



PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2022-2024

Adozione in attesa dell'attuazione del PIAO - Piano
Integrato di Attività e Organizzazione
(art. 6 decreto legge n. 80/2021, convertito con legge n. 113/2021
e art. 1, comma 12, decreto legge n. 228/2021)

REGIONE PIEMONTE – ASL ALESSANDRIA

DOCUMENTI ALLEGATI:

- **POLA – PIANO ORGANIZZATIVO DEL LAVORO AGILE**
- **PIANO AZIONI POSITIVE ASL AL 2022-2024**

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	20
3.1.4 Dati sanitari	21
3.2 Analisi del contesto interno	45
3.2.1 Il modello organizzativo dell'ASL AL	45
3.2.2 Risorse umane e professionali	47
3.2.3 Risorse tecnologiche	49
3.2.4 Risorse economiche e finanziarie	50
4. OBIETTIVI STRATEGICI E OBIETTIVI AZIENDALI	52
4.1 Programmazione triennio 2022-2024.....	52
4.2 Gli obiettivi strategici	61
5. DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI	65
5.1 La programmazione gestionale e il sistema di budget nell'ASL AL	65
5.2 La misurazione e valutazione della performance	67
6. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE.....	69
6.1 Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione delle performance	72
6.2 Coerenza con il Piano triennale per la prevenzione della corruzione e trasparenza	72

P.O.L.A. – Piano Organizzativo del Lavoro Agile	73
Parte 1: Livello di attuazione e di sviluppo del lavoro agile	73
Parte 2: Modalità attuative	77
Parte 3: Soggetti, processi e strumenti del lavoro agile	78
Parte 4: Programma di sviluppo del lavoro agile	81
ALLEGATI AL POLA	87

P.A.P. – Piano Azioni Positive dell'ASL AL – Triennio 2022-2024.....	90
--	----

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 di programmazione triennale della performance viene approvato nelle more dell'adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) previsto dall'art. 6 decreto legge n. 80/2021, convertito con legge n. 113/2021, il cui iter è tuttora in fase di definizione. Viene pertanto adottato un approccio essenziale di redazione che affronta gli aspetti maggiormente significativi per inquadrare correttamente il sistema di programmazione aziendale, nella consapevolezza che nel corso del 2022 dovrà essere attuata una sua revisione nella prospettiva di integrazione e semplificazione indicata dalla norma istitutiva del PIAO.

Il piano della performance 2022-2024 illustra il quadro degli obiettivi e delle attività che l'ASL AL intende perseguire nel triennio e nei singoli esercizi, con la finalità di garantire la massima trasparenza ed informazione ai dipendenti e ai cittadini sulle attività programmate.

Nell'ambito del documento, in attesa delle indicazioni correlate all'adozione del PIAO, specifiche sezioni sono dedicate a:

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.

Piano Azioni Positive, come previsto dall'art. 48 D.Lgs. 11 aprile 2006, n. 198 "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, a norma dell'art. 6 della legge 28 novembre 2005, n. 246" e redatto in base alla Direttiva n. 2 del 2019 della presidenza del Consiglio dei Ministri "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle Pubbliche Amministrazioni", con particolare riferimento alla sezione in cui dispone che "in ragione del collegamento con il ciclo della performance, il Piano triennale di azioni positive deve essere aggiornato entro il 31 gennaio di ogni anno, anche come allegato al Piano della Performance"

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 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 2022-2024 dell'ASL AL viene approvato nelle more dell'adozione del P.I.A.O. – Piano Integrato Attività e Organizzazione previsto dall'art. 6 decreto legge n. 80/2021, convertito con legge n. 113/2021.

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 420.461 abitanti (dato BDDE Regione Piemonte al 31.12.2020). distribuiti su un territorio di 3.679 mq – densità media 114,28 – 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 28,15%.

Sono organi dell'Azienda:
il Direttore Generale, il Collegio Sindacale e il Collegio di Direzione.

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

Attua il proprio mandato con autonomia nell'organizzazione e allocazione delle risorse produttive a disposizione dell'Azienda, assicura il perseguimento della missione avvalendosi dell'attività degli organi e delle strutture organizzative aziendali.

Nello svolgimento dei propri compiti, il Direttore Generale è coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, ciascuno per le proprie competenze e con essi costituisce la Direzione Generale dell'Azienda che garantisce, nella sua collegialità, l'unitarietà delle funzioni di indirizzo, programmazione e controllo dell'Azienda.

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

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

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

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

N.B. L'analisi riportata nel presente paragrafo è riferita all'anno 2019, in quanto gli anni 2020 – 2021 sono stati caratterizzati dalla situazione emergenziale e l'attività ordinaria di ricovero ha risentito fortemente degli effetti della pandemia Covid-19.

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.

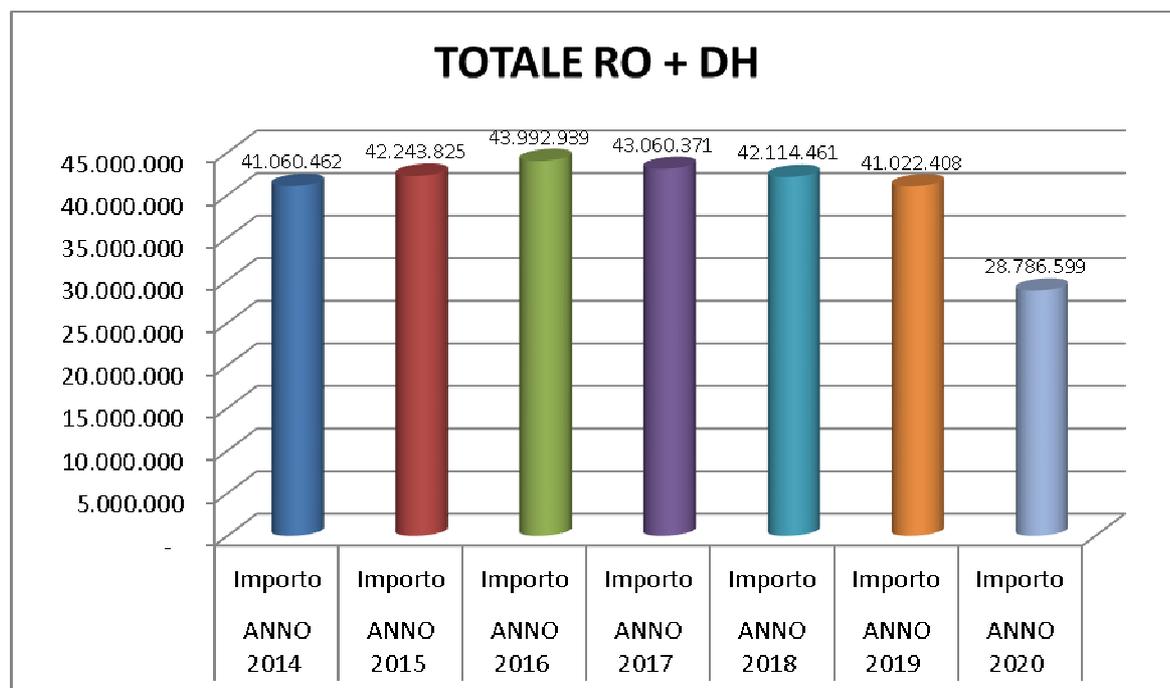
Per quanto riguarda gli altri Distretti (al di fuori di Alessandria – Valenza), invece, l'Azienda Ospedaliera di Alessandria soddisfa il 15,6% di casi ed il 12,6% di valore per le discipline di medio-bassa specialità, mentre per l'alta specialità rispettivamente il 25,2% ed il 31,0%.

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)

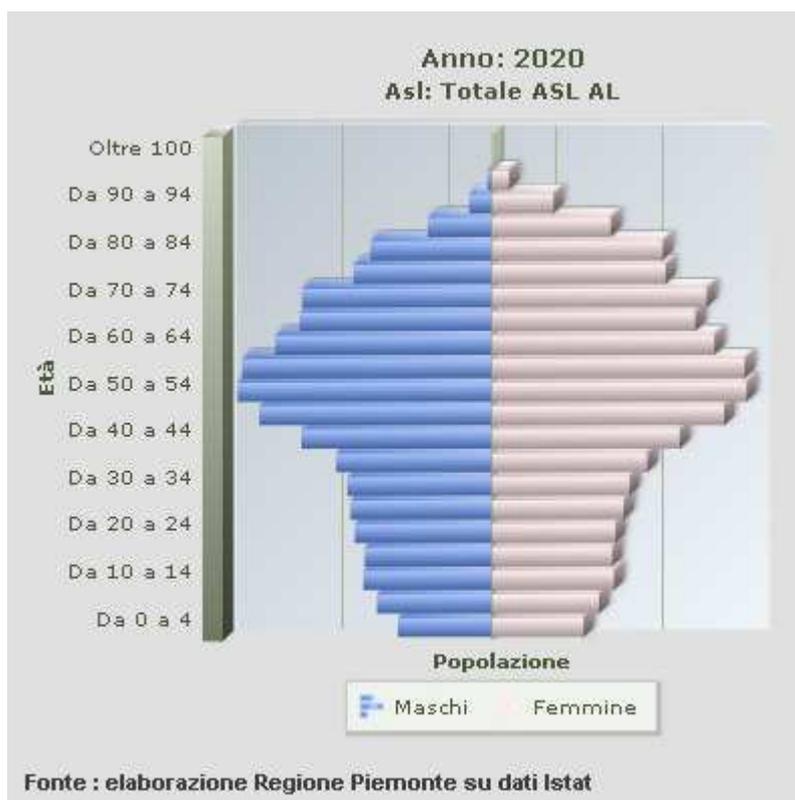


3.1.2 – Popolazione

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 2020.

TERRITORIO E POPOLAZIONE

Distretto	Residenti	% ultra 65enni	Superfici e (kmq)	Densità demogr (ab/kmq)	Comuni	Pianura	Collina	Montagna
Acqui Terme - Ovada	66.418	30,87%	766,79	86,62	45	1	26	18
Alessandria - Valenza	147.065	27,03%	827,54	177,71	31	19	12	---
Casale Monferrato	77.738	28,54%	735,72	105,66	48	15	33	---
Novi Ligure - Tortona	129.240	27,80%	1.349,23	95,79	71	16	23	32
TOTALE ASL AL	420.461	28,15%	3.679,28	114,28	195	51	94	50



STRANIERI RESIDENTI AL 31.12.2020

Distretti	Maschi	Femmine	Totale	% su totale popolazione
AL - Acqui Terme/Ovada	3.026,0	3.286,0	6.312,0	9,5%
AL - Alessandria/Valenza	9.177,0	9.348,0	18.525,0	12,6%
AL - Casale M.To	3.316,0	3.649,0	6.965,0	9,0%
AL - Novi Ligure/Tortona	7.745,0	8.087,0	15.832,0	12,3%
Totale	23.264,0	24.370,0	47.634,0	11,3%

ASPETTATIVA DI VITA

ANNO DI RIFERIMENTO 2018	ASL AL	REGIONE PIEMONTE
SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA: UOMINI	80,11	80,81
SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA: DONNE	84,63	85,05
SPERANZA DI VITA A 65 ANNI: UOMINI	18,73	19,21
SPERANZA DI VITA A 65 ANNI: DONNE	22,00	22,23

INDICATORI POPOLAZIONE – BDDE ANNO 2020

INDICATORE	ASL AL	REGIONE PIEMONTE
Età media femminile	50,11	48,41
Età media maschile	46,92	45,37
Età media totale	48,56	46,93
Tasso di immigrazione	33,34	34,14
Tasso di emigrazione	32,38	33,03
Indice di dipendenza strutturale	64,17	61,64
Indice di struttura della popolazione attiva	166,78	152,27
Indice di ricambio	177,22	154,02
Indice di vecchiaia	257,48	214,78
Tasso di natalità	5,50	6,34
Indice di fecondità	3,06	3,33
Tasso di mortalità	19,09	15,41

MOVIMENTI ANAGRAFICI POPOLAZIONE RESIDENTE ASL AL - ANNO 2020			
	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
Nati	1.191	1.122	2.313
Morti	3.857	4.169	8.026
Iscritti da altri comuni	6.018	5.842	11.860
Iscritti dall'estero	986	952	1938
Altri iscritti	152	69	221
Cancellati per altri comuni	5.775	5.737	11.512
Cancellati per l'estero	605	595	1200
Altri cancellati	573	330	903

ASL AL	2018	2019	2020
Indice di carico per donna feconda (*100)	16,78	17,14	17,10
Indice di dipendenza strutturale (*100)	63,53	63,91	64,17
Indice di fecondità (*100)	3,18	3,06	64,17
Indice di ricambio (*100)	171,16	174,19	177,22
Indice di struttura della pop attiva (*100)	164,77	166,25	166,78
Indice di vecchiaia (*100)	247,99	255,92	257,48
Rapporto di mascolinità (*100)	94,41	94,33	94,74
Tasso di natalità (*1000)	5,91	5,58	5,50
Tasso di mortalità (*1000)	14,77	14,74	19,09
Tasso di immigrazione (*1000)	35,65	39,10	33,34
Tasso di emigrazione (*1000)	33,83	36,85	32,38
Tasso migratorio netto (*1000)	1,82	2,25	0,96
Età media femmine	49,76	50,02	50,11
Età media maschile	46,46	46,80	46,92
Età media totale	48,16	48,46	48,56

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 tabella 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.

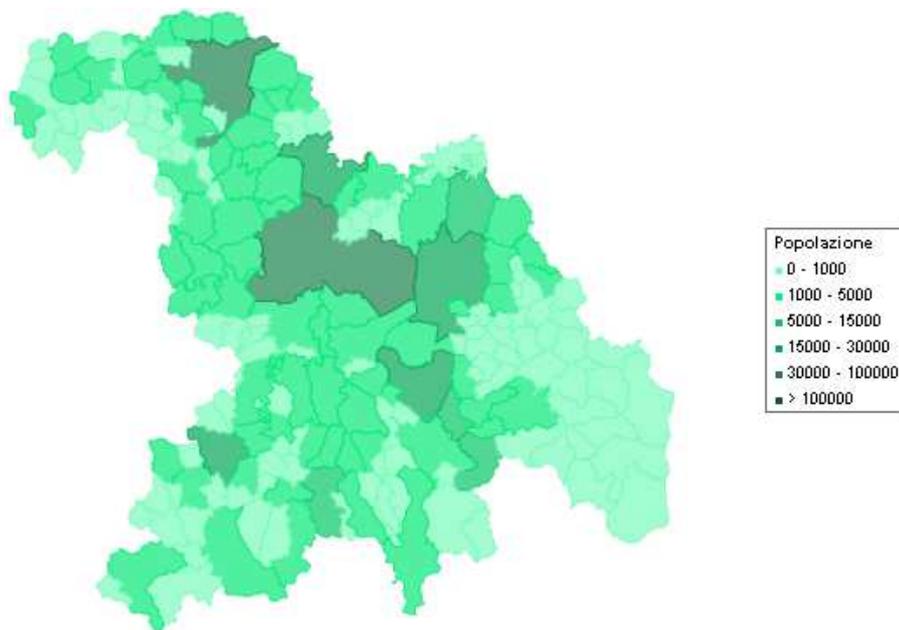
Età media femminile: È la media delle età di una popolazione, calcolata come il rapporto tra la somma delle età di tutti gli individui e il numero della popolazione residente riferita solo alle femmine. L'età media delle femmine è leggermente aumentata dal 2010 (48,45) al 2015 (49,26) al 2017 (49,62).

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).

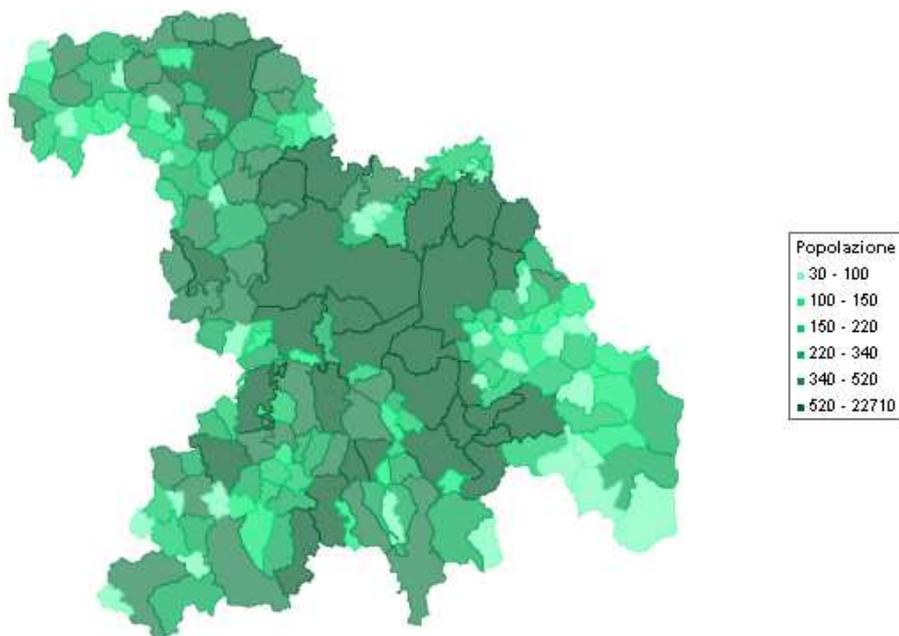
DISTRIBUZIONE DEMOGRAFICA DEL BACINO DI UTENZA

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 2018	Maschi	Femmine	Totale
Malattie dell'apparato circolatorio	946	1.249	2.195
Tumori maligni	880	744	1.624
Malattie dell'apparato respiratorio	241	257	498
Malattie del sistema nervoso	131	155	286
Disturbi psichici	98	187	285
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche	120	133	253
Traumatismi e avvelenamenti	125	107	232
Stati morbosi e maldefiniti	75	146	221
Malattie dell'apparato digerente	102	111	213
Malattie infettive	60	73	133
Tumori benigni, in situ, incerti	51	52	103
Malattie dell'apparato genito-urinario	47	56	103
Malattie osteomuscolari e del connettivo	14	30	44
Malattie del sangue, degli organi emopoietici e disordini immunitari	11	25	36
Malformazioni congenite e cause perinatali	11	5	16
Malattie della pelle e del sottocutaneo	5	8	13
TOTALE ASL AL	2.917	3.338	6.255

ESENZIONI TICKET – RESIDENTI ASL AL (DICEMBRE 2021)

FASCIA ETA'	PATOLOGIE CRONICHE E INVALIDANTI		PATOLOGIE RARE		ESENTI INVALIDITA'	
	ESENTI	% SU POP ASLAL	ESENTI	% SU POP ASLAL	ESENTI	% SU POP ASLAL
01-04	453,00	4,3%	44,00	0,4%	26,00	0,2%
05-14	1.038,00	3,1%	241,00	0,7%	429,00	1,3%
15-44	11.748,00	9,6%	912,00	0,7%	2.114,00	1,7%
45-64	42.624,00	31,9%	963,00	0,7%	6.632,00	5,0%
65-74	35.642,00	63,8%	411,00	0,7%	4.797,00	8,6%
75 ed oltre	50.175,00	80,3%	321,00	0,5%	12.588,00	20,1%
TOTALE	141.680,00		2.892,00		26.586,00	

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	30.304	22.374	73,8%
013 - DIABETE MELLITO	24.297	17.219	70,9%
048 - SOGGETTI AFFETTI DA NEO.M.	19.109	11.859	62,1%
0A02 - Malattie Cardiache e del Circolo Polmonare	10.159	6.942	68,3%
0031 - Ipertensione Arteriosa con Danno d'Organo	6.715	5.544	82,6%
027 - IPOTIROIDISMO CONGENITO E ACQUISITO	6.162	2.317	37,6%
056 - TIROIDITE DI HASHIMOTO	5.408	1.471	27,2%
007 - ASMA	4.518	742	16,4%
025 - IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE IIA E	3.862	2.558	66,2%
016 - EPATITE CRONICA (ATTIVA)	3.624	1.709	47,2%
019 - GLAUCOMA	3.193	2.531	79,3%
024 - INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA	2.874	2.491	86,7%
0C02 - Malattie delle Arterie, Arteriole, Capillari, Vene e Vasi Linfatici	1.995	1.302	65,3%
006 - ARTRITE REUMATOIDE	1.640	886	54,0%
023 - INSUFFICIENZA RENALE CRONICA	1.567	1.086	69,3%

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

PP.OO.	ANNO 2021			ANNO 2020			ANNO 2019		
	Casi	Giornate	Valore	Casi	Giornate	Valore	Casi	Giornate	Valore
H CASALE M.	7.776	50.942	24.382.725,40	7.020	49.391	22.779.479,39	9.495	61.766	26.426.826,03
H TORTONA	2.088	20.866	9.800.663,60	2.387	24.024	9.977.615,60	4.293	27.458	13.879.998,20
H NOVI L.	7.596	40.838	21.573.281,80	7.174	40.787	20.791.194,20	9.047	47.178	23.128.825,70
H ACQUI T.	2.633	17.082	9.359.593,80	2.554	19.793	9.825.512,80	3.900	24.827	11.772.616,60
H OVADA	926	12.879	3.505.548,60	734	11.872	2.992.447,70	1.173	17.460	4.714.866,20
TOTALE	21.019	142.607	68.621.813,20	19.869	145.867	66.366.249,69	27.908	178.689	79.923.132,73

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

	ANNO 2021		ANNO 2020		ANNO 2019	
	Quantita	Valore	Quantita	Valore	Quantita	Valore
TOTALE ASL AL	3.340.138	33.472.521,99	2.914.924	27.728.244,43	4.218.823	44.741.825,90

ACCESSI DEA / PRONTO SOCCORSO

COD URGENZA	ANNO 2019	ANNO 2020	ANNO 2021
BIANCO	3.778	2.148	1.745
VERDE	74.372	41.575	43.847
GIALLO	16.595	9.924	12.293
ROSSO	733	737	1.160
NERO	6	5	6
Totale complessivo	95.484	54.389	59.051

Nota: Dal confronto dei dati di attività 2020 e 2021 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.

