



PIANO DELLA PERFORMANCE

ANNI 2019 – 2021

Aggiornamento Anno 2021

REGIONE PIEMONTE – ASL ALESSANDRIA

CONTIENE:

- **POLA – PIANO ORGANIZZATIVO DEL LAVORO AGILE**
- **NOTA AGGIORNAMENTO 2021 AZIONI POSITIVE ASL AL**

1. PRESENTAZIONE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE	3
1.1 Premessa	3
1.2 Finalità e contenuti.....	4
2. IDENTITA' DELL'AZIENDA SANITARIA ASL AL	6
2.1 Chi siamo	7
2.2 Cosa facciamo	9
2.3 Come operiamo	11
3. ANALISI DEL CONTESTO	12
3.1 Analisi del contesto esterno	12
3.1.1 Analisi ambientale	12
3.1.2 Popolazione	14
3.1.3 Sistema di offerta	21
3.1.4 Dati sanitari	22
3.2 Analisi del contesto interno	33
3.2.1 Il modello organizzativo dell'ASL AL	33
3.2.2 Risorse umane e professionali	35
3.2.3 Risorse tecnologiche	37
3.2.4 Risorse economiche e finanziarie	38
4. OBIETTIVI STRATEGICI E OBIETTIVI AZIENDALI	39
4.1 Le azioni programmate per l'anno 2020	39
4.2 Albero della performance	47
5. DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI	51
5.1 La programmazione gestionale e il sistema di budget nell'ASL AL	51
5.2 Il sistema premiante	53
6. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PRIVACY	55
6.1 Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione delle performance	58
6.2 Coerenza con il Piano triennale per la prevenzione della corruzione e trasparenza	58

P.O.L.A. – Piano Organizzativo del Lavoro Agile	59
Parte 1: Livello di attuazione e di sviluppo del lavoro agile	59
Parte 2: Modalità attuative	61
Parte 3: Soggetti, processi e strumenti del lavoro agile	63
Parte 4: Programma di sviluppo del lavoro agile	65
ALLEGATI AL POLA	74

AZIONI POSITIVE DELL'ASL AL – Nota di aggiornamento 2021	78
--	----

1 - PRESENTAZIONE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE

1.1 – PREMESSA

Il piano della performance è un documento programmatico, con orizzonte temporale triennale, da adottare entro il 31 gennaio di ogni anno, che individua le linee di indirizzo programmatico e strategico aziendale e definisce gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'azienda, nonché gli obiettivi assegnati alle strutture e al personale dirigenziale.

Il presente documento rappresenta l'aggiornamento annuale del documento di programmazione triennale della performance, redatto e approvato lo scorso anno con deliberazione 229/2019 ad oggetto: "Adozione piano della performance triennio 2019 – 2021".

Il piano della performance 2021 prosegue l'iter di quanto avviato lo scorso anno per presentare la programmazione aziendale, illustrando il quadro degli obiettivi e delle attività che l'ASL AL intende perseguire nell'anno che si avvia, con la finalità di garantire la massima trasparenza ed informazione ai dipendenti e ai cittadini sulle attività programmate.

Nell'ambito del documento, una specifica sezione è dedicata al Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA), redatto in base alle indicazioni contenute nelle Linee Guida pubblicate nel mese di dicembre 2020 dal Dipartimento della Funzione Pubblica – Ufficio per la Valutazione della Performance.

Il POLA ASL AL è stato predisposto da apposito team aziendale composto dalle seguenti strutture: SC Personale e Sviluppo Risorse Umane – Settore Giuridico, I.C.T, SSA Comunicazione URP Formazione, con la collaborazione delle strutture aziendali che hanno partecipato analizzando e individuando le attività amministrative di competenza, al fine di definire la mappatura dei procedimenti amministrativi eseguibili in lavoro agile che costituisce allegato al POLA.

1.2. FINALITA' E CONTENUTI

Per "performance" si intende il contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un soggetto (sistema, organizzazione, unità organizzativa, gruppo di lavoro, individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è costituita (D.Lgs. 150/2009).

Il Piano della Performance, come previsto dalla normativa nazionale (D. Lgs 150/2009 e D.Lgs n.74/2017) rappresenta lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance ed è il documento programmatico triennale che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi dell'ASL AL e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'Azienda, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori (Art. 10 comma 1 lettera a – D.Lgs. 150/2009).

Il Piano definisce, inoltre, gli elementi fondamentali su cui si imposterà la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance.

Essendo un atto di programmazione pluriennale, il Piano è pertanto modificabile, con cadenza annuale in relazione a:

- obiettivi definiti in sede di programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale;
- contesto interno ed esterno di riferimento;
- struttura organizzativa e, più in generale, modalità di organizzazione e funzionamento dell'Azienda Sanitaria (Piano di Organizzazione).

Nel Piano della Performance vengono evidenziati tutti i passaggi logici atti a garantire "la qualità, la comprensibilità e l'attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance", secondo quanto previsto dall'art. 10 comma 1 del D.Lgs. 150/2009.

Il Piano della Performance ha lo scopo di consentire la verifica interna ed esterna della "qualità" del sistema di obiettivi o, più precisamente, del livello di coerenza con i requisiti metodologici che, secondo il decreto, devono caratterizzare gli obiettivi. L'art. 5 comma 2 del decreto richiede infatti che gli obiettivi siano:

- a. rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzione, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;
- b. specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- c. tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- d. riferibili ad un arco temporale determinato, di norma corrispondente ad un anno;
- e. commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale ed internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe;
- f. confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimenti, ove possibile, almeno al triennio precedente;
- g. correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

Gli indirizzi strategici sono programmati e definiti, prima dell'inizio del rispettivo esercizio, dagli organi di indirizzo politico-amministrativo.

Gli obiettivi sono articolati in strategici ed operativi; per ogni obiettivo vengono individuati uno o più indicatori ed i relativi *target* ai fini di consentire la misurazione e la valutazione della *performance*. Gli indicatori vengono definiti, tenendo conto degli ambiti individuati dall'articolo 8 del decreto, sulla base del Sistema di misurazione e valutazione della *performance* di cui all'articolo 7 del decreto.

Costituiscono parte integrante del piano gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

Ciò è funzionale a consentire la valutazione della *performance* individuale dei dirigenti di cui all'articolo 9, comma 1, lettere a) e b), del decreto 150/2009.

La seconda finalità del Piano è quella di assicurare la comprensibilità della rappresentazione della performance.

Nel Piano viene esplicitato il "legame" che sussiste tra i bisogni della collettività, la missione istituzionale, le priorità politiche, le strategie, gli obiettivi e gli indicatori dell'Azienda Sanitaria. Questo rende esplicita e comprensibile la performance attesa, ossia il contributo che l'ASL AL intende apportare attraverso la propria azione alla soddisfazione di bisogni della collettività.

La terza finalità del Piano è quella di assicurare l'attendibilità della rappresentazione della performance. La rappresentazione della performance è attendibile solo se è verificabile ex post la correttezza metodologica del processo di pianificazione (principi, fasi, tempi, soggetti) e delle sue risultanze (obiettivi, indicatori, target).

Il Piano della Performance è stato costruito integrando il pensiero strategico della Direzione e delle diverse articolazioni aziendali, in maniera coerente con le linee di indirizzo Regionali, con una diagnosi interna (personale e azienda) ed esterna (pazienti e contesto esterno di riferimento).

Il piano è reso conoscibile e scaricabile on line sul sito dell'azienda (www.aslal.it).

2 – IDENTITA' DELL'AZIENDA SANITARIA ASL AL

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

2.1 – Chi siamo

L'Azienda Sanitaria Locale "AL" è stata costituita in Azienda con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale, con decreto del Presidente della Giunta regionale del Piemonte n. 85 del 17/12/2007 ed è operativa dal 1° gennaio 2008.

Sostituisce, unificandone le competenze e le funzioni, le tre AA.SS.LL. (ASL20, ASL21, ASL22) che in precedenza operavano su singole porzioni del territorio provinciale.

L'organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con Atto Aziendale, consultabile sul sito internet istituzionale.

La sede legale dell'ASL AL è in Alessandria, al n. civico 6 di Via Venezia.

Il logo ufficiale dell'ASL AL è rappresentato da:



Il sito internet istituzionale è: www.aslal.it.

Il patrimonio dell'Azienda è costituito da tutti i beni mobili e immobili ad essa appartenenti e si suddivide, in conformità alle vigenti disposizioni legislative, in patrimonio disponibile (destinato a produrre reddito) e in patrimonio indisponibile (direttamente strumentale all'esercizio delle funzioni istituzionali), ed è descritto in appositi inventari contenenti le indicazioni utili alla identificazione dei beni (titoli di provenienza, dati catastali, valori, rendite, ecc).

Il territorio di riferimento dell'ASL AL misura kmq 3.677, comprende 195 Comuni per una popolazione complessiva di 430.447 abitanti (dato BDDE Regione Piemonte al 31.12.2019). distribuiti su un territorio di 3.679 mq – densità media 117,00 – ed è articolato in quattro distretti:

- Distretto di Acqui Terme – Ovada
- Distretto di Alessandria – Valenza
- Distretto di Casale Monferrato
- Distretto di Novi Ligure – Tortona

Complessivamente la percentuale di residenti con età maggiore a 65 anni (popolazione anziana) è pari al 27,94%.

I principali stakeholders dell'Azienda sono:

- pazienti/utenti
- dipendenti
- istituzioni
- fornitori
- terzo settore

2.2 – Cosa facciamo

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

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.

Ne scaturisce una serie di interventi, diretti a perseguire:

- l'unitarietà dell'intervento ospedaliero, attraverso la creazione di un modello di rete coordinato dei presidi ospedalieri esistenti;
- lo sviluppo e la qualificazione del sistema delle cure primarie, quale risposta appropriata ed alternativa ai ricoveri ospedalieri, da realizzare con un rafforzamento

del ruolo del Distretto, a garanzia del coordinato e continuativo svolgimento dei percorsi di salute;

- la continuità assistenziale che garantisca un percorso di presa in carico e di assistenza socio/sanitaria, senza soluzioni di continuità;
- la prevenzione e la promozione della salute, anche attraverso progetti di collaborazione intersettoriali;
- il rafforzamento degli autentici valori aziendali quali il senso d'identità, la meritocrazia, la responsabilizzazione, la valorizzazione, la formazione e il costante aggiornamento dei professionisti e degli operatori sanitari;
- il consolidamento di un'organizzazione capace di coniugare l'efficienza economica con i principi dell'etica pubblica "trasparenza e centralità del cittadino";
- la collaborazione con le Istituzioni locali, le Agenzie formative, le Organizzazioni Sindacali, le Associazioni rappresentative dei cittadini e del terzo settore.

2.3 – Come operiamo

L'Azienda privilegia scelte organizzative atte a garantire come riferimento strategico la centralità del cittadino-utente, il soddisfacimento dei suoi bisogni di salute e la personalizzazione ed umanizzazione delle cure.

A tal fine, risultano prioritari per l'Azienda lo sviluppo di adeguati percorsi di partecipazione democratica dei cittadini-utenti e lo sviluppo di processi di comunicazione ed informazione finalizzati a facilitare l'accesso dei cittadini alle prestazioni sanitarie e a garantire la qualità delle prestazioni erogate, attivando processi di rilevazione della soddisfazione dei cittadini e azioni di miglioramento.

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

3 – ANALISI DEL CONTESTO

3.1 – Analisi del contesto esterno

3.1.1 – 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.

Mobilità passiva Ricoveri e Day hospital

La produzione dei Presidi Ospedalieri dell'ASL AL soddisfa il 35,1% in termini di casi ed il 28,4% in termini di valore del fabbisogno complessivo di ricoveri per i residenti del territorio ASL AL (dati anno 2019).

Rilevante il ruolo dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria, non solo per i residenti del Distretto Alessandria e Valenza, ma anche per i rimanenti abitanti dei Distretti dell'ASL AL (complessivamente il 35,6% dei casi e 38,9% del valore); per quanto riguarda l'alta specialità, l'attività dell'ASO AL per i residenti dei Distretti dell'ASL AL è pari al 36,6% in termini di casi e al 42,5% in termini di valore.

In particolare l'ASO di Alessandria soddisfa il 67,0% in termini di casi ed il 66,9% in termini di valore del fabbisogno complessivo dei residenti del Distretto Alessandria e Valenza; per quanto riguarda l'alta specialità, l'attività dell'ASO AL per i residenti del Distretto di Alessandria e Valenza è pari al 57,7% dei casi e 63,3% del valore.

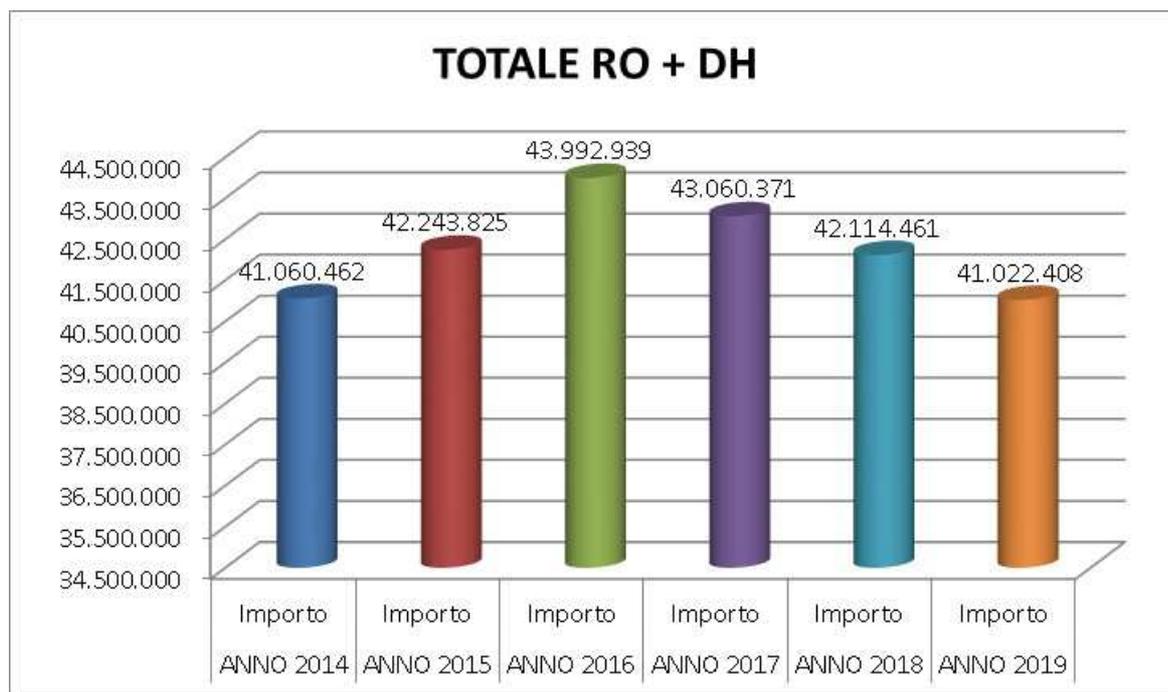
Per quanto riguarda gli altri Distretti (al di fuori di Alessandria – Valenza), invece, l’Azienda Ospedaliera di Alessandria soddisfa il 15,6% di casi ed il 12,6% di valore per le discipline di medio-bassa specialità, mentre per l’alta specialità rispettivamente il 25,2% ed il 31,0%.

Ruolo particolarmente significativo rivestono le Case di cura private accreditate del territorio: complessivamente il 6,2% dei casi e 8,1% del valore.

Minore e concentrata prevalentemente sul territorio del Distretto di Acqui T. e Ovada la soddisfazione del fabbisogno di ricoveri da parte dei PP.OO. dell’ASL di Asti: complessivamente 1,3% casi e 1,2% valore.

Caratteristica dell’ospedalizzazione dei residenti dell’ambito territoriale dell’ASL AL è rappresentata dalla forte incidenza della mobilità passiva extraregione (complessivamente il 15,9% dei casi e 16,9% del valore), fortemente concentrata nei territori di confine (Distretti di Novi L. – Tortona ed Acqui T. – Ovada) ed in fase di riduzione dopo anni di costante e progressiva crescita; tale fuga non riguarda solamente le attività di alta specialità, ma anche ed in maniera rilevante le specialità di base per le quali l’offerta all’interno della rete ospedaliera dell’Area Omogenea Piemonte sud-est è sicuramente rilevante: per le attività di base il 15,7% dei casi ed il 17,1% del valore complessivo.

