REGIONE PIEMONTE - ASL AL

RELAZIONE ANNUALE SULLA PERFORMANCE

ANNO 2019

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

INDICE

1 FINALITÀ E PRINCIPI GENERALI DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 3

1.1 FINALITÀ 3

1.2 PRINCIPI GENERALI 5

2 SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI 6

2.1 IL CONTESTO ESTERNO DI RIFERIMENTO 6

2.2 L'AMMINISTRAZIONE 16

2.3 I RISULTATI RAGGIUNTI 19

3 OBIETTIVI: RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI 28

3.1 OBIETTIVI DEL PIANO ANNUALE DELLA PERFORMANCE 28

4 RISORSE 84

4.1 EFFICIENZA ED ECONOMICITÀ 84

5 IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 86

5.1 FASI, SOGGETTI, TEMPI E RESPONSABILITÀ DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE 86

6 TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE ..... 94.

7 MISURE ATTE A GARANTIRE PARI OPPORTUNITÀ NELL'AMBIENTE DI LAVORO 95

1 FINALITÀ E PRINCIPI GENERALI DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

1.1. FINALITÀ

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 programmatorio, 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.

Con la DGR richiamata la Regione ha invitato le aziende sanitarie a redigere, annualmente:

- il Piano annuale della Performance (PAP) entro il 31 Marzo di ogni anno;
- la Relazione annuale sulla performance (RAP) entro il 31 Luglio di ogni anno.

La RAP è un documento consuntivo con il quale attestare la misura della realizzazione degli obiettivi strategici e/o operativi contenuti nel PAP.

Con riguardo alla relazione annuale sulla Performance riferita all'anno 2019 si prende atto:

- degli obiettivi che la Direzione Generale, nel 2019, ha declinato ai Responsabili delle Strutture Complesse Aziendali e ai Responsabili delle Strutture Semplici Dipartimentali
- degli obiettivi assegnati, per l'anno 2019, 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 accountabilty attraverso il quale l'azienda può rendicontare a tutti gli stakeholter, 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 2019 – 2021 di cui alla deliberazione n. 229 del 28.03.2019 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

Al pari del Piano della performance ("Piano"), 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.

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 435.880 abitanti (dato BDDE al 31.12.2018). La popolazione è caratterizzata da una elevata incidenza delle fasce anziane: la percentuale dei residenti con età maggiore di 65 anni è pari a oltre il 27%.

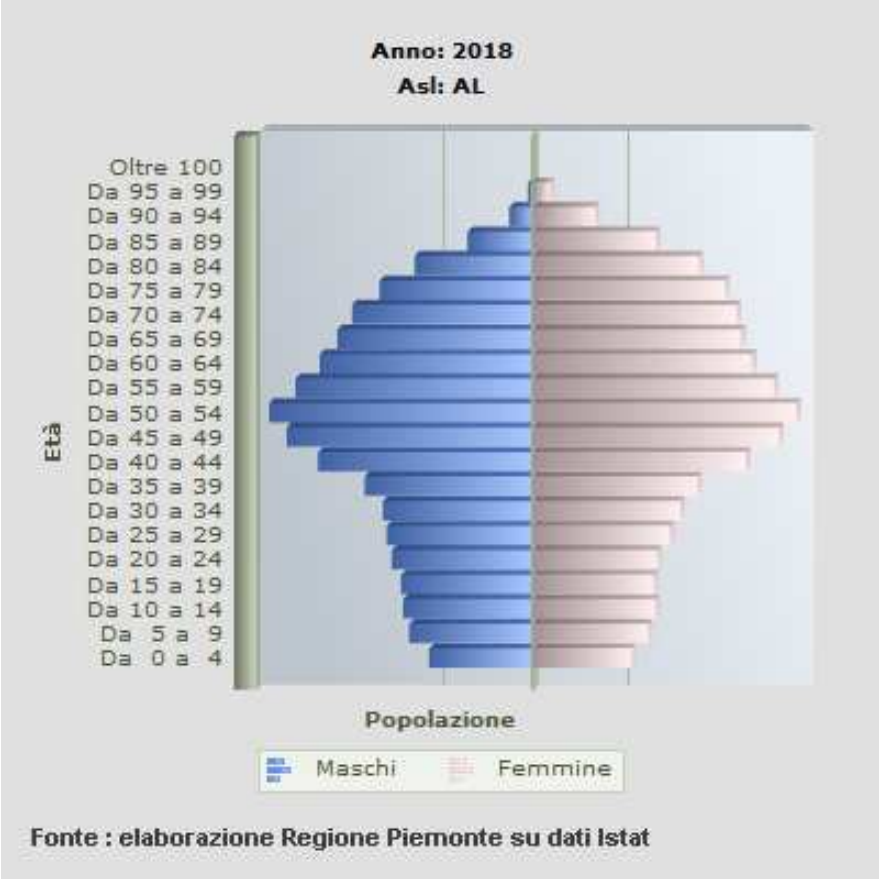
Nelle tabelle sottostanti sono riportati i principali valori e dati che caratterizzano e identificano l'ASL AL.

TERRITORIO E POPOLAZIONE

Distretto	Residenti	% ultra 65enni	Superficie (kmq)	Densità demogr (ab/kmq)	Comuni	Pianura	Collina	Montagna
Acqui Terme - Ovada	**68.230**	**30,26%**	**766,79**	**88.98**	**45**	1	26	18
Alessandria - Valenza	**153.292**	**26,58%**	**827,54**	**185.24**	**31**	19	12	---
Casale Monferrato	**80.604**	**27,94%**	**735,72**	**109.56**	**48**	15	33	---
Novi Ligure - Tortona	**130.692**	**27,48%**	**1.349,23**	**96,86**	**71**	16	23	32
TOTALE ASL AL	**432.818**	**27,69%**	**3.679,28**	**117,64**	**195**	51	94	50

STRANIERI RESIDENTI AL 31.12.2018

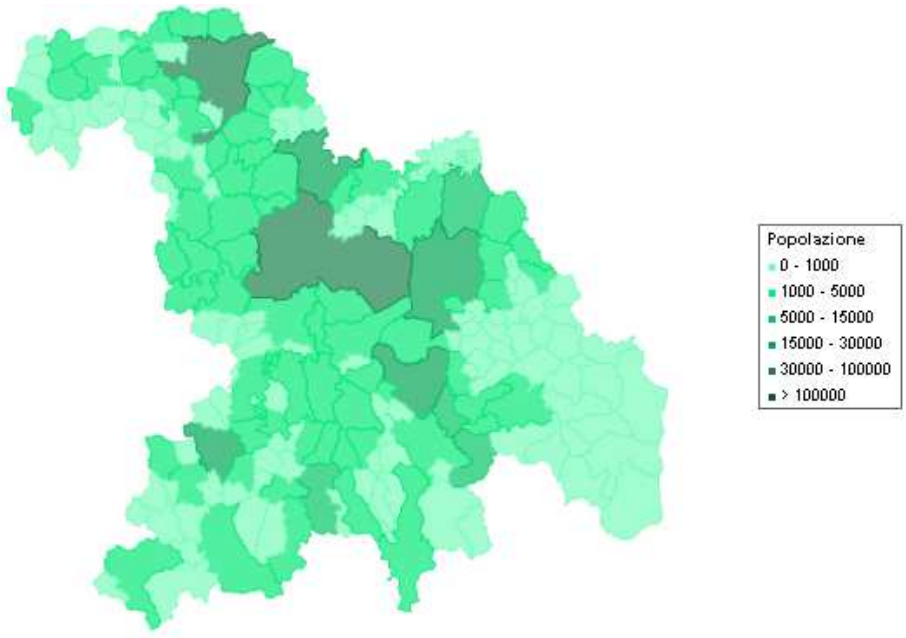
DISTRETTO	Maschi	Femmine	Totale	% su totale popolazione
ACQUI TERME-OVADA	3.131	3.382	6.513	9,55%
ALESSANDRIA-VALENZA	9.063	9.515	18.578	12,12%
CASALE M.	3.496	3.838	7.334	9,10%
NOVI L.-TORTONA	7.622	8.116	15.738	12,04%
TOTALE ASL AL	**23.312**	**24.851**	**48.163**	**11,13%**



Fonte : elaborazione Regione Piemonte su dati Istat

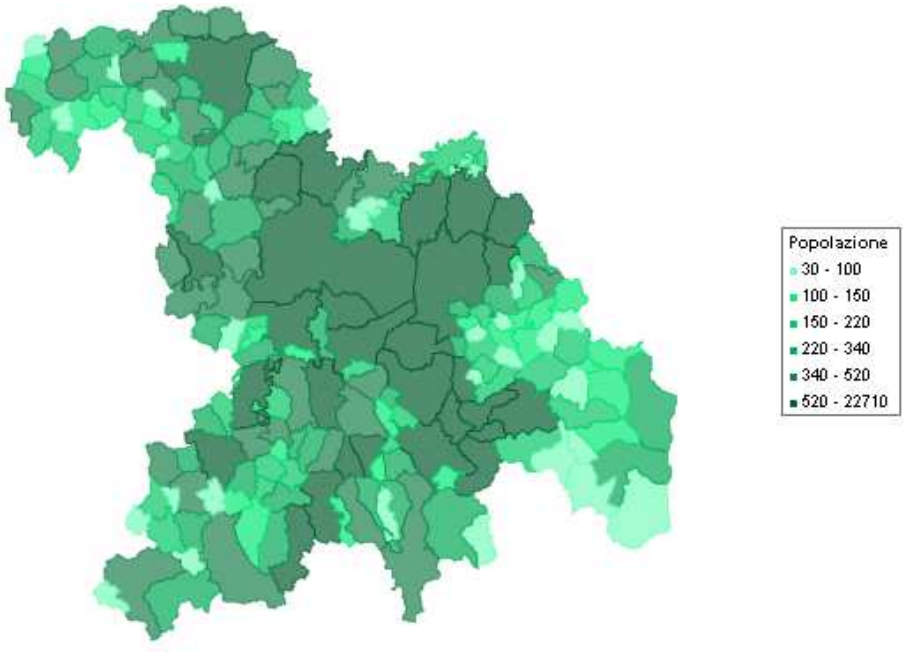
DISTRIBUZIONE DEMOGRAFICA DEL BACINO DI UTENZA

MAPPA POPOLAZIONE ASL AL – per comune



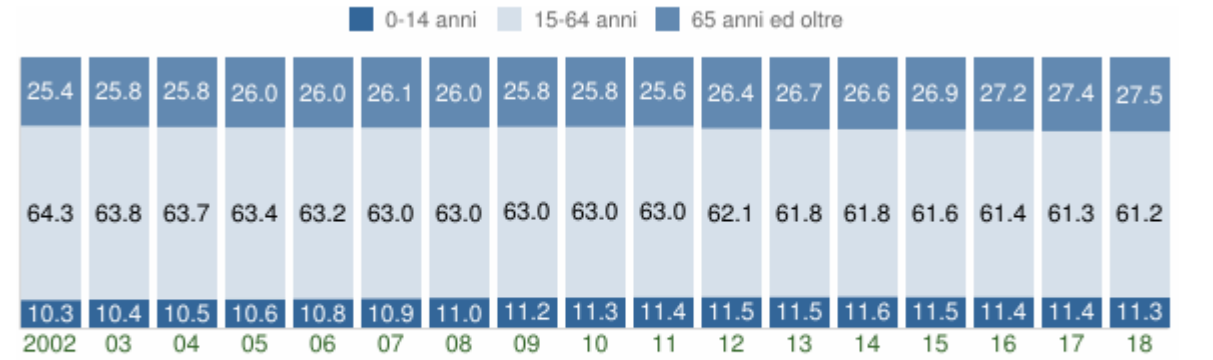
Fonte : elaborazione Regione Piemonte su dati Istat

MAPPA ULTRASESSANTACINQUENNI ASL AL – per comune



Fonte : elaborazione Regione Piemonte su dati Istat

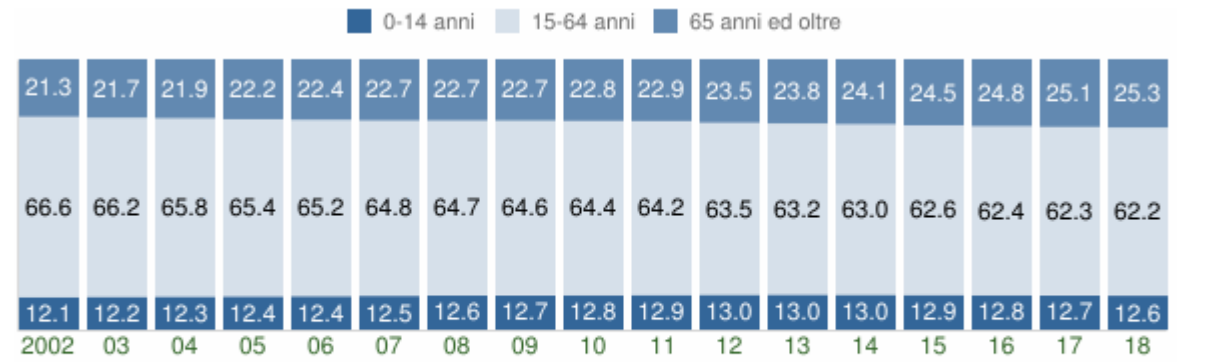
PROVINCIA ALESSANDRIA



Struttura per età della popolazione (valori %)

PROVINCIA DI ALESSANDRIA - Dati ISTAT al 1° gennaio di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

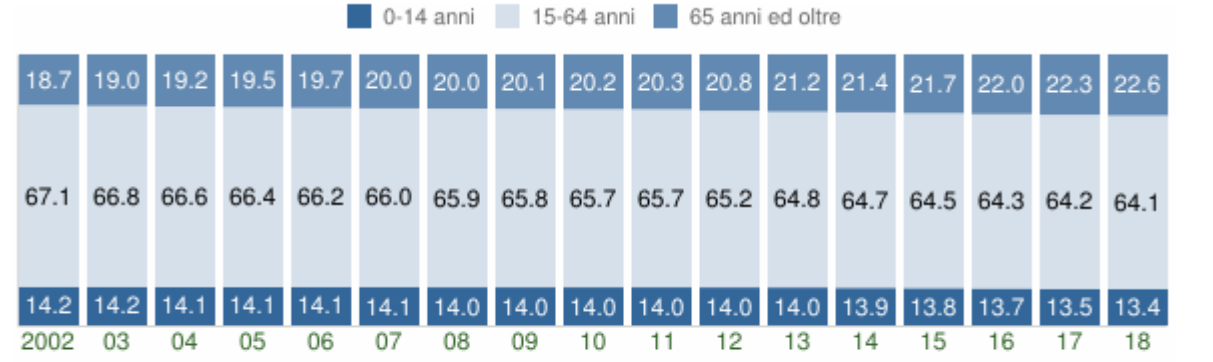
PIEMONTE



Struttura per età della popolazione (valori %)

PIEMONTE - Dati ISTAT al 1° gennaio di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

ITALIA



Struttura per età della popolazione (valori %)

ITALIA - Dati ISTAT al 1° gennaio di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

POPOLAZIONE STRANIERA

PROVINCIA ALESSANDRIA

<< 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 **2018**

Popolazione straniera residente in **provincia di Alessandria** al 1° gennaio 2018. Sono considerati cittadini stranieri le persone di cittadinanza non italiana aventi dimora abituale in Italia.

Andamento della popolazione con cittadinanza straniera - 2018

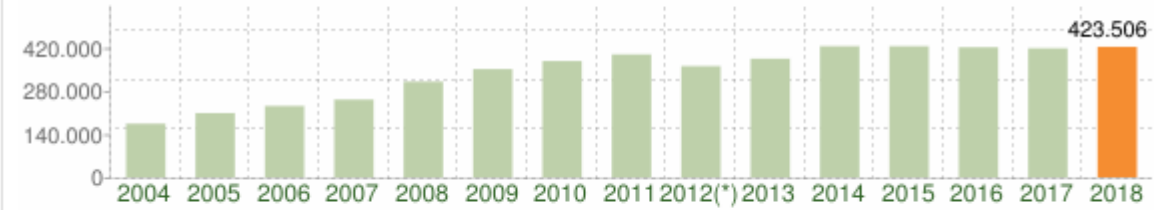
PROVINCIA DI ALESSANDRIA - Dati ISTAT 1° gennaio 2018 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento

PIEMONTE

<< 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 **2018**

Popolazione straniera residente in **Piemonte** al 1° gennaio 2018. Sono considerati cittadini stranieri le persone di cittadinanza non italiana aventi dimora abituale in Italia.



Andamento della popolazione con cittadinanza straniera - 2018

PIEMONTE - Dati ISTAT 1° gennaio 2018 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento

ANALISI AMBIENTALE

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.

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.

Nelle tabelle che seguono, si espongono i principali fattori che si ritengono significativi per rappresentare il contesto ambientale del territorio ASL AL.

ASPETTATIVA DI VITA

ANNO DI RIFERIMENTO 2016	ASL AL	REGIONE PIEMONTE
SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA: UOMINI	79,62	80,81
SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA: DONNE	84,60	85,21
SPERANZA DI VITA A 65 ANNI: UOMINI	18,77	19,16
SPERANZA DI VITA A 65 ANNI: DONNE	21,81	22,33

INDICATORI POPOLAZIONE – ANNO 2018

INDICATORE	ASL AL	REGIONE PIEMONTE
Età media femminile	49,76	48.04
Età media maschile	46,46	44,96
Età media totale	48,16	46,54
Tasso di immigrazione	35,65	35,47
Tasso di emigrazione	33,83	34,26
Indice di dipendenza strutturale	63,53	61,15
Indice di struttura della popolazione attiva	164,77	151,68
Indice di ricambio	171,16	149,75
Indice di vecchiaia	247,99	205,91
Tasso di natalità	5,91	6,66
Indice di fecondità	30,50	32,65
Tasso di mortalità	14,77	12,33

DATI POPOLAZIONE RESIDENTE ASL AL – ANNO 2018

	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
Nati	1.281	1.285	2.566
Morti	2.977	3.440	6.417
Iscritti da altri comuni	5.997	6.013	12.010
Iscritti dall'estero	1.453	1.299	2.752
Altri iscritti	493	230	723
Cancellati per altri comuni	5.938	6.034	11.972
Cancellati per l'estero	720	722	1.442
Altri cancellati	839	443	1.282

FAMIGLIA E STATO CIVILE ANNO 2018	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
Popolazione residente in famiglia	207.808	220.298	428.106
Popolazione residente in convivenza	2.376	2.336	4.712
CELIBI/NUBILI	93.434	75.243	168.677
CONIUGATI/E	101.691	102.924	204.615
DIVORZIATI/E	7.983	10.734	18.717
VEDOVI/E	7.034	33.704	40.738

ASL AL	2010	2015	2018
Indice di carico per donna feconda (*100)	18,44	18,03	16,78
Indice di dipendenza strutturale (*100)	58,82	62,93	63,53
Indice di fecondità (*100)	35,18	33,47	30,50
Indice di ricambio (*100)	180,22	166,97	171,16
Indice di struttura della pop attiva (*100)	141,19	158,99	164,77
Indice di vecchiaia (*100)	225,26	237,82	247,99
Rapporto di mascolinità (*100)	93,14	93,42	94,41
Tasso di natalità (*1000)	7,35	6,52	5,91
Tasso di mortalità (*1000)	13,40	14,88	14,77
Tasso di immigrazione (*1000)	37,88	32,00	35,65
Tasso di emigrazione (*1000)	29,37	31,02	33,83
Tasso migratorio netto (*1000)	8,51	0,98	1,82
Età media femminile	48,45	49,26	49,76
Età media maschile	45,00	45,94	46,46
Età media totale	46,79	47,66	48,16

Fonte: PISTA - Piemonte STAtistica e B.D.D.E.

CAUSE DI MORTE

CAUSE DI MORTE ANNO 2016	Maschi	Femmine	Totale
Malattie dell'apparato circolatorio	995	1.331	2.326
Tumori maligni	905	759	1.664
Malattie dell'apparato respiratorio	208	172	380
Malattie del sistema nervoso	127	173	300
Stati morbosi e maldefiniti	93	173	266
Disturbi psichici	89	161	250
Malattie dell'apparato digerente	107	124	231
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche	98	130	228
Traumatismi e avvelenamenti	108	82	190
Malattie infettive	51	59	110
Malattie dell'apparato genito-urinario	50	49	99
Tumori benigni, in situ, incerti	55	43	98
Malattie osteomuscolari e del connettivo	6	27	33
Malattie del sangue, degli organi emopoietici e disordini immunitari	9	19	28
Malformazioni congenite e cause perinatali	11	5	16
Malattie della pelle e del sottocutaneo	3	4	7
Complicanze della gravidanza, del parto e del puerperio	-	2	2
TOTALE ASL AL	**2915**	**3313**	**6228**

ESENZIONI TICKET – RESIDENTI ASL AL (GIUGNO 2019)

	PATOLOGIE CRONICHE E INVALIDANTI		PATOLOGIE RARE		ESENTI INVALIDITA'		ESENTI PER REDDITO < 6 A. >65 A.	
FASCIA ETA'	CASI	% ASLAL su pop	CASI	% ASLAL su pop	CASI	% ASLAL su pop	CASI	% ASLAL su pop
0 anni	51	1,99%	4	0,16%	-	0,00%	412	16,09%
1-4 anni	361	3,12%	48	0,42%	55	0,48%	6.850	59,29%
5-14 anni	1.140	3,33%	203	0,59%	428	1,25%	2.960	8,65%
15-44 anni	11.092	8,54%	794	0,61%	2.334	1,80%		0,00%
45-64 anni	41.824	31,02%	790	0,59%	7.033	5,22%	693	0,51%
65-74 anni	34.912	63,41%	355	0,64%	5.077	9,22%	32.148	58,39%
75 anni ed oltre	45.816	70,73%	212	0,33%	13.901	21,46%	52.944	81,74%
TOTALE	**135.196**	**31,24%**	**2.406**	**0,56%**	**28.828**	**6,66%**	**96.007**	**22,18%**

DETTAGLIO PRIME 15 TIPOLOGIE DI ESENZIONI PER PATOLOGIE CRONICHE

TIPO ESENZIONE	TOTALE ASL AL	di cui per 65 anni e oltre	% >= 65 su totale
0A31 - Ipertensione Arteriosa senza Danno d'Organo	32.281	22.651	70%
013 - DIABETE MELLITO	24.456	17.274	71%
048 - SOGGETTI AFFETTI DA NEO.M.	15.900	9.421	59%
0A02 - Malattie Cardiache e del Circolo Polmonare	9.159	6.135	67%
0031 - Ipertensione Arteriosa con Danno d'Organo	7.455	6.025	81%
019 - GLAUCOMA	3.455	2.674	77%
025 - IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE IIA E	3.919	2.421	62%
024 - INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA	2.732	2.375	87%
016 - EPATITE CRONICA (ATTIVA)	3.630	1.664	46%
027 - IPOTIROIDISMO CONGENITO E ACQUISITO	4.904	1.609	33%
0C02 - Malattie delle Arterie, Arteriole, Capillari, Vene e Vasi Linfatici	1.851	1.215	66%
023 - INSUFFICIENZA RENALE CRONICA	1.561	1.033	66%
056 - TIROIDITE DI HASHIMOTO	4.555	1.003	22%
006 - ARTRITE REUMATOIDE	1.468	788	54%
007 - ASMA	3.639	503	14%

2.2 L'AMMINISTRAZIONE

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 affidatale 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.

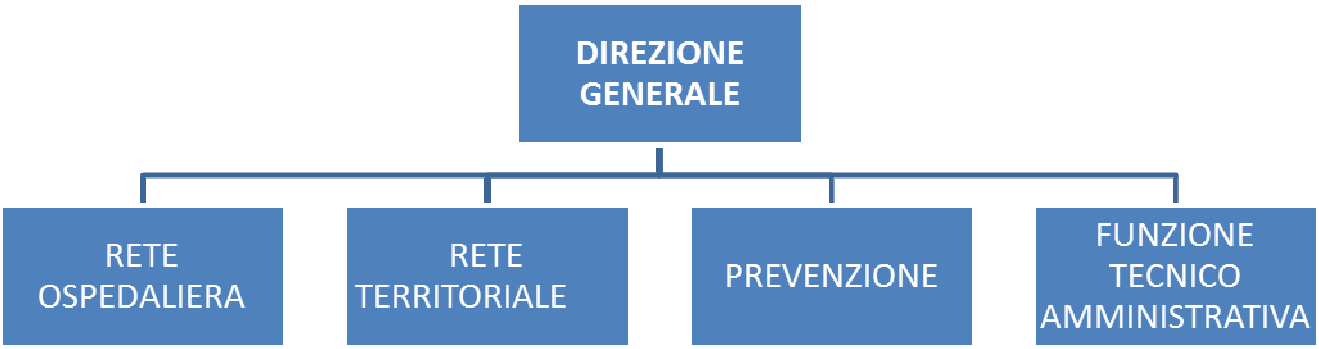
L'organizzazione aziendale assume a riferimento la distinzione fra funzioni strategiche e di governo poste in capo alla Direzione Aziendale e compiti gestionali e operativi attribuiti ai vari livelli organizzativi aziendali.

