



PIANO DELLA PERFORMANCE

ANNI 2019 – 2021

Aggiornamento Anno 2020

REGIONE PIEMONTE – ASL ALESSANDRIA

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	20
3.1.3 Sistema di offerta	29
3.1.4 Dati sanitari	30
3.2 Analisi del contesto interno	37
3.2.1 Il modello organizzativo dell'ASL AL	37
3.2.2 Risorse umane e professionali	38
3.2.3 Risorse tecnologiche	41
3.2.4 Risorse economiche e finanziarie	42
4. OBIETTIVI STRATEGICI E OBIETTIVI AZIENDALI	43
4.1 Le azioni programmate per l'anno 2020	43
4.2 Albero della performance	50
5. DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI	55
5.1 La programmazione gestionale e il sistema di budget nell'ASL AL	55
5.2 Il sistema premiante	57
6. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PRIVACY	59
6.1 Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione delle performance	62
6.2 Coerenza con il Piano triennale per la prevenzione della corruzione e trasparenza	62

1 - PRESENTAZIONE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE

1.1 – PREMESSA

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

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

Il piano della performance 2020 prosegue l'iter di quanto avviato lo scorso anno per presentare la programmazione aziendale, illustrando il quadro degli obiettivi e delle attività che l'ASL AL intende perseguire nell'anno che si avvia, con la finalità di garantire la massima trasparenza ed informazione ai dipendenti e ai cittadini sulle attività programmate.

1.2. FINALITA' E CONTENUTI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2 – IDENTITA' DELL'AZIENDA SANITARIA ASL AL

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

L'Azienda ritiene quindi sostanziali il coinvolgimento e l'integrazione di tutti gli attori del processo di governo del sistema sanitario del territorio (istituzioni locali, professionisti sanitari, Organizzazioni Sindacali, Associazioni del Volontariato) indispensabili nel definire e realizzare il difficile ma auspicabile equilibrio tra costi e benefici per la popolazione servita. La missione istituzionale dell'ASL AL consiste quindi nel farsi carico, in modo costante e uniforme, dei bisogni di salute dei residenti e nel garantire ai predetti l'erogazione delle prestazioni inserite nei livelli essenziali di assistenza, assicurando risposte qualificate, appropriate e tempestive, su più livelli di complessità.

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

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

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

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

2.1 – Chi siamo

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

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

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

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

Il logo ufficiale dell'ASL AL è rappresentato da:



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

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

Il territorio di riferimento dell'ASL AL comprende 195 Comuni con una popolazione residente al 31.12.2018 di 432.818 abitanti (fonte: BDDE Regione Piemonte) distribuiti su un territorio di 3.679 mq – densità media 117,64 – ed è articolato in quattro distretti:

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

Complessivamente la percentuale di residenti con età maggiore a 65 anni (popolazione anziana) è pari al 27,69%.

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

I principali stakeholders dell'Azienda sono:

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

2.2 – Cosa facciamo

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

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

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

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

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

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

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

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

Ne scaturisce una serie di interventi, diretti a perseguire:

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

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

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

2.3 – Come operiamo

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

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

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

3 – ANALISI DEL CONTESTO

3.1 – Analisi del contesto esterno

3.1.1 – Analisi ambientale

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

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

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

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

Mobilità passiva Ricoveri e Day hospital

La produzione dei Presidi Ospedalieri dell'ASL AL soddisfa il 35,6% in termini di casi ed il 29,5% in termini di valore del fabbisogno complessivo di ricoveri per i residenti del territorio ASL AL (dati anno 2018).

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 34,6% dei casi e 37,5% del valore); per quanto riguarda l'alta specialità, l'attività dell'ASO AL per i residenti dei Distretti dell'ASL AL è pari al 36,9% in termini di casi e al 41,0% in termini di valore.

In particolare l'ASO di Alessandria soddisfa il 67,1% in termini di casi ed il 65,8% 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 57,3% dei casi e 60,0% del valore.

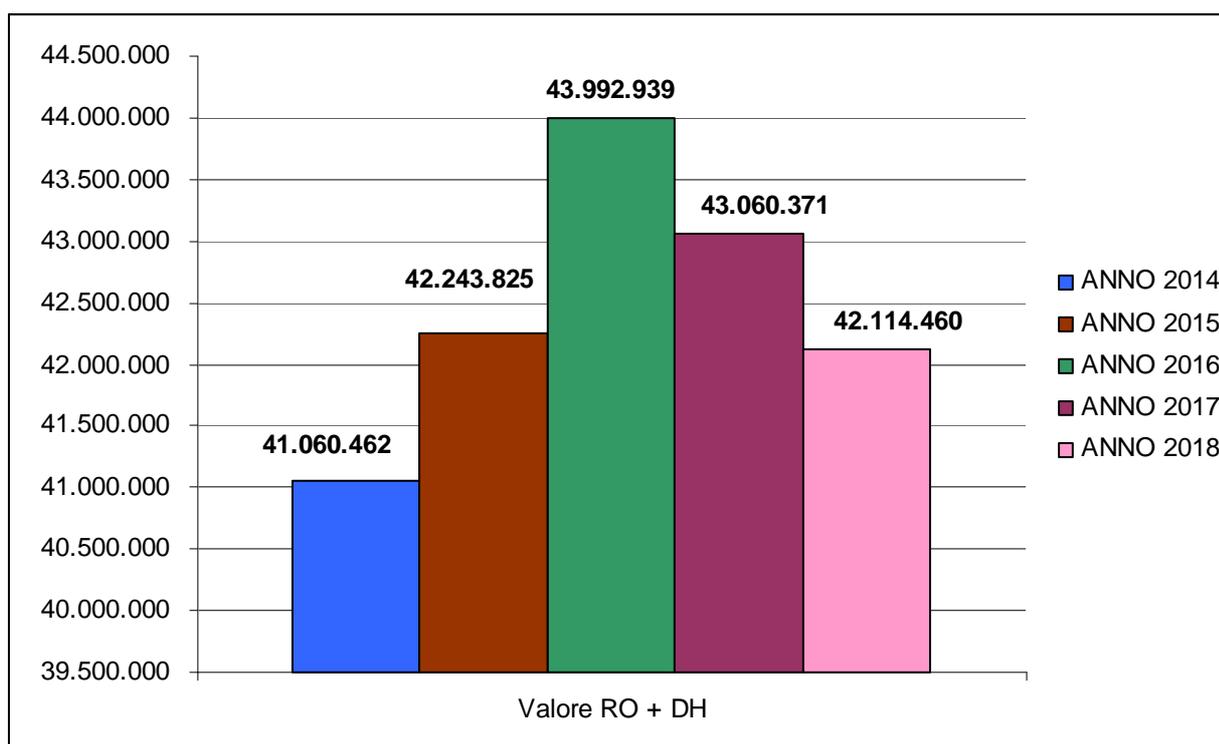
Per quanto riguarda gli altri Distretti (al di fuori di Alessandria – Valenza), invece, l'Azienda Ospedaliera di Alessandria soddisfa il 16,0% di casi ed il 17,5% di valore per le discipline di medio-bassa specialità, mentre per l'alta specialità solamente il 26,2% ed il 30,4%.

Ruolo particolarmente significativo rivestono le Case di cura private accreditate del territorio: complessivamente il 6,5% dei casi e 8,3% 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 1,4% casi e 1,3% valore.

Caratteristica dell'ospedalizzazione dei residenti dell'ambito territoriale dell'ASL AL è rappresentata dalla forte incidenza della mobilità passiva extraregione (complessivamente il 16,5% dei casi e 17,5% 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 16,2% dei casi ed il 17,2% del valore complessivo.

ANDAMENTO MOBILITA' PASSIVA EXTRAREGIONE ASLAL - RICOVERI (VALORE)



In riferimento alla D.G.R. 14 giugno 2018, n. 37-7057 l'ASL AL ha proceduto alla sottoscrizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati per gli anni 2018-2019, previo confronto con le singole strutture erogatrici, e in base ai valori di riferimento definiti per l'anno 2019 con determinazione 272 del 16.04.2019, sono stati sottoscritti gli addendum integrativi agli accordi contrattuali 2018-2019.

Nell'ambito della definizione dei tali contratti si è proceduto per ciascuna struttura privata accreditata alla determinazione delle prestazioni e relativi valori economici finalizzati al recupero della mobilità passiva fuori regione (All C contratto-tipo D.G.R. 14.6.2018, n. 37-7057); la determinazione di tali incrementi di tetti di spesa è avvenuta tenendo conto della effettiva possibilità, legata alla capacità produttiva delle strutture, di soddisfare il fabbisogno atteso per i residenti ASL AL da parte della strutture stesse.

Si è proceduto, contestualmente, a segnalare alle AA.SS.LL. competenti per territorio, come previsto dalla citata D.G.R. 14 giugno 2018, n. 37-7057, le prestazioni ed i tetti di spesa aggiuntivi per le strutture private accreditate per le quali era possibile uno sviluppo dell'attività per residenti ASL AL, sempre finalizzata alla riduzione della fuga extraregione.

In particolare è stato riconosciuto, come previsto dalla DGR citata, un importo extrabudget alle strutture private accreditate finalizzato al recupero della fuga extraregione sulle specialità e DRG che presentano indici di mobilità particolarmente elevati (cardiologia, ortopedia, RRF), in maniera minore su altre specialità erogate dai privati del nostro territorio (cardiologia, chirurgia generale).

