZA AL NETTO OBI (in minuti)

	ANNO 2021	ANNO 2022
DEA OSPEDALE CASALE	346,62	453,03
DEA OSPEDALE NOVI LIGURE	300,38	361,23
PS OSPEDALE TORTONA	292,29	346,77
PS OSPEDALE ACQUI TERME	226,37	368,37
PS OSPEDALE OVADA	151,51	177,94

Il dato rappresentato nella tabella sopra riportata è strettamente correlato ai problemi di organico dei PS/DEA della rete dei Presidi Ospedalieri ASL AL, già presenti nel corso degli ultimi anni, ma che si sono ulteriormente aggravati nel corso dell'anno 2022.

A partire dal 2020, in coincidenza con l'evoluzione della pandemia Covid-19, si è registrato un drastico calo del numero di OBI nei 5 DEA/PS dei Presidi Ospedalieri dell'ASL AL, soprattutto per le sedi DEA di Casale M. e Novi L., a causa dell'utilizzo delle strutture destinate all'Osservazione Breve Intensiva per la gestione dei pazienti potenzialmente Covid-19, in attesa di accertamenti.

A partire da febbraio 2023 è stato riattivato il normale flusso OBI sulla sede DEA di Novi L. e quanto prima si procederà per la sede DEA di Casale M.

Quanto sopra esposto, unitamente all'aumento degli accessi registrato sulle diverse sedi nel corso del 2022 e ai problemi di organico che continuano a caratterizzare l'organizzazione delle attività di DEA/PS, ha determinato un peggioramento dei tempi di permanenza nel corso del 2022.

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

OBIETTIVO 2.6

Monitoraggio attivo del Nuovo sistema di garanzia (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 misurare secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA).

OBIETTIVO GENERALE	P.ti	OBIETTIVO SPECIFICO/ INDICATORE	%	Consuntivo 2022
2.6 MONITORAGGIO ATTIVO DEL NUOVO SISTEMA DI GARANZIA (NSG)	5	Completezza e Qualità dei dati dichiarati nel flusso STS24, ovvero assenza di correzione rilevata nell'annualità 2023 rispetto ai dati dichiarati per l'annualità 2022. Riscontro tempestivo di eventuali rilievi segnalati dal Ministero per l'annualità 2021. Relazione entro 31.12.2022	40	Trasmissione con nota prot. 157267 del 28.12.2022 della relazione richiesta in merito alle attività svolte con riferimento agli adempimenti previsti per il flusso FIM STS 24 "ASSISTENZA SANITARIA SEMIRESIDENZIALE E RESIDENZIALE" Validazione completa di tutti i modelli di competenza dell'ASL AL nei termini previsti dalla Regione Piemonte. Riscontro ai rilievi segnalati dal Ministero per l'annualità precedente nei termini indicati dal competente settore regionale (allegati alla nota prot. 157267/2022)
		Trasmissione del Piano degli interventi di breve, medio e lungo periodo da avviare/avviati per migliorare la performance aziendale desumibile dagli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia. Relazione entro 31.12.2022	60	Invio relazione "Definizione degli interventi di breve, medio e lungo periodo da avviare/avviati per migliorare la performance aziendale desumibile dagli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia" in data 30.12.2022 - Prot. 158127

Alla luce dell'attività svolta, l'obiettivo si può considerare **RAGGIUNTO**.

3. FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI

OBIETTIVO 3.1

Affidabilità dati rilevati da flussi informativi della farmaceutica

1. Verifica trimestrale, per ciascuna azienda sanitaria e ospedaliera, della coerenza tra i costi aziendali rilevati dal Modello di Conto Economico ed i costi aziendali rilevati attraverso il flusso informativo della distribuzione diretta e il flusso dei consumi ospedalieri tenendo conto delle eventuali note di credito.
2. Verifica della coerenza tra i dati dei flussi informativi inviati mensilmente dalle aziende (relativi alla distribuzione diretta e ai consumi ospedalieri) e gli analoghi valori mensili consolidati a fine anno
3. Trasmissione questionario volto a consentire l'acquisizione di dati di approfondimento tecnico al fine di acquisire gli elementi per valutare le soluzioni più adeguate in materia di logistica sanitaria e gestione dei vaccini e degli screening.

OBIETTIVO GENERALE	P.ti	OBIETTIVO SPECIFICO/ INDICATORE	%	Consuntivo 2022
3.1 AFFIDABILITA' DATI RILEVATI DA FLUSSI INFORMATIVI DELLA FARMACEUTICA		Verifica trimestrale della coerenza tra i costi aziendali rilevati dal Modello di Conto Economico (CE) e i costi aziendali rilevati attraverso il flusso informativo della D.D. e il flusso dei C.O. tenendo conto delle eventuali note di credito Target: 100% con uno scostamento massimo ammissibile scostamento pari al ± 2 % sul valore annuale e ± 5 % sui valori trimestrali.	33,33	Primo trimestre 2022: rilevazione regionale +3.7% - con rettifiche segnalate (Prot. ASL AL 102192 del 20/7/22) +2.2% < 5% obiettivo raggiunto Secondo trimestre 2022: rilevazione regionale - 5% con rettifiche segnalate (Prot. ASL AL 138725 del 8/11/2022) -2.1% < 5% obiettivo raggiunto Terzo trimestre 2022: rilevazione regionale -7.7% con rettifiche segnalate (Prot. ASL AL n. 13323 del 7/02/2022) -4.3% < 5% obiettivo raggiunto Quarto trimestre 2022: simulazione della situazione con dati del pre-consuntivo porta ad uno scostamento di -0,4%, se il dato sarà confermato < 2% obiettivo raggiunto
	3	Verifica della coerenza tra i dati dei flussi informativi inviati mensilmente dalle aziende (relativi alla distribuzione diretta e ai consumi ospedalieri) e gli analoghi valori mensili consolidati a fine anno Target: pari al 100 % per almeno 10 mesi su dodici, con uno scostamento massimo ammissibile pari al 2 % limitatamente a 2 mesi su 12	33,33	Minime percentuali di errori che si attestano generalmente, come valore, sul 3% nel flusso F e sono prossimi allo zero nel flusso CO
		Al fine di di acquisire gli elementi per valutare le soluzioni più adeguate in materia di logistica sanitarie e gestione dei vaccini e degli screening, è stato sottoposto alle AA.SS.RR. un questionario volto a consentire l'acquisizione di ulteriori dati di approfondimento tecnico, indispensabili per poter procedere alla mappatura definitiva delle attività	33,33	Questionario debitamente compilato ed inviato al Settore Regionale competente entro la scadenza prevista (trasmissione con mail del 10/08/2022). Successive integrazioni trasmesse via mail (16/08/2022 e 26/09/2022). Obiettivo raggiunto

SUB OBIETTIVO N. 1 - 1. Verifica trimestrale, per ciascuna azienda sanitaria e ospedaliera, della coerenza tra i costi aziendali rilevati dal Modello di Conto Economico ed i costi aziendali rilevati attraverso il flusso informativo della distribuzione diretta e il flusso dei consumi ospedalieri

STANDARD: 100% del rapporto tra i costi aziendali rilevati dal modello di Conto Economico (CE) ed i costi aziendali rilevati dai flussi informativi della farmaceutica (DD, CO, DPC) – Scostamento massimo ammissibile pari al +/- 2% sul valore annuale e +/- 5% sui valori trimestrali.

Nelle tabelle seguenti si rappresentano i risultati raggiunti nelle tre verifiche trimestrali dell'anno 2022 nel confronto tra i valori del Conto Economico (rettificati delle note di credito e del valore delle rimanenze di magazzino), e i valori dei flussi CO e DD della farmaceutica.

Anno 2022									
Medicinali con AIC, esclusi vaccini (ATC J07), emoderivati di produzione regionale (ditta Kedrion), ossigeno e altri gas medicali									
		B.1.A.1.1) Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale, ossigeno e altri gas medicali	Importo note di credito	B.13.A.1) Variazione delle rimanenze - Prodotti farmaceutici ed emoderivati	Valore finale da confrontare con i flussi DD,CO e TRACCIA	Totale flussi (CO + DD)	Δ in valore assoluto	Δ in valore %	Note
		(1)	(2)	(3)	A=(1) + (2) + (3)	B	C= B-A	D=C/A	
1° trimestre									
DATO FORNITO DA REGIONE	213	13.068.173	63.633	-1.795.611	11.336.195	11.760.974	424.779	3,7%	flussi CO+DD sovrastimati di circa € 170.000 (errore registrazione metadone)
DATO RETTIFICATO ASL AL	213	13.068.173	63.633	-1.795.611	11.336.195	11.586.261	250.066	2,2%	
2° trimestre									
DATO FORNITO DA REGIONE	213	24.723.066	307.564	-1.282.062	23.748.568	22.568.907	-1.179.661	-5,0%	valore delle rimanenze iscritto nel Bive
DATO RETTIFICATO ASL AL	213	24.723.066	307.564	-1.982.062	23.048.568	22.568.907	-479.661	-2,1%	sottostimato di € 700.000
3° trimestre									
DATO FORNITO DA REGIONE	213	37.138.730	434.429	0	37.573.159	34.678.487	-2.894.672	-7,7%	mancata registrazione delle rimanenze nel Bive
DATO RETTIFICATO ASL AL	213	37.138.730	434.429	-1.348.000	36.225.159	34.678.487	-1.546.672	-4,3%	
4° trimestre (simulazione)									
DATO ASL AL	213	47.202.380	651.765	-1.426.312	46.427.833	46.177.938	-249.895	-0,5%	il mese di dicembre dei flussi è stimato

Le tabelle espongono, per ogni rilevazione infra annuale (I, II, III trimestre), sia il dato fornito da Regione sia il dato rettificato dall'ASL AL (e comunicato ai Settori regionali competenti nei termini richiesti) a seguito di

sovrastima del dato dei flussi CO e DD nel I trimestre, sottostima del valore delle rimanenze nel Bive II trimestre e mancata iscrizione del valore delle rimanenze di magazzino nel Bive del III trimestre.

I valori così rideterminati, a seguito delle necessarie rettifiche apportate, portano sostanzialmente al rispetto del range del +/-5% nelle tre rilevazioni.

La simulazione sul IV trimestre 2022 porta ad un esito finale pari circa al -0,5% come risultato dell'intero anno 2022 rispetto ad un obiettivo +/- 2%.

Azioni intraprese:

Confronto continuo tra le strutture coinvolte sul monitoraggio regionale. Correttivi su flussi, verifica delta giacenze, attenta valorizzazione delle note di credito.

SUB OBIETTIVO N. 2 - Verifica della coerenza tra i dati dei flussi informativi inviati mensilmente dalle aziende (relativi alla distribuzione diretta e ai consumi ospedalieri) e gli analoghi valori mensili consolidati a fine anno

L'ASL AL ha avviato da anni un percorso ormai consolidato di analisi e confronto tra i servizi aziendali coinvolti (Farmacia Ospedaliera e territoriale, Programmazione Controllo Sistema Informativo e ICT) dei flussi informativi della farmaceutica (CO, F) sia prima sia dopo l'invio mensile dei dati in Regione.

Questo porta a rendere minime le percentuali di errori che si attestano generalmente, come valore, sul 3% nel flusso F e sono prossimi allo zero nel flusso CO.

Gli errori vengono puntualmente analizzati ogni mese ed inviati al servizio competente per la rettifica.

I flussi, prima dell'invio in Regione, vengono mensilmente monitorati e confrontati con il flusso della contabilità analitica.

Per ogni mese di riferimento vengono effettuati due invii del flusso in Regione: un primo invio entro il 25 del mese in corso ed un successivo invio il 5 del mese successivo (nel rispetto della scadenza regionale). Infine, nel mese di gennaio dell'anno successivo, viene effettuata un'ulteriore estrazione dell'anno precedente.

Occorre precisare che i valori consolidati a fine anno possono lievemente discostarsi dagli analoghi valori mensili poiché possono essere registrati movimenti di magazzino successivamente alla data di invio del flusso, in particolar modo per il tracciato F, data la scadenza di invio del flusso (5 del mese successivo) molto ravvicinata rispetto alla chiusura del mese di riferimento

SUB OBIETTIVO N. 3 - Trasmissione questionario volto a consentire l'acquisizione di dati di approfondimento tecnico al fine di acquisire gli elementi per valutare le soluzioni più adeguate in materia di logistica sanitaria e gestione dei vaccini e degli screening

Questionario debitamente compilato è stato inviato al Settore Regionale competente entro la scadenza prevista (trasmissione con mail del 10/08/2022). Successive integrazioni trasmesse via mail (16/08/2022 e 26/09/2022).

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

OBIETTIVO 3.2

Assistenza farmaceutica appropriatezza prescrittiva

Riduzione nel 2022 della spesa pro-capite pesata complessiva (conv. + dd + dpc) avendo come obiettivo il valore dell'ASL best performer nell'anno 2021

OBIETTIVO GENERALE	P.ti	OBIETTIVO SPECIFICO/INDICATORE	%	Consuntivo 2022				
3.2 ASSISTENZA FARMACEUTICA APPROPRIATEZZA PRESCRITIVA	6	ASL: Riduzione nel 2022 della spesa pro-capite pesata complessiva (conv. + dd + dpc) avendo come obiettivo il valore dell'ASL best performer nell'anno 2021.	100	ANNO 2021		9 MESI 2022		
				ASL AL	BEST PERFORMER	REGIONE PIEMONTE	ASL AL	REGIONE PIEMONTE
				Importo per residente ponderato	287,2	261,4	289,5	213,46

Campo di applicazione:

Assistenza farmaceutica Diretta DPC e CONVENZIONATA

Attori coinvolti: Specialisti interni ed esterni - MMG

Target:

Spesa pro-capite pesata complessiva (conv+dd+dpc) anno 2022 ≤ al valore dell'ASL best performer nell'anno 2021.

Dato di partenza 2021 ASL AL 6° posto in ordine crescente e comunque al di sotto della media regionale – conferma 2022 sull'erogato.

Situazione attuale:

Il portale regionale non espone i dati aggiornati (ultimo dato disponibile gennaio-aprile 2022) pertanto si è proceduto ad una valutazione sull'erogato dall'Azienda, ma non abbiamo il dato di quanto erogato da altre Aziende a favore dei nostri assistiti.

Anche i dati di confronto sull'erogato sono fermi a settembre e mostrano la seguente situazione:

	ASL AL 22 vs 21	incremento ASL AL	inCremento RP
convenzionata	347.866	0,74%	1%
distribuzione per conto	1.482.584	12,24%	14,96%
distribuzione diretta	2.618.369	11,43%	9,58%

Per l'ASL AL gli incrementi anno 2022 rispetto all'anno precedente sono sempre al di sotto della media regionale ad eccezione della Distribuzione Diretta. La spesa della convenzionata è sostanzialmente stabile e la spesa per la DPC è cresciuta, in entrambi i casi i valori di incremento sono inferiori a quelli registrati a livello regionale.

L'aumento di circa 2,5 milioni di Distribuzione Diretta superiore in termini percentuali rispetto a quello regionale è dovuto in massima parte a due farmaci per la fibrosi cistica e ad uno per l'angioedema ereditario. In particolare le prime due voci di spesa sono dovute a Kaftrio e Kalydeco (farmaci innovativi perciò finanziati a parte), la terza voce è data da Takhzyro l'angioedema ereditario (patologia rara con cui viene trattato uno specifico nucleo familiare).

Solo le prime tre voci per un incremento di 1.600.000 euro (su circa 2, 6 Milioni di aumento) sono destinate a solo 14 pazienti dei 23.590 pazienti in carico.

Un ulteriore motivo di aumento risiede nell'incremento del numero dei pazienti che si rivolgono alla Farmacia Ospedaliera (1770 pazienti in più nei primi 9 mesi del 2022).

PROGRESSIVO A SETTEMBRE TOTALI SPESA						Assistiti residenti ponderati	Spesa assistito pesato 9m2022
AZIENDA	CONVENZ. 2022_9m	DPC 2022_9m	D.D. 2022_9m	Tot. Spesa 2022_9m			
208 NO	30.822.178	10.471.592	16.124.843	61.180.534	331.640	184,48	
210 CN1	34.007.104	11.396.403	23.506.658	74.739.346	399.460	187,10	
203 TO3	55.383.077	19.160.706	33.038.626	114.278.171	575.415	198,60	
205 TO5	27.410.422	9.608.513	17.243.911	61.262.619	298.252	205,41	
204 TO4	46.211.425	16.140.606	33.472.060	106.694.843	503.919	211,73	
213 AL	42.992.375	13.602.038	25.523.039	93.503.648	438.030	213,46	
RP RP	397.937.729	131.458.353	290.017.934	922.806.668	4.274.943	215,86	
209 VCO	15.212.190	3.316.253	13.347.304	37.117.522	170.954	217,12	
206 VC	16.273.997	4.861.874	11.070.192	39.035.109	169.386	230,45	
301 TO1+TO2	79.021.760	26.894.773	71.233.116	199.000.507	850.996	233,84	
211 CN2	15.327.417	4.986.027	12.314.568	39.733.522	163.824	242,54	
212 AT	19.451.219	6.095.423	16.871.465	50.810.794	200.036	254,01	
207 BI	15.824.566	4.924.147	16.272.153	45.450.053	173.031	262,67	

Azioni intraprese nei vari ambiti:

DIRETTA

Analisi e confronto su farmaci biologici per la psoriasi a placche, indicazioni a utilizzare farmaci biologici a brevetto scaduto o farmaci originator a minor costo annuo di terapia (2 incontri con dermatologi aziendali).

Monitoraggio aderenza terapia dei pazienti e appropriatezza.

Verifica sui pazienti in trattamento con inibitori di PCSK9.

Adesione alle Gare e PN – Verifica dei Piani di terapia e delle schede registro AIFA nei casi previsti – richiesta di relazione clinica in caso prescrizione di specialità non aggiudicata o non tra i primi tre prodotti delle PN.

DPC

- 1) TICAGRELOR Verifica iperprescrizioni. Dosaggio 90 mg massimo 12 mesi di terapia
- 2) RANOLAZINA Verifica iperprescrizioni. Incontri con SC Cardiologia
- 3) INSULINA GLARGINE Verifica prescrizioni medicinale non aggiudicatario di gara in assenza di relazione clinica
- 4) ENOXAPARINA Verifica prescrizioni a pz di età <18 anni. Valutazione durata terapie oltre 60 giorni
- 5) APIXABAN – RIVAROXABAN - EDOXABAN –DABIGATRAN Verifica iperprescrizioni
- 6) FARMACI NOTA AIFA 100 Verifica iperprescrizioni 12 mesi

CONVENZIONATA

- 1) PANTOPRAZOLO Verifica iperprescrizioni
- 2) COLECALCIFEROLO Nota informativa MMG - Verifica iperprescrizioni Colecalciferolo 25.000 UI e Colecalciferolo 50.000 UI fl - Verifica prescrizioni Colecalciferolo 25000 e 50000 UI a soggetti <18 anni (non indicato)
- 3) BISOPROLOLO Nota ai MMG con dettaglio iperprescrizioni - Informato gli Specialisti del Dipartimento Medico Aziendale 10/05/2022
- 4) FORMOTEROLO + BECLOMETASONE Verifica iperprescrizioni
- 5) VILANTEROLO + FLUTICASONE Verifica iperprescrizioni
- 6) AMOXICILLINA + ACIDO CLAVULANICO Obiettivo MMG.
- 7) TAPENTADOLO Verifica iperprescrizioni
- 8) TERIPARATIDE Informativa Specialisti aziendali Accordo quadro
- 9) OSSICODONE + NALOXONE Nota a MMG
- 10) INSULINA LISPRO Nota a MMG e Nota Diabetologi Aziendali
- 11) ASSOCIAZIONI STATINA + EZETIMIBE Nota informativa MMG - Verifica iperprescrizioni anno 2021
- 12) OMEGA 3 Verifica iperprescrizioni Prescrizioni a soggetti < 18 anni (non indicato)
- 13) FARMACI nota 99 verifica iperprescrizioni.

Sia le azioni sulla farmaceutica convenzionata che quelle sulla DPC, implementate da inizio anno 2022 e ulteriormente rafforzate dagli obiettivi assegnati alla medicina generale su Antibiotici e IPP nel II semestre del 2022, si auspica produrranno effetti più consistenti a tendere nei primi mesi del 2023

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

OBIETTIVO 3.3

Affidabilità dati rilevati da flussi informativi dei dispositivi medici

Verifica di disponibilità, completezza e qualità, nonché del miglioramento nel tempo dell'acquisizione nel flusso informativo regionale dei dati relativi al monitoraggio dei consumi e dei contratti dei dispositivi medici.

L'obiettivo, articolato in 3 sub-obiettivi, è allineato rispetto agli adempimenti LEA, nonché alle performance di alcune regioni benchmark come risulta dal "Rapporto sulla spesa rilevata dalle strutture sanitarie pubbliche del SSN per l'acquisto di dispositivi medici – Anno 2019", a cura del Ministero della salute.