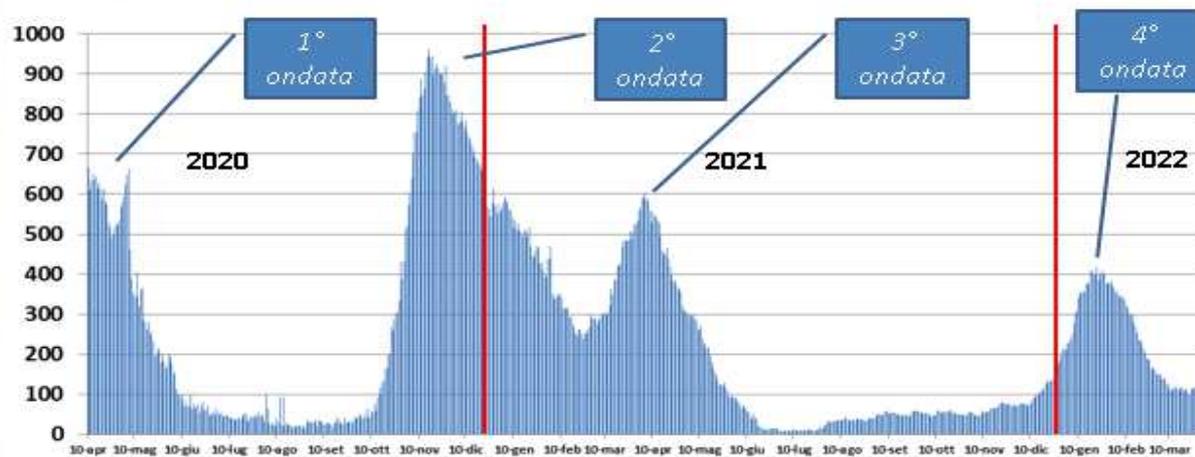
I grafici seguenti rappresentano l'andamento dei posti letto occupati da pazienti Covid-19 positivi nelle province di Alessandria e Asti, compresi i Presidi dell'ASL AL, ASL AT, ASO AL e quelli attivati presso gli Istituti Privati accreditati ASL AL e presso le Strutture CAVS (situazione al 01/04/2022).



POSTI LETTO OSPEDALIERI – COVID19 AREA SOVRAZIONALE SUD-EST



TOT POSTI LETTO OCCUPATI



01-apr

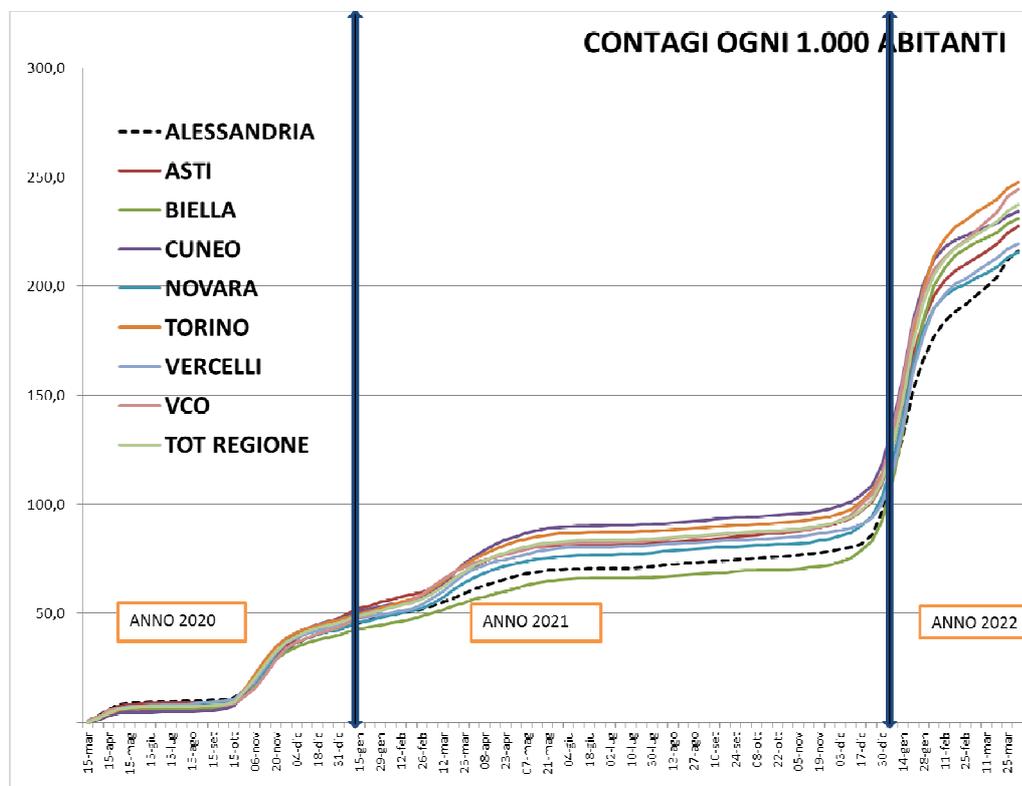
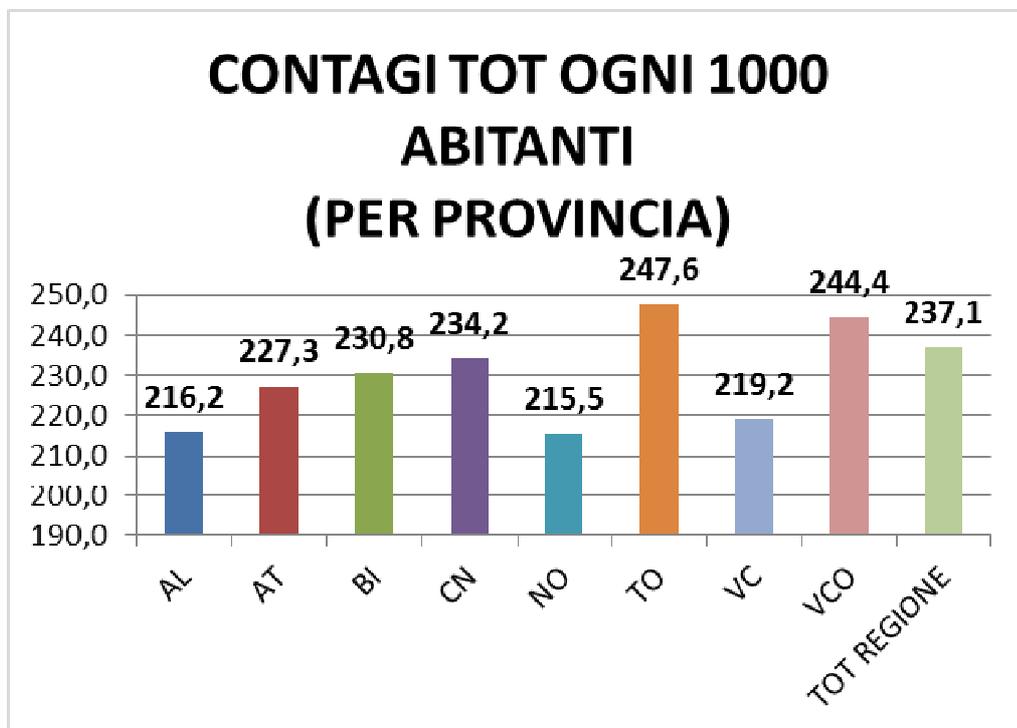
rilevazione ore 10:00

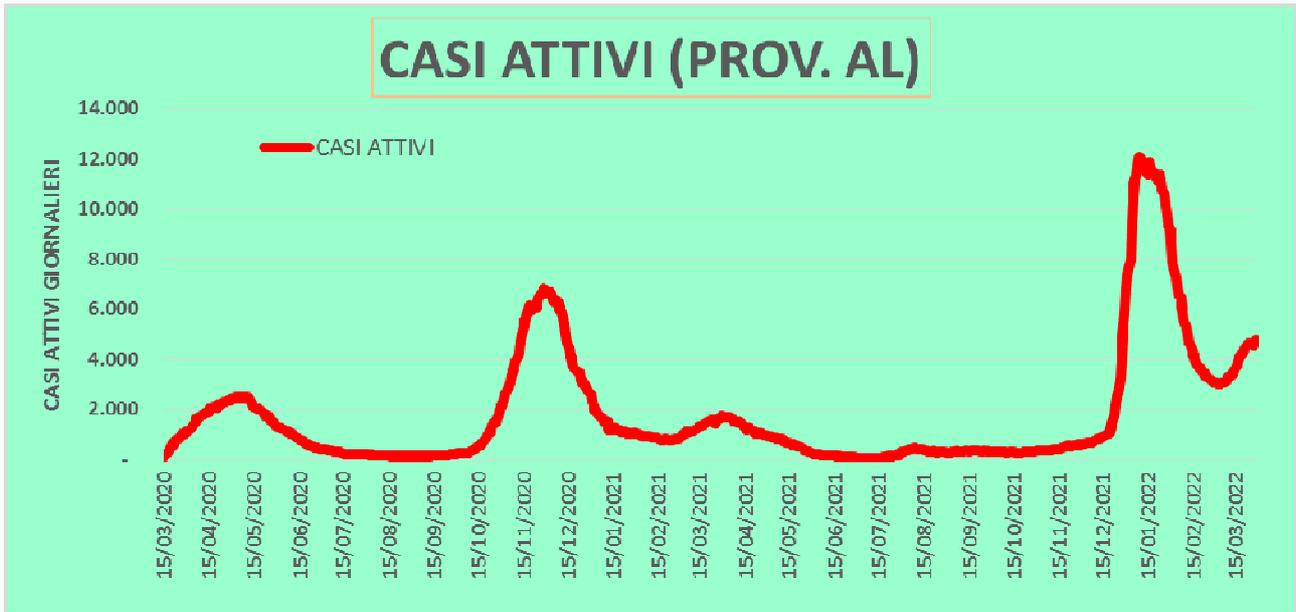
ASL AL - SITUAZIONE POSTI LETTO OCCUPATI COVID-19

PP.OO.	TERAPIA INTENSIVA	TERAPIA SEMINTENSIVA	MEDIA INTENSITA'	BOARDING IN PS IN ATTESA RICOVERO COVID	POST DEGENZA / BASSA INTENSITA'	TOT POSTI OCCUPATI
	OCCUPATI	OCCUPATI	OCCUPATI	OCCUPATI	OCCUPATI	OCCUPATI
ACQUI	0	0	6	0	0	6
CASALE	2	0	10	0	0	12
NOVI	0	1	7	1	0	9
TORTONA	0	1	11	2	0	14
OVADA	0	0	7	0	0	7
VALENZA (*)	0	0	0	0	0	0
ACQUI (CAVS)	0	0	0	0	0	0
TOT ASLAL	2	2	41	3	0	48
CLINICA SALUS	0	0	0	0	0	0
VILLA IGEA	0	0	0	0	0	0
SANT'ANNA	0	0	0	0	0	0

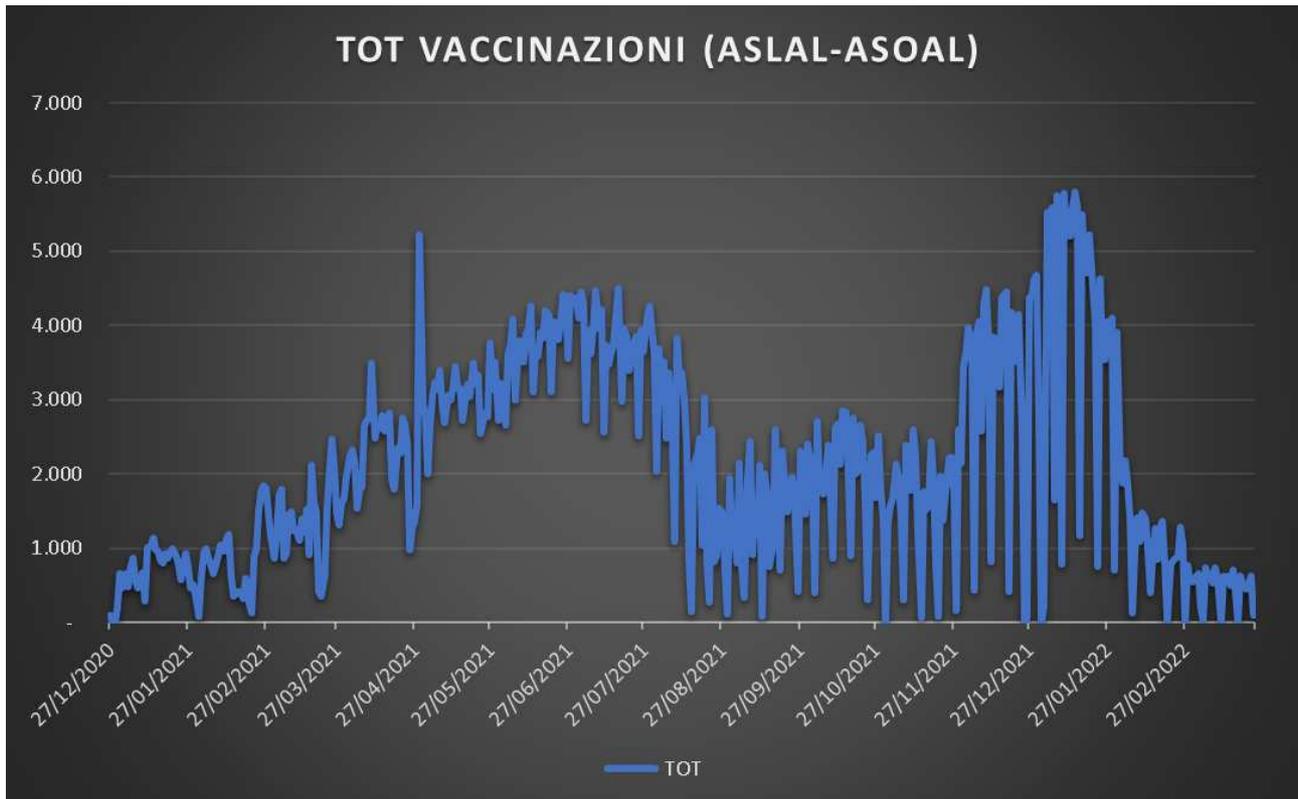
Di seguito sono riportati alcuni dati sull'incidenza della pandemia Covid-19 sul territorio ASL AL:

AL 31.03.2022





VACCINAZIONI ANTI COVID19



<i>al 31 marzo 2022</i>	SOMMINISTRATE (a residenti ASLAL)	% SU POPOLAZIONE VACCINABILE
PRIME DOSI	351.717	84,7%
SECONDE DOSI	324.641	78,2%
TERZE DOSI	282.216	72,0%
QUARTE DOSI	1.715	
TOTALE DOSI	960.289	

ATTIVITA' STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE TERRITORIO ASL AL

Tenuto conto dell'evolversi della situazione epidemiologica, del carattere particolarmente diffusivo dell'epidemia e dell'incremento dei casi sul territorio nei primi mesi del 2021, a livello regionale sono state definite misure di carattere straordinario finalizzate a fronteggiare l'emergenza sanitaria e ad assicurare una gestione ordinata della stessa.

Le mutate condizioni sanitarie hanno portato alla stipula di un nuovo accordo tra la Direzione regionale Sanità e le Associazioni degli Erogatori sanitari privati, recepito con D.G.R. 10 agosto 2020, n. 1-1881, che, per l'anno 2020, ha definito una regolamentazione ad hoc in ragione delle richiamate condizioni emergenziali ed ha rinviato la definizione della disciplina dei rapporti con riguardo agli anni 2021 e 2022.

Non essendo stato possibile definire le nuove regole entro il 31/12/2020, le disposizioni contenute in detto accordo, comprese le modifiche ed integrazioni approvate successivamente alla sottoscrizione e le previsioni specifiche relative alla produzione COVID e di supporto al Covid, sono state estese, con D.G.R. 19 febbraio 2021, n. 14-2889 all'anno 2021, con possibilità di proroga all'anno 2022, qualora non si pervenga ad una diversa definizione della disciplina dei rapporti con gli erogatori.

Il nuovo accordo tiene conto del ruolo degli erogatori:

- all'interno della campagna vaccinale, le cui regole sono state definite all'interno della D.G.R. 16 marzo 2021, n. 1-2986:
- nel supporto agli erogatori pubblici per il recupero delle liste di attesa, gravemente peggiorate nel periodo pandemico.

Riscontrata la necessità primaria di recuperare le liste di attesa di ricoveri e prestazioni ambulatoriali, nonché di far fronte alle maggiori esigenze di cura derivanti dall'esigenza di gestire un maggior numero di patologie conseguenti al Covid-19, è stata introdotta la possibilità per le aziende sanitarie di stipulare, anche per conto delle aziende ospedaliere, apposite convenzioni con gli erogatori privati, per un importo complessivo a livello regionale di Euro 7.043.950,08, con strutture del proprio territorio o di altre aziende, in applicazione dell'art. 26, commi 2 e 3, D.L. 25 maggio 2021 n. 73, utilizzando agende dedicate del Cup regionale (quale modalità già prevista nel Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa, di cui alla D.G.R. 29 settembre 2020, n. 2-1980), o una codifica specifica per i ricoveri, per prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio ai sensi della citata D.G.R. n. 2-1980 del 2020.

Sulla base di quanto sopra indicato in data 18 giugno 2021 è stato siglato il nuovo Accordo con le Associazioni di categoria degli erogatori privati, allegato alla D.G.R. n. 57-3724 del 6 agosto 2021 "Regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati per l'annualità 2021. 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 2021 per prestazioni di ricovero in regime di acuzie e post-acuzie (compresa la post-acuzie psichiatrica) di specialistica ambulatoriale e di CAVS".

PIANO OPERATIVO PER IL RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA

La Regione Piemonte ha assegnato all'ASL AL per l'anno 2021 un finanziamento complessivo di euro 3.186.121,00 per il recupero delle liste di attesa di prestazioni di ricovero ospedaliero, specialistica ambulatoriale e di screening oncologico non erogate nel periodo emergenziale con i seguenti provvedimenti:

- D.G.R. n. 2-1980 del 23.09.2020 ad oggetto "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, di screening oncologici e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARSCov2"
- D.G.R. n. 22-3690 del 6.08.2021 ad oggetto "Approvazione dell'aggiornamento del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici. Ulteriori indicazioni in applicazione del D.L. 14 agosto 2020, n. 104 e del D.L. 25 maggio 2021, n. 73, ad integrazione ed aggiornamento della D.G.R. 23 settembre 2020, n. 2-1980"

L'ASL AL ha aggiornato nel corso del 2021 il documento "Piano operativo per il recupero delle liste di attesa", prevedendo la ripartizione del finanziamento complessivo regionale di euro 3.186.121,00 come segue:

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

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

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

L'ASL AL ha successivamente stipulato convenzioni con gli erogatori privati accreditati del territorio per l'acquisto di prestazioni sanitarie finalizzate all'abbattimento delle liste di attesa per l'anno 2021, recepite con deliberazione ASL AL n. 887 del 27.10.2021, prevedendo l'utilizzo dell'intero finanziamento destinato a tal fine di euro 698.010,00 come da D.G.R. 57-3724/2021 richiamata nel paragrafo precedente.

I progetti operativi elaborati e validati dalla Direzione Generale per il recupero delle liste di attesa hanno portato a consuntivo 2021 all'assorbimento di euro 1.158.502,41 per prestazioni aggiuntive, con un risparmio complessivo di risorse sul finanziamento assegnato per la parte pubblica per l'erogazione di prestazioni per il recupero liste di attesa, quantificate in euro 1.329.607,59. Tali risorse sono state utilizzate, come da nulla osta regionale, a copertura di ulteriori prestazioni erogate dal privato accreditato rispetto a quelle definite nell'ambito delle convenzioni.

La tabella sotto riportata indica l'utilizzo complessivo delle risorse 2021 per l'abbattimento delle liste di attesa:

FINANZIAMENTO COMPLESSIVO 2021	3.186.121
CONSUNTIVAZIONE UTILIZZO FINANZIAMENTO 2021	2.338.905
% UTILIZZO FINANZIAMENTO	73,4%
N. RICOVERI AGGIUNTIVI EFFETTUATI (ASLAL+PRIVATI)	1.501
N. PREST. AMBULATORIALI AGGIUNTIVE EFFETTUATE (ASLAL+PRIVATI)	25.778

Con D.G.R. n. 4-4878 del 14 aprile 2022 ad oggetto: "Piano straordinario di recupero delle Liste d'attesa. Ulteriori disposizioni attuative, ad integrazione della D.G.R. n. 48-4605 del 28.01.2022 e autorizzazioni di spesa per le Aziende Sanitarie Regionali. Modifica della D.G.R. 38-846 del 22.02.2019 sui termini di validità delle ricette relative alle prestazioni diagnostico-specialistiche di primo accesso", la Regione Piemonte ha approvato la "Rimodulazione del piano regionale e dei piani aziendali per il recupero delle liste di attesa per le prestazioni di ricovero, di specialistica ambulatoriale e di screening oncologici: ulteriori disposizioni attuative e modalità organizzative" che definisce ulteriori disposizioni attuative e modalità organizzative per il recupero delle liste di attesa nelle strutture pubbliche e private accreditate.

Nello stesso provvedimento si autorizzano le Aziende Sanitarie Regionali all'utilizzo, ad integrazione delle risorse già assegnate con D.G.R. del 24 novembre 2021, n. 2-4147, delle ulteriori risorse previste dall'art. 1, comma 278, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 pari a Euro 36.862.840,00, secondo la ripartizione riportata nell'allegato B) del provvedimento, definita sulla base del fabbisogno espresso dalle ASR – a partire dal conteggio delle prestazioni erogate nell'anno 2019.

Si stabilisce, inoltre, che per il raggiungimento delle finalità del provvedimento - con esclusione delle prestazioni di screening oncologici - le ASL possono coinvolgere anche le strutture private accreditate, ad integrazione dei tetti regionali fissati con precedenti provvedimenti di Giunta regionale, per un ammontare non superiore al 24,35% delle quote ripartite ed eventualmente incrementabile dall'ASL sulla base di specifiche esigenze da motivare con specifico atto, nel limite della quota di finanziamento che è stata ripartita per ciascun obiettivo di recupero definito.

In particolare il recupero di produttività delle Aziende Sanitarie finalizzato al recupero / abbattimento dei tempi di attesa sarà concentrato sugli interventi e prestazioni ambulatoriali monitorate nel Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa. Analoga attività di recupero dell'attività riguarderà l'area degli screening oncologici, i cui target per l'anno 2022 saranno definiti dal competente settore regionale.

La Direzione Generale dell'ASL AL ha coinvolto i direttori di dipartimento e i direttori di struttura complessa, invitandoli a farsi parte attiva nella condivisione di tali obiettivi nell'ambito delle sedi ospedaliere e territoriali, progettando e mettendo in atto azioni volte al pronto recupero di produttività.

Nei seguenti report sono indicati i tempi di attesa per interventi e prestazioni specialistiche oggetto di monitoraggio PNGLA – Piano Nazionale Gestione Liste di Attesa. Si precisa che per gli interventi

chirurgici vengono riportati i valori riferiti all'anno 2019, in quanto le sospensioni di attività operatoria correlata alla pandemia Covid-19 hanno influenzato notevolmente la programmazione dell'attività ordinaria e comprendono gli interventi effettuati dai PP.OO. ASL AL e dall'ASO di Alessandria e dai Privati accreditati della provincia di Alessandria per i residenti ASL AL.

Per quanto riguarda le prestazioni di specialistica ambulatoriale, il report confronta l'attività e i tempi di attesa rilevati per i residenti ASL AL nei primi due mesi degli anni 2019 – 2021- 2022.