ANNO 2018 – CONSUMO STORICO DI RICOVERI PER DISCIPLINA PER RESIDENTI ASL AL

ANNO 2018	DISCIPLINA	TOT PIEMONTE		PPOO ASL AL		PPOO ASL AT		ASO AL	
		Casi	Valore	Casi	Valore	Casi	Valore	Casi	Valore
TOT		57.817	197.827.556,63	25.088	70.708.809,79	784	2.618.410,00	24.132	89.921.686,58
	01 - ALLERGOLOGIA	34	26.141,00	34	26.141,00				
	04 - WEEK SURGERY	12	26.176,00						
	06 - CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA	14	112.107,00						
	07 - CARDIOCHIRURGIA	462	8.960.659,84					253	5.246.938,00
	08 - CARDIOLOGIA	4.204	18.129.362,72	1.067	3.282.852,00	96	637.534,00	1.681	8.155.059,72
	09 - CHIRURGIA GENERALE	5.644	20.319.479,99	3.709	10.858.940,27	28	181.511,00	989	5.504.459,60
	10 - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	100	245.447,00			90	209.396,00		
	11 - CHIRURGIA PEDIATRICA	595	1.002.657,60					586	983.388,60
	12 - CHIRURGIA PLASTICA	424	904.388,60					384	799.616,60
	13 - CHIRURGIA TORACICA	308	1.545.184,20					262	1.196.831,20
	14 - CHIRURGIA VASCOLARE	606	3.373.179,80			24	85.545,00	543	3.041.813,60
	18 - EMATOLOGIA	543	2.968.622,58			1	1.113,00	521	2.853.775,08
	19 - MALATTIE ENDOCRINE E DELLA NUTRIZIONE	138	98.467,00					110	34.823,00
	20 - IMMUNOLOGIA	1	644,00						
	21 - GERIATRIA	856	2.856.053,00			7	22.713,00	844	2.822.588,00
	24 - MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	569	2.363.606,40			15	100.233,00	528	2.085.482,40
	25 - MEDICINA DEL LAVORO	4	5.973,00						
	26 - MEDICINA GENERALE	9.161	29.435.399,80	6.628	20.806.258,40	53	231.445,00	2.212	7.681.254,80
	28 - UNITA' SPINALE	78	1.834.034,00					76	1.818.900,00
	29 - NEFROLOGIA	636	2.012.770,20	296	927.075,60	3	23.926,00	322	1.011.628,60
	30 - NEUROCHIRURGIA	642	5.931.831,20					607	5.666.800,20
	31 - NIDO	2.078	2.109.712,00	872	827.159,00	60	54.587,00	1.086	1.165.078,00
	32 - NEUROLOGIA	2.077	7.232.278,60	1.032	4.113.811,80	25	100.160,00	750	2.515.937,20
	33 - NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	251	400.261,40					249	396.946,40
	34 - OCULISTICA	974	1.233.153,98	377	501.242,63	3	4.590,00	542	654.393,04
	35 - ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	145	182.039,00	34	24.992,00			89	121.129,00
	36 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	5.271	23.546.737,60	2.282	9.775.253,60	40	148.046,00	1.246	5.934.018,60
	37 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	5.398	8.369.408,80	2.661	3.932.220,20	202	432.781,00	2.303	3.573.543,60
	38 - OTORINOLARINGOIATRIA	2.198	4.742.196,80	722	1.437.835,00	17	71.250,00	1.368	2.867.558,80
	39 - PEDIATRIA	1.644	2.630.015,00	570	1.045.832,40	17	28.988,00	997	1.467.155,60
	40 - PSICHIATRIA	1.087	1.893.723,40	605	1.037.979,60	6	10.205,00	470	813.114,80
	43 - UROLOGIA	2.785	6.921.189,80	1.607	3.319.523,80	30	72.223,00	793	2.371.080,40
	47 - GRANDI USTIONATI	3	54.816,00						
	48 - NEFROLOGIA (TRAPIANTI DI RENE)	41	549.026,24						
	49 - TERAPIA INTENSIVA	1.933	8.526.734,80	1.091	3.715.284,80	28	81.089,00	788	4.396.012,00
	50 - UNITA' CORONARICA	277	1.140.138,60	194	567.043,40	3	9.122,00	71	483.591,20
	52 - DERMATOLOGIA	102	205.512,00			10	17.330,00		
	56 - RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	2.601	12.435.125,37	668	3.469.866,49	5	42.003,00	618	3.428.559,74
	58 - GASTROENTEROLOGIA	606	1.273.996,20	82	19.620,00			426	916.382,20
	60 - LUNGODEGENTI	22	124.512,40			6	15.708,00		
	61 - MEDICINA NUCLEARE	27	39.422,80					27	39.422,80
	62 - NEONATOLOGIA	18	195.311,00			7	26.153,00		
	64 - ONCOLOGIA	1.858	4.261.798,37	506	958.064,80	8	10.759,00	1.275	3.055.467,60
	65 - ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	122	454.944,34						
	68 - PNEUMOLOGIA	916	2.938.977,80	51	61.813,00			806	2.703.963,80
	69 - RADIOLOGIA	6	8.110,00						
	70 - RADIOTERAPIA	1	2.471,00						
	71 - REUMATOLOGIA	104	167.070,00					100	155.127,00
	73 - TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	116	1.491.183,40					115	1.489.887,40
	74 - RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	3	8.539,00						
	75 - NEURORABILITAZIONE	88	2.456.502,00					87	2.446.632,00
	76 - NEUROCHIRURGIA PEDIATRICA	9	31.962,00						
	77 - NEFROLOGIA PEDIATRICA	7	9.840,00						
	78 - UROLOGIA PEDIATRICA	10	15.336,00						
	97 - DETENUTI	8	23.326,00					8	23.326,00

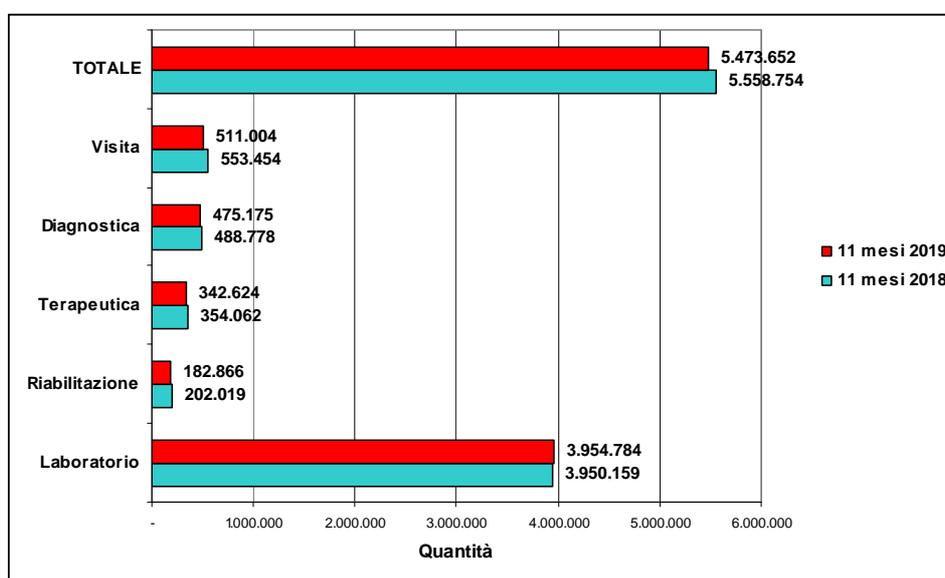
Mobilità passiva specialistica

Analoghe considerazioni possono essere effettuate per quanto riguarda la specialistica ambulatoriale; per tale voce cresce l'incidenza dell'attività dei nostri ambulatori sul consumo dei residenti ASL AL soprattutto in termini di quantitativi di prestazioni (62,2% sul totale complessivo del consumo).

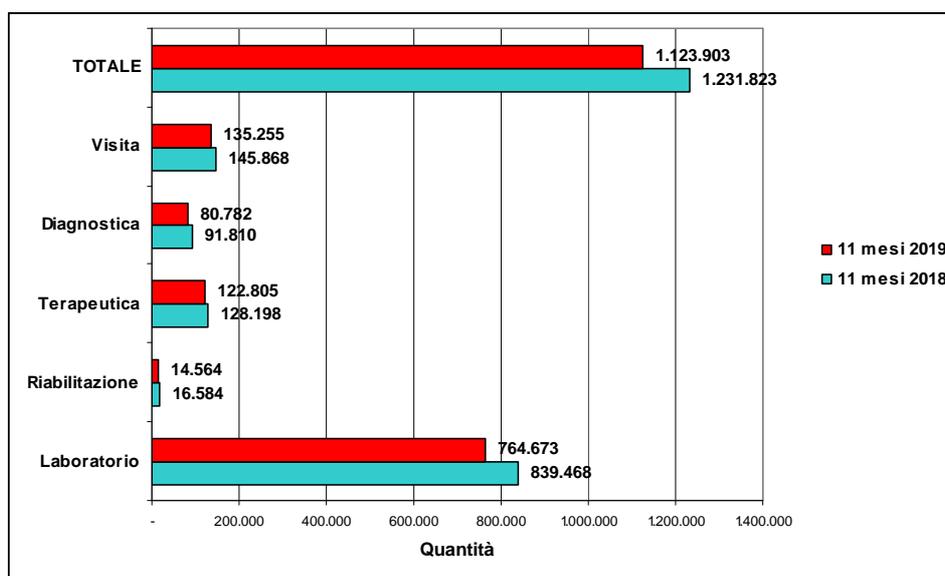
Rilevante il ruolo dell'ASO AL (28,4% del valore complessivo), degli Istituti privati ASL AL (16,7% del valore) e delle strutture ospedaliere e territoriali extraregione (14%).

ANDAMENTO CONSUMO PRESTAZIONI SPECIALISTICA RESIDENTI ASL AL (QUANTITA')