ANDAMENTO MOBILITA' PASSIVA EXTRAREGIONE ASLAL - RICOVERI (VALORE)

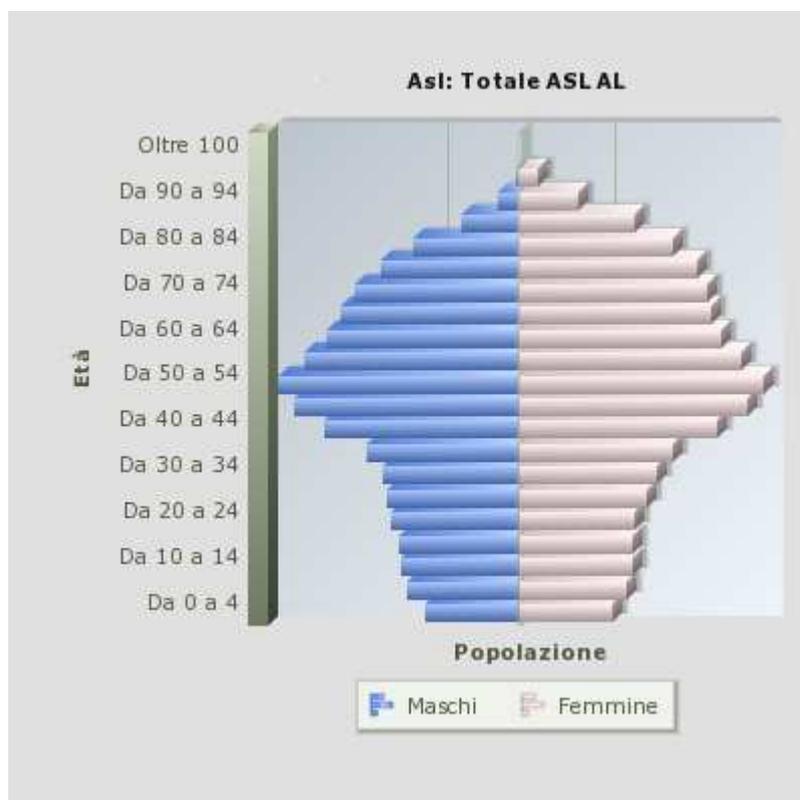


3.1.2 – Popolazione

Nelle tabelle sottostanti sono riportati i principali valori e dati che caratterizzano e identificano la popolazione residente nel territorio dell'ASL AL. Il periodo di riferimento è l'anno 2019

TERRITORIO E POPOLAZIONE

Distretto	Residenti	% ultra 65enni	Superficie (kmq)	Densità demogr (ab/kmq)	Comuni	Pianura	Collina	Montagna
Acqui Terme - Ovada	67.910	30,61%	766,79	88,56	45	1	26	18
Alessandria - Valenza	152.712	26,80%	827,54	184,54	31	19	12	---
Casale Monferrato	79.745	28,27%	735,72	108,39	48	15	33	---
Novi Ligure - Tortona	130.080	27,69%	1.349,23	96,41	71	16	23	32
TOTALE ASL AL	430.447	27,94%	3.679,28	117,00	195	51	94	50



STRANIERI RESIDENTI AL 31.12.2019

Distretti	Maschi	Femmine	Totale	% su totale popolazione
Acqui Terme/Ovada	3.028	3.355	6.383	9,4%
Alessandria/Valenza	9.116	9.498	18.614	12,2%
Casale Monferrato	3.432	3.817	7.249	9,1%
Novi Ligure/Tortona	7.663	8.152	15.815	12,2%
TOTALE ASL AL	23.239	24.822	48.061	11,2%

ASPETTATIVA DI VITA

ANNO DI RIFERIMENTO 2017	ASL AL	REGIONE PIEMONTE
SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA: UOMINI	80,24	80,70
SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA: DONNE	84,11	84,90
SPERANZA DI VITA A 65 ANNI: UOMINI	18,75	19,05
SPERANZA DI VITA A 65 ANNI: DONNE	21,55	22,10

INDICATORI POPOLAZIONE

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	39,10	39,28
Tasso di emigrazione	36,85	37,67
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	6,44	6,66
Indice di fecondità	3,18	3,38
Tasso di mortalità	12,24	14,74

MOVIMENTI ANAGRAFICI POPOLAZIONE RESIDENTE ASL AL - ANNO 2019			
	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
Nati	1.219	1.185	2.404
Morti	2.974	3.374	6.348
Iscritti da altri comuni	6.690	6.502	13.192
Iscritti dall'estero	1.389	1.487	2.876
Altri iscritti	522	242	764
Cancellati per altri comuni	6.455	6.235	12.690
Cancellati per l'estero	779	757	1.536
Altri cancellati	1.068	570	1.638

ASL AL	2018	2019
Indice di carico per donna feconda (*100)	16,78	17,14
Indice di dipendenza strutturale (*100)	63,53	63,91
Indice di fecondità (*100)	3,18	3,06
Indice di ricambio (*100)	171,16	174,19
Indice di struttura della pop attiva (*100)	164,77	166,25
Indice di vecchiaia (*100)	247,99	255,92
Rapporto di mascolinità (*100)	94,41	94,33
Tasso di natalità (*1000)	5,91	5,58
Tasso di mortalità (*1000)	14,77	14,74
Tasso di immigrazione (*1000)	35,65	39,10
Tasso di emigrazione (*1000)	33,83	36,85
Tasso migratorio netto (*1000)	1,82	2,25
Età media femmnila	49,76	50,02
Età media maschile	46,46	46,80
Età media totale	48,16	48,46

Indice di carico per donna feconda: E' un buon indicatore della fecondità. Indica il numero di bambini in età prescolare (0-4 *anni*) presenti sul territorio per donna feconda (15-49 *anni*). Il valore nel 2010 è pari a 18,44, ovvero ogni 100 donne feconde nella ASL AL abbiamo 18,44 bambini; dopo 5 anni il valore è rimasto praticamente stabile (*anno* 2015: 18,03), in calo nel 2017 (17,71).

Indice di dipendenza strutturale: L'indice viene considerato un indicatore di rilevanza economica e sociale. Il numeratore è composto dalla popolazione che, a causa dell'età, si ritiene essere non autonoma - cioè dipendente - ed il denominatore dalla fascia di popolazione che, essendo in attività, dovrebbe provvedere al suo sostentamento. E' un indicatore che risente della struttura economica della popolazione: ad es. in una società con una importante componente agricola i soggetti molto giovani o anziani non possono essere considerati economicamente o socialmente dipendenti dagli adulti; al contrario, nelle strutture più avanzate una parte degli individui considerati nell'indice al denominatore sono in realtà dipendenti in quanto studenti o disoccupati. In questo caso, il carico di individui non attivi sono aumentati nel periodo considerato; infatti, siamo passati da 58,82 (2010) a 62,93 (2015) a 63,38 (2017).

Indice di fecondità: L'indicatore stima il rapporto tra il numero di nati vivi e il numero di donne in età feconda, convenzionalmente compresa tra 15 e 50 anni. Tale indicatore indica che nell'anno 2010 si sono avuti 35,18 nati vivi sul numero totale di donne in età feconda. Nell'anno 2015 il valore è diminuito (33,47), parallelamente nel 2017 il valore è moderatamente in diminuzione (32,95). Questo indicatore assume valori elevati nelle popolazioni ad alta natalità.

Indice di ricambio: Rappresenta il rapporto percentuale tra la fascia di popolazione che sta per andare in pensione (55-64 *anni*) e quella che sta per entrare nel mondo del lavoro (15-24 *anni*). Nell'anno 2010 il valore è pari a 180,22: ciò significa che la popolazione in età lavorativa è molto anziana. Passando all'anno 2015 l'indice risulta in calo (166,97), quindi al 31.12.2017 l'indice presenta un valore pari a 168,42. Quando il valore stimato è molto inferiore al 100% si può creare un aumento della tendenza alla disoccupazione dei giovani in cerca di prima occupazione a causa del fatto che "pochi" anziani rendono liberi i posti di lavoro entrando nell'età pensionabile. E' da sottolineare che è un indice piuttosto instabile, soprattutto quando stimato in piccoli comuni, poiché considera solo cinque generazioni al numeratore e cinque al denominatore.

Indice di struttura della popolazione attiva: Rappresenta il grado d'invecchiamento della popolazione in età lavorativa. È il rapporto percentuale tra la parte di popolazione in età lavorativa più anziana (40-64 *anni*) e quella più giovane (15-39 *anni*). In questo caso, nell'anno 2010 il valore (141,19) indica che la popolazione lavorativa più anziana è superiore rispetto a quella giovanile e che la situazione risulta peggiorare, in quanto nell'anno 2015 il valore risulta pari a 158,99. Parallelamente nell'anno 2017 l'indice è pari a 164,69. Un indicatore inferiore a 100% indica una popolazione in cui la fascia in età lavorativa è giovane, ciò è un vantaggio in termini di dinamismo e capacità di adattamento e sviluppo della popolazione, ma può essere anche considerato in modo negativo per la mancanza di esperienza lavorativa e per il pericolo rappresentato dalla ridotta disponibilità di posti di lavoro lasciati liberi dagli anziani che divengono pensionati.

Indice di vecchiaia: Rappresenta il grado d'invecchiamento di una popolazione. È il rapporto percentuale tra il numero degli ultrassessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni. Nell'anno 2010 l'indice è pari a 225,26: ciò significa che risultano 225,26 anziani ogni 100 giovani. Parallelamente nell'anno 2017 l'indice è pari a 244,50: ciò significa che risultano 244,50 anziani ogni 100 giovani.

Rapporto di mascolinità: è il rapporto tra la popolazione maschile sulla popolazione femminile (*Pop. Maschi/Pop. Femmine per 100*). Analizzando l'anno 2010 il valore è pari a 93,14, cioè ogni 100 femmine ci sono 93,14 maschi; passando all'anno 2015 il valore è rimasto praticamente invariato (93,42). Al 31.12.2017, si registra un valore (*variato rispetto al 2010*) pari a 94,20.

Tasso di natalità: L'indicatore stima il rapporto tra il numero di nati vivi e la popolazione totale. Possiamo osservare che il tasso di natalità nell'anno 2010 è pari 7,35 (*ogni mille abitanti ci sono state 7,35 nascite*); col passare degli anni il valore è diminuito: infatti, nell'anno 2015 è pari a 6,52, in tendenza con il valore dell'anno 2017 (6,20).

Tasso di mortalità: L'indicatore stima il rapporto tra il numero di morti e la popolazione totale. Possiamo osservare che il tasso di mortalità nell'anno 2010 è pari 13,40 (*ogni mille abitanti si sono avuti 13,40 decessi*); col passare degli anni il valore è aumentato: infatti, nell'anno 2015 risulta pari a 14,88, in linea con il valore dell'anno 2017 (14,74).

Tasso di immigrazione: Questo indicatore stima il rapporto tra il numero di soggetti immigrati e la popolazione totale. Si evince (*dalla tabelle sopra riportata*) che, il tasso d'immigrazione è calato dal 2010 al 2015 passando dal 37,82 al 32,00. Passando però poi ad un valore in crescita per l'anno 2017 (36,52).

Tasso di emigrazione: Questo indicatore stima il rapporto tra il numero di soggetti emigrati e la popolazione totale. Possiamo osservare (*dalla tabella riportata sopra*) che il tasso d'emigrazione è leggermente aumentato dal 2010 al 2015 passando dal 29,37 al 31,02, per aumentare nel 2017 (34,12).

Tasso migratorio netto: Il tasso netto di migrazione è la differenza tra immigrati in ed emigrati da un'area calcolato su un certo periodo di tempo per 1.000 abitanti. Per questo indice il valore è calato notevolmente dal 2010 al 2015. Infatti, siamo passati da un valore pari all'8,51 con un saldo migratorio maggiore rispetto a quello emigratorio per poi avvicinarci allo zero nell'anno 2015 (0,98). Il Tasso specifico, nel 2017, risulta essere in aumento (2,40). Un valore positivo significa che nel territorio sono immigrate più persone di quante ne siano emigrate, viceversa in caso di indice negativo.

Età media femminile: È la media delle età di una popolazione, calcolata come il rapporto tra la somma delle età di tutti gli individui e il numero della popolazione residente riferita solo alle femmine. L'età media delle femmine è leggermente aumentata dal 2010 (48,45) al 2015 (49,26) al 2017 (49,62).

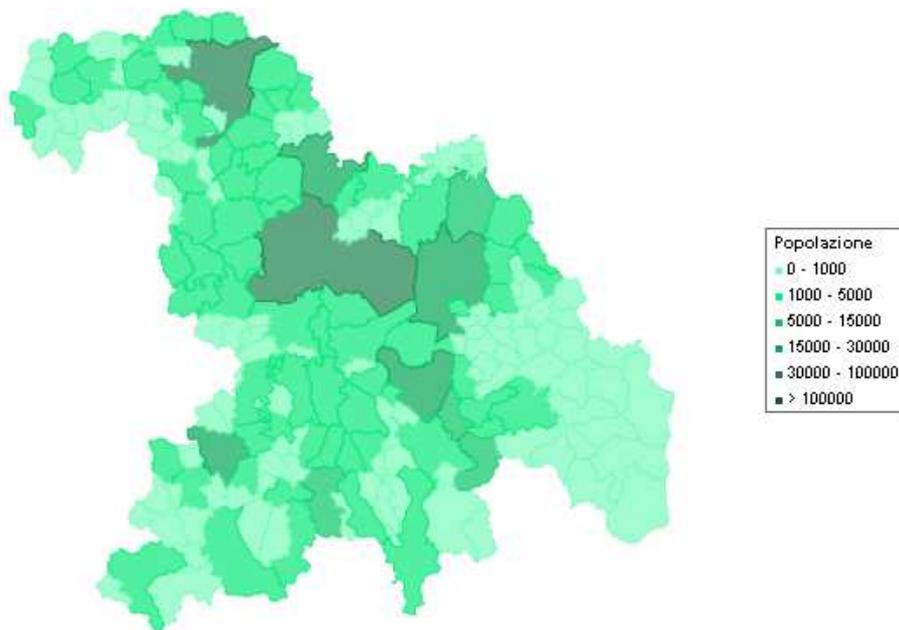
Età media maschile: È la media delle età di una popolazione, calcolata come il rapporto tra la somma delle età di tutti gli individui e il numero della popolazione residente riferita solo ai maschi.

L'età media dei maschi è leggermente aumentata dal 2010 (45,00) al 2015 (45,94) al 2017 (46,30).

Età media totale: È la media delle età di una popolazione, calcolata come il rapporto tra la somma delle età di tutti gli individui e il numero della popolazione residente. Considerando l'età media generale anch'essa è leggermente aumentata dal 2010 (46,79) al 2015 (47,66) al 2017 (48,01).

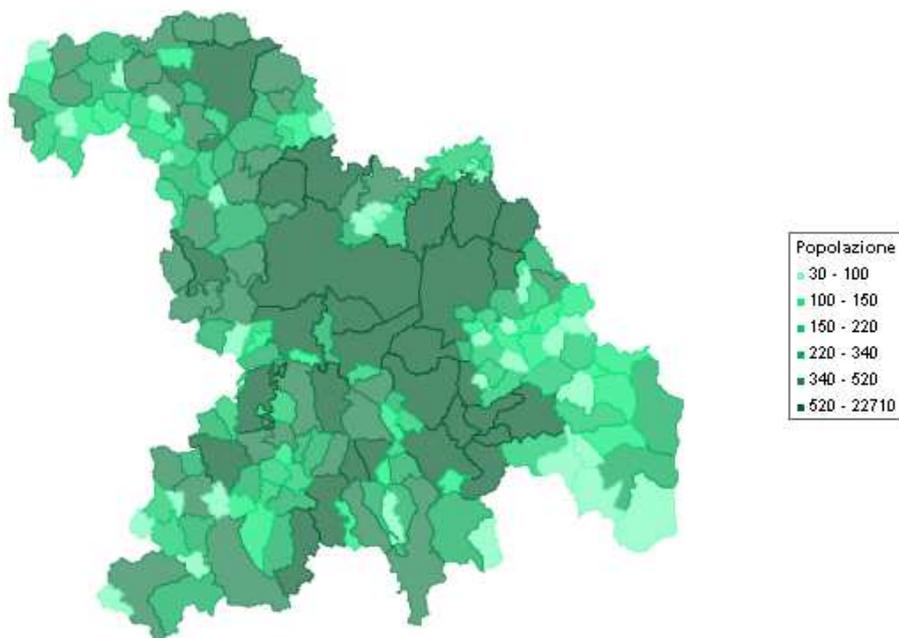
DISTRIBUZIONE DEMOGRAFICA DEL BACINO DI UTENZA

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

3.1.3 – Sistema di offerta

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

- Assistenza Ospedaliera
- Assistenza Territoriale
- Assistenza Sanitaria di Prevenzione

Le attività istituzionali sono eseguite principalmente presso le seguenti strutture:

Presidi Ospedalieri:

- Acqui Terme – Ospedale "Mons. Giovanni Galliano"
- Casale Monferrato – Ospedale "Santo Spirito"
- Novi Ligure – Ospedale "San Giacomo"
- Tortona – Ospedale "SS. Antonio e Margherita"
- Ovada – Ospedale Civile

Distretti:

Distretto Acqui Terme-Ovada:

- Acqui Terme – Via Alessandria 1
- Ovada – Via XXV Aprile 22

Distretto Alessandria-Valenza:

- Alessandria "Istituto Luigi Patria" – Via Pacinotti 38 – Alessandria
- Valenza – Viale Santuario 67/69

Distretto Casale Monferrato:

- Casale Monferrato – Via Palestro 41

Distretto Novi Ligure – Tortona:

- Novi Ligure – Via Papa Giovanni XXIII
- Tortona – Via Milazzo 1

Dipartimento di Prevenzione:

- Sede Centrale: Via Venezia 6 – Alessandria

Sono inoltre presenti sul territorio ASL AL i presidi dell'Azienda Ospedaliera AL (Ospedale Civile, Ospedale Infantile, Centro Riabilitativo Borsalino), quattro case di cura private accreditate e sei erogatori di prestazioni specialistiche privati accreditati.