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

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.
Esso 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 I RISULTATI RAGGIUNTI

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 2019**
Controlli, vigilanza e ispezioni in materia di sicurezza alimentare :	1499
Attività di controllo su acque per uso umano:	1871
Provvedimenti e sanzioni :	504
Attività di 'counselling' nutrizionale (ore):	227
Sorveglianza nutrizionale soggetti in età pediatrica (progetto 'Okkio'):	NON PREVISTO
Sorveglianza nutrizionale	
– pareri su menù e tabelle dietetiche ristorazione scolastica:	327
– pareri su menù e tabelle dietetiche strutture socio-assistenziali:	111
Medicina dello Sport	
Visite	6502
Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP)	**Anno 2019**
Vaccinazioni obbligatorie e raccomandate	69.098
Vaccinazioni antinfluenzali	63.962
Vaccinazioni medicina dei viaggi	2.343
Controlli, vigilanza ed ispezioni	1.413
Sorveglianza malattie infettive – notifiche pervenute	1.098
Pareri edilizi	174
Provvedimenti e sanzioni	350
Conferenze dei servizi	213
Interventi di educazione sanitaria e promozione alla salute	153
Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro (SPRESAL)	**Anno 2019**
Ditte vigilate	1172
Interventi di vigilanza	1172
Cantieri Edili sottoposti a vigilanza	305
Infortuni sul lavoro indagati	125
Malattie Professionali indagate	93
Punti di prescrizione impartiti (art. 21 D.Lgs. 758/94)	453
Numero verbali	286
Piani di lavoro e notifiche amianto valutati	1016
Numero sopralluoghi effettuati	1028
Servizio Veterinario - Sanità Animale – Area A	**Anno 2019**
Attività S.O.C. Sanità Animale – Area A:	
Accessi dei veterinari di Area A in allevamenti per profilassi varie:	1.957
Prove di stalla effettuate per profilassi varie	2.920
Capi in allevamenti zootecnici provati	55.700

Animali d'affezione – profilassi rabbia e lotta al randagismo	
Cani censiti in anagrafe	82.779
Sedute di identificazione cani (veterinari ASL)	193
Cani identificati con microchip dal S. veterinario	3.497
Interventi di vigilanza per anagrafe canina	1.423
Passaporti per animali d'affezione rilasciati	912
Morsicature segnalate	221
Servizio VeterinarioIgiene degli alimenti di origine animale – Area B	**Anno 2019**
Impianti di macellazione	43
Altri impianti riconosciuti C.E.	53
Certificati export	148
Verifiche negli stabilimenti di produzione	140
Riscontro non conformità	20
Verifiche negli esercizi al dettaglio	343
Difformità alla normativa vigente	87
Visita ante e post mortem negli impianti di macellazione (bovini suini ed ovi–caprini)	11.944
Visita ante e post mortem negli impianti di macellazione:avicoli	2.228.300
Prelievo campioni alimenti	172
Sequestro merce	25T
Servizio Veterinario - Igiene degli allevamenti e produzioni zootecniche – Area C	**Anno 2019**
Strutture sanitarie abilitate alla cura degli animali d'affezione	87
Altri impianti riconosciuti C.E.	143
Monitoraggio resi alimentari c/o stabilimenti prodotti a base di latte industriali	0
Produzione primaria settore latte	78
Attività di vendita settore lattiero caseario	43
Ispezioni sottoprodotti Reg. CE 1069/2009	33
Audit sottoprodotti Reg. CE 1069/2009	18
Campionamenti eseguiti su latte e prodotti a base di latte	194
Sopralluoghi in allevamento come attività integrata A e C	46
Audit in allevamento come attività integrata A e C	0
Ispezioni effettuate presso OSM (operatori settore mangimi)	207
Audit effettuati presso OSM (operatori settore mangimi)	2
FARMACOSORVEGLIANZA VETERINARIA ispezioni effettuate	187
FARMACOSORVEGLIANZA VETERINARIA farmaco veterinario ricette pervenute	11777
CERTIFICAZIONI PER EXPORT PRODOTTI ALIMENTARI	125
CERTIFICAZIONI PER EXPORT PRODOTTI INTERMEDI Reg. CE 1069/2009	160
CERTIFICAZIONI PER EXPORT MANGIMI (alimenti per animali da compagnia)	260
Medicina Legale	**Anno 2019**
Prestazioni monocratiche	10.194
Prestazioni collegiali	23.007

Assistenza territoriale

Livello di assistenza	TIPO INDICATORE	ANNO 2019
Medicina generale	Ore apertura Guardia Medica	113.633
	Sedi di Guardia Medica	15
	Continuità Assistenziale – n.ro visite	63.014
	Medici di Medicina Generale	325
	- di cui operanti in medicina di associazione	*28*
	- di cui operanti in medicina di rete	*122*
	- di cui operanti in medicina di gruppo	*109*
	Equipe di MMG	27
	ADI – ADP numero interventi	65.994
	Pediatri di Libera Scelta	37
	- di cui operanti in medicina di associazione	*12*
	- di cui operanti in medicina di gruppo	*13*
	Bilanci di Salute	22.695
Emergenza sanitaria territoriale	Attività gestita da ASO AL	
Ass. farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate	Farmacie convenzionate	193
	Dispensari farmaceutici	39
	Costo complessivo	60.762.309
Ass. farmaceutica erogata per file F e primo ciclo (incluso farmaci H)	Costo distribuzione diretta	46.811.766
Ass. farmaceutica erogata per DPC	Costo farmaci in DPC	9.612.435
Assistenza Integrativa	Punti di erogazione territoriale	7
Assistenza Specialistica	Prestazioni complessive per ab	13,70
	Prestazioni di laboratorio per abitante	*9,89*
	Prestazioni TAC per abitante	*0,08*
	Prestazioni RMN per abitante	*0,08*
	Prestazioni terapia fisica per abitante	*0,20*
Assistenza Protesica	Assistiti a cui è stata erogata almeno 1 prestazione di assistenza protesica	7.314
Assistenza Idrotermale	Istituti termali nel territorio ASL	1
	Costo per assistenza idrotermale	1.346.387
Assistenza cure domiciliari sanitarie	anziani >= 65 anni – n.ro casi di assistenza in cure domiciliari sanitarie	12.408
Assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori)	Sedi consultoriali	24
	Prestazioni di consultorio	28.928
Assistenza psichiatrica	Centri di salute mentale	7
	Centri diurni a gestione diretta	1
	Servizi psichiatrici di diagnosi e cura	2
	Comunità protette a gestione diretta	1
	Gruppi appartamento	7
	Utenti in carico nei CSM	3.973
	Centri diurni – n.ro giornate	4.878
	Assistenza residenziale – n.ro casi	214
	Assistenza residenziale – n.ro giornate	63.472
	Assistenza territoriale – n.ro prestazioni	87.716
Assistenza riabilitativa ai disabili	Totale posti letto convenzionati per assistenza residenziale disabili (esclusi p.l. fuori ASL)	564

	Totale posti in Centri Diurni per disabili convenzionati	414
	Giornate di semiresidenzialità	45.001
	Giornate di residenzialità	141.922
Assistenza ai tossicodipendenti	SER.D	7
	Centri Diurni per tossicodipendenti e alcolisti a gestione diretta	1
	Utenti in carico	2.212
	Giornate di semiresidenzialità	1.280
	Giornate di residenzialità	11.684
Assistenza agli anziani	Posti letto RSA accreditati/ convenzionati compresi CAVS (esclusi p.l. fuori ASL)	3.631
	Posti in Centri Diurni per anziani accreditati/convenzionati	75
	Casi trattati in semiresidenzialità (prese in carico)	29
	Giornate di semiresidenzialità	1.816
	Casi trattati in residenzialità – RSA (prese in carico)	1.875
	Giornate di residenzialità	466.878
	Casi trattati in CAVS – residenziali	1.120
	Giornate CAVS – residenziali	22.269
Assistenza ai malati terminali	Posti letto Hospice a gestione diretta	24
	Giornate hospice per assistenza ai malati terminali	6.255

- **Assistenza ospedaliera**

Livello di assistenza	TIPO INDICATORE	VALORE 2019
Attività di Pronto Soccorso	Sedi DEA 1^ livello	2
	Sedi Pronto Soccorso	3
	Accessi in DEA/PS anno 2019	95.484
Assistenza Ospedaliera per acuti	Presidi Ospedalieri	5
	Posti letto Ricovero Ordinario (*)	598
	Posti letto DH/DS (*)	136
	Casi in DH/DS (produzione)	7.057
	Casi in Ricovero Ordinario (produzione)	20.211
	T.O. per 1000 assistiti DH/DS	41,11
	T.O. per 1000 assistiti R.O.	110,04
Assistenza Ospedaliera per Lungodegenti	Posti letto Ricovero Ordinario (*)	20
	Casi in Ricovero Ordinario (produzione)	0
	T.O. per 1000 assistiti R.O.	0,22
Assistenza Ospedaliera per Riabilitazione	Posti letto Ricovero Ordinario (*)	40
	Casi in Ricovero Ordinario/DH (produz.)	640
	T.O. per 1000 assistiti R.O./DH	9,39

(*) a seguito riorganizzazione Rete Ospedaliera

POO ASLAL - PRODUZIONE RICOVERI+DH ANNO 2019

PRESIDIO	REPARTO	ANNO 2019		ANNO 2018	
		Casi	Valore	Casi	Valore
TOTALE PPOO ASL AL		**27.908**	**79.923.132,73**	**28.810**	**81.096.775,12**
OSPEDALE S. SPIRITO DI CASALE	**TOTALE PO CASALE**	9.495	26.426.826,03	9.732	27.423.042,65
	08 - CARDIOLOGIA	537	1.755.139,00	574	1.895.059,20
	09 - CHIRURGIA GENERALE	862	3.154.250,80	888	3.674.556,67
	26 - MEDICINA GENERALE	2.017	6.203.062,00	1.944	6.014.326,60
	29 - NEFROLOGIA	155	407.855,00	144	436.731,00
	31 - NIDO	297	305.087,00	365	369.222,00
	32 - NEUROLOGIA	396	1.406.168,20	465	1.700.207,20
	34 - OCULISTICA	512	718.120,03	421	595.077,66
	35 - ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	59	35.267,00	53	39.534,00
	36 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	747	3.944.056,80	766	3.768.763,80
	37 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1.063	1.585.588,60	1.238	1.852.066,40
	38 - OTORINOLARINGOIATRIA	197	318.746,00	225	487.146,00
	39 - PEDIATRIA	4	462,00	8	1.232,00
	40 - PSICHIATRIA	328	561.901,20	330	543.588,00
	43 - UROLOGIA	395	835.408,00	426	909.917,00
	49 - TERAPIA INTENSIVA	818	1.907.462,20	809	1.765.995,80
	50 - UNITA' CORONARICA	83	219.412,00	83	192.842,60
	56 - RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	427	1.967.301,60	432	1.990.267,72
	58 - GASTROENTEROLOGIA	169	35.359,00	58	15.074,00
	64 - ONCOLOGIA	353	998.720,60	448	1.106.109,00
	67 - PENSIONATI	8	0,00		
	68 - PNEUMOLOGIA	68	67.459,00	55	65.326,00
OSPEDALE DI TORTONA	**TOTALE PO TORTONA**	4.293	13.879.998,20	4.455	13.352.554,20
	09 - CHIRURGIA GENERALE	1.192	2.766.908,00	1.494	3.762.821,40
	26 - MEDICINA GENERALE	1.427	4.810.775,60	1.431	4.608.255,40
	34 - OCULISTICA	32	32.429,00	49	47.846,00
	36 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	951	4.310.395,60	686	2.926.614,40
	38 - OTORINOLARINGOIATRIA	353	607.190,00	401	749.341,00
	39 - PEDIATRIA			8	2.240,00
	49 - TERAPIA INTENSIVA	260	1.338.517,00	332	1.245.949,00
	64 - ONCOLOGIA	76	13.783,00	53	9.487,00
	67 - PENSIONATI	2	0,00	1	0,00

PRESIDIO	REPARTO	ANNO 2019		ANNO 2018	
		Casi	Valore	Casi	Valore
OSPEDALE S. GIACOMO DI NOVI	**TOTALE PO NOVI LIGURE**	9.047	23.128.825,70	9.434	23.808.174,10
	01 - ALLERGOLOGIA	35	28.464,00	38	28.171,00
	08 - CARDIOLOGIA	658	1.911.066,60	644	1.940.223,00
	09 - CHIRURGIA GENERALE	975	2.706.366,00	991	2.877.860,60
	26 - MEDICINA GENERALE	1.694	5.441.172,50	1.556	4.741.255,40
	29 - NEFROLOGIA	147	506.481,00	174	571.703,60
	31 - NIDO	580	532.012,00	566	510.661,00
	32 - NEUROLOGIA	715	2.740.393,80	682	2.856.576,60
	34 - OCULISTICA	21	29.140,00	33	40.662,00
	36 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	233	847.763,80	393	1.688.675,40
	37 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1.574	2.310.912,40	1.772	2.577.961,00
	39 - PEDIATRIA	478	1.059.222,80	593	1.117.551,40
	40 - PSICHIATRIA	384	647.868,20	397	668.593,40
	43 - UROLOGIA	1.129	2.596.416,80	1.270	2.778.570,80
	49 - TERAPIA INTENSIVA	88	1.173.149,20	73	930.839,00
	50 - UNITA' CORONARICA	198	573.499,60	136	431.533,80
	58 - GASTROENTEROLOGIA	46	8.627,00	33	6.247,00
	64 - ONCOLOGIA	87	16.270,00	81	41.089,10
	67 - PENSIONATI	5	0,00	2	0,00
OSPEDALE CIVILE DI ACQUI TERME	**TOTALE PO ACQUI TERME**	3.900	11.772.616,60	3.948	11.620.441,60
	09 - CHIRURGIA GENERALE	983	2.548.743,20	959	2.320.933,60
	26 - MEDICINA GENERALE	1.665	5.185.002,00	1.738	5.266.240,00
	36 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	881	3.075.480,40	822	2.885.032,00
	38 - OTORINOLARINGOIATRIA	163	299.849,00	209	409.827,00
	43 - UROLOGIA	143	122.438,00	164	185.963,00
	49 - TERAPIA INTENSIVA	59	541.104,00	52	552.446,00
	67 - PENSIONATI	6	0,00	4	0,00
OSPEDALE CIVILE DI OVADA	**TOTALE PO OVADA**	1.173	4.714.866,20	1.241	4.892.562,57
	26 - MEDICINA GENERALE	862	2.973.313,50	929	3.024.657,40
	56 - RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	311	1.741.552,70	312	1.867.905,17

PPOO ASLAL - PRODUZIONE RICOVERI+DH ANNO 2019
SINTESI PER PRESIDIO OSPEDALIERO

	ANNO 2019		ANNO 2018	
	Casi	Valore	Casi	Valore
TOTALE ASL AL	**27.908**	**79.923.132,73**	**28.810**	**81.096.775,12**
OSPEDALE S. SPIRITO DI CASALE	9.495	26.426.826,03	9.732	27.423.042,65
OSPEDALE DI TORTONA	4.293	13.879.998,20	4.455	13.352.554,20
OSPEDALE S. GIACOMO DI NOVI	9.047	23.128.825,70	9.434	23.808.174,10
OSPEDALE CIVILE DI ACQUI TERME	3.900	11.772.616,60	3.948	11.620.441,60
OSPEDALE CIVILE DI OVADA	1.173	4.714.866,20	1.241	4.892.562,57

ACCESSI DEA /PS

ACQUI PS ACCESSI

COD URGENZA	ANNO 2017	ANNO 2018	ANNO 2019
BIANCO	546	568	574
VERDE	12.656	12.734	12.978
GIALLO	2.042	1.999	2.008
ROSSO	98	120	98
NERO	1		1
Totale complessivo	**15.343**	**15.421**	**15.659**
% accessi seguiti da ricovero	16,2%	14,9%	14,6%

NOVI DEA ACCESSI

COD URGENZA	ANNO 2017	ANNO 2018	ANNO 2019
BIANCO	839	943	1.009
VERDE	20.273	19.498	18.913
GIALLO	6.783	6.919	7.103
ROSSO	285	360	353
NERO		2	2
Totale complessivo	**28.180**	**27.722**	**27.380**
% accessi seguiti da ricovero	16,6%	17,6%	16,9%

OVADA PS ACCESSI

COD URGENZA	ANNO 2017	ANNO 2018	ANNO 2019
BIANCO	165	130	131
VERDE	5.715	6.323	6.475
GIALLO	754	835	868
ROSSO	16	17	26
NERO	1		
Totale complessivo	**6.651**	**7.305**	**7.500**
% accessi seguiti da ricovero	6,5%	7,0%	7,2%

TORTONA PS ACCESSI

COD URGENZA	ANNO 2017	ANNO 2018	ANNO 2019
BIANCO	638	553	686
VERDE	14.392	15.333	14.342
GIALLO	2.942	2.511	2.951
ROSSO	122	94	89
NERO			2
Totale complessivo	**18.094**	**18.491**	**18.070**
% accessi seguiti da ricovero	11,8%	12,2%	12,8%

CASALE DEA ACCESSI

COD URGENZA	ANNO 2017	ANNO 2018	ANNO 2019
BIANCO	1.349	1.076	1.378
VERDE	25.095	22.757	21.664
GIALLO	3.410	3.831	3.665
ROSSO	173	168	167
NERO	2		1
Totale complessivo	**30.029**	**27.832**	**26.875**
% accessi seguiti da ricovero	12,7%	14,4%	14,3%

A livello complessivo si registra un sostanziale mantenimento dei livelli di produzione dell'attività erogata in regime di ricovero, ambulatoriale e di DEA/PS non seguito da ricovero (-0,6% rispetto al 2018).

Il calo registrato sull'attività di ricovero ospedaliero (-1,4%) è interamente legato alle criticità dovute alla carenza di medici, principalmente in alcune aree produttive e strategiche della rete ospedaliera (Ortopedia, Anestesia, Ostetricia Ginecologia, Radiologia).

La sola realtà dell'Ortopedia di Novi Ligure, che da metà anno 2019 ha dovuto, per le gravissime carenze di organico, sospendere l'attività di elezione, ha registrato un calo di produzione pari ad -€ 840.000 (che copre quasi interamente il saldo negativo complessivo pari a -€ 1.174.000).

In lieve crescita l'attività ambulatoriale (+0,2%, +€ 101.000); occorre precisare che il dato di consuntivo 2019 tiene conto dell'intera produzione della Nefrologia / Dialisi per la quale negli ultimi 3 mesi del 2019 si sono registrati problemi tecnici per l'invio del relativo flusso informativo dell'attività erogata.

E' in corso il recupero e l'invio al CSI di tale produzione, per suo il riconoscimento in extracompetenza. In crescita l'attività di DEA / PS non seguita da ricovero: +4,8% pari a +€252.000.

In ambito territoriale e nel settore della prevenzione è stato garantito il mantenimento dei livelli assistenziali sulle varie sedi distrettuali.

In particolare si evidenzia lo sviluppo, con l'attivazione di nuove sedi operative, delle Case della Salute, programmate, strutturate e articolate secondo le indicazioni regionali, oltre che l'attivazione dell'Ospedale di Comunità di Ovada quale progetto sperimentale di assistenza territoriale con forte componente della professione infermieristica.

3 OBIETTIVI RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI

3.1 OBIETTIVI DEL PIANO DELLA PERFORMANCE – ANNO 2019

Nella presente sezione si relaziona sui risultati conseguiti relativamente al Piano della Performance per l'anno 2019 adottato con deliberazione n. 229 del 28.03.2019 l'ASL AL, 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 dal Piano Strategico 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 2019

DGR n. 4-92 del 19 luglio 2019.

TIPO OBIETTIVO 1	Budget 2019
TIPO OBIETTIVO 2	Prossimità e integrazione dei percorsi
TIPO OBIETTIVO 3	Accessibilità
TIPO OBIETTIVO 4	Qualità dell'assistenza
TIPO OBIETTIVO 5	Gestione della spesa relativa ai beni: farmaci e DM
TIPO OBIETTIVO 6	Digitalizzazione del SSR
OBIETTIVO SPECIFICO CON CARATTERE DI LATERALITA'	*Rispetto dei tempi di pagamento ex art. 1 comma 865 Legge 145/2018*

TABELLA RIASSUNTIVA

TIPO	OB	OBIETTIVO	PESO
Budget	1.1	Equilibrio economico finanziario e sostenibilità dell'SSR	33
Prossimità e integrazione dei percorsi	2.1	Continuità assistenziale e Programma Regionale Cronicità	3
Accessibilità	3.1	Tempi di attesa Ricoveri	5
	3.2	Tempi di attesa prestazioni di specialistica ambulatoriale	9
	3.3	Riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in DEA/PS	5
Qualità dell'assistenza	4.1	Area Osteomuscolare	4
	4.2	Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI	4
	4.3	Appropriatezza nell'assistenza al parto	4
	4.4	Area Chirurgia Generale: colecistectomia laparoscopica	4
	4.5	Screening oncologici	4
	4.6	Programma regionale prevenzione: coperture vaccinali	3
	4.7	Donazione organi	2
	4.8	Adesione al Programma ERAS "Enhanced Recovery After Surgery "	2
	4.9	Umanizzazione dei percorsi ed empowerment del paziente	2
Gestione della spesa relativa ai beni: farmaci e DM	5.1	Affidabilità dati rilevati da flussi informativi della farmaceutica	4
	5.2	Assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera: appropriatezza prescrittiva e riduzione variabilità	4
	5.3	Miglioramento della qualità del flusso informativo dei dispositivi medici	4
Digitalizzazione del SSR	6.1	Fascicolo sanitario elettronico e servizi on Line	4
TOTALE			**100**

OBIETTIVO SPECIFICO CON CARATTERE DI LATERALITA'
Rispetto dei tempi di pagamento ex art. 1 comma 865 Legge 145/2018

A partire dall'esercizio 2019, con l'introduzione dell'obiettivo di rispetto dei tempi di pagamento in capo ai dirigenti generali delle Pubbliche Amministrazioni, è stata attivata, sulla Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC) del Ministero Economia e Finanze (MEF), la rilevazione dei tempi di pagamento ed il calcolo dell'Indice di Tempestività dei pagamenti (ITP), finalizzata alla valutazione del risultato rispetto all'obiettivo prefissato.

Dai dati forniti dalla PCC ai fini della predisposizione del documento di certificazione del debito ex L.145/2018 risulta che il **tempo medio ponderato di pagamento** per l'ASL di Alessandria sui pagamenti delle fatture 2019 **è di 55 giorni**, ed un **tempo medio ponderato di ritardo di – 5 giorni**, in quanto il tempo limite per i pagamenti delle Aziende Sanitarie Locali resta stabilito in 60 giorni.

Tale rilevazione è complementare al calcolo dell'Indice di Tempestività dei Pagamenti, che per l'anno 2019, dalla rilevazione della PCC, risulta essere così articolato:

1 trimestre 2019	-18.53
2 trimestre 2019	13.38
3 trimestre 2019	-5.69
4 trimestre 2019	-10.93
anno	-4.21

Mentre per l'anno 2018, sempre da PCC, il dato risulta essere:

1 trimestre 2018	27.72
2 trimestre 2018	34.77
3 trimestre 2018	21.66
4 trimestre 2018	-11.4
anno	17.93

L'Azienda, in base alle disposizioni di legge, è tenuta alla rilevazione trimestrale dell'ITP, ed alla sua pubblicazione sul sito aziendale nella sezione Amministrazione Trasparente.

La serie storica dei dati elaborati dall'Azienda risulta la seguente:

2019	-17,92
IV trim 2019	-14,85
III trim 2019	-12,04
II trim 2019	-9,71
I trim 2019	-17,57
2018	31,42
IV trim 2018	-0,69
III trim 2018	23,47
II trim 2018	29,89
I trim 2018	31,2
2017	57,44
IV trim 2017	59,05
III trim 2017	47,86
II trim 2017	44,55
I trim 2017	80,95
2016	97,14
IV trim 2016	91,86
III trim 2016	97,5
II trim 2016	127,01
I trim 2016	78,25
2015	80,14
IV trim 2015	46,2
III trim 2015	74,54
II trim 2015	140,38
I trim 2015	124,83
2014	158,96

Come è dato osservare, pur utilizzando lo stesso criterio di calcolo, permane una differenza tra il dato rilevato in PCC e quello desunto dalla contabilità aziendale, riconducibile alle motivazioni, qui sinteticamente esposte:

- rilevazione in contabilità aziendale dei termini di differimento scadenza a seguito contenzioso in essere, che non risultano attualmente aggiornati in PCC;
- mancato avvio, nonostante l'acquisizione e la predisposizione degli ambienti operativi, dell'aggiornamento web service tra programma gestionale di contabilità e PCC, per continui scarti del certificato informatico necessario per il collegamento, da parte della PCC;
- conseguente rilevazione ed aggiornamento manuale dei dati, con tempi dilatati rispetto all'acquisizione informatica.

1. Budget

OBIETTIVO 1.1

EQUILIBRIO ECONOMICO FINANZIARIO E SOSTENIBILITÀ DELL'SSR

Gli Enti del SSR in applicazione alle linee di programmazione sanitaria regionale, nel rispetto delle normative regionali e nazionali vigenti (es. D.Lgs 118/2011 e smi) e delle risorse assegnate con la D.G.R. n. 23-8257 del 27/12/2018 e s.m.i., dovranno assicurare il sostanziale pareggio di bilancio aziendale sia in sede di adozione dei Bilanci Preventivi economici, sia in itinere nei Conti Economici Trimestrali che, in particolare, in sede di adozione del Bilancio d'esercizio aziendale a consuntivo.