OBIETTIVO GENERALE	P.ti	OBIETTIVO SPECIFICO/ INDICATORE	%	Consuntivo 2022
3.3 AFFIDABILITA' DATI RILEVATI DA FLUSSI INFORMATIVI DEI DISPOSITIVI MEDICI	3	Rapporto tra spesa rilevata dal Flusso Consumi di Dispositivi medici, esclusa quella rilevata per le CND W e Z - a eccezione delle CND Z13, Z12040115 e Z12040216 – e i costi imputati a Conto Economico alle voci B.1.A.3.1 e B.1.A.3.2. Target: coerenza, con un margine di tolleranza compreso tra -5% e +10%	33,33	La differenza tra spesa rilevata in CE per le voci B.1.A.3.1. (dispositivi medici) e B.1.A.3.2 (dispositivi medici impiantabili attivi) e costi dispositivi medici in flusso DMRP consumi, è pari al -11,1%.
		Rapporto tra il numero di record validi con "Forma di negoziazione" compilata e il numero complessivo di record validi inviati al flusso DMRP-Contratti Target: almeno il 95% dei record inviati	33,33	Il rapporto in oggetto, come si desume dal flusso dei DMRP-Contratti, è del 100%.
		Rapporto tra quantità contrattualizzata rilevata dal Flusso Contratti di Dispositivi medici, distintamente per le CND J0101, P0704, P0908, e quantità distribuita di dispositivi medici rilevata da Flusso Consumi di dispositivi medici Target: risultato dei tre sub indicatori ≥ 50%	33,33	100% I provvedimenti amministrativi relativi ai dispositivi medici vengono tutti contrattualizzati su piattaforma NFS

RAPPORTO TRA SPESA RILEVATA DAL FLUSSO CONSUMI DI DISPOSITIVI MEDICI, ESCLUSA QUELLA RILEVATA PER LE CND W e Z – A ECCEZIONE DELLE CND Z13, Z12040115 e Z12040216 – E I COSTI IMPUTATI A CONTO ECONOMICO ALLE VOCI B.1.A.3.1. e B.1.A.3.2.:

RISULTATO: La differenza tra spesa rilevata in CE per le voci B.1.A.3.1 (dispositivi medici) e B.1.A.3.2 (dispositivi medici impiantabili attivi) e costi dispositivi medici in flusso DMRP consumi, è pari al -11,1%. Tale dato si riferisce al totale dell'attività aziendale

Le criticità sono dovute, in sede di anagrafiche articoli, alla mancata ricezione delle schede tecniche dei prodotti, alla confluenza, negli anni passati, sul conto 03.10.164 di tutta una serie di articoli codificati su altri conti non relativi a dispositivi.

Si sta procedendo ad una revisione dell'anagrafica, individuando le criticità con conseguente correzione.

1) RAPPORTO TRA IL NUMERO DI RECORD VALIDI CON “FORMA DI NEGOZIAZIONE “COMPILATA ED IL NUMERO COMPLESSIVO DI RECORD VALIDI INVIATI AL FLUSSO DMRP-CONTRATTI:

RISULTATO: all'atto dell'inserimento del contratto sul sistema amministrativo contabile N.F.S., viene compilato sempre il campo “Forma di negoziazione”. Di conseguenza il rapporto in oggetto, come si desume dal flusso dei DMRP-Contratti, è del 100%.

2) RAPPORTO TRA QUANTITA' CONTRATTUALIZZATA RILEVATA DAL FLUSSO CONTRATTI DI DISPOSITIVI MEDICI, DISTINTAMENTE PER LE CND J0101, P0704, P0908 E QUANTITA' DISTRIBUITA DI DISPOSITIVI MEDICI RILEVATA DA FLUSSO CONSUMI DI DISPOSITIVI MEDICI:

RISULTATO: i provvedimenti amministrativi relativi ai dispositivi medici vengono tutti contrattualizzati su NFS. Successivamente si procede all'emissione dell'ordine.

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

4. TRANSIZIONE POST EMERGENZA

OBIETTIVO 4.1

Attuazione Piano di recupero delle liste di attesa delle prestazioni di ricovero

La nuova rimodulazione del piano regionale e dei piani aziendali per il recupero delle liste di attesa per le prestazioni di ricovero, di specialistica ambulatoriale e di screening oncologici, ha fornito disposizioni attuative e modalità organizzative per il recupero delle liste di attesa nelle strutture pubbliche e private accreditate, autorizzando le Aziende Sanitarie Regionali all'utilizzo, ad integrazione delle risorse già assegnate di ulteriori risorse previste dall'art. 1, comma 278, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 sulla base del fabbisogno espresso dalle ASR a partire dal conteggio delle prestazioni erogate nell'anno 2019.

OBIETTIVO GENERALE	P.ti	OBIETTIVO SPECIFICO/ INDICATORE	%	Consuntivo 2022												
4.1 ATTUAZIONE PIANO DIRECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA DELLE PRESTAZIONI DI RICOVERO	8	La produzione relativa all'attività di ricovero deve tornare complessivamente ai volumi e al mix indicativo che venivano ordinariamente erogati precedentemente all'emergenza pandemica, pertanto, prendendo quale anno di riferimento il 2019 al netto delle mensilità relative al periodo emergenziale	33,33	<table border="1"> <thead> <tr> <th>A2019</th> <th>A2022</th> <th colspan="2"></th> </tr> <tr> <th>Casi (RO+DH)</th> <th>Casi (RO+DH)</th> <th>% 2022 vs 2019 (casi)</th> <th>% 2022 vs 2019 valore medio DRG</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>27.908</td> <td>23.023</td> <td>82,5%</td> <td>107,8%</td> </tr> </tbody> </table>	A2019	A2022			Casi (RO+DH)	Casi (RO+DH)	% 2022 vs 2019 (casi)	% 2022 vs 2019 valore medio DRG	27.908	23.023	82,5%	107,8%
		A2019	A2022													
		Casi (RO+DH)	Casi (RO+DH)	% 2022 vs 2019 (casi)	% 2022 vs 2019 valore medio DRG											
27.908	23.023	82,5%	107,8%													
Recupero prestazioni di ricovero secondo classi di complessità e priorità come programmato nel piano aziendale di utilizzo risorse previste dall'art. 1, comma 278, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 (prospettiva committenza per ASL)	33,33	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>% 2022 su 2019</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TOT ASL AL</td> <td>98,1%</td> </tr> <tr> <td>P.O. CASALE M.</td> <td>102,6%</td> </tr> <tr> <td>P.O. NOVI L.</td> <td>103,4%</td> </tr> <tr> <td>P.O. TORTONA</td> <td>96,6%</td> </tr> <tr> <td>P.O. ACQUI T.</td> <td>83,8%</td> </tr> </tbody> </table>		% 2022 su 2019	TOT ASL AL	98,1%	P.O. CASALE M.	102,6%	P.O. NOVI L.	103,4%	P.O. TORTONA	96,6%	P.O. ACQUI T.	83,8%		
	% 2022 su 2019															
TOT ASL AL	98,1%															
P.O. CASALE M.	102,6%															
P.O. NOVI L.	103,4%															
P.O. TORTONA	96,6%															
P.O. ACQUI T.	83,8%															
Utilizzo, secondo criteri di appropriatezza e in coerenza con il fabbisogno stimato, delle risorse residue ex DL 104/DGR 2-1980 entro il 31/12/2022	33,33	Si veda quanto relazionato nella sezione specialistica ambulatoriale														

Il report sotto riportato evidenzia un significativo recupero dei livelli di produzione nel corso del 2022, con i Presidi Ospedalieri sedi di DEA (Casale M. e Novi L.) al di sopra dei livelli riscontrati nel 2019 (ricoveri con classe di complessità 1-2-3) e con i PP.OO. di Acqui T. e Tortona prossimi a tali livelli (tenendo in considerazione la fase di transizione avvenuta nei mesi 2023 post fase emergenziale Covid-19, prima del pieno recupero della normale attività erogativa).

Valori fissati **RICOVERI ORDINARI + DS**
Mese **APR-DIC**
Azienda Produttrice **PP.OO. ASL AL**
Residenza assistito **Regione Piemonte**
ELEZIONE

	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			
	apr-dic 2019	apr-dic 2021	apr-dic 2022	% 2022 su 2019	apr-dic 2019	apr-dic 2021	apr-dic 2022	% 2022 su 2019	apr-dic 2019	apr-dic 2021	apr-dic 2022	% 2022 su 2019	apr-dic 2019	apr-dic 2021	apr-dic 2022	% 2022 su 2019
TOT ASL AL	756	483	578	76,5%	2.292	2.154	2.412	105,2%	2004	1647	1968	98,2%	5.052	4.284	4.958	98,1%
P.O. CASALE M.	256	165	228	89,1%	727	785	707	97,2%	699	668	790	113,0%	1.682	1.618	1.725	102,6%
P.O. NOVI L.	180	166	128	71,1%	987	882	1.054	106,8%	141	206	171	121,3%	1.308	1.254	1.353	103,4%
P.O. TORTONA	285	132	201	70,5%	230	168	286	124,3%	676	469	663	98,1%	1.191	769	1.150	96,6%
P.O. ACQUI T.	35	20	21	60,0%	348	319	365	104,9%	488	304	344	70,5%	871	643	730	83,8%

Occorre segnalare che il Presidio Ospedaliero di Tortona ha svolto, nel periodo della pandemia Covid-19, la funzione di Covid-Hospital (anche per residenti di altre aree territoriale piemontesi), riprendendo progressivamente l'ordinaria operatività nel corso del 2022, con una attività per i primi mesi dello scorso anno ancora limitata.

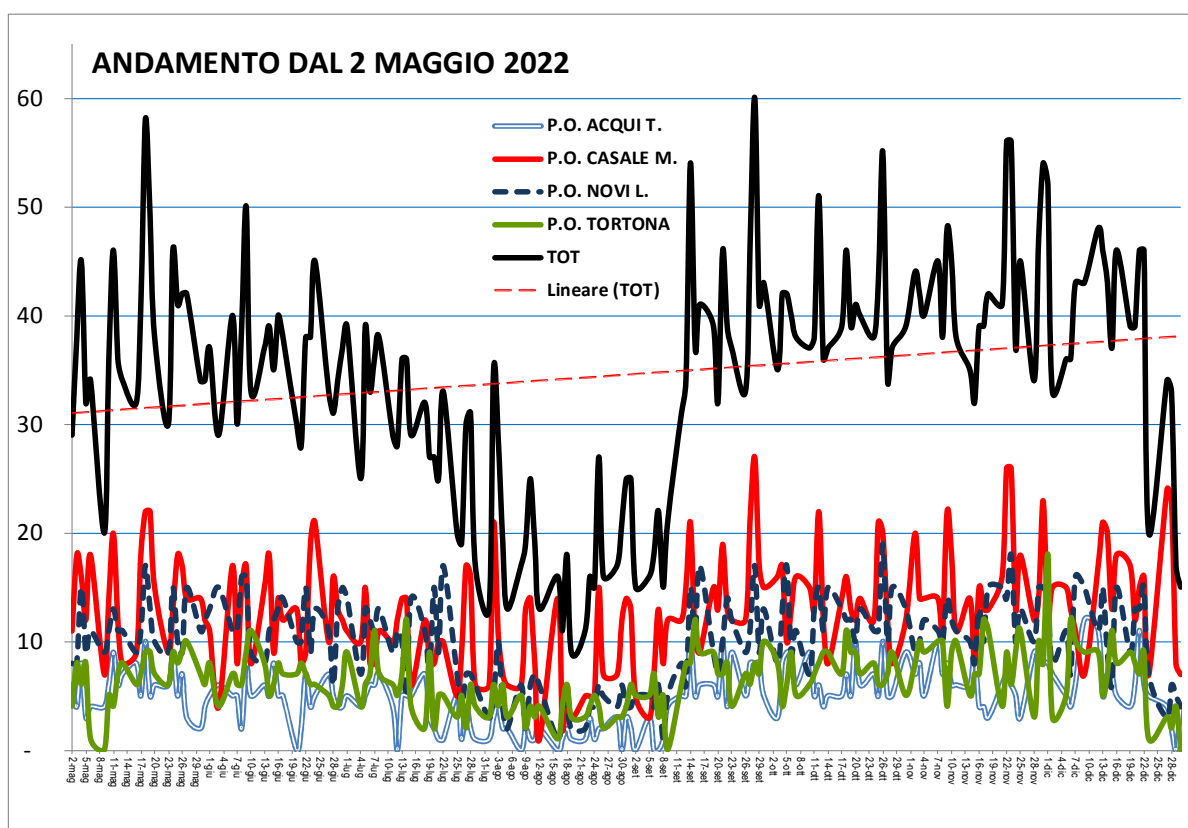
Per quanto riguarda il Presidio Ospedaliero di Acqui T. si è registrata nel corso del 2022 una forte criticità relativa alle carenze di organico, soprattutto relative alla disciplina chirurgia generale, solo in parte risolta nel corso degli ultimi mesi dello scorso anno.

Il report successivo evidenzia l'andamento dell'intera attività interventistica di sala operatoria, che conferma il dato di ripresa dell'attività avvenuta nel corso del 2022.

N. INTERVENTI SALA OPERATORIA (RICOVERO ORDINARIO - DAY SURGERY) SOLO INTERVENTI DI ELEZIONE

PP.OO.	TOT PROGRESSIVO 2022 dal 1-apr al	TOT PROGRESSIVO 2019 dal 1-apr al	% 2022 su 2019 dal 1-apr al
	31-dic	31-dic	
P.O. ACQUI T.	963	1.240	77,7%
P.O. CASALE M.	2.785	2.851	97,7%
P.O. NOVI L.	1.994	1.994	100,0%
P.O. TORTONA	1.315	1.662	79,1%
TOT	7.057	7.747	91,1%

Fonte dati: ADT Registro operatorio



A seguire il report sui tempi di attesa sugli interventi monitorati dal Piano Nazionale Governo Liste di Attesa:

ASL AL
TEMPI ATTESA INTERVENTI DA FLUSSO SDO
PERIODO GENNAIO / DICEMBRE 2022

TIPO INT	Ospedale	A - Classe A	B - Classe B	C - Classe C	D - Classe D
		Ricovero entro 30 gg	Ricovero entro 60 gg	Ricovero entro 180 gg	Ricovero entro 12 mesi
		GG ATTESA MEDI	GG ATTESA MEDI	GG ATTESA MEDI	GG ATTESA MEDI
Colecistectomia laparoscopica	ACQUI	64	68	230	274
	CASALE	104	264		
	NOVI	69	79	213	526
	TORTONA	20	65	161	
Emorroidectomia	ACQUI	53	111	254	405
	CASALE	110			
	NOVI	42	44	212	
	TORTONA	13	66	172	
Protesi d'anca	ACQUI	19	25	129	
	CASALE	32	84	168	551
	NOVI	50	67	190	
	TORTONA	29	66	154	291
Riparazione ernia inguinale	ACQUI	29	91	208	301
	CASALE	213	228		
	NOVI	82	68	235	439
	TORTONA	26	77	134	
Tumore colon	ACQUI	22			
	CASALE	31			
	NOVI	19			
	TORTONA	25			
Tumore mammella	CASALE	56			
	NOVI	32			
	TORTONA	26	30		
Tumore prostata	NOVI	20	39	583	
Tumore retto	ACQUI	38			
	CASALE	34			
	NOVI	59	67		
	TORTONA	29			
Tumore utero	CASALE	30	45	53	
	NOVI	14	17		

A seguire il report sull'attività complessiva di ricoveri dei PP.OO. ASL AL, con il significativo aumento dal valore medio del DRG:

RICOVERI ORDINARI + DH

Valori fissati

Residenti **ASL AL + NON RESIDENTI ASL AL**
Mese **12 mesi**
Azienda Produttrice **PP.OO. ASL AL**

RESIDENZA ASSISTITO	DISCIPLINA DIMISSIONE	ANNO 2019		ANNO 2021		ANNO 2022		% 2022 vs 2019 (casi)	% 2022 vs 2019 valore medio DRG
		Casi (RO+DH)	Valore (RO+DH)	Casi (RO+DH)	Valore (RO+DH)	Casi (RO+DH)	Valore (RO+DH)		
TOT PP.OO. ASL AL	TOT	27.908	79.923.133	21.019	68.621.813	23.023	71.097.771	82,5%	107,8%
	01 - ALLERGOLOGIA	35	28.464	16	12.992	19	15.428	54,3%	99,8%
	08 - CARDIOLOGIA	1.195	3.666.206	1.045	3.274.466	1.054	3.170.830	88,2%	98,1%
	09 - CHIRURGIA GENERALE	4.012	11.176.268	2.704	8.253.872	3.275	9.448.224	81,6%	103,6%
	26 - MEDICINA GENERALE	7.665	24.613.326	5.951	23.314.095	6.053	21.714.220	79,0%	111,7%
	29 - NEFROLOGIA	302	914.336	143	308.402	53	44.261	17,5%	27,6%
	31 - NIDO	877	837.099	844	897.194	833	1.111.764	95,0%	139,8%
	32 - NEUROLOGIA	1.111	4.146.562	857	3.095.067	898	3.245.142	80,8%	96,8%
	34 - OCULISTICA	565	779.689	471	679.307	527	760.081	93,3%	104,5%
	35 - ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	59	35.267	65	49.152	72	43.843	122,0%	101,9%
	36 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	2.812	12.177.697	2.260	11.146.137	2.709	12.695.703	96,3%	108,2%
	37 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	2.637	3.896.501	2.153	3.172.724	2.248	3.445.481	85,2%	103,7%
	38 - OTORINOLARINGOIATRIA	713	1.225.785	371	658.846	431	765.550	60,4%	103,3%
	39 - PEDIATRIA	482	1.059.685	141	300.014	290	522.415	60,2%	81,9%
	40 - PSICHIATRIA	712	1.209.769	394	642.626	326	554.403	45,8%	100,1%
	43 - UROLOGIA	1.667	3.554.263	1.307	2.846.453	1.399	2.932.503	83,9%	98,3%
	49 - TERAPIA INTENSIVA	1.225	4.960.232	964	6.081.149	309	4.367.494	25,2%	349,1%
	50 - UNITA' CORONARICA	281	792.912	203	541.543	225	529.973	80,1%	83,5%
	56 - RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	738	3.708.854	472	2.266.808	523	2.815.619	70,9%	107,1%
	58 - GASTROENTEROLOGIA	215	43.986	56	13.472	41	7.581	19,1%	90,4%
64 - ONCOLOGIA	516	1.028.774	538	970.211	551	1.070.518	106,8%	97,4%	
67 - PENSIONATI	21	-	7	-	2	-	9,5%	#DIV/0!	
68 - PNEUMOLOGIA	68	67.459	57	97.282	272	636.912	400,0%	236,0%	
96 - TERAPIA DEL DOLORE					913	1.199.826	#DIV/0!	#DIV/0!	

A seguire il dato sull'intera ospedalizzazione dei residenti ASL AL:

RESIDENTI ASL AL	Casi				% 2022 su 2019
	ANNO 2019	ANNO 2020	ANNO 2021	ANNO 2022	
MOBILITA' RICOVERI PIEMONTE (EROGATORI EXTRA ASLAL)	33.806	27.543	28.703	30.265	89,5%

Con specifici provvedimenti e comunicazioni volte a determinare un'attività di analisi per la riprogettazione dei percorsi di erogazione delle prestazioni sanitarie, in esito e riscontro a nota prot.29747 del 14.02.2022 della Direzione Sanità e Welfare della Regione Piemonte, avente ad oggetto *"Recupero prestazioni chirurgiche ed individuazione Responsabile Unico Aziendale (RUA)"*, la Direzione Generale ha predisposto specifica attività di pianificazione ed ha individuato il Direttore SS.CC. DSPO Novi L. e Casale M. - Coordinatore rete ospedaliera ASL AL, Dott. Porretto, quale RUA, con il compito di garantire il presidio dell'organizzazione dell'intero percorso chirurgico e le funzioni previste dalla Circolare Ministeriale del 19.01.2022 relativa agli adempimenti di cui all'art. 1, comma 276 e 279 della Legge 30.12.2021 n. 234.

Con successiva nota prot. 0067762 del 27.02.2022 la Direzione Generale, nel recepire il documento ministeriale *"Piano operativo per il recupero liste di attesa"* del 25.01.2022, ha formalizzato l'avvio di un processo teso all'analisi organizzativa delle strutture di erogazione ed eventualmente alla revisione dei modelli in uso.

Tra gli oggetti della revisione è rientrato il percorso chirurgico in ambito ospedaliero per il quale, analogamente ai percorsi medico ed ambulatoriale, è stato identificato un TEAM composto da diversi profili professionali coordinato nelle sue attività dal RUA, a cui è stata affidata l'attività di analisi e riprogettazione dei percorsi di erogazione delle prestazioni sanitarie, con l'obiettivo finale di sperimentare modelli tesi all'efficienza organizzativa ed operativa, in una logica di diffusione omogenea nelle strutture aziendali.

Azioni attivate ed intraprese

A seguito della trasmissione da parte della Regione Piemonte delle *"Linee di indirizzo sul Regolamento per la Gestione delle Liste di attesa per ricoveri programmati"* con nota prot. 20358 del 27.05.2022 si è provveduto alla stesura di un cronoprogramma inerente le azioni di implementazione dei percorsi per operatori e definizione del Regolamento Aziendale di governo delle liste di attesa; il TEAM C, a seguito di riunioni in cui sono state discusse le implementazioni conseguenti del modello organizzativo in essere per i ricoveri chirurgici in elezione, ha predisposto, a fine maggio, una prima stesura del *"Regolamento delle liste di attesa per ricoveri programmati P.P.OO. ASL AL"* nel recepimento delle suddette Linee di Indirizzo, previo incontro presso AO AL per una presa di visione del software gestionale in uso per la programmazione delle sale elettive, che è stata presentata e condivisa con i Direttori SS.CC. di Area Chirurgica in occasione di riunione del Dipartimento Chirurgico (inizio mese di giugno). Successivamente, per il tramite del Coordinatore delle attività amministrative DSPO sono stati individuati (metà mese di giugno), su ciascun Presidio, i referenti amministrativi dei servizi di pre ricovero con funzione di supporto per il governo delle liste di attesa, con annesso incontro formativo a cura del CED per quanto concerne l'utilizzo di appositi cruscotti informatici sviluppati dai Sistemi Informatici per le attività di competenza come previste, inerenti strettamente la manutenzione delle liste di attesa (dashboard per procedere alla rimozione dalla lista dei pazienti con posizione attiva residenti in Regione Piemonte e risultati deceduti, dashboard per procedere all'implementazione delle posizioni in liste di attesa antecedenti al mese di ottobre 2021 con i codici ICD-9-CM di diagnosi e procedura, dashboard per l'attribuzione dello score in base al quale ciascuna Struttura compone la propria programmazione di sala elettiva seguendo un ordine di chiamata oggettivo basato su apposito algoritmo indicato nelle Linee di indirizzo Regionali).