La rete dei servizi sanitari erogati dall'ASL AL si articola altresì nelle seguenti strutture:

- Unità di Valutazione e Organizzazione degli Screening (U.V.O.S.)
- Centri di salute mentale
- Servizi per le dipendenze patologiche
- Consultori
- Hospice
- Case della Salute
- CAVS (strutture per la Continuità assistenziale a valenza sanitaria)

3.1.4. – Dati Sanitari

CAUSE DI MORTE ANNO 2017	Maschi	Femmine	Totale
Malattie dell'apparato circolatorio	960	1.410	2.370
Tumori maligni	825	708	1.533
Malattie dell'apparato respiratorio	253	210	463
Malattie del sistema nervoso	142	179	321
Disturbi psichici	101	190	291
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche	109	146	255
Stati morbosi e maldefiniti	72	168	240
Traumatismi e avvelenamenti	125	93	218
Malattie dell'apparato digerente	95	108	203
Malattie infettive	58	68	126
Tumori benigni, in situ, incerti	54	47	101
Malattie dell'apparato genito-urinario	50	30	80
Malattie osteomuscolari e del connettivo	14	32	46
Malattie del sangue, degli organi emopoietici e disordini immunitari	11	15	26
Malformazioni congenite e cause perinatali	9	11	20
Malattie della pelle e del sottocutaneo	3	16	19
TOTALE ASL AL	2.881	3.431	6.312

ESENZIONI TICKET – RESIDENTI ASL AL (GIUGNO 2020)

FASCIA ETA'	PATOLOGIE CRONICHE E INVALIDANTI		PATOLOGIE RARE		ESENTI INVALIDITA'	
	ESENTI	% SU POP ASLAL	ESENTI	% SU POP ASLAL	ESENTI	% SU POP ASLAL
0 anni	62,00	2,6%	1,00	0,0%	0,00	0,0%
01-04	402,00	3,6%	50,00	0,4%	34,00	0,3%
05-14	1.105,00	3,3%	216,00	0,6%	453,00	1,3%
15-44	11.409,00	9,0%	830,00	0,7%	2.240,00	1,8%
45-64	42.736,00	31,5%	879,00	0,6%	6.899,00	5,1%
65-74	35.837,00	64,4%	371,00	0,7%	5.057,00	9,1%
75 ed oltre	45.933,00	71,1%	244,00	0,4%	13.148,00	20,3%
TOTALE	137.484,00		2.591,00		27.831,00	

DETTAGLIO PRIME 15 TIPOLOGIE DI ESENZIONI PER PATOLOGIE CRONICHE

TIPO ESENZIONE	TOTALE	DI CUI PER >= 65 ANNI	% >= 65 ANNI SU TOTALE
0A31 - Ipertensione Arteriosa senza Danno d'Organo	31.385	22.257	70,9%
013 - DIABETE MELLITO	24.078	17.029	70,7%
048 - SOGGETTI AFFETTI DA NEO.M.	17.014	10.131	59,5%
0A02 - Malattie Cardiache e del Circolo Polmonare	9.711	6.461	66,5%
0031 - Ipertensione Arteriosa con Danno d'Organo	7.183	5.816	81,0%
027 - IPOTIROIDISMO CONGENITO E ACQUISITO	5.504	1.856	33,7%
056 - TIROIDITE DI HASHIMOTO	4.868	1.161	23,8%
007 - ASMA	4.010	587	14,6%
025 - IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE IIA E	3.895	2.455	63,0%
016 - EPATITE CRONICA (ATTIVA)	3.636	1.680	46,2%
019 - GLAUCOMA	3.380	2.624	77,6%
024 - INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA	2.753	2.385	86,6%
L03 - INVALIDI DEL LAVORO RIDUZ. >2/3	1.997	941	47,1%
0C02 - Malattie delle Arterie, Arteriole, Capillari, Vene e Vasi Linfatici	1.930	1.249	64,7%
023 - INSUFFICIENZA RENALE CRONICA	1.559	1.044	67,0%

ATTIVITA' DI RICOVERO OSPEDALIERO (RIC. ORD. E DH)

PP.OO	11 MESI 2020		11 MESI 2019		11 MESI 2018	
	Casi	Valore	Casi	Valore	Casi	Valore
H CASALE	6.458	20.771.389,27	8.737	24.284.388,03	8.902	25.097.317,25
H TORTONA	2.187	8.592.876,60	3.982	12.811.997,40	4.112	12.291.170,20
H NOVI	6.514	18.611.302,20	8.348	21.425.593,60	8.631	21.738.672,40
H ACQUI TERME	2.367	8.936.176,00	3.589	10.792.397,60	3.638	10.717.767,60
H OVADA	640	2.627.000,00	1.059	4.296.966,70	1.123	4.445.749,72
TOTALE	18.166	59.538.744	25.715	73.611.343	26.406	74.290.677

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

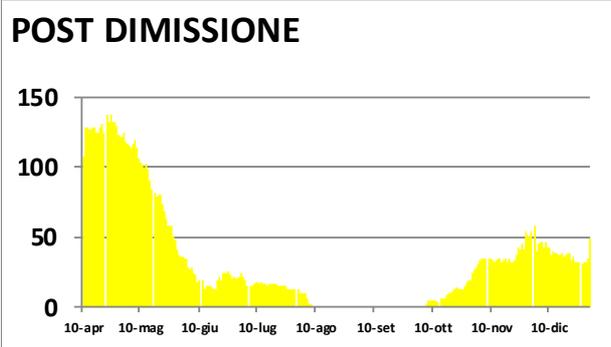
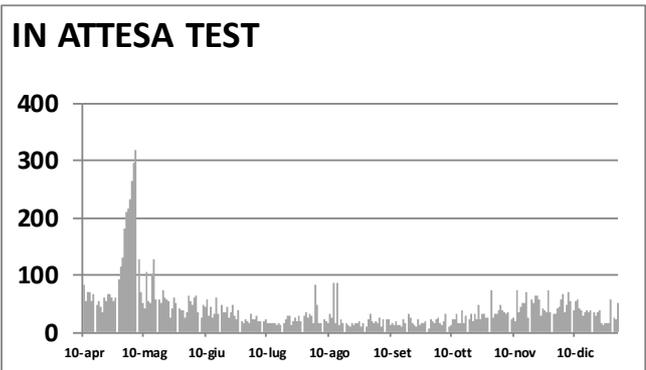
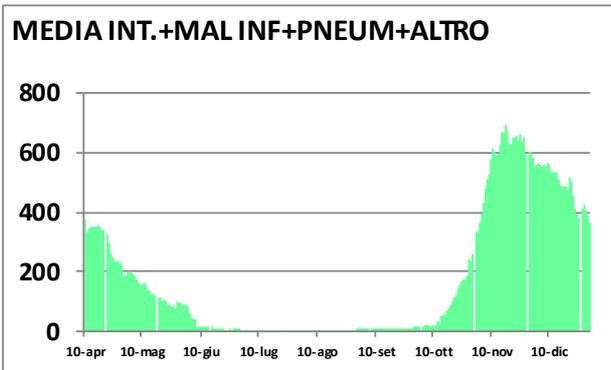
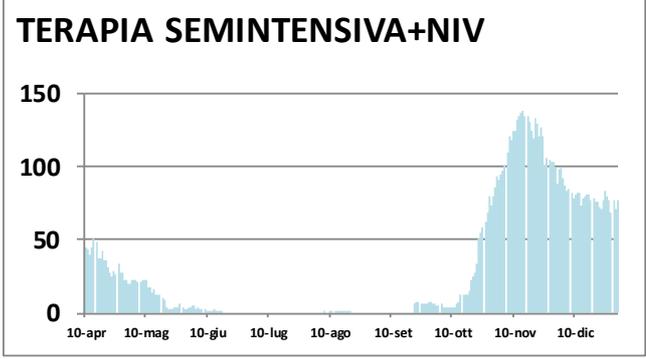
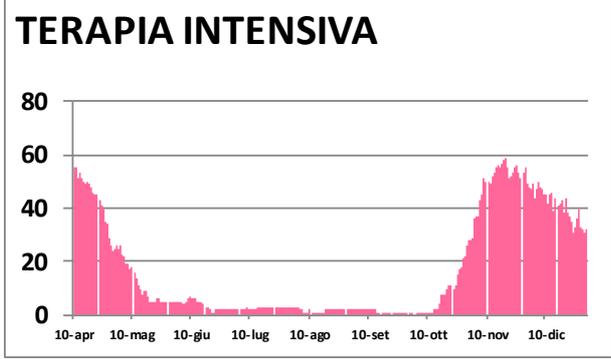
	11 MESI 2020	11 MESI 2019	11 MESI 2018
TOTALE ASL AL	26.216.483,63	41.454.795,08	42.124.792,02

ACCESSI DEA / PRONTO SOCCORSO

COD URGENZA	ANNO 2017	ANNO 2018	ANNO 2019	ANNO 2020
BIANCO	3.537	3.270	3.778	2.148
VERDE	78.131	76.645	74.372	41.575
GIALLO	15.931	16.095	16.595	9.924
ROSSO	694	759	733	737
NERO	4	2	6	5
Totale complessivo	98.297	96.771	95.484	54.389
% accessi seguiti da ricovero	13,8%	14,4%	14,2%	19,0%

Nota: Dal confronto dei dati di attività 2020 con gli anni precedenti, è evidente che gli effetti dell'emergenza sanitaria Covid-19 hanno pesantemente condizionato l'attività di ricovero, di specialistica ambulatoriale e di DEA/Pronto Soccorso nell'anno 2020.

I grafici seguenti rappresentano la situazione dei posti letto occupati da pazienti Covid-19 positivi nelle province di Alessandria e Asti, compresi i Presidi dell'ASL AL, ASL AT, ASO AL e quelli attivati presso gli Istituti Privati accreditati ASL AL e presso le Strutture CAVS (situazione al 31/12/2020).



31-dic

rilevazione ore 10:00

ASL AL - SITUAZIONE POSTI LETTO OCCUPATI COVID-19

PP.OO.	TERAPIA INTENSIVA	TERAPIA SEMINTENSIVA	MEDIA INTENSITA'	ALTRO / IN ATTESA TEST	POST DEGENZA / BASSA INTENSITA'	TOT POSTI OCCUPATI
	OCCUPATI	OCCUPATI	OCCUPATI	OCCUPATI	OCCUPATI	OCCUPATI
ACQUI	3	4	17	1	0	25
CASALE	0	5	36	3	0	44
NOVI	1	4	43	0	0	48
TORTONA	3	2	79	0	0	84
OVADA	0	0	6	0	8	14
VALENZA (*)	0	0	0	0	12	12
ACQUI (CAVS)	0	0	0	0	13	13
TOT ASLAL	7	15	181	4	33	240
CLINICA SALUS	3	3	74	0	0	80
VILLA IGEA	0	0	0	0	0	0

(*) Posti letto di Continuità assistenziale a valenza sanitaria (CAVS) presso ex Ospedale Mauriziano Valenza

ATTIVITA' STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE TERRITORIO ASL AL

Con la DGR 9-2176 del 30.10.2020 ad oggetto "Misure emergenziali per far fronte alla seconda fase dell'epidemia COVID-19 – Integrazione delle previsioni di cui alla DGR 22-1133 del 13.3.2020 in merito all'attivazione di posti letto Covid in strutture sanitarie private", ad integrazione di quanto già previsto dalla DGR 22-1133 del 13.03.2020 è consentita alle Case di Cura private accreditate, che manifestino la propria disponibilità a divenire strutture "Covid dedicate", la possibilità di ampliare la dotazione dei posti letto a favore dei pazienti Covid-19 positivi all'interno delle stesse con le procedure previste dalla citata DGR 22-1133/2020; è inoltre prevista la possibilità di trasferire temporaneamente l'attività ordinaria (in tutto o in parte) cedendo il relativo budget presso altre strutture accreditate e non.

Nell'ambito del provvedimento sono state definite e approvate le procedure volte ad autorizzare, ad accreditare e a contrattualizzare, in via temporanea, le strutture che ricevono l'attività oggetto di trasferimento. Il budget assegnato alla struttura "ricevente" dovrà essere portato in detrazione da quanto assegnato con DGR 1-1881/2020 alla struttura che diverrà Covid dedicata, in misura proporzionale al periodo della durata del temporaneo accreditamento/contratto;

Il provvedimento prevede altresì che alla data di dichiarazione di fine emergenza cessano di avere efficacia le autorizzazioni e gli accreditamenti di cui alla DGR 9-2176/2020.

L'ASL AL ha stipulato gli addendum contrattuali per attivazione posti letto Covid-19 con le seguenti strutture:

- Policlinico di Monza – Clinica Salus di Alessandria – per l'attivazione di complessivi 126 posti letto e decorrenza 23.10.2020
- Habilita – Casa di Cura Villa Igea di Acqui Terme – per l'attivazione di complessivi 30 posti letto e decorrenza 23.11.2020
- Casa di Cura Sant'Anna di Casale – per l'attivazione di complessivi 20 posti letto e decorrenza 10.12.2020

Considerata le date di decorrenza degli addendum e l'attuale fase pandemica, si suppone che gli effetti contrattuali si trascineranno nel corso del 2021, impattando sulla produzione ordinaria delle case di cure accreditate. Gli addendum hanno validità sino al termine dello stato di emergenza, fissato attualmente nel 31 gennaio 2021 ai sensi della delibera del Consiglio dei Ministri del 7 ottobre 2020, salvo proroghe.

Si richiamano altresì i seguenti provvedimenti regionali:

- DGR 1-1881 del 10.08.2020 "Regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati per l'annualità 2020. Presa d'atto dell'Accordo tra la Direzione regionale Sanità e le Associazioni degli Erogatori sanitari privati. Approvazione dello schema di contratto per l'anno 2020 per prestazioni di ricovero in regime di acuzie e post-acuzie (compresa la post-acuzie psichiatrica), di specialistica ambulatoriale e di CAVS"
- DGR 5-2435 del 01.12.2020 "Aggiornamento regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie da Erogatori privati per l'annualità 2020. Modifica ed integrazione D.G.R. n. 1-1881 del 10 agosto 2020 e integrazione D.G.R. n. 9-2176 del 30 ottobre 2020."

In particolare, con DGR 1-1881 del 10.08.2020 si è raggiunto un nuovo accordo tra la Direzione regionale Sanità e le Associazioni degli Erogatori sanitari privati che per l'anno 2020 definisce una

regolamentazione ad hoc in ragione delle condizioni emergenziali e rinvia la definizione della disciplina dei rapporti con riguardo agli anni 2021 e 2022. Laddove per qualsivoglia ragione non risultasse possibile definire le nuove regole prima del 31/12/2020, le disposizioni contenute in detto accordo (al netto delle previsioni specifiche relative alla produzione COVID da parte di erogatori: "COVID dedicati", "di supporto COVID", "divenuti COVID") si estenderanno, salvo diversi accordi raggiunti dalle parti, agli anni 2021 e 2022.

Le regole, inoltre, consentono di venire incontro alle conseguenze finanziarie subite dagli erogatori privati; in quanto le attività ordinariamente erogate hanno subito una battuta di arresto durante la fase di lockdown. Le regole prevedono, infatti, l'erogazione di anticipi di cassa non correlati alla produzione (così come consentito dall'art. 4, comma 4, del D.L. 19/05/2020, n. 34) e la loro applicazione permetterà ai gestori delle strutture contrattualizzate di disporre delle somme necessarie per far fronte alle spese fisse comunque sostenute anche durante il periodo di chiusura delle attività.

Lo stesso provvedimento precisa che, in occasione della definizione del dettaglio delle regole 2021-2022, si valuterà l'eventuale adeguamento, nei limiti delle tariffe massime stabilite dai Decreti Ministeriali vigenti, di alcune delle tariffe/DRG, ritenuti dagli erogatori non remunerativi.

La DGR 1-1881/2020 prevede, inoltre, la possibilità di integrare la spesa 2021 e 2022, mediante successivi accordi con le Associazioni rappresentative degli erogatori privati, al fine di recuperare il fabbisogno di prestazioni non soddisfatto, con una trasposizione negli esercizi successivi del tetto di spesa non fatturato a titolo di prestazioni ordinarie nell'anno 2020, salvo diverse disposizioni nazionali che dovessero nel frattempo intervenire e comunque nel rispetto dei tetti di spesa di cui all'articolo 45, comma 1-ter, del DL 26 ottobre 2019, n.124, (convertito in legge 19 dicembre 2019, n. 157).

Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

Livello di assistenza	TIPO INDICATORE	VALORE 2019
Igiene e sanità pubblica	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
Igiene e degli alimenti e della nutrizione	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	
	– pareri su menù e tabelle dietetiche ristorazione scolastica:	327
	– pareri su menù e tabelle dietetiche strutture socio-assistenziali:	111
Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	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
Sanità Pubblica Veterinaria - 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
	Sanità Pubblica Veterinaria - AREA B	Impianti di macellazione
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
Diffformità 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
Sanità Pubblica Veterinaria - AREA C	Strutture sanitarie abilitate alla cura degli animali d'affezione	87

	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
Sanità Pubblica Veterinaria - AREA C	Strutture sanitarie abilitate alla cura degli animali d'affezione	87
	Altri impianti riconosciuti C.E.	143
	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
	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	
Attività di prevenzione rivolte alle persone	Vaccinazioni obbligatorie raccomandate (0 – 24 mesi)	25.129
	Numero di campagne di screening effettuate per la prevenzione di patologie tumorali	3
	Screening:	
	- N° donne invitate a screening - mammella	42.742
	- N° donne invitate a screening - utero	30.481
	- N° persone invitate a screening (FS - Sigmoidoscopia)	4.069
	- N° persone invitate a screening (FOBT - Sangue occulto)	10.915
Servizio Medico legale	Sedi Medicina Legale	7
	Prestazioni monocratiche	10.194
	Prestazioni collegiali	23.007
	Prestazioni reperibilità	0
	Totale numero di prestazioni	33.201

▪ Assistenza distrettuale

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
	Pediatrati 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 DPC	Costo farmaci in DPC	9.612.435
Assistenza Integrativa	Punti di erogazione territoriale	7
Assistenza Specialistica	Prestazioni complessive per ab	13,70
	<i>Prestazioni di laboratorio per abitante</i>	9,89
	<i>Prestazioni TAC per abitante</i>	0,08
	<i>Prestazioni RMN per abitante</i>	0,08
	<i>Prestazioni terapia fisica per abitante</i>	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	29
	Giornate di semiresidenzialità	1.816
	Casi trattati in residenzialità	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	ANNO 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

3.2 – Analisi del contesto interno

3.2.1 – Il modello organizzativo dell'ASL AL

L'organizzazione dell'ASL AL è strutturata, pur garantendo l'unitarietà nella sua declinazione, assumendo a riferimento la distinzione tra funzioni strategiche e di governo poste in capo alla Direzione Aziendale e compiti gestionali ed operativi attribuiti ai vari livelli organizzativi aziendali.

Il modello organizzativo dell'Azienda è fondato sulla distinzione tra le macro funzioni di:

- a) governo, intendendosi per tali l'insieme delle attività di Direzione strategica concernenti la pianificazione, la programmazione, l'alta amministrazione, il controllo strategico e la vigilanza;
- b) supporto, intendendosi per tali quelle deputate a supportare la Direzione Aziendale e le strutture con funzioni di tutela e produzione nell'espletamento dei propri compiti istituzionali;
- c) tutela, intendendosi per tali l'insieme delle attività finalizzate a garantire lo stato di salute dei cittadini attraverso l'analisi e il governo della domanda sanitaria;
- d) produzione, intendendosi per tali l'insieme delle attività volte alla produzione di servizi sanitari, in ambito ospedaliero e territoriale, unitamente a quelle di prevenzione, diagnosi e cura, finanche alle attività in regime di libera professione.

Il Piano di Organizzazione Aziendale è parte integrante dell'Atto Aziendale dell'ASL AL il cui testo definitivo è stato adottato con Deliberazione n. 711 del 6.10.2015, con il recepimento integrale delle prescrizioni regionali in merito, e successivamente modificato con Deliberazione n. 656 del 28.09.2017.

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

L'Azienda si articola in:

- Direzione aziendale (Direttore generale, Direttore sanitario e Direttore amministrativo);
- cinque sedi ospedaliere;
- quattro Distretti;
- dipartimenti strutturali, caratterizzati da omogeneità operativa, di risorse e di tecnologie;
- dipartimenti interaziendali comprendenti strutture appartenenti ad Aziende Sanitarie diverse per la gestione integrata di attività assistenziali e gestionali;
- dipartimenti funzionali e gruppi di progetto, interdisciplinari con omogeneità di obiettivi;
- strutture complesse, con attribuzione di risorse nell'ambito del dipartimento strutturale di afferenza, individuate, per i settori medico e sanitario, con riferimento alle discipline di cui al D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i e alle funzioni attribuite a questa Azienda con le delibere della Giunta Regionale n. 1-600/2014 e n. 1-924/2015; per i settori amministrativi, tecnici, gestionali e di *staff* con riferimento a competenze distinte che si sono andate definendo nello sviluppo delle attività, la cui complessità organizzativa non giustifica la presenza di struttura complessa;
- strutture semplici quali articolazioni organizzative interne alle strutture complesse;
- strutture semplici di *staff* quali articolazioni incaricate di funzioni di indirizzo e controllo in *staff* alla Direzione aziendale.