INTERVENTI ANNO 2019																
TIPO INTERVENTO PNGLA	AZIENDA	PO	TOT CASI	DI CUI TOTALE PROGR	CLASSE DI PRENOTAZIONE											
					A - entro 30 giorni			B - entro 60 giorni			C - entro 180 giorni			D - entro 12 mesi		
					CASI	Durata media intervento principale	Media GG ATTESA	CASI	Durata media intervento principale	Media GG ATTESA	CASI	Durata media intervento principale	Media GG ATTESA	CASI	Durata media intervento principale	Media GG ATTESA
1 - Tumore maligno mammella	ASL AL	CASALE	3	3	3	0:37	27,33									
		TORTONA	268	267	255	0:57	22,04	11	0:40	37,45	1	1:40	134,00			
		NOVI	3	3	2	0:30	34,00	1	0:30	53,00						
		ACQUI	3	3	2	0:46	25,00	1	1:22	33,00						
	ASL AL Totale		277	276	262	0:56	22,21	13	0:43	38,31	1	1:40	134,00			
	Polclinico di Monza		1	1							1	0:20	8,00			
ASO AL		84	83	1	1:30	41,00	79	1:18	43,52	3	0:39	105,33				
2 - Tumore maligno prostata	ASL AL	CASALE	3	3	1	3:20	17,00	2	2:00	43,50						
		NOVI	12	11	5	2:38	26,00	2	2:29	28,50	4	0:48	88,25			
	ASL AL Totale		15	14	6	2:45	24,50	4	2:14	36,00	4	0:48	88,25			
	Polclinico di Monza		6	6				1	2:15	45,00	5	2:12	59,40			
	ASO AL		47	47	1	3:45	45,00	43	3:27	47,44	3	1:46	346,00			
3 - Tumore maligno colon	ASL AL	CASALE	44	35	34	4:11	18,06	1	5:30	1,00						
		TORTONA	19	15	14	4:42	18,86	1	3:15	43,00						
		NOVI	31	18	18	2:27	19,00									
		ACQUI	21	12	10	2:45	14,70	1	1:15	12,00	1	2:54	146,00			
	ASL AL Totale		115	80	76	3:41	17,99	3	3:20	18,67	1	2:54	146,00			
	Polclinico di Monza		5	5							5	3:16	25,60			
ASO AL		46	26	1	3:37	37,00	21	4:32	36,38	4	4:10	65,50				
4 - Tumore maligno retto	ASL AL	CASALE	9	7	7	4:22	30,14									
		TORTONA	3	3	3	7:26	23,00									
		NOVI	7	6	6	5:38	23,83									
		ACQUI	3	2	2	3:23	16,50									
	ASL AL Totale		22	18	18	5:10	25,33									
ASO AL		14	14	1	5:30	1,00	13	6:45	70,15							

INTERVENTI ANNO 2019																	
					CLASSE DI PRENOTAZIONE												
					A - entro 30 giorni			B - entro 60 giorni			C - entro 180 giorni			D - entro 12 mesi			
TIPO INTERVENTO PNGLA	AZIENDA	PO	TOT CASI	DI CUI TOTALE PROGR	CASI	Durata media intervento principale	Media GG ATTESA	CASI	Durata media intervento principale	Media GG ATTESA	CASI	Durata media intervento principale	Media GG ATTESA	CASI	Durata media intervento principale	Media GG ATTESA	
5 - Tumore maligno utero	ASL AL	CASALE	10	8	2	2:05	24,50	6	2:00	23,17							
		NOVI	7	6	5	1:42	15,20				1	1:22	63,00				
	ASL AL Totale			17	14	7	1:48	17,86	6	2:00	23,17	1	1:22	63,00			
	ASO AL			14	13	8	2:27	20,00	5	2:05	37,00						
6 - Melanoma	ASL AL		TORTONA	1	1	1	1:50	16,00									
	ASL AL Totale			1	1	1	1:50	16,00									
	ASO AL			46	46	30	1:01	21,93	14	0:45	35,36	2	0:18	29,50			
7 - Tumore tiroide	ASL AL		TORTONA	2	2	1	1:25	10,00	1	1:50	51,00						
	ASL AL Totale			2	2	1	1:25	10,00	1	1:50	51,00						
	Policlinico di Monza			3	3							3	2:05	27,33			
	ASO AL			21	20	6	1:32	34,33	4	1:32	47,50	10	1:47	64,80			
8 - Bypass aortocoronarico	Policlinico di Monza			74	74	5	4:28	15,00	62	3:48	9,97	2	3:12	4,50	5	3:09	0,80
	ASO AL			109	75	50	3:52	8,90	20	4:01	21,80	5	4:38	61,20			
9 - PTCA	Policlinico di Monza			284	284	6	1:15	7,33	253	0:59	9,85	6	0:47	15,50	19	0:59	1,58
	ASO AL			867	360	299	1:18	11,87	57	1:09	44,93	4	1:38	72,25			
10 - Endoarteriectomia carotidea	Policlinico di Monza			18	18				14	1:38	10,86	4	1:46	7,75			
	ASO AL			100	81	22	2:04	16,86	55	1:56	36,78	4	2:52	70,25			
11 - Protesi d'anca	ASL AL	CASALE	135	84	3	1:08	21,67	20	1:03	42,60	58	0:54	130,03	3	1:01	332,00	
		TORTONA	147	73	3	1:00	7,33	15	1:11	54,87	42	1:00	125,38	13	1:00	135,38	
		NOVI	21	2								2	1:05	114,50			
		ACQUI	79	23	1	1:00	7,00	3	1:03	48,00	19	1:15	71,26				
		OVADA	2	0													
	ASL AL Totale			384	182	7	1:03	13,43	38	1:06	47,87	121	1:00	118,93	16	1:00	172,25
	Casa di Cura Villa Igea			60	60	10	0:59	20,80	20	0:58	46,30	26	0:59	70,85	4	0:43	58,50
	Policlinico di Monza			97	97	1	0:45	63,00	57	1:02	77,91	38	1:01	48,92	1	1:05	28,00
ASO AL			236	126	4	1:22	19,00	15	1:27	58,53	101	1:06	136,39	6	1:03	271,83	
12 - Tumore polmone	ASO AL			28	27	4	3:42	28,50	23	3:08	28,91						

INTERVENTI ANNO 2019																	
					CLASSE DI PRENOTAZIONE												
					A - entro 30 giorni			B - entro 60 giorni			C - entro 180 giorni			D - entro 12 mesi			
TIPO INTERVENTO PNGLA	AZIENDA	PO	TOT CASI	DI CUI TOTALE PROGR	CASI	Durata media intervento principale	Media GG ATTESA	CASI	Durata media intervento principale	Media GG ATTESA	CASI	Durata media intervento principale	Media GG ATTESA	CASI	Durata media intervento principale	Media GG ATTESA	
13 - Colectomia laparoscopica	ASL AL	CASALE	72	66	17	1:12	63,24	49	1:20	143,47							
		TORTONA	107	70	11	2:21	20,36	34	1:06	61,18	25	1:08	138,24				
		NOVI	134	110	20	0:44	39,40	62	1:02	83,37	20	0:59	220,30	8	1:01	365,88	
		ACQUI	92	65	3	2:12	21,00	26	0:54	54,92	33	0:55	83,27	3	0:35	61,67	
	ASL AL Totale			405	311	51	1:20	42,16	171	1:07	91,85	78	1:00	136,03	11	0:54	282,91
	Casa di Cura Villa Igea			9	9				3	0:59	28,00	6	0:47	59,17			
	Policlinico di Monza			69	69				1	1:10	13,00	63	1:13	51,43	5	1:24	13,80
	ASO AL			149	55	1	1:37	20,00	4	0:53	27,75	24	0:58	62,96	26	0:48	302,77
14 - Coronarografia	ASL AL		1	0													
	ASL AL Totale		1	0													
	Policlinico di Monza		261	261	8		2,75	229			10,22	6		1,83	18		1,22
	ASO AL		441	247	207		14,44	34			31,79	6		50,67			
15 - Biopsia percutanea del fegato	ASL AL	CASALE	12	9	3		6,67	1		3,00				5		2,20	
		TORTONA	3	1				1		1,00							
		NOVI	1	0													
		ACQUI	2	0													
		OVADA	4	1					1		3,00						
	ASL AL Totale		22	11	3		6,67	3			2,33				5		2,20
ASO AL		10	6	6		5,67											
16 - Emorroidectomia	ASL AL	CASALE	13	12	4	0:21	73,00	8	0:31	258,88							
		TORTONA	23	20	1	0:35	37,00	15	0:28	107,67	4	0:30	135,00				
		NOVI	16	15	6	0:16	19,17	2	0:10	68,00	3	0:15	263,33	4	0:11	347,50	
		ACQUI	50	48				13	0:19	58,85	32	0:21	106,75	3	0:30	106,00	
	ASL AL Totale		102	95	11	0:19	40,36	38	0:25	120,71	39	0:22	121,69	7	0:19	244,00	
	Casa di Cura Villa Igea		14	14				1	0:35	130,00	5	0:25	75,80	8	0:27	56,75	
	Policlinico di Monza		16	16				1	0:25	6,00	15	0:28	43,13				
ASO AL		3	2										2	0:40	80,50		
17 - Riparazione ernia inguinale	ASL AL	CASALE	138	123	28	0:57	77,11	92	0:51	222,50	3	0:49	256,33				
		TORTONA	112	107	4	1:04	37,75	45	1:04	92,56	57	1:04	170,51	1	0:50	102,00	
		NOVI	165	153	22	0:58	39,36	51	0:50	74,92	35	1:04	234,63	45	1:07	373,62	
		ACQUI	142	132	1	0:50	19,00	44	0:51	69,61	73	0:57	98,26	14	0:48	94,00	
	ASL AL Totale		557	515	55	0:58	58,09	232	0:54	135,86	168	1:00	154,01	60	1:02	303,85	
	Policlinico di Monza		31	31				3	1:03	40,00	28	1:10	55,43				
ASO AL		113	95	2	0:21	21,00	7	1:43	43,14	24	1:15	64,04	62	0:42	214,37		

TEMPI ATTESA EX POST																																
Valori fissati																																
Localita		residenti ASL AL																														
Mese		2M - Primi 2 mesi																														
		TOTALE EROGATORI PIEMONTE															di cui EROGATORI ASL AL															
		TOT			U - URGENTE			B - BREVE			D - DIFFERIBILE			P - PROGRAMMABILE			TOT			U - URGENTE			B - BREVE			D - DIFFERIBILE			P - PROGRAMMABILE			
PRESTAZIONE PNGLA		Indicatore	2m2019	2m2021	2m2022	2m2019	2m2021	2m2022	2m2019	2m2021	2m2022	2m2019	2m2021	2m2022	2m2019	2m2021	2m2022	2m2019	2m2021	2m2022	2m2019	2m2021	2m2022	2m2019	2m2021	2m2022	2m2019	2m2021	2m2022			
01 - Prima Visita cardiologica		Quantita	3.111	1.507	1.847	152	144	141	404	943	635	1.133	71	318	1.422	349	753	1.915	630	1.066	63	44	54	257	524	396	880	8	225	715	54	391
		IndicatoreTA	19,80	17,95	38,41	0,13	1,83	1,80	12,24	14,57	16,18	21,24	44,62	55,67	22,90	28,28	56,72	18,50	15,59	38,49	0,16	1,36	1,83	9,23	15,13	13,03	20,88	100,50	57,74	20,52	19,04	58,27
02 - Prima Visita chirurgia vascolare		Quantita		17	77			2		12	29		3	3		2	43		14	72			2		11	29		3	2			39
		IndicatoreTA		39,71	17,65			4,00		9,17	16,59		171,33	13,00		25,50	19,33		44,57	14,32			4,00		10,00	16,59		171,33	13,50			13,21
03 - Prima Visita endocrinologica		Quantita	588	227	267	1	14	11	68	183	118	179	3	49	340	27	89	338	138	166	1	2		24	123	70	123	1	42	190	12	54
		IndicatoreTA	34,80	23,70	54,09	1,00	2,07	1,91	9,96	15,16	22,22	35,63	107,33	71,41	39,42	83,48	93,25	40,83	21,36	56,07	1,00	3,00		9,79	17,47	27,44	38,52	92,00	76,40	46,46	58,33	77,35
04 - Prima Visita neurologica		Quantita	1.178	470	621	48	68	65	200	371	290	467	3	93	463	28	173	785	257	448	16	24	18	115	224	220	372	1	78	282	8	132
		IndicatoreTA	22,00	11,92	22,31	0,94	2,00	1,28	6,88	13,68	14,20	25,46	8,67	37,12	27,24	13,15	35,86	24,96	12,05	20,48	1,44	3,17	1,89	7,17	13,17	11,85	26,61	10,00	31,36	31,39	7,63	30,98
05 - Prima Visita oculistica		Quantita	3.557	1.233	1.379	143	178	122	297	906	360	1.252	33	305	1.865	116	592	2.814	834	1.059	34	67	32	220	695	242	1.121	16	275	1.439	56	510
		IndicatoreTA	40,94	16,33	81,13	0,20	1,16	1,44	11,36	14,04	19,87	45,42	55,79	109,83	45,76	46,30	120,08	49,04	15,80	97,29	0,71	2,13	2,72	13,12	13,72	20,33	49,36	49,44	114,38	55,43	48,39	130,53
06 - Prima Visita ortopedica		Quantita	2.584	1.102	1.282	72	115	106	289	760	426	852	40	215	1.371	187	535	1.344	545	696	22	72	54	146	449	249	622	6	138	554	18	255
		IndicatoreTA	21,70	14,13	24,35	0,85	1,64	2,35	9,07	11,82	14,25	20,85	37,95	33,95	25,98	26,10	32,88	22,40	11,42	29,56	0,64	1,85	2,74	7,23	13,16	13,70	17,80	16,83	38,77	32,42	4,39	45,75
07 - Prima Visita ginecologica		Quantita	1.748	1.160	455	12	27	14	45	133	107	1.430	4	95	261	996	239	1.577	1.038	361	5	6	3	16	70	75	1.413		90	143	962	193
		IndicatoreTA	10,81	3,88	36,45	2,92	1,59	2,29	7,56	16,05	13,85	7,31	42,50	46,93	30,96	2,11	44,41	9,08	2,36	37,50	6,00	1,50	3,33	6,75	16,74	13,29	7,06		45,68	29,35	1,28	43,63
08 - Prima Visita otorinolaringoiatrica		Quantita	2.303	884	1.105	119	81	118	312	672	412	866	20	190	1.006	111	385	1.749	582	815	55	32	46	210	485	273	725	6	176	759	59	320
		IndicatoreTA	28,26	13,20	35,99	0,34	1,37	1,59	11,98	10,94	12,11	28,73	54,75	59,71	36,20	28,01	60,37	28,41	10,33	42,36	0,55	2,44	2,46	11,76	11,50	10,05	27,39	9,17	60,52	36,00	5,15	65,67
09 - Prima Visita urologica		Quantita	1.193	489	513	57	80	79	150	328	185	474	15	103	512	66	146	763	202	286	25	31	23	83	162	107	359	2	80	296	7	76
		IndicatoreTA	17,11	11,33	33,16	0,70	2,10	2,61	7,57	12,87	18,62	19,52	25,20	53,53	19,49	11,73	53,75	18,26	12,89	44,49	1,08	3,58	2,48	7,66	14,98	21,45	18,96	4,50	59,05	21,83	8,14	74,32
10 - Prima Visita dermatologica		Quantita	2.962	870	1.275	37	87	147	229	650	254	1.183	35	271	1.513	98	603	2.421	467	974	7	13	8	150	399	175	1.004	13	249	1.260	42	542
		IndicatoreTA	26,40	21,56	60,55	0,19	0,70	0,88	10,18	14,68	20,35	29,13	84,14	82,38	27,36	63,33	82,23	29,07	18,93	71,37	0,86	3,46	2,25	9,91	16,98	19,54	31,75	39,46	82,66	29,37	35,93	83,94
11 - Prima Visita fisiatrica		Quantita	2.392	994	1.009	9	11	6	427	809	598	836	21	100	1.120	153	305	1.839	787	646	8	8	5	367	673	498	780	10	51	684	96	92
		IndicatoreTA	26,90	14,24	23,71	3,89	3,73	17,00	9,64	10,18	15,35	23,03	54,71	52,14	36,54	30,93	30,91	22,58	13,40	19,10	4,13	2,50	15,20	7,14	10,76	14,11	22,12	59,10	55,82	31,60	28,00	26,01
12 - Prima Visita gastroenterologica		Quantita	166	79	131	6	2	5	25	39	48	60	4	27	75	34	51	67		65			5	3		19	32		18	32		23
		IndicatoreTA	22,30	11,44	32,62	0,17	8,50	4,80	7,40	13,51	15,77	24,22	8,50	51,33	27,49	9,59	41,29	17,24		28,78			4,80	9,33		13,16	20,50		39,72	14,72		38,35
13 - Prima Visita oncologica		Quantita	193	194	235	1	3	6	8	71	38	70	3	10	114	117	181	84	93	86	1	1	3	4	52	30	61		2	18	40	51
		IndicatoreTA	5,66	9,17	13,19	0,00	1,33	2,00	12,63	7,07	8,79	2,99	74,33	27,20	6,86	8,97	13,71	4,71	5,90	9,60	0,00	4,00	3,67	9,25	7,54	8,87	3,38		9,00	8,50	3,83	10,42
14 - Prima Visita pneumologica		Quantita	982	510	431	84	53	62	204	380	220	350	13	43	344	64	106	728	391	322	51	27	26	131	299	178	285	13	36	261	52	82
		IndicatoreTA	18,66	14,58	23,99	0,82	3,08	2,61	5,98	13,41	13,10	22,83	37,85	50,19	26,31	26,39	48,48	13,21	15,12	24,33	0,22	2,85	2,65	5,65	12,59	12,03	13,98	37,85	52,75	18,70	30,33	45,43

PRESTAZIONE PNGLA	Indicatore	TOTALE EROGATORI PIEMONTE															di cui EROGATORI ASL AL														
		TOT			U - URGENTE			B - BREVE			D - DIFFERIBILE			P - PROGRAMMABILE			TOT			U - URGENTE			B - BREVE			D - DIFFERIBILE			P - PROGRAMMABILE		
		2m2019	2m2021	2m2022	2m2019	2m2021	2m2022	2m2019	2m2021	2m2022	2m2019	2m2021	2m2022	2m2019	2m2021	2m2022	2m2019	2m2021	2m2022	2m2019	2m2021	2m2022	2m2019	2m2021	2m2022	2m2019	2m2021	2m2022	2m2019	2m2021	2m2022
15 - Mammografia bilaterale ER	Quantita	812	657	744	3	9	5	16	203	79	259	67	82	534	378	578	484	212	173	2	6	3	8	136	54	231	16	30	243	54	86
Mammografia bilaterale	IndicatoreTA	19,63	15,00	17,82	1,67	7,67	4,00	4,44	11,82	17,99	33,23	37,61	31,95	13,59	12,87	15,91	28,07	29,16	36,82	2,50	7,67	3,33	6,25	14,67	13,24	32,01	52,31	33,93	25,26	61,17	53,79
16 - Mammografia monolaterale	Quantita	99	68	67				2	16	10	36	7	9	61	45	48	62	25	23				1	15	7	32	3	7	29	7	9
	IndicatoreTA	23,94	21,91	33,64				1,50	10,69	36,30	32,31	26,14	47,78	19,74	25,24	30,44	30,98	31,16	47,83				1,00	10,93	42,86	35,66	54,00	61,00	26,86	64,71	41,44
17 - TC del Torace	Quantita	628	750	724	2	11	9	116	292	212	194	92	121	316	355	382	201	139	157		10	3	42	107	87	120	8	36	39	14	31
	IndicatoreTA	10,47	7,39	13,70	0,00	1,27	2,56	7,43	8,47	11,82	20,11	19,79	25,69	5,73	3,48	11,21	21,48	15,74	25,48		1,40	1,33	8,07	10,36	12,92	24,64	61,38	40,00	26,21	41,00	46,23
18 - TC del Torace con MCD senza e con MCD	Quantita	1.203	1.235	1.346	7	9	10	98	359	335	427	116	220	671	751	781	488	404	542	2	4	5	45	250	231	330	38	132	111	112	174
	IndicatoreTA	17,97	18,91	26,74	6,29	2,89	4,80	8,60	13,16	14,05	29,90	42,32	35,38	11,87	18,24	30,03	28,45	27,36	36,74	4,00	2,25	1,80	9,89	14,33	12,74	30,22	88,63	40,05	31,14	36,54	67,08
19 - TC dell'addome superiore	Quantita	10	8	6				3	2	4		1	6	5	3	3			2						1	3		1			
	IndicatoreTA	9,60	2,13	13,83				5,67	9,00	8,50		65,00	10,33	0,00	0,00	4,67			38,50						12,00	4,67		65,00			
20 - TC dell'addome superiore senza e con MDC	Quantita	50	40	41			1	8	20	14	28	2	5	14	18	21	23	15	10				3	15	5	19		3	1		2
	IndicatoreTA	23,76	19,75	26,54			0,00	9,00	17,05	19,50	26,96	1,00	57,00	25,79	24,83	25,24	18,30	18,27	56,60				11,00	18,27	24,20	19,53		49,00	17,00		149,00
21 - TC dell'Addome inferiore	Quantita	517	330	320	23	14	8	110	293	177	171	3	43	213	20	92	313	213	184	6	11	5	37	197	82	136		35	134	5	62
	IndicatoreTA	23,32	13,08	29,14	1,48	1,79	3,13	13,46	12,04	16,57	25,94	59,00	50,14	28,67	29,30	45,77	14,65	11,05	36,48	0,67	2,27	3,00	7,49	11,71	16,23	14,85		51,40	17,04	4,40	57,53
22 - TC dell'addome inferiore senza e con MDC	Quantita	12	9	10				4	7	5	4		2	4	2	3	3	3	3						3	3	2		1		
	IndicatoreTA	20,75	7,00	16,50				18,00	9,00	15,00	31,75		8,00	12,50	0,00	24,67	32,67	9,33	12,67						9,33	12,67	31,00		36,00		
23 - TC dell'addome completo	Quantita	157	133	167	4	5	6	30	61	55	48	7	20	75	60	86	60	29	46	4	3	4	20	23	23	35		7	1	3	12
	IndicatoreTA	8,85	5,54	9,71	0,75	2,60	0,50	6,60	8,31	7,42	20,40	6,43	31,00	2,80	2,87	6,86	18,78	11,03	21,48	0,75	0,00	0,25	8,75	11,78	10,43	25,40		59,00	60,00	16,33	27,83
24 - TC dell'addome completo senza e con MDC	Quantita	1.401	1.400	1.536	10	12	11	133	422	419	482	145	251	776	821	855	558	432	589	3	7	5	68	270	257	369	42	143	118	113	184
	IndicatoreTA	16,93	17,60	24,64	5,10	3,17	2,09	9,11	12,47	12,52	29,09	39,82	34,51	10,87	16,52	27,96	28,08	28,44	36,85	2,67	3,00	3,40	10,90	14,67	13,01	30,21	96,76	41,58	31,96	37,52	67,39
25 - TC Cranio – encefalo	Quantita	852	730	757	14	18	13	112	263	204	349	87	152	377	362	388	318	190	232	6	7	5	39	138	118	245	10	64	28	35	45
	IndicatoreTA	10,24	8,31	13,27	0,79	1,56	1,38	7,80	9,32	10,11	17,35	11,21	23,93	4,74	7,21	11,15	17,29	14,28	23,69	1,17	1,57	2,00	7,95	12,13	10,99	18,65	41,30	41,03	21,93	17,60	34,71
27 - TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	Quantita	42	48	29	1	2	1	9	20	6	13	5	11	19	21	11	11	16	2				5	13		5		1	1	3	1
	IndicatoreTA	8,60	6,85	11,14	1,00	2,00	1,00	5,33	11,55	18,67	15,23	6,00	13,27	6,00	2,63	5,82	15,82	13,43	18,50				9,40	14,31		20,40		24,00	25,00	2,00	13,00
28 - TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	Quantita	39	16	32	1			5	4	4	11	3	5	22	9	23	9		2				1		1	7		1	1		
	IndicatoreTA	4,92	4,50	6,84	4,00			3,40	2,50	16,25	15,00	9,33	21,20	0,27	3,78	2,09	10,78		26,00				3,00		28,00	13,14		24,00	2,00		
29 - TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	Quantita	105	87	101			3	13	23	29	32	15	13	60	49	56	26		6				5		1	18		2	3		3
	IndicatoreTA	5,14	3,21	5,96			12,00	9,62	6,29	10,39	10,93	6,36	9,77	1,20	1,00	2,54	16,85		13,50				21,40		3,00	15,44		13,50	17,67		17,00
30 - TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	Quantita		3	1					2				1	1			2							2							
	IndicatoreTA		13,00	5,00					19,50				5,00	0,00			19,50							19,50							
31 - TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	Quantita	1	4	3					3					1	1	3															
	IndicatoreTA	8,00	23,00	0,00					7,33					8,00	70,00	0,00															
32 - TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC	Quantita	1	3	5					2	2				1	1	3			1							1					
	IndicatoreTA	0,00	23,33	2,60					0,00	6,50				0,00	70,00	0,00			4,00							4,00					

