



AZIENDA SANITARIA LOCALE AL

Sede legale: Viale Giolitti 2
15033 Casale Monferrato (AL)
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

Deliberazione del Direttore Generale n. del

OGGETTO:

**PARERI DELLA S.O. PROPONENTE EX ART. 4, 1° COMMA, L. 7.8.1990 N. 241
S.O.**

il Responsabile del Procedimento
artt. 5 – 6 L. 7.8.90 n. 241

Il Responsabile

Registrazione contabile

Esercizio

Conto

Importo

Il Dirigente Responsabile

Eseguibile dal

Trasmessa alla Giunta Regionale in data

approvata in data

Trasmessa al Collegio Sindacale in data

Pubblicata ai sensi di legge dal

si attesta che il presente atto viene inserito e pubblicato nell'albo pretorio informatico dell'Azienda dalla data indicata per 15 gg. consecutivi (art.32 L. 69/2009)

Il Dirigente Amministrativo Area Programmazione Strategica e AA.GG.

OGGETTO: Adozione piano della Performance 2014-2016

IL DIRETTORE GENERALE

Visto il D.lgs. 30/12/92 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;
Vista la D.C.R. n. 136-39452 del 22.10.2007 di individuazione delle Aziende Sanitarie Locali e dei relativi ambiti territoriali;
Visto il D.P.G.R. n. 85 del 17/12/2007 di costituzione dell'Azienda Sanitaria Locale AL;
Vista la D.G.R. N. 13-3723 del 27/04/2012 di nomina del Direttore Generale dell'ASL AL;

Il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 attuativo della legge 4 marzo, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni prevede all'art. 10 che, al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, le amministrazioni pubbliche, secondo quanto stabilito dall'articolo 15, comma 2, lettera d), redigono annualmente entro il 31 gennaio, un documento programmatico triennale, denominato Piano della performance da adottare in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori;

Il comma 2 del medesimo art. 15 d.lgs. 150/2009 prevede che il Piano della performance debba essere trasmesso alla Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche (CIVIT) e al Ministero dell'economia e delle finanze;

Con deliberazione n. 112 del 28 ottobre 2010 la Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche ha fornito istruzioni operative per la predisposizione del documento programmatico che dà avvio al ciclo di gestione della performance;

Atteso che il Piano della performance dell'ASL AL è stato predisposto in applicazione delle disposizioni contenute nel Decreto Legislativo n. 150 del 2009 ed in coerenza con le indicazioni contenute nella predetta delibera CIVIT n. 112/2010;

Al fine di assicurare la qualità, la comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, ogni amministrazione, ai sensi dell'articolo 11, comma 8, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, ha l'obbligo di pubblicare sul proprio sito istituzionale il Piano stesso;

Il decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" ribadisce all'art. 10 comma 8 che ogni amministrazione ha l'obbligo di pubblicare sul proprio sito istituzionale nella sezione "Amministrazione trasparente" il Piano di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150;

Sentito il Nucleo di Valutazione;

Visto il parere obbligatorio espresso dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario ai sensi dell'art. 3/7 del Decreto Legislativo n. 502 del 30.12.1992 e successive modificazioni e integrazioni;

DELIBERA

- 1) di approvare per i motivi indicati in premessa il Piano della Performance – triennio 2014-2016, allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale;
- 2) di pubblicare detto Piano sul sito web dell'ASL AL nell'apposita sezione "Amministrazione trasparente";
- 3) di trasmettere, così come previsto dall'art. 10, comma 2, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, copia del Piano della Performance alla Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche ed al Ministero dell'Economia e delle finanze;
- 4) di dichiarare la presente deliberazione, vista l'urgenza di provvedere in merito, immediatamente esecutiva ai sensi del 4° comma, art. 134 del D.Lgs. 18/08/2000 n. 267.



PIANO DELLA PERFORMANCE

ANNI 2014 – 2016

1. PRESENTAZIONE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE.....	3
2. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI GLI STAKEHOLDER ESTERNI.....	5
2.1 Chi siamo.....	5
2.2 Cosa facciamo.....	5
2.3 Come operiamo.....	6
3. IDENTITA'.....	8
3.1 L'Azienda Sanitaria ASL AL in cifre.....	8
3.2 Mandato istituzionale e missione.....	19
3.3Albero della <i>performance</i>	20
4. ANALISI DEL CONTESTO.....	22
4.1 Analisi del contesto esterno.....	22
4.2 Analisi del contesto interno.....	37
5. OBIETTIVI STRATEGICI.....	42
6. DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI.....	47
6.1 La programmazione gestionale e il sistema di budget nell'ASL AL.....	47
6.1.1 Il processo di budget nell'ASL AL – anno 2013.....	48
6.2 Obiettivi assegnati al personale dirigenziale.....	50
6.3 Albero della <i>performance</i>	51
6.4 Il sistema premiante.....	55
7. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE.....	57
7.1 Indirizzi Regione Piemonte per il piano di gestione della <i>performance</i> – DGR 25 - 6944 del 23 dicembre 2013.....	57
7.2 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano.....	60
7.3 Coerenza con la programmazione economico finanziaria e di bilancio.....	61
7.4 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione della <i>performance</i>	62



1 - PRESENTAZIONE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE

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 è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance, come previsto dal Titolo II del D.Lgs. 150/2009.

Il Piano della Performance (art. 10 c. 1 lett. a D.Lgs. 150/2009) è il documento programmatico attraverso il quale, conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, sono individuati gli obiettivi, gli indicatori ed i risultati attesi (target di riferimento) delle articolazioni organizzative dell’ASL AL.

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 per il triennio 2014-2016, 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.

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).



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

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 Casale Monferrato, al n. civico 2 di viale Giolitti.

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).

2.2 Cosa facciamo

L'ASL è una Azienda del Servizio Sanitario Regionale, provvede alla gestione dei Servizi Sanitari nel territorio di sua competenza.

Essa 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'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:

Alessandria “Istituto Luigi Patria” – Via Pacinotti 38 – Alessandria

Acqui Terme – Via Alessandria 1

Casale Monferrato – Via Palestro 41

Novi Ligure – Via Papa Giovanni XXIII

Ovada – Via XXV Aprile 22

Tortona – Via Milazzo 1

Valenza – Viale Santuario 67/69

Dipartimento di Prevenzione:

Sede Centrale: Via Venezia 6 – Alessandria

2.3 Come operiamo

Interventi in atto per garantire il perseguimento delle attività istituzionali:

- unitarietà dell'intervento ospedaliero, attraverso la creazione di un modello di rete coordinato dei presidi ospedalieri esistenti;
- sviluppo e qualificazione del sistema delle cure primarie, quale risposta appropriata ed alternativa ai ricoveri ospedalieri, da realizzare con un sempre più incisivo ruolo dell'organizzazione distrettuale, utilizzando, a tali fini, innovative ed originali soluzioni organizzative, di coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta;



- continuità assistenziale che garantisca un percorso di presa in carico e di assistenza socio/sanitaria, senza soluzioni di continuità;
- prevenzione e promozione della salute, anche attraverso progetti di collaborazione intersettoriali;
- 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;
- consolidamento di un'organizzazione capace di coniugare l'efficienza economica con i principi dell'etica pubblica "trasparenza e centralità del cittadino";
- collaborazione con le Istituzioni locali, le Agenzie formative, le Organizzazioni sindacali, le Associazioni rappresentative dei cittadini e del terzo settore



3 - IDENTITA'

La missione istituzionale dell'ASL "AL" consiste nel farsi carico, in modo costante ed uniforme, dei bisogni di salute dei residenti e nel garantire ai predetti l'erogazione delle prestazioni inserite nei livelli essenziali di assistenza, direttamente o attraverso il ricorso a strutture esterne accreditate, pubbliche o private, assicurando risposte qualificate, appropriate e tempestive, su più livelli di complessità.

In particolare si opererà tenendo conto delle peculiarità, ricavabili dai dati statistici, sociali ed epidemiologici, presenti nella Provincia di Alessandria, quali a puro titolo indicativo, l'elevato indice di vecchiaia della popolazione, correlato all'aumento costante di malattie invalidanti e degenerative e l'esistenza di ambiti territoriali, fortemente connotati da un'elevata prevalenza ed incidenza di patologie tumorali.

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

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

3.1 L'Azienda Sanitaria ASL AL in cifre

Il territorio di riferimento dell'ASL AL misura kmq 3.677, comprende 195 Comuni per una popolazione complessiva di 439.708 abitanti (dato BDDE al 31.12.2012), La popolazione è anziana, la percentuale dei residenti con età maggiore di 65 anni è pari al 27%.

La quota di finanziamento che l'ASL AL riceve della Regione Piemonte è pari a circa 761 milioni di Euro a cui si possono sommare entrate e ricavi propri per un totale di circa 800 milioni di Euro.

L'ASL AL si avvale della collaborazione di circa 4.000 dipendenti assegnati ai vari Presidi e Distretti della Provincia di Alessandria.

Nella tabella sottostante sono riportati i principali valori e dati che caratterizzano e identificano l'ASL AL. Il periodo di riferimento è l'anno 2012.