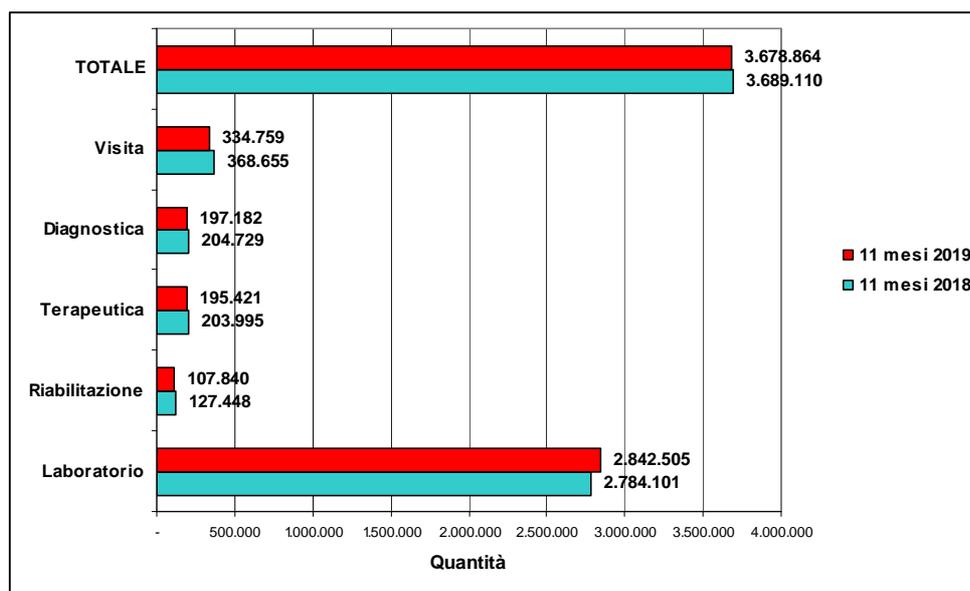
DA EROGATORI TOT PIEMONTE



DA EROGATORI ASO AL



DA EROGATORI ASL AL



ANNO 2018 – CONSUMO STORICO DI PRESTAZIONI PER BRANCA PER RESIDENTI ASL AL

ANNO 2018	BRANCA	TOT PIEMONTE		ASL AL		ASL AT		ASO AL	
		Q.tà	Valore lordo	Q.tà	Valore lordo	Q.tà	Valore lordo	Q.tà	Valore lordo
TOT		5.969.888	83.817.144,14	3.939.696	40.987.358,56	37.079	693.609,56	1.327.027	23.609.653,05
01 - ALLERGOLOGIA		19.363	303.951,60	11.576	183.917,70	72	1.014,70	7.313	111.608,40
05 - ANGIOLOGIA		3.323	49.847,70	3.322	49.827,00				
07 - CARDIOCHIRURGIA		255	4.139,70					187	3.207,90
08 - CARDIOLOGIA		96.291	2.819.324,70	54.611	1.455.690,00	702	19.728,70	18.631	548.156,50
09 - CHIRURGIA GENERALE		31.560	1.358.417,72	15.218	314.794,11	355	11.631,37	12.548	216.768,80
10 - CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE		1.603	29.250,90			448	7.939,80	1.122	20.776,20
12 - CHIRURGIA PLASTICA		6.710	195.732,46	3.126	105.181,80	161	2.819,30	2.928	74.308,66
13 - CHIRURGIA TORACICA		246	4.593,00					214	4.016,40
14 - CHIRURGIA VASCOLARE		9.820	324.658,40	2.815	108.626,60	161	5.332,00	5.614	153.986,00
18 - EMATOLOGIA		22.329	303.761,10	541	9.373,50	51	728,10	21.138	285.168,00
19 - ENDOCRINOLOGIA		11.015	172.997,70	5.662	88.729,70	69	983,70	4.505	70.844,10
20 - IMMUNOLOGIA		98	1.420,20						
21 - GERIATRIA		678	12.810,00			88	1.260,00	497	10.030,50
24 - MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI		3.457	52.995,90	348	4.816,80	208	3.065,40	2.277	35.956,50
26 - MEDICINA GENERALE		4.958	74.269,80	3.980	58.947,00	64	1.044,00	432	7.577,40
29 - NEFROLOGIA		153.407	10.496.567,30	98.162	6.758.142,00	427	19.211,00	53.743	3.663.749,10
30 - NEUROCHIRURGIA		3.868	118.738,30	497	6.417,70	6	74,00	3.258	104.834,90
32 - NEUROLOGIA		43.025	749.560,90	26.372	404.774,30	630	12.276,50	13.486	261.277,60
33 - NEUROPSICHIATRIA INFANTILE		25.463	524.290,90	21.075	436.773,00	64	1.212,70	3.988	77.920,60
34 - OCULISTICA		66.252	6.438.973,69	42.776	3.689.023,80	389	63.886,10	18.815	1.484.179,00
35 - ODONTOSTOMATOLOGIA		23.458	542.837,60	20.842	481.887,20	267	6.120,60	1.854	45.086,40
36 - ORTOPIEDIA		57.129	2.403.068,79	29.560	657.704,90	339	8.451,40	17.584	285.506,80
37 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA		47.542	1.163.065,10	37.908	830.807,50	978	34.930,10	6.706	205.286,20
38 - OTORINOLARINGOIATRIA		38.580	590.323,30	27.071	407.866,40	188	2.857,10	10.077	158.764,70
39 - PEDIATRIA		2.792	47.053,80	1.689	31.405,50	38	716,40	905	12.571,50
40 - PSICHIATRIA		40.560	629.211,40	29.061	474.666,40	691	12.745,30	9.627	122.193,20
43 - UROLOGIA		21.348	513.667,00	11.722	273.580,50	199	5.894,80	7.595	172.834,50
52 - DERMOSIFILOPATIA		27.306	471.600,88	18.652	335.521,30	444	7.561,09	6.728	105.813,39
56 - MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE		237.268	3.895.868,28	146.871	2.516.750,70	679	15.085,90	22.645	740.855,60
58 - GASTROENTEROLOGIA-CH/EN DIGESTIVA		23.133	1.294.147,95	10.692	601.499,20	309	19.381,90	9.204	477.256,10
61 - MEDICINA NUCLEARE		4.305	2.282.614,50					3.340	1.962.724,00
64 - ONCOLOGIA		49.230	2.818.512,50	25.433	1.496.337,10	1.092	51.950,60	18.619	1.077.226,80
68 - PNEUMOLOGIA		24.967	493.603,60	16.591	307.488,80	192	5.415,90	7.031	156.234,20
69 - RADIOLOGIA DIAGNOSTICA		331.410	18.353.131,28	109.463	5.822.043,10	1.987	104.668,40	32.931	2.422.343,30
70 - RADIOTERAPIA		41.580	3.897.871,80	4	4.131,60	2.366	130.620,50	33.333	3.197.521,40
71 - REUMATOLOGIA		7.348	132.910,20	1.760	28.694,40			5.017	94.509,40
79 - DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA		32.817	338.146,05	19.527	196.234,65	427	4.943,20	11.791	123.629,50
81 - CURE PALLIATIVE		10.022	229.179,00	9.311	212.893,50	97	2.208,50		
82 - ANESTESIA		10.837	341.987,80	7.007	108.192,90	44	1.057,20	3.437	215.769,30
85 - DIABETOLOGIA		37.172	503.762,50	17.572	244.397,40	305	6.231,00	18.951	248.190,70
91 - PSICOLOGIA		1.493	33.154,00	160	3.716,00	4	116,00	1.281	28.210,00
98 - LABORATORIO		4.314.778	18.208.801,24	3.053.742	11.910.685,10	21.805	116.417,80	904.070	4.409.324,50
99 - ALTRE PRESTAZIONI		81.092	596.323,60	54.977	365.819,40	733	4.028,50	23.605	213.435,00

Analogamente a quanto è avvenuto per i ricoveri, anche per la specialistica ambulatoriale, nell'ambito dei contratti per gli anni 2018 e 2019, sono state concordati con gli erogatori privati accreditati i livelli di produzione attesi, definendo, nell'ambito delle "prestazioni protette" e di quelle finalizzate al recupero della fuga extraregione, il fabbisogno atteso di prestazioni ambulatoriali per i residenti ASL AL, con particolare attenzione alle prestazioni che presentavano criticità per i tempi di attesa o che avessero particolare incidenza sulla mobilità passiva extraregione.

Tempi di attesa

Per quanto riguarda i tempi di attesa dell'attività di ricovero ospedaliero per alcune tipologie di prestazione si registrano talune criticità nel rispetto degli standard attesi; sostanzialmente in linea gli interventi per tumore mammella, colon-retto, prostata, utero e per protesi d'anca l'attività della rete ospedaliera ASL AL. Si registrano criticità su alcuni specifici interventi (ernie, colecistectomia, cataratta in regime di chirurgia ambulatoriale e di day surgery).

Per quanto attiene la specialistica ambulatoriale l'offerta per i residenti dell'ASL AL da parte dei diversi erogatori pubblici e privati presenta alcune criticità relativamente agli indici di rispetto dei tempi di attesa (in particolare per la classe di priorità D – differibile).

Le principali criticità si registrano per le prime visite nelle seguenti branche:

- oculistica
- malattie endocrine

Per quanto riguarda la diagnostica si registra un dato sostanzialmente positivo, soprattutto per l'area TAC e RMN dove l'offerta del privato accreditato contribuisce sensibilmente a migliorare i tempi di attesa nell'erogazione delle prestazioni.

Più critica l'area delle ecografie (addome, mammella, capo collo) ed ecocolordoppler (cardiaca, TSA, vasi periferici), soprattutto per quanto riguarda l'offerta degli erogatori ASL AL; anche in questo caso i migliori tempi di attesa del privato accreditato concorrono a garantire a livello distrettuale tempi di risposta tendenzialmente entro gli standard dei 60 giorni.

Maggiori problemi si registrano nell'area delle prestazioni endoscopiche:

- Colonscopia
- Sigmoidoscopia
- Esofagogastroduodenoscopia

a cui, inoltre, si associano le criticità per l'area dello screening oncologico.

Ulteriori criticità si registrano per

- Spirometria
- Fondo oculare
- Elettromiografia

Si riporta la rilevazione Tempi attesa specialistica ambulatoriale anno 2019 (11 mesi)