Dopo aver recepito le osservazioni ed integrazioni proposte sia dai componenti del TEAM C che dai Direttori SS.CC. di Area Chirurgica, in considerazione della prevista riduzione dell'attività di sala elettiva nel periodo estivo è stata avviata dal mese di settembre, di concerto con il Direttore di Dipartimento Chirurgico ed i singoli Direttori di Struttura interessati, una fase sperimentale di applicazione del Regolamento per il Governo delle liste di attesa nelle SS.CC. di Area Chirurgica così individuate:

- SC UROLOGIA NOVI
- SC CHIRURGIA ACQUI
- SC ORTOPEDIA TORTONA
- SC OCULISTICA ed SC ODONTOSTOMATOLOGIA CASALE

Al fine di individuare eventuali criticità applicative con relative soluzioni, prima di una completa applicazione del Regolamento a livello aziendale, contestualmente alla ripresa a pieno regime dell'attività di sala elettiva. In queste SS.CC. individuate la predisposizione delle liste operatorie programmate viene pertanto definita secondo l'ordine attribuito ai singoli pazienti dal punteggio ottenuto mediante l'applicazione dell'algoritmo fornito dalla Regione.

Contestualmente è stato avviato nelle SS.CC. Di Area Chirurgica individuate per la fase sperimentale, il monitoraggio della fase pre operatoria mediante il calcolo dei seguenti indicatori forniti dalla Regione nelle Linee di Indirizzo: 1) consistenza delle liste di attesa (numerosità dei pazienti in lista stratificati per classe di

priorità, unità operativa e regime di ricovero); 2) tempo di attesa per classe (stratificato per regime ed unità operativa); 3) tasso di ingresso in lista (numerosità pazienti in lista per mese, stratificati per classe, regime ed unità operativa).

Si è parimenti avviata, a livello di DSPO ed in collaborazione con il DIPSA ed il Controllo di Gestione, una attività di monitoraggio dell'utilizzo delle sale operatorie tramite appositi indicatori di attività e conseguente reportistica in modo da consentire una proficua lettura della produzione aziendale di sala elettiva per eventuali conseguenti azioni di implementazione: 1) totale ore programmate ad inizio mese per singola specialità su singolo Blocco Operatorio / totale ore programmate effettive a fine mese come risultanti dalle liste settimanali; 2) totale ore programmate effettive a fine mese come risultanti dalle liste settimanali / totale ore consuntivate di permanenza in Blocco per singola specialità su singolo Blocco; 3) totale ore intervento (ora incisione – ora sutura) consuntivate per singola specialità su singolo Blocco / totale ore consuntivate di permanenza in Blocco per singola specialità su singolo Blocco.

Si procederà a completa implementazione del regolamento ed estensione su tutte le specialità chirurgiche.

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

OBIETTIVO 4.2

Attuazione Piano di recupero delle prestazioni di screening oncologici

La nuova rimodulazione del piano regionale e dei piani aziendali per il recupero delle liste di attesa per le prestazioni di ricovero, di specialistica ambulatoriale e di screening oncologici, ha fornito disposizioni attuative e modalità organizzative per il recupero delle liste di attesa nelle strutture pubbliche e private.

In particolare, la D.G.R. n. 4-4878 del 14.04.2022 dispone per il miglioramento dei risultati delle campagne di screening regionale al fine di raggiungere gli obiettivi prefissati nel Piano Nazionale Screening e nel Piano Regionale di Prevenzione, prevedendo prestazioni aggiuntive, necessarie per raggiungere gli obiettivi programmati

OBIETTIVO GENERALE	P.ti	OBIETTIVO SPECIFICO/ INDICATORE	%	Consuntivo 2022							
4.2 ATTUAZIONE PIANO DI RECUPERO DELLE PRESTAZIONI DI SCREENING ONCOLOGICI	7	Raggiungimento degli obiettivi di inviti e prestazioni secondo i seguenti indicatori: COPERTURE INVITI: N° persone invitate + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale. Target: cervice tra 97 e 100% mammella: tra 97 e 100% colon-retto: tra 97 e 100%	80	<table border="1"> <tr> <td rowspan="3">INVITI</td> <td>CERVICE</td> <td>116,9%</td> </tr> <tr> <td>MAMMELLA</td> <td>106,2%</td> </tr> <tr> <td>COLON-RETTO</td> <td>96,1%</td> </tr> </table>	INVITI	CERVICE	116,9%	MAMMELLA	106,2%	COLON-RETTO	96,1%
		INVITI		CERVICE		116,9%					
MAMMELLA	106,2%										
COLON-RETTO	96,1%										
COPERTURA ESAMI: N° persone sottoposte al test di screening, incluse le adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale Target: cervice tra 45 e 50% mammella: tra 50 e 55% colon-retto: tra 35 e 40%	<table border="1"> <tr> <td rowspan="3">COPERTURA</td> <td>CERVICE</td> <td>47,5%</td> </tr> <tr> <td>MAMMELLA</td> <td>63,5%</td> </tr> <tr> <td>COLON-RETTO</td> <td>42,0%</td> </tr> </table>	COPERTURA	CERVICE	47,5%	MAMMELLA	63,5%	COLON-RETTO	42,0%			
COPERTURA	CERVICE		47,5%								
	MAMMELLA		63,5%								
	COLON-RETTO	42,0%									
		Aggiornamento del Piano di attività annuale, per l'anno 2022, da approvarsi con deliberazione del Direttore Generale di ogni Azienda afferente al Programma di Screening, ai sensi della D.G.R. n. 27-3570 del 04.07.2016 Entro 31.12.2022	20	Piano di attività è stato deliberato con deliberazione dell'ASL AL n. 1019 del 21/12/2022							

4.2.1 tabella con dettaglio delle coperture

Nome indicatore	Valore osservato al 31/12/2022 Programma 6
Copertura da esami Numero di persone sottoposte al test di screening del tumore della cervice nell'anno di riferimento + adesioni spontanee/ popolazione bersaglio annuale	47,5%
Copertura da inviti Formula: Numero di persone invitate a sottoporsi a screening del tumore della cervice nell'anno di riferimento + adesioni spontanee/ popolazione bersaglio annuale	116,9%
Copertura da esami - Numero di persone sottoposte al test di screening del tumore della mammella nell'anno di riferimento + adesioni spontanee/popolazione bersaglio annuale	63,5%
Copertura da inviti - Numero di persone invitate a sottoporsi a screening per il tumore della mammella nell'anno di riferimento + adesioni spontanee/ popolazione bersaglio annuale	106,2%
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	96,1%
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	42%

Screening tumore della cervice: La popolazione invitabile nell'anno 2022 era caratterizzata dalla presenza di numerose assistite non aderenti. E' stata organizzata un'attività aggiuntiva per contattare la maggior parte delle assistite non aderenti. Durante l'anno è stata fatta una riorganizzazione della rete dei consultori in modo da ridurre l'attività nei consultori in cui non venivano coperti tutti i volumi di attività. Sono state organizzate prestazioni aggiuntive negli ultimi mesi dell'anno nel consultorio di Alessandria.

Screening mammografico: Durante l'anno sono state aumentate le prestazioni di screening nelle sedi di Tortona, Ovada, Acqui Terme e Alessandria. Il centro mammografico di Alessandria nel mese di marzo 2022 è passato da una gestione esternalizzata ad una gestione da parte dell'ASL AL sia come personale tecnico che medico. Sono state organizzate prestazioni aggiuntive negli ultimi mesi dell'anno nelle sedi di Casale Monferrato, Acqui Terme, Novi Ligure, Tortona e Ovada.

Screening del colon retto: Durante l'anno sono diminuite, a partire dal mese di maggio 2022, le prestazioni di sigmoidoscopia per il pensionamento di due medici endoscopisti. L'attività di screening di I livello (sigmoidoscopia) è iniziata nell'AO AL a partire da giugno 2022. Negli ultimi mesi dell'anno sono state convertite in sigmoidoscopia alcune prestazioni di colonscopia sia da parte dell'ASL AL che dell'AO AL per contenere la carenza di prestazioni di sigmoidoscopia. Si segnala che, la copertura da inviti dello screening coloretale che, dai dati di monitoraggio interno (unici dati disponibili, in assenza di dati di monitoraggio CPO nel periodo 30 settembre/31 dicembre) risultava raggiunta in realtà, a gennaio, è stata dichiarata non raggiunta per spostamento di alcuni appuntamenti nelle agende dell'anno successivo.

4.2.2 Atto deliberato al 31/12/2022

Il Piano di attività è stato deliberato con deliberazione dell'ASL AL n. 1019 del 21/12/2022, approvato con Deliberazione del Direttore Generale ASL AT n. 183 del 22/12/2022 e approvato con Deliberazione del Direttore Generale AO AL n.591 del 29/12/2022.

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

OBIETTIVO 4.3

Attuazione Piano di recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale

La nuova rimodulazione del piano regionale e dei piani aziendali per il recupero delle liste di attesa per le prestazioni di ricovero, di specialistica ambulatoriale e di screening oncologici, ha fornito disposizioni attuative e modalità organizzative per il recupero delle liste di attesa nelle strutture pubbliche e private accreditate, autorizzando le Aziende Sanitarie Regionali all'utilizzo, ad integrazione delle risorse già assegnate di ulteriori risorse previste dall'art. 1, comma 278, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 sulla base del fabbisogno espresso dalle ASR a partire dal conteggio delle prestazioni erogate nell'anno 2019.

OBIETTIVO GENERALE	P. ti	OBIETTIVO SPECIFICO/ INDICATORE	%	Consuntivo 2022														
4.3 ATTUAZIONE PIANO DI RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE	10	La produzione relativa all'attività di specialistica ambulatoriale deve tornare complessivamente ai volumi e al mix indicativo che venivano ordinariamente erogati precedentemente all'emergenza pandemica, pertanto, prendendo quale anno di riferimento il 2019 al netto delle mensilità relative al periodo emergenziale	33,33	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">PRESTAZIONE PNGLA</th> <th colspan="2">TOT APR-DIC</th> <th rowspan="2">% vs 2019</th> </tr> <tr> <th>2019</th> <th>2022</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TOTALE</td> <td>161.795</td> <td>107.738</td> <td>66,6%</td> </tr> <tr> <td>senza elettromiografia semplice e visite ginecologiche c/o consultori</td> <td>149.507</td> <td>105.847</td> <td>70,8%</td> </tr> </tbody> </table>	PRESTAZIONE PNGLA	TOT APR-DIC		% vs 2019	2019	2022	TOTALE	161.795	107.738	66,6%	senza elettromiografia semplice e visite ginecologiche c/o consultori	149.507	105.847	70,8%
		PRESTAZIONE PNGLA	TOT APR-DIC			% vs 2019												
			2019	2022														
TOTALE	161.795	107.738	66,6%															
senza elettromiografia semplice e visite ginecologiche c/o consultori	149.507	105.847	70,8%															
Recupero prestazioni di specialistica ambulatoriale come previsto dal piano aziendale di utilizzo risorse previste dall'art. 1, comma 278, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 (prospettiva committenza per ASL)	33,33																	
Utilizzo secondo criteri di appropriatezza e in coerenza con il fabbisogno stimato, delle risorse residue ex DL 104/DGR 2 1980 e entro il 31/12/2022	33,33	<table border="1"> <thead> <tr> <th>UTILIZZATO 2022 (precons.)</th> <th>RESIDUO PRESUNTO AL 31.12.2022</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2.889.479</td> <td>1.572.836</td> </tr> </tbody> </table>	UTILIZZATO 2022 (precons.)	RESIDUO PRESUNTO AL 31.12.2022	2.889.479	1.572.836												
UTILIZZATO 2022 (precons.)	RESIDUO PRESUNTO AL 31.12.2022																	
2.889.479	1.572.836																	

RECUPERO PRESTAZIONI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Nel report sotto riportato si evidenzia il risultato rispetto allo standard:

EROGATORI ASLAL PER RESIDENTI E NON

PRESTAZIONI PNGLA (elenco tratto da allegato "2_criteri_estrazione_dati" nota RP 27.5.2022)

PRIME VISITE + ALTRE PRESTAZIONI

PRIMO ACCESSO + ALTRO ACCESSO

PRESTAZIONE PNGLA	04 - Aprile			11 - Novembre			12 - Dicembre			TOT APR-DIC		
	2019	2022	% vs 2019	2019	2022	% vs 2019	2019	2022	% vs 2019	2019	2022	% vs 2019
TOTALE	19.336	9.869	51,0%	17.322	14.491	83,7%	15.286	11.862	77,6%	161.795	107.738	66,6%
senza elettromiografia semplice e visite ginecologiche c/o consultori	17.223	9.696	56,3%	16.521	14.215	86,0%	14.599	11.576	79,3%	149.507	105.847	70,8%

>= 100%

TRA 80 E 99%

< 79%

Considerati, come da indicazioni regionali, i mesi da aprile a dicembre (post periodo emergenziale Covid-19).

Non considerando la prestazione "elettromiografia", confluita in diversa prestazione del nomenclatore, e le "visite ginecologiche" dei Consultori (non più rendicontate nel 2022 a seguito revisione del Catalogo prestazioni), il dato complessivo risulta pari al 70,8% della produzione 2019.

Si riporta il dato complessivo del ricorso dei residenti ASL AL a prestazioni PNGLA in Piemonte:

	APR-DIC 2019	APR-DIC 2022	% vs 2019
EROGATORI PIEMONTE	323.095	250.601	77,6%

Il dato sui tempi di attesa registra una situazione complessivamente soddisfacente (con ancora situazioni di criticità, oggetto di attenzione per le azioni di miglioramento), con un andamento di progressivo miglioramento nel corso del 2022:

Prestazione	CODICE PRIORITA' U - URGENTE			CODICE PRIORITA' B - BREVE			CODICE PRIORITA' D - DIFFERIBILE			CODICE PRIORITA' P - PROGRAMMABILE		
	EROGATORI ASL AL PER RESIDENTI ASL AL			EROGATORI ASL AL PER RESIDENTI ASL AL			EROGATORI ASL AL PER RESIDENTI ASL AL			EROGATORI ASL AL PER RESIDENTI ASL AL		
	Standard	2022 gen	2022 dic	Standard	2022 gen	2022 dic	Standard	2022 gen	2022 dic	Standard	2022 gen	2022 dic
T.A. Medio	T.A. Medio	T.A. Medio	T.A. Medio	T.A. Medio	T.A. Medio	T.A. Medio	T.A. Medio	T.A. Medio	T.A. Medio	T.A. Medio	T.A. Medio	T.A. Medio
PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	3	N.P.	N.P.	10	8,6	7,3	30	50,2	30,4	120	52,5	56,9
PRIMA VISITA CHIRURGIA VASCOLARE	3	N.P.	N.P.	10	-	-	30	-	-	120	-	-
PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA	3	-	-	10	21,9	7,6	30	70,7	59,5	120	61,3	112,8
PRIMA VISITA NEUROLOGICA	3	N.P.	N.P.	10	7,2	4,9	30	16,4	22,1	120	18,5	24,3
PRIMA VISITA OCULISTICA	3	0,9	1,6	10	14,7	7,2	30	92,8	88,9	120	112,6	141,9
PRIMA VISITA ORTOPEDICA	3	0,5	0,8	10	8,8	5,3	30	31,4	9,9	120	33,6	22,2
PRIMA VISITA GINECOLOGICA	3	2,5	2,5	10	8,0	4,3	30	34,6	16,4	120	37,7	39,1
PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRICA	3	1,2	0,9	10	6,1	4,2	30	50,6	12,2	120	51,6	39,0
PRIMA VISITA UROLOGICA	3	1,7	1,4	10	13,3	6,9	30	54,9	22,8	120	54,1	23,1
PRIMA VISITA DERMATOLOGICA	3	1,7	1,0	10	12,3	5,7	30	72,9	21,1	120	75,5	61,9
PRIMA VISITA FISIATRICA	3	N.P.	N.P.	10	9,1	7,2	30	53,4	45,4	120	14,1	39,8
PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	3	N.P.	N.P.	10	11,0	7,2	30	45,6	37,8	120	38,0	46,4
PRIMA VISITA ONCOLOGICA	3	N.P.	N.P.	10	7,1	5,9	30	7,5	-	120	11,8	5,7
PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA	3	1,5	1,0	10	6,5	6,7	30	46,5	19,6	120	39,1	33,7
MAMMOGRAFIA	3	N.P.	N.P.	10	10,8	4,7	60	33,3	38,1	120	50,7	44,1
TC SENZA E CON CONTRASTO TORACE	3	1,0	1,3	10	8,4	6,4	60	34,0	22,7	120	44,3	42,6
TC SENZA E CON CONTRASTO ADDOME COMPLETO	3	1,6	1,8	10	8,6	7,3	60	36,9	25,0	120	43,5	49,5
TC SENZA E CON CONTRASTO ADDOME INFERIORE	3	-	-	10	17,5	3,0	60	-	6,0	120	-	-
TC SENZA E CON CONTRASTO ADDOME SUPERIORE	3	-	-	10	16,5	7,3	60	34,5	37,0	120	-	83,3
TC SENZA E CON CONTRASTO CAPO	3	1,3	0,3	10	7,7	5,3	60	32,5	24,0	120	17,9	18,4
TC SENZA E CON CONTRASTO RACHIDE	3	-	-	10	10,5	4,9	60	17,0	11,0	120	11,0	5,7
TC SENZA E CON CONTRASTO BACINO	3	-	-	10	-	1,3	60	-	6,0	120	-	-
RMN CERVELLO E TRONCO ENCEFALICO	3	-	-	10	13,4	10,5	60	44,0	48,3	120	29,0	59,5
RMN PELVI PROSTATA E VESCICA	3	N.P.	N.P.	10	7,0	5,7	60	19,0	21,5	120	9,0	22,3
RMN MUSCOLOSCHIELETRICA	3	N.P.	N.P.	10	10,7	8,0	60	44,1	43,8	120	35,7	41,3
RMN COLONNA VERTEBRALE	3	N.P.	N.P.	10	12,6	9,1	60	42,4	38,9	120	32,1	33,4
ECO CAPO COLLO	3	-	-	10	7,1	6,1	60	70,3	64,2	120	89,0	119,2
ECOCOLORDOPPLER CARDIACA	3	N.P.	N.P.	10	9,5	7,3	60	32,1	32,4	120	41,9	35,4
ECOCOLORDOPPLER TSA	3	N.P.	N.P.	10	10,8	6,1	60	37,1	30,0	120	66,1	47,5
ECO ADDOME	3	0,3	1,2	10	10,2	7,9	60	60,8	38,3	120	53,7	61,8
ECOGRAFIA MAMMELLA	3	N.P.	N.P.	10	6,1	7,7	60	40,3	62,4	120	40,8	42,5
ECOGRAFIA OSTETRICO GINECOLOGICA	3	-	3,0	10	5,5	8,0	60	42,5	37,5	120	21,5	19,7
ECOCOLORDOPPLER VASI PERIFERICI	3	0,8	2,1	10	7,6	5,1	60	37,5	27,7	120	54,1	53,9
COLONSCOPIA	3	N.P.	N.P.	10	14,2	10,4	60	71,7	92,8	120	64,0	107,6
SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	3	-	-	10	-	-	60	-	-	120	-	-
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	3	N.P.	N.P.	10	12,7	8,1	60	55,9	74,0	120	60,0	61,3
ELETTROCARDIOGRAMMA	3	0,3	0,2	10	6,4	3,7	60	32,1	20,5	120	32,6	35,5
ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO HOLTER	3	N.P.	N.P.	10	7,7	6,8	60	20,4	23,4	120	31,2	38,7
ELETTROCARDIOGRAMMA DA SFORZO	3	N.P.	N.P.	10	5,6	7,4	60	33,9	77,9	120	41,3	64,1
AUDIOMETRIA	3	-	-	10	6,3	2,4	60	45,2	16,9	120	40,3	33,1
SPIROMETRIA	3	N.P.	N.P.	10	5,5	5,3	60	53,5	36,0	120	28,7	21,3
FONDO OCULARE	3	1,5	-	10	27,1	7,5	60	82,9	81,3	120	93,6	136,9
ELETTROMIOGRAFIA	3	N.P.	N.P.	10	14,3	8,0	60	45,1	66,9	120	71,3	67,1

Pur in presenza di dati sui tempi di attesa sostanzialmente soddisfacenti, soprattutto per le fasce U e B, si sta operando per una più puntuale calibrazione della rete dell'offerta, modulando la capacità produttiva per le diverse aree di priorità (principalmente D e P) in maniera più rispondente alla effettiva domanda del territorio di riferimento.

L'Azienda, nel corso del 2022, ha posto in atto azioni di carattere sia tecnico sia organizzativo-gestionale con l'obiettivo di incrementare l'attività per tendere ai livelli del 2019 rispettando i tempi di erogazione delle prestazioni per classe di priorità.

Dal punto di vista 'tecnico', è stata effettuata un'accurata revisione delle agende a Cup, in particolare:

- le agende esclusive relative a follow up, PDTA/percorsi formalizzati, cure palliative, oncologia, dietetica e nutrizione clinica, gravidanza, day service sono state caratterizzate con i 'casi d'uso', in coerenza con quanto definito dalla DGR 4-4878 del 14/04/2022;
- le agende esclusive vengono rese disponibili a prenotazione qualora contengano posti liberi nelle 72 ore antecedenti alla data presunta dell'erogazione della prestazione;
- i posti nelle fasce di priorità U e B sono stati destinati al 100% ai residenti dell'ASL AL;
- sono stati redistribuiti i posti disponibili nelle agende per classe di priorità (classe U 5%, classe B 20%, classe D 50%, classe P 25%);
- sono stati rivisti i tempi di erogazione delle prestazioni monitorate dal PNGLA definendo un tempario che, da un lato ripristina i tempi di erogazione delle prestazioni pre-pandemia, dall'altro tende ad omogenizzare l'offerta sulle varie sedi aziendali sia ospedaliere che territoriali; sono conseguentemente state reimpostate tutte le agende interessate con le nuove tempistiche;
- è stato attivato l'overbooking, in casi selezionati, laddove risulta più frequente la mancata presentazione degli utenti prenotati.