L'ASL AL in cifre

TERRITORIO E POPOLAZIONE:

- Estensione territoriale in kmq 3.677
- Comuni dell'ASL AL 195
- Popolazione residente (dato BDDE Regione Piemonte 2012) 439.708
- Densità media 120

Dettaglio popolazione 2012 per Distretto ASL AL:

Distretti		Popolazione				
		classe			Totale	%
		0-14	15-64	>=65		
ACQUI TERME	Maschi	2.375	12.919	5.386	20.680	10%
	Femmine	2.206	12.743	7.183	22.132	
	Totale	4.581	25.662	12.569	42.812	
ALESSANDRIA	Maschi	7.483	36.919	12.654	57.056	27%
	Femmine	7.002	37.765	17.995	62.762	
	Totale	14.485	74.684	30.649	119.818	
CASALE M.TO	Maschi	4.922	26.127	9.243	40.292	19%
	Femmine	4.624	26.206	13.078	43.908	
	Totale	9.546	52.333	22.321	84.200	
NOVI LIGURE	Maschi	4.358	23.025	8.305	35.688	17%
	Femmine	4.032	22.558	10.989	37.579	
	Totale	8.390	45.583	19.294	73.267	
OVADA	Maschi	1.573	8.668	3.539	13.780	6%
	Femmine	1.542	8.504	4.483	14.529	
	Totale	3.115	17.172	8.022	28.309	
TORTONA	Maschi	3.569	18.835	6.754	29.158	14%
	Femmine	3.392	18.634	9.412	31.438	
	Totale	6.961	37.469	16.166	60.596	
VALENZA	Maschi	1.791	9.511	3.369	14.671	7%
	Femmine	1.729	9.524	4.782	16.035	
	Totale	3.520	19.035	8.151	30.706	
Totale	Maschi	26.071	136.004	49.250	211.325	
	Femmine	24.527	135.934	67.922	228.383	
	Totale	50.598	271.938	117.172	439.708	
Percentuale fasce età su popolazione		12%	62%	27%		



PERSONALE DIPENDENTE (dato medio anno 2012)

Ruolo Sanitario – Dirigenti Medici e Veterinari	650
Ruolo Sanitario – Dirigenti non Medici	76
Ruolo Sanitario – Personale infermieristico	1.490
Ruolo Sanitario – Personale riabilitativo	155
Ruolo Sanitario – Altro personale	259
Ruolo Professionale – Dirigenti	4
Ruolo Professionale – Comparto	2
Ruolo Tecnico – Dirigenti	2
Ruolo Tecnico – Comparto	759
Ruolo Amministrativo – Dirigenti	25
Ruolo Amministrativo – Comparto	614
TOTALE	4.035

STRUTTURE SANITARIE

PRESIDI OSPEDALIERI ASL AL:

Totale posti letto per degenza ordinaria	783
Totale posti letto per degenza diurna	138

CASE DI CURA PRIVATE ACCREDITATE:

Totale posti letto per degenza ordinaria	297
Totale posti letto per degenza diurna	19

Totale complessivo posti letto pubblici e accreditati per degenze ordinarie e diurne	1237
--	------

STRUTTURE AMBULATORIALI EXTRAOSPEDALIERE

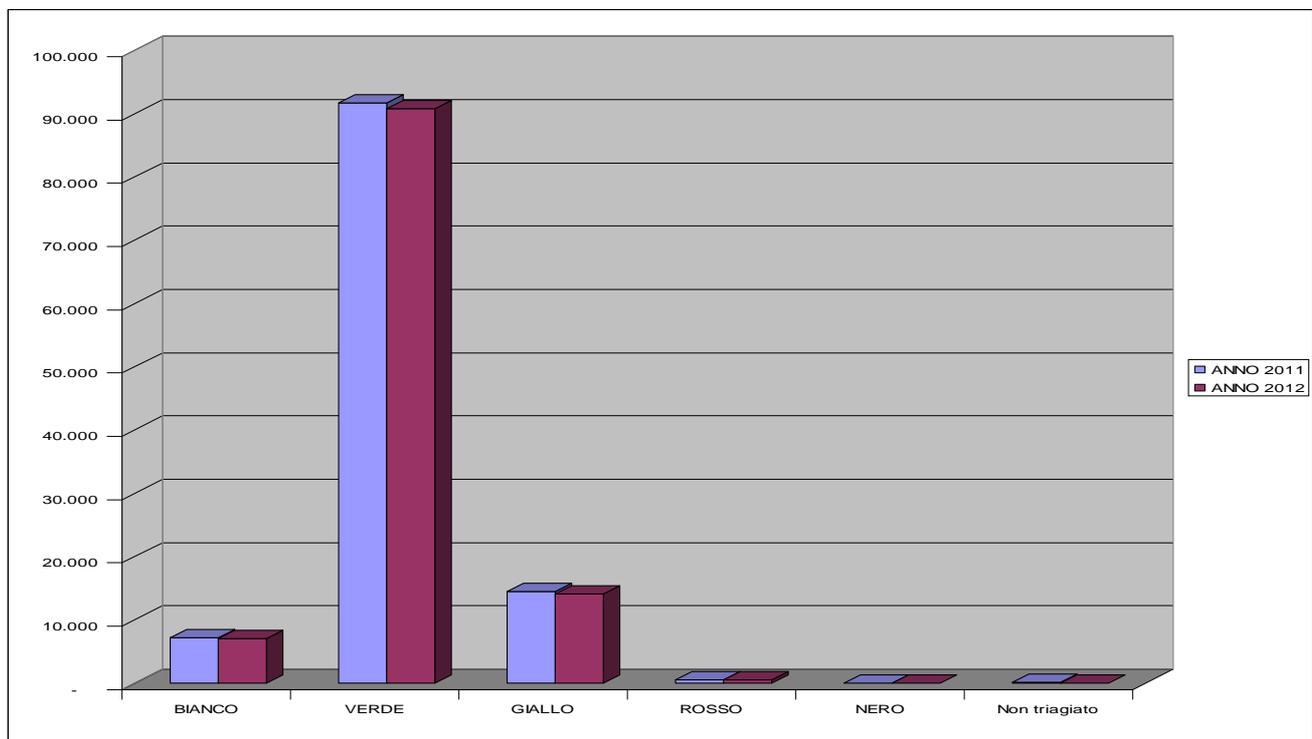
A gestione diretta territoriale - distrettuale	7
Private accreditate	11



DATI DI ATTIVITA'

Dimessi in degenza ordinaria da Ospedali ASL AL	25.501
Dimessi in degenza diurna da Ospedali ASL AL	11.150
Totale dimessi da Ospedali ASL AL	36.651
- di cui per residenti ASL AL	31.311
Totale complessivo fabbisogno ricoveri per residenti ASL AL anno 2012	104.469
Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali per esterni erogate da strutture ASL AL	5.572.715
- di cui per residenti ASL AL	5.206.535
Passaggi totali DEA / Pronto Soccorso ASL AL	112.512
- di cui seguiti da ricovero	14.575

PASSAGGI DEA



ASSISTENZA TERRITORIALE

Totale posti letto RSA accreditati/convenzionati	806
Totale posti letto RAF accreditati/convenzionati	2.763
Totale posti letto per altra assistenza residenziale anziani accreditati/convenzionati	3.569
Giornate complessive di assistenza residenziale per anziani non autosufficienti	653.045
Totale posti in Centri Diurni per anziani accreditati:	
▪ Centri diurni (C.D.)	20
▪ Centri diurni integrati (C.D.I.)	50
▪ Centri diurni Alzheimer integrati (CDAI)	15
Totale posti in Centri Diurni per anziani convenzionati:	
▪ Centri diurni integrati (C.D.I.)	30
▪ Centri diurni Alzheimer integrati (CDAI)	15
Totale posti letto convenzionati per assistenza residenziale disabili	432
Giornate complessive di assistenza residenziale per disabili	110.550
Totale posti in Centri Diurni per disabili convenzionati	294
Totale posti letto Hospice a gestione diretta	24
Cure domiciliari – numero casi trattati	11.625
Cure domiciliari – numero giornate di assistenza	1.599.838



MEDICINA E PEDIATRIA DI BASE:

Medici di Medicina Generale	343
Di cui operanti in medicina di associazione	62
Di cui operanti in medicina di rete	123
Di cui operanti in medicina di gruppo	127
Pediatrati di Libera Scelta	39
Di cui operanti in medicina di associazione	21
Di cui operanti in medicina di gruppo	1
Continuità Assistenziale – Guardia Medica	
Numero visite	59.173

ASSISTENZA PROTESICA:

Numero assistiti	13.645
------------------	--------

CENTRI DI ASSISTENZA PRIMARIA (CAP)	1
--	---

CONSULTORI FAMILIARI

Sedi Distrettuali	7
Sedi Sub Distrettuali	17

DIPARTIMENTO DEL FARMACO

Numero farmacie convenzionate	185
Numero dispensari farmaceutici	36

MEDICINA LEGALE:

Numero Sedi	7
Accertamenti collegiali invalidità civile, handicap, cecità, sordità, collocamento disabili	15.528
Accertamenti Commissione Medica Locale	
Patenti di guida	7.430
Visite fiscali	1.930
Certificazioni monocratiche varie	18.000



DIPARTIMENTO DI PATOLOGIE DELLE DIPENDENZE:

Numero SER.T	7
Numero utenti in carico	2.250
Giornate di assistenza residenziale per persone con problemi di dipendenza	13.256
Centri Diurni per tossicodipendenti e alcolisti a gestione Diretta	1
N° passaggi Bassa Soglia (Drop-in)	7.000
N° inserimenti lavorativi	98

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Utenti in carico	4.664
Centri di salute mentale	7
Centri diurni	1
Servizi Psichiatri di Diagnosi e Cura	2
Comunità Protette a gestione diretta	1
Gruppi Appartamento	
▪ Gestione diretta	5
▪ Gestione mista	3
▪ Gestione privata	17
Posti in convenzione per assistenza residenziale Psichiatrica:	
▪ Comunità protetta di tipo A	1.265
▪ Comunità protetta di tipo B	16.939
▪ Comunità alloggio	5.415
Giornate di assistenza residenziale per persone con problemi psichiatrici	88.018



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN)

Informazioni generali sulle funzioni : cfr. atto aziendale vigente

Controlli, vigilanza e ispezioni in materia di sicurezza alimentare :	1.457
Attività di controllo su acque per uso umano:	1.471
Provvedimenti e sanzioni :	278
Attività di 'counselling' nutrizionale (ore):	229
Sorveglianza nutrizionale soggetti in età pediatrica (progetto 'Okkio'):	459
Sorveglianza nutrizionale	
– pareri su menù e tabelle dietetiche ristorazione scolastica:	993
– pareri su menù e tabelle dietetiche strutture socio-assistenziali:	194

Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP)

Vaccinazioni obbligatorie e raccomandate	49.627
Vaccinazioni antinfluenzali	58.012
Vaccinazioni medicina dei viaggi	2.674
Controlli, vigilanza ed ispezioni	990
Sorveglianza malattie infettive – notifiche pervenute	1.334
Pareri edilizi	560
Provvedimenti e sanzioni	485
Conferenze dei servizi	291
Interventi di educazione sanitaria e promozione alla salute	305

Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro (SPRESAL)

Ditte vigilate	1.262
Interventi di vigilanza	977
Cantieri Edili sottoposti a vigilanza	334
Infortuni sul lavoro indagati	265
Malattie Professionali indagate	76
Punti di prescrizione impartiti (art. 21 D.Lgs. 758/94)	638
Numero verbali	512
Piani di lavoro e notifiche amianto valutati	947
Numero sopralluoghi effettuati	1.145



Servizio Veterinario

Sanità Animale – Area A

Allevamenti zootecnici e consistenza capi:

Bovini	allevamenti	n. 882	capi	n. 42.557
Ovini e caprini	“	n. 854	“	n. 10.344
Suini	“	n. 229	“	n. 33.346
Equidi	“	n. 1.582	“	n. 3.984
Conigli	“	n. 5	“	n. 15.000
Avicoli	“	n. 130	“	n. 613.500
Api	apiarii	n. 408	alveari	n. 19.123

Stalle di sosta/commercio autorizzate	n.	11
Automezzi trasporto bestiame autorizzati	n.	43
Partite di animali da allevamento importate da estero (di cui 1085 di bovini per un totale di 25.326 bovini)	n.	1.105
Strutture sanitarie abilitate alla cura degli animali d'affezione	n.	80
Strutture adibite al ricovero di animali d'affezione: canili	n.	63

Attività S.O.C. Sanità Animale – Area A:

Accessi dei veterinari di Area A in allevamenti per profilassi varie:	n.	2.729
Prove di stalla effettuate per profilassi varie	n.	4.047
Capi in allevamenti zootecnici provati	n.	88.145

Animali d'affezione – profilassi rabbia e lotta al randagismo

Cani censiti in anagrafe	n.	59.676
Sedute di identificazione cani (veterinari ASL)	n.	257
Cani identificati con microchip dal S. veterinario	n.	4.155
Interventi di vigilanza per anagrafe canina	n.	315
Passaporti per animali d'affezione rilasciati	n.	556
Morsicature segnalate	n.	252

Igiene degli alimenti di origine animale – Area B

Impianti di macellazione	59
Altri impianti riconosciuti C.E.	13
Controlli ufficiali su esercizi al dettaglio	1.000
Verifiche negli stabilimenti di produzione	500
Riscontro non conformità	37
Verifiche negli esercizi al dettaglio	800
Difformità alla normativa vigente	135
Visita ante e post mortem negli impianti di macellazione (bovini suini ed ovi-caprini)	14.000



Visita ante e post mortem negli impianti di macellazione: avicoli	2.100.000
Prelievo campioni alimenti	100
Sequestro merce	230 t

Igiene degli allevamenti e produzioni zootecniche – Area C

Strutture sanitarie abilitate alla cura degli animali d'affezione	82
Altri impianti riconosciuti C.E.	52
Monitoraggio resi alimentari c/o stabilimenti prodotti a base di latte industriali	2
Produzione primaria settore latte	68
Attività di vendita settore lattiero caseario	58
Ispezioni sottoprodotti Reg. CE 1069/2009	56
Audit sottoprodotti Reg. CE 1069/2009	13
Campionamenti eseguiti su latte e prodotti a base di latte	43
Sopralluoghi in allevamento come attività integrata A e C	153
Audit in allevamento come attività integrata A e C	11
PNAA PRINCIPI ATTIVI E ADDITIVI campioni effettuati	33
PNAA PRINCIPI BSE campioni effettuati	39
PNAA PRINCIPI MULTIRESIDUO COCCIDIOSATICI campioni effettuati	5
PNAA PRINCIPI DIOSSINE E PCB campioni effettuati	15
PNAA PRINCIPI MICOTOSSINE campioni effettuati	12
PNAA METALLI PESANTI E CONTAMINANTI AMBIENTALI campioni effettuati	7
PNAA SALMONELLE campioni effettuati	10
PNAA OGM campioni effettuati	10
Ispezioni effettuate presso OSM (operatori settore mangimi)	263
Audit effettuati presso OSM (operatori settore mangimi)	9
PNR sostanze anabolizzanti e non autorizzate campioni effettuati	203
PNR EXTRA PIANO – METODICA MULTIRESIDUO sostanze anabolizzanti e non autorizzate campioni effettuati	10
PNR sostanze autorizzate (farmaci veterinari) campioni effettuati	71
PNR contaminanti di origine chimica (DIOSSINE e PCB) campioni effettuati	6
PNR contaminanti di origine chimica (metalli pesanti) campioni effettuati	24
PNR contaminanti di origine chimica (programma pluriennale ANTIPARASSITARI) campioni effettuati	3
PNR contaminanti di origine biologica (micotossine) campioni effettuati	1
PIANO NAZIONALE BENESSERE ANIMALE allevamenti controllati	138
PIANO REGIONALE BENESSERE ANIMALE allevamenti controllati	19
LATTE ALLA STALLA PIANO LATTE INIBENTI TETRACICLINE campioni effettuati	3
LATTE ALLA STALLA PIANO LATTE INIBENTI CHINOLONICI campioni effettuati	3
LATTE ALLA STALLA controlli su sospetto o segnalazione per escludere la presenza di antibiotici nel latte	3
LATTE CRUDO - PIANO REGIONALE LATTE CRUDO DISTRIBUTORI prelievi	16
FARMACOSORVEGLIANZA VETERINARIA ispezioni effettuate	1101
FARMACOSORVEGLIANZA VETERINARIA farmaco veterinario ricette pervenute	3583



FARMACOSORVEGLIANZA VETERINARIA mangimi medicati ricette pervenute	312
CERTIFICAZIONI PER EXPORT PRODOTTI ALIMENTARI	30
CERTIFICAZIONI PER EXPORT PRODOTTI INTERMEDI Reg. CE 1069/2009	190
CERTIFICAZIONI PER EXPORT MANGIMI (alimenti per animali da compagnia)	70
TRASPORTO ANIMALE Autorizzazioni trasportatori ai sensi dell'art. 10 (viaggi < 8 ore) del Reg. (CE) 1/2005	40
TRASPORTO ANIMALE Certificati di omologazione ai sensi dell'art. 18 del Reg. (CE) 1/2005	3
TRASPORTO ANIMALE Certificati di idoneità ai sensi dell'art. 6 del Reg. (CE) 1/2005	68
TRASPORTO ANIMALE Autodichiarazioni della registrazione come produttore primario ai sensi del Reg (CE) 852/2004 - Allegato G vidimazioni	43
TRASPORTO ANIMALE Autodichiarazioni della registrazione come trasportatore "conto proprio" di equidi - Allegato H vidimazioni	130
TRASPORTO ANIMALE Autodichiarazioni per la registrazione come operatori diversi da quelli del settore primario che trasportano conto proprio animali per distanze inferiori ai 65 km - Allegato I vidimazioni	40
TRASPORTO ANIMALE Check-list (allegato B) per la certificazione dei requisiti dei mezzi di trasporto degli animali vertebrati vivi per viaggi inferiori alle otto ore (Accordo Stato-Regioni del 20.03.2008) - Validità 5 anni vidimazioni	45

Presidio Multizonale di Profilassi e Polizia Veterinaria

Animali selvatici inviati alla Facoltà di Medicina Veterinaria		315
Esecuzione piani di profilassi-Test Brucellosi latte bovino di massa		
	Allevamenti	58
	Distributori automatici	36
Prelievo campioni di latte	Bovino	232
	Ovicaprino	64
Interventi di vigilanza	Alpeggi	5
	Allevamenti	2
	Canili	4
	Fiere, Mercati, Esposizioni	1
	Esercizi vendita dettaglio	17
Ritiro e distribuzione marche auricolari		95
Interventi per controllo popolazioni colonie feline		100



3.2 Mandato istituzionale e missione

La missione istituzionale dell'ASL "AL" consiste nel farsi carico, in modo costante ed uniforme, dei bisogni di salute dei residenti e nel garantire ai predetti l'erogazione delle prestazioni inserite nei livelli essenziali di assistenza, direttamente o attraverso il ricorso a strutture esterne accreditate, pubbliche o private, assicurando risposte qualificate, appropriate e tempestive, su più livelli di complessità.

In particolare si opera tenendo conto delle peculiarità, ricavabili dai dati statistici, sociali ed epidemiologici, presenti nella Provincia di Alessandria, quali a puro titolo indicativo, l'elevato indice di vecchiaia della popolazione, correlato all'aumento costante di malattie invalidanti e degenerative e l'esistenza di ambiti territoriali, fortemente connotati da un'elevata prevalenza ed incidenza di patologie tumorali.

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

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

3.3 Albero della performance

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

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

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

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

Il mandato istituzionale e la missione trovano espressione nelle seguenti aree strategiche:

INTEGRAZIONE RETE OSPEDALIERA

SVILUPPO ATTIVITA' TERRITORIALI

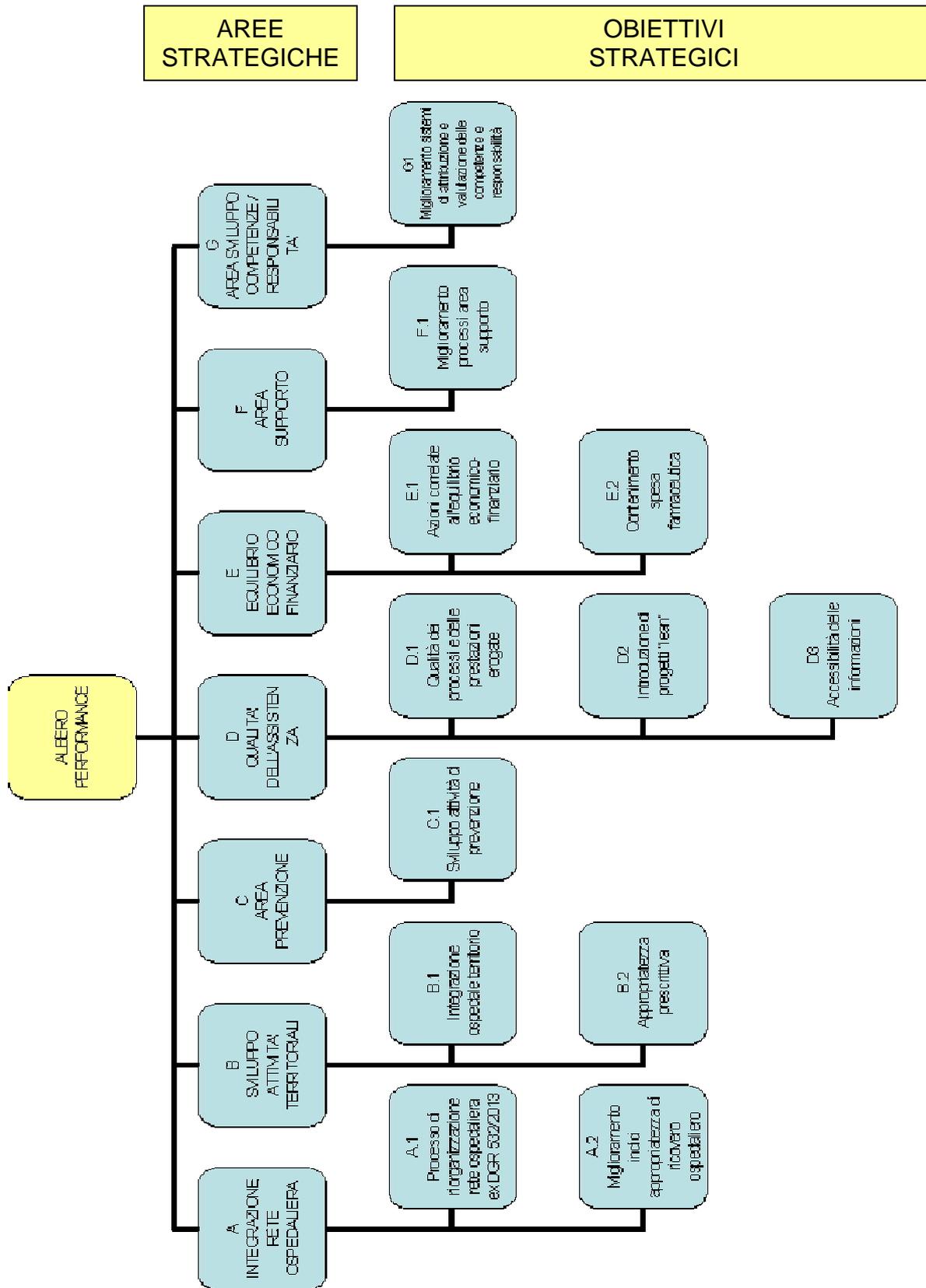
AREA PREVENZIONE

QUALITA' DELL'ASSISTENZA

EQUILIBRIO ECONOMICO FINANZIARIO

AREA SUPPORTO

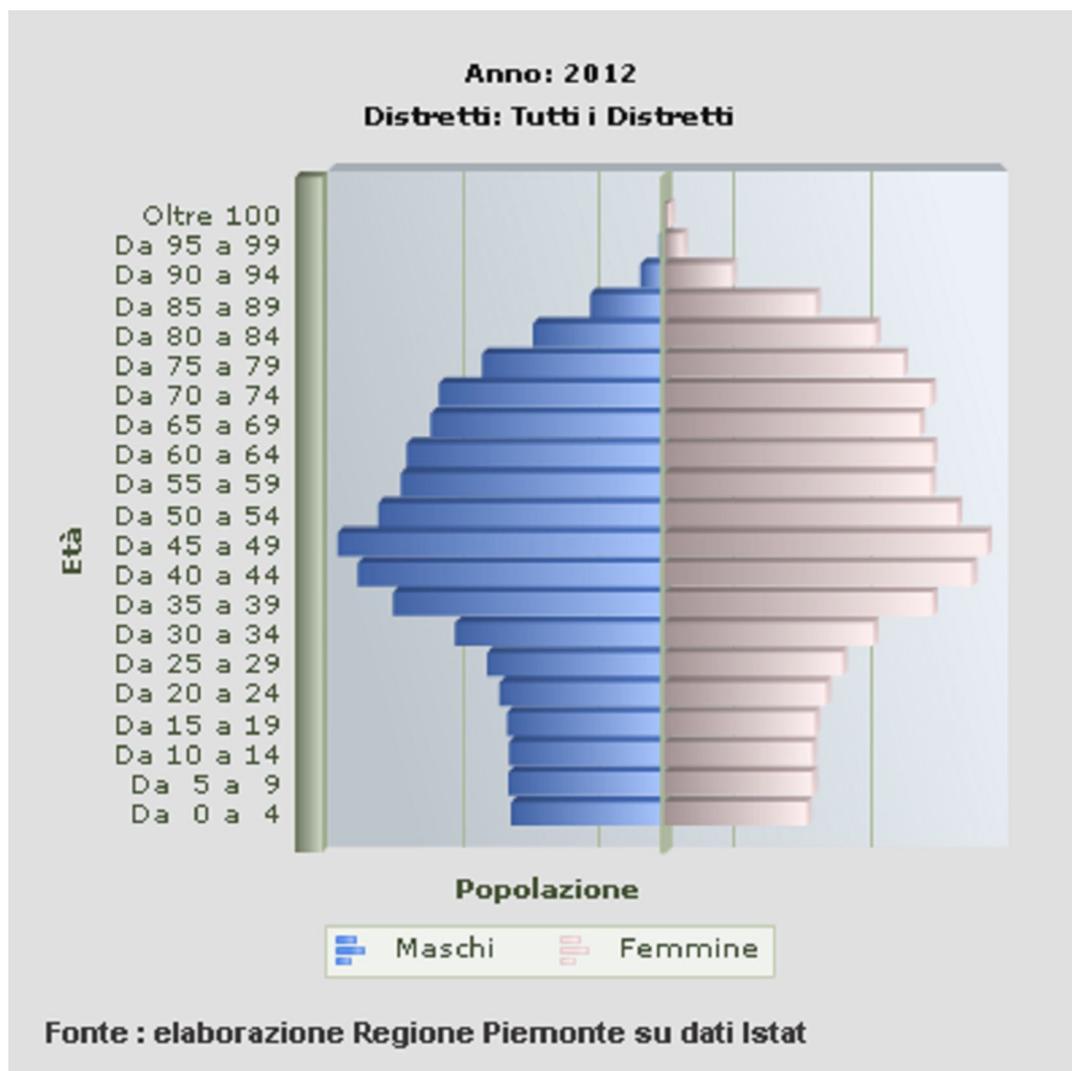
Nella rappresentazione grafica successiva sono evidenziate le aree strategiche e la loro associazione agli obiettivi strategici, che definiscono la finalizzazione delle attività dell'Azienda rispetto ai bisogni e alle aspettative dei destinatari dei servizi.



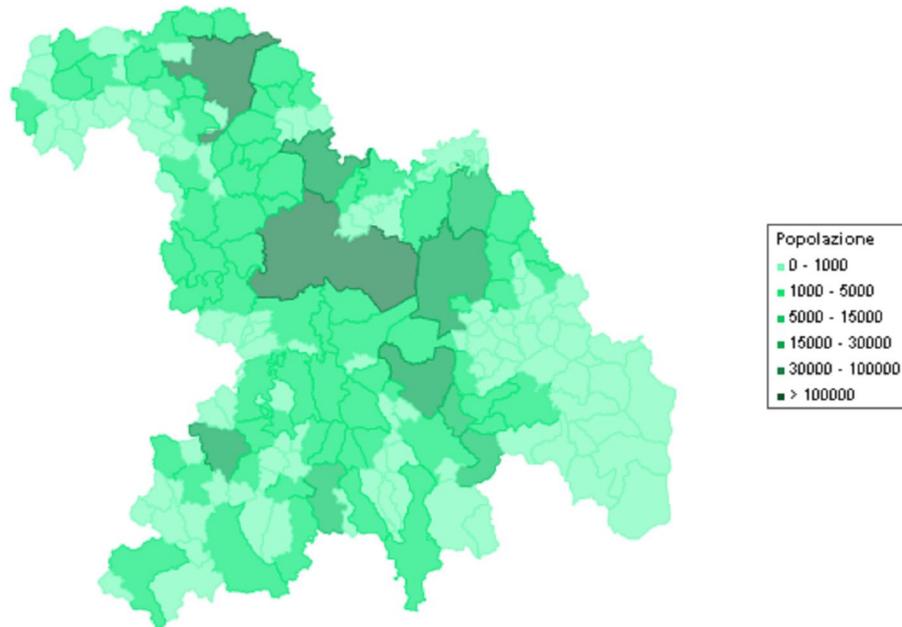
4 - ANALISI DEL CONTESTO

4.1. Analisi del contesto esterno

Si riportano alcuni grafici che evidenziano fattori relativi al contesto demografico ed epidemiologico rilevati nell'ambito del territorio in cui opera l'ASL AL, con riferimento all'ambito regionale.

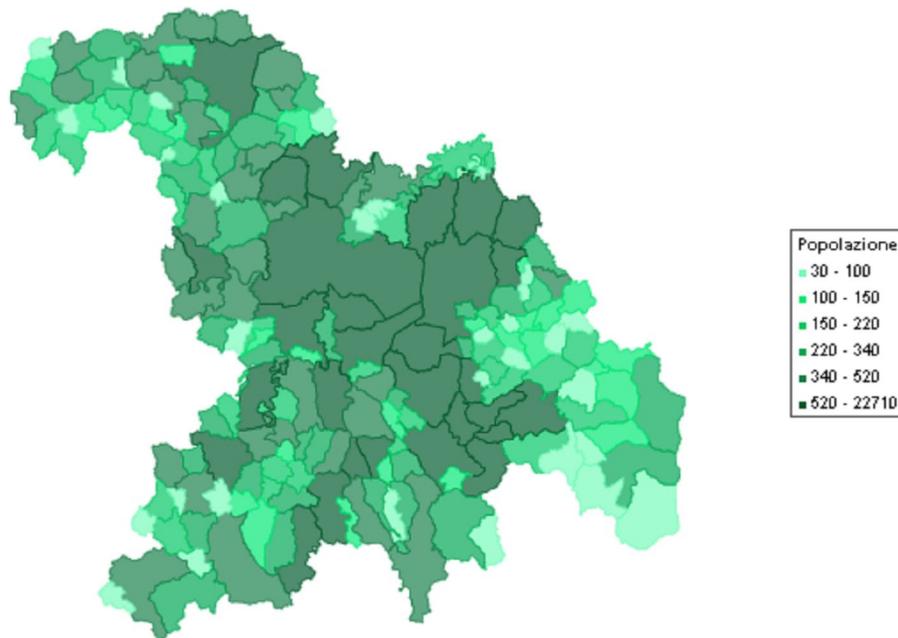


MAPPA POPOLAZIONE ASL AL



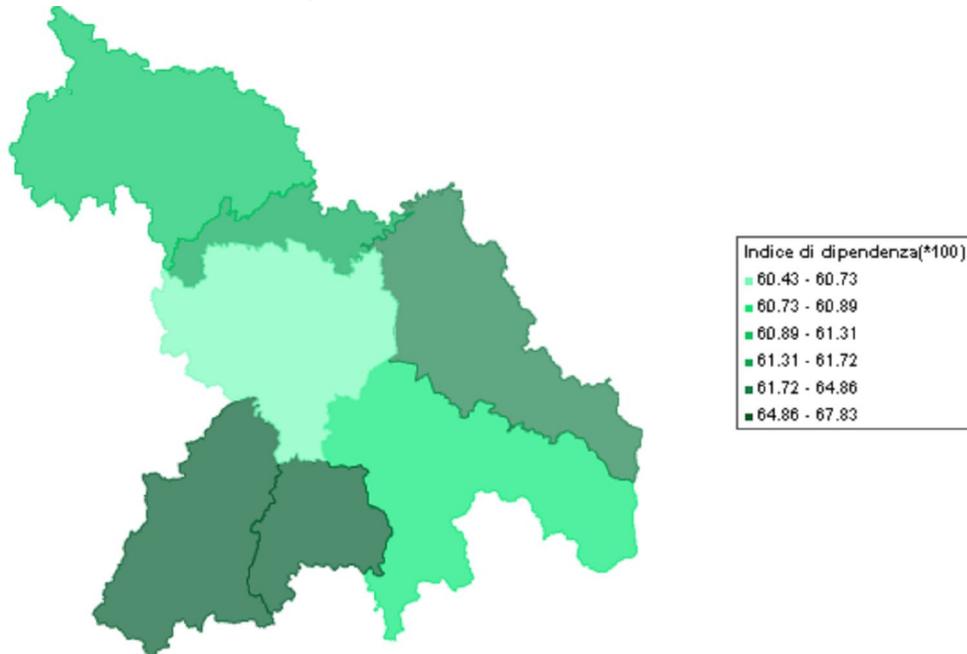
Fonte : elaborazione Regione Piemonte su dati Istat