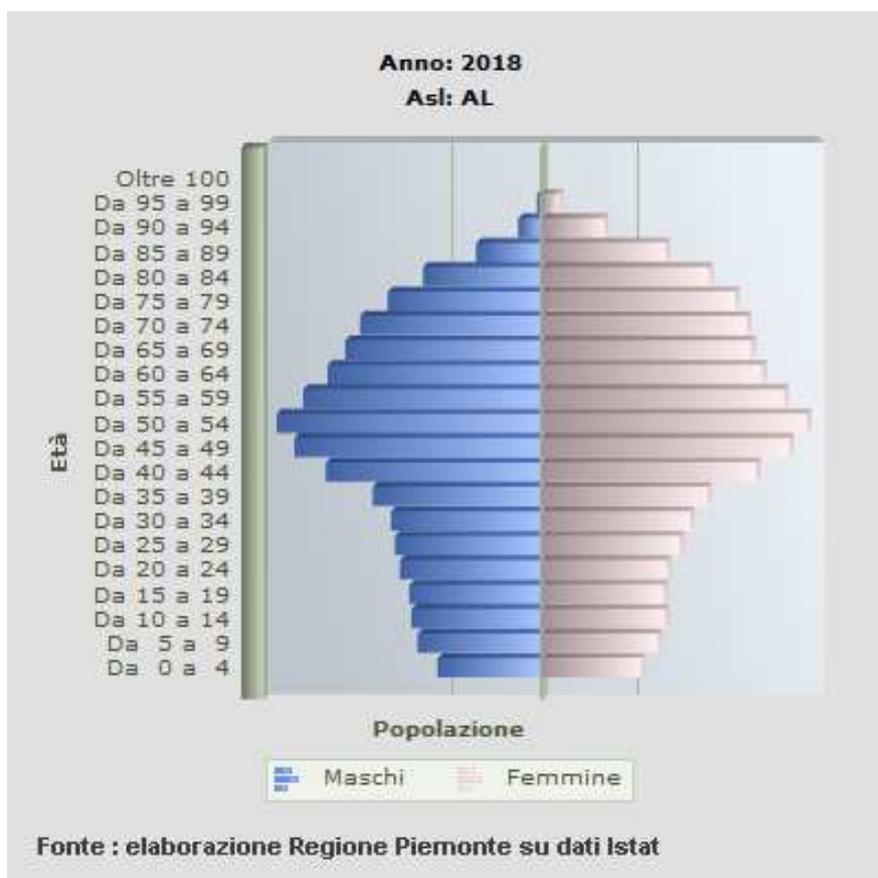
PRESTAZIONE	STANDARD	T.A. MEDIO (TU TELA)		T.A. MEDIO (PROD)	
		11m2018	11m2019	11m2018	11m2019
89.7 - PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	30	23,38	22,98	24,61	24,36
89.7 - PRIMA VISITA CHIRURGIA VASCOLARE	30	25,05	18,81		
89.7 - PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA	30	38,16	32,96	41,11	34,05
89.13 - PRIMA VISITA NEUROLOGICA	30	26,99	25,81	27,15	27,61
95.02 - ESAME COMPLESSIVO OCCHIO (PRIMA VISITA OCUListICA)	30	42,93	39,45	42,08	41,21
89.7 - PRIMA VISITA ORTOPEDICA	30	22,44	25,83	25,74	25,66
89.26 - PRIMA VISITA GINECOLOGICA	30	10,51	14,06	8,44	10,71
89.7 - PRIMA VISITA ORL	30	25,92	29,54	28,09	31,04
89.7 - PRIMA VISITA UROLOGICA	30	15,11	17,59	17,81	16,76
89.7 - PRIMA VISITA DERMATOLOGICA	30	39,81	24,18	48,18	24,28
89.7 - PRIMA VISITA FISIATRICA	30	21,73	29,52	28,15	28,96
89.7 - PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	30	29,52	27,43	30,23	28,86
89.7 - PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA	30	19,07	19,80	18,70	19,52
87.37.1 - MAMMOGRAFIA BILATERALE	40	35,20	22,63	31,00	31,02
87.37.2 - MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	40	35,54	26,18	30,11	30,00
87.41 - TC TORACE	30	11,20	14,64	20,11	24,16
87.41.1 - TC TORACE, SENZA E CON CONTRASTO	30	17,69	20,45	20,48	31,65
88.01.1 - TC ADDOME SUPERIORE	30	7,78	12,78	10,20	11,00
88.01.2 - TC ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	30	16,12	18,58	18,49	21,02
88.01.3 - TC ADDOME INFERIORE	30	8,86	10,03	8,39	11,30
88.01.4 - TC ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	30	16,72	12,35	10,08	11,02
88.01.5 - TC ADDOME COMPLETO	30	8,19	9,54	10,49	13,08
88.01.6 - TC ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO	30	16,20	19,45	20,50	30,03
87.03 - TC CAPO	30	8,32	10,91	10,08	10,00
87.03.1 - TC CAPO, SENZA E CON CONTRASTO	30	11,84	15,30	12,11	23,04
88.38.1 - TC RACHIDE E SPECO VERTEBRALE	30	6,26	6,81	10,29	11,78
88.38.2 - TC RACHIDE E SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO	30	5,12	7,97	10,00	10,00
88.38.5 - TC BACINO	30	6,07	6,73	5,28	11,06
88.91.1 - RM CERVELLO E TRONCO ENCEFALICO	30	8,96	13,51	11,41	14,26
88.91.2 - RM CERVELLO E TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO	30	12,18	18,82	10,00	16,00
88.95.4 - RM ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO	30	8,90	6,82	11,11	14,04
88.95.5 - RM ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO	30	6,75	8,11	8,18	12,00
88.93 - RM COLONNA	30	6,27	9,27	10,01	11,00
88.93.1 - RM COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO	30	11,42	17,00	10,51	13,52
88.71.4 - DIAGNOSTICA ECOGRAFICA CAPO E COLLO	40	16,02	18,61	40,39	31,02
88.72.6 - ECOCARDIOGRAFIA	40	34,42	34,68	48,24	51,28
88.73.5 - ECO(COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI	40	25,57	24,33	42,95	44,70
88.74.1 - ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE	30	22,77	23,19	27,50	34,74
88.75.1 - ECO ADDOME INFERIORE	30	15,12	18,59	20,01	34,35
88.76.1 - ECO ADDOME COMPLETO	30	13,42	15,36	28,00	41,21
88.73.1 - ECO MAMMELLA (bilaterale)	30	29,29	19,60	48,11	29,26
88.73.2 - ECO MAMMELLA (monolaterale)	30	18,27	9,98	20,78	10,00
88.78 - ECOGRAFIA OSTETRICA	11	6,41	16,87	10,42	12,68
88.78.2 - ECOGRAFIA GINECOLOGICA	30	7,01	8,41	8,34	8,40
88.77.2 - ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA ARTI SUP. O INF. O DISTRETTUALE	30	18,69	16,56	40,10	40,01
45.23 - COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	30	54,67	50,98	49,41	41,41
45.42 - POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA IN TESTINO CRASSO	30	6,49	1,81	30,27	15,00
45.24 - SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	30	24,91	28,09	33,30	32,12
45.13 - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]	30	27,78	26,05	31,16	27,98
45.16 - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA	30	0,00	0,00	0,00	0,00
89.52 - ELETTROCARDIOGRAMMA	30	24,95	24,38	25,28	24,35
89.50 - ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO	40	28,72	30,74	30,62	31,57
89.41 - TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE	40	23,42	40,57	20,02	31,00
89.44 - ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO	40	0,00	0,00	0,00	0,00
95.41.1 - ESAME AUDIOMETRICO TONALE	40	25,72	33,38	28,52	31,54
89.37.1 - SPIROMETRIA SEMPLICE	40	35,51	34,58	35,47	27,74
89.37.2 - SPIROMETRIA GLOBALE	40	58,51	47,09	31,00	31,41
95.11 - FOTOGRAFIA DEL FUNDOUS - Per occhio	30	88,24	87,81	81,00	80,01
93.08.1 - ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE (EMG)	30	62,94	54,22	50,01	50,00
ELETTROMIOGRAFIA	30	30,48	35,99	37,00	36,00

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 2018

TERRITORIO E POPOLAZIONE

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



STRANIERI RESIDENTI AL 31.12.2018

Distretti	Maschi	Femmine	Totale	% su totale popolazione
Acqui Terme/Ovada	3.131	3.382	6.513	9,55%
Alessandria/Valenza	9.063	9.515	18.578	12,12%
Casale Monferrato	3.496	3.838	7.334	9,10%
Novi Ligure/Tortona	7.622	8.116	15.738	12,04%
TOTALE ASL AL	23.312	24.851	48.163	11,13%

ASPETTATIVA DI VITA

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

INDICATORI POPOLAZIONE – ANNO 2018

INDICATORE	ASL AL	REGIONE PIEMONTE
Età media femminile	49,76	48,04
Età media maschile	46,46	44,96
Età media totale	48,16	46,54
Tasso di immigrazione	35,65	35,47
Tasso di emigrazione	33,83	34,26
Indice di dipendenza strutturale	63,53	61,15
Indice di struttura della popolazione attiva	164,77	151,68
Indice di ricambio	171,16	149,75
Indice di vecchiaia	247,99	205,91
Tasso di natalità	5,91	6,66
Indice di fecondità	30,50	32,65
Tasso di mortalità	14,77	12,33

DATI POPOLAZIONE RESIDENTE ASL AL – ANNO 2018

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

Indicatori	variazioni % rispetto all'Italia
occupazione donne 25-49 con figli in età prescolare/donne senza figli	5,5
tasso di disoccupazione	-19,7
tasso di mancata partecipazione al lavoro	-31,5
individui in famiglie a bassa intensità lavorativa	-27,3
percentuale occupati sul totale popolazione	10,1
tasso di occupazione 20-64 aa	12
trasformazioni da lavori instabili a lavori stabili	20,7
occupati in lavori a termine da almeno 5 aa	-24,2
dipendenti con bassa paga	-21,6
occupati sovraistituiti	-6,3
occupati non regolari	-18,5
più di 60 ore settimanali di lavoro retribuito e/o familiare	10,4
percentuale di insicurezza dell'occupazione	-20,3
quota di part-time involontario	-10,2
15-24 aa né occupate né in percorso di istruz./formazione	-12,1
tasso di infortuni mortali e inabilità permanente	-30,8

Indicatori	variazioni % rispetto all'Italia
probabilità di morte sotto i 5 anni	-18,9
mortalità neonatale	-43,5
mortalità infantile	-39,3
lesività grave in incidente stradale	-23,4
mortalità per incidenti stradali 15-34 anni (tasso std)	14,3
mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso >65 aa (tasso std)	10,8
mortalità per suicidio (tasso std)	28,6
speranza di vita senza limitaz. Nelle attività quotid (65 aa)	9,2
eccesso di peso (tasso std)	-12,7
sedentarietà (taso std)	-17,8
consumo di frutta e/o verdura (tasso std)	12,6
eccesso di peso dei bambini	-10,1
comportamento a rischio nel consumo di alcool (tasso std)	7,2
copertura vaccinale antinfluenzale >65 aa (tasso std)	-7,3

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

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

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 ultrasessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni. Nell'anno 2010 l'indice è pari a 225,26: ciò significa che risultano 225,26 anziani ogni 100 giovani. Parallelamente nell'anno 2017 l'indice è pari a 244,50: ciò significa che risultano 244,50 anziani ogni 100 giovani.

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

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

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

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

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

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

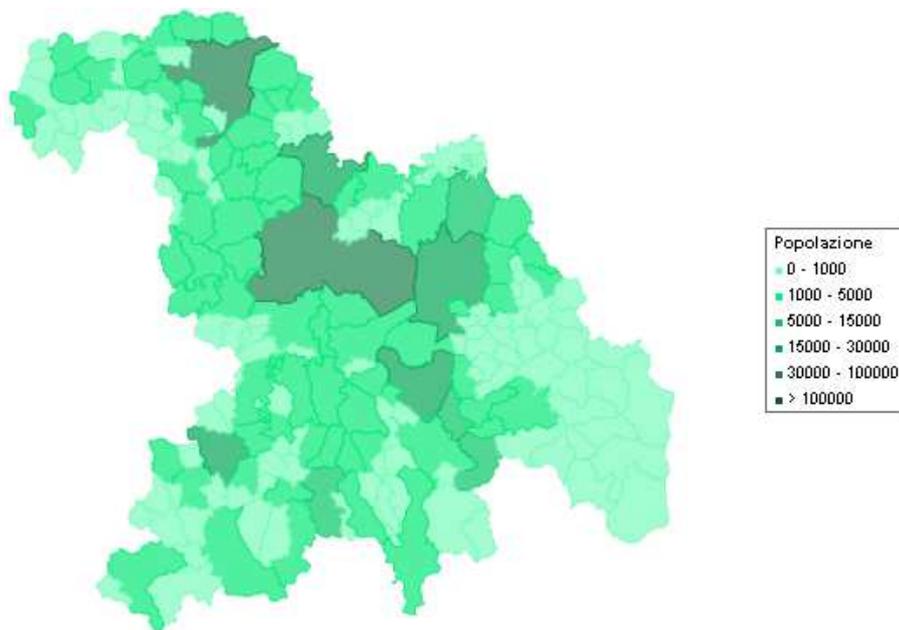
Età media femminile: È la media delle età di una popolazione, calcolata come il rapporto tra la somma delle età di tutti gli individui e il numero della popolazione residente riferita solo alle femmine. L'età media delle femmine è leggermente aumentata dal 2010 (48,45) al 2015 (49,26) al 2017 (49,62).

Età media maschile: È la media delle età di una popolazione, calcolata come il rapporto tra la somma delle età di tutti gli individui e il numero della popolazione residente riferita solo ai maschi. L'età media dei maschi è leggermente aumentata dal 2010 (45,00) al 2015 (45,94) al 2017 (46,30).