<table>
<tr><th>Articolazione obiettivo</th><th>Consuntivo 2019</th></tr>
<tr><td>Consuntivo 2019 <= 2018:
Spesa consuntiva 2019 poste pari o inferiori rispetto al Bilancio Consuntivo 2018</td><td>Obiettivo da valutarsi in sede di consuntivo anno 2019.
Si evidenzia che i costi operativi interni ed esterni nel complesso nel 2019 non sono incrementati rispetto al 2018, conseguenza delle azioni di contenimento poste in atto e del continuo monitoraggio dei fattori produttivi.</td></tr>
<tr><td>Produzione 2019 >= 2018:
Produzione sanitaria consuntiva 2019 (prestazioni di Ricovero e Ambulatoriali e PS non seguito da ricovero) pari o superiore rispetto alla programmazione definita nei Piani di efficientamento 2019</td><td>
<table>
<tr><th colspan="4">PRODUZIONE ANNI 2018 - 2019</th></tr>
<tr><th></th><th>ANNO 2018</th><th>ANNO 2019</th><th>VAR %</th></tr>
<tr><td>RICOVERI</td><td>81.096.775</td><td>79.923.133</td><td>-1,4%</td></tr>
<tr><td>AMBULATORIALE</td><td>45.444.988</td><td>45.546.168</td><td>0,2%</td></tr>
<tr><td>DEA / PS</td><td>5.191.413</td><td>5.442.919</td><td>4,8%</td></tr>
<tr><td>TOTALE</td><td>131.733.175</td><td>130.912.220</td><td>-0,6%</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Previsione 2020 entro 31.12.2019</td><td>Il Bilancio di Previsione anno 2020 è stato redatto secondo tempistiche e le indicazioni definite dalla Regione Piemonte (31.12.2019) e adottato con deliberazione del Commissario ASL AL n. 871 del 31.12.2019</td></tr>
</table>

INDICATORE N. 1 - Spesa consuntiva 2019:

La valutazione definitiva sull'andamento di tale sotto-obiettivo è rinviata all'adozione del Bilancio consuntivo anno 2019.

Analizzando l'andamento del Bilancio di verifica IV trimestre 2019, tra le diverse voci di costo, si evidenzia il contenimento del costo del personale, anche legato alla difficoltà di reclutamento di professionalità mediche, con contestuale parziale incremento dei costi per consulenze sanitarie, al fine di garantire il funzionamento dei servizi sanitari.

Le maggiori criticità per quanto riguarda l'incremento dei costi riguardano la spesa per farmaci (prevalentemente oncologici), dispositivi medici (in particolare in ambito territoriale per i nuovi dispositivi per il controllo della glicemia), consulenze sanitarie (necessità di acquisire all'esterno nuove professionalità per garantire il funzionamento dei servizi sanitari, a fronte della sopravvenuta carenza di medici), premi di assicurazione per responsabilità civile verso terzi per adeguamento dei premi.

I ricavi hanno registrato una forte diminuzione (-€5.090.000) dovuta principalmente al saldo mobilità, a seguito dell'incremento della mobilità passiva per ricoveri di alta complessità verso l'ASO AL e dell'incremento della distribuzione diretta di farmaci sia in Regione Piemonte sia fuori Regione (complessivamente il saldo mobilità registra +€7.218.000, +3,99%);

Sul risultato d'esercizio incidono infine le poste straordinarie che, in sede di Bilancio di verifica IV trimestre 2019, registrano una diminuzione di €5.582.000 (-43,17%), poiché nel 2018 erano stati iscritte poste straordinarie legate a finanziamenti esercizi pregressi (conto 4700301) per €7.273.000 non registrate nel 2019.

INDICATORE N. 2 - Produzione sanitaria consuntiva 2019

A livello complessivo si registra un sostanziale mantenimento dei livelli di produzione dell'attività erogata in regime di ricovero, ambulatoriale e di DEA/PS non seguito da ricovero (-0,6% rispetto al 2018).

Il calo registrato sull'attività di ricovero ospedaliero (-1,4%) è interamente legato alle criticità dovute alla carenza di medici, principalmente in alcune aree produttive e strategiche della rete ospedaliera (Ortopedia, Anestesia, Ostetricia Ginecologia, Radiologia).

La sola realtà dell'Ortopedia di Novi L., che da metà anno 2019 ha dovuto, per le gravissime carenze di organico, sospendere l'attività di elezione, ha registrato un calo di produzione pari ad -€840.000 (che copre quasi interamente il saldo negativo complessivo pari a -€1.174.000).

In lieve crescita l'attività ambulatoriale (+0,2%, +€101.000); occorre precisare che il dato di consuntivo 2019 tiene conto dell'intera produzione della Nefrologia / Dialisi per la quale negli ultimi 3 mesi del 2019 si sono registrati problemi tecnici per l'invio del relativo flusso informativo dell'attività erogata.

E' in corso il recupero e l'invio al CSI di tale produzione, per suo il riconoscimento in extracompetenza.

In crescita l'attività di DEA / PS non seguita da ricovero: +4,8% pari a +€252.000.

Alla luce di tali dati e per le motivazioni sopra elencate, non risultano raggiunti i livelli di produzione previsti nel Piano Efficientamento 2019 per quanto riguarda i ricoveri (previsto +€1.200.000 di produzione); si può considerare raggiunto il livello di produzione previsto per la specialistica ambulatoriale (previsti +€280.000, risultato +€101.000), tenuto conto anche del risultato dell'attività del DEA / PS non seguita da ricovero (+€252.000)

Per gli aggiornamenti al risultato del Bilancio Consuntivo 2019, si rimanda al capitolo 4.1 – "Efficienza ed economicità" della presente relazione.

2. Prossimità e integrazione dei percorsi

OBIETTIVO 2.1

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE E PROGRAMMA REGIONALE CRONICITÀ

La Regione Piemonte ha avviato da diversi anni una progressiva revisione dei modelli organizzativi e delle metodologie di sviluppo che partecipano alla riorganizzazione della continuità assistenziale recependo in ultimo nel 2018 gli obiettivi prioritari previsti dal Piano Nazionale Cronicità (DGR 306-29185 del 10/07/2018). Nello specifico tali interventi si prefiggono di rispondere ai seguenti obiettivi:

-Collegare la prevenzione con le cure primarie

-Integrare sociale e sanitario

-Abilitare il lavoro in team

-Aumentare la domiciliarizzazione

-Empowerment, risultati di salute e contrasto alle disuguaglianze

Articolazione obiettivo	Consuntivo 2019
Presenza Nucleo Osp. C.A. - Nucleo Distr. C.A.: Presenza in ogni Presidio Ospedaliero e in ogni Distretto aziendale, rispettivamente del Nucleo Ospedaliero di Continuità Assistenziale e del Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure come previsti, anche in termini di profili professionali e modalità operative, dall'All. A ex DGR n. 27-3628/2012 e s.m.i.	L'ASL AL ha già avviato i N.D.C.C. ed i N.O.C.C. che fanno capo alla Centrale Operativa Aziendale per la Continuità Assistenziale Individuazione della **Centrale Operativa Aziendale per la Continuità Assistenziale** con deliberazione ASL AL n.995 dell'11.12.2014 Individuazione dei **N.D.C.C.** e **N.O.C.C.** con deliberazione ASL AL n. 837 del 14.12.2016
Proposta Piano Aziendale Cronicità: Definizione della proposta di Piano Aziendale della cronicità secondo i contenuti e i tempi previsti dall'Assessorato	Proposta Piano Aziendale Cronicità: trasmissione del Piano come da tempistiche definite da RP (entro 30.10.2019) con nota prot. 110503 del 29.10.2019

3. ACCESSIBILITA'

OBIETTIVO 3.1

TEMPI DI ATTESA RICOVERI

In continuità con gli obiettivi previsti nelle annualità precedenti, al fine di migliorare il rispetto dei tempi di Attesa per i ricoveri con codice di priorità A (max. 30 gg) e B (max. 60 gg) dei pazienti trattati in degenza ordinaria, per gli interventi previsti dal PNLGA, si definisce l'obiettivo di rispetto per almeno il 90% dei casi del tempo massimo previsto dal codice. Per l'annualità 2018 le procedure oggetto di monitoraggio sono integrate con i codici previsti dal PNE. In continuità con quanto previsto negli anni precedenti, si pone come obiettivo il rispetto dei tempi di attesa per i ricoveri con codice di priorità A (max 30gg) e B (max 60gg) dei pazienti trattati in degenza ordinaria, per gli interventi previsti dal PNLGA 2019-2021. Per l'annualità 2019 le procedure oggetto di monitoraggio sono integrate con i codici previsti dal PNE.

Articolazione obiettivo	Consuntivo 2019
Interventi da PNGLA - Codici priorità A e B: rispetto dei tempi di attesa per i ricoveri con codice di priorità A (max 30gg) e B (max 60gg) per gli interventi previsti dal PNLGA 2019-2021	

TEMPO ATTESA INTERVENTI - RICOVERI ORDINARI / DAY HOSPITAL
PERIODO 1.01.2019 - 31.12.2019

TIPO INT	Ospedale	Classe Prenotazione					
		A - Classe A			B - Classe B		
		CASI TOT	ENTRO SOGLIA	*% entro soglia*	CASI TOT	ENTRO SOGLIA	*% entro soglia*
Colecistectomia laparoscopica	TOTALE	62	30	*48%*	195	86	*44%*
Emorroidectomia	TOTALE	11	6	*55%*	45	14	*31%*
Protesi d'anca	TOTALE	7	5	*71%*	50	38	*76%*
Riparazione ernia inguinale	TOTALE	68	22	*32%*	271	85	*31%*
Tumore colon	TOTALE	86	79	*92%*	3	3	*100%*
Tumore mammella	TOTALE	294	258	*88%*	13	12	*92%*
Tumore prostata	TOTALE	6	5	*83%*	4	3	*75%*
Tumore retto	TOTALE	21	16	*76%*			
Tumore utero	TOTALE	9	7	*78%*	6	6	*100%*

La casistica risulta limitata (al di sotto dei 10 casi) per emorroidectomia (classe A), protesi anca (classe A), tumore colon (classe B), tumore prostata e tumore utero (da indicazioni regionali la valutazione dovrebbe essere esclusa per settori che presentano un numero limitato di episodi).

Dal mese di ottobre risulta fuori standard l'intervento tumore mammella classe A (88% - 36 casi fuori standard su 294), mentre è rientrata la classe B (92%). Rientra nello standard da ottobre l'intervento tumore colon classe A (92% - 7 casi fuori standard su 86).

Al riguardo si procede ad inviare i dati periodicamente circa l'andamento dell'obiettivo alle SS.CC / SS.SS coinvolte per l'analitica verifica di concerto fra Direzione di Presidio e Direttore di Struttura. Per favorire e determinare la migliore gestione dell'obiettivo è stato avviato un sistema di monitoraggio con cadenza bimensile del rispetto dei tempi di attesa degli interventi chirurgici monitorizzati da parte degli operatori amministrativi della Direzione di Presidio del Nucleo SDO, mediante analisi delle liste di attesa sul software ADT; in caso di criticità il personale amministrativo informa la Direzione Medica di Presidio che provvede ad inoltrare comunicazione formale e contatto diretto con il Responsabile del Reparto interessato per approfondimento e sollecito ai provvedimenti necessari atti a rispettare la tempistica prevista dalla classe di priorità.

OBIETTIVO 3.2

TEMPI DI ATTESA DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Con Intesa della Conferenza Stato Regioni n. prot. 28/CSR del 21.02.2019 è stato approvato il nuovo PNGLA per il triennio 2019 – 2021, in corso di recepimento da parte della Regione Piemonte

All'interno di tale cornice l'obiettivo si prefigge di misurare, attraverso indicatori trasparenti ed efficaci, la capacità di risposta tempestiva del SSR nell'erogazione di prestazioni ambulatoriali al cittadino.

Pertanto, si richiede di lavorare sul miglioramento della capacità dell'organizzazione di rispondere alla richiesta di prestazioni sanitarie ambulatoriali attraverso la diminuzione, qualora si superi lo standard regionale come da DGR 30-3307/2016 e s.m.i., del tempo medio di erogazione delle prestazioni nel rispetto dell'appropriatezza prescrittiva riferita alla distinzione tra primo accesso/altro accesso, data dal quesito diagnostico, nonché delle classi di priorità U/B/D/P.

L'obiettivo si compone di tre sub-obiettivi:

1. Adeguamento del tempo medio di attesa (indice di performance) allo standard regionale stabilito dalla Direzione Sanità per le singole prestazioni oggetto di monitoraggio (ex. DGR 30-3307/2016 e s.m.i.). Per le ASL l'obiettivo è da intendersi nella prospettiva della tutela pertanto il monitoraggio sarà relativo al consumo dei residenti del proprio territorio a prescindere da chi eroga la prestazione (pubblico e privato).

2. Implementazione del modello RAO per gastroenterologia (ex DD 259 del 10.04.2019)

3. Partecipazione alla definizione del nuovo modello di monitoraggio regionale dei tempi di attesa della specialistica ambulatoriale.

Articolazione obiettivo	Consuntivo 2019
Tempi attesa entro standard regionale (Tutela): Adeguamento del tempo medio di attesa (indice di performance) allo standard regionale stabilito dalla Direzione Sanità per le singole prestazioni oggetto di monitoraggio. Per le ASL l'obiettivo è da intendersi nella prospettiva della tutela pertanto il monitoraggio sarà relativo al consumo dei residenti del proprio territorio a prescindere da chi eroga la prestazione (pubblico e privato)	VEDERE ALLEGATO prestazioni fuori standard: visita endocrinologica visita oculistica ecografia ostetrica colonscopia spirometria globale fotografia del fundus - per occhio elettromiografia semplice elettromiografia
Mod. RAO per gastroenterologia: Implementazione del modello RAO per gastroenterologia (ex DD 259 del 10.04.2019) Stante l'implementazione del flusso DEM	1. Revisione agende prenotazione CUP di Gastroenterologia con inserimento posti di priorita secondo modello RAO 2. Predisposizione nota a firma Direttore Sanitario Aziendale per diffusione alle SSCC, PPOO, Distretti e SSD Gastroenterologia ed Endoscopia della DD Regione Piemonte n. 257 del 10.04.2019: Aggiornamento dei criteri per l'individuazione delle classi di priorità cliniche per alcune prestazioni specialistiche ambulatoriali della branca di Gastroenterologia - Prot. n. 84295/19.08.2019 3. Predisposizione nota a firma Direttore SSCC Direzione Sanitaria PO Casale e Novi per diffusione alla SSCC della DD Regione Piemonte n. 257/10.04.2019 4. Predisposizione nota a firma Direttori SSCC Distretti per diffusione ai MMG e PLS della DD Regione Piemonte n. 257/10.04.2019 5. Verifica con il Responsabile SSD Gastroenterologia ed Endoscopia dell'appropriatezza prescrizioni dematerializzate di colonscopie e gastroscopie. Su un totale di 107 ricette analizzate e riferite ai mesi di ottobre e novembre 2019 risulta il 63% di codici di priorità D e P appropriati; sul totale ricette il 37% di prescrizioni B sono risultate 35,5% appropriate e 64% non appropriate. Le ricette sono state inviate, con nota prot. 132632 del 18.12.2019 dal Direttore SC Direzione Sanitaria PO di Casale al Responsabile Funzioni Amm.ve Unificate Distrettuali per l'invio ai Direttori dei Distretti, al fine della condivisione con il MMG prescrittori nelle UCAD
Incontri per definizione modello monitoraggio regionale: Partecipazione alla definizione del nuovo modello di monitoraggio regionale dei tempi di attesa della specialistica ambulatoriale	Partecipazione a tutti i 3 incontri programmati dalla Regione Piemonte nelle seguenti date: 28.03.2019 - 15.05.2019 - 21.11.2019

Allegato sub obiettivo 1

ASL AL - OB.2019 - TEMPI ATTESA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

			T.A. MEDIO (TUTELA)	
n	PRESTAZIONE	STANDARD	12m2018	12m2019
1	89.7 - PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	30	23,31	22,88
2	89.7 - PRIMA VISITA CHIRURGIA VASCOLARE	30	25,28	18,47
3	89.7 - PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA	30	38,19	32,53
4	89.13 - PRIMA VISITA NEUROLOGICA	30	26,71	26,08
5	95.02 - ESAME COMPLESSIVO OCCHIO (PRIMA VISITA OCULISTICA)	30	42,79	39,61
6	89.7 - PRIMA VISITA ORTOPEDICA	30	22,51	26,01
7	89.26 - PRIMA VISITA GINECOLOGICA	30	10,61	14,05
8	89.7 - PRIMA VISITA ORL	30	26,02	29,20
9	89.7 - PRIMA VISITA UROLOGICA	30	15,06	17,80
10	89.7 - PRIMA VISITA DERMATOLOGICA	30	39,28	24,28
11	89.7 - PRIMA VISITA FISIATRICA	30	21,92	29,79
12	89.7 - PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	30	29,30	27,94
14	89.7 - PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA	30	19,18	19,50
15	87.37.1 - MAMMOGRAFIA BILATERALE	40	34,21	23,36
16	87.37.2 - MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	40	33,69	27,30
17	87.41 - TC TORACE	30	11,47	14,79
18	87.41.1 - TC TORACE, SENZA E CON CONTRASTO	30	17,92	20,81
19	88.01.1 - TC ADDOME SUPERIORE	30	7,89	12,61
20	88.01.2 - TC ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	30	16,40	19,29
21	88.01.3 - TC ADDOME INFERIORE	30	9,00	10,03
22	88.01.4 - TC ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	30	17,46	12,63
23	88.01.5 - TC ADDOME COMPLETO	30	8,30	9,98
24	88.01.6 - TC ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO	30	16,38	19,80
25	87.03 - TC CAPO	30	8,42	11,22
26	87.03.1 - TC CAPO, SENZA E CON CONTRASTO	30	11,86	15,85
27	88.38.1 - TC RACHIDE E SPECO VERTEBRALE	30	6,30	6,81
30	88.38.2 - TC RACHIDE E SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO	30	5,46	7,75
33	88.38.5 - TC BACINO	30	5,84	6,81
34	88.91.1 - RM CERVELLO E TRONCO ENCEFALICO	30	9,34	13,87
35	88.91.2 - RM CERVELLO E TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO	30	12,75	19,20
36	88.95.4 - RM ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO	30	9,16	6,96
37	88.95.5 - RM ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO	30	6,86	8,35
38	88.93 - RM COLONNA	30	6,40	9,41
39	88.93.1 - RM COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO	30	12,25	17,26
40	88.71.4 - DIAGNOSTICA ECOGRAFICA CAPO E COLLO	40	16,01	19,09
41	88.72.6 - ECOCARDIOGRAFIA	40	34,02	34,83
42	88.73.5 - ECO(COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI	40	25,49	24,93
43	88.74.1 - ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE	30	22,69	23,47
44	88.75.1 - ECO ADDOME INFERIORE	30	15,20	18,74
45	88.76.1 - ECO ADDOME COMPLETO	30	13,52	15,67
46	88.73.1 - ECO MAMMELLA (bilaterale)	30	28,50	19,68
47	88.73.2 - ECO MAMMELLA (monolaterale)	30	17,38	10,31
48	88.78 - ECOGRAFIA OSTETRICA	11	6,53	17,09
49	88.78.2 - ECOGRAFIA GINECOLOGICA	30	6,62	8,08
50	88.77.2 - ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA ARTI SUP. O INF. O DISTRETTUALE	30	18,60	17,18
51	45.23 - COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	30	54,92	50,27
52	45.42 - POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA INTESTINO CRASSO	30	6,07	1,95
53	45.24 - SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	30	24,38	27,72
54	45.13 - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]	30	27,37	26,25
55	45.16 - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA	30	0,00	0,00
56	89.52 - ELETTROCARDIOGRAMMA	30	25,04	24,50
57	89.50 - ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO	40	28,88	30,86
58	89.41 - TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE	40	28,34	38,98
59	89.44 - ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO	40	0,00	0,00
60	95.41.1 - ESAME AUDIOMETRICO TONALE	40	26,22	33,07
61	89.37.1 - SPIROMETRIA SEMPLICE	40	35,66	34,83
62	89.37.2 - SPIROMETRIA GLOBALE	40	58,31	47,25
63	95.11 - FOTOGRAFIA DEL FUNDUS - Per occhio	30	85,69	87,25
64	93.08.1 - ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE (EMG)	30	63,02	55,11
	ELETTROMIOGRAFIA	30	30,69	36,15

Approfondimento Sub – Obiettivo 1: Adeguamento del tempo medio di attesa allo standard regionale

Azioni attivate ed intraprese

1. monitoraggio tempi attesa: invio ai Responsabili con specialità fuori standard di comunicazione con invito ad adottare specifiche azioni correttive utili al rientro nei valori prescritti o quantomeno ad una riduzione dei tempi di attesa;
2. sollecitazione degli Specialisti ospedalieri a aperture agende SPOT mensili in caso di disponibilità di più specialisti di branca (es. doppia sala endoscopia, neurologia, endocrinologia , radiologia, ecc.)
3. implementazione ulteriore reportistica di monitoraggio con indicatori analitici per mese sia sulle prestazioni erogate che per il giorno indice, per singolo erogatore e sede (dati di produzione residenti e non residenti) al fine di attuare ulteriori possibili azioni correttive
4. monitoraggio, in collaborazione con i colleghi medici delle Direzioni Presidi Ospedalieri, Distretti e amministrativi del governo CUP, delle richieste di sospensioni attività ambulatoriali da programmare (ferie, convegni ecc.) attivando azioni correttive per contenere i tempi di attesa
5. applicazione Deliberazione Direzione Generale 724/2018 prestazioni aggiuntive. Si evidenzia che non tutti gli specialisti dipendenti con esclusività di rapporto interpellati hanno aderito al progetto. Nel 2019 sono state consumate n.114 ore di prima visita oculistica con produzione di n. 312 prestazioni aggiuntive; sono state consumate 12 ore di prima visita endocrinologica con produzione di n.36 prestazioni aggiuntive; sono state consumate 66 ore di colonscopia con produzione di n.81 prestazioni aggiuntive; sono state consumate 133,5 ore di radiologia SC Novi con produzione di n.246 prestazioni aggiuntive.
6. redazione con il gruppo progetto CUP di area omogenea Piemonte Sud –Est, del Regolamento per la prescrizione, prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, gestione agende, monitoraggio tempi di attesa (Del. Direzione Generale n.379 del 31.5.2019 - ALLEGATA).

Nel periodo di riferimento gennaio – dicembre 2019 la rilevazione, redatta nell'ottica della "tutela" dei residenti ASL AL, identifica il tempo d'attesa medio per le prestazioni erogate agli assistiti ASL AL da tutti gli erogatori, pubblici e privati, del Piemonte.
Le prestazioni monitorate non sono più 42 (come nel 2018) ma 65; in alcuni casi alcune prestazioni, prima lette congiuntamente, sono state sdoppiate.

Sulle prestazioni monitorate risultano fuori standard 8 casi:

1. visita endocrinologica (scostamento moderato rispetto standard, in netto miglioramento)
2. visita oculistica (in miglioramento rispetto 2018)
3. ecografia ostetrica (in lieve peggioramento rispetto a novembre 2019)
4. colonscopia (in miglioramento come dato di tutela e di produzione rispetto a novembre)
5. spirometria globale (dato di produzione nello standard)
6. fotografia del fundus - per occhio (in lieve miglioramento dato di tutela e produzione rispetto a novembre 2019)
7. elettromiografia semplice (in peggioramento rispetto novembre 2019)
8. elettromiografia (aggregato di più codici prestazioni) (produzione stabile rispetto novembre 2019)

Rispetto ai primi 11 mesi è rientrata nello standard la prestazione "test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile" 38,98gg rispetto a 40gg di standard)

Occorre però precisare che

- fotografia del fundus - per occhio: prestazione numericamente poco significativa (118 prestazioni complessive in 12 mesi 2019) - non viene più monitorato il fundus oculi molto più significativo in termini numerici)
- spirometria globale: fuori standard (1.507 prestazioni complessive in 12 mesi 2019), entro standard su spirometria semplice numericamente ben più significativa (5.904 prestazioni complessive in 12 mesi 2019)

Non risultano effettuati:

45.16 - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA

89.44 - ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO

OBIETTIVO 3.3

RIDUZIONE DEL TEMPO DI PERMANENZA DEI PAZIENTI IN DEA/PS

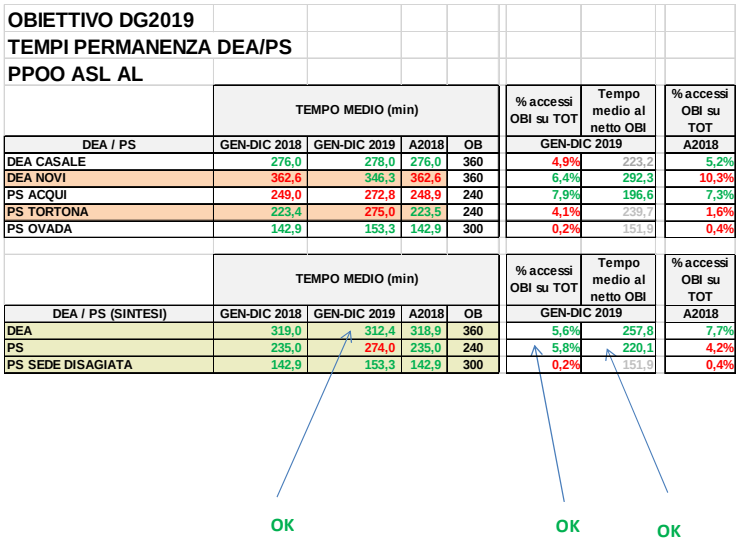
Il tempo di permanenza dei pazienti in PS (Length of Stay - LOS) è considerato in letteratura un valido indicatore di outcome della gestione complessiva del percorso di assistenza del paziente in PS. Nello specifico tale indicatore è direttamente influenzato da una serie di variabili gestibili sia da parte dell'organizzazione stessa che dalla cooperazione tra servizi territoriali e ospedalieri quali ad es.: organizzazione del personale, gestione del triage, utilizzo dei pl nei reparti, OBI, MCAU, etc..