MAPPA ULTRASESSANTACINQUENNI ASL AL



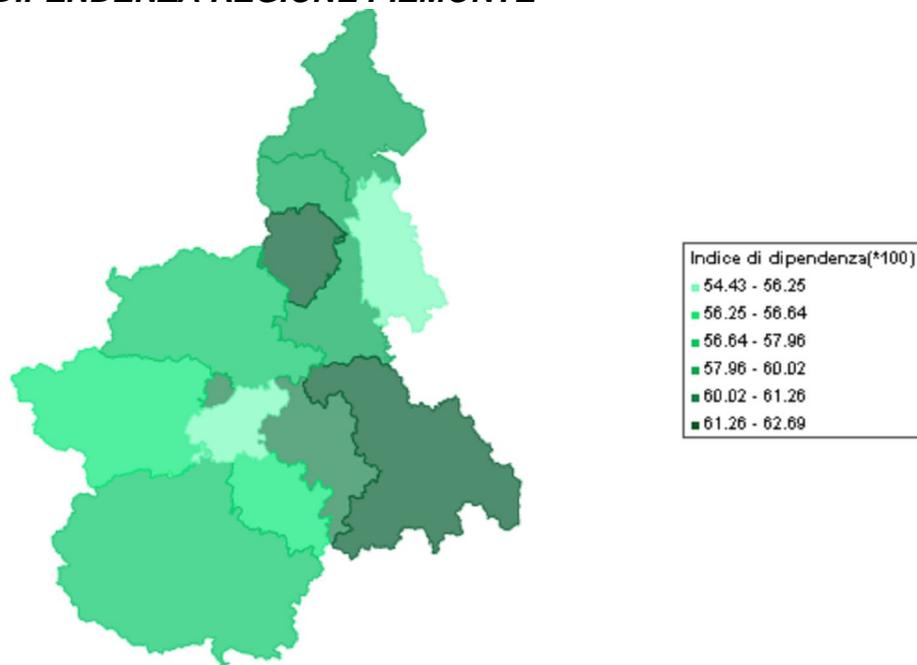
Fonte : elaborazione Regione Piemonte su dati Istat

INDICE DI DIPENDENZA ASL AL



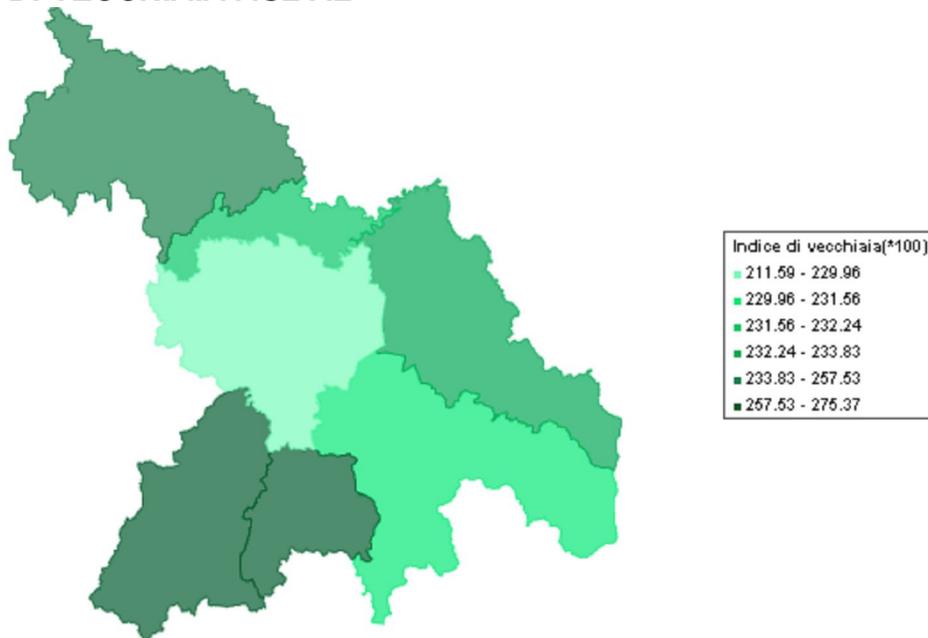
Fonte : elaborazione Regione Piemonte su dati Istat

INDICE DI DIPENDENZA REGIONE PIEMONTE



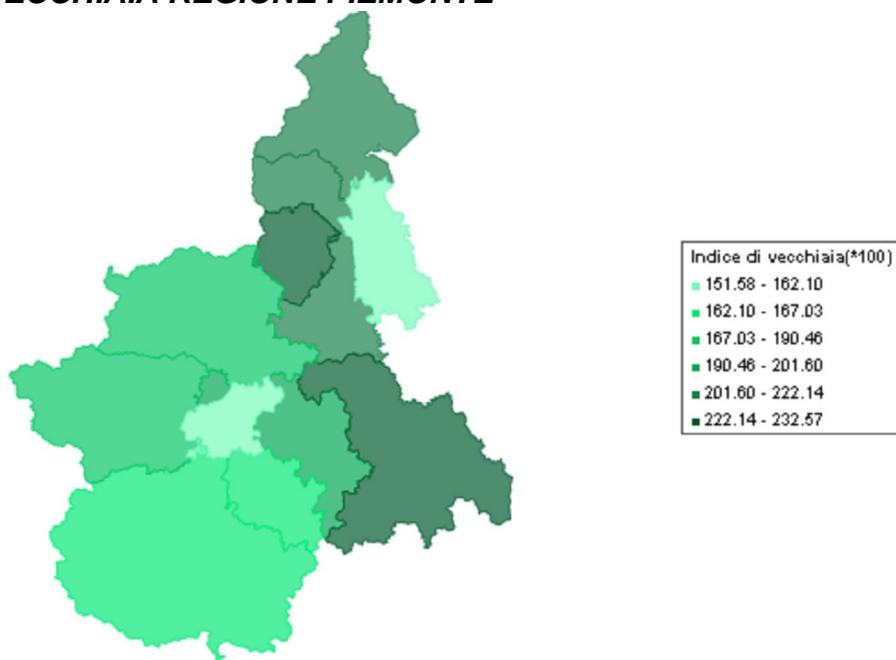
Fonte : elaborazione Regione Piemonte su dati Istat

INDICE DI VECCHIAIA ASL AL



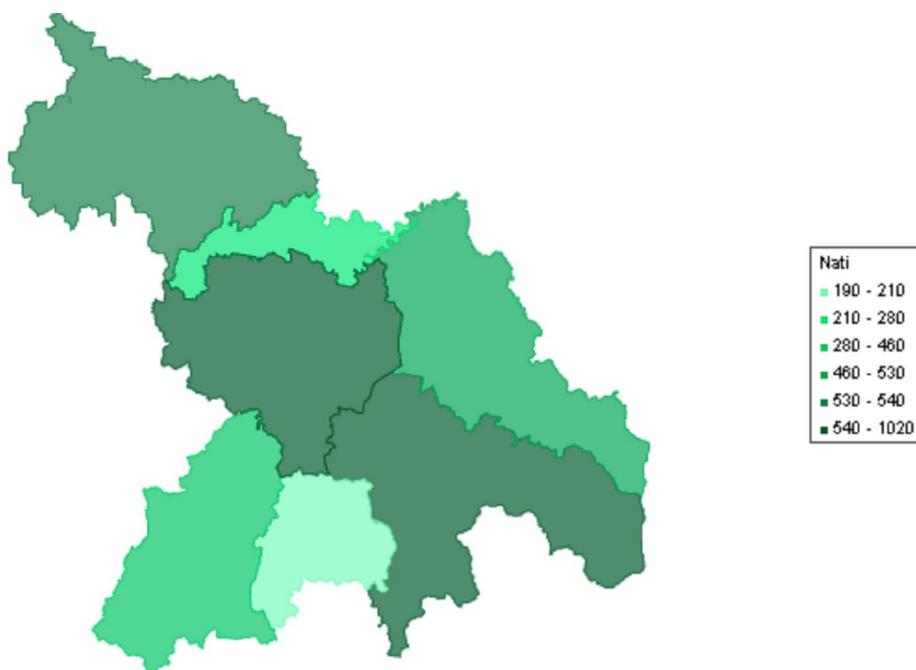
Fonte : elaborazione Regione Piemonte su dati Istat