PRESTAZIONE PNGLA	Indicatore	TOTALE EROGATORI PIEMONTE															di cui EROGATORI ASL AL															
		TOT			U - URGENTE			B - BREVE			D - DIFFERIBILE			P - PROGRAMMABILE			TOT			U - URGENTE			B - BREVE			D - DIFFERIBILE			P - PROGRAMMABILE			
		2m2019	2m2021	2m2022	2m2019	2m2021	2m2022	2m2019	2m2021	2m2022	2m2019	2m2021	2m2022	2m2019	2m2021	2m2022	2m2019	2m2021	2m2022	2m2019	2m2021	2m2022	2m2019	2m2021	2m2022	2m2019	2m2021	2m2022	2m2019	2m2021	2m2022	
33 - TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	Quantita	33	24	36	1	2	2	4	7	12	12	2	1	16	13	21	8	5	5	1	2	1		2	3	7					1	1
	IndicatoreTA	6,47	7,25	5,67	1,00	6,00	0,00	1,00	5,14	7,83	16,17	0,00	3,00	0,53	9,69	5,10	12,63	5,00	7,00	1,00	6,00	0,00		5,50	7,00	14,29				2,00	14,00	
34 - RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto	Quantita	506	398	511	1	1	2	67	191	161	193	28	103	245	178	245	203	121	202		1	1	27	118	117	163	2	59	13		25	
	IndicatoreTA	13,24	9,07	25,51	0,00	5,00	2,00	15,13	11,92	20,89	15,81	12,36	52,18	10,75	5,51	17,53	16,21	12,60	37,25		5,00	1,00	19,78	12,74	17,18	15,33	8,50	68,69	19,85		58,40	
35 - RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto	Quantita	483	422	525	2	1	3	61	182	162	205	46	113	215	193	247	202	112	183	1		2	26	99	111	152	5	34	23	8	36	
	IndicatoreTA	16,28	16,82	30,87	2,50	11,00	35,33	12,97	12,87	21,20	17,52	23,65	55,11	16,16	18,95	26,07	14,41	14,96	30,55	5,00		18,00	14,92	12,62	16,96	13,48	32,80	73,38	20,39	32,75	32,67	
36 - RM di addome inferiore e scavo pelvico	Quantita	42	31	26				12	15	12	14	2	2	16	14	12	15	11	9				5	10	6	10		2	1	1		
	IndicatoreTA	4,74	9,39	14,27				7,92	7,40	21,75	6,00	0,00	25,50	1,25	12,86	4,92	9,87	24,36	28,33				15,00	8,80	31,67	7,30		25,50	180,00	14,00		
37 - RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	Quantita	148	174	283	1	1		17	44	54	26	8	19	104	121	210	29	36	77		1		4	29	27	23	3	10	2	3	40	
	IndicatoreTA	6,70	8,10	16,61	0,00	22,00		6,47	8,25	26,94	8,12	49,25	28,11	6,45	5,21	12,91	8,83	17,75	23,47		22,00		11,50	8,07	21,78	8,43	116,00	39,20	8,00	11,67	20,68	
38 - RM della colonna in toto	Quantita	1.792	1.458	1.676	1	6	5	256	556	535	602	165	431	933	731	705	633	355	637		5	4	122	337	401	445	7	153	66	6	79	
	IndicatoreTA	8,13	4,83	19,46	0,00	9,00	8,60	10,77	8,47	18,26	13,55	7,86	35,83	3,86	1,68	10,42	13,53	9,25	29,57		10,00	6,00	12,83	9,16	16,61	13,64	16,40	57,25	14,08	7,17	42,90	
39 - RM della colonna in toto senza e con MDC	Quantita	224	200	212				28	93	66	70	11	44	126	96	102	86	59	78				8	50	44	64		15	14	9	19	
	IndicatoreTA	12,91	14,08	32,48				16,23	9,96	24,56	11,74	29,09	52,41	12,96	15,37	28,85	10,83	11,38	25,08				14,88	11,07	16,98	9,83		54,87	13,07	13,75	20,32	
40 - Diagnostica ecografica del capo e del collo	Quantita	2.003	1.629	1.508	3	8	12	78	421	185	420	154	188	1.502	1.046	1.123	478	174	193		3	4	17	141	68	188	5	34	273	25	87	
	IndicatoreTA	15,80	7,48	26,00	0,00	0,29	0,73	5,13	9,14	21,54	24,21	13,34	47,83	14,02	6,06	23,37	41,98	23,52	63,02		0,00	0,75	9,12	12,37	11,74	39,71	124,60	80,53	45,58	61,58	99,11	
41 - Eco (color) dopplergrafia cardiaca	Quantita	3.313	2.350	2.538	9	24	22	134	818	465	1.132	197	324	2.038	1.311	1.727	1.096	491	728	3	7	7	55	361	239	628	26	148	410	97	334	
	IndicatoreTA	31,19	18,37	34,19	5,56	3,29	10,09	17,74	10,84	20,00	38,83	26,89	42,46	27,95	22,07	36,76	45,80	13,22	36,29	2,00	2,29	1,86	14,87	10,76	13,67	43,28	19,42	41,89	54,13	21,67	50,72	
42 - Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraortici	Quantita	2.142	1.658	1.612	4	5	10	49	467	170	541	188	235	1.548	998	1.197	384	46	109				1	8	43	29	173	2	27	203	1	52
	IndicatoreTA	20,78	7,39	27,44	5,75	2,20	4,40	6,84	8,35	37,76	27,28	10,95	43,54	18,99	6,30	23,01	32,71	20,46	62,70				2,00	18,13	12,49	18,62	34,83	124,00	66,48	31,49	156,00	86,48
43 - Ecografia dell'addome superiore	Quantita	936	458	381	7	10	6	28	154	81	321	41	47	580	253	247	317	85	89	3	5	1	13	74	40	165	3	12	136	3	36	
	IndicatoreTA	17,45	10,47	31,23	1,43	2,50	2,67	5,96	9,79	14,30	22,03	23,85	56,45	15,66	9,02	32,68	23,56	15,86	40,79	0,33	3,40	1,00	6,08	10,12	14,45	26,16	174,00	56,58	22,57	20,00	65,89	
44 - Ecografia dell'addome inferiore	Quantita	314	177	149	4	2	1	10	56	24	99	15	22	201	104	102	114	10	22	3			2	8	10	71		1	38	2	11	
	IndicatoreTA	13,49	5,19	28,42	0,00	0,50	2,00	5,90	6,20	20,46	17,74	10,47	33,55	12,17	3,97	29,44	21,91	8,40	60,77	0,00			6,50	6,38	12,50	18,48		34,00	30,54	16,50	107,09	
45 - Ecografia dell'addome completo	Quantita	4.668	3.667	3.057	40	65	68	220	1.073	510	1.035	344	370	3.373	2.185	2.109	943	368	448	8	17	14	66	282	189	430	21	82	439	48	163	
	IndicatoreTA	12,50	7,71	24,04	2,48	2,74	4,90	6,22	8,87	20,10	23,11	14,24	42,54	9,78	6,26	22,36	34,55	26,94	50,01	0,50	3,94	12,79	8,73	12,79	15,50	36,83	138,62	75,35	36,82	69,38	80,47	
46 - Ecografia bilaterale della mammella	Quantita	1.392	1.079	1.072	5	8	11	40	300	146	439	106	143	908	665	772	775	216	220	3	8	5	20	160	93	361	13	49	391	35	73	
	IndicatoreTA	15,90	10,79	25,16	0,80	3,75	2,55	5,98	11,19	14,34	23,61	23,87	49,48	12,70	8,60	23,02	22,78	25,00	43,99	1,00	3,75	3,40	4,40	13,41	12,19	24,84	87,46	64,96	21,98	59,66	73,19	
47 - Ecografia monolaterale della mammella	Quantita	54	48	100	1	4	9	3	14	50	12	4	2	38	26	39	14	16	71	1	4	8	1	10	43	9		1	3	2	19	
	IndicatoreTA	4,81	4,83	11,88	0,00	0,00	0,33	2,67	4,14	2,52	5,50	5,00	66,50	4,89	5,92	23,74	8,36	5,75	7,69	0,00	0,00	0,25	4,00	3,60	2,09	4,22		56,00	25,00	28,00	20,95	
48 - Ecografia ostetrica	Quantita	495	484	555	5	1	2	6	8	12	398	14	19	86	461	522	379	237	267				2	1	4	7	375	6	5	3	227	253
	IndicatoreTA	10,80	23,19	22,44	0,00	2,00	0,00	0,83	17,25	9,50	11,73	8,71	18,37	6,76	23,79	22,98	12,32	18,26	20,35				0,00	5,00	23,50	5,86	12,31	13,00	35,20	16,67	18,30	20,62
49 - Ecografia ginecologica	Quantita	139	23	4					10	1	134		1	5	13	2	138	22	4					10	1	134		1	4	12	2	
	IndicatoreTA	8,07	4,09	19,75					5,30	17,00	6,96		37,00	37,80	3,15	12,50	8,03	4,27	19,75					5,30	17,00	6,96		37,00	43,75	3,42	12,50	

PRESTAZIONE PNGLA	Indicatore	TOTALE EROGATORI PIEMONTE															di cui EROGATORI ASL AL														
		TOT			U - URGENTE			B - BREVE			D - DIFFERIBILE			P - PROGRAMMABILE			TOT			U - URGENTE			B - BREVE			D - DIFFERIBILE			P - PROGRAMMABILE		
		2m2019	2m2021	2m2022	2m2019	2m2021	2m2022	2m2019	2m2021	2m2022	2m2019	2m2021	2m2022	2m2019	2m2021	2m2022	2m2019	2m2021	2m2022	2m2019	2m2021	2m2022	2m2019	2m2021	2m2022	2m2019	2m2021	2m2022	2m2019	2m2021	2m2022
50 - Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	Quantita	2.116	1.862	1.433	36	52	78	135	598	257	488	168	175	1.457	1.044	923	364	118	179	3	8	14	22	100	70	161	1	27	178	9	68
	IndicatoreTA	14,71	5,03	20,87	0,36	2,02	2,37	6,08	8,04	20,03	24,60	5,87	35,10	12,47	3,58	19,85	42,03	10,52	38,86	1,00	1,60	3,14	11,55	10,24	14,81	41,12	57,00	48,26	47,61	13,14	67,24
51 - Coloscopia totale con endoscopio flessibile	Quantita	664	418	527	1	4	3	98	337	245	237	15	64	328	62	215	406	275	329		4	3	52	264	130	187	1	55	167	6	141
	IndicatoreTA	55,55	30,70	49,40	9,00	10,75	9,00	13,07	11,97	18,56	59,24	131,27	91,88	65,70	109,48	72,56	52,50	12,41	63,08		10,75	9,00	13,83	11,90	25,05	53,65	91,00	94,20	63,25	22,83	87,32
52 - Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	Quantita	55	35	3	3	5		1	15	1	5			46	15	2															
	IndicatoreTA	2,31	0,83	1,50	0,00	0,00		0,00	0,00	3,00	17,20			0,76	1,93	0,00															
53 - Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	Quantita	38	20	13	1	2		9	14	9	18		1	10	4	3	21	2					3	1		16			2	1	
	IndicatoreTA	19,92	5,95	16,08	0,00	0,00		11,22	2,86	4,22	25,72		58,00	19,30	19,75	37,67	28,67	17,50					11,00	0,00		28,75			54,50	35,00	
54 - Esofagogastroduodenoscopia	Quantita	567	411	389	20	6	2	83	319	191	200	6	56	264	80	140	273	257	282	2	3	2	40	248	120	150	1	49	81	5	111
	IndicatoreTA	20,06	18,16	37,28	1,60	0,50	3,50	9,72	11,68	13,64	25,98	122,50	66,45	20,22	37,53	58,34	25,37	13,44	46,00	3,50	0,67	3,50	8,73	13,08	17,88	26,53	50,00	69,94	31,96	31,40	66,60
55 - Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	Quantita	189	22	44				9	5	18	52	4	2	128	13	24	133						7			45			81		
	IndicatoreTA	20,16	34,59	24,50				3,33	25,60	8,56	19,87	50,25	55,00	21,46	33,23	33,92	23,76						4,00			20,91			27,05		
56 - Elettrocardiogramma	Quantita	6.273	2.446	2.636	161	117	93	370	1.140	504	2.824	216	383	2.918	973	1.656	3.918	1.128	1.651	81	68	49	214	744	344	2.193	89	273	1.430	227	985
	IndicatoreTA	20,63	23,77	38,17	0,80	1,50	1,48	14,93	11,05	12,52	20,04	53,38	41,88	23,03	34,78	47,18	21,08	17,59	35,38	1,57	1,47	0,86	16,45	9,86	10,19	21,34	74,66	38,76	22,48	25,40	44,96
57 - Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Quantita	1.127	547	638	3	6	5	43	306	142	448	46	123	633	189	368	566	225	282	3	3	2	22	206	93	300	3	53	241	13	134
	IndicatoreTA	30,50	22,57	38,34	2,00	4,17	5,00	15,09	12,31	20,16	33,13	35,50	41,70	29,82	36,51	44,68	37,30	9,26	28,94	2,00	3,33	3,00	11,91	8,78	13,92	37,53	19,00	27,89	39,76	16,00	40,16
58 - Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	Quantita	7		3							3	6			1		7									6			1		
	IndicatoreTA	21,43		14,67							14,67	24,33		4,00			21,43									24,33			4,00		
60 - Esame audiometrico tonale	Quantita	825	189	414	2	3	5	7	88	42	500	12	66	316	86	301	596	111	315	2	2	4	3	74	38	462	8	56	129	27	217
	IndicatoreTA	31,20	20,95	50,00	2,00	0,00	6,40	27,14	10,95	13,00	27,18	19,50	56,53	37,84	32,12	54,47	29,80	10,10	50,99	2,00	0,00	7,25	33,00	9,77	12,63	26,82	11,13	60,32	40,82	11,44	56,10
61 - Spirometria semplice	Quantita	946	310	262	26	5	3	56	93	36	501	14	24	363	198	199	726	219	110	24	3	1	42	71	16	418	6	10	242	139	83
	IndicatoreTA	34,43	29,65	37,85	0,00	1,00	0,67	11,52	16,61	20,75	22,94	36,64	58,92	56,29	36,00	38,96	27,30	31,85	37,12	0,00	1,67	2,00	4,31	16,04	17,25	16,85	34,50	43,90	52,06	40,47	40,55
62 - Spirometria globale	Quantita	280	79	99	1	1		16	25	23	103	5	8	160	48	68	95	12	13	1			3	1	6	40	2	1	51	9	6
	IndicatoreTA	46,64	20,00	61,66	0,00	0,00		10,56	9,60	15,83	41,81	37,20	86,13	53,66	24,04	74,28	31,14	71,25	39,08	0,00			10,00	5,00	3,50	23,53	79,50	127,00	38,96	76,78	60,00
63 - Fotografia del fundus	Quantita	20		8							10			10		8	14									8			6		
	IndicatoreTA	81,47		19,50							70,89			91,00		19,50	86,00									78,25			96,33		
64 - Elettromiografia semplice [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa	Quantita	571	15	31		8	20	4	3	261				290	11	20	521	1	1				17	1		256			248		1
	IndicatoreTA	35,94	33,67	10,00		0,00	21,05	9,67	2,67	34,56				38,65	57,67	16,40	36,56	14,00	8,00				19,50	14,00		34,59			40,09		8,00

CONFRONTO ATTIVITA' DI RICOVERO 2019 – 2020 – 2021

		TOT ANNO	T1 - 1 trim	T2 - 2 trim	T3 - 3 trim	T4 - 4 trim
TOT	2019	27.908	7.411	7.264	6.261	6.972
	2020	19.869	6.299	3.499	4.799	5.272
	2021	21.019	4.704	5.059	5.187	6.069
DRG CHIRURGICI	2019	9.930	2.684	2.747	2.036	2.463
	2020	6.120	2.034	748	1.750	1.588
	2021	7.535	1.526	1.660	1.951	2.398
DRG MEDICI	2019	17.974	4.726	4.516	4.224	4.508
	2020	13.748	4.265	2.751	3.048	3.684
	2021	13.480	3.176	3.398	3.236	3.670

Nell'ultimo trimestre 2021, anche per effetto delle prestazioni aggiuntive, si è potuto recuperare, rispetto ai mesi precedenti e nonostante la recrudescenza della pandemia, un numero di ricoveri / interventi che complessivamente risultano numericamente in linea con quelli dell'anno 2019.

CONFRONTO ATTIVITA' DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE 2019 – 2020 – 2021

		T1 - 1 trim	T2 - 2 trim	T3 - 3 trim	T4 - 4 trim	TOT
ANNO 2019	TOTALE PRIME VISITE PNGLA	27.090	26.313	22.534	24.749	100.686
ANNO 2020		18.310	4.771	10.892	8.898	42.871
ANNO 2021		10.537	8.622	12.695	12.761	44.615

		T1 - 1 trim	T2 - 2 trim	T3 - 3 trim	T4 - 4 trim	TOT
ANNO 2019	TOTALE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PNGLA	26.595	26.237	22.081	23.912	98.825
ANNO 2020		17.711	6.530	13.743	10.664	48.648
ANNO 2021		11.691	9.240	15.415	17.291	53.637

Anche per effetto del ricorso alle prestazioni aggiuntive, si evidenzia l'incremento delle prestazioni specialistiche negli ultimi due trimestri dell'anno 2021.

I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA NELL'ASL AL

▪ Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN)	Anno 2019	Anno 2020
Informazioni generali sulle funzioni : cfr. atto aziendale vigente		
Controlli, vigilanza e ispezioni in materia di sicurezza alimentare :	1499	459
Attività di controllo su acque per uso umano:	1871	1875
Provvedimenti e sanzioni :	87 sanzioni- 2 notizie di reato- 4 sequestri- 411 provvedimenti ex art. 54/882	29 sanzioni 0 notizie di reato 4 sequestri 138 ex sequestri provvedimenti ex art. 54/882
Attività di 'counselling' nutrizionale (ore) :	227	59
Sorveglianza nutrizionale soggetti in età pediatrica (progetto 'Okkio'):	NON PREVISTO	Non previsto
Sorveglianza nutrizionale		
– pareri su menù e tabelle dietetiche ristorazione scolastica:	327	284
– pareri su menù e tabelle dietetiche strutture socio-assistenziali:	111	80
Medicina dello Sport		
Visite	6502	2833
Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP)	Anno 2019	Anno 2020
Vaccinazioni obbligatorie e raccomandate (età 0 - 24 mesi)	31.781	29.358
Vaccinazioni antinfluenzali	63.962	89.445
Vaccinazioni medicina dei viaggi	1.480	250
Controlli, vigilanza ed ispezioni	1.413	520
Sorveglianza malattie infettive – notifiche pervenute (no Covid19)	735	575
Pareri edilizi	174	149
Provvedimenti e sanzioni	350	162
Conferenze dei servizi	213	195
Interventi di educazione sanitaria e promozione alla salute	153	35
Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro (SPRESAL)	Anno 2019	Anno 2020
Ditte vigilate	1172	892
Interventi di vigilanza	1172	892
Cantieri Edili sottoposti a vigilanza	305	232
Infortuni sul lavoro indagati	125	100
Malattie Professionali indagate	93	34
Punti di prescrizione impartiti (art. 21 D.Lgs. 758/94)	453	255
Numero verbali	286	152
Piani di lavoro e notifiche amianto valutati	1016	902
Numero sopralluoghi effettuati	1028	656
Servizio Veterinario		
Sanità Animale – Area A	Anno 2019	Anno 2020
Allevamenti zootecnici e consistenza capi:	Allevamenti/Capi	Allevamenti/Capi
Bovini	719/41.614	714/41.115

Ovini e caprini	805/15.963	817/16.477
Suini	236/29.604	242/32.634
Equidi	1.778/4.000	1.572/3.200
Conigli	5/6.300	6/1.949
Avicoli a carattere commerciale (esclusi i famigliari)	42/370.000	43/336.883
Api	Apiari 2.783 Alveari 34.536	Apiari 3.028 Alveari 34.636
Stalle di sosta/commercio autorizzate	7	6
Automezzi trasporto bestiame autorizzati	385	476
Partite di animali da allevamento importate da estero (di cui 787 partite di bovini per un totale di 21.659 capi)	1.247	860
Strutture adibite al ricovero di animali d'affezione: canili	64	80
Attività S.O.C. Sanità Animale – Area A:		
Accessi dei veterinari di Area A in allevamenti per profilassi varie:	1.957	1.665
Prove di stalla effettuate per profilassi varie	2.920	2.602
Capi in allevamenti zootecnici provati	55.700	49.000
Animali d'affezione – profilassi rabbia e lotta al randagismo		
Cani censiti in anagrafe	82.779	84.217
Sedute di identificazione cani (veterinari ASL)	193	116
Cani identificati con microchip dal S. veterinario	3.497	2375
Interventi di vigilanza per anagrafe canina	1.423	555
Passaporti per animali d'affezione rilasciati	912	560
Morsicature segnalate	221	131
Igiene degli alimenti di origine animale – Area B	Anno 2019	Anno 2020
Impianti di macellazione	43	43
Altri impianti riconosciuti C.E.	53	52
Certificati export	148	27
Verifiche negli stabilimenti di produzione	140	102
Riscontro non conformità	20	14
Verifiche negli esercizi al dettaglio	343	115
Difformità alla normativa vigente	87	40
Visita ante e post mortem negli impianti di macellazione (bovini suini ed ovi-caprini)	11.944	11.456
Visita ante e post mortem negli impianti di macellazione:avicoli	2.228.300	2.443.433
Prelievo campioni alimenti	172	172
Sequestro merce	25T	167 T
Igiene degli allevamenti e produzioni zootecniche – Area C	Anno 2019	Anno 2020
Strutture sanitarie abilitate alla cura degli animali d'affezione	87	86
Altri impianti riconosciuti C.E.	143	176
Monitoraggio resi alimentari c/o stabilimenti prodotti a base di latte industriali	0	0
Produzione primaria settore latte	78	79
Attività di vendita settore lattiero caseario	43	55
Ispezioni sottoprodotti Reg. CE 1069/2009	33	28