Dal punto di vista organizzativo-gestionale, la Direzione Generale, nel recepire il documento ministeriale "*Piano operativo per il recupero liste di attesa*" del 25.01.2022, ha formalizzato l'avvio di un processo teso all'analisi organizzativa delle strutture di erogazione ed eventualmente alla revisione dei modelli in uso. Tra gli oggetti della revisione rientrano le attività ambulatoriali per l'ambito ospedaliero e territoriale. Al riguardo è stato identificato un TEAM "A" composto da diversi profili professionali coordinato nelle sue attività dal RUA, a cui è stata affidata l'attività di analisi ed eventuale riprogettazione dei percorsi di erogazione delle prestazioni sopra richiamate, con l'obiettivo finale di sperimentare modelli tesi all'efficienza organizzativa ed operativa, in una logica di diffusione omogenea nelle strutture aziendali.

Il Team A, composto da figure sanitarie, tecniche e amministrative, ha analizzato in modo proattivo l'attività dell'Azienda, sia dal punto di vista dei volumi erogati che dal punto di vista dell'organizzazione dell'offerta, con l'obiettivo di integrare Ospedale e Territorio, punto critico ma fondamentale in un'Azienda caratterizzata da un territorio vasto e disomogeneo quale quello dell'ASL AL.

A tal fine si è proceduto ad un'analisi puntuale dell'offerta dell'attività ambulatoriale erogata in tutte le sedi aziendali per ogni singola specialità sia come volumi erogati, numero di ambulatori aperti settimanalmente e numero di ore di apertura settimanale, modalità di prenotazione, che come risorse umane dedicate (dirigenti medici dipendenti e convenzionati, cpsi, oss), grandi attrezzature, tecnologie informatiche, tempi di erogazione delle prestazioni.

Tale analisi crea le basi per un percorso di ripresa dell'attività cominciato nel 2022 ma che troverà più ampio sviluppo nel corso del 2023:

- integrazione degli specialisti tra Ospedale e Territorio quando possibile con unica sede lavorativa ottimizzando i tempi di trasferimento da sede a sede;
- ipotesi di ulteriore revisione delle tempistiche di erogazione delle prestazioni anche per le visite di controllo;
- presa in carico dell'assistito da parte dello specialista e/o attivazione di Day Service, ovvero istituzione di percorsi ambulatoriali che prevedono una segmentazione per specifiche tipologie di pazienti, in particolare in ambito oncologico, cardiovascolare e per la gestione della cronicità (diabete, BPCO);
- ipotesi (in fase di studio) di prestazioni ad esclusiva esecuzione infermieristica/comparto, quali spirometrie, esame del fundus oculi, ecg;
- potenziamento della telemedicina e televisita (soprattutto per colloqui e controlli semplici);

- potenziamento degli strumenti di monitoraggio dell'attività ambulatoriale erogata.

La Direzione, con il supporto del Team A, ha organizzato incontri periodici con i Direttori dei Dipartimenti e dei Distretti per richiedere e analizzare proposte fattive di recupero della attività immediatamente implementabili nel secondo semestre 2022 attraverso il ricorso all'attività istituzionale.

Alcuni specialisti si sono resi disponibili ad incrementare l'attività riducendo ulteriormente i tempi di visita, nel rispetto comunque degli standard previsti (esempio otorinolaringoiatria). Per altre specialità, data la carenza di personale dirigente medico, non vi sono stati oggettivamente margini per ulteriori incrementi.

Sono stati assegnati per l'anno 2022 obiettivi di budget alle Strutture aziendali sia di incremento di produttività che di miglioramento dei tempi di attesa, monitorati mensilmente.

Indicatore 4.3.3 "Utilizzo secondo criteri di appropriatezza e in coerenza con il fabbisogno stimato, delle risorse residue ex DL 104/DGR 2 1980 entro il 31/12/2022".

La Regione Piemonte, con DGR n. 4-4878 del 14/04/2022 ha assegnato all'ASL AL la quota di finanziamento per il recupero delle liste di attesa per l'anno 2022 che ammonta ad euro 3.615.099, come rappresentato nella tabella sottostante.

DGR 4-4878 del 14/04/2022

Riparto delle risorse per recupero liste di attesa

(valori in euro)

	Visite e prestazioni ambulatoriali		Ricovero		
	Prime visite e diagnostica per il paziente oncologico	Visite e prestazioni di controllo e primo accesso	Interventi chirurgici programmati	Prestazioni di screening	Totale
	a1	a2	B	C	D=Σa+B+C
ASL 213 – AL	52.232	1.688.842	1.561.518	312.507	3.615.099

Il finanziamento assegnato, secondo quanto disposto dalla citata DGR, comprende le quote da contrattare con l'Azienda Ospedaliera e con le Strutture Private del territorio dell'ASL AL.

L'ASL AL, con delibera n. 364 del 29/04/2022, ha pertanto provveduto alla ripartizione delle risorse da destinare all'AO AL e ai Privati, sulla base del fabbisogno dei residenti dell'ASL AL, dei tempi di attesa e dello storico delle prestazioni erogate.

Alla cifra sopra indicata, per avere un quadro complessivo delle risorse disponibili, va aggiunto il residuo dell'utilizzo dei fondi assegnati per l'anno 2021 che ammontano ad euro 847.216.

Il totale complessivo delle risorse disponibili ammonta pertanto ad euro 4.462.315.

Quadro complessivo risorse disponibili anno 2022 (valori in euro)

	RESIDUI 2021	ASSEGNATO ASR 2022 (L. 234/2021)	Totale disponibilità 2022
ASL 213 – AL	847.216	3.615.099	4.462.315

L'ASL AL ha quindi stipulato apposita convenzione con l'AO AL per il recupero delle liste di attesa (Delibera ASL AL n.1095 del 30/12/2022). In data 26/01/2023 è stata trasmessa al Settore regionale competente la Deliberazione n. 19 del 12.01.2023 "Recepimento convenzione sottoscritta con l'Azienda Ospedaliera di Alessandria per il recupero delle liste di attesa – Anno 2022".

Tale accordo, predisposto secondo lo schema tipo di cui alla comunicazione regionale prot ASL AL n.127404 del 6/10/2022, ha per oggetto le prestazioni ambulatoriali del PNGLA, gli interventi chirurgici programmati in ricovero con particolare attenzione agli interventi monitorati PNGLA e altre prestazioni/ricoveri che presentano particolari criticità in termini di liste di attesa. L'ASL AL, a fronte delle prestazioni rese dall'AO AL a residenti dell'ASL AL, riconosce 38 euro per ora Dirigente medico e 29 euro per ora Infermiere. Dai dati di preconsuntivo 2022 l'AO AL ha sostenuto oneri per euro 907.988,58 (dato di Preconsuntivo).

Per quanto riguarda le Strutture Private accreditate del territorio dell'ASL AL, è stato assegnato con la delibera ASL AL sopra citata n. 364 del 29/04/2022, un importo pari a quello assegnato alle medesime per l'anno 2020 con DGR 57-3724 del 6/08/2021, rimodulato sui setting assistenziali "specialistica ambulatoriale" e "interventi chirurgici" sulla base della ripartizione di cui alla DGR n.4-4878 del 14/04/2022 pari ad euro 698.011. Nel complesso (specialistica + ricoveri) sostanzialmente è stata utilizzata quasi interamente la disponibilità (euro 476.677 per l'attività interventistica ed euro 180.000 per l'attività ambulatoriale).

La tabella seguente, trasmessa in Regione in data 24/01/2023, propone, per i tre setting assistenziali, il quadro sintetico dell'utilizzo dei fondi al 31/12/2022 da parte dell'ASL AL, AO AL e Privati ASL AL (dati di preconsuntivo).

Colonna A	Colonna B	colonna A+ B	colonna D	colonna E	colonna F	colonna G	colonna H	colonna I	(colonna A+B- colonne D+E+F+G+H+I)
RESIDUI 2021	ASSEGNATO ASR 2022 (L. 234/2021)	TOTALE DISPONIBILITA' 2022	SPESA PRESUNTA ANNO 2022 PER PERSONALE SUMAI E PERSONALE DIPENDENTE	SPESA PRESUNTA ACQUISTO RICOVERI 2022 CONVENZIONI ASO	SPESA PRESUNTA ACQUISTO PRESTAZIONI AMBULATORIALI 2022 CONVENZIONI ASO	SPESA PRESUNTA ACQUISTO RICOVERI 2022 DA CONTRATTI CON STRUTTURE ACCREDITATE	SPESA PRESUNTA ACQUISTO PRESTAZIONI AMBULATORIALI 2022 DA CONTRATTI CON STRUTTURE ACCREDITATE	SPESA PRESUNTA 2022 SCREENING ONCOLOGICI	DISPONIBILITA' RESIDUA PRESUNTA AL 31.12.2022
847.216	3.615.099	4.462.315	1.096.049	656.423	348.122	476.677	180.000	132.208	1.572.836

(valori in euro)

Nota: La spesa presunta dell'AO AL, in attesa dei dati di consuntivo 2022, tiene conto sia degli oneri derivanti dalla convenzione in atto (ore aggiuntive personale) sia degli oneri per la mobilità passiva correlata alle prestazioni effettuate.

Per quanto riguarda l'ASL AL, le risorse aggiuntive sono state destinate a Progetti di recupero delle liste di attesa presentati da Direttori di Struttura, Direttori di Distretto e Dipsa ed hanno riguardato i tre setting assistenziali (interventi, attività ambulatoriale, screening oncologico).

In particolare, per l'attività ambulatoriale, i Progetti hanno riguardato soprattutto le specialità della radiodiagnostica, con particolare attenzione alle prestazioni con criticità nei tempi di attesa (ecografie, ecocolordoppler, tac), le prime visite di orl, neurologia (visite+elettromiografie), pneumologica (visite+spirometria), endocrinologica, fisiatria.

Per l'attività interventistica, i Progetti hanno riguardato le specialità di oculistica, ortopedia, chirurgia e urologia.

Importante è stato l'impegno svolto per l'attività di screening che ha riguardato l'esecuzione e refertazione di mammografie (I e II livello) in tutte le sedi aziendali e il pap test nella sede territoriale di Alessandria.

La carenza di risorse mediche nell'ASL AL ha inevitabilmente influito sul mancato utilizzo dell'intero finanziamento assegnato all'Azienda. Dai dati di preconsuntivo 2022 risulta utilizzata la somma di euro 1.228.257.

La disponibilità residua del finanziamento assegnato risulta di euro 1.572.836 (dati di Preconsuntivo 2022).

In merito a tale disponibilità residua, con D.G.R. 19 settembre 2022, n. 26-5656 "Regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati per gli anni 2022-2023 ed assegnazione dei tetti di spesa. Approvazione dello schema di contratto per prestazioni di ricovero in regime di acuzie e post-acuzie, di specialistica ambulatoriale e di CAVS" si è disposto di incrementare sino al 54,25% la percentuale individuata in max 24,35% del finanziamento, già oggetto di assegnazione alle AA.SS.LL. con D.G.R. n. 4-4878 del 14 aprile 2022, da destinare alle attività delle strutture private nell'anno 2022 per il recupero delle liste di attesa, a copertura delle prestazioni rese secondo le seguenti fattispecie:

- 1) prestazioni contrattualizzate dalle AA.SS.LL. secondo i criteri di cui alla DGR n. 4-4878 del 14 aprile 2022;
- 2) a consuntivo, per le maggiori prestazioni effettuate nel 2022 rispetto alla produzione delle stesse riconosciuta nell'anno 2019 nella Regione Piemonte dagli erogatori privati, rientranti nelle tipologie oggetto di monitoraggio ai fini del recupero delle liste di attesa (PNGLA), indicate nell'allegato A a farne parte integrante e sostanziale;

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

OBIETTIVO 4.4

Piano di recupero vaccinazioni programmate

Le coperture vaccinali rappresentano l'indicatore per eccellenza delle strategie vaccinali di una regione poiché forniscono informazioni in merito alla loro reale attuazione sul territorio e sull'efficienza del sistema vaccinale.

Negli ultimi 2 anni le vaccinazioni hanno subito un rallentamento a causa dell'emergenza pandemica e pertanto non si stanno raggiungendo i risultati attesi e previsti dal PNPV 2017-2019.

Per il 2022 viene deciso di stabilire come obiettivo di offrire e implementare le vaccinazioni influenzale, pneumococcica e herpes zoster agli ospiti delle RSA.

OBIETTIVO GENERALE	P.ti	OBIETTIVO SPECIFICO/ INDICATORE	%	Consuntivo 2022
4.4 PIANO DI RECUPERO VACCINAZIONI PROGRAMMATE ASL	3	Copertura degli ospiti delle RSA per pneumococco e zoster nell'ultimo trimestre 2022 Target: Copertura di almeno il 50% degli ospiti delle RSA per pneumococco e zoster	50	Copertura degli ospiti delle RSA al 31/12/2022: Antipneumococco 92% Antizoster 23%
		Copertura degli ospiti delle RSA per vaccinazione antinfluenzale entro il 31 dicembre 2022 Target: Copertura di almeno il 75% degli ospiti delle RSA per antinfluenzale	50	Copertura degli ospiti delle RSA al 31/12/2022: Antinfluenzale 97%

La valutazione della copertura vaccinale degli ospiti delle RSA presenta, ad oggi, alcune criticità:

- l'elevato turnover della popolazione, per altro fisiologico, considerata l'età e l'elevata incidenza di malattie acute e croniche che si verifica nella popolazione stessa;
- l'impossibilità, in sede di estrazione del dato, di avere un numeratore e un denominatore certi e aggiornati alla data in cui si vuole estrarre il dato: infatti il sistema SIRVA utilizza come parametri per la selezione COMUNE DI RESIDENZA/CIRCOSCRIZIONE/CENTRO VACCINALE/DISTRETTO e pertanto non consente un'estrazione del dato specifico per i residenti in casa di riposo.

Pertanto la copertura vaccinale può essere calcolata con un buon grado di approssimazione considerando come parametri il numero dei vaccini distribuiti alle RSA nell'anno 2022 per quanto riguarda i vaccini ANTINFLUENZALE (vaccinazione stagionale, che viene ripetuta tutti gli anni) e il vaccino ANTIZOSTER (primo anno di offerta attiva del vaccino nelle RSA) e negli anni 2020 – 2021 – 2022 per il vaccino ANTIPNEMOCOCCO (inizio dell'offerta attiva del vaccino: 2020) e considerando un turn over del 20% degli ospiti.

Con i suddetti limiti la copertura degli ospiti delle RSA per i 3 suddetti vaccini al 31/12/2022 è la seguente:

Antinfluenzale	97%
Antipneumococco	92%
Antizoster	23%

Alcune considerazioni si impongono:

- nell'ASL AL la somministrazione delle vaccinazioni negli ospiti delle RSA è stata delegata alle stesse strutture: infatti l'elevato numero di strutture presenti sul territorio rende non praticabile una somministrazione diretta da parte del personale del Servizio vaccinale;
- nonostante la prima comunicazione da ASL AL alle RSA riguardante l'attività vaccinale risalga al 08/08/2022 con successivo sollecito il 15/09/2022 l'inizio dell'attività è stato posticipato da numerose strutture al periodo autunnale per motivi di organizzazione interna;
- diverse strutture hanno lamentato durante l'autunno/inverno la comparsa di focolai di COVID che hanno ritardato l'esecuzione delle vaccinazioni;
- inoltre la "pletora" vaccinale verificatasi negli ultimi anni ha comportato, a detta di molti responsabili delle RSA, una mancata accettazione di alcune vaccinazioni da parte degli ospiti o dei tutori e parenti, motivata dalla convinzione che un numero eccessivo di vaccini praticati possa essere nocivo alla salute: e questo nonostante che gli interessati siano stati correttamente informati sulle corrette tempistiche di somministrazione dei vaccini e sui rischi e benefici delle vaccinazioni;
- la mancata accettazione si è principalmente concentrata sul vaccino antizoster, in quanto vaccino più "nuovo" e per la scarsa conoscenza della malattia e delle sue complicità.

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

OBIETTIVO 4.5

Prelievo ed effettuazione tamponi e vaccini anti Covid-19

Nonostante la fine dello stato di emergenza, l'infezione da SARS COV 2 richiede anche in fase interpandemica il mantenimento di attività per la gestione della diffusione del virus e la riduzione della gravità della malattia.

Le misure che le aziende devono essere in grado di assicurare sono:

- la disponibilità di un sistema di sorveglianza basato sulla effettuazione di tamponi antigenici o molecolari in grado di intercettare ed isolare i casi di malattia;
- la capacità di effettuare, qualora necessario, le attività di ricerca dei contatti e la gestione dei periodi contumaciali;
- la capacità di rendere disponibile la vaccinazione anti COVID 19 alla popolazione piemontese sulla base dei programmi nazionali così come articolati a livello regionale.

OBIETTIVO GENERALE	P.ti	OBIETTIVO SPECIFICO/ INDICATORE	%	Consuntivo 2022
4.5 PRELIEVO ED EFFETTUAZIONE TAMPONI E VACCINI ANTI COVID-19	10	Presenza sul territorio delle ASL, anche mediante collaborazione con ASO-ASOU, di strutture in grado di assicurare la disponibilità per l'effettuazione di tamponi antigenici/molecolari ai fini di sorveglianza di sanità pubblica, per la popolazione piemontese	20	A livello aziendale è sempre stato assicurato per tutto l'anno 2022 almeno un punto che potesse eseguire i tamponi sia molecolari che antigenici sia con prenotazione sia in accesso diretto in orari dedicati.
		Disponibilità di risorse umane e informatiche per assicurare la gestione dei periodi contumaciali e ove necessario, la ricerca attiva dei contatti stretti; l'azienda deve disporre di un piano per fronteggiare un eventuale richiesta di aumento in tempi brevi di personale	30	La piattaforma regionale COVID garantisce la somministrazione dell'isolamento al paziente che risulti positivo ad un tampone correttamente registrato dal professionista sanitario che lo ha eseguito, in determinate situazioni, pazienti ed operatori di RSA, soggetti fragili, la ricerca ed il tracciamento dei contatti è sempre stata perseguita. Fino alle ultime disposizioni che prevedono la fine dell'isolamento a cinque giorni con almeno tre giorni di asintomaticità la piattaforma inviava automaticamente la revoca dell'isolamento al caricamento di un tampone sia molecolare che antigenico, comunque il personale SISP garantiva il rilascio ai richiedenti del GREEN PASS.
		Organizzazione di centri vaccinali e coordinamento delle attività degli MMG/PLS per la somministrazione di vaccini COVID 19 sulla base dei programmi nazionali	50	Per assicurare la massima copertura vaccinale anticovid, i centri vaccinali sono stati operativi su tutto il territorio ASL AL, alternando le giornate e prevedendo sempre la possibilità di accedere liberamente, senza prenotazione.

TAMPONI ANTIGENICI / MOLECOLARI

A livello aziendale è sempre stato assicurato per tutto l'anno 2022 almeno un punto che potesse eseguire i tamponi sia molecolari che antigenici, con prenotazione della prestazione da parte dell'assistito o in accesso diretto in orari dedicati.

L'offerta è stata modulata in relazione all'andamento della fase pandemica, con una maggiore offerta su più punti di erogazione nel periodo di maggiore incidenza della pandemia.

RICERCA DEI CONTATTI E GESTIONE PERIODI CONTUMACIALI

La piattaforma regionale COVID garantisce la somministrazione dell'isolamento al paziente che risulti positivo ad un tampone correttamente registrato dal professionista sanitario che lo ha eseguito. Nel corso del 2022 si è garantita la piena funzionalità delle procedure previste dalla piattaforma, in linea con le indicazioni nazionali e regionali nel corso delle diverse fasi pandemiche.

La ricerca ed il tracciamento dei contatti è sempre stata garantita nelle diverse fasi della pandemia ai pazienti ed operatori di RSA, ai soggetti fragili.

Fino alle ultime disposizioni che prevedono la fine dell'isolamento a cinque giorni con almeno tre giorni di asintomaticità la piattaforma inviava automaticamente la revoca dell'isolamento al caricamento di un tampone sia molecolare che antigenico, comunque il personale SISP garantiva il rilascio ai richiedenti del GREEN PASS.

VACCINAZIONI ANTI COVID-19

Nel corso del 2022 è stato pienamente garantito lo sviluppo delle diverse fasi della campagna vaccinale, sia in termini di fasce di popolazione coinvolta sia in termini di somministrazioni di dosi addizionali / booster, nei termini e tempistiche definite dagli indirizzi nazionali e regionali. Quanto sopra è avvenuto sia attraverso il canale della prenotazione dell'assistito sia attraverso la garanzia dell'accesso diretto nei centri vaccinali.

Il raggiungimento dei livelli di copertura vaccinale è stato possibile anche grazie il contributo, oltre che delle farmacie convenzionate, anche dei MMG/PLS che si sono integrati nell'organizzazione della campagna vaccinale per garantire la piena attuazione delle diverse fasi previste. E' stato garantito il coordinamento delle attività dei MMG/PLS per la somministrazione dei vaccini anti Covid-19 sulla base dei programmi nazionali.

Per assicurare la massima copertura vaccinale anti-Covid-19, i centri vaccinali sono ancora funzionanti con una programmazione che copre l'intero territorio ASL AL, alternando le giornate e prevedendo sempre la possibilità di accedere liberamente, senza prenotazione.

N. SOMMINISTRAZIONI VACCINO ANTI COVID-19 – ANNO 2022

TOTALE ANNO 2022	CV ASLAL	CV ASOAL	TOT
1A DOSE	15.393	341	15.734
2A DOSE	20.823	546	21.369
3A DOSE	129.777	14.134	143.911
4A DOSE	80.501	1.135	81.636
5A DOSE	9.619	13	9.632
TOT	256.113	16.169	272.282

N. SOMMINISTRAZIONI VACCINO ANTI COVID-19 – DA INIZIO CAMPAGNA VACCINALE

TOTALE AL 31.12.22	CV ASLAL	CV ASOAL	TOT	PRODUZIONE % su pop totale	ASLAL
1A DOSE	339.043	16.664	355.707	1A DOSE	83,0%
2A DOSE	312.803	16.306	329.109	2A DOSE	76,8%
3A DOSE	279.560	19.969	299.529	3A DOSE	69,9%
4A DOSE	80.501	1.135	81.636	4A DOSE	19,1%
5A DOSE	9.619	13	9.632	5A DOSE	2,2%
TOT	1.021.526	54.087	1.075.613	TOT	251,0%

RETE DI OFFERTA DEI CENTRI VACCINALI – ANNO 2022

CV ADULTI	
CV DISTRETTUALI	10
ALTRI CV	7
CV ASO AL	1
CV TOT	18

CV PEDIATRICI	
CV DISTRETTUALI	6
ALTRI CV	3
CV ASO AL	1
CV TOT	10

Le attività sopradescritte, attinenti alla gestione della diffusione del virus e la riduzione della gravità della malattia, sono state svolte in stretto coordinamento e sinergia con l'Azienda Ospedaliera di Alessandria, proseguendo la preziosa collaborazione già avviata nel periodo di maggiore recrudescenza del Covid-19, contemperando l'esigenza di far fronte alla fase interpandemica alle necessità di riavvio delle attività ordinarie ospedaliere e territoriali.