INDICE DI VECCHIAIA REGIONE PIEMONTE



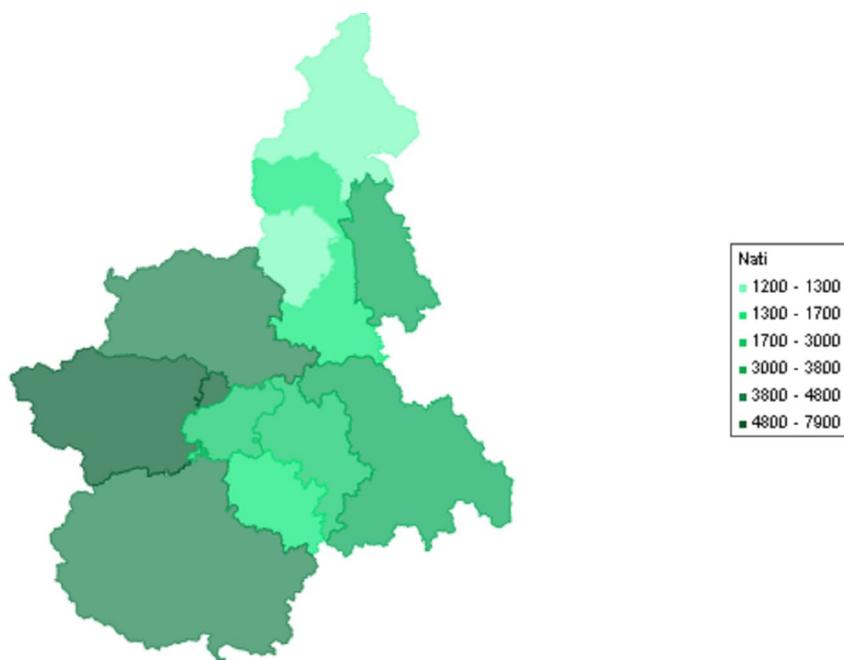
Fonte : elaborazione Regione Piemonte su dati Istat

NATI ASL AL



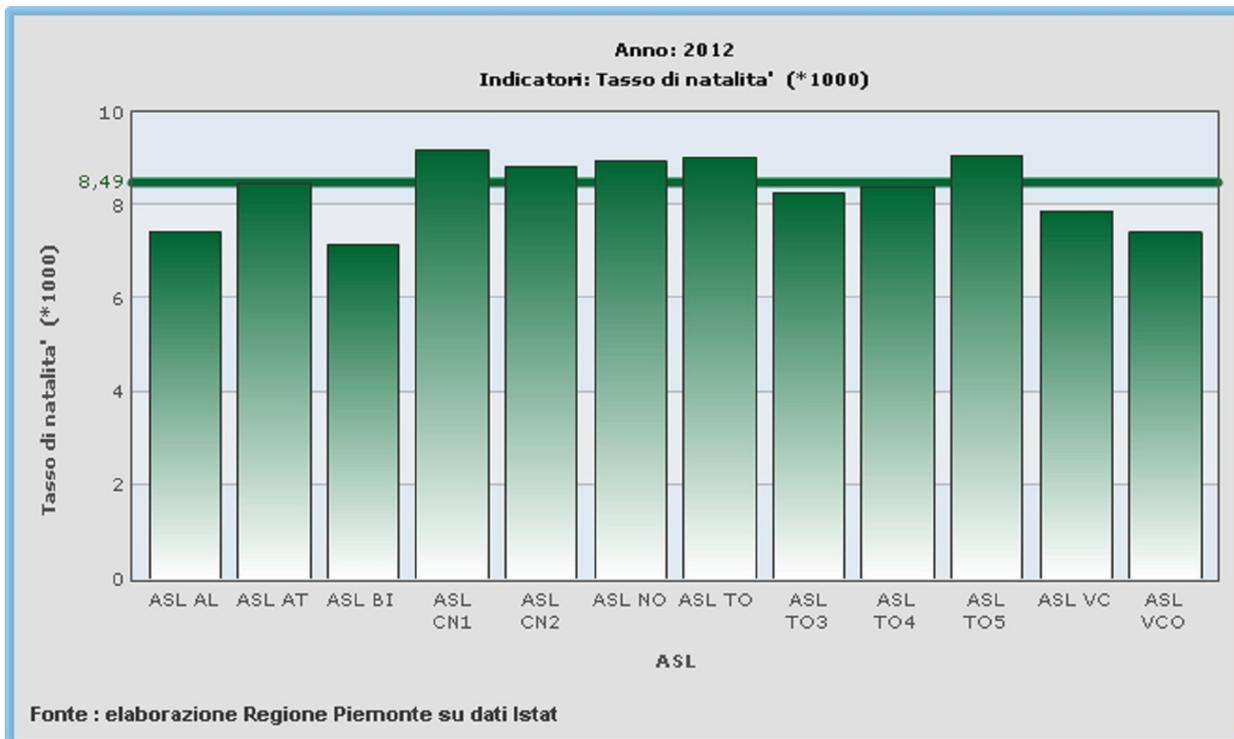
Fonte : elaborazione Regione Piemonte su dati Istat

NATI REGIONE PIEMONTE

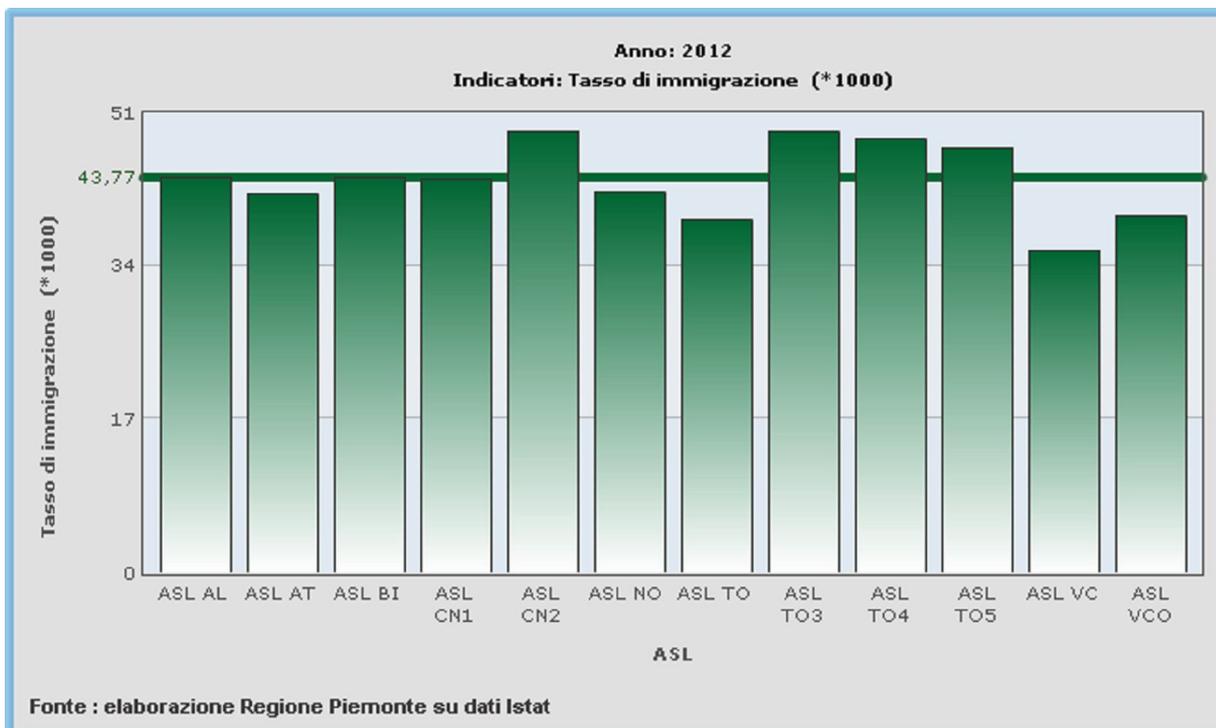


Fonte : elaborazione Regione Piemonte su dati Istat

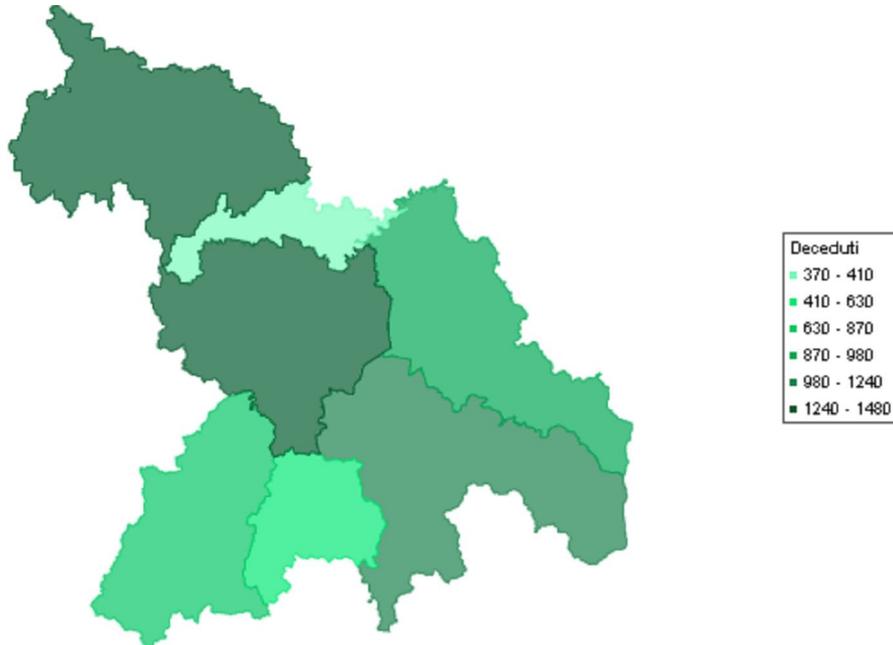
TASSO DI NATALITA'