Al fine di adeguare i flussi informativi alle indicazioni ministeriali e supportare le Aziende nel monitoraggio dei dati utili per la gestione del PS secondo un modello consolidato input-throughput-output, la Regione Piemonte con D.D. 885 del 23 dicembre 2016 all'ALL 2 ha approvato l'aggiornamento del disciplinare tecnico relativo al flusso C2 integrando ulteriori campi che consentono di tracciare il percorso dei pazienti all'interno del PS.

Il presente obiettivo ha dunque 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.

Tale obiettivo si colloca altresì nel percorso di adeguamento della normativa regionale rispetto agli indirizzi in materia formulati dalla Commissione Emergenza Urgenza presso il Ministero della Salute e ad oggi in corso di approvazione da parte della Conferenza delle Regioni.

Obiettivo 2019	Sub-obiettivo	Punti	Articolazione obiettivo	Consuntivo 2019
3. Accessibilità	3.3 Riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in DEA/PS	5,00	Valore medio regionale per ciascun livello organizzativo di complessità assistenziale individuato dalla rete di Emergenza Urgenza	

In base al dato dei 12 mesi 2019 risulta **entro l'obiettivo il dato totale DEA** (in miglioramento rispetto al 2018), mentre risulta fuori standard il dato totale PS (in peggioramento rispetto al 2018); il PS Ovada - sede disagiata rientra (ampiamente) entro lo standard (in peggioramento però rispetto al 2018).

A livello di singola sede:

DEA Casale M.: entro standard stabile rispetto al 2018

DEA Novi L.: entro standard in netto miglioramento rispetto al 2018

PS Acqui T.: fuori standard in peggioramento rispetto al 2018

PS Tortona: fuori standard in netto peggioramento rispetto al 2018

PS Ovada: entro standard in peggioramento rispetto al 2018

Sulla base di quanto previsto dalla DGR di attribuzione degli obiettivi DG2018 e di quanto evidenziato nel tavolo di monitoraggio regionale, sono evidenziate le % di accessi OBI sul totale accessi (range regionale accettato dal 5% al 10%):

- DEA Casale M: 4,9% (di poco fuori range)
- DEA Novi L. 6,4% (nel range)
- PS Acqui T. 7,9% (nel range)
- PS Tortona 4,1% (fuori range) - si registra netto miglioramento rispetto mesi precedenti
- PS Ovada 0,2% (fuori range) - non dovrebbero esserci casi OBI

Alla luce della DGR regionale, dai tempi di Novi L. e Acqui T. si possono quindi sterilizzare gli accessi OBI, per cui i tempi di permanenza scendono a

-DEA Novi L. min.292,3

-PS Acqui T. min.196,6 (rientra così nel range)

Considerando la % OBI sui DEA e PS considerati congiuntamente:

-DEA 5,6% (nel range)

Pertanto per i DEA, scorporando gli accessi OBI, i tempi di permanenza scenderebbero a min.257,8

-PS 5,8%

Per i PS, scorporando gli accessi OBI, i tempi di permanenza scenderebbero a min.220,1 **rientrando così nello standard**.

QUALITA' DELL'ASSISTENZA

OBIETTIVO 4.1

AREA OSTEOMUSCOLARE

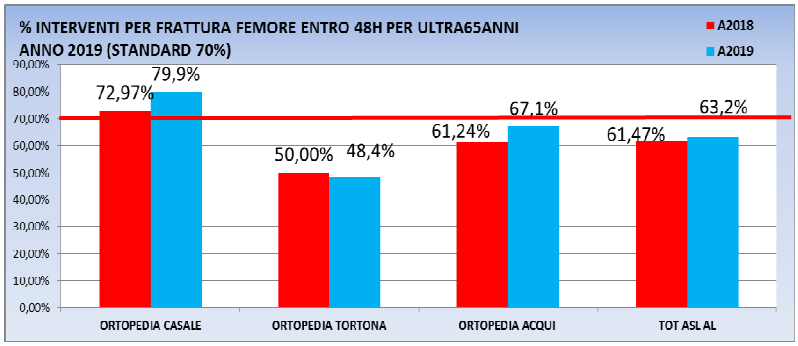
Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 2 giorni in pazienti ultrasessantacinquenni.

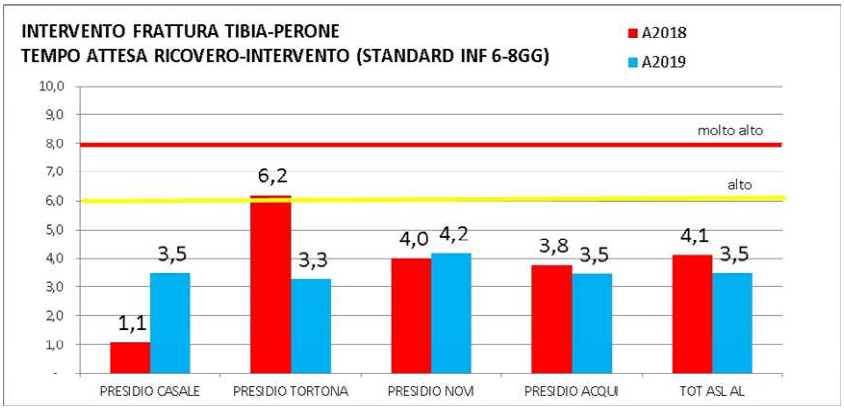
L'indicatore è presente nella Griglia LEA, oggetto di valutazione da parte del Ministero della Salute. Inoltre il DM 702 del 2.4.2015 ha inserito tale indicatore tra quelli in evidenza per il monitoraggio del rapporto tra volumi/esiti delle strutture complesse ponendo la soglia del tasso minimo aggiustato di rischio al 60% e un volume minimo di interventi per struttura complessa pari a 75/anno.

Per il 2019 l'indicatore oggetto dell'obiettivo è espresso in termini di produzione sia per le AO/AOU che per le ASL ed è calcolato valutando il tempo a partire dall'arrivo in PS.

Inoltre, al fine della valutazione dell'obiettivo sarà oggetto di valutazione, quale criterio di accesso al punteggio, anche l'indicatore PNE: Frattura della tibia e del perone: tempi di attesa per intervento chirurgico.

<table>
<tr><th>Articolazione obiettivo</th><th>Consuntivo 2019</th></tr>
<tr><td>Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 2 giorni
in pazienti ultrasessantacinquenni: 70% ricoveri per interventi frattura femore entro 48 h da arrivo PS

Criteri di accesso al punteggio dell'obiettivo per Azienda.
1. Frattura della tibia e del perone: tempi di attesa per l'intervento chirurgico (gg) - max 4-8gg</td><td>
DATO TUTELA
FEMORE
<table>
<tr><th>ASL res</th><th>tasso grz</th></tr>
<tr><td>ASL AL</td><td>47,90%</td></tr>
<tr><td>RP MEDIA</td><td>47,31%</td></tr>
</table>
TIBIA
<table>
<tr><th>ASL res</th><th>media</th></tr>
<tr><td>ASL AL</td><td>2,23</td></tr>
</table>
DATO PRODUZIONE
FEMORE


TIBIA


</td></tr>
</table>

Dai dati suesposti si evidenzia che:

- FRATTURA FEMORE: sotto lo standard complessivamente come ASL AL con una percentuale del 63,2%, ma in miglioramento rispetto al 2018 quando la percentuale era del 61,5% (nel calcolo non è stato conteggiato il P.O. di Novi L. la cui struttura di Ortopedia risulta a partire dal 2019 in gravissime condizioni di carenza di organico medico); il P.O. Tortona risulta al 50,0%, ma in miglioramento rispetto al 2018; entro standard il P.O. di Casale al 79.9%, di poco al di sotto il P.O. di Acqui con il 67,1%.
- FRATTURA TIBIA - PERONE: il dato sull'indicatore relativo al tempo attesa per fratture tibia-perone (gg 3,5) ci pone entro il tetto (gg. 6), in miglioramento rispetto al 2018 (tutte le sedi di Ortopedia sono entro standard).

OBIETTIVO 4.2

TEMPESTIVITA' 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.

Per il 2019 si utilizzerà la procedura del Pre.Val.E Piemonte calcolando il periodo di 2 giorni tra la data/ora di ingresso alla prima struttura che riceve il paziente (qualunque essa sia) e la data/ora di PTCA (ovunque eseguita). In questo modo viene incluso nell'indicatore anche il tempo trascorso tra l'arrivo in un qualunque ospedale e l'effettuazione della procedura; il valore dell'indicatore è quindi attribuito alla prima struttura che riceve il paziente. La "tracciatura" del paziente lungo i differenti ospedali avviene tramite record linkage con il codice identificativo anonimo.

L'indicatore può essere migliorato calcolando l'esito dall'ora di ricovero o dall'ora di accesso in PS del paziente fino all'ora di esecuzione della PTCA considerando un intervallo compreso entro i 90 minuti, pertanto nel 2019 l'indicatore è calcolato sia con la medesima modalità con cui è stato calcolato nel 2018, sia con la modalità proposta sopra, cioè calcolando un intervallo di tempo di 90'.

85% episodi STEMI con PTCA entro 2 giorni: viene incluso nell'indicatore anche il tempo trascorso tra l'arrivo in un qualunque ospedale e l'effettuazione della procedura; il valore dell'indicatore è quindi attribuito alla prima struttura che riceve il paziente	**DATO TUTELA AGGIORNATO AL 1^ SEMESTRE 2019**

ASL res		tasso grz
213	ASL AL	70,90%

In attesa dato di consuntivo

Come evidenziato nel corso degli incontri periodici del Tavolo di Monitoraggio presso l'Assessorato regionale, 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.

Ulteriori effetti migliorativi di tale risultato derivano dalle avvenute azioni di riorganizzazione della rete delle strutture cardiologiche presenti sul territorio provinciale.

Per quanto riguarda i limitatissimi casi di STEMI transitati presso le strutture dell'ASL AL i dati fuori standard riguardano:

- ricoveri con diagnosi principale STEMI senza successivo ricovero in altra struttura di emodinamica per l'effettuazione della procedura PTCA (cod. 0066)
- ricoveri con diagnosi principale STEMI con successivo ricovero in altra struttura di emodinamica ma non per l'effettuazione della procedura PTCA (cod. 0066), ma di altra procedura
- ricoveri successivi a ricoveri presso strutture di emodinamica (con effettuazione di PTCA): in questi casi occorrerebbe codificare la diagnosi principale come 410.*2 episodio successivo di assistenza

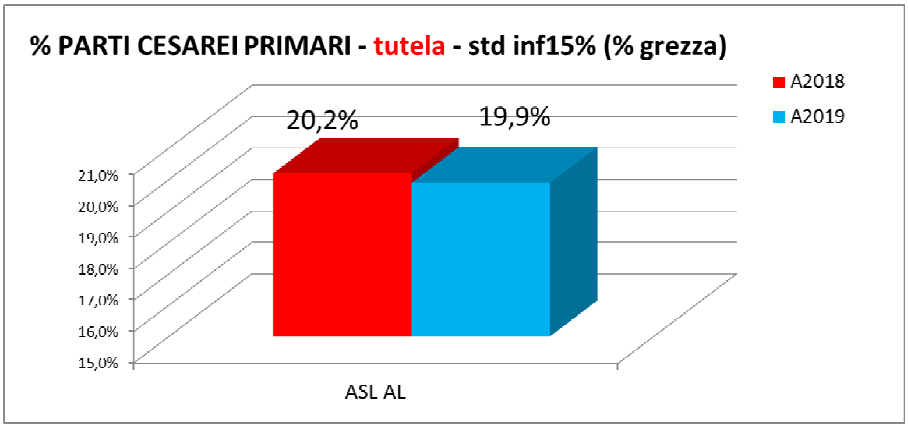
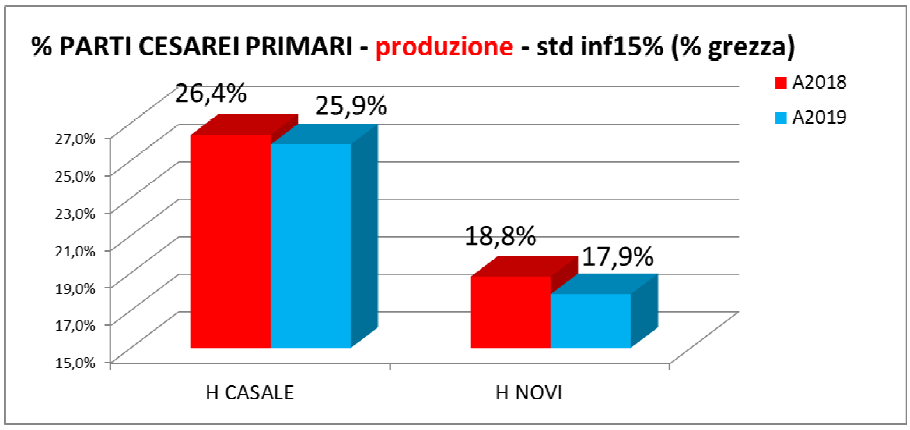
OBIETTIVO 4.3

APPROPRIATEZZA NELL'ASSISTENZA AL PARTO

Alla luce della Delibera del 2008 in merito al Percorso nascita (DGR 34-8769 del 12.05.2008 e s.m.i), che ha preceduto l'Accordo Stato Regioni del 2010, dell'avvio e del consolidamento del flusso CEDAP e del DWH regionale relativo al Percorso Nascita, 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.

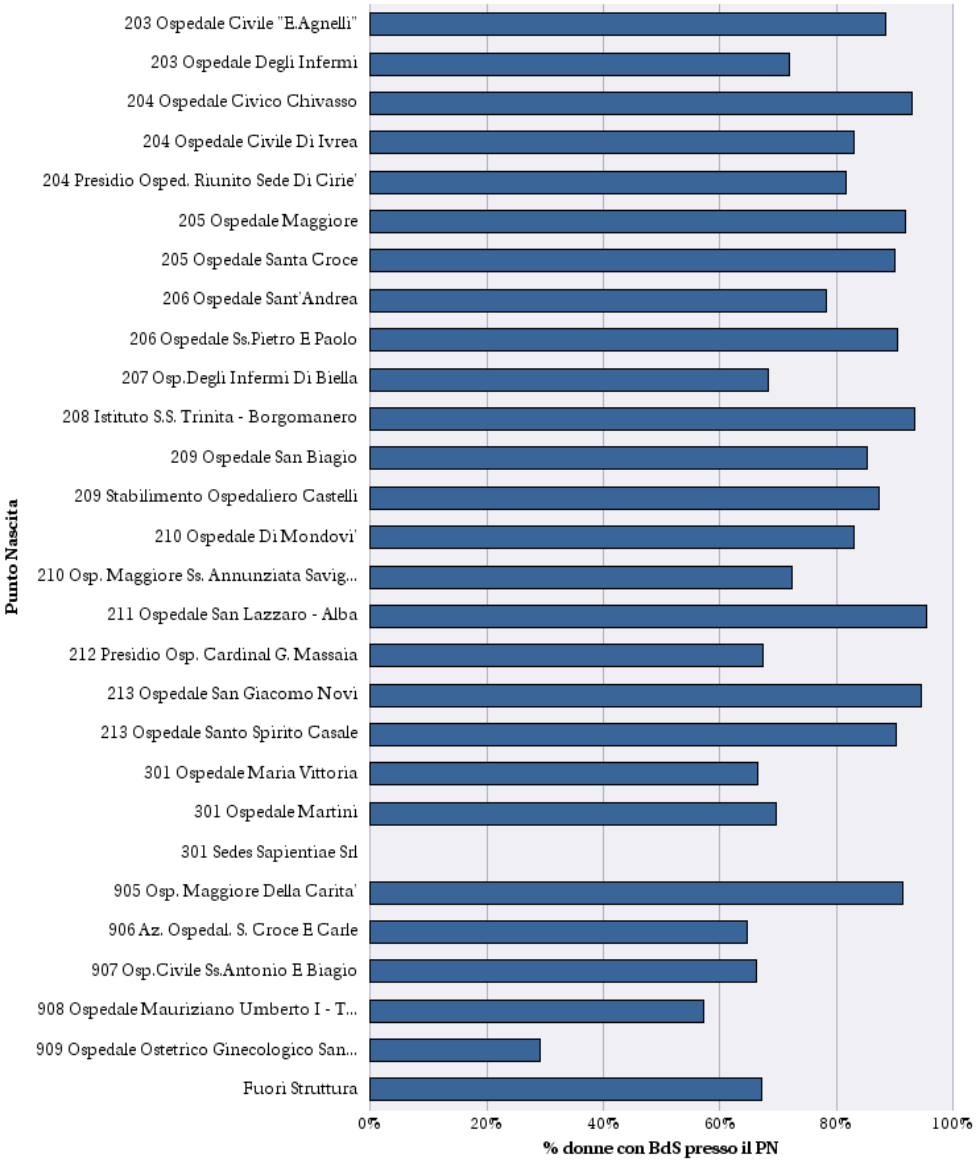
Pertanto, alla luce delle evidenze scientifiche in materia, degli standard qualitativi consolidati a livello internazionale e nazionale (WHO, Piano Nazionale Esiti) e della qualità dei flussi informativi disponibili in Regione Piemonte, si ritiene idoneo assegnare l'obiettivo "proporzione di parti con taglio cesareo primario" per ciascuna Azienda andando ad esplicitare degli indicatori di accesso allo stesso che pongano in evidenza la qualità dell'assistenza e il monitoraggio dei flussi informativi relativamente all'evento parto.

L'obiettivo è misurato in una prospettiva di produzione, ovvero per ciascun Punto Nascita, sia per le ASL che per le AO/AOU.

Articolazione obiettivo	Consuntivo 2019
% parti con cesareo primario: - 20% maternità 2^ livello - 15% maternità 1^ livello	**DATO TUTELA**  **DATO PRODUZIONE** 

Si rileva che per i PARTI CESAREI sia il dato di "produzione" che di "tutela" risulta al di sopra dello standard del 15%, ma in miglioramento rispetto al 2018; occorre precisare che trattasi di dati "grezzi" e quindi il dato del P.O. di Novi L. (17,9%) potrebbe rientrare nella soglia prevista.

Numero e percentuale di donne che hanno effettuato il Bilancio di Salute (BdS) delle 36-37 settimana presso il Punto Nascita sul totale delle donne che hanno partorito in ogni Punto Nascita.



CEDAP con SDO non trovate

		CEDAP IN STATO CONVALIDATO			CEDAP IN STATO NON CONVALIDATO		
Codice PN	Punto Nascita	Parti CEDAP avvenuti in struttura	SDO non trovate	Peso SDO non trovate su Totale Parti CEDAP	Parti CEDAP avvenuti in struttura	SDO non trovate	Peso SDO non trovate su Totale Parti CEDAP
01002601	Ospedale Santo Spirito Casale	155	1	0,6%	143	3	2,1%
01002604	Ospedale San Giacomo Novi	294	6	2,0%	325	12	3,7%

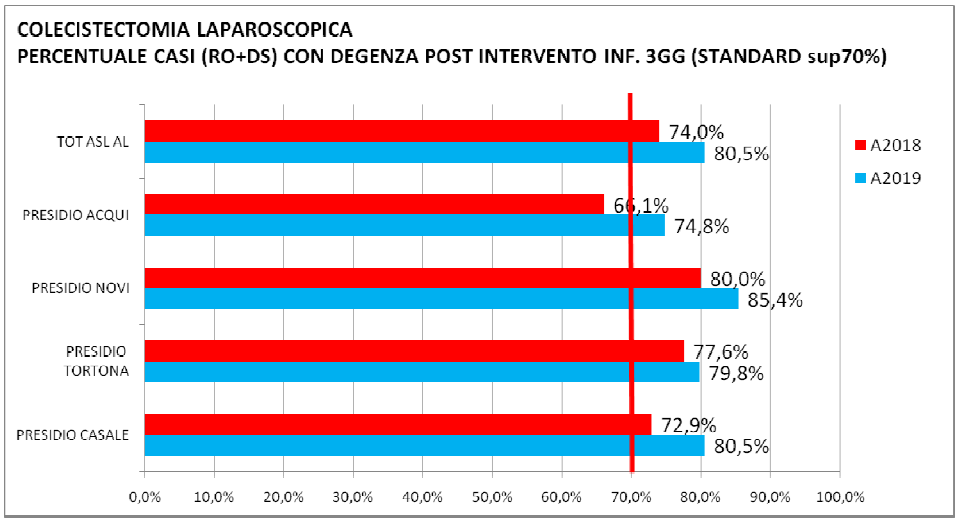
OBIETTIVO 4.4

AREA CHIRURGIA GENERALE: COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA

Percentuale di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.

Il DM 70 del 2.04.2015 ha inserito tale indicatore tra quelli per il monitoraggio del rapporto tra volumi/esiti delle strutture complesse ponendo la soglia del tasso minimo al 70% e un volume minimo di interventi per struttura complessa pari a 100/anno.

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

Articolazione obiettivo	Consuntivo 2019
PERCENTUALE DI COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE CON DEGENZA POST-OPERATORIA INFERIORE A 3 GIORNI: 70% interventi per colecistectomia laparoscopica dimessi entro 3 giorni	**DATO TUTELA** tasso grz ASL AL 82,16% MEDIA RP **81,26%** **DATO PRODUZIONE** 

Come si evince dal grafico, il dato relativo alla COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA risulta complessivamente entro l'obiettivo atteso (80,3% su 70%), in miglioramento rispetto al 2018 (74%, comunque nello standard), mentre risultava al di sotto nel 2017.

Al 31 dicembre 2019 tutte le sedi di Chirurgia ASL AL rientrano nello standard previsto.

OBIETTIVO 4.5

SCREENING ONCOLOGICI

Il primo indicatore per ciascuno dei tre screening oncologici (tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto) riguarda la copertura da inviti, e il secondo la copertura da esami. Per copertura da inviti si intende la capacità di invitare tutte le persone facenti parte della popolazione target con la cadenza stabilita: se, per esempio, la cadenza degli inviti è biennale, la popolazione target annuale è data dalla popolazione target diviso due. L'indicatore viene pertanto calcolato come numero di inviti diviso la popolazione target annuale. Analogamente, la copertura da esami viene calcolata come numero di esami di screening eseguiti diviso la popolazione target annuale. Essendo in corso l'implementazione dello screening cervico - vaginale tramite test per l'HPV, per tale screening vengono inclusi tra gli inviti e gli esami sia il pap-test che l'HPV. La popolazione target e gli intervalli di screening sono i seguenti:

Donne di età 50-69 anni per lo screening mammografico (due anni).

Donne di età 25-64 anni (30-64 per HPV) per lo screening cervico - vaginale (tre anni screening citologico e 5 anni HPV).

Uomini e donne di età 58-69 anni per lo screening colorettale (due anni per il FIT e solo una volta a 58 anni per la sigmoidoscopia).

Articolazione obiettivo	Consuntivo 2019
Copertura inviti e copertura esami per tipologia screening e target popolazione: - Donne di età 50-69 anni per lo screening mammografico (due anni). - Donne di età 25-64 anni (30-64 per HPV) per lo screening cervico-vaginale (tre anni screening citologico e 5 anni HPV). - Uomini e donne di età 58-69 anni per lo screening colorettale (due anni per il FIT e solo una volta a 58 anni per la sigmoidoscopia).	

	COPERTURA INVITI		COPERTURA ESAMI	
	VALORE MINIMO	ANNO 2019	VALORE MINIMO	ANNO 2019
MAMMOGRAFICO	97,0%	103,2%	45,9%	53,7%
CERVICO VAGINALE	97,0%	101,1%	42,3%	49,2%
COLO RETTALE	97,0%	105,3%	36,0%	40,6%

Fonte dati: Banca dati CSI-CPO Piemonte (al momento della stesura della presente relazione la fornitura dei report è ancora parziale, per cui i dati riportati potrebbero essere ulteriormente implementati)

Da alcuni anni sussistono forti criticità legata all'offerta di sigmoidoscopie di primo livello del Servizio di Endoscopia dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria. L'offerta complessiva di sigmoidoscopie di primo livello dei Presidi Ospedalieri dell'ASL AL è aumentata rispetto allo scorso anno (da 191 del 2018 a 549 del 2019); il

dato complessivo del Programma 6 per lo screening colo-rettale, seppur inferiore alla media regionale, attesta il raggiungimento dello standard atteso sia per gli inviti che per la copertura esami.

La S.S. UVOS ha cercato di inviare gli assistiti del territorio alessandrino verso le altre strutture della provincia con adesione in aumento rispetto al 2018.

Complessivamente sono stati raggiunti gli standard previsti per tutte le aree di intervento.