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

OBIETTIVO 4.6

PanFlu ASL

Il presente obiettivo è volto a richiedere alle ASL l'elaborazione di un piano per la ripresa dell'operatività di tutte le attività, con particolare attenzione al mantenimento delle prestazioni del Dipartimento di Prevenzione che rientrano nei Livelli Essenziali di Assistenza.

Nell'attuale fase inter-pandemica, i servizi devono pertanto adottare le misure finalizzate ad assicurare, per quanto possibile, il recupero delle prestazioni non effettuate del Piano Regionale per la Prevenzione anche utilizzando gli strumenti di supporto (acquisizione di risorse, prestazioni aggiuntive, ecc.) messi a disposizione dal livello nazionale. Si richiede inoltre di progettare, per alcune tipologie di prestazioni, dei modelli organizzativi interaziendali che consentano un bacino di utenza sufficientemente ampio per giustificare l'acquisizione di nuove figure specialistiche creando sinergie positive nella gestione delle risorse.

OBIETTIVO GENERALE	P.ti	OBIETTIVO SPECIFICO/ INDICATORE	%	Consuntivo 2022
4.6 PANFLU ASL	2	Trasmissione della relazione riepilogativa delle misure messe in atto per lo sviluppo delle azioni previste dal PanFlu e il recupero delle prestazioni dei dipartimenti di prevenzione, entro il 29.10.2022	100	La relazione riepilogativa delle misure messe in atto per lo sviluppo delle azioni previste dal Panflu è stata trasmessa con nota prot. 135393 del 28.10.2022

Con nota ASL AL protocollo 135393 del 28.10.2022 è stata inviata alla Regione Piemonte – Direzione Sanità - la relazione riepilogativa delle misure messe in atto per lo sviluppo delle azioni previste dal Panflu e il recupero delle prestazioni dei Dipartimenti di Prevenzione.

Nello specifico, la relazione comprendeva la Check List relativa al Panflu e una sintesi, per ogni Struttura Complessa e per le funzioni del Dipartimento, delle azioni messe in atto per il recupero delle prestazioni dei Dipartimenti di Prevenzione. Si rimanda al documento sopra citato per eventuali verifiche.

Alla luce dell'attività svolta, l'obiettivo si può considerare **RAGGIUNTO**.

5. PREVENZIONE

OBIETTIVO 5.1

Piano Nazionale della Prevenzione (PNP)

I PLP rappresentano lo strumento per attuare sul territorio le azioni previste dal PRP e si configurano come documenti di pianificazione strategica delle ASL, in quanto implicano il coinvolgimento di numerose strutture, richiedono il coordinamento di diversi Piani settoriali e il raccordo con stakeholder e soggetti esterni al SSR. A tal fine le Aziende Sanitarie Locali approvano annualmente il PLP e producono una relazione sull'attività svolta nell'anno precedente, per ciascuna annualità.

Il presente obiettivo misura il contributo delle Aziende sanitarie al raggiungimento degli obiettivi del PRP monitorati attraverso gli indicatori certificativi

OBIETTIVO GENERALE	P.ti	OBIETTIVO SPECIFICO/ INDICATORE	%	Consuntivo 2022
5.1 PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE (PNP)	2	Percentuale di indicatori di programma e di processo, aventi un valore atteso locale per il 2022, che raggiungono lo standard atteso Target: >=60%	33,33	Per quanto risulta dall'attuale fase di stesura della rendicontazione del PLP, da concludere entro il 28.02.2023, la percentuale di indicatori di programma e di processo che raggiungono lo standard atteso è superiore al 60% dei medesimi.
		Documento di proposte organizzative complete della definizione del fabbisogno di personale e dei profili professionali necessari (entro 31.12.2022)	33,33	Il documento di proposte organizzative complete della definizione del fabbisogno di personale e dei profili professionali necessari è stato trasmesso con nota prot. 156944 del 28.12.2022
		Numero delle interviste effettuate Target: numero di interviste concordato nel coordinamento regionale	33,33	Per quanto riguarda la "SORVEGLIANZA P.A.S.S.I." (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) al 28.11.2022 sono state somministrate n. 234 interviste pari all'85% dell'atteso dell'anno 2022.

L'ASL AL ha provveduto ad adottare, mediante approvazione formale con Delibera D.G. A n. 628 del 15.07.2022, il Piano Locale della Prevenzione (PLP) ASL AL, come strumento di programmazione strategica dell'Azienda sanitaria necessario per coordinare e integrare le attività di prevenzione e promozione della salute a livello territoriale, traducendo i livelli di programmazione nazionale e regionale in concrete risposte ai bisogni di salute della popolazione di riferimento, con approccio intersettoriale e in ottica One Health.

Con Delibera D.G. ASL AL n. 627 del 15.07.2022 è stata formalizzata la Costituzione dei Gruppi di Coordinamento dei Programmi del Piano Locale di Prevenzione (PLP) ASL AL per l'anno 2022 e i Referenti di aree specifiche a supporto delle attività PLP. In tale ambito, i Referenti dei singoli programmi definiscono i componenti del gruppo di lavoro necessari al fine di raggiungere gli obiettivi richiesti dal Piano Regionale della Prevenzione (PRP), operando contemporaneamente per garantire le attività dei singoli Servizi, sia lo sviluppo delle attività del PLP.

Per quanto riguarda la "SORVEGLIANZA P.A.S.S.I." (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) al 28.11.2022 sono state somministrate n. 234 interviste pari all'85% dell'atteso dell'anno 2022. Inoltre, con riferimento alla richiesta della Regione Piemonte, prot. recepimento ASL AL n.153813 del 19.12.2022, avente oggetto: "Richiesta di nomina o conferma del Coordinatore Aziendale PASSI d'Argento e verifica delle risorse attribuibili all'attività di rilevazione", l'ASL AL, con nota protocollata n. 155934 del 22.12.2022, ha provveduto a confermare la Dott.ssa Prosperi Rossana in qualità di Coordinatore Aziendale PASSI d'Argento (già Coordinatore PASSI ASL AL), nomina formalizzata con Delibera D.G. n. 1062 del 28.12.2022.

Infine, a soddisfare l'indicatore 5.1.2, è stato inviato con prot. n. 156944 del 28.12.2022, il "Documento di proposte organizzative complete della definizione del fabbisogno del personale e dei profili professionali necessari", a cui si può fare riferimento.

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

OBIETTIVO 5.2

Piano regionale integrato per i controlli sulla sicurezza alimentare (PRISA)

Il PRISA è un adempimento LEA valutato annualmente attraverso indicatori di produttività che misurano la percentuale di controlli effettuati sul totale dei controlli previsti per i diversi settori di intervento.

Al fine di raggiungere gli obiettivi PRISA, le ASL dovranno, in collaborazione con i responsabili dei gruppi di progetto Piano aziendale integrato per i controlli sulla sicurezza alimentare (PAISA), formulare proposte organizzative (complete della definizione del fabbisogno di personale e dei profili professionali necessari), finalizzate a garantire la piena attuazione degli obiettivi PRISA

OBIETTIVO GENERALE	P.ti	OBIETTIVO SPECIFICO/ INDICATORE	%	Consuntivo 2022
5.2 PIANO REGIONALE INTEGRATO PER I CONTROLLI SULLA SICUREZZA ALIMENTARE (PRISA)	2	Settori di intervento che per il 2022, che raggiungono lo standard atteso Target: 50% dei settori di controllo che abbiano raggiunto almeno l'80% dei controlli previsti	50	In attesa della consuntivazione del PAISA 2022, da inviare a Regione entro il 28/2/22, si conferma il raggiungimento del 90% nel 50% dei settori di controllo previsti.
		Documento di proposte organizzative complete della definizione del fabbisogno di personale e dei profili professionali necessari (entro 31.12.2022)	50	Il documento è stato trasmesso con nota prot. 158079 del 30.12.2022

L'obiettivo 5.2 concerneva il PRISA per l'anno 2022, approvato con Determinazione Dirigenziale n. 507 del 25/03/2022, in attuazione del Piano nazionale pluriennale per i controlli ufficiali e nel rispetto del regolamento UE 2017/625.

Ad oggi si sta redigendo il documento di rendicontazione del PAISA al fine di trasmetterlo al competente Settore regionale entro il 28.02.2023.

L'indicatore 5.2.2. "Documento di proposte organizzative complete della definizione del fabbisogno di personale e dei profili professionali necessari", prevedeva la trasmissione del documento specifico alla Direzione Sanità e Welfare entro il 31.12.2022. Il documento è stato trasmesso con nota prot. 158079 del 30.12.2022 ed al medesimo si rinvia per ulteriori necessità.

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

Si riporta di seguito sintesi dell'autovalutazione degli obiettivi anno 2022 per area di intervento e macro obiettivo:

AREA	OBBIETTIVO GENERALE	Consuntivo 2022
1. GESTIONE PIANI DI SVILUPPO E CONSOLIDAMENTO	1.1 COMPLETAMENTO DEGLI INTERVENTI EX DGR N. 7-1492 DEL 12 GIUGNO 2020 (PL DI TERAPIA INTENSIVA, SEMI-INTENSIVA E PS)	Alla luce di quanto esposto in relazione, l'obiettivo può considerarsi RAGGIUNTO
	1.2 CASE DI COMUNITA'; OSPEDALI DI COMUNITA' E CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI	Alla luce di quanto esposto in relazione, l'obiettivo può considerarsi RAGGIUNTO
	1.3 FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO	Alla luce di quanto esposto in relazione, il progetto può considerarsi PARZIALMENTE RAGGIUNTO
2. QUALITA'	2.1 AREA OSTEOMUSCOLARE	Alla luce del miglioramento riscontrabile nel corso del 2022 rispetto al precedente anno con il raggiungimento dello standard previsto, tenendo conto del contesto che ha caratterizzato l'organizzazione e lo svolgimento delle attività ospedaliere nel corso dell'evento pandemico in atto, l'obiettivo si può ritenere RAGGIUNTO
	2.2 TEMPESTIVITA' NELL'EFFETTUAZIONE DI PTCA NEI CASI DI IMA - STEMI	Alla luce del miglioramento riscontrabile nel corso del 2022 rispetto al precedente anno, tenendo conto del contesto che ha caratterizzato l'organizzazione e lo svolgimento delle attività ospedaliere nel corso dell'evento pandemico in atto, l'obiettivo si può ritenere PARZIALMENTE RAGGIUNTO
	2.3 APPROPRIATEZZA NELL'ASSISTENZA AL PARTO	Alla luce del miglioramento riscontrabile nel corso dei quattro trimestri del 2022, tenendo conto del contesto che ha caratterizzato l'organizzazione e lo svolgimento delle attività ospedaliere nel corso dell'evento pandemico in atto, l'obiettivo si può ritenere PARZIALMENTE RAGGIUNTO
	2.4 DONAZIONI D'ORGANO	Alla luce di quanto esposto in relazione, l'obiettivo può considerarsi RAGGIUNTO
	2.5 MIGLIORAMENTO NELLA GESTIONE E MISURAZIONE DEL BOARDING	Alla luce di quanto esposto in relazione, il progetto può considerarsi PARZIALMENTE RAGGIUNTO
	2.6 MONITORAGGIO ATTIVO DEL NUOVO SISTEMA DI GARANZIA (NSG)	Alla luce dell'attività svolta, l'obiettivo si può considerare RAGGIUNTO



AREA	OBIETTIVO GENERALE	Consuntivo 2022
3. FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI	3.1 AFFIDABILITA' DATI RILEVATI DA FLUSSI INFORMATIVI DELLA FARMACEUTICA	Alla luce di quanto rappresentato in relazione, l'obiettivo può considerarsi RAGGIUNTO
	3.2 ASSISTENZA FARMACEUTICA APPROPRIATEZZA PRESCRITIVA	Alla luce di quanto rappresentato in relazione, l'obiettivo può considerarsi RAGGIUNTO
	3.3 AFFIDABILITA' DATI RILEVATI DA FLUSSI INFORMATIVI DEI DISPOSITIVI MEDICI	Alla luce di quanto rappresentato in relazione, il progetto può considerarsi PARZIALMENTE RAGGIUNTO
4. TRANSIZIONE POST-EMERGENZA	4.1 ATTUAZIONE PIANO DIRECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA DELLE PRESTAZIONI DI RICOVERO	Alla luce di quanto riportato in relazione, l'obiettivo può considerarsi RAGGIUNTO
	4.2 ATTUAZIONE PIANO DI RECUPERO DELLE PRESTAZIONI DI SCREENING ONCOLOGICI	Alla luce di quanto riportato in relazione, l'obiettivo può considerarsi RAGGIUNTO
	4.3 ATTUAZIONE PIANO DI RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE	Alla luce di quanto rappresentato in relazione, l'obiettivo può considerarsi PARZIALMENTE RAGGIUNTO
	4.4 PIANO DI RECUPERO VACCINAZIONI PROGRAMMATE ASL	Alla luce di quanto rappresentato in relazione, l'obiettivo può considerarsi RAGGIUNTO
	4.5 PRELIEVO ED EFFETTUAZIONE TAMPONI E VACCINI ANTI COVID-19	Alla luce di quanto rappresentato in relazione, l'obiettivo può considerarsi RAGGIUNTO
	4.6 PANFLU ASL	Alla luce dell'attività svolta, l'obiettivo si può considerare RAGGIUNTO
5. PREVENZIONE	5.1 PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE (PNP)	Alla luce di quanto rappresentato in relazione, l'obiettivo può considerarsi RAGGIUNTO
	5.2 PIANO REGIONALE INTEGRATO PER I CONTROLLI SULLA SICUREZZA ALIMENTARE (PRISA)	Alla luce di quanto rappresentato in relazione, l'obiettivo può considerarsi RAGGIUNTO
OBIETTIVI SPECIFICI / DI ACCESSO		Consuntivo 2021
Obiettivo specifico con carattere preliminare per rispetto tempi di pagamento ex art. 1 comma 865 L. 145/2018 <i>La valutazione dell'obiettivo in questione, da considerarsi con carattere preliminare rispetto al sistema obiettivi, inciderà fino a un massimo del trenta per cento della quota massima teorica del trattamento economico integrativo</i>		Alla luce dei dati disponibili, l'obiettivo specifico con carattere di lateralità si può considerare RAGGIUNTO
Obiettivo di accesso: progetto regionale sperimentale di Telemedicina <i>Il mancato raggiungimento comporterà la decurtazione del punteggio complessivamente conseguito di una percentuale del 5%</i>		Alla luce dei dati disponibili, l'obiettivo di accesso si può considerare PARZIALMENTE RAGGIUNTO



ALBERO DELLA PERFORMANCE E OBIETTIVI STRATEGICI AZIENDALI ANNO 2022

PREMESSA: Alcuni obiettivi presenti nell'albero della performance sono relazionati in dettaglio nell'esposizione che precede, relativa alla relazione ripilogativa degli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi relativamente all'anno 2022




A - EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO DELL'AZIENDA - EFFICIENTAMENTO

COD	OBIETTIVO / AZIONE	INDICATORI	TARGET	2022	CONSUNTIVO
A.1	Equilibrio economico	Consuntivo annuo	Equilibrio di bilancio	x	<p>Il Consuntivo 2022 ha registrato un risultato economico di euro -33.356.288,79:</p> <ul style="list-style-type: none"> - diminuzione complessiva dei ricavi (al peggioramento del dato sul saldo di mobilità sanitaria) - acquisti in DPC di farmaci e vaccini dall'ASL di Asti - incremento della distribuzione diretta di farmaci per malattie rare - incremento dispositivi medici (dispositivi per pazienti diabetici) - aumento ricorso a società di servizi - incremento utenze
A.2	Tempi di pagamento fatture ex art. 1 comma 865 L. 145/2018	Tempi pagamento fatture	Rispetto standard nazionali ex art. 1 comma 865 Legge 145/2018 (60gg)	x	<p>STANDARD: ENTRO 60 GIORNI TEMPI MEDI ASL AL: 41 GIORNI Obiettivo raggiunto</p>

COD	OBIETTIVO / AZIONE	INDICATORI	TARGET	2022	CONSUNTIVO	
A.3	Sale Operatorie: revisione dei percorsi perioperatori nell'ottica dell'efficiamento delle risorse	a) tasso utilizzo S.O. b) n. interventi di S.O. c) n. prestazioni di Chirurgia Ambulatoriale Complessa CAC	a) miglioramento indici anno precedente b) incremento n. rispetto anno precedente c) incremento n. rispetto anno precedente	x	a) tasso utilizzo S.O. 2021 = Non rilevabile per criticità tecniche 1^ semestre 2022 = 67,3% 2^ semestre 2022 = 70,9% b) n. interventi di S.O. 2021 = 8.566 2022 = 10.070 c) n. prestazioni Chirurgia Ambulatoriale Complessa CAC 2021 = 145 2022 = 245	
A.4	Specialistica Ambulatoriale: revisione del processo relativo al governo della domanda e dell'offerta nell'ottica dell'efficiamento delle risorse	a) documento di revisione del processo relativo al governo della domanda e dell'offerta b) n. prestazioni di Telemedicina	a) entro 31.12.2022 b) incremento n. prestazioni rispetto anno precedente	x	a) Avvio di un processo teso all'analisi organizzativa delle strutture di erogazione ed eventualmente alla revisione dei modelli in uso, tra cui rientrano le attività N6ambulatoriali per l'ambito ospedaliero e territoriale. Al riguardo è stato identificato un TEAM "A" composto da diversi profili professionali coordinato nelle sue attività dal RUA, a cui è stata affidata l'attività di analisi ed eventuale riprogettazione dei percorsi di erogazione delle prestazioni sopra richiamate, con l'obiettivo finale di sperimentare modelli tesi all'efficienza organizzativa ed operativa, in una logica di diffusione omogenea nelle strutture aziendali. A tal fine si è proceduto ad un'analisi puntuale dell'offerta dell'attività ambulatoriale erogata in tutte le sedi aziendali per ogni singola specialità b) n. prestazioni di Telemedicina 2021 = 439 2022 = 501	

COD	OBIETTIVO / AZIONE	INDICATORI	TARGET	2022	CONSUNTIVO											
A.5	Area degenza ospedaliera: revisione dei percorsi nell'ottica dell'efficientamento delle risorse	a) degenza media area medica b) degenza pre-post intervento	a) miglioramento indici anno precedente b) miglioramento indici anno precedente	x	<p>a) Degenza media area medica: anno 2021 = 10,02 anno 2022 = 9,17</p> <p>b) Degenza pre-intervento: anno 2021 = 1,5 anno 2022 = 1,3 Degenza post-intervento: anno 2021 = 6,0 anno 2021 = 6,1</p> <p>Incremento casi con intervento chirurgico 2022/2021 = + 11,4%</p>											
A.6	Recupero produttività strutture ricovero e specialistica ambulatoriale	Valore della produzione (rientro nei livelli pre-covid19)	Valore produzione - rif. anno 2019	x	<p>Attività di ricovero: significativo recupero dei livelli di produzione nel corso del 2022:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ATTIVITA' DI RICOVERO PROGRAMMATA CLASSE COMPLESSITA' 1-2-3 (PERIODO APRILE-DICEMBRE)</th> <th>% 2022- 2019</th> <th>% 2022- 2021</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>98%</td> <td>115,7%</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">A MARZO 2023: 99,5%</p> <p>Attività di specialistica ambulatoriale: Si registra un pieno recupero ai livelli di attività 2019 per le prestazioni di primo accesso:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>PRESTAZIONI AMBULATORIALI (MONITORATE PNGLA) SOLO PRIMO ACCESSO</th> <th>1 - Primo Accesso 2002 vs 2019</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ASL AL</td> <td>104,5%</td> </tr> </tbody> </table>	ATTIVITA' DI RICOVERO PROGRAMMATA CLASSE COMPLESSITA' 1-2-3 (PERIODO APRILE-DICEMBRE)	% 2022- 2019	% 2022- 2021		98%	115,7%	PRESTAZIONI AMBULATORIALI (MONITORATE PNGLA) SOLO PRIMO ACCESSO	1 - Primo Accesso 2002 vs 2019	ASL AL	104,5%	
ATTIVITA' DI RICOVERO PROGRAMMATA CLASSE COMPLESSITA' 1-2-3 (PERIODO APRILE-DICEMBRE)	% 2022- 2019	% 2022- 2021														
	98%	115,7%														
PRESTAZIONI AMBULATORIALI (MONITORATE PNGLA) SOLO PRIMO ACCESSO	1 - Primo Accesso 2002 vs 2019															
ASL AL	104,5%															