Organigramma sintetico aziendale:



3.2.2 – Risorse umane e professionali

L'ASL AL si avvale della collaborazione di circa 3.700 dipendenti, la cui suddivisione in macro qualifiche è rappresentata nella tabella sottostante.

	ANNO 2018 Numero Medio	ANNO 2019 Numero medio	9 MESI 2020 Numero Medio
TOTALE COMPLESSIVO	3.740	3.718	3.651
MEDICI - VETERINARI	600	563	524
RUOLO SANITARIO - ALTRA DIRIGENZA	62	62	62
RUOLO SANITARIO - DIR. INFERMIERISTICO	1	2	2
PERSONALE INFERMIERISTICO	1.342	1.348	1.360
PERSONALE RIABILITATIVO	147	147	149
ALTRO PERSONALE RUOLO SANITARIO	261	261	258
RUOLO PROFESSIONALE COMPARTO	1	1	1
RUOLO TECNICO COMPARTO	761	781	760
RUOLO AMMINISTRATIVO COMPARTO	538	528	513
RUOLO PROFESSIONALE DIRIGENZA	5	5	6
RUOLO TECNICO DIRIGENZA	2	2	1
RUOLO AMMINISTRATIVO DIRIGENZA	20	18	16

Numero equivalente

L'ASL AL si avvale altresì della collaborazione di n. 292 Medici di Medicina Generale, n. 36 Pediatri di Libera Scelta (totale MMG-PLS 328 al 31.12.2020), n. 141 Medici di Continuità Assistenziale (numero medio) comprensivi dei medici che svolgono incarico USCA (da solo o concomitante), n.54 Medici Specialisti Ambulatoriali, n. 3 Veterinari ambulatoriali, n. 25 psicologi ambulatoriali e n. 2 Medici Medicina dei Servizi.

Inoltre sono presenti n. 11 Medici di Medicina Penitenziaria e n. 12 Medici per le attività territoriali programmate (di cui 8 con incarico concomitante).

Indicatori:

Età media del personale (anni)	49,64
Età media dei dirigenti (anni)	53,02
% di dipendenti in possesso di laurea	24,93%
% di dirigenti in possesso di laurea	100,00%
Tempi di formazione (media per dipendente)	0,89
Tasso di assenze (comprese le assenze per malattia, maternità..)	20,34
Tasso di infortuni	0,49
Stipendio medio lordo mensile percepito dai dipendenti	3.012,92
% di personale assunto a tempo indeterminato	85,07% su totale assunzioni
% di dirigenti donne	7,82% sul totale
	10,76% sul totale donne
% di donne rispetto al totale del personale	72,66%
% di personale donna assunto a tempo	57,49% su totale assunzioni
Età media del personale femminile (personale dirigente)	49,94
Età media del personale femminile (personale comparto)	48,92

3.2.3 – Risorse tecnologiche

Risorse tecnologiche biomediche

Le apparecchiature biomedicali presenti nell’Azienda Sanitaria sono quantificate in termini numerici in circa 8.400.

Con riferimento alle Grandi Attrezzature, risultano installati:

- N. Tomografo assiale computerizzato	5
- N. Tomografo a Risonanza Magnetica	3
- N. Apparecchiature onde d’urto	2
- N. diagnostiche radiologiche digitali	4
- N. elettrobisturi/elettrocoagulatore ultracisi	8
- N. bisturi/coagulatore ad ultrasuoni	6

Risorse ICT

Le tecnologie ICT sono quantificate in circa:

N. postazioni di lavoro (pc)	2.450
N. apparecchi telefonici fissi	2.530
- di cui apparecchi telefonici con tecnologia IP	430
N. server	32
N. fotocopiatrici	280
N. fax	400

3.2.4 – Risorse economiche e finanziarie

L'ASL AL elabora i propri bilanci in ottemperanza alle disposizioni regionali in materia di contabilità (deliberazione della Giunta Regionale 28/04/1998 n. 29-24445) e nel rispetto del D. Lgs. 118/2011. La valutazione delle voci di bilancio è stata inoltre effettuata ispirandosi ai principi civilistici ed ai criteri generali di prudenza e competenza. Il Bilancio è redatto con chiarezza e rappresenta in modo veritiero e corretto la situazione patrimoniale e finanziaria della società ed il risultato economico dell'esercizio.

Il bilancio consuntivo dell'Azienda è strutturato in 3 parti: Conto Economico, Stato Patrimoniale e Nota Integrativa.

Accanto ai Bilanci Consuntivi, l'Azienda Ospedaliera predispone anche un Bilancio Preventivo e i vari monitoraggi trimestrali relativamente all'andamento dei costi e ricavi che trasmette al controllo regionale.

4. OBIETTIVI STRATEGICI

4.1 Le azioni programmate per l'anno 2021

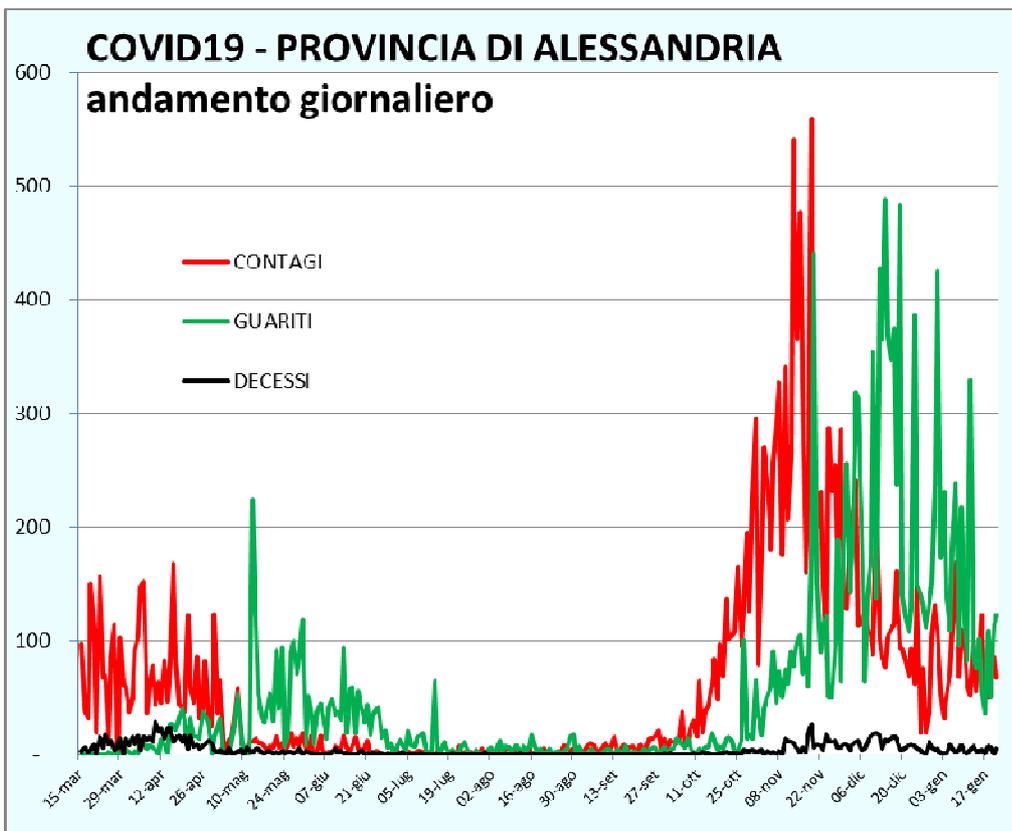
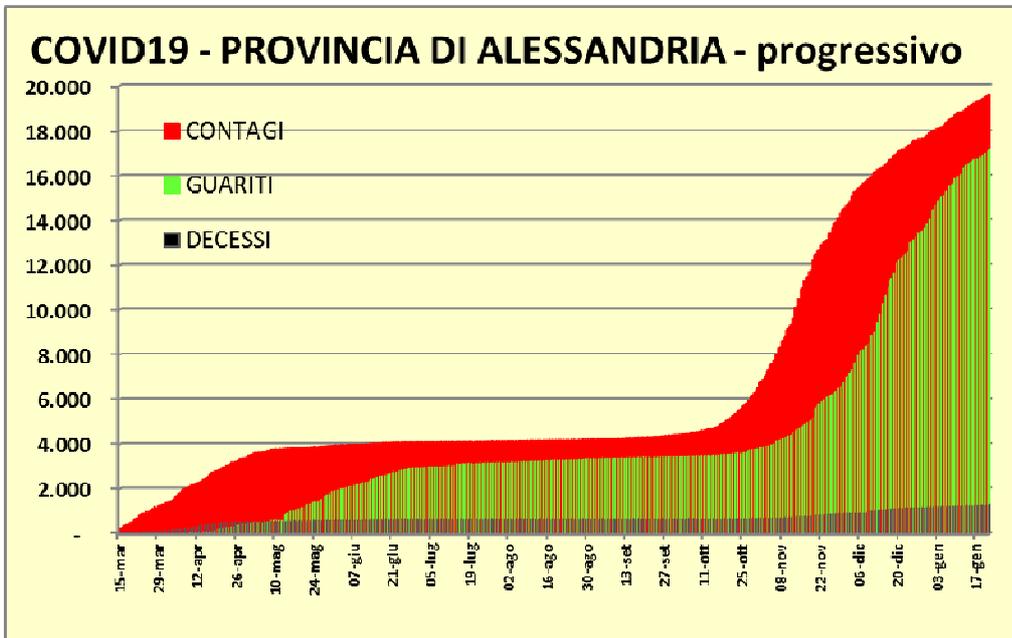
La realizzazione degli obiettivi declinati per l'anno precedente ha inevitabilmente risentito della contingenza epidemiologica che ha inciso in maniera determinante sull'intera organizzazione dell'ASL, con effetti nella gestione e nello svolgimento delle attività.

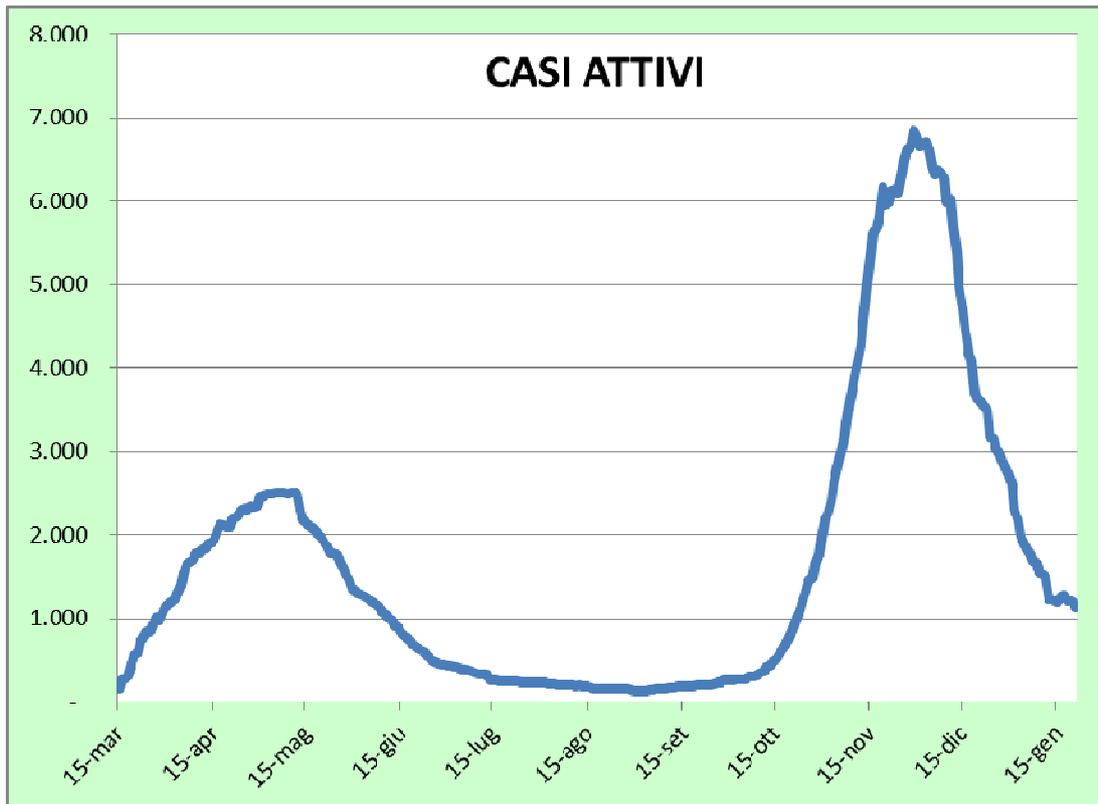
Per l'anno 2021, considerata la situazione di emergenza legata al Covid-19 intervenuta a partire dal mese di febbraio 2020, si è ritenuto definire per l'anno 2021 obiettivi e azioni finalizzati a rendere strutturale la risposta all'aumento significativo della domanda di assistenza legata all'eventuale prosieguo della situazione epidemica COVID-19, ai suoi esiti ed a possibili accrescimenti improvvisi della curva epidemica, da contemperarsi con la indispensabilità di addivenire al graduale ripristino delle attività ordinarie, riportando a regime l'attività della rete ospedaliera e territoriale e mantenendone il più possibile le funzioni e la flessibilità alla rapida conversione delle stesse.

Nella logica delle considerazioni sopra espresse, gli obiettivi strategici declinati dal Piano della Performance triennio 2019-2021, con riferimento al Piano strategico aziendale, non trovano nell'aggiornamento attuale lo spazio per un ulteriore sviluppo che verrà rimandato alle successive revisioni del Piano della Performance

EMERGENZA COVID-19

Di seguito sono riportati alcuni dati sull'incidenza della pandemia Covid-19 sul territorio dell'ASL AL:

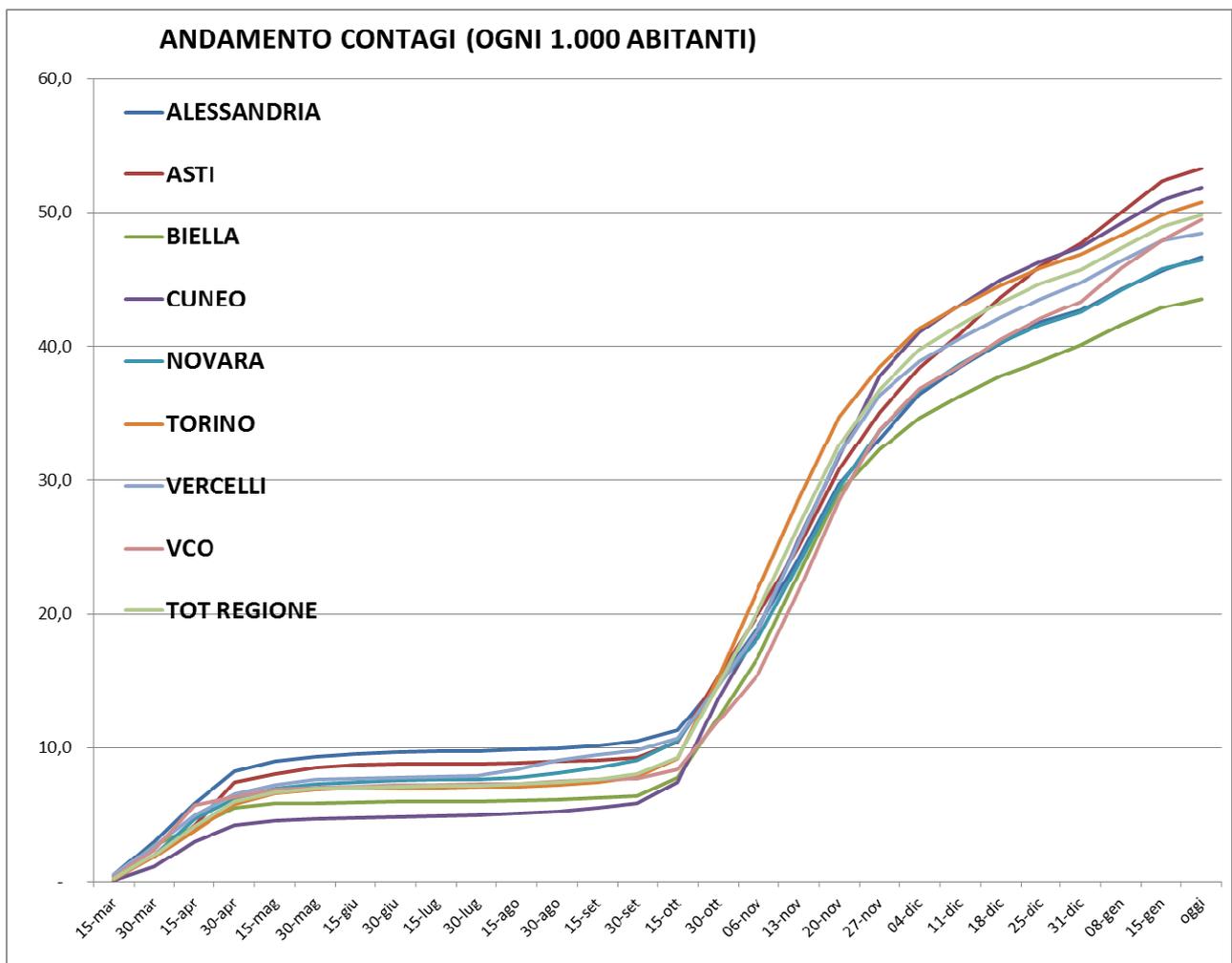
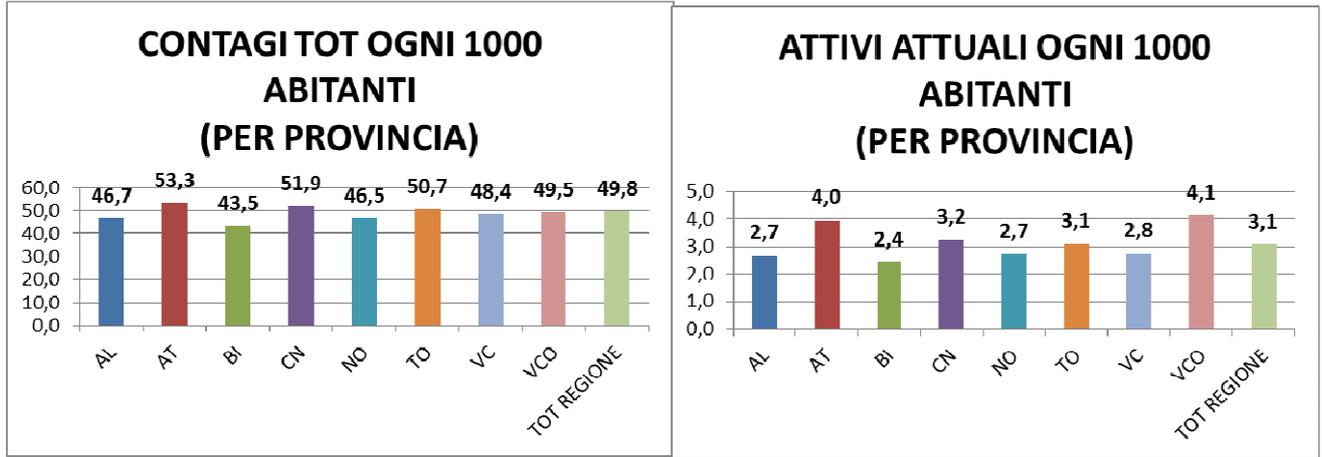