Audit sottoprodotti Reg. CE 1069/2009	18	1
Campionamenti eseguiti su latte e prodotti a base di latte	194	36
Sopralluoghi in allevamento come attività integrata A e C	46	3
Audit in allevamento come attività integrata A e C	0	0
Ispezioni effettuate presso OSM (operatori settore mangimi)	207	73
Audit effettuati presso OSM (operatori settore mangimi)	2	2
PNR sostanze anabolizzanti e non autorizzate campioni effettuati	102	56
PNR EXTRA PIANO – METODICA MULTIRESIDUO sostanze anabolizzanti e non autorizzate campioni effettuati	4	0
PNR sostanze autorizzate (farmaci veterinari) campioni effettuati	82	56
PNR contaminanti di origine chimica (DIOSSINE e PCB) campioni effettuati	3	6
PNR contaminanti di origine chimica (metalli pesanti) campioni effettuati	10	10
PNR contaminanti di origine chimica (programmi pluriennali ANTIPARASSITARI) campioni effettuati	3	2
PNR contaminanti di origine biologica (micotossine) campioni effettuati	2	4
PIANO REGIONALE BENESSERE ANIMALE allevamenti controllati	55	75
FARMACOSORVEGLIANZA VETERINARIA ispezioni effettuate	187	278
FARMACOSORVEGLIANZA VETERINARIA farmaco veterinario ricette pervenute	11777	176729
FARMACOSORVEGLIANZA VETERINARIA mangimi medicati ricette pervenute	187	190
CERTIFICAZIONI PER EXPORT PRODOTTI ALIMENTARI	125	44
CERTIFICAZIONI PER EXPORT PRODOTTI INTERMEDI Reg. CE 1069/2009	160	146
CERTIFICAZIONI PER EXPORT MANGIMI (alimenti per animali da compagnia)	260	206
Presidio Multizonale di Profilassi e Polizia Veterinaria	Anno 2019	Anno 2020
Animali selvatici inviati alla Facoltà di Medicina Veterinaria	72	29(+92 IZS)
Esecuzione piani di profilassi-Test Brucellosi latte bovino di massa =		
Allevamenti	30	72
Distributori automatici	36	24
Prelievo campioni di latte =		
Bovino	160	150
Ovicaprino	64	64
Interventi di vigilanza =		
Alpeggi	5	15
Allevamenti	54	17
Canili+ Colonie feline	77 + 44	62+5 (+21 esp.)
Ritiro e distribuzione marche auricolari	20	18
Interventi per controllo popolazioni colonie feline	219	Sanità animale
Medicina Legale	Anno 2019	Anno 2020
Prestazioni monocratiche	10.194	9.152
Prestazioni collegiali	23.007	17.571

Assistenza territoriale

Livello di assistenza	TIPO INDICATORE	ANNO 2019	ANNO 2020
Medicina generale	Ore apertura Guardia Medica	113.633	110.224
	Sedi di Guardia Medica	15	15
	Continuità Assistenziale – n.ro visite	63.014	61754
	Medici di Medicina Generale	325	309
	- di cui operanti in medicina di associazione	28	9
	- di cui operanti in medicina di rete	122	115
	- di cui operanti in medicina di gruppo	109	116
	MMG - Assistenza primaria -numero scelte	380.219	378.991
	ADI – ADP numero interventi	65.994	55.332
	Pediatri di Libera Scelta	37	37
	- di cui operanti in medicina di associazione	12	12
	- di cui operanti in medicina di gruppo	13	17
	PLS - Assistenza primaria -numero scelte	35.693	35.172
	Bilanci di Salute	22.695	18.425
Emergenza sanitaria territoriale	Attività gestita da ASO AL		
Ass. farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate	Farmacie convenzionate	193	193
	Dispensari farmaceutici	39	39
	Spesa farmaceutica convenzionata (al netto ticket)	60.390.485	57.828.150
Ass. farmaceutica erogata per file F e primo ciclo (incluso farmaci H)	Distribuzione diretta esclusi farmaci Epatite	28.290.966	30.178.984
Ass. farmaceutica erogata per DPC	Spesa farmaceutica erogata in DPC	14.393.240	15.659.911
Assistenza Integrativa / Protesica	Punti di erogazione territoriale	7	7
Assistenza Specialistica	Prestazioni complessive per ab	13,70	10,19
	<i>Prestazioni di laboratorio per abitante</i>	<i>9,89</i>	<i>7,87</i>
	<i>Prestazioni TAC per abitante</i>	<i>0,08</i>	<i>0,07</i>
	<i>Prestazioni RMN per abitante</i>	<i>0,08</i>	<i>0,06</i>
	<i>Prestazioni terapia fisica per abitante</i>	<i>0,20</i>	<i>0,05</i>
Assistenza Idrotermale	Istituti termali nel territorio ASL	1	1
	Costo per assistenza idrotermale	1.346.387	385.691
Assistenza cure domiciliari sanitarie	anziani >= 65 anni – n.ro casi di assistenza in cure domiciliari sanitarie	12.408	10.689
Assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori)	Sedi consultoriali	24	24
	Prestazioni di consultorio	28.928	18.640
Assistenza psichiatrica	Centri di salute mentale	7	7
	Centri diurni a gestione diretta	1	1
	Servizi psichiatrici di diagnosi e cura	2	2
	Comunità protette a gestione diretta	1	1
	Gruppi appartamento	7	7
	Utenti in carico nei CSM	3.973	3.808
	Centri diurni – n.ro giornate	4.878	769
	Assistenza residenziale – n.ro casi	214	210
	Assistenza residenziale – n.ro giornate	63.472	62.790
	Assistenza territoriale – n.ro prestazioni	87.716	96.855
Assistenza riabilitativa ai disabili	Totale posti letto convenzionati per assistenza residenziale disabili (esclusi p.l. fuori ASL)	564	564
	Totale posti in Centri Diurni per disabili convenzionati	414	414
	Giornate di semiresidenzialità	45.001	34.110

	Giornate di residenzialità	141.922	148.191
Assistenza ai tossicodipendenti	SER.D	7	7
	Centri Diurni per tossicodipendenti e alcolisti a gestione diretta	1	1
	Utenti in carico	2.212	2.200
	Giornate di semiresidenzialità	1.280	256
	Giornate di residenzialità	11.684	11.450
Assistenza agli anziani	Posti letto RSA accreditati/ convenzionati compresi CAVS (esclusi p.l. fuori ASL)	3.631	3.631
	Posti in Centri Diurni per anziani accreditati/convenzionati	75	75
	Casi trattati in semiresidenzialità (prese in carico)	29	13
	Giornate di semiresidenzialità	1.816	359
	Casi trattati in residenzialità – RSA (prese in carico)	1.875	1.966
	Giornate di residenzialità	466.878	447.522
	Casi trattati in CAVS (prese in carico)	44	155
Assistenza ai malati terminali	Giornate CAVS – residenziali	755	3.913
	Posti letto Hospice a gestione diretta	24	24
	Giornate hospice per assistenza ai malati terminali	6.255	4.686

▪ Assistenza ospedaliera

Livello di assistenza	TIPO INDICATORE	VALORE 2019	VALORE 2020	VALORE 2021
Attività di Pronto Soccorso	Sedi DEA 1^ livello	2	2	2
	Sedi Pronto Soccorso	3	3	3
	Accessi in DEA/PS	95.484	54.389	59.051
Assistenza Ospedaliera per acuti	Presidi Ospedalieri	5	5	5
	Posti letto Ricovero Ordinario (*)	598	598	598
	Posti letto DH/DS (*)	136	136	136
	Casi in DH/DS (produzione)	7.057	3.701	5.323
	Casi in Ricovero Ordinario (produzione)	20.211	15.806	15.224
	T.O. per 1000 assistiti DH/DS	41,11	22,32	31,96
	T.O. per 1000 assistiti R.O.	110,04	76,84	89,71
Assistenza Ospedaliera per Lungodegenti	Posti letto Ricovero Ordinario (*)	20	20	20
	Casi in Ricovero Ordinario (produzione)	0	0	0
	T.O. per 1000 assistiti R.O.	0,22	0,06	0,13
Assistenza Ospedaliera per Riabilitazione	Posti letto Ricovero Ordinario (*)	40	40	40
	Casi in Ricovero Ordinario/DH (prod.)	640	378	472
	T.O. per 1000 assistiti R.O./DH	9,39	6,77	6,84

(*) 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 3.800 dipendenti, la cui suddivisione in macro qualifiche è rappresentata nella tabella sottostante.

	ANNO 2019 - NUMERO MEDIO	ANNO 2020 - NUMERO MEDIO	ANNO 2021 - NUMERO MEDIO
TOTALE COMPLESSIVO	3.719	3.664	3.734
RUOLO SANITARIO MEDICI - VETERINARI	563	520	498
RUOLO SANITARIO ALTRA DIRIGENZA	62	63	63
RUOLO SANITARIO DIR. INFERMIERISTICO	2	2	3
RUOLO SANITARIO - PERSONALE INFERMIERISTICO	1.348	1.373	1.413
RUOLO SANITARIO - PERSONALE RIABILITATIVO	147	149	148
RUOLO SANITARIO - ALTRO PERSONALE	261	259	251
RUOLO PROFESSIONALE DIRIGENZA	5	6	6
RUOLO PROFESSIONALE COMPARTO	1	1	0
RUOLO TECNICO DIRIGENZA	2	1	1
RUOLO TECNICO COMPARTO	781	761	801
RUOLO AMMINISTRATIVO DIRIGENZA	18	15	14
RUOLO AMMINISTRATIVO COMPARTO	528	513	534

Numero equivalente

L'ASL AL si avvale altresì della collaborazione di n. 282 Medici di Medicina Generale, n. 36 Pediatri di Libera Scelta (totale MMG-PLS 318 al 31.12.2021), 146 Medici di Continuità Assistenziale (con incarico attivo al 31.12.2021) comprensivi dei medici che svolgono incarico USCA (puro o concomitante), n. 43 Medici Specialisti Ambulatoriali, n. 3 Veterinari ambulatoriali, n. 23 psicologi ambulatoriali e n. 2 Medici Medicina dei Servizi. Inoltre sono presenti n. 13 Medici di Medicina Penitenziaria e n. 14 Medici per le attività territoriali programmate (di cui 9 con incarico concomitante).

Indicatori:	
Età media del personale (anni)	49,67
Età media dei dirigenti (anni)	51,79
% di dipendenti del comparto in possesso di laurea	22,29%
% di dirigenti in possesso di laurea	100%
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 - comparto (su 12 mensilità)	2.530,53
Stipendio medio lordo mensile percepito dai dipendenti - dirigenza (su 12 mensilità)	8.188,05
Stipendio medio lordo mensile percepito dai dipendenti - totale ponderato (su 12 mensilità)	3.399,53
% di personale a tempo indeterminato	94,26%
% di dirigenti donne	8,26% sul totale
	11,15% sul totale donne
% di donne rispetto al totale del personale	74,14%
Età media del personale femminile (personale dirigente)	49,61
Età media del personale femminile (personale comparto)	49,85
% personale part-time su totale personale	10,05%
% personale femminile part-time su totale personale part-time	92,59%
% personale maschile part-time su totale personale part-time	7,41%

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 apparecchiature tecnico biomediche, 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
- N. Gruppi radiologici	17
- N. Mammografi	8
- N. Apparecchi per anestesia	35
- N. Apparecchi per emodialisi	85
- N. Lampade scialitiche	55

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 Sanitaria predispone anche un Bilancio Preventivo e i vari monitoraggi trimestrali relativamente all'andamento dei costi e ricavi che trasmette al controllo regionale.

L'ASL AL ha approvato, con Delibera n.1132 del 31/12/2021, il Bilancio Preventivo Economico Annuale 2022 - Provvisorio con il risultato economico di euro -54.632.911,19.

Successivamente, secondo le indicazioni del Settore regionale competente, l'ASL AL ha rivisto il Bilancio Preventivo 2022 e ha trasmesso in Regione, in data 21 marzo 2022, un Bilancio Preventivo 2022 che registra provvisoriamente un risultato d'esercizio di -55.680.190,91.

Tale risultato è giustificato, oltre che dagli effetti causati dalla pandemia da covid-19, da fattori esterni non governabili dall'Azienda quali l'incremento delle tariffe energia elettrica e riscaldamento (complessivamente per circa euro 9.600.000) e da mancati finanziamenti relativamente all'accantonamento per rinnovi contrattuali, agli indennizzi L.210/92 e L.238/99 (danni per vaccinazioni, trasfusioni) e all'adeguamento delle rette per inserimenti in strutture psichiatriche (complessivamente per circa euro 4.700.000).

Alle suindicate componenti di costo, non governabili dall'Azienda, si aggiungono costi di manutenzione relativi all'informatica, in particolare servizio di elaborazione dati per conservazione digitale e Pec, servizi identità digitale, implementazione sistema gestione documentale, costi per la sicurezza informatica, ecc...

I costi totali presentano pertanto nel complesso un peggioramento di circa euro 5.260.000 rispetto al Preconsuntivo 2021; in particolare, i costi interni registrano un incremento di circa 9.055.000 per le componenti sopra esposte, mentre i costi esterni registrano una diminuzione di circa 3.800.000 euro.

Si evidenzia che il costo del personale dipendente, nel complesso, non risulta incrementato.

Si precisa che il costo del personale della Previsione 2022 contiene costi del personale assunto per fronteggiare la pandemia da covid 19 per circa euro 19.000.000.

Occorre peraltro rilevare che l'Azienda ha dovuto garantire l'attività ordinaria e quella straordinaria legata alla pandemia da covid con un numero di personale complessivamente in calo.

La spesa per i prodotti farmaceutici ed assimilati, comprensiva di farmaci esteri e vaccini, durante la pandemia ha rivestito un impatto cospicuo sulla spesa farmaceutica poiché si

sono precocemente esaurite le scorte nazionali dei farmaci utilizzati e ci si è dovuti rivolgere al mercato estero con ingenti costi aggiuntivi.

Nonostante ciò, comunque, le molteplici carenze sono state fronteggiate.

Per 2022 si conferma una spesa sostanzialmente uguale a quella del 2021.

Sul risultato d'esercizio incide inoltre l'importante riduzione dei ricavi netti (-20.430.000 euro circa rispetto al Preconsuntivo 2021) per effetto da un lato della mancata iscrizione, nella Previsione 2022, del finanziamento Covid (nel 2021 tale finanziamento era stato pari ad euro 11.484.940) e, dall'altro, dell'iscrizione di valori di mobilità sanitaria pari al 2019, come da indicazioni regionali, determinando un peggioramento di circa euro 14.160.000 rispetto al Preconsuntivo 2021.

In ragione delle contingenze sopra esposte, il Bilancio di previsione 2022 presenta un risultato in peggioramento rispetto all'esercizio 2021 (Preconsuntivo), ma ampiamente giustificato.

4. OBIETTIVI STRATEGICI E OBIETTIVI AZIENDALI

4.1 Programmazione triennio 2022-2024

In coerenza con il precedente piano triennale della performance, al fine di definire gli obiettivi strategici per il periodo 2022-2024, si è puntato a favorire l'individuazione di uno schema di riferimento strutturato per macroaree di intervento, che articoleranno la programmazione del triennio.

In continuità con scelte strategiche previste dal Piano Strategico aziendale 2019-2021, nella definizione della programmazione triennale si è spostato l'accento dalla produzione di servizi alla produzione di politiche pubbliche per mettere al centro dell'attenzione i processi decisionali, più che i processi produttivi, attraverso cui le scelte pubbliche sono formulate ed attuate, tenuto conto di quanto la contingenza epidemiologica abbia inciso in maniera determinante sull'organizzazione aziendale, con effetti nella gestione e nello svolgimento delle attività.

Nella programmazione del triennio 2022-2024 il mandato istituzionale e la missione trovano espressione nei seguenti pilastri/macro obiettivi:

- EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO DELL'AZIENDA – EFFICIENTAMENTO
- SVILUPPO DEL PIANO PANDEMICO REGIONALE A LIVELLO AZIENDALE
- APPROPRIATEZZA NELL'USO DEI SETTING ASSISTENZIALI - RIDUZIONE DEI TEMPI DI ATTESA PER PRESTAZIONI AMBULATORIALI, RICOVERI ED INTERVENTI
- P.N.R.R. – PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA
- QUALITA' CLINICO ASSISTENZIALE E DI RICERCA
- PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA

Il contesto e lo scenario di riferimento costituiscono elementi imprescindibili che sono stati considerati nella definizione del presente documento. I macro obiettivi indicati sono stati oggetto di condivisione con le articolazioni Aziendali a seguito di un percorso di analisi dei fabbisogni e delle relative priorità; per ogni area sono stati individuati dei progetti specifici a loro volta articolati in azioni.

Nelle pagine seguenti vengono indicate gli obiettivi e le azioni previste nell'ambito della programmazione aziendale per il triennio 2022-2024 rispetto alle macro aree individuate.

MACRO OBIETTIVO: EQUILIBRIO ECONOMICO FINANZIARIO DELL'AZIENDA - EFFICIENTAMENTO

OBIETTIVI/AZIONI

- Equilibrio economico di bilancio
- Rispetto standard nazionali tempi di pagamento fatture
- Sale operatorie: revisione dei percorsi perioperatori nell'ottica dell'efficientamento delle risorse
- Recupero produttività strutture ricovero e specialistica ambulatoriale

MACRO OBIETTIVO: SVILUPPO DEL PIANO PANDEMICO REGIONALE A LIVELLO AZIENDALE

La Regione Piemonte, con D.G.R. 1-1979 del 23.09.2020 e successivi provvedimenti di aggiornamento, 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.

L'ASL AL ha inoltre adottato una procedura specifica denominata "Piano gestione pandemia COVID 2" con lo scopo di descrivere il modello e il percorso organizzativo al fine

di poter fronteggiare in modo ottimale un eventuale aumento nel numero di nuove infezioni da SARS-COV-2. Per raggiungere tale scopo sono stati individuati i possibili scenari di aumento dell'epidemia da SARS-COV-2 ai quali corrispondono azioni mirate di risposta. Le azioni riguardano tutti gli aspetti organizzativi, tecnici e gestionali necessari a fronteggiare la pandemia. Gli scenari epidemiologici che determinano una riconversione modulare dei posti letti Covid + sono stati definiti dal gruppo di lavoro costituito dalle Direzioni Aziendali sulla base degli andamenti epidemiologici locali.

PIANO STRAORDINARIO DI RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA IN EMERGENZA COVID-19

In ottemperanza a quanto previsto dall'art.2 del D.L. n.34 del 19 maggio 2020, la Regione Piemonte con DGR del 12 giugno 2020, n. 7-1492 ha deliberato il Piano Straordinario di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19 approvato dal Ministero della Salute in data 13 luglio 2020.

Precisato che le ASR sono state individuate quali soggetti attuatori del suddetto Piano Straordinario con ordinanza del Commissario Straordinario per l'Emergenza Covid n.29 del 9 ottobre 2020.

Tra quanto previsto nel già menzionato Piano straordinario, la tabella 2, presente nell'Allegato A della suddetta DGR quale parte integrante e sostanziale, dettaglia gli interventi e il relativo quadro economico, per i posti letto nelle ASR di terapia intensiva e semi intensiva mentre la Tabella 3 dettaglia gli interventi e il relativo quadro economico per l'adeguamento dei Pronti Soccorso delle Aziende.

OBIETTIVI/AZIONI

- Completamento dei provvedimenti idonei a garantire il rispetto del calendario previsto in merito a terapie intensive, terapie sub-intensive, pronto soccorso (Piano Arcuri)
- Completamento campagna vaccinale anti-covid19
- Piano Pandemico aziendale

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

Con DGR 13-3924 del 15.10.2021 sono stati approvati gli obiettivi di attività ai Direttori Generali/Commissari per l'anno 2021. Pur essendo individuati con riferimento allo scorso anno, alcune azioni avranno conseguenze e saranno protratte anche per gli anni successivi.

In particolare gli obiettivi regionali finalizzati al recupero delle prestazioni di ricovero area medica/chirurgica e delle prestazioni di specialistica ambulatoriale assegnati con il provvedimento sopra citato, hanno risentito della ripresa della situazione emergenziale nel corso dell'anno 2021.

Con D.G.R. n. 4-4878 del 14 aprile 2022 ad oggetto: "Piano straordinario di recupero delle Liste d'attesa. Ulteriori disposizioni attuative, ad integrazione della D.G.R. n. 48-4605 del 28.01.2022 e autorizzazioni di spesa per le Aziende Sanitarie Regionali. Modifica della D.G.R. 38-846 del 22.02.2019 sui termini di validità delle ricette relative alle prestazioni diagnostico-specialistiche di primo accesso", la Regione Piemonte ha approvato la "Rimodulazione del piano regionale e dei piani aziendali per il recupero delle liste di attesa per le prestazioni di ricovero, di specialistica ambulatoriale e di screening oncologici: ulteriori disposizioni attuative e modalità organizzative" che definisce ulteriori disposizioni attuative e modalità organizzative per il recupero delle liste di attesa nelle strutture pubbliche e private accreditate.

Nello stesso provvedimento si autorizzano le Aziende Sanitarie Regionali all'utilizzo, ad integrazione delle risorse già assegnate con D.G.R. del 24 novembre 2021, n. 2-4147, delle ulteriori risorse previste dall'art. 1, comma 278, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 pari a Euro 36.862.840,00, secondo la ripartizione riportata nell'allegato B) del provvedimento, definita sulla base del fabbisogno espresso dalle ASR – a partire dal conteggio delle prestazioni erogate nell'anno 2019.

Si stabilisce, inoltre, che per il raggiungimento delle finalità del provvedimento - con esclusione delle prestazioni di screening oncologici - le ASL possono coinvolgere anche le strutture private accreditate, ad integrazione dei tetti regionali fissati con precedenti provvedimenti di Giunta regionale, per un ammontare non superiore al 24,35% delle quote ripartite ed eventualmente incrementabile dall'ASL sulla base di specifiche esigenze da motivare con specifico atto, nel limite della quota di finanziamento che è stata ripartita per ciascun obiettivo di recupero definito.