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

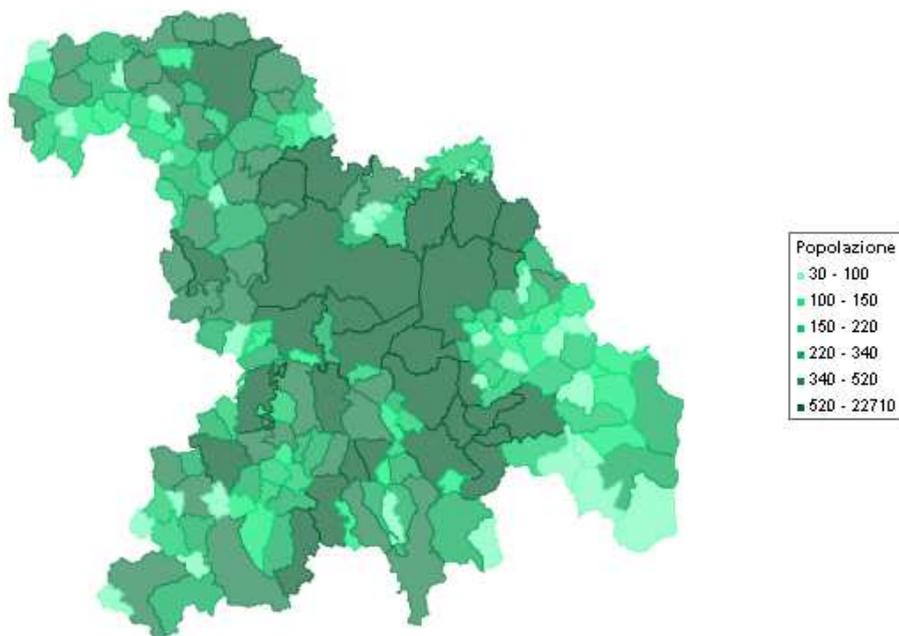
DISTRIBUZIONE DEMOGRAFICA DEL BACINO DI UTENZA

MAPPA POPOLAZIONE ASL AL – per comune



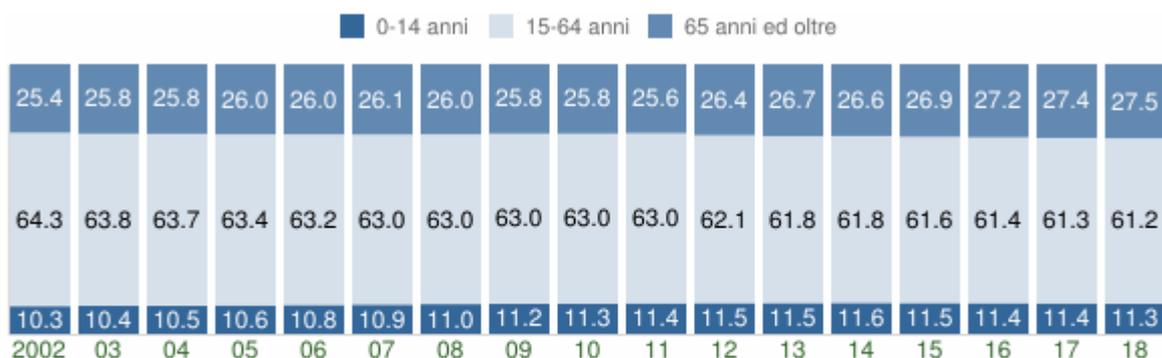
Fonte : elaborazione Regione Piemonte su dati Istat

MAPPA ULTRASESSANTACINQUENNI ASL AL – per comune



Fonte : elaborazione Regione Piemonte su dati Istat

PROVINCIA ALESSANDRIA



Struttura per età della popolazione (valori %)

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

PIEMONTE



Struttura per età della popolazione (valori %)

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

ITALIA



Struttura per età della popolazione (valori %)

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

POPOLAZIONE STRANIERA

PROVINCIA ALESSANDRIA

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

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



PIEMONTE

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

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



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

ESENZIONI TICKET – RESIDENTI ASL AL (GIUGNO 2019)

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

DETTAGLIO PRIME 15 TIPOLOGIE DI ESENZIONI PER PATOLOGIE CRONICHE

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

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

PP.OO.	11M2019		11M2018	
	Casi	Valore	Casi	Valore
H CASALE	8.729	24.282.831	8.902	25.097.317
H TORTONA	3.968	12.747.504	4.112	12.291.170
H NOVI	8.341	21.434.030	8.631	21.738.672
H ACQUI	3.588	10.791.415	3.638	10.717.768
H OVADA	1.032	4.274.519	1.123	4.445.750
TOT	25.658	73.530.300	26.406	74.290.677

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

	11M2018	11M2019
AMBULATORIALE	42.124.792	42.222.011

ACCESSI DEA / PRONTO SOCCORSO

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

Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

Livello di assistenza	TIPO INDICATORE	VALORE 2018
Igiene e sanità pubblica	Indagini epidemiologiche effettuate (in seguito a riscontro m.i.)	516
	Pareri richiesti per autorizzazioni nel campo dell'edilizia civile	159
	Pareri espressi per autorizzazioni nel campo dell'edilizia civile	141
	Studi epidemiologici su malattie cronico degenerative e studi di mortalità	12
Igiene e degli alimenti e della nutrizione	Controllo ufficiali	1786
	Campioni	1980
Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	Numero di lavoratori controllati o esaminati per accertamenti o certificazioni sanitarie	98
	Indagini effettuate per infortuni sul lavoro	135
	Indagini effettuate per malattie professionali	123
	Numero di aziende interessate da atti autorizzativi, esame progetti, piani di lavoro, notifiche	175
	Numero di aziende in cui sono stati effettuati interventi di vigilanza e di polizia giudiziaria	945
Sanità Pubblica Veterinaria	Controllo ufficiali	1150
	Campioni	894
Attività di prevenzione rivolte alle persone	Vaccinazioni obbligatorie raccomandate (0 – 24 mesi)	31.781
	Numero di campagne di screening effettuate per la prevenzione di patologie tumorali	3
	Screening – Numero assistiti:	
	- screening mammella	49.780
	- screening utero - citologico	9.311
	- screening utero – test HPV	23.978
	- screening colon retto – Sigmoido/FOBT	10.082
Servizio Medico legale	Sedi Medicina Legale	7
	Prestazioni monocratiche	9.950
	Prestazioni collegiali	23.035
	Prestazioni reperibilità	0
	Totale numero di prestazioni	32.985

▪ Assistenza distrettuale

Livello di assistenza

TIPO INDICATORE

ANNO 2018

Medicina generale	Ore apertura Guardia Medica	110.109
	Sedi di Guardia Medica	15
	Continuità Assistenziale – n.ro visite	61.772
	Medici di Medicina Generale	328
	- di cui operanti in medicina di associazione	37
	- di cui operanti in medicina di rete	123
	- di cui operanti in medicina di gruppo	109
	Equipe di MMG	27
	ADI – ADP numero interventi	99.832
	Pediatri di Libera Scelta	39
	- di cui operanti in medicina di associazione	12
	- di cui operanti in medicina di gruppo	13
	Bilanci di Salute	23.647
Emergenza sanitaria territoriale	Attività gestita da ASO AL	
Ass. farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate	Farmacie convenzionate	193
	Dispensari farmaceutici	39
	Costo complessivo	34.136.300
Ass. farmaceutica erogata per file F e primo ciclo (incluso farmaci H)	Costo distribuzione diretta	46.469.521
Ass. farmaceutica erogata DPC	Costo farmaci in DPC	9.612.435
Assistenza Integrativa	Punti di erogazione territoriale	7
Assistenza Specialistica	Prestazioni complessive per ab	13,57
	<i>Prestazioni di laboratorio per abitante</i>	<i>9,63</i>
	<i>Prestazioni TAC per abitante</i>	<i>0,07</i>
	<i>Prestazioni RMN per abitante</i>	<i>0,06</i>
	<i>Prestazioni terapia fisica per abitante</i>	<i>0,18</i>
Assistenza Protesica	Assistiti a cui è stata erogata almeno 1 prestazione di assistenza protesica	7.314
Assistenza Idrotermale	Istituti termali nel territorio ASL	1
	Costo per assistenza idrotermale	1.436.320
Assistenza cure domiciliari sanitarie	anziani >= 65 anni – n.ro casi di assistenza in cure domiciliari sanitarie	14.967

Assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori)	Sedi consultoriali	24
	Prestazioni di consultorio	30.111
Assistenza psichiatrica	Centri di salute mentale	7
	Centri diurni a gestione diretta	1
	Servizi psichiatrici di diagnosi e cura	2
	Comunità protette a gestione diretta	1
	Gruppi appartamento	7
	Utenti in carico nei CSM	5.570
	Centri diurni – n.ro giornate	5.061
	Assistenza residenziale – n.ro casi	235
	Assistenza residenziale – n.ro giornate	67.576
	Assistenza territoriale – n.ro prestazioni	90.401
Assistenza riabilitativa ai disabili	Totale posti letto convenzionati per assistenza residenziale disabili (esclusi p.l. fuori ASL)	564
	Totale posti in Centri Diurni per disabili convenzionati	414
	Giornate di semiresidenzialità	44.328
	Giornate di residenzialità	143.765
Assistenza ai tossicodipendenti	SER.D	7
	Centri Diurni per tossicodipendenti e alcolisti a gestione diretta	1
	Utenti in carico	2.260
	Giornate di semiresidenzialità	1.280
	Giornate di residenzialità	11.714
Assistenza agli anziani	Posti letto RSA accreditati/ convenzionati compresi CAVS (esclusi p.l. fuori ASL)	3.631
	Posti in Centri Diurni per anziani accreditati/convenzionati	75
	Casi trattati in semiresidenzialità	33
	Giornate di semiresidenzialità	2.722
	Casi trattati in residenzialità	1.958
	Giornate di residenzialità	474.680
	Casi trattati in CAVS – residenziali	944
	Giornate CAVS – residenziali	17.726
Assistenza ai malati terminali	Posti letto Hospice a gestione diretta	24
	Giornate hospice per assistenza ai malati terminali	6.164
Assistenza a persone affette da HIV	Giornate di assistenza residenziale	2.264

ASSISTENZA DOMICILIARE – ANNO 2018

TIPO ASSISTENZA DOMICILIARE	TOTALE	DISTRETTO DI ACQUI TERME - OVADA	DISTRETTO DI ALESSANDRIA - VALENZA	DISTRETTO DI CASALE	DISTRETTO DI NOVI LIGURE - TORTONA
Totale complessivo	14.967	2.154	4.668	4.150	3.995
Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	4.969	960	942	2.026	1.041
Assistenza Domiciliare Programmata (ADP)	5.050	648	1.665	1.111	1.626
Servizio Infermieristico Domiciliare (SID)	3.401	325	1.691	622	763
Assistenza Domiciliare - Cure Palliative (UOCP)	1.547	221	370	391	565
ASSISTENZA DOM OGNI 100 RES 65 ANNI E OLTRE	12,49	10,43	11,46	18,43	11,12
ASSISTENZA DOM OGNI 100 RES 75 ANNI E OLTRE	23,11	18,89	21,31	34,36	20,60