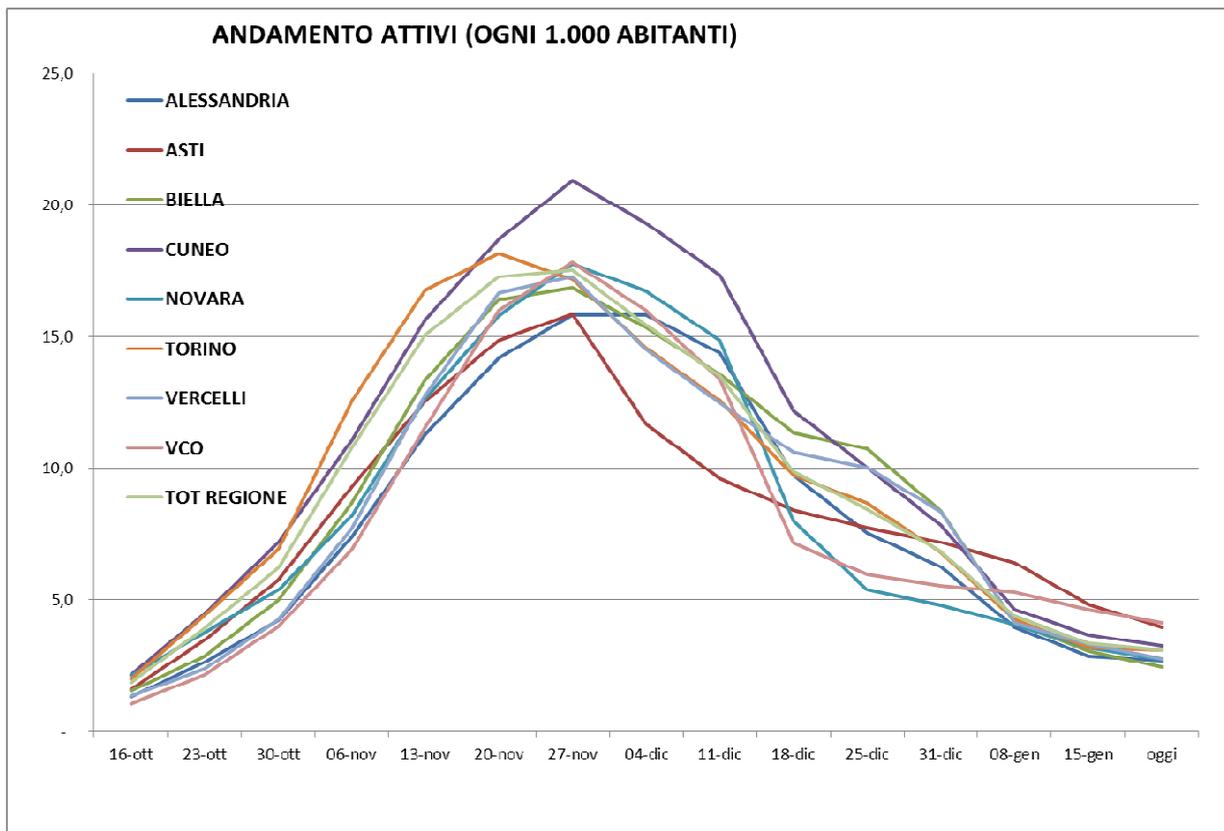


PROVINCIA	TOT CONTAGI al 21 gen 2021	OGNI 1000 ABITANTI
AL	19.577	46,7
AT	11.359	53,3
BI	7.594	43,5
CN	30.422	51,9
NO	17.116	46,5
TO	114.306	50,7
VC	8.249	48,4
VCO	7.792	49,5
TOT REGIONE	216.415	49,8

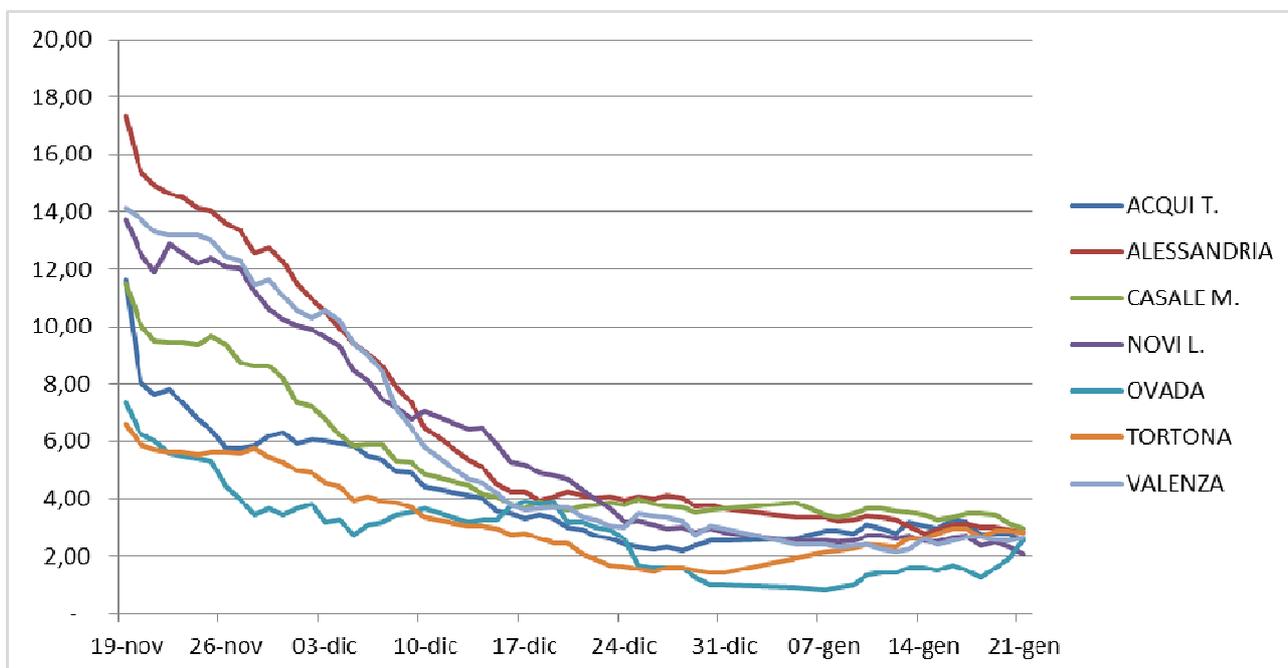
PROVINCIA	TOT GUARITI al 21 gen 2021	TOT DECESSI al 21 gen 2021	CASI ATTIVI al 21 gen 2021	CASI ATTIVI OGNI 1000 ABITANTI
AL	17.157	1.293	1.127	2,7
AT	9.954	558	847	4,0
BI	6.804	364	426	2,4
CN	27.541	977	1.904	3,2
NO	15.400	711	1.005	2,7
TO	103.466	3.877	6.963	3,1
VC	7.385	393	471	2,8
VCO	6.871	271	650	4,1
TOT REGIONE	194.578	8.444	13.393	3,1

AL 21 GENNAIO 2021





ATTUALMENTE POSITIVI PER 1000 ABITANTI ASL AL - "CENTRI ZONA"



Nel mese di marzo 2020 è stato presentato e approvato il piano di riorganizzazione delle reti ospedaliera e territoriale dell'Asl di Alessandria con il duplice obiettivo, in osservanza alle disposizioni regionali, di incrementare i posti di terapia intensiva e semi-intensiva e di

migliorare significativamente l'offerta di posti letto per acuti e post acuti affetti da patologia connessa a infezione da COVID19, secondo un percorso modulare a step che si basi sui seguenti criteri

- Sostenibilità organizzativa: la scelta di priorità delle azioni da intraprendere deriva da un'analisi organizzativa mirata a garantire la maggiore tempestività di risposta all'emergenza
- Sicurezza dei pazienti: l'incremento dei posti letto di Terapia Intensiva e Semintensiva e la conseguente necessaria rimodulazione dell'offerta relativa alla gestione dell'emergenza-urgenza e delle attività chirurgiche elettive si basano su scelte volte a garantire la massima sicurezza per i pazienti
- Sostenibilità di Rete: oltre a definire l'incremento dei posti letto di Terapia Intensiva e Semintensiva il piano offre opzioni di ricollocazione della produzione allineate alle necessità di integrazione sia con l'Azienda Ospedaliera di Alessandria, sia con l'ASL di Asti, sia con il Privato accreditato

Si è cercato, altresì, di declinare tre ulteriori obiettivi:

- suddivisione delle Strutture ospedaliere in aree omogenee in rapporto alla contaminazione da virus (aree bianche e rosse) così da garantire, grazie a rigide regole di accesso /deflusso, sicurezza agli Operatori e ai Pazienti,
- affinamento organizzativo dell'afflusso dei Pazienti al fine di migliorare l'appropriatezza di ricovero tra le Strutture HUB (ASO di Alessandria ed Ospedale di Asti) e le Strutture SPOKE (Ospedali di Novi Ligure, Acqui Terme, Ovada e Casale Monferrato) della rete ospedaliera,
- miglioramento del turnover delle realtà di ricovero favorendo e facilitando la dimissione dei Pazienti che recuperano la salute al termine del percorso di cura (domiciliarizzazione protetta o assistenza post-ricovero in Struttura territoriale).

Nel corso del mese di maggio 2020, considerata l'evoluzione dello scenario epidemiologico e la necessità di riavviare le attività cliniche sospese, sono state predisposte linee di indirizzo atte a contenere il rischio di ripresa di focolai epidemici da COVID 19, mediante misure di prevenzione e protezione di tutti i soggetti che afferiscono alle strutture sanitarie, per esigenze di salute, di lavoro o di carattere sociale.

Con la definizione del "Piano Strategico – Fase 2" l'Azienda si è dotata di un documento per la gestione del riavvio delle attività sanitarie nello scenario epidemiologico post-emergenziale, con le seguenti finalità:

- contenere il rischio di trasmissione del virus, al fine di limitare la morbosità e la mortalità dovute al rischio di riprese di focolai epidemici;
- ridurre l'impatto della pandemia sui servizi sanitari e sociali assicurando il mantenimento dei servizi essenziali.

L'obiettivo specifico del documento è quello di definire le linee di indirizzo da applicare nelle diverse articolazioni delle strutture sanitarie aziendali: ingresso, reparti, sale d'attesa, sale operatorie, spazi comuni, ambulatori, PS, ecc.

La Regione Piemonte, con D.G.R. 1-1979 del 23.09.2020 e successivi provvedimenti di aggiornamento di cui l'ultimo con D.G.R. 21-2701 del 29.12.2020, ha approvato il piano pandemico operativo covid-19 territoriale e ospedaliero con le seguenti finalità:

- Adeguare costantemente il piano pandemico anche in relazione alla preparazione delle strutture SSR in vista di una possibile ripresa con "terza ondata" epidemica;
- Ridefinire un'ulteriore strategia integrata di prevenzione, gestione e monitoraggio della infezione da Covid-19, attraverso una maggiore integrazione tra le strutture ospedaliere e territoriali

- Definire obiettivi e azioni al fine di rendere strutturale la risposta all'aumento significativo della domanda di assistenza legata all'eventuale prosieguo dell'emergenza sanitaria, da contemperarsi con la necessità di provvedere al graduale ripristino delle attività ordinarie, riportando a regime l'attività della rete ospedaliera e territoriale e mantenendone il più possibile le funzioni e la flessibilità alla rapida conversione delle stesse.

Le Aziende Sanitarie Regionali, tramite le Unità di Gestione Covid, sono tenute a dare attuazione alle indicazioni del Piano Pandemico nonché a tutte le indicazioni contenute in norme, linee guida, con il coordinamento e la supervisione del Dipartimento Interaziendale Funzionale a valenza regionale "Malattie ed Emergenze Infettive" (DIRMEI).

Nel recepire il Piano approvato dalla Regione Piemonte, l'ASL AL ha definito il "Piano Pandemico aziendale", con l'implementazione operativa di ulteriori azioni per la gestione dell'emergenza Covid-19 e con particolare riferimento all'obiettivo specifico individuato nell'ambito della DGR 15-2139 del 23.10.2020 di approvazione obiettivi di attività assegnati ai Direttori Generali/Commissari per l'anno 2020, denominato "Sviluppare il piano pandemico regionale a livello aziendale.

PREVENZIONE DELL'INFEZIONE DA COVID-19

Dopo l'approvazione da parte dell'Ema e la successiva approvazione da parte di Aifa, il 27 dicembre, in concomitanza con l'annunciato Vaccine Day europeo, anche in Regione Piemonte ha avuto inizio la campagna vaccinale contro il coronavirus. Nella prima fase la somministrazione riguarda il personale delle aziende sanitarie e gli ospiti e operatori delle RSA.

Con riferimento all'evoluzione del Piano Pandemico operativo covid-19 territoriale e ospedaliero, la Regione Piemonte ha trasmesso alle Aziende Sanitarie le schede relative agli obiettivi 2021, da intendersi come immediatamente operativi, individuati come segue:

- Effettuare il numero di vaccinazioni per COVID 19 standard previsto per Azienda Sanitaria, nelle quantità e tempistiche stabilite dal DIRMEI
- Effettuare e processare tempestivamente mediante i laboratori il numero minimo di tamponi molecolari per COVID 19 come da standard previsto per Azienda Sanitaria (prelievo del tampone nelle attività di contact tracing)

TEMPI DI ATTESA DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Con DGR 15-2139 del 23.10.2020 sono stati approvati gli obiettivi di attività ai Direttori Generali/Commissari per l'anno 2020. Pur essendo individuati con riferimento allo scorso anno, alcune azioni avranno conseguenze e saranno protrate anche per il 2021.

In particolare gli obiettivi regionali finalizzati alla riduzione dei tempi di attesa per ricoveri/interventi e per prestazioni ambulatoriali assegnati con il provvedimento sopra citato, hanno risentito della ripresa della situazione emergenziale negli ultimi mesi dell'anno 2020.

Al momento si prevede che gli effetti della pandemia da Covid-19 potranno condizionare l'attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale anche per l'anno 2021, ma si auspica una ripresa dell'attività ordinaria nella seconda parte dell'anno, conseguenza dell'imminente campagna vaccinale anti Covid-19 e della costante adozione delle misure di protezione raccomandate in tutti le strutture aziendali.

Verrà pertanto aggiornato il "Piano Operativo per il recupero delle liste di attesa" predisposto ai sensi della DGR 2-1980 del 23.09.2020 "Decreto-Legge 14 agosto 2020 n. 104. Obiettivi programmatici e riparto risorse alle Aziende pubbliche del SSR per il recupero delle liste di attesa relative a prestazioni ambulatoriali non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2".

Di conseguenza, si prevede di adeguare e attivare le azioni finalizzate all'abbattimento dei tempi di attesa sia delle prestazioni ambulatoriali critiche che presentano tempi di attesa oltre lo standard fissato, sia degli interventi chirurgici che presentano indicatori al di sopra degli standard previsti.

4.2 – Albero della performance

L'albero della performance è una mappa logica che rappresenta, anche graficamente, i legami tra mandato istituzionale, missione, aree strategiche, obiettivi strategici e piani operativi (che individuano obiettivi operativi, azioni e risorse) e dimostra come gli obiettivi ai vari livelli e di diversa natura contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, al mandato istituzionale e alla missione.

Gli obiettivi annuali assegnati dai documenti di programmazione nazionali e regionali costituiscono la base di partenza per l'elaborazione dell'albero della performance.

Gli stessi vengono 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.

Gli obiettivi operativi sono dettagliati in piani operativi in cui all'obiettivo vengono associati indicatori, target, orizzonte e articolazione temporale, responsabili e risorse assegnate.

Alcune azioni previste verranno ribaltate nelle schede di budget di ogni singola Struttura.

Nella rappresentazione grafica successiva sono evidenziate le aree e la loro associazione agli obiettivi, che definiscono la finalizzazione delle attività dell'Azienda rispetto ai bisogni e alle aspettative dei destinatari dei servizi.

Agli obiettivi ed alle azioni individuati, si affiancano gli obiettivi economici gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati annualmente alle Aziende Sanitarie dalla Regione Piemonte.