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 2022, ma si auspica una ripresa dell'attività ordinaria, conseguenza della campagna vaccinale anti Covid-19 e della costante adozione delle misure di protezione raccomandate in tutte le strutture aziendali (rif. Paragrafo "PIANO OPERATIVO PER IL RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA").

OBIETTIVI/AZIONI

- Specialistica ambulatoriale: revisione del processo relativo al governo della domanda e dell'offerta
- Area Degenza ospedaliera: revisione dei percorsi nell'ottica dell'appropriatezza nell'uso dei setting assistenziali / piattaforme produttive e dell'efficientamento delle risorse
- Governo dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale
- Governo dei tempi di attesa dei ricoveri ospedalieri

MACRO OBIETTIVO: PIANO NAZIONALE RIPRESA E RESILIENZA

POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA SANITARIA E DELLA RETE SANITARIA TERRITORIALE

La componente 1 "Potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale" della Missione 6 Salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) prevede come

misure core oggetto di specifici investimenti la realizzazione dei seguenti modelli organizzativi:

- Case della Comunità (CdC);
- Ospedali di Comunità (OdC);
- Centrali Operative Territoriali (COT)

L'utilizzo di tali investimenti è subordinato al rispetto da parte delle Regioni di specifici cronoprogrammi operativi, definiti con Agenas, in ragione dei quali Regione Piemonte ha definito un proprio cronoprogramma di progetto.

La missione 6 del PNRR si articola in due componenti:

- le reti di prossimità, le strutture intermedie e la telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale: gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le case della comunità e gli ospedali di comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari;
- l'innovazione, la ricerca e la digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale (SSN): le misure incluse in questa componente consentiranno il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo sanitario elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi. Rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN anche mediante il potenziamento della formazione del personale

La missione 6 del PNRR prevede a livello nazionale:

- case della comunità e presa in carico della persona il cui investimento prevede l'attivazione di 1.288 case della comunità entro la metà del 2026, che potranno utilizzare sia strutture già esistenti sia nuove.

Entro il primo trimestre del 2022 è prevista la definizione di uno strumento di programmazione negoziata che vedrà il Ministero della salute, anche attraverso i suoi enti vigilati, come autorità responsabile per l'implementazione e il coinvolgimento delle amministrazioni regionali e di tutti gli altri enti interessati;

- casa come primo luogo di cura e telemedicina il cui investimento mira a identificare un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie (come la telemedicina, la domotica, la digitalizzazione), a realizzare presso ogni azienda sanitaria locale un sistema informativo in grado di rilevare dati clinici in tempo reale; attivare 602 centrali operative territoriali, una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza e a utilizzare la telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche;
- rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture il cui investimento si concretizzerà nella realizzazione di 381 ospedali di comunità. Anche in questo caso l'implementazione dell'intervento beneficerà di strumenti di coordinamento tra i livelli istituzionali coinvolti. Il costo complessivo stimato dell'investimento è di 1 miliardo di euro e l'orizzonte per il completamento della sua realizzazione è la metà del 2026. La relativa operatività in termini di risorse umane sarà garantita nell'ambito delle risorse vigenti per le quali è stato previsto un incremento strutturale delle dotazioni di personale

L'intesa del 12 gennaio 2022, stipulata ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 (Disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento della Repubblica alla L. Cost. 18 ottobre 2001, n. 3), sullo schema di decreto del Ministro della salute recante la ripartizione programmatica delle risorse alle regioni e alle province autonome per i progetti del PNRR e del Piano per gli investimenti complementari, prevede per la Regione Piemonte:

- n. 82 case della comunità;
- n. 27 ospedali di comunità;
- n. 43 centrali operative territoriali

Le case della comunità, gli ospedali di comunità e le centrali operative territoriali dovranno avere siti, ubicazione e indirizzi tali da renderle facilmente ed univocamente identificabili dai cittadini del territorio di riferimento delle aziende sanitarie locali.

Con la nota, protocollo 28345 del 3 agosto 2021, la Direzione Sanità della Regione ha richiesto alle aziende sanitarie regionali la prima ricognizione dei siti idonei, secondo le indicazioni dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), per quanto riguarda le case della comunità, gli ospedali di comunità e le centrali operative territoriali.

In data 30 settembre 2021 e in data 23 dicembre 2021, la direzione sanità e welfare ha trasmesso ad AGENAS gli elenchi preliminari con le localizzazioni delle strutture di cui trattasi.

Con D.C.R. 22 febbraio 2022 n. 199-3824 "Approvazione della programmazione relativa alle strutture di prossimità ed intermedie nelle Aziende Sanitarie Locali: localizzazione dei siti delle Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali", la Regione Piemonte ha approvato la programmazione della localizzazione dei siti delle strutture di prossimità ed intermedie: n. 91 case della comunità, n. 30 ospedali di comunità e n. 43 centrali operative territoriali.

FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO

La Missione 6 C2 del PNRR all'investimento 1.3 individua il rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione. Tale investimento prevede tra gli altri ambiti di intervento "il potenziamento del FSE al fine di garantirne la diffusione, l'omogeneità e l'accessibilità su tutto il territorio nazionale da parte degli assistiti e operatori sanitari. Il FSE svolgerà tre funzioni chiave:

- punto di accesso per le persone e pazienti per la fruizione di servizi essenziali forniti dal SSN;
- base dati per i professionisti sanitari contenente informazioni cliniche omogenee che includeranno l'intera storia clinica del paziente;
- strumento per le ASL che potranno utilizzare le informazioni cliniche del FSE per effettuare analisi di dati clinici e migliorare la prestazione dei servizi sanitari."

Con riguardo al FSE la Regione Piemonte ha intrapreso da tempo la sua attivazione promuovendo interventi di digitalizzazione, archiviazione alimentazione dello stesso da parte delle ASR. In ultimo, con nota prot. n° 00030413 del 28/09/2020 rivolta a tutti di Direttori Generali/Commissari delle ASR piemontesi, gli stessi sono stati invitati ad "assumere, promuovere e sostenere le iniziative in grado di garantire il completamento

degli interventi aziendali previsti dalla DD 385/2019 secondo la riprogrammazione autorizzata (...) in considerazione dell'emergenza COVID".

Si rappresenta altresì che con DGR 3 luglio 2020, n. 6-1613 e con DGR 20 novembre 2020, n. 17-2318 sono stati forniti gli indirizzi e gli strumenti alle ASR per l'implementazione della televisita, del telemonitoraggio e del teleconsulto anche per pazienti NON COVID.

OBIETTIVI/AZIONI

- Potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale: Ospedali di Comunità – Centrali Operative Territoriali – Case di Comunità
- F.S.E. – Conferimento della documentazione sanitaria nel Fascicolo Sanitario Elettronico

MACRO OBIETTIVO: QUALITA' CLINICO ASSISTENZIALE E DI RICERCA

IRCCS - ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO

Con DGR 22/3/2019 n. 42-8606 "Candidatura dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria e dell'ASL AL al riconoscimento quale Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico per patologie ambientali e mesotelioma" la Regione Piemonte ha approvato le azioni utili alla prosecuzione del progetto dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria e dell'ASL AL di istituzione e riconoscimento a I.R.C.C.S. per patologie ambientali e mesotelioma, avviato con la D.G.R. 22 marzo 2019, n. 42-8606.

Con apposito provvedimento (DD 1201 del 8.8.2021) la Direzione Sanità e Welfare ha approvato il piano di attività del DAIRI, sulla base delle proposte del Direttore del Dipartimento, come validate dai Direttori Generali delle Aziende interessate, previa verifica della coerenza con la programmazione sanitaria e finanziaria regionale.

Le attività afferenti il Dipartimento, fermo restando il rispetto dei criteri dell'economicità e dell'efficienza dell'organizzazione, delle qualità delle strutture e del livello tecnologico delle attrezzature, saranno finanziate con oneri a carico dell'A.O. AL e della ASL AL in relazione alle attività rese e proporzionalmente all'incidenza sulle singole strutture, da definirsi sulla base di un rapporto convenzionale fra gli enti.

L'AO AL e l'ASL AL renderanno semestralmente alla Direzione Sanità e Welfare le attività ed i costi afferenti al DAIRI in formato utile a costituire base per la programmazione operativa e finanziaria dell'istituendo I.R.C.C.S.

E' stato dato mandato al DAIRI di elaborare le linee guida prospettiche per lo sviluppo delle attività dell'istituendo I.R.C.C.S. in logica di collaborazione in rete con Istituti di ricerca della stessa area di riferimento, di collaborazione con altri enti pubblici e privati nonché di attrazione di finanziamenti pubblici e privati indipendenti.

E' stato, inoltre, dato mandato, congiuntamente, ai Direttori delle due Azienda sanitarie interessate di definire la forma giuridica e di redigere una bozza dell'atto costitutivo e dello statuto del costituendo I.R.C.C.S., con indicazione delle eventuali conseguenti modifiche dei rispettivi atti aziendali.

Con la citata DGR è stato autorizzato il Direttore Generale dell'AO AL, presso cui è incardinata la Direzione del DAIRI, di assumere in concerto con il Direttore Generale dell'ASL, tutte le iniziative propedeutiche per la finalizzazione del progetto di costituzione dell'I.R.C.C.S., fermo restando il costante confronto con gli uffici della Direzione Sanità e Welfare, anche per quanto riguarda i successivi indirizzi della Giunta regionale. L'espletamento delle attività di cui sopra sarà recepito negli obiettivi dei Direttori Generali interessati.

NUOVO SISTEMA DI GARANZIA

Dal 1° gennaio 2020 è vigente il Nuovo Sistema di Garanzia, come previsto dall'art. 3, comma 6, del DM 12 marzo 2019, pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 14 giugno 2019.

Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), è lo strumento che consente, con le numerose informazioni ad oggi disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di misurare secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA). Esso rappresenta una svolta significativa nelle metodologie di monitoraggio dei LEA, e aggiorna il Sistema di Garanzia introdotto nel 2000.

Le specifiche tecniche degli indicatori sono illustrate nella circolare applicativa (DM 12 marzo 2019, art. 3, comma 1) del 27 ottobre 2020, che contiene le schede tecniche degli indicatori NSG (prevenzione, distrettuale, ospedaliera, contesto ed equità) e la metodologia per il calcolo degli indicatori NSG-PDTA.

OBIETTIVI/AZIONI

- Rispetto standard regionali tempi di permanenza in DEA/P.S.
- Rispetto standard P.N.E. – Piano Nazionale Esiti per aree osteomuscolare, PTCA, assistenza al parto
- Rispetto standard regionali screening oncologici – Prevenzione serena
- Rispetto standard nazionali vaccinazioni obbligatorie pediatriche
- PDTA – Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali previsti dal Piano Locale Cronicità
- IRCCS
- Sviluppo di strumenti informatici per la trasparenza e il coinvolgimento dei cittadini in collaborazione con CittadinanzAttiva e Tribunale del Malato - Percorsi assistenziali costruiti assieme ai pazienti
- Accredimento istituzionale e Accreditation Canada

MACRO OBIETTIVO: PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA

Con Delibera di Giunta Regionale 28 maggio 2021, n. 17-3299 "Art. 2, comma 2, D.Lgs. n. 171/2016 e s.m.i. Azienda Sanitaria Locale AL. Nomina Direttore Generale" sono stati assegnati al Direttore Generale così nominato, ai sensi dell'art. 2, commi 2 e ss. del D.Lgs. n.171/2016 e s.m.i., gli obiettivi di nomina tra cui quelli in materia di trasparenza finalizzati a rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione per il cittadino, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale, da indicare sia in modo aggregato che analitico.

Gli elementi essenziali volti a individuare e a contenere rischi corruttivi, sono quelli indicati nel Piano nazionale anticorruzione (PNA) e negli atti di regolazione generali adottati dall'ANAC ai sensi della legge n. 190 del 2012 e del decreto legislativo n. 33 del 2013.

Sono considerati strategici obiettivi di prevenzione della corruzione e di trasparenza di cui del decreto legislativo n. 33 del 2013.

OBIETTIVI/AZIONI

Obiettivi di prevenzione della corruzione e di trasparenza

4.2 – Gli obiettivi strategici

Gli obiettivi strategici rappresentano la sintesi tra mandato istituzionale, missione, aree strategiche e piani operativi (che individuano obiettivi operativi, azioni e risorse); gli obiettivi ai vari livelli e di diversa natura contribuiscono, 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 degli obiettivi strategici.

Gli stessi vengono integrati con le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno, 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.

Le azioni previste verranno inserite 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.

COD	PILASTRO / MACRO OBIETTIVO	COD	OBIETTIVO / AZIONE	SETTORE INTERESSATO				INDICATORI	TARGET	ANNO DI RIFERIMENTO		
				AREA OSPEDALIERA	AREA TERRITORIALE	AREA PREVENZIONE	AMM.NE / STAFF			2022	2023	2024
A	EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO DELL'AZIENDA - EFFICIENTAMENTO	A.1	Equilibrio economico					Consuntivo annuo	Equilibrio di bilancio	x	x	x
		A.2	Tempi di pagamento fatture ex art. 1 comma 865 L. 145/2018					Tempi pagamento fatture	Rispetto standard nazionali ex art. 1 comma 865 Legge 145/2018 (60gg)	x	x	x
		A.3	Sale Operatorie: revisione dei percorsi perioperatori nell'ottica dell'efficientamento delle risorse					a) tasso utilizzo S.O. b) n. interventi di S.O. c) n. prestazioni di Chirurgia Ambulatoriale Complessa CAC	a) miglioramento indici anno precedente b) incremento n. rispetto anno precedente c) incremento n. rispetto anno precedente	x	x	x
		A.4	Recupero produttività strutture ricovero e specialistica ambulatoriale					Valore della produzione (rientro nei livelli pre-covid19)	Valore produzione - rif. anno 2019	x		
B	SVILUPPO DEL PIANO PANDEMICO REGIONALE A LIVELLO AZIENDALE	B.1	Completamento dei provvedimenti idonei a garantire il rispetto del calendario previsto anche per gli esercizi successivi in merito a terapie intensive; terapie sub-intensive; pronto soccorso (Piano Arcuri)					Tempistica del cronoprogramma	Rispetto tempistica cronoprogramma	x	x	
		B.2	Campagna vaccinale anti-covid19: Completamento campagna vaccinale secondo programmazione nazionale / regionale					Tempistica programmazione nazionale / regionale	Rispetto tempistica programmazione nazionale / regionale	x		
		B.3	Piano Pandemico aziendale					n. autovalutazioni	Almeno n.2 annui	x	x	x

COD	PILASTRO / MACRO OBIETTIVO	COD	OBIETTIVO / AZIONE	SETTORE INTERESSATO				INDICATORI	TARGET	ANNO DI RIFERIMENTO		
				AREA OSPEDALIERA	AREA TERRITORIALE	AREA PREVENZIONE	AMM.NE / STAFF			2022	2023	2024
C	APPROPRIATEZZA NELL'USO DEI SETTING ASSISTENZIALI - RIDUZIONE DEI TEMPI DI ATTESA PER PRESTAZIONI AMBULATORIALI, RICOVERI ED INTERVENTI	C.1	Governo dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale					Tempi attesa specialistica ambulatoriale (prestazioni PNGLA)	Rispetto standard previsti dal PNGLA / miglioramento su anno precedente	x	x	x
		C.2	Governo dei tempi di attesa dei ricoveri ospedalieri					Tempi attesa ricoveri (interventi PNGLA)	Rispetto standard previsti dal PNGLA / miglioramento su anno precedente	x	x	x
		C.3	Specialistica Ambulatoriale: revisione del processo relativo al governo della domanda e dell'offerta nell'ottica dell'efficientamento delle risorse					a) documento di revisione del processo relativo al governo della domanda e dell'offerta b) n. prestazioni di Telemedicina	a) entro 31.12.2022 b) incremento n. prestazioni rispetto anno precedente	x	x	x
		C.4	Area degenza ospedaliera: revisione dei percorsi nell'ottica dell'efficientamento delle risorse					a) degenza media area medica b) degenza pre-post intervento	a) miglioramento indici anno precedente b) miglioramento indici anno precedente	x	x	x
D	PIANO NAZIONALE RIPRESA E RESILIENZA	D.1	Potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale - M6C1 PNRR (Ospedali di Comunità - Centrali Operative Territoriali - Case di comunità)					Tempistica del cronoprogramma	Rispetto tempistica cronoprogramma	x	x	x
		D.2	Fascicolo Sanitario Elettronico: conferimento documentazione sanitaria prioritaria nel FSE					Tempistica cronoprogramma regionale	Rispetto tempistica cronoprogramma regionale di conferimento documenti digitali nel FSE	x	x	x

COD	PILASTRO / MACRO OBIETTIVO	COD	OBIETTIVO / AZIONE	SETTORE INTERESSATO				INDICATORI	TARGET	ANNO DI RIFERIMENTO		
				AREA OSPEDALIERA	AREA TERRITORIALE	AREA PREVENZIONE	AMM.NE / STAFF			2022	2023	2024
E	QUALITA' CLINICO ASSISTENZIALE E DI RICERCA	E.1	Tempi permanenza DEA/PS					Tempo permanenza DEA/PS	Rispetto standard regionali / miglioramento anno precedente	x	x	x
		E.2	Piano Nazionale Esiti - PNE (osteomuscolare - PTCA - assistenza al parto)					Indicatori Piano Nazionale Esiti - PNE (osteomuscolare - PTCA - assistenza al parto)	Rispetto standard regionali / miglioramento anno precedente	x	x	x
		E.3	Screening oncologici - Prevenzione Serena					Indicatori invito popolazione target e adesione	Rispetto standard regionali	x	x	x
		E.4	Vaccinazioni obbligatorie pediatriche					Indicatori di copertura popolazione target	Standard nazionali	x	x	x
		E.5	PDTA - Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali					Sviluppo PDTA previsti annualmente dal Piano Locale Cronicità	Adozione PDTA previsti dal PLC (nel 2022: PDTA malattie renali croniche e Parkinson)	x	x	x
		E.6	IRCCS					Azioni - tempistica - indicatori di cui alla DGR 18 maggio 2021, n. 10-3222	Sviluppo azioni e rispetto tempistica / indicatori di cui alla DGR 18 maggio 2021, n. 10-3222	x	x	x
		E.7	Sviluppo di strumenti informatici per la trasparenza e il coinvolgimento dei cittadini: collaborazione con CittadinanzAttiva e Tribunale del Malato					Sviluppo di strumenti informatici per la trasparenza e il coinvolgimento dei cittadini	Almeno n.1 annuo		x	x
		E.8	Percorsi assistenziali costruiti assieme a Associazioni di pazienti					Percorsi assistenziali co-prodotti	Almeno n. 1 annuo		x	x
		E.9	Accreditamento istituzionale e Accreditation Canada - verifica marzo 2022					Soddisfacimento requisiti accreditamento istituzionale e Accreditation Canada	Soddisfacimento requisiti mancanti entro 31.12.2022	x		
F	PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA	F.1	Obiettivi di prevenzione della corruzione e di trasparenza					Adempimenti di cui al decreto legislativo n. 33 del 2013 (previsti dall'art. 2, comma 2, del d. lgs. n. 171/2016)	Rispetto adempimenti di cui al decreto legislativo n. 33 del 2013	x	x	x

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.

Gli obiettivi sono espressi in coerenza con quelli definiti nel quadro della programmazione regionale (Piano Socio-sanitario Regionale) e con particolare attenzione all'efficacia, efficienza e funzionamento dei Servizi sanitari, nel rispetto dei vincoli economici vigenti.

L'assegnazione degli obiettivi avviene, quindi, con un procedimento a "cascata". Alla Direzione Generale dell'azienda essi vengono assegnati annualmente dagli Organi Istituzionali. La stessa Direzione provvede ad attribuirli ai Direttori di struttura.

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.

La Direzione Generale, nell'individuazione ed assegnazione degli obiettivi ai Centri di Responsabilità Aziendali, è coadiuvata dal Comitato Budget.

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 verifica il livello di raggiungimento degli obiettivi in riferimento agli indicatori individuati e all'evidenza documentale eventualmente prevista dalle schede di budget.

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 coerente tra il sistema di budget ed il processo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio aziendale. Tale coerenza 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 – La misurazione e valutazione della performance

Con deliberazione n. 238 del 10.04.2020 è stato adottato 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, successivamente aggiornato con deliberazione n. 437 del 21.05.2021.

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.

Le fasi di misurazione e valutazione della performance organizzativa sono individuate e definite nell'ambito del processo di budget adottato dall'ASL, strumento con cui, in coerenza con le risorse disponibili, l'azienda assegna e articola gli obiettivi annuali alle proprie strutture (v. paragrafo 5.1), secondo l'articolazione interna delle responsabilità.

La valutazione della performance organizzativa si basa sull'analisi e contestualizzazione delle cause dello scostamento tra i risultati effettivamente raggiunti dall'amministrazione e quelli programmati.

La valutazione della performance individuale riguarda tutto il personale dipendente, con rapporto di lavoro sia a tempo indeterminato che a tempo determinato e deve assolvere alla doppia funzione di soddisfare le esigenze normative nazionali, regionali e contrattuali e di fornire gli strumenti per una valutazione individuale – a qualsiasi livello – non come mero adempimento burocratico ma come processo che può contribuire al miglioramento organizzativo, gestionale e qualitativo del lavoro svolto e come sistema operativo attraverso il quale è possibile coinvolgere tutti i collaboratori, rendendoli informati e partecipi di valori e principi dell'organizzazione aziendale e più responsabili dei successi e dei limiti collettivi e individuali.

Nel corso dell'anno 2021 è stata effettuata la valutazione della performance individuale a livello sperimentale, riferita all'anno 2020, di tutto il personale a tempo indeterminato, sia dirigente che non dirigente, utilizzando una procedura informatica di nuova costruzione. Tale valutazione sperimentale, priva di effetti economici, ha consentito di analizzare le criticità emerse, anche di carattere tecnico, e di definire gli aggiustamenti necessari per rendere gestibile il sistema, tenuto conto dell'elevato numero di dipendenti dell'ASL AL, dirigenti e non dirigenti, a tempo indeterminato e a tempo determinato, che ogni anno vengono coinvolti nel processo di valutazione individuale.

Il sistema di valutazione della Performance individuale utilizza schede differenziate per il personale del Comparto e della Dirigenza in relazione ai rispettivi ruoli, nelle quali sono rappresentati gli elementi su cui i dipendenti vengono valutati annualmente.

Esso verrà implementato, per la Dirigenza dell'Area Sanità, con l'introduzione di una scheda di valutazione differenziata per i Dirigenti ai quali saranno attribuiti incarichi dirigenziali riconducibili alla nuova tipologia dell'incarico professionale di "altissima professionalità", introdotta dal CCNL 19.12.2019 della Dirigenza dell'Area Sanità, in fase di istituzione nell'ambito dell'ASL AL.