OBIETTIVO 4.6

PROGRAMMA REGIONALE PREVENZIONE: COPERTURE VACCINALI

Descrizione

1. copertura vaccinale per 1° dose di vaccino morbillo, parotite, rosolia, varicella (MPRV) calcolata a 24 mesi di età (le vaccinazioni dei nati della coorte 2017 vengono calcolate a fine 2019);

2. copertura vaccinale per 2° dose di vaccino morbillo, parotite, rosolia (MPR) calcolata a 7 anni di età;

3. copertura vaccinale per ciclo completo di HPV nelle femmine della coorte 2007.

Articolazione obiettivo	Consuntivo 2019
95% copertura 1^ dose MPR	Al 31.12.2019 **copertura 1^ dose MPR : 96,44%** (nati 2017)
95% copertura 2^ dose MPR	Al 31.12.2019 **copertura 2^ dose MPR : 96,43%** (nati 2012)
95% copertura HPV	Al 31.12.2019 **copertura HPV : 85,87%** (nati 2007 solo femmine) NB: Incremento percentuale del 10,09% rispetto al dato della coorte di nascita 2006 (solo femmine , 75,78%) calcolata al 31/12/2018

- Gli obiettivi 1 e 2 risultano raggiunti (copertura >= 95%)
- Per l'obiettivo 3 la copertura raggiunta è pari all'85,87%, con un incremento percentuale del 10,09% rispetto al dato della coorte di nascita 2006 (solo femmine, 75,78%) calcolata al 31/12/2018.

OBIETTIVO 4.7

DONAZIONI ORGANI

Piena attuazione, attraverso il Coordinamento Ospedaliero, dei parametri fissati dal Coordinamento Regionale delle donazioni e dei Prelievi di organi e tessuti finalizzati a incrementare nel 2019 il procurement di organi e cornee rispetto al 2018.

In considerazione della tipologia di attività, si prevede per il 2019 il raggiungimento aziendale dei seguenti obiettivi di governo regionale:

1. Segnalazioni di soggetti in Morte Encefalica (BDI%)

Per ogni Presidio Ospedaliero in elenco, viene valutato il BDI. Per i presi Ospedalieri con più rianimazioni viene valutato il BDI complessivo. BDI atteso nel 2019:

a. Tra il 20 e il 40 % per i P.O. senza neurochirurgia;

b. Superiore al 40 % per i P.O. con neurochirurgia;

La valutazione del BDI sarà effettuata sugli ultimi tre anni per i P.O. con meno di tre diagnosi di ingresso compatibili nel 2019.

2. Non opposizioni alla donazione di organi

Per ogni Presidio Ospedaliero si richiede un tasso di opposizione alla donazione di organi inferiore al 33% delle segnalazioni di morte encefalica.

La valutazione sarà effettuata sugli ultimi tre anni per i P.O. con meno di tre segnalazioni di morte encefalica nel 2019.

3. Donatori di Cornee

Considerati i decessi ospedalieri del primo semestre 2018 fra i 5 e i 75 anni, proiettato il dato al 31 dicembre 2018, considerato il numero di posti letto degli ospedali della Regione nel 2018:

a. Per i Presidi Ospedalieri senza neurochirurgia e con meno di 400 posti letto: un numero di donatori pari al 10% dei decessi ospedalieri del 2018 fra i 5 e i 75 anni compresi;

b. Per i Presidi Ospedalieri con neurochirurgia e per i Presidi Ospedalieri senza neurochirurgia ma con più di 400 posti letto: un numero di donatori pari al 12% dei decessi ospedalieri del 2018 fra i 5 e i 75 anni compresi.

L'obiettivo aziendale risulta raggiunto come da tabella riportata nella pagina seguente:

<table>
<tr><th>Articolazione obiettivo</th><th>Consuntivo 2019</th></tr>
<tr><td>Segnalazioni di soggetti in Morte Encefalica (BDI%)</td><td>
<table>
<tr><th colspan="3">BDI % ANNO 2019</th></tr>
<tr><td>Presidio Osp.</td><td>Dato al 31.12.19</td><td>Obiettivo 2019</td></tr>
<tr><td>CASALE</td><td>57%</td><td>20-40%</td></tr>
<tr><td>TORTONA</td><td>Nessun decesso compatibile con morte encefalica</td><td>20-40%</td></tr>
<tr><td>NOVI</td><td>100%</td><td>20-40%</td></tr>
<tr><td>ACQUI</td><td>25%</td><td>20-40%</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Non opposizioni alla donazione di organi</td><td>
<table>
<tr><th colspan="3">% OPPOSIZIONE ALLA DONAZIONE DI ORGANI ANNO 2019</th></tr>
<tr><td>Presidio Osp.</td><td>Dato al 31.12.19</td><td>Obiettivo 2019</td></tr>
<tr><td>CASALE</td><td>1 opposizione/4 segnalazioni morte encefalica</td><td>< 33%</td></tr>
<tr><td>TORTONA</td><td>Nessun decesso compatibile con morte encefalica</td><td>< 33%</td></tr>
<tr><td>NOVI</td><td>2 opposizioni/3 segnalazioni di morte encefalica</td><td>< 33%</td></tr>
<tr><td>ACQUI</td><td>Nessuna opposizione/1 segnalazione di morte encefalica</td><td>< 33%</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Donatori di cornee</td><td>
<table>
<tr><th colspan="3">DONAZIONI CORNEE ANNO 2019 (n° donatori)</th></tr>
<tr><td>Presidio Ospedaliero</td><td>Donatori cornee al 31.12.19</td><td>Obiettivo 2019</td></tr>
<tr><td>CASALE</td><td>20</td><td>12</td></tr>
<tr><td>TORTONA</td><td>10</td><td>4</td></tr>
<tr><td>NOVI</td><td>10</td><td>9</td></tr>
<tr><td>ACQUI</td><td>7</td><td>5</td></tr>
</table>
<u>Prelievi multi organo 2019</u>
Casale: 2 prelievi multiorgano (fegato, reni)
1 prelievo multiorgano (fegato, reni, cuore, cute)
1 prelievo multi tessuto (cute, cornee)
Acqui Terme: 1 prelievo multiorgano (fegato, reni)
Novi Ligure: 1 prelievo multiorgano (fegato, reni, valvole cardiache, cute)
</td></tr>
</table>

OBIETTIVO 4.8

ADESIONE AL PROGRAMMA ERAS "ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY"

DESCRIZIONE. Proporzione di casi inclusi negli studi ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) sulla chirurgia oncologica del colon-retto e sugli interventi di isterectomia, sul totale dei/delle pazienti eleggibili secondo i rispettivi protocolli.

Gli studi ERAS sono parte del progetto di rete EASY-NET (RSF-2016, cofinanziati da Ministero della Salute e dalle regioni partecipanti), che ha come obiettivo generale la valutazione delle strategie di audit e feedback nel migliorare la pratica clinica. In Piemonte gli studi ERAS hanno come obiettivo principale la valutazione dell'impatto dell'applicazione dei protocolli di ottimizzazione della gestione peri-operatoria dei pazienti sottoposti ad interventi programmati in termini di recupero più tempestivo dell'autonomia, di riduzione delle complicanze post-operatorie e della durata della degenza (senza aumentare il rischio di reingressi non programmati in ospedale dopo la dimissione). Il protocollo prevede l'arruolamento consecutivo di tutti i casi sottoposti ad intervento programmato per le condizioni in studio e la loro registrazione sulla piattaforma www.epiclin.it (gestita dalla D Epidemiologia Clinica e Valutativa – CPO dell'AOU Città della salute e della Scienza di Torino), nel database elettronico di raccolta dati dedicato allo studio.

Attraverso le SDO si può valutare, rispettivamente per i tumori del colon-retto e per le isterectomie, il numero di pazienti sottoposti ad intervento programmato in ciascun ospedale nell'anno ed eleggibili per lo studio.

Sulla base del rapporto tra il numero di pazienti inseriti nel database elettronico di raccolta dati dedicato allo studio (www.epiclin.it) ed il numero di casi eleggibili da SDO è possibile verificare il livello di partecipazione di ciascuna azienda allo studio ERAS.

Articolazione obiettivo	Consuntivo 2019
Proporzione di casi inclusi negli studi ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) sulla chirurgia oncologica del colon-retto e sugli interventi di isterectomia, sul totale dei/delle pazienti eleggibili secondo i rispettivi protocolli	INIZIO ARRUOLAMENTO "CONTROLLI" PRIMO GRUPPO CENTRI RANDOMIZZATI: dal 01 settembre 2019 INIZIO ARRUOLAMENTO "CONTROLLI" SC PP.OO. NOVI E CASALE: dal 13 settembre 2019 PARERE FAVOREVOLE DEL COMITATO ETICO INTERAZIENDALE ALL'EFFETTUAZIONE DELLO STUDIO ERAS PRESSO ASL ALESSANDRIA: ricevuto in data 26 settembre 2019 (richiesta formulata in data 18 aprile 2019) TERMINE DELL'ARRUOLAMENTO "CONTROLLI" E AVVIO DELL'ARRUOLAMENTO DI PAZIENTI ED APPLICAZIONE DEI PROTOCOLLI DI STUDIO ERAS PER LA CHIRURGIA COLORETTALE E LA CHIRURGIA GINECOLOGICA: dal 01 dicembre 2019 Il livello di partecipazione di ciascuna ASL viene verificato tramite un indicatore che mette a rapporto il numero dei pazienti inseriti nel database elettronico di raccolta dati dedicato allo studio (www.epiclin.it), con riferimento esclusivamente ai pazienti arruolati e dimessi (pari a n. 25 pz) ed il numero dei casi eleggibili da SDO; il periodo di riferimento per il calcolo di tale indicatore è il trimestre ottobre – dicembre 2019

OBIETTIVO 4.9

UMANIZZAZIONE DEI PERCORSI ED EMPOWERMENT DEL PAZIENTE

DESCRIZIONE. La Regione Piemonte, nell'ambito delle iniziative legate al processo di empowerment, ed in coerenza con il PSSR 2012-2015, si è fatto promotore con le ASR del programma nazionale di valutazione partecipata della qualità delle strutture di ricovero - promosso e coordinato da Agenas e dall'Agenzia di Valutazione Civica di Cittadinanza Attiva.

Con riferimento all'annualità 2019 si procederà alla valutazione dei modelli organizzativi implementati a livello aziendale, con riguardo al percorso di continuità ospedale-territorio ed alla gestione del paziente in P.S., tramite la somministrazione a tutte le ASR di una checklist di valutazione partecipata del 47 grado di umanizzazione dei percorsi di continuità ospedale-territorio messi in atto a livello aziendale.

Con riguardo al tema della cronicità viene assegnato un obiettivo ai Direttori Generali volto a favorire lo sviluppo di progetti di empowerment – in linea con le previsioni del Piano di cronicità regionale - attraverso la pianificazione di specifiche strategie e azioni atte a costruire un efficace partenariato in coerenza con le indicazioni di cui alle Linee di indirizzo New Heaven e strutturati secondo apposito format, nonché la realizzazione delle azioni pianificate entro l'anno 2019.

Si riportano le azioni ed i risultati relativi a tale obiettivo per l'anno 2019:

Articolazione obiettivo	Consuntivo 2019
Percorso di continuità ospedale-territorio ed alla gestione del paziente in P.S.	Il 1/7/2019 si è svolto a Torino un incontro, convocato dalla Regione, con i Referenti Aziendali dei progetti di umanizzazione-empowerment per condividere il nuovo programma finalizzato alla valutazione dei modelli organizzativi aziendali con specifico riguardo ai percorsi assistenziali di continuità ospedale – territorio e di gestione del paziente in DEA/PS. Con nota 78323 del 29/7/2019 è pervenuta documentazione predisposta dalla Regione: check list di valutazione partecipata e format piano di miglioramento. A tal proposito si è proceduto a una prima autovalutazione dei requisiti in collaborazione con la Referente del COCA, e per quanto riguarda i requisiti del DEA/PS con il direttore del Dipartimento di Emergenza Urgenza e successivamente con il Direttore SC DEA le attività per individuare con CittadinanzAttiva l'equipe per la valutazione partecipata del progetto. Si è poi proceduto con le attività propedeutiche per individuare con CittadinanzAttiva l'equipe territoriale. Il 28 novembre 2019 presso la Direzione sanitaria del P.O di Novi Ligure si è svolto l'incontro per l'analisi degli item e la definizione di eventuali azioni di miglioramento su aree critiche, si allega documentazione attestante. In tale sede si è proceduto all'esame della check list (sezione relativa alla continuità ospedale territorio e gestione del paziente in Pronto Soccorso) dando evidenza della documentazione attestante la rispondenza agli item rappresentata dai relativi Responsabili. Si è quindi compilata la check list evidenziando un'unica criticità relativamente all'item A1.4 in quanto il COCA non è dotato di un sistema informatico aziendale per la gestione del paziente e la storicizzazione dei percorsi gestibile anche da altre funzioni/centrale operativa. Per questo motivo è stata prevista un'azione di miglioramento che consiste nell'attivazione di un software per la gestione dei percorsi integrati ospedale territorio in concomitanza col Piano Locale Cronicità e compatibilmente con la disponibilità regionale e la valutazione dei relativi preventivi
Sviluppo di progetti di empowerment – in linea con le previsioni del Piano di cronicità regionale	La Proposta Piano Aziendale Cronicità è stata trasmessa,come da tempistiche definite da RP (entro 30.10.2019) con nota prot. 110503 del 29.10.2019. Nell'ambito del Piano, definito dal gruppo aziendale di riferimento, sono riportati in dettaglio i diversi punti e la relativa pianificazione di implementazione. Nello specifico il progetto empowerment-cronicità prevede una **implementazione del modello organizzativo aziendale della Continuità Assistenziale**. Il percorso di cura del paziente (patient flow) passa attraverso una serie di aree sanitarie ospedaliere fino alla Continuità Assistenziale (attraverso la presa in carico territoriale in Cure Domiciliari, o in Hospice/UOCP, o in RSA o in CAVS…). Al fine di ottimizzare i flussi fisici dei pazienti alla dimissione ospedaliera, è importante programmare e gestire, tale attività, nel modo più efficace possibile, evitando di frammentare la presa in carico dei pazienti e dei loro famigliari sui servizi sanitari distrettuali; l'orientamento aziendale è quello di **far rientrare nella "Rete della Continuità Assistenziale" tutti i pazienti ricoverati nei reparti ospedalieri con problemi legati a situazioni assistenziali complesse**, prevedendo e condividendo con i loro famigliari una pianificazione dell'assistenza nell'attivazione del setting territoriale più idoneo. Tale sistema, attraverso l'utilizzo della Scala di Brass (al momento del ricovero), faciliterebbe da una parte l'individuazione precoce dei pazienti con problematiche assistenziali, che costituiscono situazioni a maggior rischio ospedalizzazione prolungata , e dall'altra parte potrebbe ridurre il probabile "rientro" nella rete ospedaliera dei pazienti dal domicilio.

4. GESTIONE DELLA SPESA RELATIVA AI BENI: FARMACI E DM

Obiettivo 5.1

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 (CE) nella voce BA0040 - B.1.A.1.1 - Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale, e nella voce BA2670 – B.15.A – Variazione rimanenze sanitarie, limitatamente ai prodotti farmaceutici ed i costi aziendali rilevati attraverso il flusso informativo della distribuzione diretta (DM 31 luglio 2007 e s.m.i.), il flusso dei consumi ospedalieri (DM 4 febbraio 2009) e quelli di cui al flusso della tracciabilità del farmaco (DM 15 luglio 2004), 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

<table>
<tr><th>Articolazione obiettivo</th><th>Consuntivo 2019</th></tr>
<tr><td>Coerenza tra i costi aziendali rilevati dal Modello di Conto Economico (CE) nella voce BA0040 - B.1.A.1.1 - Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale, e nella voce BA2670 – B.15.A – Variazione rimanenze sanitarie, limitatamente ai prodotti farmaceutici ed i costi aziendali rilevati attraverso il flusso nformativo della distribuzione diretta (DM 31 luglio 2007 e s.m.i.), il flusso dei consumi ospedalieri (DM 4 febbraio 2009) e quelli di cui al flusso della tracciabilità del farmaco DM 15 luglio 2004), tenendo conto delle eventuali note di credito</td><td>DATO 1°SEM
<table>
<tr><th>Codice azienda</th><th>Δ in valore %</th></tr>
<tr><td>203</td><td>114,7%</td></tr>
<tr><td>204</td><td>99,1%</td></tr>
<tr><td>205</td><td>99,9%</td></tr>
<tr><td>206</td><td>98,2%</td></tr>
<tr><td>207</td><td>92,5%</td></tr>
<tr><td>208</td><td>98,7%</td></tr>
<tr><td>209</td><td>100,5%</td></tr>
<tr><td>210</td><td>100,3%</td></tr>
<tr><td>211</td><td>94,5%</td></tr>
<tr><td>212</td><td>97,7%</td></tr>
<tr><td>213</td><td>101,3%</td></tr>
<tr><td>301</td><td>98,3%</td></tr>
<tr><td>904</td><td>91,1%</td></tr>
<tr><td>905</td><td>98,1%</td></tr>
<tr><td>906</td><td>101,6%</td></tr>
<tr><td>907</td><td>99,8%</td></tr>
<tr><td>908</td><td>95,9%</td></tr>
<tr><td>909</td><td>100,6%</td></tr>
<tr><td>RP</td><td>98,9%</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>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</td><td>FILE F - PERCENTUALE SCOSTAMENTO
<table>
<tr><th></th><th></th><th>GEN</th><th>FEB</th><th>MAR</th><th>APR</th><th>MAG</th><th>GIU</th><th>LUG</th><th>AGO</th><th>SET</th><th>OTT</th><th>NOV</th></tr>
<tr><td>213</td><td>A.S.L. ALESSANDRIA</td><td>-1%</td><td>0%</td><td>1%</td><td>5%</td><td>0%</td><td>0%</td><td>5%</td><td>0%</td><td>0%</td><td>2%</td><td>0%</td></tr>
</table>
FLUSSO H - PERCENTUALE SCOSTAMENTO
<table>
<tr><th></th><th></th><th>GEN</th><th>FEB</th><th>MAR</th><th>APR</th><th>MAG</th><th>GIU</th><th>LUG</th><th>AGO</th><th>SET</th><th>OTT</th><th>NOV</th></tr>
<tr><td>213</td><td>A.S.L. ALESSANDRIA</td><td>0%</td><td>1%</td><td>0%</td><td>0%</td><td>0%</td><td>0%</td><td>0%</td><td>-1%</td><td>0%</td><td>0%</td><td>0%</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

Si aggiornano i valori di cui sopra con i dati del consuntivo 2019, come da tabella che segue:

		CONTO ECONOMICO					FLUSSI (senza ossigeno)			DELTA	DELTA %
cod	descrizione	CONSUNTIVO 2019	NOTE CREDITO EPATITE+ONCO	TOTALE	VARIAZIONE RIMANENZE	TOTALE X CONFRONTO CON FLUSSI	FLUSSO CO	FLUSSO F	TOTALE FLUSSI		
3100116	Acquisto prodotti farmaceutici esclusi i farmaci H impiegati nella produzione di ricoveri e prestazioni. Sono compresi i mezzi di contrasto con AIC	11.170.671									
3100117	Prodotti farmaceutici di tipo "H" a distribuzione	10.692.025									
3100118	Prodotti farmaceutici in fornitura diretta di	17.091.610									
3100154	Emoderivati	117.972									
	TOTALE	**39.072.278**	**1.134.602**	**40.206.880**	**638.191**	**40.845.071**	**13.533.211**	**26.836.621**	**40.369.832**	**- 475.239**	**-1,2%**

OBIETTIVO 5.2

ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE E OSPEDALIERA: APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA E RIDUZIONE VARIABILITÀ

La legge 11 dicembre 2016 n° 232 prevede che, a decorrere dall'anno 2017, il tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti sia determinato nella misura del 6,89 %, mentre il tetto della spesa farmaceutica convenzionata è rideterminato nella misura del 7,96 %.

Dalle analisi condotte dalla Direzione Sanità si rileva un'elevata variabilità prescrittiva sia a livello di singola azienda che di singoli prescrittori. L'obiettivo è rivolto al perseguimento di una maggior appropriatezza prescrittiva, nonché al contenimento della variabilità con particolare riferimento alle categorie sotto descritte.

Gli scostamenti presi in esame riguardano le seguenti categorie:

Farmaci in ambito territoriale

1. ATC = A01BC (inibitori di pompa acida)

2. ATC = J01 (antibatterici per uso sistemico in ambito territoriale)

Farmaci in ambito ospedaliero

3. ATC = J01 (antibatterici per uso sistemico in ambito ospedaliero)

4. Viene inoltre definito, per le ASL, un ulteriore obiettivo afferente alla realizzazione, da parte delle aziende, di eventi rivolti ai Medici di Medicina Generale finalizzati a sensibilizzarli sull'appropriata prescrizione con particolare riferimento ai farmaci per BPCO, antibatterici, inibitori di pompa e vitamina D, secondo le indicazioni del Settore Assessoriale competente.

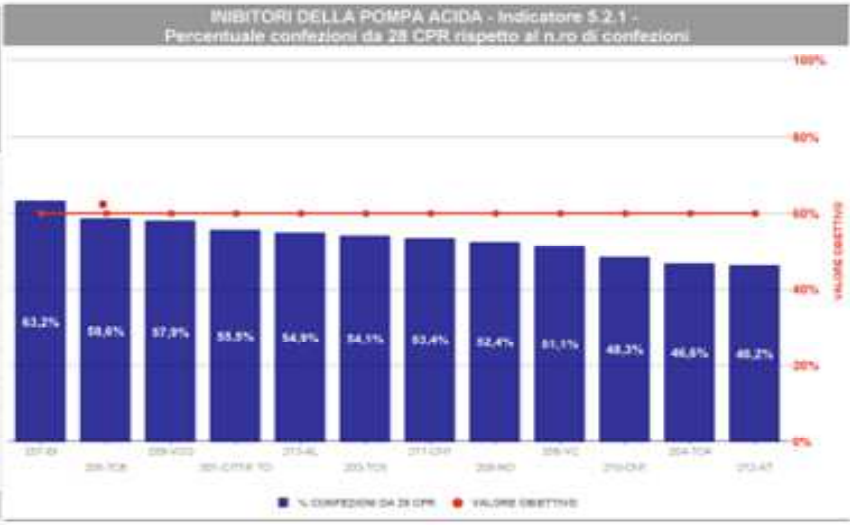
1. ATC = A01BC (inibitori di pompa acida)

REGIONE PIEMONTE

csi

Farmaceutica convenzionata - Anno: 2019 - Mensilità: 01;02;03;04;05;06;07;08;09;10;11;12 - ATC 4° livello: Inibitori della pompa acida

ASL	N.ro Confezioni Consumate YTD 12-2019 - Inibitori della pompa acida	N.ro Confezioni da 28 cpr - YTD 12-2019	% Confezioni da 28 cpr
207-BIELLA	231.079	145.958	63,16%
205-TORINO 5	374.112	219.065	58,56%
209-VCO	244.320	141.570	57,94%
301-CITTA' DI TORINO	1.245.925	692.060	55,55%
213-ALESSANDRIA	654.588	348.149	54,86%
203-TORINO 3	694.903	375.670	54,06%
211-CUNEO 2	224.109	119.701	53,41%
208-NOVARA	479.460	251.178	52,38%
206-VERCELLI	272.334	139.248	51,13%
210-CUNEO 1	403.983	194.996	48,27%
204-TORINO 4	779.925	363.171	46,56%
212-ASTI	310.680	143.380	46,15%
Regione Piemonte	5.895.427	3.134.166	53,16%



Sulla base dei dati 2019 si rileva un andamento complessivo che, seppur lievemente al di sotto dello standard atteso (54,3% su 60%), evidenzia un graduale e progressivo miglioramento negli ultimi dell'anno confermando un indice entro l'obiettivo del 60%.