MACRO OBIETTIVO	COD	OBIETTIVO/AZIONE	INDICATORI	STANDARD
ASSICURARE L'EQUILIBRIO ECONOMICO FINANZIARIO E LA SOSTENIBILITA' DEL SSR	1.1	Spesa consuntiva 2021 sostenuta per la gestione ordinaria del SSR	Spesa consuntiva 2021	Spesa consuntiva 2021 pari o inferiore rispetto bilancio consuntivo 2020
	1.2	Spesa consuntiva 2021 sostenuta per la gestione straordinaria del SSR per contrastare emergenza COVID	Attivazione/alimentazione contabilità separata per gestione COVID Rispetto tempistiche di rendicontazione periodica	si
	1.3	Previsionale (bilancio preventivo) per l'anno 2022	Presentazione e adozione bilancio preventivo	entro 31.12.2021
	1.4	Tempi di pagamento fatture ex art. 1 comma 865 L. 145/2018	Tempi pagamento fatture	rispetto standard nazionali
PIANO PANDEMICO AZIENDALE	2.1	Sviluppo Piano Pandemico Regionale a livello locale	Trasmissione piano pandemico aziendale	secondo cronoprogramma regionale
	2.2	Numero autovalutazioni periodiche aziendali sull'attuazione del piano	n. autovalutazioni	2
	2.3	MONITORAGGIO DEL PIANO PANDEMICO AZIENDALE	N.ro tamponi effettuati in totale	
			N.ro tamponi effettuati nella giornata	
			Num. incremento tamponi rispetto al giorno precedente	
			Num. tamponi positivi su num. Tamponi effettuati	
			Num. incremento casi positivi COVID rispetto al giorno precedente	
			Num. pazienti COVID ricoverati in degenza ordinaria	
			Num. pazienti COVID ricoverati in terapia intensiva	
			Num. pezzi in giacenza per tipologia (DPI, farmaci, test antigenici rapidi)	Sei mesi fabbisogno
			Num. pezzi in giacenza per reagenti	Quattro mesi di attività dei laboratori a pieno regime
			Num. RSA sottoposte a monitoraggio epidemiologico	100%
			Num. posti letto degenza ordinaria media e bassa intensità	Posti letto attivabili in successione per gli ospedali della R.P. In funzione della emergenza COVID
			Num. posti letto terapia intensiva	Almeno 0,14 per mille abitanti
Num. posti letto terapia semi intensiva	Almeno 0,07 per mille abitanti			
Num. di USCA Attivate	Una USCA ogni 50.000 abitanti			
Num. di infermieri di comunità	Otto infermieri ogni 50.000 abitanti			

MACRO OBIETTIVO	COD	OBIETTIVO/AZIONE	INDICATORI	STANDARD
OBIETTIVI REGIONALI 2021	3.1	PREVENIRE L'INFEZIONE DA COVID 19 ATTRAVERSO L'ATTIVITA' DI VACCINAZIONE	Numero di vaccinazioni effettuate/numero di vaccinazioni previste dallo standard per Azienda Sanitaria (e a livello territoriale) nel periodo	Standard Dirmei
	3.2	PREVENIRE L'INFEZIONE DA COVID 19 ATTRAVERSO IL PRELIEVO E L'EFFETTUAZIONE DI TAMPONI MOLECOLARI	1) Numero di tamponi effettuati/numero di tamponi previsti dallo standard per Azienda Sanitaria (e a livello territoriale) nel periodo, secondo indicazione del DIRMEI	Standard Dirmei
			2) Numero di tamponi processati/standard aziendale di riferimento nel periodo, secondo indicazione del DIRMEI	Standard Dirmei
AGGIORNAMENTO PIANO RECUPERO LISTE DI ATTESA	4.1	PROGRAMMA DI AREA PER RECUPERO LISTE ATTESA	Adozione Programma	Secondo cronoprogramma regionale
	4.2	OBIETTIVO REGIONALE TEMPI ATTESA SPECIALISTICA AMBULATORIALE: ADEGUAMENTO DEL TEMPO MEDIO DI ATTESA ALLO STANDARD REGIONALE	Tempi attesa specialistica ambulatoriale	Rispetto standard regionali previsti dal Programma di cui al punto 4.1
			Prestazioni Telemedicina	Incremento n. prestazioni Telemedicina rispetto 2020
4.3	OBIETTIVO REGIONALE TEMPI ATTESA RICOVERI: ADEGUAMENTO DEL TEMPO MEDIO DI ATTESA ALLO STANDARD REGIONALE	Tempi attesa specialistica ricoveri / interventi	Rispetto standard regionali previsti dal Programma di cui al punto 4.1	

MACRO OBIETTIVO	COD	OBIETTIVO/AZIONE	INDICATORI	STANDARD
PIANO LOCALE CRONICITA'	5.1	Sviluppo Funzione infermieristica organizzata per la cronicità	Progettazione ed erogazione momenti formativi finalizzati al rafforzamento delle competenze	Numero eventi erogati/numero eventi previsti
	5.2	Sviluppo dimissioni assistite con focus sui determinanti comportamentali	Implementazione del nuovo modello di dimissione	Numero di pz con SC presi in carico alla dimissione/numero di pz con SC dimessi
	5.3	PDTA SCOMPENSO C	Implementazione a livello distretto pilota	Standard previsti nel PDTA
AREA FARMACIE DISPOSITIVI I MEDICI	6.1	MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA ED I FLUSSI INFORMATIVI	Appropriatezza per DD / biologici brevetto scaduto	Di cui alla DGR 23.10.2020 n.15-2139
			Flussi informativi per farmaci e dispositivi medici	Di cui alla DGR 23.10.2020 n.15-2139
DIGITALIZZAZIONE SSR	7.1	SVILUPPARE IL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO E I SERVIZI ON LINE	Conferire documentazione sanitaria prioritaria nel FSE	Conferimento documenti digitali secondo cronoprogramma regionale
			Informare e promuovere servizi digitali	Ritiro referti laboratorio attraverso infrastruttura FSE SOL (20% pazienti)

5. DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI

5.1 - La programmazione gestionale e il sistema di budget nell'ASL AL

Il Processo di Budget dell'ASL AL è lo strumento che traduce in obiettivi annuali i programmi pluriennali della Direzione Aziendale, assegnandoli a specifici Centri di Responsabilità in una logica di unitarietà di gestione dell'Azienda. E' uno strumento di governo della complessità della gestione tramite la previsione di programmi di azione e la periodica verifica e controllo del loro raggiungimento.

Il Budget è costituito da un insieme di obiettivi che vengono definiti nel rispetto di quanto previsto dalla programmazione aziendale e tenuto conto degli indirizzi previsti dalla pianificazione sanitaria nazionale e regionale.

Il sistema di budget costituisce uno strumento operativo per la gestione con la funzione di definire i livelli di responsabilizzazione degli attori aziendali al fine di orientare il comportamento delle persone che operano all'interno dell'organizzazione al conseguimento degli obiettivi prefissati.

L'adozione di un tale sistema di gestione, comporta il necessario sviluppo di sistemi di controllo per il monitoraggio, valutazione e regolazione dei processi e dei risultati assistenziali e gestionali raggiunti.

In particolare il Budget permette:

- la traduzione dei programmi di medio lungo periodo in piani di azione annuali, attraverso l'attribuzione degli obiettivi aziendali alle strutture organizzative;
- il consolidamento di un cambiamento organizzativo finalizzato ad esplicitare la strategia, a chiarire, condividere e negoziare gli obiettivi, ad orientare realmente i comportamenti;
- il monitoraggio costante delle attività e dei costi al fine di evidenziare eventuali criticità per le quali siano necessari interventi correttivi.

Le politiche e le strategie aziendali vengono declinate in obiettivi assegnati alle singole strutture attraverso il processo di budget.

In particolare tramite il sistema di budget, vengono declinati a livello di singole strutture operative gli obiettivi strategici aziendali e attraverso la produzione reportistica, viene monitorato l'andamento della gestione confrontandolo con gli obiettivi prefissati al fine di porre in essere tempestivamente eventuali correttivi in caso di criticità e/o scostamenti dai programmi.

Il sistema di budget è adottato dall'Azienda quale strumento gestionale e di programmazione annuale, ed è articolato in schede contenenti obiettivi di attività, economico-finanziari e progettuali per ogni Centro di Responsabilità aziendale (S.C., S.S. a valenza dipartimentale/aziendale).

Tali obiettivi sono la conseguenza delle scelte strategiche e degli obiettivi del piano performance; essi vengono assegnati a tutte le Strutture attraverso una fase di concertazione ed approfondimenti con i Direttori/Responsabili, alla presenza dei Direttori

dei Dipartimenti di appartenenza, definendo le risorse necessarie, gli indicatori e le tempistiche di raggiungimento.

In corso d'anno, in occasione delle periodiche riunioni di budget, vengono effettuate le verifiche sul raggiungimento e sulle eventuali criticità insorte; se necessario gli obiettivi possono essere ricalibrati.

La scelta aziendale è stata quella di attribuire responsabilità economiche di budget solo per i costi direttamente controllati dal Responsabile, anche per rimarcare la caratteristica gestionale e non solamente contabile dello strumento adottato.

Gli obiettivi del documento di budget, per il personale dirigente e del comparto, sono direttamente connessi al sistema incentivante tramite un sistema di pesatura degli obiettivi negoziati che, a sua volta, definisce le percentuali di incentivi di risultato in rapporto ad ogni obiettivo di budget concordato.

La S.C. Programmazione e Controllo S.I., tramite la produzione di reportistica strutturata, effettua in corso d'anno verifiche periodiche, trimestrali o semestrali a seconda dei casi, sul raggiungimento degli obiettivi assegnati. Tali verifiche hanno lo scopo di permettere ai Responsabili una più approfondita analisi dello stato di attuazione degli obiettivi e, laddove si evidenzino carenze, porre in essere azioni correttive. La modifica degli obiettivi di budget in corso d'anno è possibile ma, al contempo, deve essere ritenuto uno strumento eccezionale. Eventuali modifiche debbono essere conseguenti all'analisi degli scostamenti di cui al punto precedente e possono realizzarsi a due condizioni:

- a) l'impossibilità oggettiva di porre in essere, sufficienti azioni correttive che permettano il riallineamento rispetto agli obiettivi;
- b) il realizzarsi di condizioni che era impossibile prevedere al momento della sottoscrizione del budget o al momento delle verifiche in trimestri precedenti.

In tali casi il Responsabile del Centro di Responsabilità dovrà proporre l'esame delle difficoltà insorte a livello di Centro di Responsabilità.

A fine periodo l'Organismo Indipendente di Valutazione valuta il livello di raggiungimento degli obiettivi in riferimento agli indicatori individuati e all'evidenza documentale eventualmente prevista dalle schede di budget.

L'esito della valutazione può comportare, ove necessario, la richiesta al Responsabile del Centro di Responsabilità, da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione, di ulteriore documentazione.

Nel caso di valutazione negativa, la trattenuta di una parte della quota incentivante verrà comunicata agli interessati da parte dei soggetti competenti.

Un sistema di obiettivi è effettivamente sostenibile solo se è garantita la congruità tra le risorse effettivamente disponibili e le azioni da porre in essere per il raggiungimento degli obiettivi prefissati a livello aziendale o di singola struttura.

Pertanto vi deve essere un'integrazione logica tra il piano delle performance ed il processo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio aziendale.

La coerenza dei contenuti del Piano delle performance agli indirizzi del bilancio di previsione viene realizzata tramite:

- un parallelo percorso annuale di programmazione economica e finanziaria e di pianificazione delle performance da confluire in un unico gantt temporale;
- un coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti nei due processi: dal Bilancio al Controllo di gestione, all'Organismo indipendente di valutazione, agli uffici ordinatori e alle singole strutture aziendali sanitarie e non;
- l'utilizzo di strumenti integrati dei due processi, quali in primis il supporto della contabilità analitica per centri di costo.

5.2 - Il sistema premiante

Attualmente il sistema premiante è regolamentato sulla base degli accordi sindacali relativi a:

- Dirigenza Medica, Veterinaria, Sanitaria e delle Professioni Sanitarie: Accordo sulla retribuzione di risultato anno 2020 siglato in data 6.05.2020;
- Dirigenza Amministrativa, Professionale e Tecnica: Accordo sulla retribuzione di risultato anno 2018 siglato in data 13.03.2019;
- Produttività del comparto anno 2010 (attualmente in vigore): Accordo tra l'Amministrazione ASL AL e le OOSS e RSU del Comparto siglato in data 30.04.2010

Al fine di integrare e coordinare quanto già definito con gli accordi di cui sopra, si riportano brevemente le linee guida sulla valutazione complessiva della performance, oltre che sulle valutazioni annuali già esistenti e relative al livello di raggiungimento degli obiettivi di budget.

PERSONALE DIRIGENTE

La valutazione del dirigente si articola nella verifica dell'esercizio dell'incarico dirigenziale attribuito e nella valutazione del risultato annuale. Nel primo caso la verifica è effettuata alla scadenza dell'incarico dirigenziale dal Direttore sovraordinato e dal Collegio tecnico (in seconda istanza) e costituisce prerequisite, in relazione all'esito, dell'attribuzione dell'incarico relativo al quinquennio successivo. Nel secondo caso la valutazione è determinata sia dal risultato certificato dall'OIV relativamente al raggiungimento degli obiettivi di budget della struttura, attribuiti nella loro totalità alla dirigenza ad essa assegnata, sia dalla valutazione espressa dal dirigente responsabile relativamente all'apporto collaborativo individuale.

La valutazione annuale è finalizzata alla valutazione della performance oltre che alla determinazione della retribuzione di risultato e dovrà contribuire alla scelta di riconferma o revoca dell'incarico anche in base alle recenti normative in materia.

PERSONALE NON DIRIGENTE

Tutto il personale del comparto è inserito nel sistema aziendale di valutazione, caratterizzato dai seguenti elementi:

- valutazione dei risultati sugli obiettivi;
- valutazione delle capacità di comportamento organizzativo.

Relativamente alla valutazione dei risultati, la scheda di budget discussa dal Direttore di struttura con la Direzione, riporta, per ciascun obiettivo annuale attribuito all'equipe, gli obiettivi assegnati anche al personale del comparto, con facoltà di integrare la scheda con obiettivi di risultato specifici, non presenti sulla scheda di budget della struttura, purché individuati in coerenza con le politiche aziendali. La valutazione del grado di raggiungimento di tali obiettivi è demandata al responsabile della struttura e, in seconda istanza, all'OIV.

Contestualmente, sono oggetto di valutazione individuale per i titolari di posizione organizzativa gli obiettivi connessi a capacità di "comportamento organizzativo", riferiti cioè al comportamento osservabile nello svolgimento delle mansioni lavorative.

La valutazione dei comportamenti organizzativi, se positiva, costituisce il presupposto per la conferma dell'incarico di posizione organizzativa, se negativa, costituisce la base su cui elaborare la proposta della sua revoca.

Il CCNL del Comparto Sanità per gli anni 2016 – 2018, sottoscritto in data 21.05.2018, articola il sistema premiante in premi correlati alla performance organizzativa e premi correlati alla performance individuale (art. 81). Prevede altresì che, ai sensi dell'art. 82 (comma 1), ai dipendenti che conseguano le valutazioni più elevate, secondo quanto previsto dal sistema di valutazione sia attribuita una maggiorazione del premio individuale art. 82 (comma 2) che non potrà comunque essere inferiore al 30% del valore medio pro – capite dei premi attribuiti al personale valutato positivamente.

Il sistema premiante così delineato nelle sue linee guida è stato oggetto di confronto con le OO.SS. nel corso di specifici incontri, al fine di consentire la definizione di un Piano aziendale sul sistema premiante che sarà parte integrante del contratto integrativo aziendale.

E' stato inoltre adottato, con deliberazione n. 238 del 10.04.2020, il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance "SiMiVaP" dell'ASL AL, ex D. Lgs. 150/2009 quale strumento operativo per la valutazione annuale della performance organizzativa e individuale al fine di raccordare in un unico processo integrato gli strumenti adottati dall'ASL AL quale complesso di procedure coordinate e implementate ai sensi delle attuali disposizioni normative e contrattuali in materia.

Il documento è stato redatto dalla S.C. Programmazione Controllo S.I. con la collaborazione della S.C. Personale Sviluppo Risorse Umane ASL AL, soprattutto per quanto riguarda la definizione delle procedure di misurazione e valutazione della performance individuale, nel rispetto delle Linee Guida predisposte dal Dipartimento della Funzione Pubblica.

E' attualmente in corso l'aggiornamento annuale del SiMiVaP ASL AL, sulla base delle modifiche che si rendono necessarie anche in relazione alla contingente situazione da pandemia Covid-19.

6. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE

Gestione della performance

Il ciclo di gestione della performance.

Per dare corretta applicazione al D.Lgs. 150 e quindi favorire il processo di cambiamento organizzativo aziendale, orientato al miglioramento ed alla riorganizzazione dei servizi, è necessario sviluppare il Ciclo di gestione della performance, nel cui ambito si inserisce il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance per la valutazione annuale.

Il Ciclo di gestione della performance costituisce un processo che deve essere assunto dalle ASR come modalità ordinaria del proprio funzionamento.

In particolare, si tratta di un processo che deve essere sviluppato, in maniera coerente con i contenuti e con il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, secondo le seguenti fasi operative:

- Definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori e target, in modo da delineare un effettivo percorso di miglioramento della performance;
- Allocazione delle risorse disponibili;
- Monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- Misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- Utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- Rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Si rileva quindi che in realtà le fasi del Ciclo di gestione della performance e gli adempimenti ad esso collegati trovano almeno parziale corrispondenza in programmi ed attività che risultano già noti ed utilizzati dalle ASR, come ad esempio per quello che concerne le attività caratteristiche del controllo di gestione (programmazione degli obiettivi, analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, monitoraggio e misurazione dei risultati, ecc., secondo quanto disposto dall'art. 5 del D.Lgs. 502/99 nonché dagli artt. 30 ss della L.R 18.01.95 n. 8). Si tratta pertanto di estrapolare indicazioni utili a valorizzare (e, dove necessario, integrare) approcci e modelli già in uso in modo da consentirne l'applicazione operativa nel rispetto dei principi sanciti dal D.Lgs. 150.

In questa prospettiva, è necessario che le ASR effettuino una preventiva attività di analisi attraverso al quale individuare in concreto le principali fasi del Ciclo della performance ed i relativi riferimenti a specifici atti (ad esempio Atto Aziendale, Piano di Organizzazione, Piano triennale Anticorruzione – PTA – e Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità – PTTI -, altri provvedimenti e procedure aziendali, provvedimenti e disposizioni regionali, accordi sindacali decentrati, ecc.) e strutture organizzative in cui le stesse fasi trovano attuazione nell'ambito dell'azienda medesima.

Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del piano.

Il Piano, inserendosi nel complessivo processo di pianificazione strategica e di programmazione operativa dell'Azienda, rispetta le varie fasi dell'iter del "Ciclo della Performance", dall'assegnazione degli obiettivi fino alla valutazione dei risultati.

Il presente Piano, infatti, contiene gli obiettivi strategici e quelli operativi, corredati degli opportuni indicatori e valori attesi. Nella redazione sono stati rispettati i seguenti principi: trasparenza, immediata intelligibilità, veridicità e verificabilità, partecipazione, coerenza interna ed esterna, orizzonte pluriennale, gradualità nell'adeguamento ai principi e miglioramento continuo (CIVIT 112/2010). Il processo di redazione del Piano della performance si inserisce nell'ambito del più ampio processo di pianificazione strategica e programmazione dell'Azienda.