3.2 – Analisi del contesto interno

3.2.1 – Il modello organizzativo dell'ASL AL

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

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

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

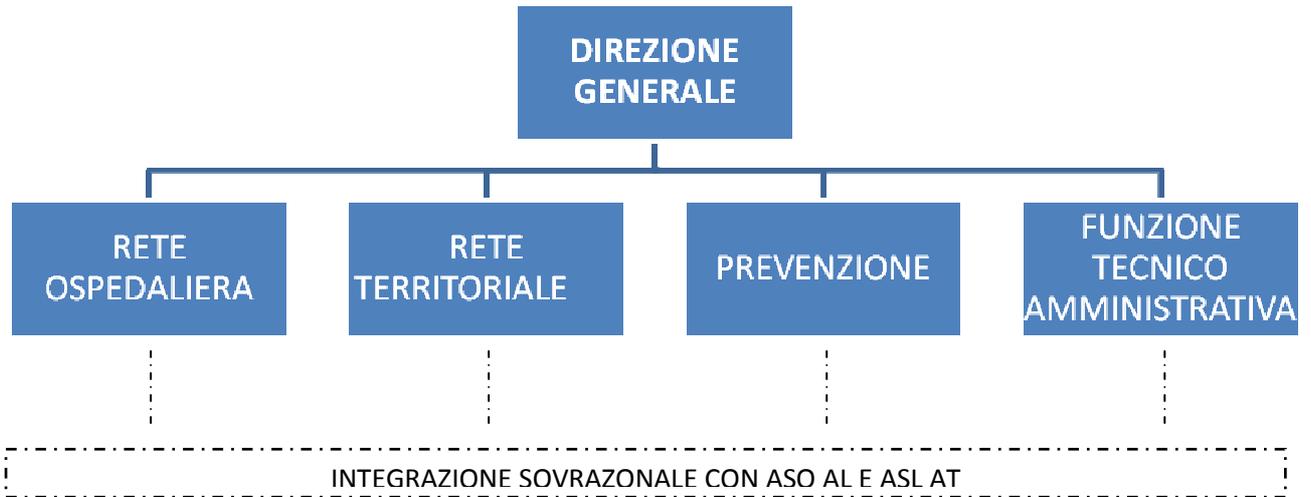
Il Piano di Organizzazione Aziendale è parte integrante dell'Atto Aziendale dell'ASL AL il cui testo definitivo è stato adottato con Deliberazione n. 711 del 6.10.2015, con il recepimento integrale delle prescrizioni regionali in merito, e successivamente modificato con Deliberazione n. 656 del 28.09.2017.

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

L'Azienda si articola in:

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

Organigramma sintetico aziendale:



3.2.2 – Risorse umane e professionali

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

	A2017 (numero medio)	A2018 (numero medio)	9 mesi 2019 (numero medio)
TOTALE	3.788	3.740	3.718
MEDICI - VETERINARI	613	600	567
RUOLO SANITARIO ALTRA DIRIGENZA	63	62	61
RUOLO SANITARIO DIR. (INFERMIERISTICO)	1	1	2
PERSONALE INFERMIERISTICO	1.365	1.342	1.343
PERSONALE RIABILITATIVO	147	147	146
ALTRO PERSONALE RUOLO SANITARIO	269	261	262
RUOLO TECNICO DIRIGENZA	2	2	2
RUOLO TECNICO COMPARTO	742	761	783
RUOLO PROFESSIONALE DIRIGENZA	5	5	5
RUOLO PROFESSIONALE COMPARTO	1	1	1
RUOLO AMMINISTRATIVO DIRIGENZA	20	20	18
RUOLO AMMINISTRATIVO COMPARTO	561	538	528

Numero equivalente

L'ASL AL si avvale altresì della collaborazione di n. 328 Medici di Medicina Generale, n. 39 Pediatri di Libera Scelta, n. 91 Medici di Continuità Assistenziale e n.90 Medici Specialisti Ambulatoriali.

Inoltre sono presenti n. 13 Medici di Medicina Penitenziaria e n.10 per le attività territoriali programmate.

Indicatori:

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

3.2.3 – Risorse tecnologiche

Risorse tecnologiche biomediche

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

Con riferimento alle Grandi Attrezzature, risultano installati:

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

Risorse ICT

Le tecnologie ICT sono quantificate in circa:

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

3.2.4 – Risorse economiche e finanziarie

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

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

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

4. OBIETTIVI STRATEGICI

4.1 Le azioni programmate per l'anno 2020

AREA OSPEDALIERA

A seguito di quanto previsto dalla D.D. n. 746 del 30 novembre 2018 ad oggetto "Indicazioni operative per la negoziazione delle prestazioni sanitarie tra le Aziende Sanitarie Locali e le Aziende Sanitarie Ospedaliere e/o Ospedaliero-Universitarie", nel corso del 2019, nell'ambito del Programma di Integrazione dei servizi dell'Area Omogenea Piemonte sud est propedeutico alla definizione del contratto di fornitura con l'Azienda Ospedaliera di Alessandria, si sono delineate le seguenti linee strategiche:

- Recupero di produttività dei Presidi Ospedalieri dell'ASL AL in termini di efficientamento e di recupero della fuga (principalmente extraregione), prevalente sull'area chirurgica;
- Incremento del ricorso alla produzione dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria per le discipline di alta specialità, nell'ottica del recupero della fuga extraregione e riduzione dell'ospedalizzazione per le basso/medie specialità (per residenti fuori Distretto Alessandria-Valenza) per le quali si può ipotizzare un parziale recupero dei Presidi Ospedalieri ASL AL;
- Riduzione dei DRG ad alto rischio inappropriatezza erogati dall'ASO Alessandria;
- parziale riduzione dell'ospedalizzazione dei residenti ASL AL dagli erogatori dell'ASL AT per le basso/medie specialità, per le quali si può ipotizzare un parziale recupero dei Presidi Ospedalieri ASL AL;
- mantenimento dei livelli di attività 2018 per gli altri erogatori pubblici piemontesi, nel presupposto che nessuno di essi rappresenta un "significativo riferimento in termini di produzione" riguardo ai vari ambiti di intervento (acuzie e post acuzie);
- sottoscrizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati per l'anno 2019, previo confronto con le singole strutture erogatrici, con determinazione delle prestazioni e relativi valori economici finalizzati al recupero della mobilità passiva fuori regione, attraverso l'utilizzo delle risorse finalizzate residue di cui alla D.G.R. 14.6.2018, n. 37-7057.

L'anno 2019 ha evidenziato sempre più frequenti criticità legate alle carenze di personale medico in organico a seguito di cessazioni dal servizio per collocamento a riposo e/o trasferimento, con la contestuale difficoltà a reperire figure professionali in sostituzione, rendendo necessaria l'adozione di atti per risolvere, almeno in parte, le gravi problematiche organizzative ed operative venutesi a creare, quali:

- espletamento di tutti i concorsi indetti, aperti anche agli specializzandi
- incarichi libero professionali aperti anche ai sanitari in quiescenza (nel limite dei 70 anni)
- incarichi a tempo determinato
- convenzioni con altre Aziende Sanitarie.

Tali strumenti adottati non sempre hanno consentito di superare l'estrema criticità derivante dalla persistente carenza di personale medico.

La carenza di personale medico sta raggiungendo livelli di estrema drammaticità in particolare in alcune aree aziendali (Dipartimento Emergenza Urgenza, SC Ostetricia e Ginecologia, SC Ortopedia, SC Cardiologia, SC Radiologia).

Nell'ambito dell'organizzazione aziendale è stato assegnato a specifico Gruppo di Lavoro il Progetto "Mappatura dell'efficienza tecnica-organizzativa in termini di uso razionale delle risorse e modelli operativi", avente la finalità, attraverso la mappatura della dotazione di personale, di fornire indicazioni per orientare le scelte organizzative e strategiche dell'Azienda supportate da rigore metodologico ed analisi approfondite.

Le criticità sopra evidenziate hanno avuto riflessi, soprattutto nella seconda metà dell'anno 2019, sui livelli di produzione ospedaliera con una, peraltro, contenuta contrazione dell'attività di ricovero ed ambulatoriale.

La contrazione dell'attività di ricovero ha riguardato soprattutto alcune aree chirurgiche, per le quali alle segnalate carenze di organico si sono sommate le criticità nella programmazione delle sedute operatorie per la dotazione carente di personale medico anestesista, rilevatasi nel corso dei mesi dell'anno non sufficiente al normale flusso di attività di sala operatoria.

Per l'anno 2020 risulterà particolarmente impegnativo mantenere livelli omogenei di attività stante le criticità già evidenziate e che si concentreranno in particolare sulle seguenti aree

- Area Chirurgica (Ortopedia in primis)
- Ostetricia-Ginecologia
- Cardiologia
- Radiologia
- Area Emergenza

In presenza delle difficoltà evidenziate, gli spazi di miglioramento dell'efficienza della rete ospedaliera si orienteranno in particolare:

- prosecuzione nelle azioni di efficientamento nel comparto operatorio con incremento dei tassi di occupazione delle sale operatorie e con una migliore programmazione delle sedute e degli interventi, in relazione al miglioramento dei tempi operatori, come previsto dagli indicatori del Regolamento aziendale;

- riduzione dei tempi di degenza delle SSCC dell'Area Medica migliorando

a) i rapporti on Distretti per dimissioni precoci

b) i protocolli aziendali per ottimizzare tempi di esecuzione degli esami

c) riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriately agendo soprattutto sui rapporti con i DEA/PS per condividere la valutazione dei casi border line con eventuali dimissioni dopo osservazione breve (OBI);

- sviluppo dei modelli di programmazione dell'offerta della Rete ospedaliera già avviati nel corso del 2019 con l'Azienda Ospedaliera di Alessandria e con l'ASL di Asti con il "Programma di Integrazione dei servizi dell'Area Omogenea Piemonte sud est" per garantire una più funzionale definizione dei ruoli dei diversi soggetti erogatori dell'Area, prevedendo modelli organizzativi che privilegino sempre più la condivisione di risorse;
- prosecuzione e miglioramenti dei sistemi di programmazione dell'offerta con gli erogatori privati accreditati per l'anno 2020, previo confronto con le singole strutture erogatrici, con determinazione delle prestazioni e relativi valori economici finalizzati al recupero della mobilità passiva fuori regione, anche attraverso l'utilizzo delle eventuali risorse finalizzate a tale scopo.

A questo proposito si evidenzia che le azioni avviate nel 2018 e 2019 per il contenimento della mobilità passiva extraregione per ricoveri, di cui alla D.G.R. 14 giugno 2018, n. 37-7057 con la previsione di importi extrabudget finalizzati a talo scopo, hanno contribuito a determinare alcuni effetti positivi sulla fuga extraregione

AREA TERRITORIALE

PIANO CRONICITA'

A conclusione del percorso di verifica ed approvazione regionale, nel corso del 2020 potrà trovare attuazione il Piano aziendale Cronicità, redatto e presentato nel mese di ottobre 2019 congiuntamente all'Azienda Ospedaliera di Alessandria.

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

- Collegare la prevenzione con le cure primarie
- Integrare sociale e sanitario
- Abilitare il lavoro in team
- Aumentare la domiciliarizzazione
- Empowerment, risultati di salute e contrasto alle disuguaglianze

Il Piano garantisce ai pazienti la continuità di cura ospedale - territorio all'interno della rete dei servizi per interventi di tipo sanitario e socioassistenziale.

CASE DELLA SALUTE

Nel corso del 2020 troveranno sviluppo le attività delle Case della Salute già attivate nel corso del 2018, recependo quelle che saranno che potranno essere le linee guida del nuovo Patto della Salute in tema integrazione ospedale-territorio, continuità delle cure e del ruolo dell'infermiere di famiglia.