AZIONI SU MMG:

- Dato di partenza per accordo e implementazione report per benchmarking
- Avvio di singoli audit da parte dei Distretti con i Medici di Medicina Generale che si discostano dalla media

2. ATC = J01 (antibatterici per uso sistemico in ambito territoriale)

REGIONE PIEMONTE

csi piemonte

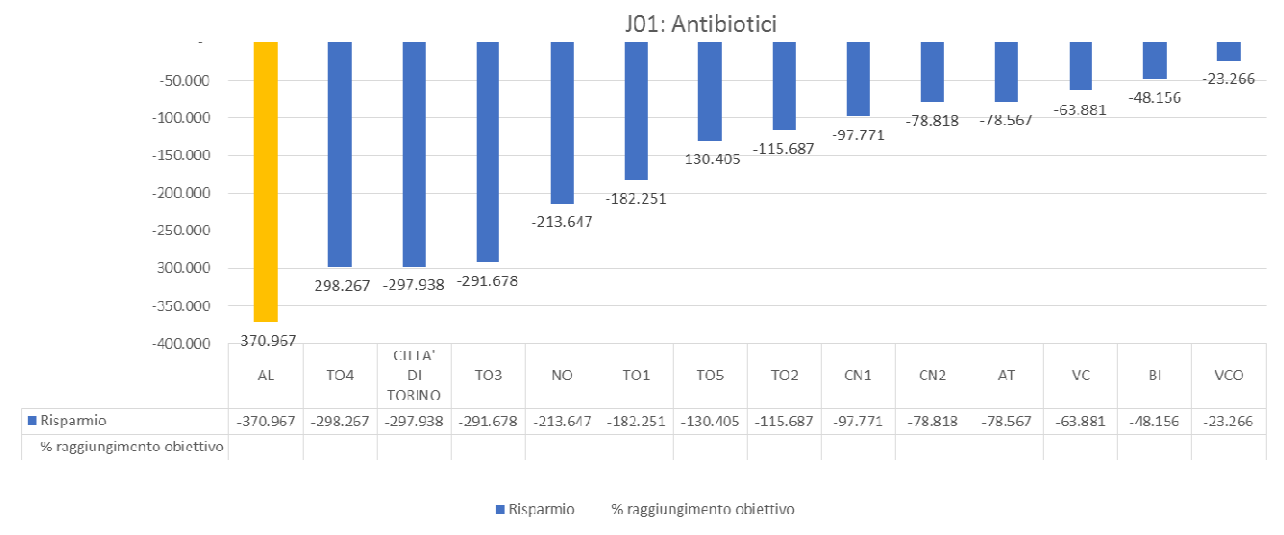
Spesa Farmaceutica Convenzionata - ATC: J01 - Valori al mese di Dicembre

J01 - ANTIBATTERICI PER USO SISTEMICO

	ASL	Spesa Farmaceutica convenzionata - 2018 (A)	Spesa Farmaceutica convenzionata 2019 - Valori cumulati al mese - 12 (B)	Popolazione residente ponderata (C)	Spesa Farmaceutica convenzionata - pro-capite 2018 (A/C)	Spesa Farmaceutica convenzionata pro-capite 2019 - Valori cumulati al mese - 12 (B/C)	Valore Obiettivo* Risparmio atteso
301	A.S.L. CITTA DI TORINO	6.941.940	6.586.716	881.517	7,87	7,47	509.761
203	A.S.L. TORINO 3	4.761.136	4.430.121	581.318	8,19	7,62	427.792
204	A.S.L. TORINO 4	4.466.146	4.043.047	511.881	8,72	7,90	513.554
205	A.S.L. TORINO 5	2.325.060	2.173.926	301.860	7,70	7,20	148.514
206	A.S.L. VERCELLI	1.461.380	1.405.620	175.918	8,31	7,99	139.743
207	A.S.L. BIELLA	1.307.138	1.253.256	178.703	7,31	7,01	53.265
208	A.S.L. NOVARA	2.747.398	2.533.386	336.696	8,16	7,52	242.663
209	A.S.L. VERBANO-CUSIO-OSSOLA	1.202.359	1.182.983	174.349	6,90	6,79	15.502
210	A.S.L. CUNEO 1	2.728.310	2.638.499	406.093	6,72	6,50	0
211	A.S.L. CUNEO 2	1.429.029	1.355.628	166.044	8,61	8,16	156.737
212	A.S.L. ASTI	1.948.747	1.807.833	206.196	9,45	8,77	281.714
213	A.S.L. ALESSANDRIA	4.249.837	3.869.450	455.289	9,33	8,50	595.502
	Valore J01	**35.568.481**	**33.280.466**	**4.375.865**	**8,13**	**7,61**	**3.084.748**

La spesa in regime convenzionale nel 2019 per i farmaci: Antibatterici per uso sistemico (ATC=J01), ha quale riferimento la spesa pro-capite (per popolazione pesata) registrata dall'ASL best performer nel 2018 per singola molecola.
Ogni ASL deve ridurre di almeno il 50% lo scostamento tra la propria spesa pro-capite (per popolazione pesata) e quella di riferimento dell'azienda best performer.

Pagina 1 di 1



Sulla base dei dati del consuntivo 2019 si rileva che l'ASL AL risulta l'Azienda sanitaria con la maggior riduzione dei costi sugli antibatterici del Piemonte, con una riduzione pari a € 370.967,00.

La spesa procapite è, pertanto, scesa da 9,33 a 8,50.

AZIONI SU MMG:

- Dato di partenza per accordo e implementazione report per benchmarking
- Avvio di singoli audit da parte dei Distretti con i Medici di Medicina Generale che si discostano dalla media

Eventi rivolti ai Medici di Medicina Generale finalizzati a sensibilizzarli sull'appropriata prescrizione

Articolazione obiettivo	Consuntivo 2019
Eventi rivolti a MMG per appropriata prescrizione. Il numero di eventi realizzati nell'anno deve essere pari ad almeno 4, uno per ogni tematica (farmaci per BPCO, antibatterici, inibitori di pompa e vitamina D) . Le ASL dovranno organizzare gli eventi in collaborazione con le AO/AOU.	Per raggiungere il target fissato dall'indicatore 4 dell'obiettivo 5.2 (appropriatezza prescrittiva) si ipotizza di operare un collegamento con la proposta di piano di sviluppo formativo del Piano locale della cronicità (collegato a sua volta all'obiettivo 2.1 Piano cronicità). La proposta da sottoporre alle Direzioni di ASL AL e ASO AL è di creare un gruppo di lavoro interaziendale per la formazione e la comunicazione che sviluppi il piano formativo che terrà sicuramente conto anche del tema della appropriatezza prescrittiva. Sui farmaci per la BPCO si è lavorato nella costruzione del PDTA. Per il gruppo J01 è in lavorazione un FAD e sono previsti più eventi dedicati ai MMG e ospedalieri Anche il tema della vitamina D è stato discusso sia in seno alle Commissioni Appropriatezza Prescrittiva Distrettuali che nella Commissione Farmaceutica Interna dell'Azienda Ospedaliera; - si sono svolti incontri con i singoli iperprescrittori; -in data 07/03/19 si è tenuto un evento formativo, della scuola piemontese mg, dal titolo"Vitamina D: personalizzazione e riflessione sul suo utilizzo«. Sono stati effettuati controlli sulle prescrizioni di farmaci a base di colecalciferolo in termini appropriatezza nella posologia e siamo in procinto di organizzare un incontro multidisciplinare con mmg, distretti, Direzione PO e specialisti fisiatri; Per quanto riguarda gli inibitori di pompa protonica (IPP), gruppo ATC: A01BC, sono stati realizzati interventi mirati sia in termini di appropriatezza d'uso che di contenimento delle risorse. In particolare, sulla base delle indicazioni Regionali (Rif. Nota N.14.120.40) è stata attivamente promossa la prescrizione di IPP nei confezionamenti da 28 unità posologiche (u.p.), anziché da 14 u.p., con un possibile risparmio fino a 0,15 €/u.p. Attività: Dai dati di spesa I trimestre 2019, sono stati evidenziati 114 MMG con la più bassa percentuale di prescrizione di IPP in confezionamenti da 28 u.p. e sono stati realizzati specifici report riportanti il dettaglio delle prescrizioni di IPP per singolo paziente, in confezionamenti da 14 u.p. che potrebbero essere convertite in prescrizioni da 28 u.p. Di concerto con le Direzioni Distrettuali, si è proceduto a convocare tali MMG, al fine di informarli e sensibilizzarli sull'argomento. - In tale occasione è stato inoltre presentato un possibile algoritmo per la de prescrizione degli IPP, tratto dalla letteratura scientifica (Deprescribing proton pump inghibitors. Evidence-based clinical practice guideline. Farrell B, Pottie K et al. Can Fam Physician. 2017 May; 63(5):354-364).

OBIETTIVO 5.3

MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DEL FLUSSO INFORMATIVO 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 (Decreto Ministeriale 11 giugno 2010 "Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio Sanitario Nazionale").

L'obiettivo 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 2016", a cura del Ministero della salute.

<table>
<tr><th>Articolazione obiettivo</th><th>Consuntivo 2019</th></tr>
<tr><td>Coerenza, con un margine di tolleranza compreso tra -5% e +10%, tra la spesa aziendale per DM rilevata da flusso DMRP (al netto dei dispositivi di CND Z – a eccezione della Z13 – e di CND W) rispetto ai costi imputati in CE alle voci:
- B.1.A.3.1 (dispositivi medici);
- B.1.A.3.2 (dispositivi medici impiantabili attivi)</td><td>
<table>
<tr><th></th><th></th><th colspan="3">INVIATI AL FLUSSO DMRP-CONSUMI
ENTRO LA DATA DEL 31/01/2020
(parametri di estrazione conformi a indicatore iscritto in DGR 4-92/2019*; inclusi dispositivi privi di CND)</th></tr>
<tr><th>Codice</th><th>ASR Denominazione ASR</th><th>COSTI IV trim. 2019 DISPOSITIVI MEDICI IN FLUSSO DMRP CONSUMI (escluse CND W e Z - a eccezione della Z13) [A]</th><th>SPESA IV trim. 2019 PER DISPOSITIVI MEDICI IN VOCI CE B.1.A.3.1 + B.1.A.3.2 [B]</th><th>INDICATORE OBIETTIVO Incidenza costi rilevati su spesa CE (escluse CND W e Z - a eccezione della Z13) [C = A / B]</th></tr>
<tr><td>213</td><td>ASL AL</td><td>€ 15.233.162</td><td>€ 17.464.027</td><td>87,2%</td></tr>
<tr><th></th><th></th><th colspan="3">INVIATI AL FLUSSO DMRP-CONSUMI
ENTRO LA DATA DEL 31/01/2020
(inclusa intera CND Z - simulazione di maggior favore; inclusi dispositivi privi di CND)</th></tr>
<tr><th>Codice</th><th>ASR Denominazione ASR</th><th>COSTI IV trim. 2019 DISPOSITIVI MEDICI IN FLUSSO DMRP CONSUMI (escluse CND W e Z - a eccezione della Z13) [A]</th><th>SPESA IV trim. 2019 PER DISPOSITIVI MEDICI IN VOCI CE B.1.A.3.1 + B.1.A.3.2 [B]</th><th>INDICATORE OBIETTIVO Incidenza costi rilevati su spesa CE (escluse CND W e Z - a eccezione della Z13) [C = A / B]</th></tr>
<tr><td>213</td><td>ASL AL</td><td>€ 17.393.394</td><td>€ 17.464.027</td><td>99,6%</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Almeno l’85% dei record relativi a contratti stipulati nel 2019 inviati al flusso DMRP-Contratti nel 2019 deve presentare la compilazione del campo “Forma di negoziazione”, nonché la compilazione del campo “Identificativo Contratto” con codici CIG per lotto aventi corrispondenza nell’archivio dei codici CIG rilasciati</td><td>
<table>
<tr><th>Codice ASR</th><th>Denominazione ASR</th><th><u>INDICATORE OBIETTIVO</u></th></tr>
<tr><td>213</td><td>ASL AL</td><td>94,2%</td></tr>
<tr><td></td><td>Totale Regione Piemonte</td><td>97,3%</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

In attesa dei dati di consuntivo 2019, si possono ritenere sostanzialmente soddisfacenti i risultati ottenuti in corso d’anno.

In merito all'obiettivo in esame e in particolare al primo indicatore, si richiamano "in toto" le considerazioni espresse nella nota prot.n.79273 del 31.07.2019 con la quale, a firma congiunta del Responsabile S.C. Programmazione Controllo Sistema Informativo e del Direttore S.C. Farmacia Territoriale, sono stati espressi al competente settore della Regione Piemonte alcuni rilievi in merito al valore da considerare nel numeratore del rapporto e alla presenza o meno, all'interno del medesimo, della spesa relativa per la CND "Z" (tranne Z13).

Nello specifico si evidenzia che l'ASL AL acquista la totalità dei DM con CND "Z" sul conto 3100364 – B.1.A.3.1 – e che gli stessi implementano tutti il flusso DM.

Nel richiedere conferma in merito al corretto acquisto di tali DM come sopra indicato, è stato inoltre evidenziato che il consumo di dispositivi della CND "Z" "Apparecchiature sanitarie e relativi componenti accessori e materiali" è, per l'ASL AL, pari al 13% sul totale dei DM.

Si allega nota prot. n.79273 del 31.07.2019.

6. DIGITALIZZAZIONE DEL SSR

OBIETTIVO 6.1

Fascicolo sanitario elettronico e Servizi on-Line

Il progetto Fascicolo sanitario elettronico e servizi on-line (FSE - Sol) rientra nel piano di "Strategia digitale Italiana 2014-2020", che prevede in Italia lo sviluppo di soluzioni di sanità digitale integrate, caratterizzate da una forte interazione dei sistemi informativi sanitari regionali e delle Aziende Sanitarie.

Altre soluzioni, attualmente in fase di avvio, che renderanno fruibili servizi sanitari informatizzati sono: il Centro unico di prenotazione (CUP), il sistema centralizzato informatizzato per la prenotazione unificata delle prestazioni, per favorire l'accessibilità dell'assistenza e la riduzione dei tempi di attesa; il progetto Telemedicina per offrire servizi che migliorino la fruibilità delle cure, dei servizi di diagnosi e della consulenza medica a distanza, oltre al costante monitoraggio di parametri vitali.

Attraverso l'attuazione degli interventi declinati nella misura 3, Asse II.2c.2.1 di cui alla D.G.R. n:19-4900 del 20/4/2017, la Regione Piemonte, in particolare, ha avviato un'importante progetto di evoluzione e diffusione sul territorio piemontese del Fascicolo Sanitario Elettronico e dei servizi on-Line (FSE – Sol), che coinvolge i cittadini, gli operatori delle aziende sanitarie, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta. Il fascicolo sanitario elettronico costituisce l'architrave informativo che abilita, anche, la realizzazione dei servizi digitali a corollario per cittadini e operatori sanitari.

Per l'esercizio 2019 il perseguimento dei citati obiettivi richiede, tra l'altro, un governo aziendale attivo che assicuri la realizzazione degli interventi finalizzati alla realizzazione del CUP unico regionale, alla digitalizzazione e alimentazione del FSE dei seguenti documenti clinico sanitari: Lettera di dimissione, referto di pronto soccorso, referto di anatomia patologia e radiologia (ivi incluso le immagini), nonché all'utilizzo da parte dei cittadini ed operatori sanitari dei servizi digitali realizzati.

Inoltre, in attuazione tra l'altro al DM 2 novembre 2011 e le disposizioni regionali conseguenti, la ricetta cartacea, di ciò al decreto 17 marzo 2008, è sostituita dalla ricetta de materializzata generata dal medico proscrittore. In proposito, nel corso dell'esercizio 2018, gli Enti del SSR dovranno definire e porre in essere i necessari interventi finalizzati a:

. Completa dematerializzazione delle prescrizioni delle ricette mediche, da parte di tutti i medici autorizzati, nel rispetto delle normative nazionali che regolamentano la prescrizione medica (es. formazione, monitoraggio attivo, ecc)

. Garantire il completamento, nel rispetto delle normative nazionali, del ciclo di vita delle ricette dematerializzate (presa in carico e erogazione) da parte di tutti gli erogatori autorizzati.

Articolazione obiettivo	Consuntivo 2019
Avvio di tutte le iniziative di digitalizzazione, archiviazione nel deposito repository aziendale e alimentazione FSE-SoL, nel rispetto delle indicazioni regionali, e realizzazione dell'alimentazione nel FSE entro il 31 dicembre 2019 di almeno 2 dei seguenti documenti clinico-sanitari: LDO, VPS, AP e Radiologia	Tutte le 4 tipologie di documento clinico indicate da Regione Piemonte, e precisamente LDO,AP,PS e Radiologia alimentano correttamente il repository aziendale dei documenti clinici. Con Determinazione 1240 del 26.11.2019 del direttore della SC Tecnico Tecnologie Biomediche ICT si è provveduto ad aggiudicare l'attività di sviluppo degli adeguamenti al formato file ed alle integrazioni necessarie ad alimentare il FSE con i referti AP e Radiologia. Il collaudo dell'invio dei documenti di AP è avvenuto il 17.12.2019 con messa in esercizio il 15.01.2020. Le attività di realizzazione degli adeguamenti del documento di Radiologia, si concluderanno, su indicazione del fornitore al 28.2.2020 con invio in esercizio entro il 30.3.2020 Per LDO e VPS occorrerà adeguare i sistemi informatici sanitari alla firma digitale
Informare e Promuovere l'utilizzo dei servizi digitali realizzati: a) ritiro referti on line utilizzato per almeno 5% dei cittadini che hanno effettuato presso la struttura pubblica un esame di laboratorio nel periodo da luglio - dicembre 2019; espressione del consenso alimentazione FSE per almeno il 20% dei cittadini che hanno effettuato presso la truttura pubblica un esame di laboratorio nel periodo da luglio - dicembre 2019.	Il report prodotto da CSI relativo all'utilizzo del sistema di ritiro online dei referti indica per ASL AL una percentuale di ritiro pari allo 0,11%; mentre per l'attivazione del fascicolo sanitario elettronico lo stesso report indica una percentuale di attivazione pari allo 0,74%

Articolazione obiettivo	Consuntivo 2019
Avvio entro il 31 dicembre 2019, fatto salvo eventuale deroga regionale, il sistema regionale omogeneo di gestione delle agende e delle prenotazioni sanitarie (Gara 63/2015) e adesione alla convenzione sottoscritta da SCR in esito alla gara 63/2015 entro 30 giorni successivi alla pubblicazione del presente provvedimento	Il cronoprogramma regionale prevedeva inizialmente, per l'ASL AL, l'avvio del nuovo CUP Unico Regionale il 4 novembre 2019, data poi posticipata all'anno 2020 (la data precisa è ancora in fase di definizione). L'ASL AL ha aderito al modulo opzionale che comprende: - modulo di prenotazione - integrazione con i dipartimentali - libera professione - casse - rendicontazione flussi Tutte le agende passeranno su Cup regionale (istituzionale+libera professione). Rimangono escluse le attività che sono registrate su software dedicato, quali laboratorio analisi, anatomia patologica, psichiatria, NPI, SERT, inoltre i trattamenti dialitici, le chemioterapie, la radioterapia. E' stato nominato il Direttore Operativo del Progetto Cup Unico regionale dell'ASL AL e costituito il Gruppo di lavoro aziendale "CUP Unico regionale" che segue tutte le fasi di implementazione del Cup fino all'avvio. Nel corso del 2019, il Gruppo di lavoro aziendale "CUP Unico regionale" ha partecipato attivamente alle riunioni periodiche, già cominciate nel mede di ottobre 2018, del Gruppo di lavoro di Area Piemonte Sud-Est "CUP Unico regionale" (ASL AL, ASO AL, ASL AT), sotto il coordinamento del Gruppo Tecnico regionale, al fine di condividere le problematiche tecniche ed organizzative per l'avvio del nuovo Cup e adottare una linea comune. Gli incontri si sono svolti alternativamente nelle sedi delle tre Aziende, coinvolgendo anche degli specialisti ambulatoriali delle tre Aziende per le specifiche problematiche. Gli step operativi sono i seguenti: - fase preparatoria: l'ASL AL ha effettuato la pulizia delle agende su Cup locale; - la fase preparatoria di cui sopra è terminata con la fornitura ad Engineering delle tabelle TRACO nell'ambiente Cup Unico (la consegna prevista inizialmente da Regione per l'08/07/2019, è stata posticipata al 15/10/2019 per problematiche tecniche); ASL AL-Dedalus-Engineering hanno svolto congiuntamente tutte le attività tecniche preparatorie alla predisposizione delle tabelle TRACO sia per l'attività istituzionale che di libera professione. Le TRACO sono state consegnate ad Engineering il 23/12/2019, invio che è stato poi sostituito da un successivo invio il 14/01/2020, preso in carico da Engineering nel mese di febbraio 2020 (fase attuale) - una seconda fase in cui Engineering popola il sistema; - l'ASL AL ha da 3 a 5 settimane di tempo per la verifica del corretto popolamento delle TRACO; - una seconda estrazione di dati; - attività di formazione da parte di Engineering ai formatori ASL sull'utilizzo del nuovo applicativo (attività in corso); - attività di formazione (sia per il back office sia per il front office) da parte dei formatori ASL al personale sanitario e amministrativo; - una terza estrazione di dati (test e validazione finale); - il weekend prima della partenza verrà chiuso il Cup locale; - golive. Il CED ha verificato la presenza dei requisiti minimi delle postazioni di lavoro per l'utilizzo del nuovo applicativo. Il Gruppo CUP aziendale ha effettuato una prima attività di profilatura delle utenze per l'accesso al sistema CUP, secondo le indicazioni fornite dalla Regione, e ha successivamente condiviso la metodologia adottata con i Responsabili delle Direzioni Sanitarie dei Presidi e dei Distretti in riunioni dedicate. Nel corso dell'anno 2019, si sono svolte riunioni con il CED e i fornitori per l'analisi delle integrazioni degli applicativi locali con il nuovo CUP cui è conseguita l'offerta economica.

ALBERO DELLA PERFORMANCE E OBIETTIVI STRATEGICI AZIENDALI

COD	PILASTRO / MACRO OBIETTIVO	COD	OBIETTIVO / AZIONE	INDICATORI	TARGET	2019	2020	2021	RENDICONTAZIONE ANNO 2019
A	UN'AZIENDA INCLUSIVA	A.1	Programmazione inclusiva	Incontri periodici con Comitato Sindaci di Distretto relativi al Piano Strategico	Almeno n.1 annuo	x	x	x	Si sono svolti due incontri di illustrazione del Piano Strategico ASL AL con Comitati Sindaci secondo il seguente calendario: Comitato Sindaci Distretto Acqui T. - Ovada 16 gennaio Comitato Distretto Casale M. 20 febbraio Non è stato possibile svolgere i previsti gli incontri per i Distretti di Alessandria-Valenza e Novi L.-Tortona in quanto nel corso del 2019 non sono stati istituiti i 2 organismi.
		A.2	Valorizzazione del volontariato: accordi per accoglienza sia territorio che ospedale	Presenza di accordi per l'accoglienza con Associazioni Volontariato	Almeno n.1 annuo	x	x	x	• A livello territoriale sono attivi accordi con la Caritas, anche per quanto riguarda le prestazioni ambulatoriali. • In ogni Distretto sono attive collaborazioni con le Associazioni di cure palliative. • Collaborazioni, incontri e progetti sono sviluppati con i Consorzi, per esempio il Bando Intrecci con il CISSACA a favore di persone fragili. • Il Progetto Passi, con il Rotary, per la prevenzione andrologica nelle scuole. • Negli ospedali sono presenti l'AVO e le Associazioni Oncologiche.
		A.3	Valorizzazione della figura del care-giver: formazione	n° iniziative di formazione del care-giver	Almeno n.1 annuo		x	x	
B	LA SALUTE A 360°	B.1	Confronto periodico e strutturato con Associazioni e Amministrazioni Locali	Calendarizzazione annuale incontri con Associazioni / Amministrazioni locali	SI'	x	x	x	• Nel 2019 sono stati incontrati i Sindaci del territorio per la presentazione del Piano Strategico Aziendale; • E' stato portato avanti il progetto di empowerment con Cittadinanza Attiva; nel 2019 un nuovo programma finalizzato alla valutazione di percorsi assistenziali di continuità ospedale-territorio. • Incontro con le Associazioni nella giornata della Bussola dei Valori.
		B.2	Sviluppo di strumenti informatici per la trasparenza e il coinvolgimento dei cittadini	Sviluppo strumenti informatici per la trasparenza e il coinvolgimento dei cittadini	Almeno n.1 annuo	x	x	x	**APP IOMAMMA**: istituita nel corso del 2019 app IOMAMMA per un uso consapevole dei farmaci prima o dopo il parto, nella fase di allattamento al seno. Anche i farmaci da bando e quelli senza obbligo di prescrizione medica, infatti, se assunti insieme ad altri farmaci, possono essere controindicati e produrre effetti indesiderati. Questa applicazione è scaricabile gratuitamente dagli store Apple e Google su tutti i telefonini presenti in provincia di Alessandria. A ideare il logo di Io Mamma e le grafiche all'interno della app sono stati gli alunni della 3^A dell'Istituto Cellini di Valenza, sezione arti figurative.
		B.3	Sviluppo partnership, collaborazioni con ASO AL e privato accreditato	Accordi di fornitura con ASO AL e Privato accreditato	SI' annuali	x	x	x	AZIENDA OSPEDALIERA ALESSANDRIA A seguito di incontri tra le Direzioni ASO AL e ASL AL e a ulteriori momenti di analisi e revisione dei dati di previsione, si è giunti alla stesura definitiva del Programma di Integrazione Servizi e alla sottoscrizione dell'Accordo Contrattuale con l'ASO AL in data 4.10.2019. Il Programma di Integrazione servizi e l'Accordo Contrattuale sono stati recepiti con deliberazione Direttore Generale F.F. ASL AL n. 680 del 23.10.2019. I documenti sono stati successivamente trasmessi al settore competente della Regione Piemonte con nota prot. 103376 del 10.10.2019. Nel corso del mese di novembre 2019, come previsto dalla dichiarazione integrativa allegata all'accordo contrattuale e sulla base dei flussi di attività dei primi 9 mesi, si è provveduto a definire reports di analisi dell'andamento dei valori di produzione ASO AL per residenti ASL AL (ricoveri ed ambulatoriale), inviato via mail in data 29.11.2019 al Controllo di Gestione ASO AL. STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE Con deliberazione 640 del 2.10.2019 1) si è disposto il recepimento degli addendum anno 2019 ai contratti ex art. 8-quinquies del D.Lgs. 502/1992 sottoscritti con gli erogatori privati accreditati per gli anni 2018-2019, predisposti secondo gli indirizzi e i contenuti delle DD.G.R. n. 37-7057/2018 e 82-8234/2018 e delle DD.DD. 400/2019, 404/2019, 272/2019 e 477/2019
		B.4	Integrazione con ASO AL						
		B.5	Tavolo permanente con i consorzi, coordinamento aziendale sul sociale	N° incontri con Consorzi	Almeno n.1 annuo	x	x	x	Protocollo d'intesa con Tribunale Alessandria: n. 3 incontri presso Tribunale Alessandria (18/07/2019; 04/10/2019; 03/12/2019) Costituzione Equipe multidisciplianre per presa in carico di minori vittime di abuso e maltrattamenti: n. 1 per richiesta nominativi di competenza in seno alla commissione Convenzione per attivita' sociali a rilievo sanitario e sanitario a rilievo sociale: n. 1 con tutti gli Enti Gestori - contatti telefonici per rinnovo accordo anni 2020 - 2023