Il punto di partenza è costituito dagli obiettivi strategici di indirizzo definiti nel Piano Sanitario Regionale e dagli altri documenti di programmazione regionale.

Le politiche e le strategie aziendali, che trovano esplicitazione nei documenti di programmazione aziendale con definizione delle priorità delle azioni e degli investimenti, sono definite dalla Direzione all'interno della mission e recepiscono le linee di indirizzo e i principi propri delle disposizioni nazionali e regionali.

Gli obiettivi annuali assegnati dai documenti di programmazione nazionali e regionali costituiscono la base di partenza per l'elaborazione dell'albero della performance. Gli stessi vengono 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.

Le politiche e le strategie aziendali sono oggetto di assegnazione e declinazione, attraverso obiettivi specifici, alle singole strutture attraverso il processo di budget aziendale.

In particolare tramite il sistema di budget, vengono declinati a livello di singole strutture operative gli obiettivi strategici aziendali e attraverso la produzione di reportistica, viene monitorato l'andamento della gestione confrontandolo con gli obiettivi prefissati, al fine di porre in essere tempestivamente eventuali correttivi in caso di criticità e/o scostamenti dai programmi.

In corso d'anno vengono effettuate le verifiche sul raggiungimento e sulle eventuali criticità insorte; se necessario gli obiettivi possono essere ricalibrati.

Sulla base degli obiettivi di budget avviene la valutazione del personale.

L'Organismo Indipendente di Valutazione valuta per ciascuna struttura il grado di raggiungimento in riferimento agli obiettivi ed agli indicatori individuati ad inizio anno.

Il sistema risulta quindi un sistema a "cascata" che integra i modelli di pianificazione, programmazione e controllo aziendali con quelli di gestione delle risorse e del sistema premiante.

I contenuti del Piano sono stati presentati agli stakeholder esterni, così come previsto dalla norma, per raccogliere le loro istanze in merito alle priorità strategiche dell'Azienda.

Altro documento strategico che fornisce input al processo di predisposizione del Piano della Performance è il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità, da aggiornare annualmente, che indica le iniziative previste per garantire un adeguato livello di

trasparenza, legalità e sviluppo della cultura dell'integrità (art.11 Decreto Legislativo 150/09).

La stesura del piano ha richiesto le seguenti fasi:

- definizione della programmazione triennale;
- individuazione delle aree strategiche, degli obiettivi strategici per il triennio 2019-2021 e degli obiettivi specifici per il 2020;
- verifica delle risorse economiche assegnate

L'adozione del Piano costituisce un punto di partenza e non di arrivo, dal momento che la Direzione Generale, individuati gli obiettivi e formalizzati gli impegni, intende realizzare non soltanto un controllo susseguente, ma anche e soprattutto quello concomitante alla gestione.

Il presente Piano non costituisce la mera individuazione di obiettivi generali e specifici da realizzare, ma prevede una stretta relazione con il processo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio (art. 5 e art. 10 D.Lgs 150/2009).

Si tratta di un principio di fondamentale importanza perché un sistema di obiettivi è effettivamente sostenibile solo se è garantita la congruità tra le risorse effettivamente disponibili e le azioni da porre in essere per raggiungere gli obiettivi fissati.

Secondo quanto previsto dall'articolo 5, comma 1, e dall'articolo 10, comma 1, lett. a), del D.Lgs 150/2009, la definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano della performance deve avvenire in maniera integrata con il processo di programmazione e di bilancio di previsione.

A tal fine la Direzione Generale si è adoperata per garantire la coerenza tra il Piano e i documenti di programmazione economico - finanziaria.

L'integrazione e il collegamento tra la pianificazione della performance e il processo di programmazione e di bilancio viene realizzata tramite:

- un parallelo percorso annuale di programmazione e di pianificazione delle performance
- un coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti nei due processi: dal Servizio Economico e Finanziario al Controllo di Gestione, all'OIV e alle singole Strutture aziendali sanitarie e non
- l'utilizzo di strumenti integrati dei due processi, primo fra tutti il supporto della contabilità analitica per centri di costo.

6.1 - Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione delle performance

Il Piano delle performance, nella sua prima stesura, verrà sistematicamente aggiornato e verranno individuati, in un'ottica di miglioramento continuo delle prestazioni, i necessari correttivi.

Tale piano verrà inoltre integrato con il piano della trasparenza al fine di individuare le aree chiave di misurazione e fornirne trasparenza come massima leggibilità di tali informazioni da parte dei vari stakeholder.

Inoltre, affinché la procedura del ciclo della performance possa migliorare la sua significatività e la sua attitudine a svolgere il ruolo di strumento di governo, di trasparenza e di responsabilizzazione, si individua la necessità di porre in atto azioni di verifica della performance aziendale e individuale.

Quest'ultima prevede un disegno di attuazione particolarmente articolato che coinvolgerà tutti gli attori aziendali nell'ottica di raggiungere un programma di valutazione fortemente condiviso e mirato alla crescita individuale e alla valorizzazione delle risorse umane, patrimonio aziendale.

6.2 - Coerenza con il piano triennale per la prevenzione della corruzione e trasparenza

Il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) rappresenta la sintesi degli strumenti di programmazione dell'Azienda secondo quanto previsto dal Piano Nazionale Anticorruzione (PNA), strumenti che comprendono obiettivi specifici relativi agli standard di qualità dei servizi, alle misure di prevenzione e contrasto della corruzione, e alla trasparenza.

La coerenza con il Piano della Performance sarà assicurata con modalità tali che l'attuazione di quanto previsto dal PTPCT costituisca una responsabilità organizzativa oggetto di valutazione sia organizzativa che individuale, da realizzarsi con:

- l'inserimento nel sistema di valutazione previsto dal Piano della Performance di obiettivi specifici programmati dal PTPCT;
- l'attuazione degli obiettivi individuati dal PTPCT in tema di Amministrazione Trasparente;
- coordinazione e collaborazione fra i responsabili delle Strutture ed i responsabili della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza per il corretto svolgimento delle procedure secondo le indicazioni previste dalla normativa vigente.

POLA – PIANO ORGANIZZATIVO DEL LAVORO AGILE

PARTE 1

LIVELLO DI ATTUAZIONE E DI SVILUPPO DEL LAVORO AGILE

L'emergenza sanitaria da COVID-19 ha reso maggiormente necessario un utilizzo massivo del c.d. "*smart-working*", consentendo ai dipendenti di poter svolgere la prestazione lavorativa presso il proprio domicilio.

Questa Azienda, sin dalle prime settimane di pandemia, ha da subito attivato la modalità di lavoro agile, disciplinando normativamente lo stesso con un Regolamento temporaneo, emanato il 19.03.2020 con Delibera. Detto Regolamento individuava le normative di riferimento e gli obiettivi che l'Amministrazione intendeva perseguire, definendo in modo puntuale i destinatari di tale modalità lavorativa nonché le esclusioni dalla stessa.

Come noto, la Direttiva n.2/2020 del Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'art.1, n.6 del DPCM del 11.03.2020 escludono dal lavoro agile:

- I dipendenti dei servizi direttamente coinvolti nella gestione dell'emergenza sanitaria che svolgano attività sanitaria e socio assistenziale richiedente contatto diretto con il paziente, nonché dei servizi direttamente a supporto di dette attività
- I dipendenti impiegati in attività che prevedono l'utilizzo costante di strumentazione non utilizzabile da remoto.

Si deve qui evidenziare la problematica, che riguarda in modo specifico le Aziende Sanitarie, afferente lo svolgimento di *smart working* da parte degli Operatori Sanitari, per i quali, in relazione alla particolarità e alla peculiarità delle loro mansioni professionali, non è possibile lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile.

Si procedeva inoltre nella descrizione delle modalità operative per attivare il telelavoro e quindi gli adempimenti richiesti al dipendente, nonché le competenze in capo alle diverse Strutture dell'Azienda.

Il Regolamento prevedeva altresì il c.d. "diritto alla disconnessione" del dipendente, disciplinando il suo trattamento giuridico ed economico nonché le modalità di recesso dal lavoro agile e le condotte sanzionabili. Ulteriori ambiti normati sono stati rappresentati dalle previsioni a tutela della protezione dei dati personali e della sicurezza sul lavoro.

Nella prima fase di emergenza sanitaria (marzo 2020-settembre 2020) questa Azienda ha autorizzato circa 120 Dipendenti allo svolgimento della prestazione di lavoro in modalità *smart*, accogliendo le istanze in possesso di requisiti di legge. In detta fase, peraltro si evidenzia che era possibile l'attivazione di un numero limitato di collegamenti internet di ausilio al dipendente.

A partire da ottobre 2020, con il riacutizzarsi dell'emergenza pandemica, oltre che all'autorizzazione di ulteriori dipendenti (circa 40) si è poi proceduto a diverse modifiche per adeguarsi al contesto normativo e migliorare l'applicazione pratica dello svolgimento dello *smart-working*.

Da un lato, sotto il profilo tecnico, si sta implementando il numero di collegamenti informatici disponibili, al fine di poter raggiungere un numero maggiore di Dipendenti, qualora aumentassero le istanze.

Si dà atto che attualmente i dipendenti in *smart-working* utilizzano PC propri e che questa Azienda sta approntando un piano di organizzazione tale da fornire gli stessi di PC aziendali, di cui si prevede la piena applicazione nell'anno 2022.

Dall'altro, dal punto di vista normativo, si sta modificando il Regolamento aziendale già citato, per adeguarsi alla più recente normativa, che è, peraltro, in continua evoluzione. Ci si riferisce in modo particolare alle previsioni che disciplinano diverse fattispecie, quali la tutela dei c.d. "lavoratori fragili" (ex art.26 della L. 126/2020 nonché L. 178 del 30.12.2020) nonché del dipendente in quarantena con sorveglianza attiva o in isolamento domiciliare fiduciario (art. 4, co.2° Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 19 ottobre 2020). Allo stato attuale permane altresì la possibilità, per i genitori in caso di sospensione dell'attività didattica in presenza delle scuole secondarie di primo grado e per i genitori di figli in situazione di disabilità grave, in caso di sospensione della didattica in presenza di scuole di ogni ordine e grado o in caso di chiusura dei centri diurni a carattere assistenziale, ove le mansioni professionali del dipendente consentano lo svolgimento della prestazione in modalità agile (art.22-bis D.L. 137/2020, convertito con modificazioni dalla L. 176/2020).

PARTE 2

MODALITA' ATTUATIVE

Il dipendente interessato allo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile deve compilare e trasmettere agli uffici di competenza alcuni moduli, scaricabili dal sito aziendale.

In primo luogo occorre compilare il modulo di istanza per il lavoro agile, che è in continuo aggiornamento in ragione dell'evoluzione della normativa, indicando altresì le condizioni personali dei lavoratori che possono richiedere lo *smart-working* (ad esempio le ipotesi della quarantena scolastica dei figli o della sospensione dell'attività didattica in presenza dei figli). Detto modulo raccoglie i dati personali del dipendente, l'arco temporale dello *smart-working* nonché i giorni lavorativi in cui il dipendente stesso svolge la prestazione lavorativa agile. Lo stesso modulo deve altresì essere firmato dal Responsabile di Struttura del dipendente, che autorizza o meno la prestazione lavorativa in modalità agile.

Riveste una particolare importanza il modulo di accettazione degli obiettivi per lo svolgimento dello *smart-working*. Tali obiettivi devono essere individuati dal Responsabile di Struttura e rappresentano gli adempimenti lavorativi indicati al dipendente che svolge la prestazione lavorativa dal proprio domicilio. Per questo motivo il dipendente deve firmare anche detto modulo, per l'accettazione degli obiettivi indicati dal Dirigente.

In ultimo, al fine di adempiere alle normative in materia di sicurezza sul luogo di lavoro, il dipendente deve visionare e sottoscrivere l'informativa sulla salute e sicurezza ai sensi dell'art.22, comma 1, L. 81/2017, che deve poi essere sottoscritta altresì dal RLS (Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza) e dal Datore di lavoro, individuato anch'esso ai sensi della normativa in materia di sicurezza sul luogo di lavoro, il quale quindi talvolta potrebbe non coincidere con il Responsabile di Struttura dell'interessato.

All'interno dell'apparato organizzativo dell'Azienda ogni Struttura ha provveduto ad individuare, dalla mappatura dei processi già effettuata, i procedimenti amministrativi che possono essere svolti in modalità agile dai dipendenti, così come previsto dall'art.2, co.3 del decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 19 ottobre 2020.

Nella prima fase emergenziale si ricorda che sono state autorizzate tutte le istanze in possesso dei requisiti di legge. Una parte di esse provenivano da dipendenti con diverse condizioni personali, taluni in condizioni di c.d. immunodepressione o c.d. lavoratori fragili. Nell'autorizzare le prestazioni lavorative in modalità *smart* si è senza dubbio tenuto conto dell'esigenza di adottare il distanziamento sociale e quindi si sono anche autorizzati dipendenti che non soffrivano di alcuna patologia.

Dopo la prima fase emergenziale il lavoro agile è diventato un nuovo modo di svolgere la propria prestazione lavorativa, attraverso il ricorso a diverse modalità di organizzazione, giungendo altresì a comprenderne la potenzialità anche nella vita personale del dipendente. Per questi motivi si sta tentando di rendere lo *smart-working* elemento strutturale dell'organizzazione lavorativa; a questo obiettivo si sta tendendo mediante diverse scelte aziendali:

- la programmazione da parte dei dirigenti delle scelte e delle innovazioni dell'impianto organizzativo finalizzate a raggiungere la soglia prevista dalla normativa (60% dei dipendenti impegnati in attività che possono essere svolte in modalità agile);
- la mappatura delle attività amministrative che, all'interno di ogni Struttura di questa Azienda, si possono svolgere in modalità agile;
- la digitalizzazione delle attività ed il progressivo superamento del cartaceo;
- la futura dotazione di PC ai dipendenti che svolgono la prestazione lavorativa in modalità *smart-working*;
- la predisposizione di piani formativi, diretti sia ai dirigenti che ai dipendenti, in materia di lavoro agile.

ALLEGATI:

- MAPPATURA ATTIVITA' (Allegato 1)
- PIANO FORMATIVO PER DIRIGENTI: in corso di completamento (Allegato 2)
- PIANO FORMATIVO PER DIPENDENTI: in corso di completamento (Allegato 3)

PARTE 3

SOGGETTI, PROCESSI E STRUMENTI DEL LAVORO AGILE

SOGGETTI:

Dirigenti

In primo luogo questi devono essere i principali innovatori del sistema organizzativo, anche nell'individuazione delle attività del proprio settore di competenza che possono essere svolte da remoto (si veda mappatura delle attività amministrative – Allegato 1). Conseguentemente la loro attività consiste nella gestione del lavoro agile e nell'organizzazione del proprio ufficio, rivedendo le modalità attuali di svolgimento delle prestazioni in presenza, anche prevedendo turnazioni tra gli operatori del proprio Servizio.

S.C. Personale e Sviluppo Risorse Umane

Questa svolge funzione di cabina di regia dell'organizzazione delle risorse umane nonché della predisposizione di strumenti per un efficace sviluppo del lavoro agile quale l'adozione di disposizioni regolamentari in materia e dei provvedimenti di attivazione delle istanze dei dipendenti. Tale Struttura provvede altresì al monitoraggio dell'istituto del lavoro agile in Azienda.

CUG

Funzioni consultive agli organi di amministrazione attiva, con l'obiettivo di raggiungere la migliore conciliazione dei tempi di lavoro con la vita personale del dipendente.

OIV

Funzione attiva per la valutazione dell'organizzazione aziendale, in un'ottica orientata al miglioramento delle prestazioni fornite dall'Azienda, fornendo supporto nella predisposizione delle relative modalità di misurazione.

RTD

Si occupa degli adeguamenti tecnologici che devono supportare il cambiamento organizzativo per l'attuazione delle prestazioni lavorative in *smart-working*, come analiticamente descritto negli indicatori relativi alla salute digitale (v. Parte 4).