TASSO DI IMMIGRAZIONE

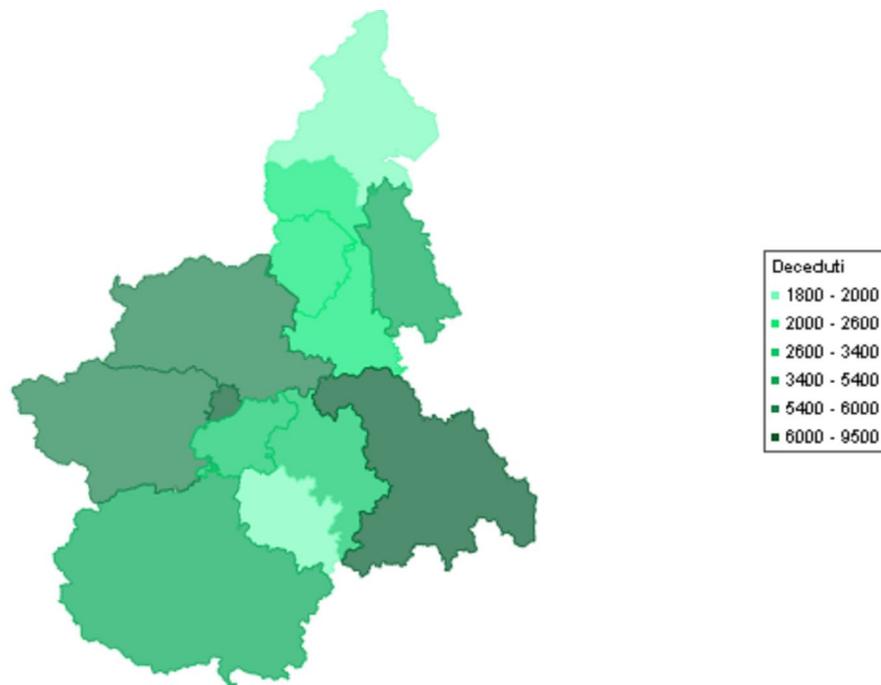


DECESSI ASL AL

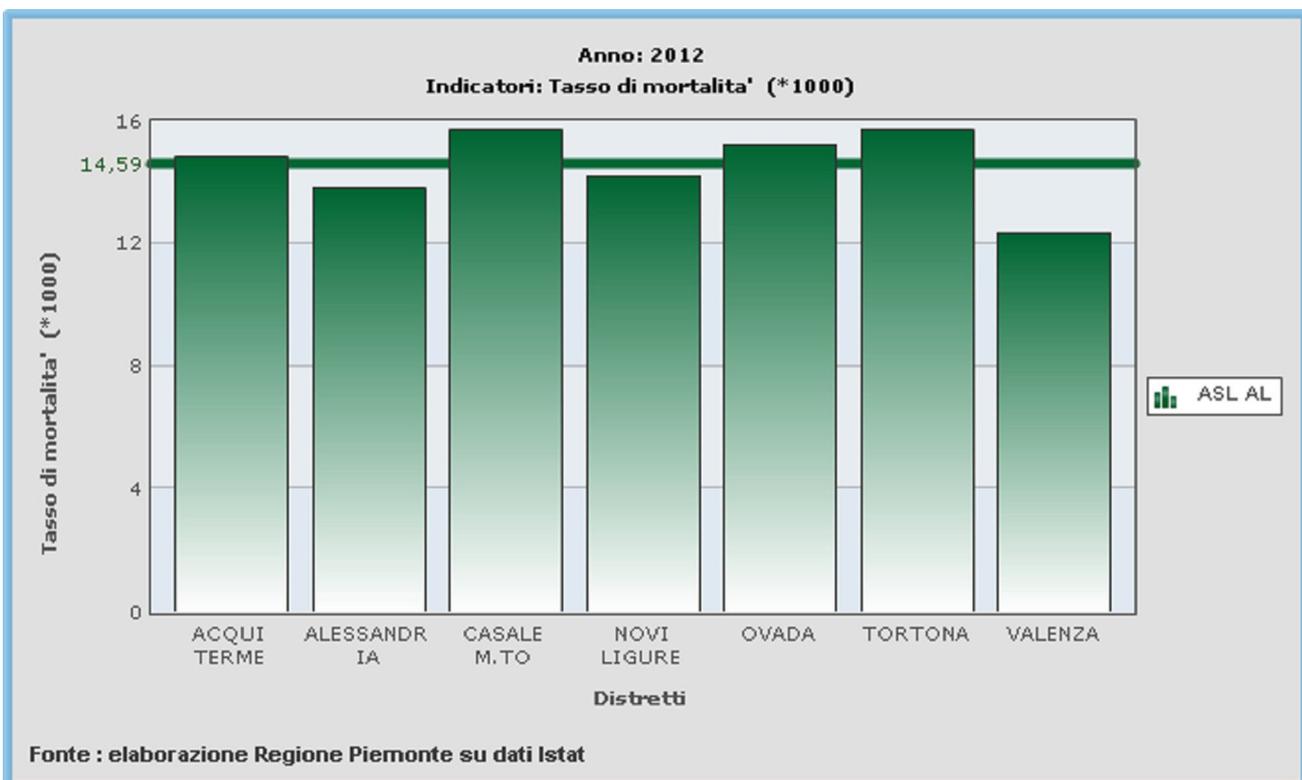
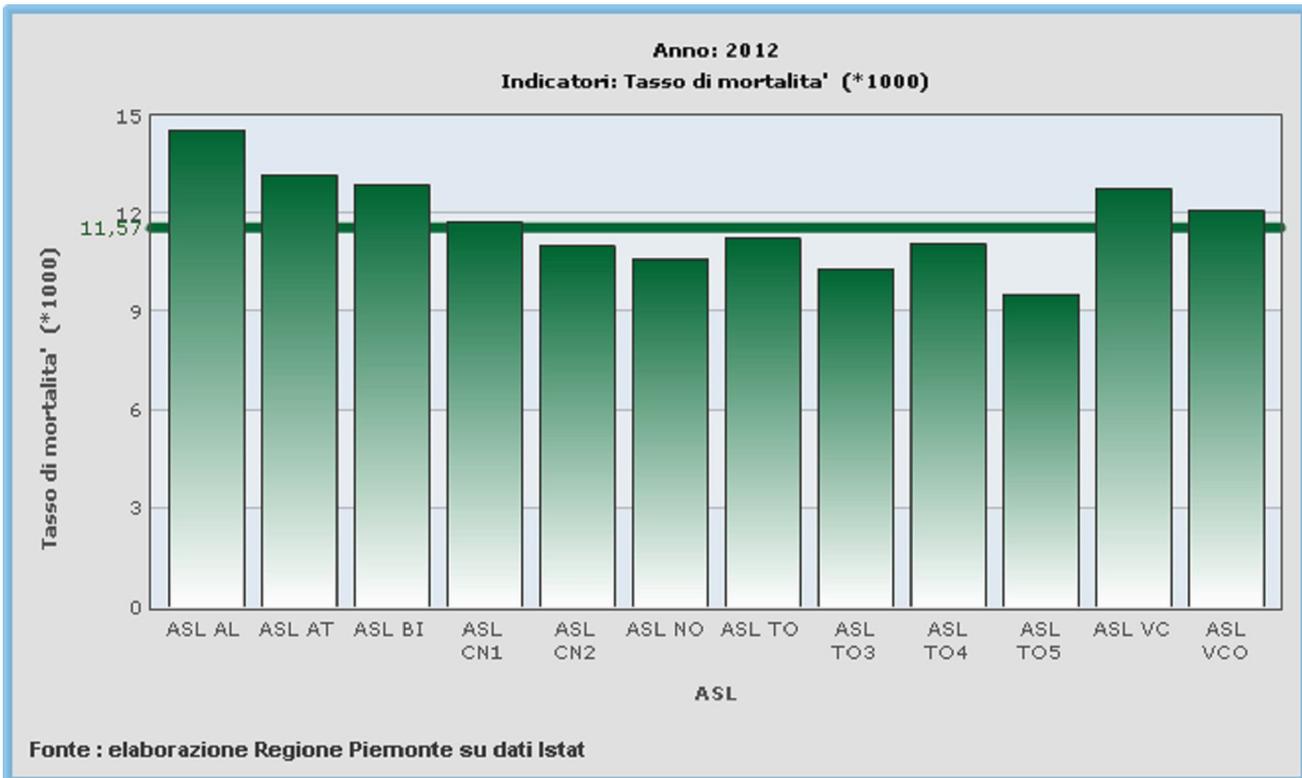


Fonte : elaborazione Regione Piemonte su dati Istat

DECESSI REGIONE PIEMONTE



Fonte : elaborazione Regione Piemonte su dati Istat



CAUSE DI MORTE - ANNO 2010								
Gruppi di malattie	ACQUI TERME	ALESSANDRIA	CASALE MONF.	NOVI LIGURE	OVADA	TORTONA	VALENZA	TOTALE ASL AL
Malattie infettive	17	25	10	15	7	12	8	94
Tumori maligni	155	448	360	264	116	247	121	1711
Tumori benigni, in situ, incerti	6	18	18	20	5	12	7	86
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche	21	51	56	33	17	31	13	222
Malattie del sangue, degli organi emopoietici e disordini immunitari	1	2	5	6	1	4	2	21
Disturbi psichici	21	39	51	26	9	28	13	187
Malattie del sistema nervoso	28	68	53	39	24	24	12	248
Malattie dell'apparato circolatorio	283	562	484	366	160	359	140	2354
Malattie dell'apparato respiratorio	38	107	79	63	22	64	20	393
Malattie dell'apparato digerente	21	52	52	50	13	35	14	237
Malattie dell'apparato genito-urinario	8	21	14	16	5	6	8	78
Malattie della pelle e del sottocutaneo	1	2	0	0	3	2	0	8
Malattie osteomuscolari e del connettivo	4	10	9	10	2	5	2	42
Malformazioni congenite e cause perinatali	4	3	3	5	0	2	2	19
Stati morbosi e maldefiniti	11	26	21	39	14	15	9	135
Cause accidentali	15	38	33	29	21	31	8	175
Totale	634	1472	1248	981	419	877	379	6010



Percentuale di anziani trattati in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) rispetto al totale della popolazione anziana (>= 65 anni), per ASL della Regione Piemonte - Anno 2010

Denominazione	Percentuale anziani trattati in ADI	Casi Trattati Anziani ADI	Popolazione residente nella ASL >=65 anni
AL	7,05	8.224	116.596
AT	1,22	614	50.496
BI	0,88	392	44.365
CN1	1,34	1.252	93.214
CN2	3,74	1.394	37.234
NO	0,71	514	72.651
TO1	0,56	651	117.083
TO2	3,28	3.279	99.872
TO3	0,97	1.211	124.588
TO4	1,62	1.812	111.900
TO5	1,82	1.132	62.327
VC	2,76	1.219	44.179
VCO	0,54	221	40.712
PIEMONTE	2,16	21.915	1.015.217
ITALIA	4,12	502.475	12.206.503

Fonti: Ministero della Salute



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 crescente 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.

% DI SODDISFACIMENTO DEL FABBISOGNO ASSISTENZA OSPEDALIERA – ANNO 2012

Come evidenziato nelle tabelle sotto riportate, l'Azienda Ospedaliera di Alessandria partecipa al soddisfacimento del "fabbisogno" ospedaliero dei residenti ASL AL svolgendo il ruolo di "ospedale di comunità" che ha sul territorio del Distretto di Alessandria (28% dei casi relativi alle specialità di base a fronte della medesima percentuale per quanto riguarda la popolazione del Distretto AL sul totale ASL AL); tale percentuale risulta più bassa per i ricoveri di minore complessità (26%) indice del parziale assorbimento della domanda da parte dei PP.OO. dell'ASL AL, per salire sui casi di maggiore "peso".