COD	PILASTRO / MACRO OBIETTIVO	COD	OBIETTIVO / AZIONE	INDICATORI	TARGET	2019	2020	2021	RENDICONTAZIONE ANNO 2019
C	QUALITA' CLINICA ED ASSISTENZIALE	C.1	Governo dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e dei ricoveri ospedalieri	Tempi attesa specialistica ambulatoriale e ricoveri	Rispetto standard regionali (vedasi obiettivo regionale)	x	x	x	VEDI RENDICONTAZIONE OBIETTIVI DG 2020
		C.2	Case della Salute Riqualificazione attuali e realizzazione CdS di Valenza. Valutazione nuove realizzazioni (Ozzano e Murisengo)	Realizzazione CdS Valenza Predisposizione progetto per nuove realizzazioni (Ozzano - Murisengo)	SI'		x	x	
		C.3	Valorizzazione Medicine di Gruppo evolute (Casale)	n. iniziative	Almeno n.1 annuo		x	x	
		C.4	Ospedali Comunità: Ovada–CAVS (20 PL Acqui)	Attivazione	SI'		x	x	
		C.5	Hospice rafforzamento offerta di cure palliative	Indice presa in carico CP / Hospice su casi di morte per tumore	Miglioramento annuo	x	x	x	Indice presa in carico: Anno 2018: 58,7% Anno 2019: 62,6%
		C.6	Ridefinizione organizzativa della rete di offerta per la psicologia	Riorganizzazione della Rete	SI'	x			L'ASL AL è articolata per quanto riguarda il servizio di psicologia in quattro ambiti: territoriale, ospedaliero, dipendenze, salute mentale. Ogni settore annovera professionisti dipendenti dall'ASL AL e altri con contratto di psicologo specialista ambulatoriale. Ogni ambito ha individuato uno psicologo responsabile di Struttura semplice. Ciascun settore ha compiti specifici in larga parte riportati nell'Atto Aziendale; alcuni servizi come quello distrettuale svolgono più funzioni, quali interventi sui minori, cure palliative, attività consultoriale, area adolescenziale . Nel corso del 2019 l'analisi delle criticità riguardanti l'attività psicologica in ASL AL si è concentrata sull'efficienza dei singoli professionisti e dei servizi nel loro complesso. In particolare si è verificato se lo sviluppo informatico dell'ASL AL mettesse in condizione gli psicologi di registrare tutte le prestazioni e gli accessi. Obiettivo del gruppo di lavoro è stato allineare i professionisti verso gli stessi programmi informatici e dove questo non è stato possibile, come nel caso dei minori, far confluire i dati in modo che i report finali ricomprendessero tutte le prestazioni. Per quanto riguarda l'efficacia si è ritenuto opportuno sviluppare i seguenti progetti: 1. "Progetto appropriatezza: SC Salute mentale. Applicazione di un questionario per valutare appropriatezza delle richieste pervenute al servizio psicologia. Formazione degli operatori entro fine febbraio 2020, valutazione indicatori a luglio 2020. 2. Progetto abuso D.G.R. 1 Marzo 2019, n. 10-8475: S.S. Psicologia Distretti Area Minori, Adolescenti, Consultorio. Delibera aziendale in data 27/01/2020, secondo indicazioni DGR 1 marzo 2019, e costituzione della equipe multiprofessionale. 3. Progetto adolescenti con disagio: Dipartimento Patologia delle Dipendenze, S.S. Psicologia delle Dipendenze Patologiche, S.C. Salute Mentale, S.S. Psicologia Salute Mentale. Progetto destinato ad adolescenti di età 16-21 anni con diverse forme di disagio (abuso di sostanze, crisi di panico, ritiro sociale, rischio psicoevolutivo). Si valuterà l'opportunità di proseguire con la messa in atto di un PDTA sul tema. 4. Progetto punto nascita: S.S. Consultorio Acqui Terme - Ovada. In merito al progetto su depressione post partum è richiesta la continuazione dello screening da parte della Regione alla ASL (prevalenza stimata: 10% delle donne partorienti/anno: circa 250 donne in ASL AL), e mantenimento delle figure dei responsabili. Strutture coinvolte: Consultori familiari, Punti Nascita aziendali, S.S. Psicologia Distretto, S.S. Psicologia Ospedale
		C.7	Microaree (Area della Fraschetta)	n. iniziative	Almeno n.1 annuo		x	x	
		C.8	Percorsi di presa in carico per pazienti complessi: profilazione soggetti fragili/complessi (PHM)	Presenza profilazione pz fragili / complessi	SI'		x	x	
		C.9	Potenziamento COCA, PUA e Rete Vulnologica in ogni Distretto	Presenza sedi COCA, PUA e Rete Vulnologica in ogni Distretto	SI'	x	x	x	**COCA**: Attivazione sedi COCA (Centrale Operativa Continuità Assistenziale) presso tutti i Distretti **PUA**: attivazione PUA (Punto Unico di Accesso) presso le Case della Salute e Sportelli Unici presso tutti i Distretti **Rete Vulnologia** - Ambulatori medici: Casale, Moncalvo, Castelnuovo Scrivia Ambulatori Infermieristici: Acqui T., Alessandria, Casale M., Moncalvo, Novi L., Arquata S., Ovada, Tortona, Castelnuovo S., Valenza

COD	PILASTRO / MACRO OBIETTIVO	COD	OBIETTIVO / AZIONE	INDICATORI	TARGET	2019	2020	2021	RENDICONTAZIONE ANNO 2019
C	QUALITA' CLINICA ED ASSISTENZIALE	C.11	Ridefinizione Rete Riabilitazione (20 PL Tortona)	Attivazione 20 pl c/o P.O. Tortona	SI'			x	
		C.12	Piattaforma ambulatoriale chirurgica innovativa e attrattiva per pazienti e professionisti	Attivazione piattaforma c/o P.O. Tortona	SI'			x	
		C.13	Riqualificazione rete consultoriale materno-infantile: Punto Nascita Casale	Documento di riorganizzazione Punto Nascita Casale	SI'	x			I lavori preparatori svolti nel corso del 2019 hanno portato nel corso del 2020 ad ipotizzare la nascita di un Dipartimento Interaziendale funzionale Percorso Nascita con l'Azienda Ospedaliera di Alessandria; l'iter per la sua istiutzione è in corso trale due Aziende sanitarie interessate. Al fine di consolidare la rete dei servizi in ambito materno infantile nella provincia di Alessandria e segnatamente nel territorio del Distretto di Casale Monferrato, è opportuno definire un modello clinico-organizzativo condiviso con il Punto Nascita dell'Azienda Ospedaliera SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo (ASO AL). Ciò al fine di garantire: • una stretta interazione tra i professionisti delle due Aziende, appartenenti ai vari profili professionali coinvolti, con attività svolta sui Punti Nascita di Casale Monferrato, Novi Ligure e di Alessandria • la condivisione dei dati • l'utilizzo di format comuni • l'attivazione di gruppi di lavoro Il fine progettuale è quello di costruire un modello di assistenza qualificata centrata sui bisogni della donna e del neonato e che mantenga in perfetto equilibrio la sicurezza e la qualità con la distribuzione dei punti di erogazione sul territorio, da realizzarsi attraverso l'istituzione di un Dipartimento funzionale Interaziendale tra ASO AL e ASL AL denominato "Percorso Nascita". Gli obiettivi finali che le Aziende si prefiggono attraverso lo strumento dipartimentale sono i seguenti: • Realizzazione di modalità assistenziali integrate, orientate alla diade madre-bambino, con utilizzo efficiente delle risorse; • Condivisione di linee guida, procedure ed istruzioni operative, corredate da specifici indicatori con la creazione di un'unica raccolta dei documenti di riferimento ai fini clinici e di accreditamento; • Predisposizione di una Carta dei servizi unica e condivisa per il Percorso nascita, redatta secondo le indicazioni dell'Accordo Stato-Regioni del 2010, che verrà consegnata nei vari ambiti territoriali al primo contatto con le gestanti, unitamente all'Agenda di Gravidanza; compreso l'utilizzo del potenziale informativo e divulgativo dei siti web delle due Aziende.
		C.14	Ambito di sperimentazione e sviluppo di strumenti di telemedicina al servizio dei soggetti fragili: Distretto Novi-Tortona, Acqui-Ovada e Casale	Sviluppo strumenti di telemedicina	SI'		x	x	
		C.15	Salute Mentale (Telemedicina e Autismo negli adulti)	n° iniziative	1 annua	x	x	x	In riferimento ai **disturbi dello spettro autistico** la Struttura aziendale Salute Mentale ha elaborato nel corso del 2019 un progetto che individua le linee guida per la presa in carico delle persone adulte affette da tale patologia. Al 31.12.2019 risultano in carico n.56 utenti con patologia autistica di cui n.33 presi in carico nel corso del 2019 con le modalità di cui al progetto. **Progetto Telemedicina**: l'obiettivo non è stato raggiunto per le carenze di personale di tutte le figure professionali che non hanno consentito di avere momenti di studio ed elaborazione di un progetto adeguato.Forti dell'esperienza di Tele-Psichiatria maturata nel corso del 2017, con il sostegno della Fondazione CRAL, si ipotizzava di utilizzare la stessa metodologia al fine di favorire la permanenza degli operatori presso le sedi dei CSM diminuendo le uscite per interventi domiciliari. Il risparmio di tempo dei trasferimenti avrebbe consentito una maggiore attività clinica in sede.

COD	PILASTRO / MACRO OBIETTIVO	COD	OBIETTIVO / AZIONE	INDICATORI	TARGET	2019	2020	2021	RENDICONTAZIONE ANNO 2019
C	QUALITA' CLINICA ED ASSISTENZIALE	C.16	Dipendenze (Interventi a carattere locale su gioco d'azzardo patologico, Liberi dal fumo)	n° iniziative	1 annua	x	x	x	**"Interventi a carattere locale su gioco d'azzardo patologico (GAP)** La SC Ser.D nel corso del 2019 ha preso in carico 115 utenti su una popolazione di 440.000 residenti della provincia di Alessandria. Il numero totale dei pazienti in carico risulta esiguo rispetto al numero dei giocatori problematici. La normativa regionale ha sicuramente contenuto gli eccessi del Gioco d'Azzardo almeno in parte ma tale regolamentazione non giustifica la mancanza di richiesta di aiuto. Ad oggi sono presenti operatori specializzati e formati sul GAP in tutte le sedi della SC Ser.D essendo quindi possibile effettuare attività di consulenza e presa in carico dei giocatori e delle loro famiglie. Attraverso una maggiore visibilità all'esterno, si tende a rendere il servizio più accessibile ed attraente non solo a giocatori patologici in senso stretto, ma anche a tutti coloro che si avvicinano al gioco d'azzardo con modalità definite a rischio e ai famigliari degli stessi. E' stata istituita una linea telefonica dedicata, riportata nel sito dell'ASLAL, al cui numero, 366 430 9876, rispondono operatori della SC Ser.D debitamente formati nel trattamento del Gioco d'Azzardo. Sono proseguiti i due progetti (attivati nel 2018) finanziati con fondi vincolati :"In ascolto del gioco" e"Questo gioco non mi piace". Sono stati effettuati incontri enti locali: con il Comune di Valenza per attività di sensibilizzazione e informazione e con il Comune di Alessandria del tavolo tecnico sul Gioco d'Azzardo. Sono state preparate e distribuite ai MMG, dopo incontri di presentazione, le brochure informative relative all'offerta della SC Ser.D in materia di Gioco d'Azzardo. E' stata completata la ristrutturazione degli spazi per le diverse attività (riunioni, colloqui e gruppo psicoterapeutico) presso il Centro Diurno della Sc Ser.D di Alessandria. E' in corso il progetto formativo richiesto ad ALEA (Associazione per lo studio del gioco d'azzardo e dei comportamenti a rischio) con 4 giornate nel 2018, 4 nel 2019 e 2 previste per il 2020. In data 18.12.19 si è tenuta una giornata di formazione alla Polizia Municipale di Novi Ligure. Sono in programmazione le attività di formazione rivolte ai gestori di attività commerciali che abbiano slot machine o sale da gioco, coordinate dalla Regione, in collaborazione con ASCOM e Confesercenti Sono stati elaborati 2 progetti con le Comunità Terapeutiche che appartengono al Dipartimento di patologia delle Dipendenze della ASLAL di San Benedetto al Porto (ad Alessandria c/o Casa di Quartiere) e Arca Kades (c/o Comune di Acqui T.), che prevedono l'apertura di 2 centri di ascolto e consulenza legale patrimonialista gratuita per pazienti affetti da GAP o loro familiari. **Sviluppo dei centri antifumo - Interventi a carattere locale su liberi da fumo** Il trattamento clinico nei Centri Trattamento tabagismo (CTT) è attivo da 6 anni su tutto il territorio provinciale e ha sviluppato un percorso di disassuefazione dal fumo di tabacco in sinergia con i MMG. Sono stati attivati dalla SC Ser.D nel corso del 2019 due CTT con equipe specifica che operano: presso il Distretto di Alessandria e presso il Distretto di Novi Ligure. Quest'ultimo, nell'ambito del percorso terapeutico dedicato ai paziente affetti da BPCO, in sinergia e collaborazione con l'Ospedale San Giacomo di Novi Ligure e con i MMG presenti sul territorio Novese. Nei locali del Centro Diurno della SC Ser.D sede di Alessandria è attivato un gruppo di auto mutuo aiuto composto da ex fumatori che si ritrova a cadenza settimanale.

COD	PILASTRO / MACRO OBIETTIVO	COD	OBIETTIVO / AZIONE	INDICATORI	TARGET	2019	2020	2021	RENDICONTAZIONE ANNO 2019
C	QUALITA' CLINICA ED ASSISTENZIALE	C.17	Adolescenti (Bullismo e educazione tra pari)	n° iniziative	1 annua	x	x	x	Nell'anno 2019 la SC Ser.D ha realizzato i seguenti progetti (alcuni in qualità di capofila, altri come partner coinvolto in fase di progettazione, realizzazione e valutazione). 1) **In fondo alla rete**: navigare senza rimanere impigliati. Progetto sulle nuove tecnologie mediatiche: 1 corso di formazione per docenti Scuole secondarie di 1° grado e 1 corso per docenti Scuole secondarie di 2° grado) OBIETTIVI • Formare gli insegnanti sul tema dei rischi e delle opportunità della comunicazione digitale e della navigazione in rete, potenziare le abilità dei docenti nell'attivare strategie di prevenzione del cyber-bullismo, fornire alle insegnanti unità didattiche da proporre alle classi utili alla riflessione sull'utilizzo delle tecnologie mediatiche, sensibilizzare gli studenti sui rischi connessi a tali tematiche. 2) **Patentino per lo smartphone** (corso per docenti di scuola secondaria di 1° grado): partecipazione al corso regionale di formazione per formatori e avvio gruppo di lavoro territoriale composto da Ufficio Scolastico Territoriale, ARPA Piemonte, Polizia delle Poste e Telecomunicazioni. OBIETTIVI • costituzione gruppo di lavoro interistituzionale coordinato dall'UST, costruzione e realizzazione di un percorso formativo per i docenti referenti per il cyber bullismo, realizzazione, da parte dei docenti formati, di unità didattiche sui temi critici, somministrazione agli alunni di test di verifica dell'apprendimento, consegna della patente in ciascun Istituto Comprensivo. 3) **"I volti della violenza a scuola"**: 2 corsi di formazione rivolti a docenti (fase 1 e fase 2) in collaborazione con Ufficio Scolastico Territoriale (capofila), Consultorio ASL AL, Psicologia dei Distretti ASL AL, Questura, Polizia di Stato, Comando Provinciale dei Carabinieri, Ass. Medea, Cissaca. OBIETTIVI • Approfondire le conoscenze sul tema della violenza in ogni sua forma, offrire strumenti utili alla gestione di casi di sospetto abuso o maltrattamento, formare gli insegnanti sul tema dei rischi e delle opportunità della comunicazione digitale e della navigazione in rete, potenziare le abilità dei docenti nell'attivare strategie di prevenzione del cyber-bullismo, 4) **TEAM Scuola no violenza**: incontri con i genitori in collaborazione con Ufficio Scolastico Territoriale (capofila), Questura, Polizia di Stato, Comando Provinciale dei Carabinieri, Polizia delle Poste e Telecomunicazioni, Cissaca. OBIETTIVI • Approfondire le conoscenze sul tema della violenza in ogni sua forma, formare i genitori su temi dei rischi e delle opportunità della comunicazione digitale e della navigazione in rete, cyber bullismo, bullismo, favorire nel target la percezione delle Forze di Polizia e dei Servizi Sanitari come risorsa. 5) **Prevenzione tra pari** - Gruppo Noi Istituto Istruzione Superiore Nervi – Fermi OBIETTIVI: • Prevenzione fenomeni di bullismo e cyber-bullismo, acquisizione informazioni su bullismo/cyber bullismo, costruzione moduli di accoglienza rivolti alle classi prime, individuazione di una strategia comunicativa di trasmissione dei contenuti appresi ai pari.

COD	PILASTRO / MACRO OBIETTIVO	COD	OBIETTIVO / AZIONE	INDICATORI	TARGET	2019	2020	2021	RENDICONTAZIONE ANNO 2019
C	QUALITA' CLINICA ED ASSISTENZIALE	C.18	Anziani (demenze)	n° iniziative	1 annua	x	x	x	Nel corso dell'anno 2019, presso il distretto di Alessandria-Valenza, sono state destinate 56 ore di progetto finalizzato "Caregivers e assistenza psicologica. Avere cura di chi si prende cura" . Questo progetto si proponeva di volgere un interesse particolare alla condizione dei caregivers, vale a dire di coloro che si occupano dell'accudire a domicilio i propri familiari malati,o anziani oppure non autosufficienti, con la consapevolezza della difficoltà di chi vive questa situazione. La finalità, di conseguenza, è stata quella di supportare, sostenere e orientare i caregivers. Attività clinica svolta A fronte di un numero significativo di domande, provenienti dai Medici di Medicina Generale, dopo un'accurata valutazione del singolo richiedente, è stato possibile organizzare un gruppo di sostegno di tipo psico-educazionale. Questa opzione ha trovato il proprio fondamento nel Progetto europeo Ring (TransferRing Supports for Caregivers) promosso dalla Regione Piemonte e dalle Aziende Sanitarie Città di Torino. In particolare, è stata utilizzata una parte del progetto vale a dire quella che consiste nel Programma "GAM" (Isituto Gerontologico Matìa) programma psico-educazionale per il sostegno emotivo ai caregivers di pazienti affetti da morbo di Alzheimer. Il gruppo terapeutico, costituito da 7 persone, ha partecipato con regolarità e particolare interesse. In due casi singoli, tuttavia, non è stato possibile l'inserimento all'interno del gruppo. A tali pazienti è stata proposto un trattamento di tipo individuale, una cosultazione psicologica di tipo supportivo della durata di 8 colloqui. Le ore totali, pari a 56, sono state svolte nei mesi compresi tra giugno e novembre 2019.
		C.19	Promozione della salute (ArgentoAttivo)	Attuazione progetto	SI'	x	x	x	Adozione Delibera D.G. "Progetto Argento Attivo. Utilizzo fondi vincolati" Del. Nr.117 del 21/2/2019 Stipula convenzione con Auser Casale (Delibera D.G. nr.197 del 20/3/2019) Incontri con Auser e facilitatore per definizione programma di due eventi formativi per volontari Auser Casale e Trino finalizzati a sensibilizzare anziani attivi per azioni di individuazione e coinvolgimento di anziani fragili (marzo 2019) Corso di formazione per volontari Auser Casale (aprile maggio2019) Corsi per caregiver (3 incontri) in collaborazione con CPIA (Centro Alfabetizzazione Adulti) (ottobre dicembre 2019) Incontri periodici con gruppi anziani

COD	PILASTRO / MACRO OBIETTIVO	COD	OBIETTIVO / AZIONE	INDICATORI	TARGET	2019	2020	2021	RENDICONTAZIONE ANNO 2019
D	SOSTENIBILITA'	D.1	Inserimento di criteri di preferibilità ambientale nelle procedure di acquisto, nell'ambito dell'offerta economicamente più vantaggiosa	Inserimento criteri di preferibilità ambientale nelle procedure di acquisto	SI'		x	x	
		D.2	Valorizzazione delle certificazioni dei Sistemi di Gestione Ambientale dei Fornitori (es.: ISO 14001 ed EMAS)	Valorizzazione delle certificazioni dei Sistemi di Gestione Ambientale dei Fornitori	SI'		x	x	
		D.3	Preferenza di soluzioni a basso impatto ambientale per l'acquisizione dei beni durevoli a consumo energetico	Soluzioni a basso impatto ambientale per l'acquisizione dei beni durevoli a consumo energetico	SI'	x	x	x	Continuità della programmazione e realizzazione di interventi di risparmio energetico Proposta di Partenariato Pubblico Privato in tema di risparmio, contenimento dei consumi e riqualificazione energetica e impiantistica. Consegna proposta: 28.6.2019 Esame tecnico amministrativo della proposta con richiesta di modifiche ed integrazioni: ottobre 2019 Consegna aggiornamento proposta: 8.11.2019 In attesa risposta regionale per il prosieguo della procedura.
		D.4	Continuità della programmazione e realizzazione di interventi di risparmio energetico e riqualificazione tecnologica	Interventi di risparmio energetico e riqualificazione tecnologica	SI'		x	x	
		D.5	Ricerca di soluzioni allocative dei servizi sanitari, tecnici ed amministrativi, improntate al minor spreco di spazi ed alla minimizzazione dei costi di gestione	Soluzioni allocative dei servizi sanitari, tecnici ed amministrativi, improntate al minor spreco di spazi ed alla minimizzazione dei costi di gestione	SI'	x	x	x	Iniziative relative agli obiettivi di "Sostenibilità" Su tutti capitolati speciali di gara viene inserito uno specifico articolo denominato "clausola ambientale" tale da prevedere che le relative prestazioni contrattuali devono tener conto in particolare di elementi quali il minor impatto ambientale dei prodotti e servizi utilizzati, il minor consumo di risorse naturali non rinnovabili, minor produzione di rifiuti, utilizzo di materiali recuperati e riciclati, utilizzo di tecnologie e tecniche ecocompatibili e di sistemi di produzione a ridotto impatto ambientale, utilizzo di prodotti ecocompatibili e di facile smaltimento. Nelle forniture ad alto contenuto tecnologico e pertanto maggiormente critiche sotto questo aspetto, è stato previsto, nell'ambito dei criteri per la valutazione dell'aspetto qualitativo, elementi premianti sotto il profilo del punteggio. Un esempio è dato dai capitolati speciali per la fornitura in regime di service di sistemi a circuito chiuso per la preparazione, preservazione e trasferimento sottovuoto dei campioni biologici (approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 507 del 10.07.2019) e per la fornitura in regime di noleggio di noleggio di sistemi di lavaggio ed alta disinfezione per endoscopi e fornitura del relativo materiale di consumo occorrenti (approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 815 del 23.12.2019).
		D.6	Parco Auto Aziendale da rinnovare con mezzi a basso consumo e preferibilmente a trazione ibrida/elettrica	Introduzione di mezzi a basso consumo e preferibilmente a trazione ibrida/elettrica	% annua sul parco auto		5%	10%	
		D.7	Sviluppo di una funzione aziendale orientata alla partecipazione a bandi competitivi di finanziamento	Funzione aziendale orientata alla partecipazione a bandi competitivi di finanziamento	SI'		x	x	

COD	PILASTRO / MACRO OBIETTIVO	COD	OBIETTIVO / AZIONE	INDICATORI	TARGET	2019	2020	2021	RENDICONTAZIONE ANNO 2019
E	OBIETTIVI REGIONALI	E.1	Equilibrio economico	Consuntivo annuo Bilancio Previsione	Equilibrio di bilancio	x	x	x	VEDI RENDICONTAZIONE OBIETTIVI DG 2019
		E.2	Livelli di produzione ospedalieri attesi da Piano efficientamento	Livelli di produzione ospedaliera	Definiti dal Piano Efficientamento annuale	x	x	x	VEDI RENDICONTAZIONE OBIETTIVI DG 2019
		E.3	Case della Salute	CdS attivate e sviluppate	Secondo cronoprogramma definito con RP	x	x	x	VEDI RENDICONTAZIONE OBIETTIVI DG 2019
		E.4	Piano Cronicità	Obiettivi definiti dal Piano Cronicità	Definiti dal Piano Cronicità	Adozione Piano	x	x	VEDI RENDICONTAZIONE OBIETTIVI DG 2019
		E.5	Rispetto tempi attesa ricoveri /specialistica	Tempi attesa specialistica ambulatoriale e ricoveri	Rispetto standard regionali	x	x	x	VEDI RENDICONTAZIONE OBIETTIVI DG 2019
		E.6	Tempi permanenza DE/PS	Tempo permanenza	Rispetto standard regionali	x	x	x	VEDI RENDICONTAZIONE OBIETTIVI DG 2019
		E.7	Indicatori PNE (osteomuscolare - PTCA - assistenza al parto - area chirurgica	Indicatori PNE	Rispetto standard regionali	x	x	x	VEDI RENDICONTAZIONE OBIETTIVI DG 2019
		E.8	Screening oncologici	Indicatori invito popolazione target e adesione	Rispetto standard regionali	x	x	x	VEDI RENDICONTAZIONE OBIETTIVI DG 2019
		E.9	Donazioni organo	N° espianti cornee	Rispetto standard regionali	x	x	x	VEDI RENDICONTAZIONE OBIETTIVI DG 2019
		E.10	Umanizzazione	Azioni previste dal Piano miglioramento	Rispetto cronoprogramma RP	x	x	x	VEDI RENDICONTAZIONE OBIETTIVI DG 2019
		E.11	Assistenza farmaceutica	Indicatori di appropriatezza consumo dispositivi medici	Rispetto standard regionali	x	x	x	VEDI RENDICONTAZIONE OBIETTIVI DG 2019
		E.12	Contenimento spesa dispositivi medici	Indicatori di appropriatezza farmaceutica	Rispetto standard regionali	x	x	x	VEDI RENDICONTAZIONE OBIETTIVI DG 2019
		E.13	Fascicolo Sanitario Elettronico	Azioni previste dal Progetto regionale	Rispetto cronoprogramma RP	x	x	x	VEDI RENDICONTAZIONE OBIETTIVI DG 2019

4 RISORSE

4.1 EFFICIENZA ED ECONOMICITÀ

L'esercizio in esame ha registrato un andamento della gestione economico – finanziaria che ha determinato la chiusura del bilancio con un risultato di esercizio di euro -2.421.295,16 contro un preventivo che esponeva provvisoriamente un risultato di euro -11.378.477,00.