B - SVILUPPO DEL PIANO PANDEMICO REGIONALE A LIVELLO AZIENDALE

COD	OBIETTIVO / AZIONE	INDICATORI	TARGET	2022	CONSUNTIVO	
B.1	Completamento dei provvedimenti idonei a garantire il rispetto del calendario previsto anche per gli esercizi successivi in merito a terapie intensive; terapie sub-intensive; pronto soccorso (Piano Arcuri)	Tempistica del cronoprogramma	Rispetto tempistica cronoprogramma	x	<p>Per quanto riguarda l'avvio dei lavori, che si svolgono tutti in porzioni occupate degli ospedali, è stato necessario, in dipendenza delle contingenze, concordare con le Direzioni sanitarie di Presidio il momento di inizio dei lavori. Tutto quanto sopra, unitamente al riacutizzarsi della pandemia, ha determinato ritardi nell'esecuzione di parte degli interventi.</p> <p>In tale contesto nel 2022 risultano conclusi i lavori relativi a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - P.S. dei PP.OO. di Casale M. e Tortona - la prima porzione della T.I. del P.O. di Casale M. - la prima porzione (n.1 p.l.) della T.I. di Acqui T. <p>mentre sono in fase di progettazione / lavori in corso gli altri interventi previsti</p>	
B.2	Campagna vaccinale anti-covid19: Completamento campagna vaccinale secondo programmazione nazionale / regionale	Tempistica programmazione nazionale / regionale	Rispetto tempistica programmazione nazionale / regionale	x	<p>Per assicurare la massima copertura vaccinale anticovid, i centri vaccinali sono stati operativi su tutto il territorio ASL AL, alternando le giornate e prevedendo sempre la possibilità di accedere liberamente, senza prenotazione.</p>	
B.3	Piano Pandemico aziendale	n. autovalutazioni	Almeno n.2 annui	x	<p>Sono state compiute le due autovalutazioni previste (giugno e ottobre 2022) Obiettivo raggiunto</p>	

C - APPROPRIATEZZA NELL'USO DEI SETTING ASSISTENZIALI - RIDUZIONE DEI TEMPI DI ATTESA PER PRESTAZIONI AMBULATORIALI, RICOVERI ED INTERVENTI



COD	OBIETTIVO / AZIONE	INDICATORI	TARGET	2022	CONSUNTIVO
C.1	Governo dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Tempi attesa specialistica ambulatoriale (prestazioni PNGLA)	Rispetto standard previsti dal PNGLA / miglioramento su anno precedente	x	<p>L'84% delle prestazioni monitorate (con priorità urgente-breve-differibile) risulta entro standard; in particolare</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100% prestazioni con codice priorità «urgente» • 95% prestazioni con codice priorità «breve» • 64% prestazioni con codice priorità «differibile» <p>Si segnala inoltre che dei 16 casi di sfioramento dello standard, 6 casi superano lo standard per meno di 3 giorni</p> <p>Il dato sui tempi di attesa registra una situazione complessivamente soddisfacente (con ancora situazioni di criticità, oggetto di attenzione per le azioni di miglioramento), con un andamento di progressivo miglioramento nel corso del 2022 e primi mesi 2023.</p>



COD	OBIETTIVO / AZIONE	INDICATORI	TARGET	2022	CONSUNTIVO
C.2	Governo dei tempi di attesa dei ricoveri ospedalieri	Tempi attesa ricoveri (interventi PNGLA)	Rispetto standard previsti dal PNGLA / miglioramento su anno precedente	x	<p>Si registra nel 2022 una riduzione dei tempi di attesa per gli interventi monitorati rispetto alla situazione dell'anno 2021, in particolare per le classi di priorità B, C e D.</p> <p>Ciò è legato al recupero dell'attività di sala operatoria a partire dal mese di aprile 2022, con un incremento ancora in atto, che sta portando l'attività ai livelli pre-covid (+31% di casi nel 2022 rispetto al 2021 per gli interventi monitorati).</p> <p>Sono sostanzialmente entro standard gli interventi urgenti (in classe A e B) per patologie tumorali. Maggiori criticità si registrano per gli interventi di piccola chirurgia (riparazione ernia, colecistectomia, emorroidectomia) e di impiantistica ortopedica (protesi d'anca); per tali interventi, l'incremento dell'attività di sala operatoria, pur in presenza di un miglioramento dei dati rispetto all'anno 2021, non ha ancora consentito di ridurre i tempi di attesa entro gli standard previsti.</p>



D - PIANO NAZIONALE RIPRESA E RESILIENZA

COD	OBIETTIVO / AZIONE	INDICATORI	TARGET	2022	CONSUNTIVO														
D.1	Potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale - M6C1 PNRR (Ospedali di Comunità - Centrali Operative Territoriali - Case di comunità)	Tempistica del cronoprogramma	Rispetto tempistica cronoprogramma	x	<p>L'obiettivo ha come finalità il conseguimento degli obiettivi programmati dalla Regione Piemonte e validati dai Ministeri competenti per i diversi investimenti relativamente a: Case di Comunità; Ospedali di Comunità; Centrali Operative Territoriali. L'ASL AL ha provveduto, in relazione ai lavori programmati, all'approvazione dei progetti esecutivi e all'assegnazione dei relativi codici unici di progetto, rispettando le indicazioni regionali. Per alcuni progetti si segnala a fine 2022 l'adesione da parte di soggetti interessati alle gare dei lavori appaltati</p>														
D.2	Fascicolo Sanitario Elettronico: conferimento documentazione sanitaria prioritaria nel FSE	Tempistica cronoprogramma regionale	Rispetto tempistica cronoprogramma regionale di conferimento documenti digitali nel FSE	x	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Target</td> <td>Consuntivo</td> </tr> <tr> <td>-entro 06/2022:</td> <td>non inf. 30%</td> <td>46,0%</td> </tr> <tr> <td>-entro 10/2022:</td> <td>non inf 60%</td> <td>58,5%</td> </tr> <tr> <td>-entro 12/2022:</td> <td>non inf. 85%</td> <td>59,3%</td> </tr> </table> <p>Al momento ASL AL invia al FSE tutti i referti firmati digitalmente di laboratorio, anatomia patologica, radiologia, dimissione ospedaliera, dimissione da PS, referti di telemedicina e gestionale ambulatoriale</p>			Target	Consuntivo	-entro 06/2022:	non inf. 30%	46,0%	-entro 10/2022:	non inf 60%	58,5%	-entro 12/2022:	non inf. 85%	59,3%	
	Target	Consuntivo																	
-entro 06/2022:	non inf. 30%	46,0%																	
-entro 10/2022:	non inf 60%	58,5%																	
-entro 12/2022:	non inf. 85%	59,3%																	

E - QUALITA' CLINICO ASSISTENZIALE E DI RICERCA




COD	OBIETTIVO / AZIONE	INDICATORI	TARGET	2022	CONSUNTIVO																		
E.1	Tempi permanenza DEA/PS	Tempo permanenza DEA/PS	Rispetto standard regionali / miglioramento anno precedente	x	<p>Tempo medio di permanenza in PS DEA I° LIV <=6h (360min) PS di Base <=4h (240min) PS area disagiata <=5h (300min)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ANNO 2021</th> <th>ANNO 2022</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DEA OSPEDALE CASALE</td> <td>346,62</td> <td>453,03</td> </tr> <tr> <td>DEA OSPEDALE NOVI LIGURE</td> <td>300,38</td> <td>361,23</td> </tr> <tr> <td>PS OSPEDALE TORTONA</td> <td>292,29</td> <td>346,77</td> </tr> <tr> <td>PS OSPEDALE ACQUI TERME</td> <td>226,37</td> <td>368,37</td> </tr> <tr> <td>PS OSPEDALE OVADA</td> <td>151,51</td> <td>177,94</td> </tr> </tbody> </table> <p>Problemi di organico aggravati nel corso dell'anno 2022. Per pandemia covid drastico calo del numero di OBI nei 5 DEA/PS con utilizzo posti letto di osservazione breve per pazienti covid-19</p>		ANNO 2021	ANNO 2022	DEA OSPEDALE CASALE	346,62	453,03	DEA OSPEDALE NOVI LIGURE	300,38	361,23	PS OSPEDALE TORTONA	292,29	346,77	PS OSPEDALE ACQUI TERME	226,37	368,37	PS OSPEDALE OVADA	151,51	177,94
	ANNO 2021	ANNO 2022																					
DEA OSPEDALE CASALE	346,62	453,03																					
DEA OSPEDALE NOVI LIGURE	300,38	361,23																					
PS OSPEDALE TORTONA	292,29	346,77																					
PS OSPEDALE ACQUI TERME	226,37	368,37																					
PS OSPEDALE OVADA	151,51	177,94																					



COD	OBIETTIVO / AZIONE	INDICATORI	TARGET	2022	CONSUNTIVO
E.2	Piano Nazionale Esiti - PNE (osteomuscolare - PTCA - assistenza al parto)	Indicatori Piano Nazionale Esiti - PNE ((osteomuscolare - PTCA - assistenza al parto)	Rispetto standard regionali / miglioramento anno precedente	x	<p><u>Area Osteomuscolare</u> - Ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 48 h da arrivo in P.S.:</p> <p>STANDARD: >=70%</p> <p>ANNO 2021: 50%</p> <p>ANNO 2022: 70%</p> <p><u>Episodi di STEMI trattati con PTCA</u> entro 2 giorni:</p> <p>STANDARD: >=85%</p> <p>ANNO 2021: 71,09%</p> <p>ANNO 2022: 75,78%</p> <p>(miglioramento rispetto 2021. ASL AL non effettua PTCA in quanto non ha servizi di emodinamica; provvede a inviare i pazienti in maniera tempestiva verso le sedi di erogazione)</p> <p><u>Assistenza al parto</u></p> <p>Numero parti con cesareo primario / N. parti con nessun cesareo x 100</p> <p>Standard Maternità 1° livello Tasso: <=15%</p> <p>ANNO 2021: 28,4%</p> <p>ANNO 2022: 31,1%</p> <p>4 TRIMESTRE 2022: 26,3%</p>



COD	OBIETTIVO / AZIONE	INDICATORI	TARGET	2022	CONSUNTIVO																
E.3	Screening oncologici - Prevenzione Serena	Indicatori invito popolazione target e adesione	Rispetto standard regionali	x	<p>COPERTURE INVITI: N° persone invitate + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale.</p> <table> <tr> <td>Target:</td> <td>Consuntivo:</td> </tr> <tr> <td>cervice 97-100%</td> <td>116,9%</td> </tr> <tr> <td>mammella 97-100%</td> <td>106,2%</td> </tr> <tr> <td>colon-retto 97-100%</td> <td>96,1%</td> </tr> </table> <p>COPERTURA ESAMI: N° persone sottoposte al test di screening, incluse le adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale</p> <table> <tr> <td>Target:</td> <td>Consuntivo:</td> </tr> <tr> <td>cervice 45-50%</td> <td>47,5%</td> </tr> <tr> <td>mammella: 50-55%</td> <td>63,5%</td> </tr> <tr> <td>colon-retto: 35-40%</td> <td>42,0%</td> </tr> </table>	Target:	Consuntivo:	cervice 97-100%	116,9%	mammella 97-100%	106,2%	colon-retto 97-100%	96,1%	Target:	Consuntivo:	cervice 45-50%	47,5%	mammella: 50-55%	63,5%	colon-retto: 35-40%	42,0%
Target:	Consuntivo:																				
cervice 97-100%	116,9%																				
mammella 97-100%	106,2%																				
colon-retto 97-100%	96,1%																				
Target:	Consuntivo:																				
cervice 45-50%	47,5%																				
mammella: 50-55%	63,5%																				
colon-retto: 35-40%	42,0%																				
E.4	Vaccinazioni obbligatorie pediatriche	Indicatori di copertura popolazione target	Standard nazionali	x	<p>Standard = 95% copertura popolazione di riferimento Anno 2022 = 94,55%</p> <p>Dato aggiornato al 1^ trimestre 2023 con riferimento all'ultimo trimestre 2022 = 95,60%</p>																

COD	OBIETTIVO / AZIONE	INDICATORI	TARGET	2022	CONSUNTIVO	
E.5	PDTA - Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali	Sviluppo PDTA previsti annualmente dal Piano Locale Cronicità	Adozione PDTA previsti dal PLC (nel 2022: PDTA malattie renali croniche e Parkinson)	x	I PDTA previsti non sono stati adottati, si prevede entro il 2023	
E.6	IRCCS	Azioni - tempistica - indicatori di cui alla DGR 18 maggio 2021, n. 10-3222	Sviluppo azioni e rispetto tempistica / indicatori di cui alla DGR 18 maggio 2021, n. 10-3222	x	Il 27 aprile 2023 è stata approvata la DGR che attesta la coerenza e compatibilità con la programmazione sanitaria regionale del riconoscimento dell'Azienda Ospedaliera "SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo" di Alessandria - sede del Dipartimento attività integrate ricerca e innovazione (DAIRI) - quale Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs) per "Patologie ambientali: malattie oncologiche e patologie d'organo".	
E.7	Sviluppo di strumenti informatici per la trasparenza e il coinvolgimento dei cittadini: collaborazione con CittadinanzAttiva e Tribunale del Malato	Sviluppo di strumenti informatici per la trasparenza e il coinvolgimento dei cittadini	Almeno n.1 annuo			
E.8	Percorsi assistenziali costruiti assieme a Associazioni di pazienti	Percorsi assistenziali co-prodotti	Almeno n. 1 annuo			
E.9	Accreditamento istituzionale e Accreditation Canada - verifica marzo 2022	Soddisfacimento requisiti accreditamento istituzionale e Accreditation Canada	Soddisfacimento requisiti mancanti entro 31.12.2022	x	Il piano di Accreditation Canada prevedeva l'invio del Piano Qualità entro il 2 giugno 2023 come primo adempimento	

F - PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA

COD	OBIETTIVO / AZIONE	INDICATORI	TARGET	2022	CONSUNTIVO
F.1	Obiettivi di prevenzione della corruzione e di trasparenza	Adempimenti di cui al decreto legislativo n. 33 del 2013 (previsti dall'art. 2, comma 2, del d. lgs. n. 171/2016)	Rispetto adempimenti di cui al decreto legislativo n. 33 del 2013	x	Il D. Lgs. n. 33/2013 e s.m.i. è stato rispettato, oltre che per quanto concerne gli adempimenti più strettamente correlati alla pubblicazione, anche relativamente agli istituti del c.d. accesso civico "semplice" e del c.d. accesso civico "generalizzato". Per quanto concerne il dato statistico, nel 2022 vi sono state n. 5 istanza di accesso civico generalizzato, inerenti ad argomenti vari



4 RISORSE

4.1 EFFICIENZA ED ECONOMICITÀ

La gestione economica dell'Azienda, nel triennio 2021-2023, è inevitabilmente influenzata dagli effetti della pandemia da Covid 19 che si sono protratti anche dopo la fine dello stato di emergenza, nonostante l'ASL AL abbia messo in campo azioni di recupero di efficienza in termini di produttività e di riduzione dei costi per contenere l'effetto di trascinarsi dell'impatto della pandemia.

Inoltre, sul risultato economico dell'ASL AL, incidono pesantemente le forti criticità legate all'obsolescenza tecnologica e strutturale delle cinque strutture ospedaliere nonché alla presenza di quattro distretti collocati a notevole distanza per rispondere ai bisogni di salute della popolazione sull'intero territorio, oltre a criticità legate alla conformazione del territorio, molto esteso e variegato ed alla composizione demografica della popolazione.

Il Consuntivo 2022, adottato con delibera del Direttore Generale dell'ASL AL n. 519 del 20/06/2023, ha registrato un risultato economico di euro -33.620.263,75.

La tabella seguente propone un quadro riassuntivo del Conto Economico per macro aggregati.

Valori €/000

ID	CONTO ECONOMICO	CONS 2022	CONS 2021	DELTA	%
		A	B	A - B	(A - B)/B
A	Totale Ricavi Netti	625.416,52	635.271,97	-9.855,45	-1,55%
B	Totale Costi Interni	395.474,87	384.965,36	10.509,51	2,73%
C	Totale Costi Esterni	250.196,31	247.562,45	2.633,86	1,06%
D	Totale Costi Operativi (B+C)	645.671,18	632.527,81	13.143,37	2,08%
E	Margine Operativo (A-D)	-20.254,66	2.744,16	-22.998,82	-838,10%
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	13.365,57	10.732,84	2.632,73	24,53%
G	Risultato Economico (E-F)	-33.620,23	-7.988,68	-25.631,55	320,85%

A fronte di una diminuzione complessiva dei ricavi dovuta sostanzialmente al peggioramento del dato sul saldo di mobilità sanitaria e degli acquisti in DPC di farmaci e vaccini dall'ASL di Asti, quale azienda capofila per la distribuzione in modalità DPC, le principali determinanti di costo rispetto al 2021 sono legate a:

- incremento della distribuzione diretta di farmaci per malattie rare, emofilia, farmaci biologici per artrite reumatoide e psoriasi, farmaci oncologici (l'incremento è comunque in linea con l'andamento regionale);
- incremento dispositivi medici sostanzialmente legato ai dispositivi per pazienti diabetici (microinfusori e sistemi di rilevazione glicemia) ed alla ripresa dell'attività, sia interventistica sia ambulatoriale, dopo i rallentamenti dovuti alla pandemia;
- aumento ricorso a società di servizi per garantire il regolare funzionamento dei servizi sanitari in diverse specialità, soprattutto di emergenza urgenza quali anestesia e rianimazione e pronto soccorso; nuovo servizio per la guardia in dialisi presso le sedi di Casale Monferrato e Tortona; stante la nota carenza a livello nazionale di personale medico, si è reso indispensabile ricorrere a cooperative esterne per coprire un territorio così vasto;
- incremento utenze, in particolare energia elettrica e riscaldamento, per incremento tariffe, componenti entrambe non governabili dall'Azienda;

- assistenza residenziale/semiresidenziale anziani: secondo quanto disposto da DGR 10/2022, l'ASL AL, al fine di ridurre il carico sui presidi ospedalieri, ha fatto ricorso alle strutture residenziali che hanno dato disponibilità per l'inserimento dei soggetti che hanno terminato la fase acuta;
- prestazioni riabilitative extra ospedaliere: incremento del numero di utenti inseriti nei centri diurni e nelle strutture residenziali; tale spesa non è comprimibile proprio per la tipologia di pazienti;
- assistenza residenziale/semiresidenziale pazienti psichiatrici: incremento rette in base alla DGR 84-4451/2021 (costo non governabile);
- minori componenti straordinarie.

5 IL PROCESSO DELLA PERFORMANCE

5.1 FASI, SOGGETTI, TEMPI E RESPONSABILITÀ DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

Presso l'ASL di Alessandria da tempo è operativo un sistema di budget, di reporting e di valutazione annuale dei risultati raggiunti. Tale sistema è applicato secondo i criteri ed il modello d'incentivazione definito in sede di Contrattazione Integrativa, in osservanza alle disposizioni dei CCNL di riferimento.

L'attuazione del Decreto 150/2009, così come integrato dal D. Lgs. 25 maggio 2017, n. 74 ha rappresentato per l'ASL AL e per le aziende della Regione Piemonte un'opportunità per migliorare, revisionare e talora integrare con nuovi strumenti i meccanismi di controllo e di valutazione già esistenti, introdotti in sanità con la riforma del 1992.

Si ricorda, inoltre, che lo stesso Decreto 150 fa confluire nel "Ciclo di gestione della performance" il sistema dei controlli che erano stati previsti dal Decreto 286/1999, ovvero *"il controllo di gestione, il controllo strategico e la valutazione dirigenziale"*.

Si richiama anche la Deliberazione della Giunta Regionale 23 dicembre 2013, n.25-6944 ad oggetto "Linee di indirizzo regionali per le aziende ed enti del SSR della Regione Piemonte per la costituzione ed il funzionamento degli Organismi Indipendenti di Valutazione (OIV) in applicazione del D.lgs. 150/2009 e s.i.m. in materia di misurazione, valutazione e trasparenza della performance. Approvazione" con la quale sono state approvate le linee di indirizzo regionali per le aziende ed enti del SSR della regione Piemonte per la costituzione ed il funzionamento degli Organismi Indipendenti di Valutazione (OIV) in applicazione del D.lgs. 150/2009 e s.i.m. in materia di misurazione, valutazione e trasparenza della performance, nonché gli indirizzi per il Piano di gestione della performance

In tale contesto l'ASL AL ha proceduto ad avviare, dall'anno 2014, il ciclo di gestione della performance.

Sono stati elaborati e pubblicati sul sito istituzionale, nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente – Performance", i seguenti documenti:

- "Relazione sull'andamento gestionale e sulla performance anno 2013"
- "Adozione Piano triennale della performance 2014-2016" approvato con Deliberazione n. 90 del 30/01/2014;
- "Relazione sulla performance anno 2014" - Deliberazione n. 498 del 25.06.2015;
- "Relazione sulla performance anno 2015" – Deliberazione n. 440 del 27.06.2016;
- "Relazione sulla performance anno 2016" – Deliberazione n. 429 del 23.06.2017;
- "Relazione sulla performance anno 2017" – Deliberazione n. 445 del 29.06.2018;
- "Relazione sulla performance anno 2018" – Deliberazione n. 438 del 20.06.2019

- “Programmazione gestionale per l’anno 2017. Piano annuale della performance. Approvazione schede di budget dei Centri di Responsabilità dell’ASL AL” – Deliberazione n. 583 dell’11.08.2017;
- “Programmazione gestionale per l’anno 2018. Piano annuale della performance. Approvazione schede di budget dei Centri di Responsabilità dell’ASL AL” – Deliberazione n. 172 del 28.02.2018
- “Adozione Piano della Performance triennio 2019 – 2021” adottato con Deliberazione n. 229 del 28.03.2019
- “Programmazione gestionale per l’anno 2019. Approvazione schede di budget dei Centri di Responsabilità dell’ASL AL” – Deliberazione n. 756 del 5.12.2019
- Piano della Performance triennio 2019-2021 - Aggiornamento anno 2020 – Deliberazione n. 70 del 31.01.2020
- Relazione sulla performance anno 2019 - Deliberazione n. 436 del 30.06.2020
- "Programmazione gestionale per l'anno 2020. Approvazione schede di budget dei Centri di Responsabilità dell'ASL AL" – Deliberazione n. 871 del 9.12.2020
- Piano della Performance triennio 2019-2021 - Aggiornamento anno 2021 - Deliberazione n. 77 del 28.01.2021
- Relazione sulla performance anno 2020 – Deliberazione n. 542 del 30.06.2021
- “Programmazione gestionale per l’anno 2021. Approvazione schede di budget dei Centri di Responsabilità dell’ASL AL” – Deliberazione n. 1130 del 31.12.2021
- Piano della Performance triennio 2022-2024 con sezioni relative a: P.O.L.A. – Piano Operativo Lavoro Agile – e P.A.P. – Piano Azioni Positive – Deliberazione n. 356 del 28.04.2022 (nelle more dell’adozione del P.I.A.O. – Piano Integrato Attività e Organizzazione previsto dall’art. 6 decreto legge n. 80/2021, convertito con legge n. 113/2021)
- Relazione sulla performance anno 2021 – Deliberazione n. 560 del 30.06.2022
- Adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2022-2024 di prima applicazione – Deliberazione n. 852 del 31.10.2022
- “Programmazione gestionale per l’anno 2022. Approvazione schede di budget dei Centri di Responsabilità dell’ASL AL” – Deliberazione n. 887 del 15.11.2022
- Adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione - PIAO 2023-2025 – dell’ASL AL – Deliberazione n. 266 del 30.03.2023

Per quanto riguarda le tempistiche di attuazione del ciclo della performance presso l’ASL AL, nell’anno 2022 si è provveduto alla valutazione dei risultati riferiti all’anno 2021, in modo coerente con le scadenze degli strumenti di programmazione, monitoraggio e rendicontazione delle attività istituzionali dell’Azienda.