Nel corso del 2020 si lavorerà in funzione della risoluzione degli aspetti ad oggi in sospeso per la prevista Casa della Salute di Valenza, in quanto le soluzioni ad oggi individuate per la sua sede strutturale presentano costi che non risultano sostenibili per l'ASL AL.

Saranno valutate anche altre possibili ipotesi di attivazione di sedi ulteriori, mentre troverà pieno compimento la Casa della Salute di Ozzano M.

CASA DELLA SALUTE OZZANO

Nel corso del 2020 sarà a regime l'attività della nuova Casa della Salute inaugurata a dicembre 2019 ad Ozzano Monferrato nel Distretto di Casale M.

La Casa della Salute di Ozzano Monferrato costituisce un nodo della più ampia rete di offerta dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali di ASL AL, e al tempo stesso sarà parte integrante dei luoghi di vita della comunità locale, rappresentando anche il recupero di un storico complesso industriale che nel 2018 fu donato al comune di Ozzano Monferrato dall'azienda Cementi Rossi spa.

La Casa della Salute di Ozzano Monferrato è un presidio sanitario pubblico di nuova concezione in cui saranno attivi numerosi servizi anche di natura socio-assistenziale: un Centro Unificato di Prenotazione (CUP), un Centro Prelievi Ematici, uno sportello amministrativo per la scelta e la revoca del medico, per le esenzioni, per l'assistenza protesica, oltre che a varie attività specialistiche ambulatoriali come Pneumologia, Diabetologia e Ginecologia. La struttura consentirà interventi di prevenzione primaria e secondaria come vaccinazioni e screening e fornirà ai cittadini accoglienza e orientamento ai servizi sanitari, sociosanitari e assistenziali.

La Casa della Salute di Ozzano Monferrato rappresenta quel modello di Sanità intesa dalla Regione come punto di riferimento strategico per i bisogni di salute e prevenzione delle comunità del bacino territoriale di riferimento ed è progettata per garantire la gestione della patologie croniche attraverso l'assistenza primaria dei medici di medicina generale e la presenza di ambulatori specialistici.

Dal punto di vista informatico, la Casa della salute è dotata di un avanzato sistema digitale di gestione dell'accoglienza e delle attese dei pazienti. Tale sistema permetterà di gestire in maniera dinamica e aderente ai nuovi standard di privacy l'accoglienza dell'utente dal momento del suo ingresso in struttura fino all'erogazione del servizio. Totem elettronici e ampi display negli spazi comuni offriranno informazioni e accompagneranno il paziente fino alla porta dell'ambulatorio. Tale sistema consentirà anche di analizzare in tempo reale i dati sull'utilizzo della struttura, permettendo di modulare in maniera intelligente l'offerta sanitaria in base alle effettive esigenze della comunità di utenti.

OSPEDALE DI COMUNITA' OVADA

Nel corso del 2020 troverà pieno sviluppo l'attività dell'Ospedale di Comunità avviato a giugno 2019.

L'OdC rappresenta un setting di cura sanitario che è riconducibile al concetto di domicilio protetto e non sostituisce i setting sociosanitari.

I pazienti eleggibili all'accesso in OdC sono riferibili essenzialmente a quattro tipologie:

A. pazienti, prevalentemente con multimorbidità provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa

B. pazienti fragili e/o cronici provenienti dal domicilio per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro imprevisto, comunque non meritevoli di ricovero presso ospedale per acuti

C. Pazienti che necessitano di assistenza infermieristica nelle ADL

D. Pazienti che necessitano di riattivazione motoria o di supporto riabilitativo-rieducativo respiratorio o di altro organo/distretto.

La gestione e l'attività nell'OdC sono basate su un approccio multidisciplinare, multi professionale e interprofessionale, in cui sono assicurate collaborazione ed integrazione delle diverse competenze.

La responsabilità igienico - organizzativa dell'OdC è in Capo a un medico designato dalla direzione sanitaria aziendale.

L'assistenza all'interno è erogata in un Modulo Assistenziale di 15 posti-letto a gestione infermieristica.

La responsabilità del modulo è in carico a un responsabile Infermieristico, mentre l'assistenza è garantita da infermieri presenti continuativamente nelle 24 ore, coadiuvati da altro personale (OSS) e altri professionisti quando necessario.

Il Responsabile Infermieristico svolge le funzioni più tipicamente gestionali e organizzative con particolare attenzione per la programmazione degli accessi e per la programmazione delle attività sia degli infermieri che degli OSS, gestisce anche il budget di produzione del modulo assistenziale.

L'Infermiere case-manager si occupa delle ammissioni, della valutazione del paziente al momento della dimissione e mantiene le relazioni tra il paziente e la sua famiglia e i servizi domiciliari in modo da predisporre l'assistenza e gli ausili eventualmente necessari una volta che il paziente tornerà al domicilio.

L'assistenza medica negli OdC è garantita dai MAP o da altro personale medico dipendente o da personale medico titolare di incarico a tempo determinato per attività territoriali programmate, che si coordinano con il personale infermieristico della struttura.

La consulenza medica notturna e pre-festiva e festiva viene garantita dal Servizio di Continuità Assistenziale, è possibile inoltre avvalersi dei medici dipendenti attivi presso il P.O., in caso di urgenze gravi si allerta la COE 118.

Oltre al Case manager, nell'OdC è presente personale infermieristico e OSS con un mix e numerosità rispondenti alle reali necessità e bisogni assistenziali dei pazienti e comunque garantendo la presenza continuativa di infermieri e OSS sulle 24 ore, 7 giorni la settimana. Se le necessità assistenziali sono di tipo riabilitativo, verrà garantito personale idoneo a soddisfare tali necessità

TEMPI ATTESA DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Con D.G.R. n. 110-9017 del 16 maggio 2019, ad oggetto “[...] approvazione del “Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica e di Ricovero per il triennio 2019-2021” sono stati forniti alle AA.SS.RR. gli indirizzi operativi per la predisposizione o l’aggiornamento del Programma Attuativo, in coerenza con quanto definito in ambito regionale.

Il gruppo di coordinamento per l’area Piemonte Sud Est, costituito ai sensi della D.D. Direzione Sanità n. 269 del 18.04.2017, ad oggetto “Il programma regionale per il Governo dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per il triennio 2017-2019. Individuazione dei ruoli e delle funzioni di coordinamento delle Aree Omogenee di Programmazione, a norma della D.G.R. n. 17-4817 del 27.03.2017” ha predisposto il Programma di Area per il Governo dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero 2019/2021 – Area Omogenea Piemonte Sud Est, adottato dall’ASL AL con delibera n.692 del 23.10.2019.

Il Progetto interaziendale ASL AL e ASO AL per la riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni critiche, inviato per la valutazione in Regione il 31 luglio 2019, prevede azioni congiunte ASL AL e ASO AL per l’abbattimento dei tempi d’attesa delle prestazioni critiche.

Anche per il 2020, seppur in presenza delle ricordate criticità legate alla carenza di personale medico in alcune aree ospedaliere e territoriali, proseguiranno, le azioni finalizzate al miglioramento dei tempi di attesa dell’offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale che attualmente presentano 9 prestazioni (su 69 monitorate) oltre lo standard fissato

- visita endocrinologica
- visita oculistica
- ecografia ostetrica
- colonscopia
- test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile
- spirometria globale
- fotografia del fundus - per occhio
- elettromiografia semplice
- elettromiografia

Nel percorso di miglioramento degli indici si inserisce l’attivazione nel 2020 anche sul territorio dell’ASL AL del nuovo CUP quale sistema centralizzato per la prenotazione unificata delle prestazioni per favorire l’accessibilità dell’assistenza e la riduzione dei tempi di attesa

Maggiore criticità presentano i tempi di attesa per gli interventi chirurgici, per i quali, soprattutto per le prestazioni di base (ernie, colecistectomia) gli indicatori per le attività non urgenti risultano ancora al di sopra degli standard previsti.

La sottoscrizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati per l'anno 2020 e con l'Azienda Ospedaliera di Alessandria, previo confronto con le singole strutture erogatrici, con determinazione delle prestazioni e relativi valori economici potrà contribuire ad orientare l'offerta verso quelle prestazioni maggiormente critiche, integrando la rete di offerta di tali strutture con quelle, ospedaliere e territoriali, dell'ASL AL.

GESTIONE CAVS VALENZA

Nel corso del 2020 si prevede una rivalutazione del modello in atto di Continuità assistenziale a valenza sanitaria a gestione diretta nella città di Valenza, per valutare un eventuale affidamento esterno della gestione secondo un modello che garantisca una maggiore efficienza con il riutilizzo del personale dedicato verso le attività territoriali della medesima area territoriale.

Dalle prime analisi economiche si può ipotizzare un complessivo risparmio dell'operazione.

4.2 – Albero della performance

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

Per realizzare gli obiettivi strategici l'Azienda utilizza il processo della "Programmazione Inclusiva e Integrata", ponendo al centro dell'attenzione i processi decisionali, più che i processi produttivi, attraverso cui le scelte pubbliche sono formulate ed attuate.

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

Gli stessi vengono integrati con le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno e quindi tradotti in obiettivi strategici, a loro volta declinati in obiettivi operativi assegnati ai Dirigenti.

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

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

Alcuni dei progetti presenti nel Piano troveranno avvio e completamento nel 2019, mentre altri vedranno nel corso dell'anno soltanto la fase istruttoria e di valutazione per lo sviluppo negli anni successivi.

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

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

COD	MACRO OBIETTIVO	COD	OBIETTIVO / AZIONE	SETTORE INTERESSATO				INDICATORI	TARGET	ANNO	
				AREA OSPEDALIERA	AREA TERRITORIALE	AREA PREVENZIONE	AMM.NE / STAFF			2020	2021
A	ORIENTAMENTO ALLA PERSONA	A.1	Programmazione inclusiva		X		X	Incontri periodici con Comitato Sindaci di Distretto relativi alla programmazione	Almeno n.1 annuo	x	x
		A.2	Valorizzazione del volontariato: accordi per accoglienza sia territorio che ospedale	X	X		X	Presenza di accordi per l'accoglienza con Associazioni Volontariato	Almeno n.1 annuo	x	x
		A.3	Valorizzazione della figura del care-giver: formazione		X	X	X	n° iniziative di formazione del care-giver	Almeno n.1 annuo	x	x
					X		X	n° strumenti per favorire l'aderenza terapeutica dei cittadini stranieri	Almeno n.1 annuo	x	x
		A.4	Confronto periodico e strutturato con Associazioni e Amministrazioni Locali		X		X	Calendarizzazione annuale incontri con Associazioni / Amministrazioni locali	SI'	x	x
		A.5	Governo dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e dei ricoveri ospedalieri	X	X		X	Tempi attesa specialistica ambulatoriale e ricoveri	Rispetto standard regionali (vedasi obiettivo regionale)	x	x
		A.6	Hospice rafforzamento offerta di cure palliative		X		X	Indice presa in carico CP / Hospice su casi di morte per tumore	Miglioramento annuo	x	x
		A.7	Ridefinizione organizzativa della rete di offerta per la psicologia	X	X		X	Progetti di integrazione della rete di offerta	SI'	x	
		A.8	Ridefinizione Rete Riabilitazione (20 PL Tortona)	X			X	Attivazione 20 pl c/o P.O. Tortona	SI'		x
		A.9	Piattaforma ambulatoriale chirurgica innovativa e attrattiva per pazienti e professionisti	X			X	Attivazione piattaforma c/o P.O. Tortona	SI'	x	x
		A.10	Salute Mentale e NPI - Rafforzamento della presa in carico dei pazienti autistici		X		X	Predisposizione progetto	progetto	x	
		A.11	Dipendenze (Interventi a carattere locale su gioco d'azzardo patologico, Liberi dal fumo)		X	X		n° iniziative	1 annua	x	x
		A.12	Adolescenti (Bullismo e educazione tra pari)		X	X		n° iniziative	1 annua	x	x
A.13	Promozione della salute (ArgentoAttivo)		X	X		Attuazione progetto	SI'	x	x		