Tale risultato è la conseguenza, da un lato, del contenimento dei costi operativi rispetto alla previsione (costi interni ed esterni), dall'altro del maggior contributo del Fondo Sanitario Regionale che comunque non ha compensato l'incremento della mobilità passiva regionale (attività di ricovero e distribuzione diretta di farmaci, in particolare verso l'ASO AL); infine sul risultato ha inciso il miglioramento delle poste straordinarie.

Appare inoltre importante rilevare che nell'esercizio 2019 i costi operativi, nel complesso, sono diminuiti rispetto al 2018, conseguenza delle azioni di contenimento poste in atto e del continuo monitoraggio dei fattori produttivi. In particolare si evidenzia il contenimento del costo del personale, nonostante l'espletamento dei concorsi, che ha determinato un parziale contestuale incremento delle spese per consulenze sanitarie al fine di garantire il funzionamento dei servizi sanitari. Il mancato raggiungimento del pareggio di bilancio raggiunto nell'anno precedente è dovuto al significativo decremento delle componenti straordinarie attive.

Per quanto riguarda il controllo della spesa, l'assegnazione del budget ai centri di responsabilità ed ai servizi ordinatori di spesa, secondo il modello già sperimentato negli esercizi precedenti ha consentito:

- il confronto con i servizi ordinatori di spesa, con il richiamo al rispetto delle previsioni di spesa annuali, e la conseguente messa in atto di azioni di contenimento della spesa;
- il controllo della spesa in conto capitale e la programmazione del piano di investimenti pluriennale, peraltro riferita ad interventi indifferibili ed urgenti prevalentemente in relazione alla sicurezza sul lavoro ed all'adeguamento alla normativa antincendio.

Dal punto di vista contabile, l'esercizio 2019 ha consolidato le procedure oggetto di analisi nei precedenti esercizi, al fine di soddisfare gli adempimenti a carico della azienda sanitaria, con particolare riferimento a:

- verifica mensile dello stato delle fatture e dei pagamenti rilevati sulla Piattaforma di Certificazione dei Crediti, anche a seguito della rilevazione richiesta dal MEF ai Collegi Sindacali;
- completamento ed avvio della metodologia prevista per il Programma Attuativo di Certificabilità (PAC), rispetto alla quale si è proceduto al completamento dell'analisi delle procedure e, per ogni servizio coinvolto, si è fissato l'obiettivo di predisporre almeno una istruzione operativa da correlare alle procedure PAC;
- attivazione della piattaforma informatica per la gestione degli ordini elettronici (NSO) la cui partenza è stabilita, secondo il decreto ministeriale (DM 27/12/2019), nel 1° febbraio 2020.

Si rinvia inoltre, per completezza delle informazioni relative al presente paragrafo, a quanto relazionato nella sezione "OBIETTIVI RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI" relativamente agli obiettivi:

- Equilibrio economico
- Livelli di produzione ospedaliera attesi da piano di efficientamento

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 DG n. 90 del 30/01/2014;
- “Relazione sulla performance anno 2014” - Deliberazione DG 498 del 25.06.2015;
- “Relazione sulla performance anno 2015” - Deliberazione DG 440 del 27.06.2016;
- “Relazione sulla performance anno 2016” - Deliberazione DG 429 del 23.06.2017;
- “Relazione sulla performance anno 2017” – Deliberazione DG 445 del 29.06.2018;
- “Relazione sulla performance anno 2018” – Deliberazione 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 DG 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 DG 172 del 28.02.2018
- “Adozione Piano della Performance triennio 2019 – 2021” adottato con Deliberazione DG 229 del 28.03.2019
- “Programmazione gestionale per l’anno 2019. Approvazione schede di budget dei Centri di Responsabilità dell’ASL AL” – Deliberazione 756 del 5.12.2019

Per quanto riguarda le tempistiche di attuazione del ciclo della performance presso l'ASL AL, nell’anno 2019 si è provveduto alla definizione degli obiettivi annuali nonché alla valutazione dei risultati riferiti all'anno 2018, in modo coerente con le scadenze degli strumenti di programmazione, monitoraggio e rendicontazione delle attività istituzionali dell’Azienda.

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.

Si registra nel 2019 un miglioramento nel processo di budget, in termini di razionalizzazione del sistema obiettivi/indicatori relativamente alla criticità dell'eccessiva numerosità degli obiettivi, con conseguente appiattimento di quelli più critici su quelli meno prioritari ed un miglioramento sia nella riduzione della numerosità degli obiettivi che nella miglior traduzione degli obiettivi strategici nei correlati obiettivi operativi di CDR.

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 particolare il percorso budget 2019 si è svolto partendo da una prima fase istruttoria, con il supporto della SC Programmazione Controllo Sistema Informativo, che ha provveduto a predisporre le schede di budget e la reportistica propedeutica alla assegnazione degli obiettivi di budget.

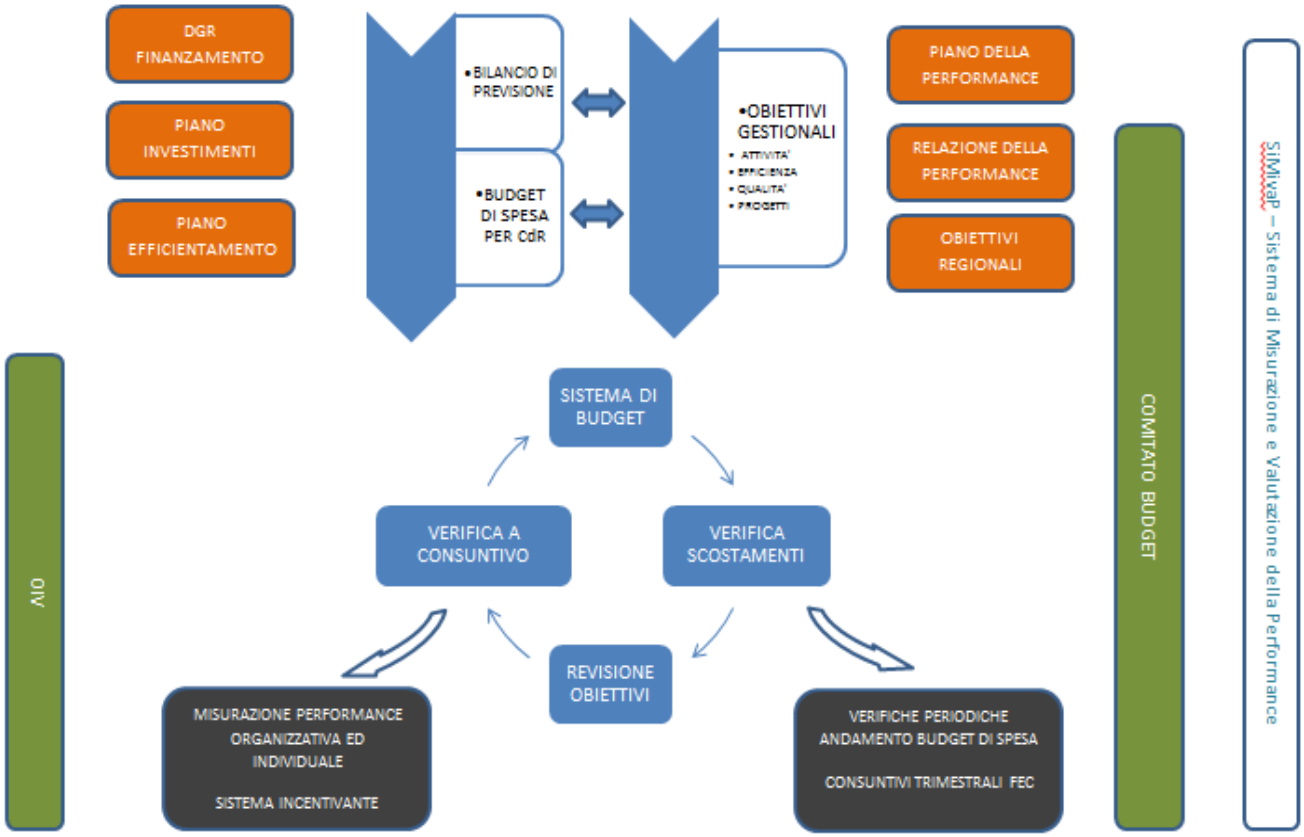
Gli obiettivi assegnati alle strutture aziendali sono conformi agli indirizzi regionali e, pertanto, agli obiettivi che annualmente la Regione assegna alle Aziende Sanitarie. Nel rispetto dei vincoli economici vigenti, gli obiettivi sono stati espressi in coerenza con quelli definiti nel quadro della programmazione regionale, ponendo specifica attenzione all’efficacia, efficienza e al funzionamento dei servizi sanitari; essi sono stati definiti tenendo conto della formulazione di osservazioni integrative e modifica degli stessi da parte delle Direzioni generali delle Aziende.

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		
	PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE		
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
	PROGRAMMAZIONE RISORSE UMANE		CDR
	PROGRAMMA ATTIVITA' TERRITORIALI		
CONTRATTAZIONE SCHEDE BUDGET	QUADRO SINTETICO DEGLI OBIETTIVI ANNUALI	SCHEDE DI BUDGET PER CDR	DIREZIONE GENERALE
	BUDGET DI SPESA PER CDR		COMITATO BUDGET
			DIPARTIMENTI - 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		PERSONALE
	VALUTAZIONE DEL GRADO DI PARTECIPAZIONE AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI DI STRUTTURA NEL SISTEMA DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE		RELAZIONI SINDACALI

FLUSSO DEL PROCESSO DI BUDGET



In merito alla definizione degli obiettivi 2019, gli stessi erano stati definiti e condivisi con i dipartimenti/ strutture aziendali nel corso dei primi mesi dell'anno con riferimento al Piano strategico aziendale, documento di programmazione di cui l'ASL si era dotata in attesa dell'assegnazione degli obiettivi regionali.

Per la costruzione del Piano si era puntato a favorire la creazione di uno strumento di lavoro per i gruppi che consenta di "accumulare le idee" e distillare quelle migliori; in particolare alimentando il dialogo con gli interlocutori, in quanto il processo di costruzione del documento è strumento di interlocuzione e condivisione.

Il Piano era stato, nel periodo fine 2018 – primi mesi 2019, oggetto di condivisione con le articolazioni Aziendali a seguito di un percorso di analisi dei fabbisogni e delle relative priorità e di individuazione di progetti specifici a loro volta articolati in azioni.

La formalizzazione degli obiettivi di budget ha però risentito di ritardi, a seguito delle dimissioni dell'allora Direttore Generale, con effetto da inizio giugno 2019, e al conseguente protrarsi del periodo di reggenza del facente funzioni durato fino al 18.10.2019, data con cui la Regione Piemonte, con DGR 26-411 ha provveduto a nominare il Commissario dell'ASL AL,

Inoltre, l'assegnazione degli obiettivi regionali di attività ai Direttori Generali/Commissari delle AASS è avvenuta con DGR 4-92 in data 19.07.2019, a seguito insediamento della neonominata Giunta Regionale del Piemonte.

In attesa della nomina del Commissario ASL è stata data comunicazione degli obiettivi regionali alle strutture aziendali, ai fini del loro coinvolgimento, oltre al renderli parte attiva durante le fasi di monitoraggio dei dati a supporto degli obiettivi stessi.

Con la nomina del Commissario si è proceduto ad una rivalutazione complessiva delle schede di budget 2019 sulla base dell'andamento degli obiettivi precedentemente assegnati, apportando le opportune modifiche, al fine di renderli maggiormente coerenti con le risorse disponibili e recependo gli obiettivi assegnati dalla Regione con D.G.R. n.4-92 del 19 luglio 2019.

Gli obiettivi assegnati ai Centri di Responsabilità hanno riguardato le diverse dimensioni: attività, efficienza, progetti, misurate attraverso indicatori di input, costo, outupt e outcome.

Tali indicatori sono stati progettati e implementati in maniera standardizzata nell'ambito dei flussi informativi regionali e ministeriali, disciplinati dalla normativa di riferimento.

Riguardo al monitoraggio in corso d'anno, si rileva che Viene inviata dalla SC Programmazione Controllo 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 e per specialità con indicatori di attività e di efficienza.

Gli strumenti utilizzati sono stati i seguenti: la reportistica predisposta dal Controllo di Gestione, le relazioni inviate dai singoli Direttori/Responsabili di CDR, i dati e le informazioni tratte da fonti specifiche di volta in volta interpellate, i colloqui di approfondimento con i responsabili, qualora si siano resi opportuni.

Nell'anno 2019 la chiusura delle valutazioni degli obiettivi relativi all'esercizio 2018 si è conclusa nel mese di giugno.

Si precisa altresì che la valutazione dei risultati 2018 è stata effettuata nell'ambito delle sedute dell'Organismo Indipendente di Valutazione, organizzate allo scopo, ed è stata validata dalla Direzione Aziendale con delibera n. 617 del 25.09.2019.

Al termine della valutazione, l'OIV ha disposto che per gli obiettivi non raggiunti o parzialmente raggiunti venisse data apposita comunicazione delle cause del mancato raggiungimento ai Responsabili di riferimento, in un'ottica di feed back, volto ad innescare le opportune azioni di miglioramento sulle criticità riscontrate.

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."

Presso l'ASL AL non era ancora predisposto e formalizzato, per l'anno in esame, un unico documento che riprenda il disposto regionale, ma sono risultavano ti approvati e pubblicati presso l'apposita sezione di Amministrazione Trasparente i regolamenti in materia di procedure di verifica e valutazione della Dirigenza, il regolamento per la valutazione del personale del comparto titolare di posizione organizzativa e gli accordi sindacali in materia.

Nella seconda metà del 2019 sono iniziate le attività per l'adozione del documento inerente il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance organizzativa e individuale del personale dell'ASL AL, in conformità a quanto previsto dalla DGR 25-6944/2013, dall'aggiornamento

normativo di cui alla cd. riforma Madia (D.Lgs. 74/2017 più volte richiamato) e dalle Linee Guida pubblicate dal Dipartimento Funzione Pubblica – Ufficio per la Valutazione della Performance.

Il documento SiMiVaP ASL AL è stato adottato con deliberazione 238 del 10.04.2020, raccordando 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.

Ai fini dell'adozione del SiMiVaP è stato espresso del parere favorevole vincolante dai componenti dell'Organismo Indipendente di Valutazione ai sensi dell'art. 7 D.Lgs. n. 150/2009 e s.m.i. durante la seduta del 28.01.2020 in merito al percorso metodologico previsto per l'adozione del "Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance dell'ASL AL – Triennio 2020-2022

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 i 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, subentra al Dott. Ezio Cavallero, quale Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza dell'ASL AL

Con deliberazione dell'ASL AL n. 63 del 31.01.2019 è stato approvato il Piano triennale di prevenzione della Corruzione 2019-2021, pubblicato sul sito nella sezione "*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 2019.

In merito alla trasparenza occorre rilevare che l'A.N.A.C., con deliberazione n. 141 del 27.02.2019 ha previsto che l'OIV attesti l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31.03.2019, 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. 141/2019.

L'OIV ha effettuato la verifica sulla pubblicazione, completezza, aggiornamento ed apertura del formato dei documenti pubblicati nel sito dell'ASL AL, nella sezione "*Amministrazione Trasparente*", come risulta dalla relazione sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione della trasparenza e integrità dei controlli interni.

L'OIV ha svolto l'attività di monitoraggio sugli adempimenti, da parte dell'ASL AL, inerenti gli 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 dalle delibere ANAC in materia.

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 UPR Formazione – struttura incaricata della pubblicazione dei documenti.

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

A seguito della ricostituzione del Comitato Unico di Garanzia (CUG), avvenuta nel corso dell'anno 2018, sono stati attivati alcuni significativi percorsi di confronto e di approfondimento.

In particolare sono stati avviati i lavori di stesura di un'integrazione del Regolamento di funzionamento del CUG al fine di chiarire e strutturare le modalità di collaborazione tra Consiglieri di Fiducia, CUG, Sportello di Ascolto ed SC Medico Competente, Prevenzione e Protezione.

Il CUG dell'ASL AL ha attivamente partecipato al Tavolo permanente dei CUG del Piemonte, promosso dalla Consigliera di Parità regionale per favorire il confronto ed il raccordo tra i diversi Comitati attivi.

Il CUG ha supportato attivamente il processo di individuazione dei Consiglieri di Fiducia.

Nel corso dell'anno 2019, infatti, sono stati pubblicati due Avvisi per la selezione di due consiglieri di fiducia interni e di un consigliere di fiducia esterno. Con Deliberazione n. 827 del 23 dicembre 2019 sono stati nominati tre Consiglieri di Fiducia dell'ASL AL.

A seguito dell'emanazione della Direttiva n. 2/2019 "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche" da parte del Ministero per la Pubblica Amministrazione e del Dipartimento per le Pari Opportunità, si è avviato un percorso rafforzamento delle azioni positive volte a promuovere le pari opportunità, a prevenire le discriminazioni nonché a sostenere il benessere organizzativo e la valorizzazione delle risorse umane.

Nelle tabelle che seguono è rappresentato il personale dipendente alla data del 31.12.2019 suddiviso per età e genere, ripartito per inquadramento, tipo di presenza, posizioni di responsabilità non dirigenziali, media delle retribuzioni omnicomprensive per il personale a tempo pieno, suddivise per genere nei livelli di inquadramento.

RIPARTIZIONE DEL PERSONALE PER GENERE ED ETA' 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 – Inc. Str.Complessa					2					2
DIRIGENTI RUOLO AMMINISTRATIVO – Inc. Str. Semplice				2	1			1	1	
DIRIGENTI RUOLO AMMINISTRATIVO – Inc. Professionale					1			1	4	
DIRIGENTI RUOLO PROFESSIONALE – Inc. Professionale		1		2	2				1	
DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI – Inc. Str.Complessa									2	
DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI – Inc. Str Semplice					1			1	6	1
DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI – Inc. Professionale		1	1	1	6		5	16	17	7
DIRIGENTI RUOLO TECNICO – Inc. Professionale				1	1					
PROFILI RUOLO AMMINISTRATIVO	5	10	29	50	19	5	17	82	244	96
PROFILI RUOLO PROFESSIONALE					1					
PROFILI RUOLO TECNICO		18	61	111	32		18	116	331	99
MEDICI – Inc. Str.Complessa t.ind.			7	3	17				5	2
MEDICI – Inc. Str.Complessa t.det.				1						
MEDICI – Inc. Str. Semplice			1	20	19			2	10	7
MEDICI – Inc. Professionale t.ind.		24	31	59	75		55	68	58	37
MEDICI – Inc. Professionale t.det.							2		1	
ODONTOIATRI – Inc. Str. Semplice				1						
ODONTOIATRI - Inc. Professionale				2			1			
VETERINARI – Inc. Str.Complessa					2					
VETERINARI – Inc. Str. Semplice				2	1					

VETERINARI – Inc. Professionale			3	10	15			1	2	
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. FUNZIONI RIABIL. t.ind.	3	1	4	13	4	5	15	34	58	18
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. FUNZIONI RIABIL. t.det.							1			
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. INFERMIERISTICO t.ind.	28	34	59	63	17	87	90	324	615	84
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. INFERMIERISTICO t.det.						3	1			
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. TECNICO SANITARIO t.ind.	7	10	8	21	8	12	32	27	47	13
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. TECNICO SANITARIO t.det.	1	4	1			2	1			
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. VIGILANZA E ISPEZ. t.ind.	2	1	1	22	8	1	2	9	15	5
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. VIGILANZA E ISPEZ. t.det.	1					4	1			
Totale personale	47	104	206	384	232	119	241	682	1417	371
% sul personale complessivo	1,24%	2,73%	5,42%	10,10%	6,10%	3.13%	6,34%	17,93%	37,26%	9,76%

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

	UOMINI							DONNE						
Classi età / Tipo Presenza	<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	47	102	194	373	228	944	97%	119	231	552	1181	332	2415	85%
Part Time >50%		1	9	7	2	19	2%		8	115	204	36	363	13%
Part Time <50%		1	3	4	2	10	1%		2	15	32	3	52	2%
Totale	47	104	206	384	232	973		119	241	682	1417	371	2830	
Totale %	4,83 %	10,69 %	21,17 %	39,47 %	23,84 %			4,20%	8,52 %	24,10 %	50,07 %	13,11 %		

POSIZIONI DI RESPONSABILITA' REMUNERATE NON DIRIGENZIALI, RIPARTITE PER GENERE

	UOMINI		DONNE		TOTALE	
Tipo Posizione di responsabilità	**Valori assoluti**	%	**Valori assoluti**	%	**Valori assoluti**	%
Posizioni organizzative	38	60,32%	55	41,67%	93	47,69%
Coordinamenti	25	39,68%	77	58,33%	102	52,31%
Totale personale	**63**		**132**		**195**	
% **sul personale complessivo**	32,31%		67,69%			**100,00%**

DIVARIO ECONOMICO, MEDIA DELLE RETRIBUZIONI OMNICOMPRENSIVE PER IL PERSONALE A TEMPO PIENO, SUDDIVISE PER GENERE NEI LIVELLI DI INQUADRAMENTO

Inquadramento	**UOMINI**	**DONNE**	**Divario economico per livello**	
	Retribuzione netta media	Retribuzione netta media	Valori assoluti	%
DIRIGENTI RUOLO AMMINISTRATIVO – Inc. Str.Complessa	47.352,00	48.070,00	-718,00	0,99%
DIRIGENTI RUOLO AMMINISTRATIVO – Inc. Str Semplice	44.663,00	39.381,00	5.282,00	1,13%
DIRIGENTI RUOLO AMMINISTRATIVO – Inc. Professionale	40.566,00	38.001,00	2.565,00	1,07%
DIRIGENTI RUOLO PROFESSIONALE – Inc. Professionale	42.804,00	42.243,00	561,00	1,01%
DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI - Inc. Str.Complessa		49.518,00	-49.518,00	
DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI - Inc. Str Semplice	46.702,00	46.309,00	393,00	1,01%
DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI - Inc. Professionale	39.417,00	39.102,00	315,00	1,01%
DIRIGENTI RUOLO TECNICO - Inc. Professionale	36.172,00		36.172,00	
PROFILI RUOLO AMMINISTRATIVO	19.736,00	20.040,00	-304,00	0,98%
PROFILI RUOLO PROFESSIONALE	21.628,00		21.628,00	
PROFILI RUOLO TECNICO	19.667,00	19.095,00	572,00	1,03%
MEDICI - Inc. Str.Complessa	79.730,00	64.145,00	15.585,00	1,24%
MEDICI - Inc. Str. Semplice	55.231,00	53.358,00	1.873,00	1,04%
MEDICI - Inc. Professionale	53.056,00	50.058,00	2.998,00	1,06%
ODONTOIATRI - Inc. Str. Semplice	38.172,00		38.172,00	
ODONTOIATRI - Inc. Professionale	51.051,00	37.971,00	13.080,00	1,34%
VETERINARI - Inc. Str.Complessa	66.970,00		66.970,00	
VETERINARI - Inc. Str Semplice	52.520,00		52.520,00	
VETERINARI - Inc. Professionale	50.502,00	44.452,00	6.050,00	1,14%
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. FUNZIONI RIABIL.	21.618,00	21.282,00	336,00	1,02%
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. INFERMIERISTICO	23.033,00	22.826,00	207,00	1,01%
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. TECNICO SANITARIO	24.044,00	22.741,00	1.303,00	1,06%
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. VIGILANZA E ISPEZ.	24.446,00	22.969,00	1.477,00	1,06%
Totale personale				**100,00%**
% sul personale complessivo				