Il percorso di valutazione obiettivi si è concluso nel corso del mese di giugno 2022 ed è stato recepito con Deliberazione 719 del 02.09.2022 “Presenza d’atto della valutazione conclusiva del livello di raggiungimento degli obiettivi di budget assegnati ai centri di responsabilità dell’ASLAL – anno 2021”.

Il sistema di budget attuato presso l'ASL AL è stato adottato dall'Azienda quale strumento gestionale e di programmazione annuale, è articolato in schede contenenti obiettivi di attività, economico-finanziari e progettuali per ogni Centro di Responsabilità aziendale, attribuendo responsabilità economiche di budget solo per i costi direttamente controllati dal Responsabile, anche per evidenziare la caratteristica gestionale e non solamente contabile dello strumento adottato.

Il percorso di riorganizzazione avviato con il nuovo Atto Aziendale, approvato con Delibera 711/2015, ha portato ad una serie di significative modifiche strutturali e organizzative che hanno comportato riduzioni sia di Dipartimenti che di Strutture Semplici e Complesse, in attuazione agli atti regionali in materia.

In merito al percorso per la definizione degli obiettivi di budget, si evidenzia che con deliberazione n. 13 del 10.01.2020 l'ASL AL ha provveduto a costituire il Comitato Budget aziendale al fine di dotarsi di un organismo tecnico/consultivo di supporto al processo di budget che, nella fase di negoziazione tra Direzione Generale e Centri di Responsabilità, possa rappresentare un punto di raccordo per la ricerca di un equilibrio tra gli indirizzi definiti a livello strategico aziendale e le esigenze dei CdR stessi, garantendo inoltre che gli obiettivi proposti siano coerenti con gli indirizzi annuali e il quadro di riferimento indicato dalla Direzione Strategica.

Al Comitato Budget è stato assegnato il compito di effettuare la contrattazione e formalizzazione annuale delle schede di budget, oltre alla verifica periodica sull'andamento dell'attività e dei consumi, valutando eventuali scostamenti rispetto alle previsioni di budget e proponendo interventi correttivi, nonché il supporto alla Direzione Aziendale nella valutazione della Performance Organizzativa.

La composizione del Comitato Budget come da deliberazione n. 13/2020 è stata aggiornata e approvata con deliberazione n. 100 del 18.02.2022.

Per l'anno 2022, la Direzione Generale, con il supporto della SC Programmazione Controllo Sistema Informativo, che ha provveduto a predisporre le schede di budget, ha individuato e assegnato obiettivi essenzialmente orientati al recupero di produttività post pandemia in relazione alle attività dell'anno 2019, all'appropriatezza farmaceutica, all'invio della documentazione clinica a FSE, alla partecipazione al corso FAD GDPR, mantenendo per alcune strutture obiettivi di efficienza correlati al rispetto dei tetti di spesa assegnati per il 2022.

Alcune schede di budget sono successivamente state integrate, in relazione alle attività di competenza, con gli obiettivi regionali assegnati ai Direttori Generali/Commissari delle AA.SS. e approvati con DGR n. 23-5653 del 19 settembre 2022 (la cui relazione a consuntivo è riportata al paragrafo 3.1 della presente relazione).

Si è successivamente provveduto a formalizzare il percorso sopra delineato con l'approvazione della deliberazione n. 887 del 15.11.2022 "Programmazione gestionale per l'anno 2022. Approvazione schede di budget dei Centri di Responsabilità dell'ASL AL".

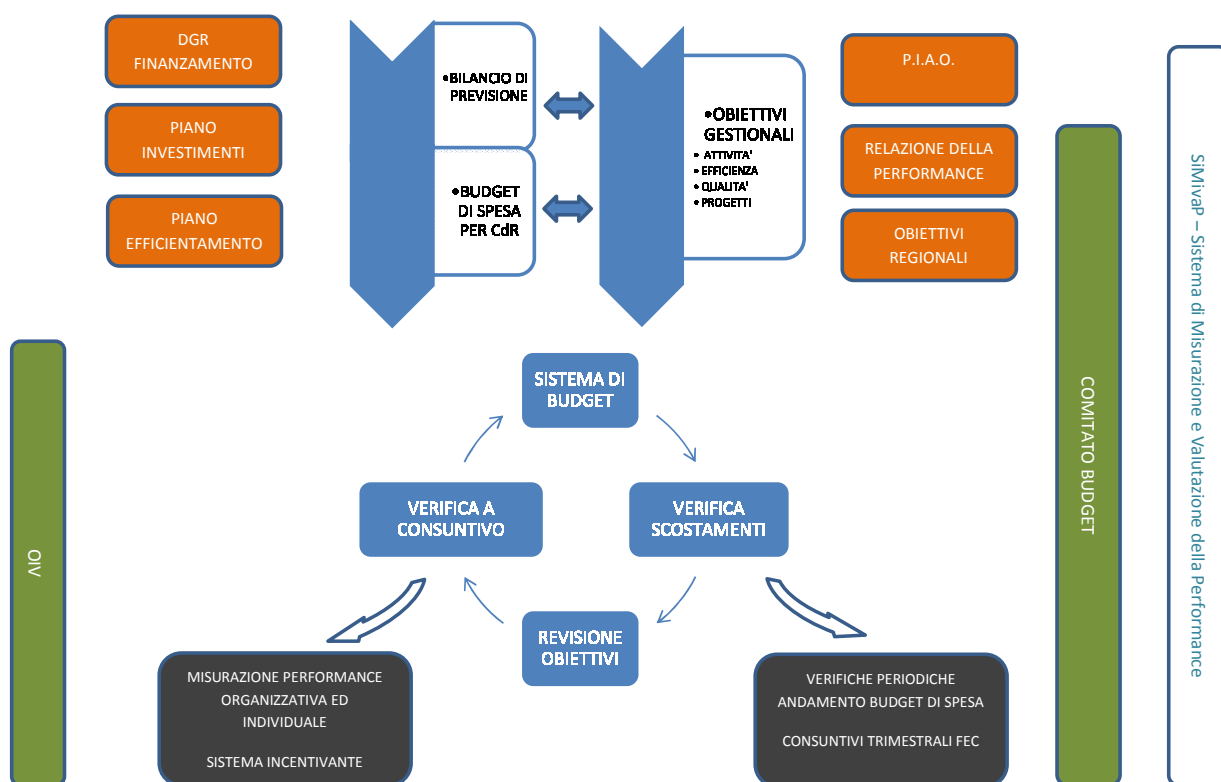
Gli obiettivi assegnati alle strutture aziendali risultano pertanto conformi agli indirizzi regionali e, pertanto, agli obiettivi che annualmente la Regione assegna alle Aziende Sanitarie. Nel rispetto dei vincoli economici vigenti, gli obiettivi sono stati espressi in coerenza con quelli definiti nel quadro della programmazione regionale, ponendo specifica attenzione all'efficacia, efficienza e al funzionamento dei servizi sanitari.

La Direzione aziendale ha approvato la proposta di budget complessiva di Azienda; nella tabella seguente vengono sintetizzate le fasi del ciclo di budget e le relative tempistiche.

FASI DEL PROCESSO DI BUDGET

FASE	INPUT	OUTPUT	SOGGETTI
PROGRAMMAZIONE STRATEGICA AZIENDALE	PROGRAMMAZIONE SANITARIA NAZIONALE	DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE STRATEGICA	DIREZIONE GENERALE
	PROGRAMMAZIONE SANITARIA REGIONALE		
	OBIETTIVI DI MANDATO DG		
	OBIETTIVI ANNUALI DG		
	P.I.A.O. TRIENNALE		
DEFINIZIONE RISORSE DISPONIBILI	DGR FINANZIAMENTO REGIONALE	BILANCIO DI PREVISIONE ANNUALE	DIREZIONE GENERALE
	INVESTIMENTI STRUTTURE - ATTREZZATURE	PIANO EFFICIENTAMENTO	ECONOMICO-FINANZIARIO
	RISORSE UMANE	PIANO TRIENNALE INVESTIMENTI	TECNICO
	DATI DI ATTIVITA' E DI COSTO	PROGRAMMAZIONE RISORSE UMANE	PERSONALE
			PROGRAMMAZIONE CONTROLLO CDR
DEFINIZIONE OBIETTIVI ANNUALI DI STRUTTURA	DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE STRATEGICA	BUDGET DI SPESA PER CDR	DIREZIONE GENERALE
	BILANCIO DI PREVISIONE ANNUALE	QUADRO SINTETICO DEGLI OBIETTIVI ANNUALI	COMITATO BUDGET
	PIANO EFFICIENTAMENTO		ECONOMICO-FINANZIARIO
	PIANO TRIENNALE INVESTIMENTI		PROGRAMMAZIONE CONTROLLO CDR
	PROGRAMMAZIONE RISORSE UMANE PROGRAMMA ATTIVITA' TERRITORIALI		
CONTRATTAZIONE SCHEDE BUDGET	QUADRO SINTETICO DEGLI OBIETTIVI ANNUALI	SCHEDE DI BUDGET PER CDR	DIREZIONE GENERALE COMITATO BUDGET DIPARTIMENTI - CDR
	BUDGET DI SPESA PER CDR		
VERIFICHE PERIODICHE	REPORT DI VERIFICA PERIODICA (PER OBIETTIVI DI ATTIVITA', DI COSTO E DI SPESA)	ANALISI ANDAMENTO OBIETTIVI DI BUDGET ED EVENTUALI PROPOSTE DI REVISIONE OBIETTIVI	CONTROLLO GESTIONE
		ANALISI ANDAMENTO OBIETTIVI DI BUDGET DI SPESA PER CDR	COMITATO BUDGET
		TRIMESTRALI FEC	ECONOMICO-FINANZIARIO PROGRAMMAZIONE CONTROLLO OIV
REVISIONE DEGLI OBIETTIVI ASSEGNATI	ANALISI ANDAMENTO OBIETTIVI DI BUDGET ED EVENTUALI PROPOSTE DI REVISIONE OBIETTIVI	SCHEDE DI BUDGET REVISIONATE	DIREZIONE GENERALE
VERIFICA RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI ASSEGNATI	ANALISI CONSUNTIVO OBIETTIVI DI BUDGET	VALUTAZIONE RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI ASSEGNATI	DIREZIONE GENERALE
			COMITATO BUDGET
			CONTROLLO GESTIONE OIV
RACCORDO CON IL SISTEMA DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE	VALUTAZIONE RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI ASSEGNATI	VALUTAZIONE DEL GRADO DI PARTECIPAZIONE AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI DI STRUTTURA NEL SISTEMA DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE	PERSONALE
	SiMiVaP		RELAZIONI SINDACALI
RACCORDO CON IL SISTEMA INCENTIVANTE	VALUTAZIONE RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI ASSEGNATI VALUTAZIONE DEL GRADO DI PARTECIPAZIONE AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI DI STRUTTURA NEL SISTEMA DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE		PERSONALE RELAZIONI SINDACALI

FLUSSO DEL PROCESSO DI BUDGET



ELENCO STRUTTURE CON ASSEGNAZIONE SCHEDA BUDGET 2022

DIPARTIMENTO/AREA	STRUTTURA
CHIRURGICO	SC CHIRURGIA GENERALE ACQUI
CHIRURGICO	SC CHIRURGIA GENERALE CASALE
CHIRURGICO	SC CHIRURGIA GENERALE NOVI L.
CHIRURGICO	SC CHIRURGIA GENERALE TORTONA
CHIRURGICO	SC OCULISTICA
CHIRURGICO	SSD ODONTOSTOMATOLOGIA
CHIRURGICO	SC ORL
CHIRURGICO	SC ORTOPEDIA ACQUI
CHIRURGICO	SC ORTOPEDIA CASALE
CHIRURGICO	SC ORTOPEDIA NOVI L.
CHIRURGICO	SC ORTOPEDIA TORTONA
CHIRURGICO	SC UROLOGIA NOVI L.
CHIRURGICO	SSD SENOLOGIA
EMERGENZA URGENZA	SC ANESTESIA RIANIMAZIONE CASALE
EMERGENZA URGENZA	SC ANESTESIA RIANIMAZIONE NOVI
EMERGENZA URGENZA	SC DEA
EMERGENZA URGENZA	SSD TERAPIA DEL DOLORE
MATERNO INFANTILE	SC OSTETRICIA GINECOLOGIA CASALE
MATERNO INFANTILE	SC OSTETRICIA GINECOLOGIA NOVI
MATERNO INFANTILE	SC PEDIATRIA NOVI L.
MATERNO INFANTILE	SC PEDIATRIA CASALE M.
MATERNO INFANTILE	SC NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
MEDICO	SC CARDIOLOGIA CASALE
MEDICO	SC CARDIOLOGIA NOVI L.
MEDICO	SC MEDICINA GENERALE ACQUI
MEDICO	SC MEDICINA GENERALE CASALE
MEDICO	SC MEDICINA GENERALE NOVI L.
MEDICO	SC MEDICINA GENERALE OVADA
MEDICO	SC MEDICINA GENERALE TORTONA
MEDICO	SC NEUROLOGIA CASALE
MEDICO	SC NEUROLOGIA NOVI L.
MEDICO	SC ONCOLOGIA CASALE
MEDICO	SC ONCOLOGIA NOVI L.
MEDICO	SC PNEUMOLOGIA CASALE
MEDICO	SC NEFROLOGIA
MEDICO	SSD GASTROENTEROLOGIA
RIABILITAZIONE	SC RRF CASALE
RIABILITAZIONE	SC RRF TORTONA-NOVI-ACQUI-OVADA
SERVIZI	SC ANATOMIA PATOLOGICA NOVI L.
SERVIZI	SC IMMUNOTRASFUSIONALE ASL AL
SERVIZI	SC LABORATORIO ANALISI
SERVIZI	SC RADIOLOGIA CASALE
SERVIZI	SC RADIOLOGIA NOVI L.
DMPO	SC DIREZIONE SANITARIA PO NOVI
DMPO	SC DIREZIONE SANITARIA PO CASALE
AREA AMMINISTRATIVA	SC AFFARI GENERALI - RELAZIONI ISTITUZIONALI - TUTELE
AREA AMMINISTRATIVA	SC ECONOMATO LOGISTICA APPROVVIGIONAMENTI
AREA AMMINISTRATIVA	SC ECONOMICO FINANZIARIO
AREA AMMINISTRATIVA	SC PERSONALE E SVILUPPO RISORSE UMANE
AREA AMMINISTRATIVA	SC PROGRAMMAZIONE CONTROLLO SISTEMA INFORMATIVO
AREA AMMINISTRATIVA	SC TECNICO - TECNOLOGIE BIOMEDICHE - ICT
FUNZIONI DELEGATE	SC MEDICO COMPETENTE - PREVENZIONE E PROTEZIONE
AREA SANITARIA	SC DIPSA
AREA SANITARIA	SC FARMACIA OSPEDALIERA
AREA SANITARIA	SC FARMACIA TERRITORIALE
AREA STAFF DG	LEGALE - SETTORE ASSIST LEGALE
AREA STAFF DG	LEGALE - SETTORE CONTENZ LAV APPALTI
AREA STAFF DG	LEGALE - SETTORE GEST ASSICURAZ CONSUL
AREA STAFF DG	SC EPIDEMIOLOGIA
AREA STAFF DG	SSA COMUNICAZIONE URP FORMAZIONE
AREA STAFF DG	SSA GOVERNO CLINICO - QUALITA' -ACCREDITAMENTO
DIP PREVENZIONE	SC MEDICINA LEGALE
DIP PREVENZIONE	SC VETERINARIO AREA A
DIP PREVENZIONE	SC VETERINARIO AREA B
DIP PREVENZIONE	SC VETERINARIO AREA C
DIP PREVENZIONE	SC SIAN
DIP PREVENZIONE	SC SISP
DIP PREVENZIONE	SC SPRESAL
DISTRETTI	DISTRETTO ACQUI - OVADA
DISTRETTI	DISTRETTO ALESSANDRIA - VALENZA
DISTRETTI	DISTRETTO CASALE
DISTRETTI	DISTRETTO NOVI TORTONA
DSM	SC SALUTE MENTALE
PATOLOGIE DIPENDENZE	SC SERD

In merito alla definizione degli obiettivi 2022, gli stessi erano stati definiti e condivisi con i dipartimenti/strutture aziendali nel corso del primo semestre dell'anno con riferimento agli obiettivi strategici aziendali citati nelle pagine precedenti (recupero produttività, appropriatezza farmaceutica, ecc...), in attesa dell'assegnazione degli obiettivi regionali.

La formalizzazione degli obiettivi di budget ha però risentito di ritardi, in quanto l'assegnazione degli obiettivi regionali di attività ai Direttori Generali/Commissari delle AASS è avvenuta con DGR n. 23-5653 del 19 settembre 2022.

Riguardo al monitoraggio in corso d'anno, è stata inviata sistematicamente dalla SC Programmazione Controllo S.I. una reportistica mensile sui dati di costo e di attività (da rendere disponibile entro la fine del mese successivo a quello di riferimento) e una reportistica trimestrale per i Presidi Ospedalieri con indicatori di attività e di efficienza.

Come ulteriore supporto, nel corso del 2022 si è provveduto all'aggiornamento del repository Myda per reportistica aziendale: è aumentato il numero dei report consultabili tramite il sito aziendale, è stato modernizzato il front e le funzionalità di ricerca sono state rese di più facile consultazione.

Le valutazioni relative agli obiettivi di budget assegnati per l'anno 2022 si sono svolte nell'ambito delle sedute O.I.V. del 12, del 21 e del 26 giugno 2022 e risultano concluse all'atto dell'approvazione del presente documento.

Si riporta tabella di sintesi relativa agli esiti della valutazione O.I.V., a seguito della valutazione di prima istanza e in applicazione di criteri adottati e formalizzati nell'ambito dei verbali delle sedute sopra indicate:

VALUTAZIONE OBIETTIVI DI BUDGET ANNO 2022		
CENTRI DI RESPONSABILITA'	N.	%
CDR CON OBIETTIVI RAGGIUNTI TRA 60% E 69,99% CON ABBATTIMENTO INDENNITA' DI RISULTATO	1	1%
CDR CON OBIETTIVI RAGGIUNTI TRA 70% E 79,99% CON ABBATTIMENTO INDENNITA' DI RISULTATO	3	4%
CDR CON OBIETTIVI RAGGIUNTI TRA 80% E 89,99% SENZA ABBATTIMENTO INDENNITA' DI RISULTATO	22	30%
CDR CON OBIETTIVI RAGGIUNTI TRA IL 90% E IL 99,99% SENZA ABBATTIMENTO INDENNITA' DI RISULTATO	17	23%
CDR CON RAGGIUNGIMENTO TOTALE DEGLI OBIETTIVI	30	41%
TOTALE CDR	73	100%

Riguardo la valutazione della performance individuale, la DGR 25-6944 del 2013 prevede che “la contrattazione aziendale faccia riferimento al principio del doppio livello di valutazione per la performance individuale, riservando cioè la valutazione di prima istanza alla competenza del diretto responsabile del valutato e quella di seconda istanza alla competenza dell'Organismo Indipendente di Valutazione, che interviene nel processo della verifica individuale assumendo il ruolo di validazione del giudizio finale in funzione di garanzia.”

Tale disposto regionale è stato ripreso nell'ambito del documento SiMiVaP ASL AL, inizialmente adottato con deliberazione 238 del 10.04.2020, che raccorda in un unico processo integrato gli strumenti adottati dall'ASL AL per consentire la corretta funzionalità del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance, quale complesso di procedure coordinate e implementate ai sensi delle attuali disposizioni normative e contrattuali in materia.

Successive modifiche al SiMiVaP ASL AL sono state introdotte con i seguenti provvedimenti:

Deliberazione n. 437 del 21.05.2021

Deliberazione n. 533 del 23.06.2022

Deliberazione n. 264 del 30.03.2023

Ai fini dell'adozione del SiMiVaP e delle successive modifiche è stato espresso il parere favorevole vincolante dai componenti dell'Organismo Indipendente di Valutazione ai sensi dell'art. 7 D.Lgs. n. 150/2009 e s.m.i. in merito al percorso metodologico previsto per l'adozione del “Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance dell'ASL AL”.

Il SiMiVaP ASL AL prevede una sezione dedicata alla misurazione e valutazione della performance organizzativa, che delinea essenzialmente le fasi del processo di budget (il cui regolamento ne costituisce allegato), descritte nelle pagine precedenti, e una sezione dedicata alla performance individuale, che avrebbe dovuto iniziare a livello sperimentale nel corso dell'anno 2020 e riferita all'anno 2019 nei confronti del solo personale del comparto, con il supporto di idoneo applicativo informatico.

In considerazione di adempimenti intervenuti e correlati all'emergenza sanitaria da Covid-19 non è stato possibile attivare nell'anno 2020 il percorso di valutazione della performance individuale come previsto dal SiMiVaP approvato con deliberazione 238/2020.