Gli esiti delle valutazioni annuali della Performance individuale saranno tenuti in considerazione ai fini delle progressioni economiche orizzontali ed ai fini della valutazione alla scadenza degli incarichi dirigenziali e degli incarichi di funzione del personale non dirigente del Comparto

E' attualmente in corso l'aggiornamento annuale del SiMiVaP ASL AL, sulla base delle modifiche che si sono rese necessarie anche in relazione agli esiti della valutazione sperimentale dell'anno precedente e 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, 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.

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 verifica la correttezza del percorso metodologico adottato per la verifica del 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.

La stesura del piano ha richiesto le seguenti fasi:

- definizione della programmazione triennale;
- individuazione delle aree strategiche, degli obiettivi strategici per il triennio 2022-2024 e degli obiettivi specifici per il 2022;
- 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, verrà sistematicamente aggiornato e verranno individuati, in un'ottica di miglioramento continuo delle prestazioni, i necessari correttivi.

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 di prevenzione della corruzione e di trasparenza in coerenza con il PTPCT;
- assegnazione ai responsabili delle Strutture di obiettivi specifici di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- 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

Negli ultimi due anni si è fatto ricorso in maniera rilevante dello strumento del lavoro agile, adibendo i dipendenti allo svolgimento della prestazione lavorativa presso il proprio domicilio o altra sede individuata.

Si è pertanto attivato, sin dal marzo 2020, detta modalità di lavoro, adottando apposito Regolamento, temporaneo, in relazione all'emergenza sanitaria, anche al fine di applicare le normative relative al distanziamento sociale e tutelare altresì i dipendenti con condizioni personali e/o di salute richiedenti particolari tutele, c.d. "lavoratori fragili". In un'ottica di ampliamento del lavoro agile nelle pubbliche amministrazioni, tuttavia, si è proceduto ad autorizzare allo smart working anche dipendenti che non rientravano in categorie tutelate. Dal punto di vista strettamente tecnico si è via via proceduto ad aumentare il numero di collegamenti informatici disponibili, circostanza che ha consentito a tutti i richiedenti, in possesso dei requisiti richiesti (correlati essenzialmente alla propria qualifica professionale ed alle mansioni svolte) di essere ammessi allo svolgimento dello smart working.

Anche con riferimento alla dotazione informatica, nella primissima fase di attivazione dello smart working (da inizio 2020 a marzo 2022) i dipendenti in lavoro agile hanno utilizzato la dotazione personale; attualmente, come previsto anche da regolamento aziendale in materia, la dotazione informatica necessaria allo svolgimento dello smart working viene fornita di norma dall'Azienda, fermo restando la compatibilità con le risorse strumentali e finanziarie disponibili. Nell'ipotesi in cui la fornitura tempestiva non sia possibile da parte dell'Azienda è previsto che il lavoratore in smart working utilizzi le proprie dotazioni tecnologiche: in questa ipotesi, peraltro, il lavoratore deve assicurare il possesso dei requisiti di sicurezza necessari allo svolgimento della prestazione lavorativa presso il proprio domicilio (antivirus, firewall, sistema operativo aggiornato), a tal fine sottoscrivendo apposita dichiarazione sostitutiva.

L'andamento del numero dei lavoratori in smart working, nei periodi come sotto dettagliati, si può riassumere come di seguito:

	Marzo 2020- giugno 2020	Luglio 2020 – ottobre 2020	Novembre 2020 - febbraio 2021	Marzo 2021 - giugno 2021	Luglio 2021 – settembre 2021
n. dipendenti in lavoro agile	109	91	130	121	98

Nell'autunno 2021 diverse disposizioni normative e regolamentari, a livello nazionale, hanno previsto il graduale rientro in presenza dei lavoratori del settore pubblico. Ci si riferisce, in particolar modo, al Decreto Ministeriale del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 08.10.2021 che ha previsto che a decorrere dal 15 ottobre 2021, le pubbliche amministrazioni "adottano le misure organizzative previste dal presente decreto per il rientro in presenza del personale dipendente", intendendosi per "rientro in presenza" lo svolgimento della prestazione lavorativa presso la sede di servizio. In particolare, detto D.M. ed analogamente l'art. 1 del D.P.C.M. del 23.09.2021 sono stati espliciti nel rappresentare che il lavoro agile non dovesse più rappresentare la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa e comunque la stessa poteva essere autorizzata, esclusivamente nel rispetto delle seguenti condizioni:

- nessun pregiudizio o riduzione dei servizi a favore degli utenti, a fronte di prestazioni lavorative rese in modalità agile
 - adeguata rotazione del personale in modalità agile, garantendo comunque la prevalenza, per ogni lavoratore, della prestazione lavorativa in presenza
 - utilizzo di piattaforme digitali, di un cloud o comunque di strumenti tecnologici idonei a garantire la riservatezza dei dati durante lo svolgimento della prestazione lavorativa agile
 - previsione di un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove accumulato
 - adempimenti relativi alla fornitura al dipendente di apparati digitali e tecnologici adeguati
 - sottoscrizione di accordo individuale, tra il dipendente e l'Azienda, che definisca gli specifici obiettivi, le modalità e i tempi della prestazione agile nonché le modalità ed i criteri di misurazione della prestazione
 - prevalenza dello svolgimento della prestazione lavorativa in presenza, con particolare riferimento ai dipendenti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti amministrativi
 - rotazione del personale impiegato in presenza.

In ragione delle previsioni normative citate, quest'Azienda ha provveduto ad adottare le misure di rientro in servizio di tutti i dipendenti, invitando i medesimi al rientro presso la sede lavorativa a partire dal 15 ottobre 2021 ed entro i quindici giorni successivi, considerando così decadute le autorizzazioni precedentemente concesse per lo svolgimento del lavoro agile e demandando, ai Dirigenti responsabili, le valutazioni relative al rispetto delle indicazioni sul distanziamento nei luoghi di lavoro, alle quali è stato previsto di poter far fronte anche definendo fasce temporali di flessibilità oraria, nell'ambito delle Strutture di appartenenza.

Si deve peraltro specificare che la normativa sopra richiamata ha previsto un'eccezione al rientro in servizio del personale, disponendo che l'obbligo del rientro in presenza non potesse applicarsi ai c.d. "lavoratori fragili", i quali sono stati autorizzati a svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile fino al 31 dicembre 2021, e poi fino al 31 marzo 2022, in ragione delle disposizioni del D.L. 221 del 24 dicembre 2021, poi convertito in Legge 18 febbraio 2022, n. 11. Dette previsioni normative si sono rivolte, nello specifico, ai dipendenti in possesso di certificazione rilasciata dai competenti organi medico legali attestante immunodepressione, esiti patologie oncologiche e terapie salvavita, nonché coloro che siano in possesso del riconoscimento di disabilità con connotazione di gravità ex art. 3, comma 3, legge 104/1992.

A partire dal 15 ottobre pertanto il personale è rientrato gradualmente in servizio, con contestuale disattivazione dei collegamenti informatici per lo svolgimento dello smart working, con l'unica eccezione dei già citati lavoratori fragili, come di seguito meglio specificato:

	Al 1° ottobre 2021 al 14 ottobre 2021	Al 15 ottobre 2021 al 31 ottobre 2021	Dal 01 novembre 2021 al 31 marzo 2022 (esclusivamente lavoratori fragili)
n. dipendenti in lavoro agile	84	38	8

Successivamente questa Azienda ha provveduto all'elaborazione di nuovo regolamento aziendale disciplinante il lavoro agile, al fine di dare applicazione alla normativa prevista dalla Legge n. 81/2017 e L.124/2015, in un'ottica non emergenziale e di organizzazione del lavoro.

Detta regolamentazione, mirata a favorire un'organizzazione aziendale e del lavoro in un'ottica di conciliazione tra vita familiare e lavorativa del dipendente, anche promuovendo una politica di mobilità sostenibile e di riprogettazione degli spazi del lavoro, si applica a tutto il personale dipendente, sia a tempo indeterminato che a tempo determinato, anche con contratto part-time o con impegno orario ridotto, ferma restando la compatibilità delle mansioni con lo svolgimento della prestazione lavorativa in luogo diverso rispetto a quello delle sedi aziendali, valutata altresì la fattibilità organizzativa.

E' necessario evidenziare che, come durante l'emergenza sanitaria, si sono altresì previste delle esclusioni dallo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile, in relazione alla natura di Azienda Sanitaria, deputata, in primo luogo, all'erogazione di servizi sanitari. Si è pertanto escluso dall'ambito di applicazione del citato regolamento il personale sanitario (fatta eccezione per le sole attività espletabili da remoto o senza l'erogazione diretta dell'assistenza) nonché i dipendenti che svolgono attività:

- di cura e di assistenza diretta
- per le quali è necessario un contatto in presenza con l'utenza e con il pubblico
- per le quali è necessaria la presenza nella sede aziendale, in ragione delle mansioni svolte, ad esempio, presso magazzini e laboratori
- che prevedono il costante utilizzo di strumentazione non utilizzabile da remoto.

I principali destinatari del regolamento citato, fermo restando che l'adibizione allo smart working può essere richiesta anche da dipendenti che non rientrano nelle condizioni di seguito dettagliate, sono individuati in relazione a particolari esigenze e condizioni, previste da normative di particolare tutela:

- condizioni di salute del lavoratore, quali la disabilità ex art. 3, comma 3, L. 104/1992 o certificazione di condizione di rischio derivante da immunodepressione o esiti da patologie oncologiche o da svolgimento di terapie salvavita;
- lavoratrici madri in gravidanza o nei tre anni successivi alla conclusione del congedo di maternità ex art. 16 D.Lgs. 151/2001 o lavoratori con figli in condizioni di disabilità ex art. 3, comma 3, L.104/1992;

- lavoratori che assistono un parente disabile ex art. 3, comma 3, L. 104/1992 o in condizioni di immunodepressione certificate;
- maggior tempo di percorrenza dall'abitazione del lavoratore alla sede di lavoro;
- ulteriori particolari necessità da individuarsi anche in trattativa sindacale.

Le condizioni sopra citate rappresentano un ordine di priorità ad ausilio del Responsabile, competente a decidere relativamente all'autorizzazione del dipendente interessato allo smart working.

Si è certamente colto, in questo momento storico, che il lavoro agile può costituire una nuova modalità di svolgimento della prestazione lavorativa da parte dei dipendenti anche delle pubbliche amministrazioni, garantendo anche un contemperamento tra esigenze dell'Azienda ed esigenze del dipendente, accrescendo altresì il benessere di quest'ultimo. Le scelte aziendali in materia possono essere riassunte come di seguito:

- programmazione da parte dei dirigenti delle scelte e delle innovazioni dell'impianto organizzativo
- mappatura delle attività amministrative che, all'interno di ogni Struttura di questa Azienda, si possono svolgere in modalità agile, così come previsto dall'art.2, co.3 del decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 19 ottobre 2020;
- digitalizzazione delle attività, informatizzazione delle procedure e progressivo superamento del cartaceo,
- dotazione di PC aziendali ai dipendenti in smart working;
- predisposizione di piani formativi, diretti sia ai dirigenti che ai dipendenti, in materia di lavoro agile.

PARTE 2

MODALITA' ATTUATIVE

Il dipendente interessato allo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile deve in primo luogo provvedere alla compilazione di apposita richiesta scritta, mediante modulo predisposto dalla S.C. Personale e Sviluppo Risorse Umane, acquisendo con il medesimo autorizzazione del Responsabile. Successivamente all'ottenimento dell'autorizzazione del Responsabile, questi ed il dipendente devono provvedere alla sottoscrizione di accordo individuale, di durata annuale (eventualmente rinnovabile) redatto secondo modello precedentemente predisposto.

L'accordo contiene esplicitamente sia le mansioni da svolgersi sia gli obiettivi che il lavoratore deve raggiungere nello svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile: detti obiettivi devono essere chiari, puntuali e misurabili mediante indicatori definiti dal Responsabile.

Particolare attenzione è posta anche alla salute e alla sicurezza nello svolgimento del lavoro agile, in applicazione del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81: come previsto dall'art. 22 del D.Lgs. 81/2017 il lavoratore interessato allo smart working deve sottoscrivere, assieme al Datore di Lavoro (individuato ai sensi del D.Lgs. 81/2008, quindi non necessariamente il Responsabile del dipendente) e dal RLS, apposita informativa in materia, predisposta dalla S.C. Medico Competente e Prevenzione e Protezione, contenente l'indicazione dei rischi generali e di quelli specifici connessi alla modalità peculiare di svolgimento della prestazione lavorativa in smart working.

In un'ottica di tutela del lavoratore, peraltro, si da applicazione alle vigenti disposizioni INAIL (circolare n. 48 del 2 novembre 2017), assicurando il diritto alla tutela contro gli infortuni nel luogo prescelto per la prestazione, laddove questi siano correlati all'attività lavorativa e occorsi nel normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello prescelto per il lavoro agile o la sede aziendale. Conseguentemente, viene richiesto al lavoratore che abbia la necessità di svolgere la prestazione in modalità agile in una sede differente da quella precedentemente individuata, di comunicare almeno 24 ore prima detta circostanza al proprio Responsabile.

ALLEGATI :

- 1) **MAPPATURA ATTIVITA' (Allegato 1)**
- 2) **PIANO FORMATIVO PER DIRIGENTI (Allegato 2)**
- 3) **PIANO FORMATIVO PER DIPENDENTI (Allegato 3)**
- 4) **Eventuali esiti delle indagini sulla soddisfazione del personale rispetto all'esperienza di lavoro agile o di altre indagini – al momento non recensita (Allegato 4)**

PARTE 3

SOGGETTI, PROCESSI E STRUMENTI DEL LAVORO AGILE

SOGGETTI:

Dirigenti

Questi, nella direzione della Struttura di propria competenza, devono valutare le richieste di smart working, autorizzandole o meno, rispettando le seguenti condizioni:

- contemperamento tra le esigenze del richiedente e la necessità di adempiere al regolamento funzionamento della Struttura, anche garantendo forme di rotazione del personale della propria Struttura,
- prevalenza, da parte del personale della Struttura, dell'esecuzione della prestazione lavorativa in presenza almeno su base mensile (salvo eccezioni previste da normativa),
- verifica dell'attività svolta dal lavoratore in smart working, anche relativamente all'assenza di lavoro arretrato, predisponendo eventualmente un piano di smaltimento dello stesso,
- mancato pregiudizio o riduzione della fruizione dei servizi, sia a favore delle altre Strutture aziendali sia a favore dell'utenza;

In secondo luogo i Dirigenti provvedono altresì all'individuazione delle attività del proprio settore di competenza che possono essere svolte da remoto (si veda mappatura delle attività amministrative – Allegato 1).

S.C. Personale e Sviluppo Risorse Umane

La S.C. svolge funzioni di cabina di regia dell'organizzazione delle risorse umane:

- predisposizione di strumenti per un efficace sviluppo del lavoro agile
- adozione delle disposizioni regolamentari in materia, tenendo conto delle innovazioni normative
- predisposizione di modulistica necessaria all'attivazione dello smart working
- provvedimenti di attivazione delle istanze dei dipendenti
- monitoraggio dell'istituto del lavoro agile in Azienda.

CUG

Questo organo svolge funzioni consultive agli organi di amministrazione attiva ed alle Strutture aziendali, mirando al raggiungimento della migliore conciliazione dei tempi di lavoro con la vita personale del dipendente: in tal senso il CUG ha dato parere favorevole al regolamento aziendale in materia.

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

Soggetto	Adempimenti
Dipendente	<p>Prende visione della modulistica necessaria (istanza e accordo) per attivare lo smart working, indirizzandola alle Strutture di competenza.</p> <p>In seguito all'attivazione dello smart working, ove in possesso del portale del dipendente, inserisce in autonomia il giustificativo relativo, a copertura delle giornate di smart working, con successiva convalida da parte del Responsabile. Qualora il portale non sia attivato, il dipendente è tenuto a trasmettere via mail ogni 15 giorni i giorni di effettuazione del lavoro agile al Settore Rilevazione Presenze.</p> <p>Al fine di garantire il monitoraggio della propria prestazione in modalità agile, è tenuto alla rendicontazione delle attività svolte tramite report mensile da trasmettere al Responsabile.</p>
Responsabile di Struttura	<p>Autorizza la prestazione lavorativa in modalità agile, indicando gli obiettivi della prestazione stessa e sottoscrive il relativo accordo.</p> <p>In seguito all'attivazione dello smart working, convalida il giustificativo relativo al dipendente, procedendo al monitoraggio della prestazione lavorativa, tramite le verifiche, di propria competenza, relative al raggiungimento degli obiettivi indicati e dei risultati conseguiti</p>
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	<p>Ricevuta l'istanza e la documentazione del dipendente, effettua le verifiche di propria competenza circa la corretta compilazione dell'istanza e le sottoscrizioni richieste, anche da parte di soggetti diversi dal dipendente interessato, invitando il dipendente ad adempiere ad eventuali mancanze nella documentazione.</p> <p>In seguito ad ottenimento dell'autorizzazione da parte del Responsabile, provvede alla consegna dell'accordo da sottoscrivere a cura del dipendente e del Responsabile. Successivamente all'acquisizione dell'accordo sottoscritto da entrambe le parti, provvede alla registrazione dello stesso su apposito repertorio e all'adozione di presa d'atto dello svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile, trasmettendo la stessa alle Strutture aziendali competenti (Rilevazione Presenze ai fini del riconoscimento del giustificativo e ICT per l'attivazione dei collegamenti informatici necessari</p>
S.C. Tecnico – Tecnologie Biomediche – ICT	Ricevuta la comunicazione della nota di presa d'atto dello svolgimento dello smart working, chiede all'interessato alcune informazioni di carattere tecnico, al fine di verificare la possibilità di attivare i 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 non si attivo il portale del dipendente del lavoratore in smart working.

PARTE 4

PROGRAMMA DI SVILUPPO DEL LAVORO AGILE

	INDICATORI	STATO 2020	Fase di avvio STATO 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%	0%	0%	In fase di definizione	
7) % dirigenti/P.O. adottanti approccio per obiettivi e/o 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%	0%	0%	0%	In fase di definizione	

	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%	0%	7,5%	In fase di definizione	
	11) % lavoratori agili che utilizzano le tecnologie digitali a disposizione (collegamento informatico aziendale)	88,46%	100%	Da verificarsi	Da verificarsi	
	SALUTE ECONOMICO-FINANZIARIA	0%	0%	Da stabilirsi	Da stabilirsi	Informatizzazione aziendale al fine di ridurre i costi
	12) Costi per formazione competenze funzionali al lavoro agile					
	13) 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)	Da mantenersi	Da mantenersi	
	14) 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					
	15) N. Pc per lavoro agile	0	0	n. 40 PC da destinarsi al lavoro agile	Da mantenersi	Riduzione di strumenti cartacei con possibilità tramite consultazione informatica di una maggiore condivisione di processi
	16) %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	
	17) Sistema VPN	Totalmente attivo ed in manutenzione	Da mantenersi	Assistenza tecnica dedicata per lavoratori in modalità agile	Da mantenersi	
	18) 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	
	19) 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	

	INDICATORI	STATO 2020	Fase di avvio STATO 2021	Fase di sviluppo intermedio (Target 2022)	Fase di sviluppo avanzato (Target 2023)	OBIETTIVO
Implementazione e 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)	134 lavoratori agili (dal 01.01.2022 al 31.12.2022)	Da verificarsi	Da verificarsi	
	2) Giornate lavoro agile	8759 giornate lavorate in modalità agile (dal 01.03.2020 al 31.12.2020)	9708 giornate lavorate in modalità agile (dal 01.01.2022 al 31.12.2022)	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 recensita	Non recensita	Da implementarsi	Da implementarsi	

	INDICATORI	STATO 2020	Fase di avvio STATO 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	Non recensita	Da implementarsi	Da implementarsi	
	2) Riflesso patrimoniale: minor consumo di patrimonio a seguito della razionalizzazione degli spazi	Non recensita	Non recensita	Da implementarsi	Da implementarsi	
	EFFICIENZA					
	1) Produttiva: Diminuzione assenze, aumento produttività	Non verificabile causa pandemia	Non recensita	Da verificarsi	Da verificarsi	
	2) Economica: Riduzione di costi per output di servizio	Non verificabile causa pandemia	Non recensita	Da verificarsi	Da verificarsi	
	3) Temporale: riduzione dei tempi di lavorazione di pratiche ordinarie	Non verificabile causa pandemia	Non recensita	Da verificarsi	Da verificarsi	
	EFFICACIA					
	1) Quantitativa: Quantità erogata, quantità fruita	Non recensita	Non recensita	Da verificarsi	Da verificarsi	
2) Qualitativa: Qualità erogata, qualità percepita	Non recensita	Non recensita	Da verificarsi	Da verificarsi		

	INDICATORI	STATO 2020	Fase di avvio STATO 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>stakeholders</i> e maggiore coinvolgimento dei dipendenti
	1) Sociale: per gli utenti, per i lavoratori	Non recensita	Non recensita	Da verificarsi	Da verificarsi	
	2) Ambientale: per la collettività	Non recensita	Non recensita	Da verificarsi	Da verificarsi	
	3) Economico: per i lavoratori	Riduzione costi di trasporto	Riduzione costi di trasporto	Da verificarsi	Da verificarsi	
	IMPATTI INTERNI					
	1) Miglioramento/Peggioramento o salute organizzativa	Non recensita	Non recensita	Da verificarsi	Da verificarsi	
	2) Miglioramento/Peggioramento o salute professionale	Non recensita	Non recensita	Da verificarsi	Da verificarsi	
	3) Miglioramento/Peggioramento o salute economico-finanziaria	Non recensita	Non recensita	Da verificarsi	Da verificarsi	
	4) Miglioramento/Peggioramento o salute digitale	Non recensita	Non recensita	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

PIANO DI AZIONI POSITIVE DELL'ASL AL TRIENNIO 2022 – 2024

Allegato al Piano Triennale della Performance

SOMMARIO

- 1. PREMESSA**
- 2. NORMATIVA DI RIFERIMENTO**
- 3. ANALISI DEL CONTESTO**
- 4. RILEVAZIONE DATI SU PERSONALE E RETRIBUZIONI**
- 5. LE AZIONI POSITIVE PER IL TRIENNIO 2022 – 2024**
- 6. MODALITA' DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEL PIANO**

1. PREMESSA

Il Comitato Unico di Garanzia (di seguito CUG) dell'ASL AL ha dato avvio alle azioni propedeutiche alla definizione delle proposte per la programmazione delle azioni positive attraverso la mappatura delle iniziative già in corso di realizzazione.

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

Si è pertanto proceduto all'approfondimento della normativa di riferimento, all'analisi del contesto, la condivisione dei dati sul personale e sulle retribuzioni, la strutturazione delle azioni positive per il triennio 2022 – 2024, la definizione delle modalità di monitoraggio e di valutazione del Piano.

Il Piano, in particolare, individua alcune priorità di azione finalizzate a promuovere sperimentazioni e iniziative di sistema di carattere trasversale che possano favorire processi virtuosi.

2. NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Il D.lgs 165/2001 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni" stabilisce, all'art 57, che le pubbliche amministrazioni costituiscano al proprio interno il «Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni».

Il D. Lgs. 11 aprile 2006, n.198 (Codice delle Pari Opportunità), ha per oggetto "le misure volte ad eliminare ogni distinzione, esclusione o limitazione basata sul sesso, che abbia come conseguenza, o come scopo, di compromettere o di impedire il riconoscimento, il godimento o l'esercizio dei diritti umani e delle libertà fondamentali in campo politico, economico, sociale, culturale e civile o in ogni altro campo" (art. 1), e, al Capo II, stabilisce il divieto di discriminazioni fondate sul sesso.

Il Codice delle Pari Opportunità individua in capo alle Amministrazioni il compito di promuovere le azioni positive. *"Le azioni positive, consistenti in misure volte alla rimozione degli ostacoli che di fatto impediscono la realizzazione di pari opportunità, nell'ambito della competenza statale, sono dirette a favorire l'occupazione femminile e realizzate l'uguaglianza sostanziale tra uomini e donne nel lavoro"*

Le azioni positive hanno lo scopo di (art. 42, comma 2):

- 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.

In attuazione a tale normativa la Presidenza del Consiglio dei Ministri ha emanato la Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri 23 maggio 2007 "Misure per attuare la parità e pari opportunità tra uomini e donne nelle amministrazioni pubbliche".

Alcuni interventi normativi successivi hanno delineato una prospettiva più ampia della definizione di concetto di pari opportunità e della sua applicazione nell'azione delle Pubbliche Amministrazioni.

In primis il D.Lgs. n.81/08 sulla sicurezza sul lavoro, che all'art.2 definisce la salute come "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non consistente solo in un'assenza

di malattia o d'infermità", e all'art.25, tra gli obblighi del medico competente, prevede che egli collabori "alla attuazione e valorizzazione di programmi volontari di "promozione della salute", secondo i principi della responsabilità sociale".

Dispone inoltre all'art.28, che la valutazione dei rischi debba "riguardare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ... tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato, ... quelli riguardanti le lavoratrici in stato di gravidanza, ... nonché quelli connessi alle differenze di genere, all'età, alla provenienza da altri paesi e quelli connessi alla specifica tipologia contrattuale attraverso cui viene resa la prestazione di lavoro."

Il D.lgs 150/2009 sottolinea, invece, la rilevanza del principio delle pari opportunità quale ambito di misurazione e valutazione della performance organizzativa delle amministrazioni pubbliche (art. 8).

Successivamente la Legge 4 novembre 2010, n.183 ha previsto l'ampliamento delle garanzie, oltre che alle discriminazioni legate al genere, anche ad ogni altra forma di discriminazione, diretta e indiretta: età, orientamento sessuale, razza, origine etnica, disabilità e lingua, estendendola all'accesso, al trattamento e alle condizioni di lavoro, alla formazione, alle progressioni di carriera e alla sicurezza.

Anche la Regione Piemonte ha declinato le modalità attuative di tali indicazioni normative: nella L.R. 8/2009 "Integrazione delle politiche di pari opportunità di genere nella Regione Piemonte e disposizioni per l'istituzione dei bilanci di genere specificando che *"La Regione persegue una politica di pari opportunità fra uomini e donne nell'organizzazione del personale regionale e nello sviluppo della carriera e adotta, con le modalità previste dalla legislazione regionale di settore, piani di azioni positive per rimuovere gli ostacoli che di fatto impediscono un pieno inserimento delle donne nell'attività lavorativa ed una loro concreta partecipazione ad occasioni di avanzamento professionale.*

La Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri 4/3/2011 "Linee Guida sulle modalità di funzionamento dei "Comitati Unici di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" ha ulteriormente declinato funzioni e compiti dei C.U.G. quali: assicurare, nell'ambito del lavoro pubblico, parità e pari opportunità di genere, favorire l'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, razionalizzare e rendere efficace ed efficiente l'organizzazione della P.A. anche in materia di pari opportunità.

La recente direttiva n. 2/2019 della Presidenza del Consiglio dei Ministri "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei comitati unici di garanzia nelle amministrazioni pubbliche" ha declinato le linee di azione concrete a cui si devono attenere le amministrazioni pubbliche per raggiungere gli obiettivi che la direttiva si pone:

1. Prevenzione e rimozione delle discriminazioni
2. Piani triennali di azioni positive
3. Politiche di reclutamento e gestione del personale
4. Organizzazione del lavoro
5. Formazione e diffusione del modello culturale improntato alla promozione delle pari opportunità e alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.
6. Rafforzamento dei Comitati unici di Garanzia

La direttiva, inoltre, precisa le modalità di raccolta e analisi dei dati relativi al personale che le Amministrazioni devono fornire al C.U.G. specificando che tali informazioni confluiscono integralmente come allegato alla relazione che il CUG predispone entro il 30 marzo e che invia al Dipartimento della funzione pubblica e al Dipartimento per le Pari Opportunità.

3. ANALISI DEL CONTESTO

In ottemperanza alla normativa di riferimento sopra richiamata, L'ASL AL con Deliberazione n. 669 del 12/03/2013 ha istituito il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni e successivamente con deliberazione n. 156 del 20/02/2014 ha adottato il regolamento interno del CUG.

L'ASL AL ha approvato, con Deliberazione n. 954 del 23.12.2013 il "Codice di Comportamento dell'ASL AL".

Successivamente, al fine di rafforzare ulteriormente le azioni di contrasto delle disparità di genere e di supporto al benessere organizzativo, l'ASL AL ha approvato, con Deliberazione n. 85 del 21.01.2015 il "Codice di condotta in materia di discriminazioni molestie e mobbing". Il Codice, frutto di un percorso di costruzione partecipato, è stato discusso e approvato anche dal Comitato Unico di Garanzia. Attraverso il Codice l'Azienda: promuove condizioni di lavoro favorevoli alle relazioni interpersonali, tutela il personale verso qualsiasi forma di discriminazione, assicura l'adempimento delle procedure atte a far cessare la condotta molesta, ribadisce che chi mette in atto condotte moleste viola un preciso dovere d'ufficio, garantisce il diritto alla riservatezza dei lavoratori che denunciano casi di violenza morale e/o psicologica.

In tal senso l'Azienda si è impegnata e si impegna a promuovere le seguenti azioni positive:

- Pianificazione attività di formazione volte a soddisfare i bisogni organizzativi ed individuali ed a promuovere lo sviluppo professionale del personale;
- Sviluppo di criteri di gestione del personale fondati sulla trasparenza, l'equità e la meritocrazia;
- Diffusione delle informazioni utili alla formazione – aggiornamento, all'organizzazione del lavoro ed ai percorsi di mobilità e sviluppo professionale.

Con Deliberazione n. 364 del 31/05/2016 sono stati nominati i Consiglieri di Fiducia ASL AL quali figure di riferimento all'interno dell'Azienda volte a facilitare l'emersione, il contrasto e la prevenzione di atti di discriminazione, molestie sessuali e morali, mobbing.

Al fine di garantire l'operatività del Comitato Unico di Garanzia con Deliberazione n. 385 del 16/05/2018 si è proceduto al rinnovo della sua composizione.

Nell'ASL AL è inoltre attivo il Gruppo Aziendale per il Coordinamento, lo sviluppo e la tutela del benessere e della salute Organizzativa nell'ASL AL (CoBSO).

Tale Gruppo ha promosso l'istituzione dello Sportello di Ascolto per la prevenzione del disagio psicologico e delle stress sui luoghi di lavoro, attivo dall'anno 2018.

Con Deliberazione n. 827 del 23/12/2019 sono stati nominati i nuovi consiglieri di Fiducia ASL AL interni ed esterni e con Deliberazione n. 110 del 18/02/2020 è stato approvato l'aggiornamento della composizione del CUG.

La composizione del CUG è in corso di aggiornamento in quanto risulta essere in fase di scadenza il quadriennio di nomina.

Nel corso dell'anno 2021 è stata approvata la revisione del Regolamento di funzionamento del C.U.G. ai sensi della Direttiva 2/2019.

4. RILEVAZIONE DATI SU PERSONALE E RETRIBUZIONI

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

Classi età Inquadramento	UOMINI					DONNE				
	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> di 60	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> di 60
DIRIGENTI RUOLO AMMINISTRATIVO - Str.Complexa									1	2
DIRIGENTI RUOLO AMMINISTRATIVO - Str. Semplice				1	1				2	
DIRIGENTI RUOLO AMMINISTRATIVO - Professionale									4	2
DIRIGENTI RUOLO PROFESSIONALE - Str.Complexa				1						
DIRIGENTI RUOLO PROFESSIONALE - Professionale		1		1	2				1	
DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI - Str.Complexa									3	
DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI - Str. Semplice								1	4	2
DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI - Professionale			2	2	1		8	12	21	6
DIRIGENTI RUOLO TECNICO - Professionale				1						
DIRIGENTI MEDICI - Str.Complexa			6	5	13			2	6	3

DIRIGENTI MEDICI - Str.Complexa t.det.					1					
DIRIGENTI MEDICI - Str. Semplice				13	15			2	10	7
DIRIGENTI MEDICI - Professionale		28	30	56	54		49	74	54	29
DIRIGENTI MEDICI - Professionale t.det.								1		
DIRIGENTI ODONTOIATRI - Str. Semplice				1						
DIRIGENTI ODONTOIATRI - Professionale				2			1			
DIRIGENTI VETERINARI - Str. Complexa					1					
DIRIGENTI VETERINARI - Str. Semplice				1	3					
DIRIGENTI VETERINARI - Professionale		2	4	4	15		1	1	1	1
PROFILI RUOLO AMMINISTRATIVO	2	13	20	47	17	5	16	65	214	95
PROFILI RUOLO AMMINISTRATIVO t.det.	4	6	8	2	1	3	18	8	9	
PROFILI RUOLO TECNICO	2	15	70	104	37	3	11	98	273	117
PROFILI RUOLO TECNICO t.det.	4	14	2	3		12	40	14	1	
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. FUNZIONI RIABIL.	1	2	5	12	4	6	8	25	62	23
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. FUNZIONI RIABIL. t.det.						4	3			
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. INFERMIERISTICO	30	48	47	69	18	107	135	231	607	88
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS.	6	5	2			13	6	7	4	

INFERMIERISTICO t.det										
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. TECNICO SANITARIO	5	14	6	16	10	11	23	28	37	14
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. TECNICO SANITARIO t.det	2	2				1	2			
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. VIGILANZA E ISPEZ.	5	2	1	16	7	3	5	4	15	4
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. VIGILANZA E ISPEZ. t.det						1				
Totale personale	61	152	203	357	200	169	326	573	1328	394
% sul personale complessivo	1,62%	4,04%	5,39%	9,49%	5,31%	4,49%	8,66%	15,23%	35,29%	10,47%

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

Classi età Tipo Presenza	UOMINI							DONNE						
	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> di 60	Tot	%	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> di 60	Tot	%
Tempo Pieno	61	151	194	345	194	945	97,12 %	169	321	496	1106	348	2440	87,46 %
Part Time >50%		1	5	10	3	19	1,95%		4	69	196	40	309	11,08 %
Part Time <50%			4	2	3	9	0,92%		1	8	26	6	41	1,47%
Totale	61	152	203	357	200	973		169	326	573	1328	394	2790	
Totale %	6,27 %	15,6 %	20,86 %	36,69 %	20,55 %			6,06 %	11,68 %	20,54 %	47,6 %	14,1 %		

POSIZIONI DI RESPONSABILITA' REMUNERATE NON DIRIGENZIALI, RIPARTITE PER GENERE

Tipo Posizione di responsabilità	UOMINI		DONNE		TOTALE	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
Incarichi di funzione di organizzazione ruolo sanitario	23	21,70%	83	78,30%	106	100%
Posizioni organizzative ruoli amministrativo e tecnico	15	36,59%	26	63,41%	41	100%
Totale personale	38	25,85%	109	74,15%	147	100%
% sul personale complessivo	1,01%		2,90%		3,90%	

FRUIZIONE DELLE MISURE DI CONCILIAZIONE PER GENERE ED ETA'

Classi età Tipo Misura conciliazione	UOMINI							DONNE						
	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> di 60	Tot	%	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> di 60	Tot	%
Personale che fruisce di part time orizzontale			3	10	1	14	21,54 %		2	52	144	28	226	50,90%
Personale che fruisce di part time verticale		1	6	2	5	14	21,54 %		3	24	75	18	120	27,03%
Personale che fruisce di part time misto										1	3		4	0,9%
Personale che fruisce di telelavoro														
Personale che fruisce del lavoro agile		9	7	12	9	37	56,92%	2	4	24	52	12	94	21,17%
Personale che fruisce di orari flessibili														
Altro														
Totale		10	16	24	15	65		2	9	101	274	58	444	
Totale %		15,38%	24,62%	36,92%	23,08%			0,45%	2,03%	22,75%	61,71%	13,06%		

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

	UOMINI		DONNE		TOTALE	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
Numero permessi giornalieri L.104/1992 fruiti	1391	14,18%	8421	85,82%	9812	100%
Numero permessi orari L.104/1992 (n.ore) fruiti	695	11,2%	5511	88,8%	6206	100%
Numero permessi giornalieri per congedi parentali fruiti	270	5,92%	4292	94,08%	4562	100%
Numero permessi mezza giornata per congedi parentali fruiti			16	100%	16	100%
Numero permessi orari per congedi parentali fruiti	8	1,69%	466	98,31%	474	
Totale	2364		18706		21070	
% sul personale complessivo	11,22%		88,78%		100%	

FRUIZIONE DELLA FORMAZIONE SUDDIVISO PER GENERE, LIVELLO ED ETA'

CLASSI ETA' TIPO FORMAZIONE	UOMINI							DONNE						
	<30	Da 31 a 40	Da 41 a 50	da 51 a 60	>60	Tot	%	<30	Da 31 a 40	Da 41 a 50	da 51 a 60	>60	Tot	%
Obbligatoria (sicurezza)	254	274	413	705	313	1959	22,9	478	707	1684	3148	243	6260	77,1
Aggiornamento professionale	544	722	1064	1821	792	4943	25,0	1082	1592	3809	7118	1228	14829	75,0
Competenze manageriali/Relazionali	0	32	32	96	32	192	54,5	0	32	0	64	64	160	45,5
Tematiche CUG	0	0	0	0	0	0	0,0	0	0	0	0	0	0	0,0
Violenza di Genere	0	0	0	0	0	0	0,0	0	8	8	8	8	32	100,0
Altro (specificare)	0	0	0	0	0	0	0,0	0	0	0	0	0	0	0,0
Totale ore	798	1028	1509	2622	1137	7094		1560	2339	5501	10338	1543	21281	
Totale ore %	11,24	14,49	21,27	36,96	16,04			7,30	10,99	25,85	48,58	7,28		

5. LE AZIONI POSITIVE PER IL TRIENNIO 2022 – 2024

La programmazione delle azioni positive per il triennio 2022 – 2024 muove dalle iniziative già realizzate o avviate dall'ASL AL in attuazione delle indicazioni normative nazionali e regionali in materia di pari opportunità.

Il Piano 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. In coerenza con quanto previsto dalla Direttiva n. 2/2019, il Piano triennale di azioni positive dovrà essere aggiornato annualmente, anche come allegato al Piano della Performance.

Il Piano di Azioni Positive dell'ASL AL per il triennio 2022 – 2024 prevede complessivamente 4 linee di azione declinate nelle schede sintetiche che seguono.

Oltre a tali azioni specifiche, si prevedono alcune **azioni di sistema** volte a rafforzare il ruolo del C.U.G.:

- Formazione congiunta ai componenti del C.U.G. e alle Consigliere di Fiducia sulle tematiche oggetto di lavoro;
- 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.

AZIONE POSITIVA 1	Migliorare la conoscenza e la fruibilità degli strumenti aziendali funzionali ad affrontare le difficoltà all'interno del contesto organizzativo
Obiettivi	Miglioramento della capacità dei dipendenti di affrontare le difficoltà all'interno del proprio luogo di lavoro attraverso l'aumento dell'utilizzo degli strumenti aziendali
Azioni	1. Favorire la conoscenza e la fruibilità degli organismi, delle figure, degli strumenti e dei servizi presenti in Azienda e attivi sui temi del benessere organizzativo e sulla prevenzione e tutela di situazioni di violenza, mobbing, disagio: Comitato Unico di Garanzia, Consigliere di Fiducia, Sportello di Ascolto.
Attività	1.a) Aggiornamento delle pagine web relative a CUG, Consigliere di Fiducia e Sportello di Ascolto e inserimento in canali social aziendali 1.b) Utilizzo Infodipendenti 1.c) Realizzazione opuscoli informativi e diffusione del Codice di Condotta, del Codice Etico e del Piano di Azioni Positive 1.d) Affissione locandine presso i timbratori delle diverse sedi
Attori coinvolti	Componenti Comitato Unico di Garanzia Consigliere di Fiducia Referenti Sportello di Ascolto
Risultati attesi	Realizzazione materiale informativo e campagna di diffusione
Beneficiari	Personale ASL AL
Spesa	Risorse interne
Tempi	Triennio 2022/2024

AZIONE POSITIVA 2	Sostenere la diffusione di una cultura aziendale orientata alla promozione del benessere organizzativo e della salute
Obiettivi	Miglioramento dello stato di benessere fisico, psichico e sociale dei lavoratori all'interno dell'Azienda anche attraverso la valorizzazione del senso di appartenenza aziendale
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analisi clima organizzativo a livello aziendale 2. Promozione di iniziative volte a prevenire le situazioni di malessere lavorativo, migliorare il contesto lavorativo, accrescere la conoscenza delle attività dell'ASL AL e a valorizzare il senso di appartenenza aziendale.
Attività	<ol style="list-style-type: none"> 1.a) Costruzione e somministrazione questionario analisi benessere organizzativo a livello aziendale 1.b) Analisi e diffusione risultati questionario e dati dell'attività del CUG, delle Consigliere di Fiducia, dello Sportello di Ascolto 2.a) Declinazione di proposte di iniziative rivolte al personale dell'Azienda volte a migliorare il contesto lavorativo e la qualità della vita
Attori coinvolti	Componenti Comitato Unico di Garanzia Consigliere di Fiducia Referenti Sportello di Ascolto
Misurazione	Analisi esiti questionario Attivazione iniziativa sperimentale
Beneficiari	Personale ASL AL
Spesa	Risorse interne e risorse destinate alla formazione
Tempi	Triennio 2022/2024

AZIONE POSITIVA 3	Sostenere lo sviluppo di conoscenze e competenze del personale dell'ASL AL
Obiettivi	Valorizzazione delle risorse umane impiegate in azienda e accrescimento del know how del personale
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promozione di percorsi formativi per tutto il personale sia in termini di approfondimento specialistico sia in termini di sviluppo di competenze trasversali 2. Promozione moduli formativi su tematiche attinenti al CUG con particolare riferimento alla discriminazione, alla medicina di genere, alla violenza di genere
Attività	<ol style="list-style-type: none"> 1.a) Analisi fabbisogno formativo del personale 1.b) Definizione piano di formazione annuale 1.c) Realizzazione corsi di formazione, anche in materia di violenza di genere 1.d) Organizzazione, partecipazione e diffusione di iniziative (corsi, convegni, workshop, ecc) volte a favorire lo scambio di conoscenze e di buone prassi a livello locale, regionale, nazionale e internazionale 2.a) Organizzazione di momenti formativi-informativi su tematiche relative a pari opportunità, prevenzione e contrasto di ogni forma di discriminazione, medicina di genere, violenza di genere
Attori coinvolti	S.C. Personale e Sviluppo Risorse Umane S.S.A. Comunicazione, URP, Formazione
Misurazione	Analisi dati piano della formazione
Beneficiari	Personale ASL AL
Spesa	Risorse interne e risorse destinate alla formazione
Tempi	Triennio 2022/2024

AZIONE POSITIVA 4	Promuovere lo studio di fattibilità circa l'attivazione di misure volte a favorire la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro
Obiettivi	Promuovere e sostenere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro del personale
Azioni	1. Costruzione di uno studio di fattibilità/documento di approfondimento per l'analisi e l'implementazione di misure aziendali volte a favorire la conciliazione dei tempi, anche in un'ottica di rete territoriale
Attività	1.a) Analisi del fabbisogno di conciliazione del personale 1.b) Analisi misure di conciliazione già attive 1.c) Analisi normativa di riferimento 1.d) Declinazione elementi di fattibilità circa l'introduzione di alcune misure di conciliazione, anche in forma sperimentale
Attori coinvolti	S.C. Personale e Sviluppo Risorse Umane
Misurazione	Stesura studio di fattibilità
Beneficiari	Personale ASL AL
Spesa	Risorse interne – Finanziamenti da bandi
Tempi	Triennio 2022/2024

6. MODALITA' DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEL PIANO

Lo scopo della valutazione è quello di analizzare l'efficacia e l'incisività delle azioni intraprese nonché la loro coerenza con gli obiettivi prefissati e con il contesto di riferimento, in un'ottica di miglioramento continuo sia delle azioni poste in essere sia della capacità di progettarle.

L'approccio di alternare progettazione e valutazione, rendendo possibili correzioni in itinere sia delle azioni sia degli obiettivi prefissati, permette infatti l'attivazione di un processo dinamico che coinvolge i diversi livelli delle organizzazioni.

Nell'ambito del monitoraggio e della valutazione del Piano di Azioni positive ci si propone pertanto, oltre alla misurazione degli indicatori previsti dalle singole schede – azione del precedente paragrafo 5 , di effettuare una valutazione del documento programmatico nel suo complesso anche in raccordo con il processo di valutazione previsto dal Piano della Performance.

La valutazione del Piano di Azioni Positive 2022 – 2024 sarà pertanto effettuata su diverse direttrici:

- Monitoraggio, verifica e valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi prefissati a livello generale
- Valutazione dell'impatto delle azioni positive realizzate sul contesto organizzativo e sul personale a livello aziendale

Relativamente agli strumenti si evidenzia che, oltre ai metodi di carattere quantitativo, come l'analisi di dati o di questionari, si potranno aggiungere i metodi qualitativi, quali interviste in profondità o focus-group, che possono aiutare a comprendere il senso delle evidenze empiriche o mettere a fuoco elementi che i dati, da soli, non farebbero emergere.

Le dimensioni su cui potranno focalizzarsi i percorsi valutativi sono: le risorse impiegate (economiche, umane, immateriali), i processi attivati (come vengono gestite le risorse), i prodotti realizzati (che cosa viene prodotto in termini di azioni e interventi), l'impatto sui destinatari diretti ed indiretti delle azioni.

Nella relazione annuale a cura del Comitato Unico di Garanzia sarà data evidenza degli esiti della valutazione del Piano di Azioni Positive e saranno formulate le conseguenti proposte di aggiornamento.

A seguito della condivisione degli esiti del monitoraggio e della valutazione, si procederà, infatti, all'aggiornamento annuale, così come previsto dal precedente paragrafo 5.