COD	MACRO OBIETTIVO	COD	OBIETTIVO / AZIONE	SETTORE INTERESSATO				INDICATORI	TARGET	ANNO	
				AREA OSPEDALIERA	AREA TERRITORIALE	AREA PREVENZIONE	AMM.NE / STAFF			2020	2021
B	EFFICACIA	B.1	Valutazione effetti 1/600 sulla rete ospedaliera	X			X	Documento di valutazione Sviluppo della Rete Ospedaliera in termini di offerta integrata	SI'	x	x
		B.2	Ambito di sperimentazione e sviluppo di strumenti di telemedicina	X			X	Attivazione telerefertazione sui DEA/PS e reparti (per rx e cardiologia)	SI'	x	x
		B.3	Raccomandazione Ministeriale n.19/2019 - manipolazione delle forme farmaceutiche solide orali	X	X		X	Individuazione di tutte le forme solide orali in uso non frantumabili Condivisione delle informazioni con gli utilizzatori	SI'	x	
		B.4	Percorsi di presa in carico per pazienti complessi: profilazione soggetti fragili/complessi (PHM)		X		X	Stratificazione soggetti fragili Utilizzo algoritmo regionale su popolazione ASL AL	SI'		x
		B.5	Riqualificazione area materno-infantile: Punto Nascita Casale	X			X	Realizzazione Dipartimento Materno Infantile interaziendale	SI'		x
		B.6	Anziani (demenze)		X	X	X	n° iniziative	1 annua	x	x
C	INTEGRAZIONE	C.1	Sviluppo partnership, collaborazioni con ASO AL e privato accreditato	X	X		X	Accordi di fornitura con ASO AL e Privato accreditato	SI' annuali	x	x
		C.2	Integrazione con ASO AL	X	X	X	X	Sviluppo dossier IRCCS	SI'	x	x
		C.3	Tavolo permanente con i consorzi, coordinamento aziendale sul sociale		X		X	N° incontri con Consorzi	Almeno n.1 annuo	x	x
		C.4	Case della Salute Riqualificazione attuali e valutazione di eventuali nuove realizzazioni		X		X	Predisposizione progetto per eventuali nuove realizzazioni	Almeno n.1 annuo	x	x
		C.5	Ospedali Comunità: Ovada	X	X		X	Termine sperimentazione Sviluppo attività	indicatori previsti dal progetto	x	x
		C.6	Potenziamento PUA		X		X	Benchmark tra i vari Distretti Azioni di miglioramento Attivazione PUA in tutte le Case della Salute	SI'	x	x

COD	MACRO OBIETTIVO	COD	OBIETTIVO / AZIONE	SETTORE INTERESSATO				INDICATORI	TARGET	ANNO	
				AREA OSPEDALIERA	AREA TERRITORIALE	AREA PREVENZIONE	AMM.NE / STAFF			2020	2021
D	SOSTENIBILITA'	D.1	Inserimento di criteri di preferibilità ambientale nelle procedure di acquisto, nell'ambito dell'offerta economicamente più vantaggiosa				X	Inserimento criteri di preferibilità ambientale nelle procedure di acquisto	SI'	x	x
		D.2	Valorizzazione delle certificazioni dei Sistemi di Gestione Ambientale dei Fornitori (es.: ISO 14001 ed EMAS)				X	Valorizzazione delle certificazioni dei Sistemi di Gestione Ambientale dei Fornitori	SI'	x	x
		D.3	Preferenza di soluzioni a basso impatto ambientale per l'acquisizione dei beni durevoli a consumo energetico				X	Soluzioni a basso impatto ambientale per l'acquisizione dei beni durevoli a consumo energetico	SI'	x	x
		D.4	Continuità della programmazione e realizzazione di interventi di risparmio energetico e riqualificazione tecnologica				X	Interventi di risparmio energetico e riqualificazione tecnologica	SI'	x	x
		D.5	Ricerca di soluzioni allocative dei servizi sanitari, tecnici ed amministrativi, improntate al minor spreco di spazi ed alla minimizzazione dei costi di gestione				X	Soluzioni allocative dei servizi sanitari, tecnici ed amministrativi, improntate al minor spreco di spazi ed alla minimizzazione dei costi di gestione	SI'	x	x
		D.6	Parco Auto Aziendale da rinnovare con mezzi a basso consumo e preferibilmente a trazione ibrida/elettrica				X	Introduzione di mezzi a basso consumo e preferibilmente a trazione ibrida/elettrica	% annua sul parco auto	5%	10%
		D.7	Sviluppo di una funzione aziendale orientata alla partecipazione a bandi competitivi di finanziamento				X	Funzione aziendale orientata alla partecipazione a bandi competitivi di finanziamento	SI'	x	x

COD	MACRO OBIETTIVO	COD	OBIETTIVO / AZIONE	SETTORE INTERESSATO				INDICATORI	TARGET	ANNO	
				AREA OSPEDALIERA	AREA TERRITORIALE	AREA PREVENZIONE	AMM.NE / STAFF			2020	2021
E	OBIETTIVI REGIONALI	E.1	Equilibrio economico	X	X	X	X	Consuntivo annuo Bilancio Previsione	Equilibrio di bilancio	x	x
		E.2	Livelli di produzione ospedalieri attesi	X				Livelli di produzione ospedaliera	Definiti dalla programmazione regionale	x	x
		E.3	Bilancio di Previsione annuale				X	Rispetto tempistica adozione	entro 31.12.	x	x
		E.4	Piano Cronicità	X	X	X	X	Obiettivi definiti dal Piano Cronicità	Definiti dal Piano Cronicità	x	x
		E.5	Rispetto tempi attesa ricoveri /specialistica	X	X			Tempi attesa specialistica ambulatoriale e ricoveri	Rispetto standard regionali	x	x
		E.6	Tempi permanenza DEA/PS	X				Tempo permanenza	Rispetto standard regionali	x	x
		E.7	Indicatori PNE (osteomuscolare - PTCA - assistenza al parto - area chirurgica)	X				Indicatori PNE	Rispetto standard regionali	x	x
		E.8	Screening oncologici	X	X	X		Indicatori invito popolazione target e adesione	Rispetto standard regionali	x	x
		E.9	Vaccinazioni		X	X		Coperture vaccinali MPR HPV	Rispetto standard regionali	x	x
		E.10	Donazioni organo	X				N° espanti cornee	Rispetto standard regionali	x	x
		E.11	Umanizzazione	X			X	Azioni previste dal Piano miglioramento	Rispetto cronoprogramma RP	x	x
		E.12	Assistenza farmaceutica	X	X			Indicatori di appropriatezza	Rispetto standard regionali	x	x
		E.13	CUP regionale	X	X		X	Cronoprogramma regionale	Rispetto cronoprogramma RP	x	x
		E.14	Fascicolo Sanitario Elettronico - Ritiro referti on line	X	X		X	Azioni previste dal Progetto regionale	Rispetto cronoprogramma RP	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.

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

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

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

Tali obiettivi sono la conseguenza delle scelte strategiche e degli obiettivi del piano performance; essi vengono assegnati a tutte le Strutture attraverso una fase di concertazione ed approfondimenti con i Direttori/Responsabili, alla presenza dei Direttori dei Dipartimenti di appartenenza, definendo le risorse necessarie, gli indicatori e le tempistiche di raggiungimento.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.2 - Il sistema premiante

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

- Dirigenza Medica e Veterinaria: Accordo sulla retribuzione di risultato anno 2019 siglato in data 13.03.2019;
- Dirigenza Sanitaria non Medica: Accordo sulla retribuzione di risultato anno 2019 siglato in data 13.03.2019;
- Dirigenza Amministrativa, Professionale e Tecnica: Accordo sulla retribuzione di risultato anno 2018 siglato in data 13.03.2019;
- Produttività del comparto anno 2010 (attualmente in vigore): Accordo tra l'Amministrazione ASL AL e le OOSS e RSU del Comparto siglato in data 30.04.2010

Al fine di integrare e coordinare quanto già definito con gli accordi di cui sopra, verrà proposta l'adozione delle sotto riportate linee guida sulla valutazione complessiva della performance, oltre che sulle valutazioni annuali già esistenti e relative al livello di raggiungimento degli obiettivi di budget.

PERSONALE DIRIGENTE

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

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

PERSONALE NON DIRIGENTE

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

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

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

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

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

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

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

E' inoltre in corso di stesura e definizione il documento "Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance" dell'ASL AL, dove viene ricordato in un unico processo integrato gli strumenti adottati dall'ASL AL per consentire la corretta funzionalità del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance, quale complesso di procedure coordinate e implementate ai sensi delle attuali disposizioni normative e contrattuali in materia.

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

Indirizzi Regione Piemonte per il piano di gestione della performance – DGR 25 -6944 del 23 dicembre 2013

Con DGR 25 – 6944 del 23 dicembre 2013 la Regione Piemonte, nell'approvare le linee guida per la costituzione degli OIV, delinea gli indirizzi per il processo del ciclo di gestione della performance. Si riporta integralmente il testo di cui all'allegato B della DGR sopra citata.

Gestione della performance

Il ciclo di gestione della performance.

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

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

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

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

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

In questa prospettiva, è necessario che le ASR effettuino una preventiva attività di analisi attraverso al quale individuare in concreto le principali fasi del Ciclo della performance ed i relativi riferimenti a specifici atti (ad esempio Atto Aziendale, Piano di Organizzazione, Piano triennale Anticorruzione – PTA – e Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità – PTTI -, altri provvedimenti e procedure aziendali,

provvedimenti e disposizioni regionali, accordi sindacali decentrati, ecc.) e strutture organizzative in cui le stesse fasi trovano attuazione nell'ambito dell'azienda medesima.

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

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

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

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

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

Gli obiettivi annuali assegnati dai documenti di programmazione nazionali e regionali costituiscono la base di partenza per l'elaborazione dell'albero della performance. Gli stessi vengono integrati con le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno e quindi tradotti in obiettivi strategici, a loro volta declinati in obiettivi operativi assegnati ai Dirigenti.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La stesura del piano ha richiesto le seguenti fasi:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il Piano verrà comunque revisionato nel corso dell'anno 2020 in funzione dell'assegnazione degli obiettivi regionali, nonché del confronto con tutti i portatori di interessi.

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

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

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

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

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

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

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