L'aggiornamento approvato con deliberazione 437/2021 ha visto l'implementazione del SiMiVaP con la predisposizione e l'avvio del sistema di valutazione della performance individuale anche per il personale dirigente, come richiesto dall'OIV durante gli incontri dedicati all'argomento. La valutazione della performance individuale avviata nel corso del 2021 con riferimento all'anno 2020 è stata introdotta a livello sperimentale, senza effetti economici, anche al fine di testare l'avvio del sistema e la procedura informatica predisposta ad hoc con le fasi previste dal SiMiVaP: autovalutazione del dipendente, valutazione di primo grado, feedback del valutato, valutazione di secondo grado (o del supervisore).

Nel corso dell'anno 2022, sulla base dell'esperienza acquisita durante le fasi della valutazione sperimentale 2020, è stato ulteriormente aggiornato il SiMiVaP per poter meglio definire il percorso, renderlo maggiormente flessibile e più adeguato alla struttura aziendale e attuare la valutazione della performance individuale per l'anno 2021.

Il SiMiVaP definisce tra l'altro, le finalità e i principi della valutazione della performance individuale che riguarda tutto il personale dipendente, con rapporto di lavoro sia a tempo indeterminato che a

tempo determinato. Il periodo di riferimento della valutazione è quello intercorrente fra il 1° gennaio e il 31 dicembre di ogni anno.

Il processo di valutazione effettuato nel corso del 2021 con l'utilizzo di procedura informatica testata durante la fase sperimentale, è stato sempre articolato in quattro fasi:

- 1) autovalutazione del dipendente (strumento facoltativo);
- 2) valutazione di primo grado effettuata dal Dirigente Responsabile della struttura, o da altro Dirigente da lui designato avente diretta conoscenza dell'attività svolta dal dipendente valutato. Nel caso in cui non vi sia un rapporto diretto fra Dirigenti e dipendenti valutati, prendono parte alla valutazione, unitamente ai Dirigenti (che ne detengono la responsabilità), i collaboratori - titolari di incarichi di funzione, coordinatori, ecc. - che hanno un rapporto diretto con il personale valutato;
- 3) feedback del dipendente: giudizio del dipendente sulla valutazione riportata in primo grado, con possibilità di esprimere osservazioni;
- 4) valutazione di secondo grado (del supervisore), finalizzata in particolare a garantire uniformità di valutazione e a ridurre il rischio di giudizi fondati su metodologie disomogenee.

In corso d'anno sono state analizzate le criticità emerse durante il processo di valutazione individuale anno 2021, soprattutto inerenti al doppio grado di valutazione, e sono state proposte modifiche per un aggiornamento del SiMiVaP da adottare per l'anno 2022.

Nello specifico, il modello di valutazione performance individuale, fino all'anno di riferimento 2021 prevedeva, come ultima fase, la valutazione di secondo grado (o del "supervisore") introdotta con la finalità di prevenire possibili contenziosi grazie alla possibilità di riesame ed eventuale modifica della valutazione di primo grado e di garantire uniformità ed omogeneità degli stili di valutazione nell'ambito di una stessa articolazione organizzativa.

Sono state per contro considerate le criticità rilevate in fase d'avanzamento lavori, come di seguito specificate:

- il dipendente, dopo aver dato il feedback (magari positivo), può vedersi successivamente modificati i voti da un soggetto diverso, gerarchicamente sovraordinato e quindi più "distante" da lui
- differenza tra casi in cui Supervisore e Valutatore coincidono e casi in cui sono Dirigenti diversi
- appesantimento della procedura e allungamento dei tempi di conclusione del processo

Si è pertanto deciso di eliminare la fase della valutazione del supervisore, ristrutturando il processo in tre fasi:

1. Autovalutazione (facoltativa);
2. Valutazione;
3. Feedback del dipendente

In caso di valutazione finale negativa, l'OIV interviene quale valutatore di seconda istanza; in questo caso, prima dell'audizione del dipendente, è indispensabile che vengano forniti elementi oggettivi in grado di motivare il giudizio negativo.

Sono state inoltre apportate ulteriori modifiche con particolare riferimento a:

- Revisione complessiva delle schede di valutazione
- Punteggi attribuibili e fasce di merito
- Criteri per definizione della valutazione negativa
- Procedure di conciliazione

Le proposte di modifica del SiMiVaP sono state oggetto, durante il 2022, di confronto continuo con l'OIV dell'ASL AL; il documento finale è stato adottato con deliberazione n. 264 del 30.03.2023.

Considerati i tempi per l'acquisizione e l'introduzione del nuovo sistema di valutazione e di nuovo software dedicato, la valutazione della performance individuale relativa all'anno 2022 è in corso al momento della stesura della presente relazione. Il processo è iniziato in data 24.05.2023 con la fase di autovalutazione dei dipendenti mentre la fase di valutazione del responsabile ha come termine il 31.07.2023. L'ultima fase relativa al feedback del dipendente si svolgerà dal 1.08.2023 al 31.08.2023.

Si provvederà pertanto alla redazione e approvazione di addendum alla presente relazione per riportare gli esiti della valutazione della performance individuale anno 2022.

6. TRASPARENZA ED ANTICORRUZIONE

L'ASL si mostra adempiente sia sul piano delle previsioni per la trasparenza che dell'anticorruzione. In particolare sul sito web dell'Azienda sono consultabili i Piani per la Trasparenza e per l'Anticorruzione, inerenti ai diversi anni di applicazione.

Con deliberazione DG n. 2019/2 ad oggetto "Nomina Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza dell'ASL AL - Art.1, comma 7, della legge 6 novembre 2012, n. 190" l'avv. Carlo Castellotti, Avvocato Dirigente dell'Ufficio Legale dell'ASL AL, è stato individuato Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza dell'ASL AL.

Con deliberazione dell'ASL AL n. 365 del 29.04.2022 è stato approvato il Piano triennale di prevenzione della Corruzione 2022-2024, pubblicato sul sito istituzionale - settore "Amministrazione Trasparente". Nell'ambito del documento è compresa una sezione riferita alla trasparenza.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza ha predisposto apposita relazione (pubblicata sul sito nella sezione "Amministrazione Trasparente") inerente all'attività svolta nell'anno 2021.

In merito alla trasparenza occorre rilevare che l'A.N.A.C., con delibera n. 201 del 13.04.2022 ha previsto che l'OIV attesti l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31.05.2022, avvalendosi della collaborazione del responsabile della trasparenza, con riguardo ad un numero circoscritto di obblighi di pubblicazione risultanti dalla griglia contenuta nella citata delibera n. 201/2022.

Di conseguenza l'OIV, con il supporto del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, ha effettuato la verifica sulla pubblicazione, completezza, aggiornamento ed apertura del formato dei documenti pubblicati nel sito dell'ASL AL - sezione "Amministrazione Trasparente".

L'OIV ha svolto l'attività di monitoraggio sugli adempimenti, da parte dell'ASL AL, inerenti agli obblighi relativi alla trasparenza, all'integrità e all'anticorruzione, anche attraverso verifiche a campione, accessi al portale della trasparenza, nonché ha provveduto all'attestazione annuale di tali adempimenti, come previsto dalla delibera ANAC sopra citata.

A seguito della revisione effettuata in base al nuovo atto aziendale, come modificato nel corso del 2017, delle strutture responsabili degli obblighi di pubblicazione, viene periodicamente eseguita una ricognizione sul sito web aziendale - sezione "Amministrazione Trasparente" con verifica della qualità e quantità dei dati pubblicati da parte del Responsabile della Trasparenza, in collaborazione con la SSA Comunicazione URP Formazione - struttura incaricata della pubblicazione dei dati e dei documenti.

Considerati i termini di approvazione della presente relazione, si segnalano gli aggiornamenti dei sopra indicati contenuti per l'anno 2022 alla data della stesura:

Piano triennale di prevenzione della Corruzione 2022-2024 (Deliberazione 365 del 29.04.2022)

Attestazione OIV obblighi trasparenza anno 2022 (Delibera ANAC 201/2022).

7. MISURE ATTE A GARANTIRE PARI OPPORTUNITÀ NELL'AMBIENTE DI LAVORO.

L'ASL AL, in coerenza con la normativa nazionale e regionale in materia, ha istituito il Comitato Unico di Garanzia dell'ASL AL con Deliberazione n. 669 del 12.09.2013 ed integrato con deliberazione n. 746 del 18.10.2013. Successivamente è stato rinnovato con deliberazione n. 385 del 16.05.2018 e aggiornato con deliberazione n. 110 del 18.02.2020. L'Atto Aziendale approvato con deliberazione n. 711 del 06.10.2015 ha richiamato la normativa, la composizione, gli obiettivi ed i compiti del Comitato Unico di Garanzia.

Nel corso dell'anno 2021 è stato aggiornato e approvato il Regolamento interno per il funzionamento del Comitato Unico di Garanzia dell'ASL AL.

Nel corso dell'anno 2022 sono stati attivate le fasi necessarie per il rinnovo del CUG, giunto a scadenza:

- è stato approvato l'Avviso di manifestazione di interesse per il rinnovo del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni – quadriennio 2022 – 2026 con cui si è proceduto alla pubblicazione dell'Avviso sul portale ASL AL – Area riservata, al fine di acquisire le candidature per il CUG di parte aziendale e alla richiesta della designazione dei propri rappresentanti alle Organizzazioni Sindacali rappresentative ai sensi degli artt. 40 e 43 del D.Lgs. n. 165 del 30.03.2001;
- successivamente, rilevato che alla data di scadenza del termine per la presentazione delle manifestazioni di interesse da parte dei dipendenti, è risultato un numero di candidature non sufficiente a completare le designazioni aziendali e che pertanto è stato prorogato il termine per la presentazione delle manifestazioni di interesse.
- a fine anno 2022 si sono effettuati gli ultimi adempimenti relativi alle designazioni aziendali e sindacali e con delibera n. 45/2023 è stato approvato il rinnovo del Comitato Unico di Garanzia dell'ASL AL.

In ottemperanza alle Direttive in materia, la composizione del CUG dell'ASL AL risulta essere rappresentativa del contesto aziendale dal punto di vista di genere, delle tipologie di profili professionali (sanitari e amministrativi), territoriale (provenienza dei componenti dalle diverse sedi dell'Azienda).

I rapporti tra Azienda e CUG sono disciplinati, ad integrazione di quanto già previsto dalla normativa nazionale e regionale, dal Regolamento per il funzionamento del CUG.

Il Comitato può richiedere dati, documenti e informazioni inerenti alle materie di competenza, nel rispetto delle procedure e delle norme vigenti.

Il Comitato mette a disposizione le informazioni e/o i progetti utili agli Organismi e agli Uffici dell'ASL AL, che hanno il compito di formulare proposte e realizzare interventi inerenti argomenti e materie tra quelli di competenza del Comitato stesso.”

Secondo quanto previsto dal Regolamento, il Comitato Unico di Garanzia si riunisce, di norma, almeno ogni tre mesi. I temi trattati sono in linea con quanto indicato nel Regolamento rispetto alle funzioni del Comitato: compiti propositivi, compiti consultivi, compiti di verifica.

L'operatività del CUG è basata su un significativo raccordo con l'attività delle Consigliere di fiducia e dello Sportello di Ascolto per la prevenzione dello stress e del disagio psicologico sui luoghi di lavoro.

Nel corso dell'anno 2022 il CUG si è riunito in seduta plenaria tre volte.

Nel corso dell'anno 2022 il CUG ha provveduto a:

- Avviare la realizzazione delle attività previste dal Piano triennale delle Azioni Positive 2022 – 2024
- Individuare le possibili proposte di obiettivi e aree di lavoro funzionali alla costruzione del Piano per le Azioni Positive dell'ASL AL 2023 -2025;
- Condividere le modalità operative coi Consiglieri di Fiducia interni ed esterno;
- Aggiornare il materiale di diffusione a favore dei dipendenti;
- Supportare il percorso di approvazione del Regolamento aziendale per lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile
- Definire una proposta formativa sulle tematiche del CUG.

Per quanto riguarda le attività del Piano Triennale delle Azioni Positive 2022 – 2024 in particolare si sono realizzate:

- 1) Sono state aggiornate le pagine del portale ASL AL relative al CUG e al Consigliere di fiducia nell'ambito dell'Azione Positiva 1 - Migliorare la conoscenza e la fruibilità degli strumenti aziendali funzionali ad affrontare le difficoltà all'interno del contesto organizzativo
- 2) Analisi dati dell'attività del CUG, delle Consigliere di Fiducia, dello Sportello di Ascolto nell'ambito dell'Azione Positiva 2 - Sostenere la diffusione di una cultura aziendale orientata alla promozione del benessere organizzativo e della salute
- 3) Analisi del fabbisogno formativo e sviluppo del Piano di formazione aziendale nell'ambito dell'Azione Positiva 3 - Sostenere lo sviluppo di conoscenze e competenze del personale dell'ASL AL
- 4) Analisi e approvazione del Regolamento aziendale per lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile nell'ambito dell'Azione Positiva 4 - Promuovere lo studio di fattibilità circa l'attivazione di misure volte a favorire la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro

Si richiamano le seguenti azioni attuate dall'Azienda anche nel corso dell'anno 2022, quali misure volte alla rimozione degli ostacoli che di fatto impediscono la realizzazione di pari opportunità:

- Approvazione del “Codice di condotta in materia di discriminazioni molestie e mobbing” in cui sono state previste le azioni positive e le strategie finalizzate a prevenire, rilevare e contrastare i fenomeni di mobbing, discriminazioni e molestie;
- Istituzione dello “Sportello di Ascolto per la prevenzione del disagio psicologico e dello stress nei luoghi di lavoro” quale ulteriore concretizzazione delle azioni finalizzate alla promozione delle pari opportunità e del benessere organizzativo;
- Attuazione azioni di promozione di un approccio gender oriented all'interno dei presidi ospedalieri;
- Organizzazione di percorsi di formazione diversificati, con particolare attenzione alla tematica della violenza di genere;
- Strutturazione di forme di smart working
- Rafforzamento attività delle Consigliere di Fiducia

Con la deliberazione 356 del 28.04.2022 è stato adottato il Piano della Performance triennio 2022-2024 di cui il “Piano di Azioni Positive dell’ASL AL – triennio 2022-2024” costituisce una sezione, nelle more dell’adozione del P.IA.O.

Nel corso dell’anno 2022 si sono inoltre avviati i lavori finalizzati alla costruzione del PIAO in collaborazione con le diverse Strutture aziendali coinvolte e con deliberazione n. 266 del 30.03.2023 è stato adottato il Piano Integrato di Attività e Organizzazione PIAO 2023 – 2025 dell’ASL AL nel quale è ricompreso anche il Piano delle Azioni Positive.

Con nota prot. 32006 del 28.06.2023 è stata trasmessa a: Direzione Generale ASL AL, OIV ASL AL, Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento Funzione Pubblica e Dipartimento Pari Opportunità la relazione anno 2022 del Comitato Unico di Garanzia sulla situazione del personale.

Nelle tabelle che seguono è rappresentato il personale dipendente alla data del 31.12.2022 suddiviso per età e genere, ripartito per inquadramento, tipo di presenza, posizioni di responsabilità remunerate non dirigenziali, fruizione delle misure di conciliazione per genere ed età, fruizione dei congedi parentali e permessi L. 104/1992 per genere, fruizione della formazione suddiviso per genere, livello ed età.

RIPARTIZIONE DEL PERSONALE PER GENERE ED ETÀ' NEI LIVELLI DI INQUADRAMENTO

Classi età Inquadramento	UOMINI					DONNE				
	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> di 60	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> di 60
DIRIGENTI RUOLO AMMINISTRATIVO - Str. Complessa									1	2
DIRIGENTI RUOLO AMMINISTRATIVO - Str. Semplice				1	1				2	
DIRIGENTI RUOLO AMMINISTRATIVO - Professionale								1	5	2
DIRIGENTI RUOLO PROFESSIONALE - Str. Complessa				1						
DIRIGENTI RUOLO PROFESSIONALE - Professionale		1			3					1
DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI				1			1	1		
DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI - Str. Complessa									2	1
DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI - Str. Semplice								1	3	3
DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI - Professionale			1	2	1		6	9	18	9
DIRIGENTI RUOLO TECNICO - Professionale				1						
DIRIGENTI MEDICI - Str. Complessa			7	4	14			2	6	3
DIRIGENTI MEDICI - Str. Semplice		1		10	15		1	1	10	8
DIRIGENTI MEDICI - Professionale	1	24	31	44	52		34	73	52	26
DIRIGENTI MEDICI - Professionale t.det.		4								
DIRIGENTI ODONTOIATRI - Str. Semplice				1						

DIRIGENTI ODONTOIATRI - Professionale				3						
DIRIGENTI VETERINARI - Str. Complessa					1		1			
DIRIGENTI VETERINARI - Str. Semplice				1	3					
DIRIGENTI VETERINARI - Professionale		1	4	4	13		3	2		2
PROFILI RUOLO AMMINISTRATIVO	4	16	24	44	22	5	28	67	189	112
PROFILI RUOLO TECNICO	4	16	58	110	34	4	17	91	252	128
PROFILI RUOLO TECNICO t.det.	2	11	4	1		9	36	23		
PROFILI RUOLO SANITARIO – PERS. FUNZIONI RIABIL.	2	3	6	8	8	10	18	21	67	21
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. FUNZIONI RIABIL. t.det.						2				
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. INFERMIERISTICO	38	51	40	70	16	105	159	199	609	88
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. INFERMIERISTICO t.det	2	6				2	2	3	2	1
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. TECNICO SANITARIO	6	19	9	13	11	20	25	27	33	19
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. TECNICO SANITARIO t.det	1					1				
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. VIGILANZA E ISPEZ.	5	4	2	11	9	4	7	3	15	2
Totale personale	65	157	186	331	203	162	338	524	1266	428
% sul personale complessivo	1,78 %	4,29 %	5,08 %	9,04 %	5,55 %	4,43 %	9,23 %	14,32 %	34,59 %	11,69 %

RIPARTIZIONE DEL PERSONALE PER GENERE, ETA' E TIPO DI PRESENZA

Classi età Tipo Presenza	UOMINI							DONNE						
	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> di 60	Tot	%	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> di 60	Tot	%
Tempo Pieno	65	153	178	323	196	915	97,13 %	162	335	468	1069	376	2410	88,6 7%
Part Time >50%		4	5	7	3	19	2,02%		2	51	174	49	276	10,1 5%
Part Time <=50%			3	1	4	8	0,85%		1	5	23	3	32	1,18 %
Totale	65	157	186	331	203	942		162	338	524	1266	428	2718	
Totale %	6,90 %	16,67 %	19,75 %	35,14%	21,55 %			5,96 %	12,44 %	19,28 %	46,5 8%	15,7 5%		

POSIZIONI DI RESPONSABILITA' REMUNERATE NON DIRIGENZIALI, RIPARTITE PER GENERE

Tipo Posizione di responsabilità	UOMINI		DONNE		TOTALE	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
Incarichi di funzione di organizzazione ruolo sanitario	18	19,15%	76	80,85%	94	100,00%
Posizioni organizzative ruoli amministrativo e tecnico	14	37,84%	23	62,16%	37	100,00%
Totale personale	32	24,43%	99	75,57%	131	100,00%
% sul personale complessivo	0,87%		2,70%		3,58%	

FRUIZIONE DELLE MISURE DI CONCILIAZIONE PER GENERE ED ETÀ'

Classi età \ Tipo Misura conciliazione	UOMINI							DONNE						
	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> di 60	Tot	%	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> di 60	Tot	%
Personale che fruisce di part time orizzontale		4	4	7	3	18	36,00 %		2	39	131	33	205	61,01 %
Personale che fruisce di part time verticale			4	1	4	9	18,00 %		1	17	64	19	101	30,06 %
Personale che fruisce di part time misto							0,00 %				2		2	0,60 %
Personale che fruisce di telelavoro														
Personale che fruisce del lavoro agile		6	5	8	4	23	46,00 %		2	3	14	9	28	8,33 %
Personale che fruisce di orari flessibili														
Altro (specificare eventualmente aggiungendo una riga per ogni tipo di misura attivata)														
Totale		10	13	16	11	50		0	5	59	211	61	336	

FRUIZIONE DEI CONGEDI PARENTALI E PERMESSI L.104/1992 PER GENERE

	UOMINI		DONNE		TOTALE	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
Numero permessi giornalieri L.104/1992 fruiti	1622	16,30%	8330	83,70%	9952	100,00%
Numero permessi orari L.104/1992 (n.ore) fruiti	620	13,00%	4150	87,00%	4770	100,00%
Numero permessi giornalieri per congedi parentali fruiti	216	3,27%	6391	96,73%	6607	100,00%
Numero permessi mezza giornata per congedi parentali fruiti		0,00%	3	100,00%	3	100,00%
Numero permessi orari per congedi parentali fruiti	3	1,75%	168	98,25%	171	100,00%
Totale	2461		19042		21503	
% sul personale complessivo	11,44%		88,56%		100,00%	

FRUIZIONE DELLA FORMAZIONE SUDDIVISO PER GENERE, LIVELLO ED ETA'

CLASSI ETA' TIPO FORMAZIONE	UOMINI							DONNE						
	<30	Da 31 a 40	Da 41 a 50	da 51 a 60	>60	Tot	%	<30	Da 31 a 40	Da 41 a 50	da 51 a 60	>60	Tot	%
Obbligatoria (sicurezza)	258	270	415	704	316	1963	22,9	484	712	1697	3145	249	6287	77,1
Aggiornamento professionale	579	728	1059	1830	791	4987	25	1082	1592	3809	7118	1228	14829	75
Competenze manageriali/Relazionali	0	0	0	0	0	0	0,0							
Tematiche CUG	0	0	0	0	0	0	0,0							
Violenza di Genere	0	0	0	0	0	0	0,0							
Altro (specificare)	0	0	0	0	0	0	0,0							
Totale ore	837	998	1474	2534	1107	6950		1566	2304	5506	10263	1477	21116	
Totale ore %	12,04	14,36	21,21	36,46	15,93	100		7,43	10,91	26,07	48,60	6,99	100	