PROCESSI E STRUMENTI

Chi	Cosa	Dopo l'autorizzazione....
Dipendente	E' suo l'onere di prendere visione e scaricare i moduli necessari per l'istanza di smart working, nonchè indirizzarla per le sottoscrizioni ai soggetti competenti, già citati	Inserisce, ove possibile, dal portale del dipendente il giustificativo del telelavoro. Qualora il portale non sia attivato, trasmette via mail ogni 15 giorni i giorni di effettuazione del lavoro agile al Settore Rilevazione Presenze
Responsabile di Struttura	Autorizza la prestazione lavorativa in modalità agile ed indica gli obiettivi della prestazione stessa.	Convalida il giustificativo del telelavoro inserito dal dipendente Monitora la prestazione lavorativa del dipendente, mediante il controllo del raggiungimento degli obiettivi indicati e dei risultati conseguiti
Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza	Sottoscrive l'informativa per la sicurezza	
Datore di lavoro ai sensi della normativa sulla sicurezza	Sottoscrive l'informativa per la sicurezza	
S.C. Personale e Sviluppo Risorse Umane	Ricevuta l'istanza corredata dai moduli citati, effettua le verifiche di competenza circa la corretta compilazione dell'istanza e le sottoscrizioni richieste. Qualora vi fossero delle mancanze nelle stesse, il dipendente viene informato ed invitato ad adempiere. Nel caso in cui i documenti presentati dal dipendente siano completi, a firma del Direttore della stessa S.C. PSRU, si autorizza il dipendente a svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile. Successivamente la S.C. PSRU si rivolge alla S.C. Tecnico – Tecnologie Biomediche – ICT, comunicando l'autorizzazione del dipendente allo smart working, al fine di attivare i collegamenti informatici necessari	
S.C. Tecnico – Tecnologie Biomediche – ICT	Ricevuta la comunicazione dell'autorizzazione allo smart working, chiede all'interessato taluni dati al fine di verificare se è possibile procedere ai collegamenti informatici. Una volta effettuata tale verifica, comunica al dipendente le modalità per accedere alla postazione lavorativa da remoto, indicando allo stesso le procedure	
Settore Rilevazione Presenze (all'interno di S.C. PSRU)		Registra i giorni di effettuazione del lavoro agile, qualora all'interessato non sia attivato il portale del dipendente

PARTE 4

PROGRAMMA DI SVILUPPO DEL LAVORO AGILE

	INDICATORI	STATO 2020	Fase di avvio (Target 2021)	Fase di sviluppo intermedio (Target 2022)	Fase di sviluppo avanzato (Target 2023)	OBIETTIVO
Condizioni abilitanti del lavoro agile	SALUTE ORGANIZZATIVA					Miglioramento dell'organizzazione aziendale tramite integrazione della stessa con il lavoro agile
	1) Coordinamento organizzativo del lavoro agile	SI	SI	SI	SI	
	2) Monitoraggio del lavoro agile	SI	SI	SI	SI	
	3) Help desk informatico dedicato al lavoro agile	SI	SI	SI	SI	
	4) Programmazione per obiettivi e/o progetti e/o processi	SI	SI	SI	SI	
	5) Mappatura dei procedimenti amministrativi da svolgersi in <i>smart working</i>	NO	SI	SI	SI	
	SALUTE PROFESSIONALE					Creazione di percorsi formativi atti ad individuare e colmare i gap tra competenze possedute e richieste dall'Azienda
	6) % dirigenti/P.O. partecipanti a corsi di formazione su competenze direzionali su lavoro agile nell'ultimo anno	0%	30%	60%	100%	
	7) % dirigenti/P.O. adottanti approccio per obiettivi e/ progetti e/o processi per coordinare il personale	100%	100%	100%	100%	
	8) % lavoratori agili partecipanti a corsi di formazione su lavoro agile nell'ultimo anno	0%	50%	100%	100%	
9) % di lavoratori che lavorano che per obiettivi e/o progetti e/o processi	100%	100%	100%	100%		
10) % lavoratori agili che hanno partecipato a corsi su competenze digitali nell'ultimo anno	0%	50%	100%	100%		

	11) % lavoratori agili che utilizzano le tecnologie digitali a disposizione (collegamento informatico aziendale)	88,46%	Da verificarsi	Da verificarsi	Da verificarsi	
	SALUTE ECONOMICO-FINANZIARIA					
	1) Costi per formazione competenze funzionali al lavoro agile	0%	Da stabilirsi	Da stabilirsi	Da stabilirsi	
	2) Investimenti in supporti hardware e infrastrutture digitali funzionali al lavoro agile	- Manutenzione firewall aziendali per connessione VPN sicura per lavoratori in modalità agile: 50.000€ -Rinnovo triennale licenze posta cloud-based: 200.000€ per il triennio 2020-2021-2022	(vedi 2020)	Estensione licenze di posta per ulteriori 50.000€	Da mantenersi	Informatizzazione aziendale al fine di ridurre i costi
3) Investimenti in digitalizzazione di servizi, progetti, processi	0€	Mantenimento funzioni esistenti	Rinnovo sistema di gestione documentale, protocollo e delibere/determine nativamente cloud per migliore utilizzo anche in lavoro agile	Da mantenersi		

	SALUTE DIGITALE					
	1) N. Pc per lavoro agile	0	Da verificare	n. 250 PC da destinarsi al lavoro agile	Da mantenersi	Riduzione di strumenti cartacei con possibilità tramite consultazione informatica di una maggiore condivisione di processi
	2) %lavoratori agili dotati di dispositivi e traffico dati aziendali	0%	In corso di adeguamento	90% lavoratori dotati di dispositivi aziendali senza traffico dati	Da mantenersi	
	3) Sistema VPN	Totalmente attivo ed in manutenzione	Da mantenersi	Assistenza tecnica dedicata per lavoratori in modalità agile	Da mantenersi	
4) Intranet	Attiva e funzionante, raggiungibile dai lavoratori agili	In via di arricchimento con manuali tecnici operatori per l'autoformazione all'uso delle principali procedure informatiche aziendali	Da mantenersi	Da mantenersi		

	5) Sistemi di collaboration (es. Documenti in cloud)	Circa 2% dei lavoratori aziendali dotato di sistemi di collaboration propriamente detti (licenza software di videoconferenze, cloud document manager con editor collaborativo)	In corso di adeguamento	Estensione del sistema aziendale di collaboration in cloud almeno al 20% dei lavoratori aziendali	Da mantenersi	
	6) % applicativi consultabili in lavoro agile	100% degli applicativi di interesse amministrativo sono utilizzabili in lavoro agile ancorchè non nativamente cloud ma attraverso esposizione VPN (Protocollo, delibere e determine, sistema amministrativo-contabile)	In corso di adeguamento	Migliore fruizione in modalità agile attraverso aggiornamento cloud degli applicativi di protocollo e delibere/determine	Da mantenersi	

	7) % banche dati consultabili in lavoro agile	0%	In attesa di valutazione di impatto di apertura verso l'esterno	Commissionare valutazione di impatto tramite gara ad evidenza pubblica	Da mantenersi	
	8) % firma digitale tra i lavoratori agili	Circa 5% dei lavoratori in modalità agile attualmente dotati di firma digitale. Si ritiene tale percentuale congrua in quanto si tratta dei lavoratori della dirigenza che detengono potere di firma, non applicabile sugli altri lavoratori	Da mantenersi	Da mantenersi	Da mantenersi	
	9) % processi digitalizzati	Sono digitalizzati i processi: Ciclo di vita di delibere/determine; Protocollo aziendale; Ordini, Liquidazione fatture	Da mantenersi	Dotare l'ufficio per la transizione alla modalità digitale di analista dedicato alla digitalizzazioni dei singoli processi aziendali	Da mantenersi	

	10) % servizi digitalizzati	Sono digitalizzati i processi di pagamento delle prestazioni sanitarie, di ritiro referti, di condivisione della documentazione e clinica del cittadino	Da mantenersi	Da mantenersi	Da mantenersi	

	INDICATORI	STATO 2020	Fase di avvio (Target 2021)	Fase di sviluppo intermedio (Target 2022)	Fase di sviluppo avanzato (Target 2023)	OBIETTIVO
Implementazione del lavoro agile	INDICATORI QUANTITATIVI					Miglioramento dell'organizzazione del lavoro
	1) Lavoratori agili effettivi	144 lavoratori agili (dal 01.03.2020 al 31.12.2020)	Da verificarsi	Da verificarsi	Da verificarsi	
	2) Giornate lavoro agile	8759 giornate lavorate in modalità agile (dal 01.03.2020 al 31.12.2020)	Da verificarsi	Da verificarsi	Da verificarsi	
	INDICATORI QUALITATIVI					
	3) Livello di soddisfazione sul lavoro agile di dirigenti/P.O. e dipendenti, articolato per genere, per età, per stato di famiglia ecc. Ecc.	Non censita	Da implementarsi	Da implementarsi	Da implementarsi	

	INDICATORI	STATO 2020	Fase di avvio (Target 2021)	Fase di sviluppo intermedio (Target 2022)	Fase di sviluppo avanzato (Target 2023)	OBIETTIVO
Performance organizzative	ECONOMICITA'					Miglioramento dell'efficienza ed efficacia dell'attività lavorativa
	1) Riflesso economico: Riduzione costi	Non recensita	Da implementarsi	Da implementarsi	Da implementarsi	
	2) Riflesso patrimoniale: minor consumo di patrimonio a seguito della razionalizzazione degli spazi	Non recensita	Da implementarsi	Da implementarsi	Da implementarsi	
	EFFICIENZA					
	1) Produttiva: Diminuzione assenze, aumento produttività	Non verificabile causa pandemia	Da verificarsi	Da verificarsi	Da verificarsi	
	2) Economica: Riduzione di costi per output di servizio	Non verificabile causa pandemia	Da verificarsi	Da verificarsi	Da verificarsi	
	3) Temporale: riduzione dei tempi di lavorazione di pratiche ordinarie	Non verificabile causa pandemia	Da verificarsi	Da verificarsi	Da verificarsi	
	EFFICACIA					
	1) Quantitativa: Quantità erogata, quantità fruita	Non recensita	Da verificarsi	Da verificarsi	Da verificarsi	
	2) Qualitativa: Qualità erogata, qualità percepita	Non recensita	Da verificarsi	Da verificarsi	Da verificarsi	

	INDICATORI	STATO 2020	Fase di avvio (Target 2021)	Fase di sviluppo intermedio (Target 2022)	Fase di sviluppo avanzato (Target 2023)	OBIETTIVO
Impatti	IMPATTI ESTERNI					Miglioramento dell'immagine dell'azienda con gli <i>stake-holders</i> e maggiore coinvolgimento dei dipendenti
	1) Sociale: per gli utenti, per i lavoratori	Non recensita	Da verificarsi	Da verificarsi	Da verificarsi	
	2) Ambientale: per la collettività	Non recensita	Da verificarsi	Da verificarsi	Da verificarsi	
	3) Economico: per i lavoratori	Riduzione costi di trasporto	Da verificarsi	Da verificarsi	Da verificarsi	
	IMPATTI INTERNI					
	1) Miglioramento/Peggioramento salute organizzativa	Non recensita	Da verificarsi	Da verificarsi	Da verificarsi	
	2) Miglioramento/Peggioramento salute professionale	Non recensita	Da verificarsi	Da verificarsi	Da verificarsi	
	3) Miglioramento/Peggioramento salute economico-finanziaria	Non recensita	Da verificarsi	Da verificarsi	Da verificarsi	
	4) Miglioramento/Peggioramento salute digitale	Non recensita	Da verificarsi	Da verificarsi	Da verificarsi	

ALLEGATO 1

Mappatura dei Procedimenti Amministrativi

V. FILE ALLEGATO AL PRESENTE DOCUMENTO

ALLEGATO 2

Piano formativo per i dirigenti finalizzato a dotarli di nuove competenze digitali, nonché delle competenze necessarie per una diversa organizzazione del lavoro e per modalità di coordinamento indispensabili ad una gestione efficiente del lavoro agile – IN CORSO DI COMPLETAMENTO

Corso in materia di organizzazione del lavoro agile diretto ai Dirigenti (durata 3 ore)

Argomenti:

- Aspetti normativi dello *smart-working*
- Modalità organizzative dello *smart-working* (analisi e mappatura del personale e dei bisogni dei lavoratori, rotazione del personale interessato, individuazione delle attività non eseguibili in *smart-working*)
- Flessibilità del lavoro
- Tutela della sicurezza sul luogo di svolgimento del lavoro agile
- Valutazione e monitoraggio (valutazione della *performance* e raggiungimento degli obiettivi, valutazione degli impatti positivi e negativi, individuazione e condivisione degli indicatori)

ALLEGATO 3

Piano formativo per i dipendenti che comprenda l'aggiornamento delle competenze digitali e nuove soft skills per l'auto-organizzazione del lavoro, per la cooperazione a distanza tra colleghi e per le interazioni a distanza anche con l'utenza – IN CORSO DI COMPLETAMENTO

Corso in materia di lavoro agile diretto ai Dipendenti del comparto (durata 2 ore)

Argomenti:

- Il patto fiduciario tra P.A. e lavoratore
- Autonomia del dipendente in smart-working nell'organizzazione del lavoro
- Responsabilità del lavoratore sugli obiettivi attesi e raggiunti
- Tecnologie digitali e corretto utilizzo delle stesse
- La protezione dei dati lavorativi e la strategia per evitare le perdite

Allegato 4: al momento non recensita

AZIONI POSITIVE DELL'ASL AL

NOTA DI AGGIORNAMENTO ANNO 2021

Il Comitato Unico di Garanzia (di seguito CUG) dell'ASL AL ha avviato la programmazione delle azioni positive che muove dalle iniziative già realizzate o avviate in attuazione delle indicazioni normative nazionali e regionali in materia di pari opportunità.

I lavori svolti nell'anno 2020 da parte del CUG, in stretto raccordo con le nuove consigliere di fiducia recentemente individuate, hanno permesso di focalizzare i punti di attenzione in materia di pari opportunità e di supporto al benessere dei lavoratori.

In particolare si è avviata l'attuazione della Direttiva n. 2/2019 rispetto alla composizione del CUG, alle modalità di raccordo tra il CUG e le figure delle Consigliere di Fiducia, alla costruzione della programmazione triennale.

Il CUG, ai sensi della sopraccitata Direttiva, ha i seguenti compiti:

POTERI PROPOSITIVI:

Azioni atte a favorire condizioni di benessere lavorativo

Azioni positive, interventi e progetti, quali indagini di clima, codici etici e di condotta, idonei a prevenire o rimuovere situazioni di discriminazioni o violenze sessuali, morali o psicologiche – mobbing- nell'amministrazione pubblica di appartenenza

Promozione e/o potenziamento delle iniziative che attuano le politiche di conciliazione, le direttive comunitarie per l'affermazione sul lavoro della pari dignità delle persone e azioni positive al riguardo

Temi che rientrano nella propria competenza ai fini della contrattazione integrativa

Analisi e programmazione di genere che considerino le esigenze delle donne e quelle degli uomini (es bilancio di genere)

Diffusione delle conoscenze ed esperienze sui problemi delle pari opportunità e sulle possibili soluzioni adottate da altre amministrazioni o enti, anche in collaborazione con la Consigliera di parità del territorio di riferimento

POTERI CONSULTIVI (formulazione di pareri su):

Progetti di riorganizzazione dell'amministrazione di appartenenza

Piani di formazione del personale

Orario di lavoro, forme di flessibilità lavorativa e interventi di conciliazione

Criteri di valutazione del personale

Contrattazione integrativa sui temi che rientrano nelle proprie competenze

POTERI DI VERIFICA

Sullo stato di attuazione del Piano triennale di azioni positive con focus sui risultati conseguiti, sui progetti e sulle buone pratiche in materia di pari opportunità

Esiti delle azioni di promozione del benessere organizzativo e prevenzione del disagio lavorativo Esiti delle azioni di contrasto alle violenze morali e psicologiche nei luoghi di lavoro –mobbing

Assenza di ogni forma di discriminazione, diretta e indiretta, relativa al genere, all'età nell'accesso, nel trattamento e nelle condizioni di lavoro, nella formazione professionale, promozione negli avanzamenti di carriera e sicurezza del lavoro

Ai sensi della normativa vigente il Piano triennale di azioni positive si contestualizza inoltre nella programmazione generale dell'ASL AL con particolare riferimento a: Atto Aziendale, obiettivi annuali, Piano triennale della Performance, Piano triennale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza.

Le azioni positive consistono in misure volte alla rimozione degli ostacoli che di fatto impediscono la realizzazione di pari opportunità e hanno lo scopo di:

- a) eliminare le disparità nella formazione scolastica e professionale, nell'accesso al lavoro, nella progressione di carriera, nella vita lavorativa e nei periodi di mobilità;
- b) favorire la diversificazione delle scelte professionali delle donne in particolare attraverso l'orientamento scolastico e professionale e gli strumenti della formazione;
- c) favorire l'accesso al lavoro autonomo e alla formazione imprenditoriale e la qualificazione professionale delle lavoratrici autonome e delle imprenditrici;
- d) superare condizioni, organizzazione e distribuzione del lavoro che provocano effetti diversi, a seconda del sesso, nei confronti dei dipendenti con pregiudizio nella formazione, nell'avanzamento professionale e di carriera ovvero nel trattamento economico e retributivo;
- e) promuovere l'inserimento delle donne nelle attività, nei settori professionali e nei livelli nei quali esse sono sottorappresentate e in particolare nei settori tecnologicamente avanzati ed ai livelli di responsabilità;
- f) favorire, anche mediante una diversa organizzazione del lavoro, delle condizioni e del tempo di lavoro, l'equilibrio tra responsabilità familiari e professionali e una migliore ripartizione di tali responsabilità tra i due sessi;
- f-bis) valorizzare il contenuto professionale delle mansioni a più forte presenza femminile

Sulla base delle funzioni poste in capo al CUG e delle indicazioni normative in materia sono state delineate le possibili future linee di lavoro da ricondurre nella più ampia cornice del Piano triennale di azioni positive.

Il percorso di costruzione del Piano triennale di azioni positive e l'attuazione di alcune linee di lavoro del CUG sono stati condizionati in termini di operatività, e quindi di slittamento dei tempi, dall'emergenza COVID-19. E' stata tuttavia completata l'analisi di contesto ed è stata effettuata la condivisione delle finalità e delle prerogative del Piano.

Le azioni positive già attuate dall'ASL AL sono le seguenti:

- Approvazione del "Codice di condotta in materia di discriminazioni molestie e mobbing" in cui sono state previste le azioni positive e le strategie finalizzate a prevenire, rilevare e contrastare i fenomeni di mobbing, discriminazioni e molestie;
- Istituzione dello "Sportello di Ascolto per la prevenzione del disagio psicologico e dello stress nei luoghi di lavoro" quale ulteriore concretizzazione delle azioni finalizzate alla promozione delle pari opportunità e del benessere organizzativo;
- Attuazione azioni di promozione di un approccio gender oriented all'interno dei presidi ospedalieri;
- Organizzazione di percorsi di formazione diversificati, con particolare attenzione alla tematica della violenza di genere;
- Strutturazione di forme di smart working e di attività di supporto psicologico per gli operatori in relazione all'emergenza COVID 19.

Nel Piano triennale di azioni positive, attualmente in fase di costruzione, il CUG, oltre alla sistematizzazione delle azioni sopra richiamate, ha ipotizzato di individuare azioni di sistema e azioni specifiche da promuovere nel prossimo triennio.

Le **azioni di sistema** volte a rafforzare il ruolo del C.U.G. che già sono state individuate sono:

- Formazione congiunta ai componenti del C.U.G. e alle Consiglieri di Fiducia sulle tematiche oggetto di lavoro;
- Revisione del Regolamento di funzionamento del C.U.G. finalizzata, in modo particolare, a strutturare i rapporti con Consiglieri di Fiducia, Sportello di Ascolto e S.C. Medico Competente, Prevenzione e Protezione;
- Conferma della partecipazione dei referenti del C.U.G. dell'ASL AL al Tavolo CUG della Regione Piemonte;
- Planning annuale delle attività del C.U.G. per favorire la partecipazione agli incontri temperando le esigenze di servizio dei diversi componenti.

Le **azioni specifiche**, alcune già in corso di sperimentazione e attuazione, verranno declinate rispetto alle seguenti aree tematiche:

- Promozione del benessere organizzativo e della salute
- Sviluppo delle conoscenze e delle competenze del personale
- Conciliazione dei tempi di vita e di lavoro

Nell'ottica di costruire un quadro programmatico che possa successivamente declinarsi in concrete fasi realizzative, si ritiene di completare il percorso di strutturazione del Piano Triennale di azioni positive attraverso la contestualizzazione nelle linee strategiche aziendali e la condivisione con le strutture organizzative maggiormente coinvolte.