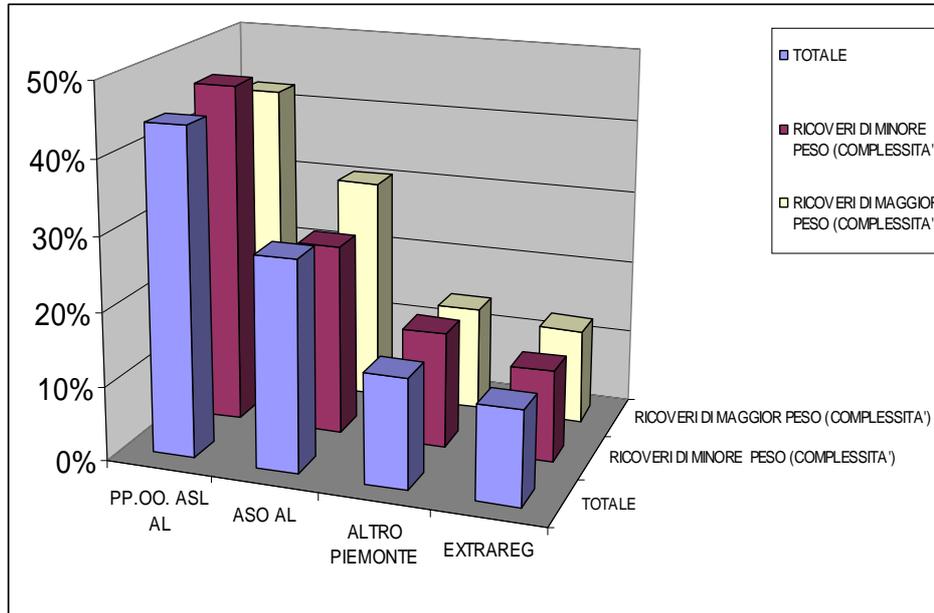
Se al bacino di "attrazione" dell'ASO AL si somma anche il territorio di Valenza (che per vicinanza e tradizione gravita sulla città di Alessandria), tenendo anche conto che il P.O. di Valenza nel 2012 svolgeva solo in piccola parte il ruolo di Ospedale di comunità, si nota come l'assorbimento della domanda di assistenza ospedaliera dei presidi ASL AL (Casale in primis) contribuisce a limitare il ricorso all'Azienda Ospedaliera, chiamata per suo ruolo ad attività di più alta specializzazione.

SPECIALITA' DI BASE (QUELLE EROGATE ANCHE DA PP.OO. ASL AL)

RO+DH – ANNO 2012	EROGATORI			
	PP.OO. ASL AL	ASO AL	ALTRO PIEMONTE	EXTRAREG
TOTALE	44%	28%	15%	13%
RICOVERI DI MINORE PESO (COMPLESSITA')	46%	26%	16%	12%
RICOVERI DI MAGGIOR PESO (COMPLESSITA')	42%	31%	14%	13%

ALTRE SPECIALITA'

RO+DH – ANNO 2012	EROGATORI			
	PP.OO. ASL AL	ASO AL	ALTRO PIEMONTE	EXTRAREG
TOTALE	0%	69%	8%	23%
RICOVERI DI MINORE PESO (COMPLESSITA')	0%	69%	6%	25%
RICOVERI DI MAGGIOR PESO (COMPLESSITA')	0%	69%	9%	22%



POPOLAZIONE

	%
DISTRETTO ACQUI	10%
DISTRETTO ALESSANDRIA	28%
DISTRETTO CASALE	19%
DISTRETTO NOVI	16%
DISTRETTO OVADA	6%
DISTRETTO TORTONA	14%
DISTRETTO VALENZA	7%

Nella tabella sotto riportata si evidenzia il grado di soddisfazione della domanda ospedaliera suddiviso per ciascun distretto in base al tipo di erogatore, relativamente alle specialità di base.

ANNO 2012 – SPECIALITA' DI BASE

anno 2012	TOT		Distretto di Acqui Terme		Distretto di Alessandria		Distretto di Valenza		Distretto di Casale		Distretto di Novi Ligure		Distretto di Ovada		Distretto di Tortona	
	casi	%	casi	%	casi	%	casi	%	casi	%	casi	%	casi	%	casi	%
TOTALE	69.678	100,0%	7.087	100,0%	19.079	100,0%	4.592	100,0%	13.536	100,0%	10.824	100,0%	4.557	100,0%	10.003	100,0%
OSPEDALE S. SPIRITO DI CASALE	9.631	13,8%	36	0,5%	298	1,6%	848	18,5%	8.236	60,8%	97	0,9%	39	0,9%	77	0,8%
OSPEDALE DI VALENZA	703	1,0%	2	0,0%	75	0,4%	392	8,5%	158	1,2%	10	0,1%	4	0,1%	62	0,6%
OSPEDALE DI TORTONA	7.368	10,6%	39	0,6%	476	2,5%	71	1,5%	35	0,3%	1.276	11,8%	155	3,4%	5.316	53,1%
OSPEDALE S. GIACOMO DI NOVI	7.214	10,4%	166	2,3%	557	2,9%	53	1,2%	18	0,1%	5.182	47,9%	908	19,9%	330	3,3%
OSPEDALE CIVILE DI ACQUI TERME	4.821	6,9%	3.792	53,5%	217	1,1%	20	0,4%	6	0,0%	94	0,9%	684	15,0%	8	0,1%
OSPEDALE CIVILE DI OVADA	1.344	1,9%	72	1,0%	33	0,2%	1	0,0%	1	0,0%	156	1,4%	1.063	23,3%	18	0,2%
TOT PP.OO. ASLAL	31.081	44,6%	4.107	58,0%	1.656	8,7%	1.385	30,2%	8.454	62,5%	6.815	63,0%	2.853	62,6%	5.811	58,1%
ASO ALESSANDRIA	19.448	27,9%	985	13,9%	12.550	65,8%	1.998	43,5%	1.161	8,6%	1.306	12,1%	530	11,6%	918	9,2%
CASA DI CURA SALUS	2.123	3,0%	53	0,7%	1.371	7,2%	179	3,9%	67	0,5%	224	2,1%	54	1,2%	175	1,7%
CASA DI CURA CITTA' DI ALESSANDRIA	2.150	3,1%	111	1,6%	969	5,1%	230	5,0%	103	0,8%	266	2,5%	100	2,2%	371	3,7%
CASA DI CURA S. ANNA	1.373	2,0%	32	0,5%	74	0,4%	89	1,9%	1.092	8,1%	68	0,6%	11	0,2%	7	0,1%
CASA DI CURA VILLA IGEA	1.391	2,0%	763	10,8%	156	0,8%	19	0,4%	26	0,2%	218	2,0%	186	4,1%	23	0,2%
ALTRO PIEMONTE	3.346	4,8%	318	4,5%	651	3,4%	163	3,5%	1.709	12,6%	223	2,1%	87	1,9%	195	1,9%
EXTRAREG	8.766	12,6%	718	10,1%	1.652	8,7%	529	11,5%	924	6,8%	1.704	15,7%	736	16,2%	2.503	25,0%

D'altro lato si nota per alcune specialità (ad es. Urologia ed Ostetricia Ginecologia) la capacità dei PP.OO. ASL AL di assorbire parte della domanda ospedaliera del territorio alessandrino.



SPECIALITA'	CASI EROGATI DA PPOO ASL AL PER RESIDENTI DISTRETTO AL	% FABBISOGNO DEL DISTRETTO AL
UROLOGIA PP.OO. ASL AL	321	28%
OSTETRICIA PP.OO. ASL AL	392	16%

MOBILITA' PASSIVA EXTRAREGIONALE

ANNO 2011		TOTALE EXTRAREG	LOMBARDIA	LIGURIA	EMILIA ROMAGNA	TOSCANA	VENETO	ALTRO EXTRAREG
TOT	CASI	10.835	6.820	2.896	378	214	148	379
	% SU TOT DOMANDA	13,0%	8,2%	3,5%	0,5%	0,3%	0,2%	0,5%
Distretto di Acqui Terme	CASI	889	299	501	28	26	12	23
	% SU TOT DOMANDA	11,2%	3,8%	6,3%	0,4%	0,3%	0,2%	0,3%
Distretto di Alessandria	CASI	2.117	1.320	442	101	70	54	130
	% SU TOT DOMANDA	8,8%	5,5%	1,8%	0,4%	0,3%	0,2%	0,5%
Distretto di Casale	CASI	1.182	834	156	55	41	32	64
	% SU TOT DOMANDA	7,4%	5,2%	1,0%	0,3%	0,3%	0,2%	0,4%
Distretto di Novi Ligure	CASI	2.217	1.103	913	90	37	24	50
	% SU TOT DOMANDA	17,4%	8,6%	7,2%	0,7%	0,3%	0,2%	0,4%
Distretto di Ovada	CASI	919	314	554	25	9	5	12
	% SU TOT DOMANDA	17,7%	6,0%	10,7%	0,5%	0,2%	0,1%	0,2%
Distretto di Tortona	CASI	2.872	2.500	234	49	19	13	57
	% SU TOT DOMANDA	24,3%	21,1%	2,0%	0,4%	0,2%	0,1%	0,5%
Distretto di Valenza	CASI	639	450	96	30	12	8	43
	% SU TOT DOMANDA	11,5%	8,1%	1,7%	0,5%	0,2%	0,1%	0,8%

Come può evincersi dalla tabella sotto riportata, per le specialità di base quali Medicina Generale, Chirurgia Generale, Ostetricia Ginecologia l'attività dei presidi ospedalieri dell'ASL AL riesce a garantire una adeguata risposta alla domanda ospedaliera del territorio provinciale (al di sopra del 50%); tali specialità sono distribuite capillarmente sulle diverse sedi ospedaliere in quanto rappresentano l'offerta di base da garantire in maniera omogenea e facilmente accessibile su tutto il territorio dell'ASL.

Per tali specialità l'offerta dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria soddisfa una fascia che si attesta al di sotto del bacino della popolazione di afferenza (ca.28% Alessandria, al di sopra del 30% se si considera anche il territorio di Valenza che gravita in maniera significativa sulla città di Alessandria), segno della capacità attrattiva dei PP.OO. ASL AL su tali specialità di base.



Per riguarda le altre discipline sia mediche che chirurgiche, cresce l'apporto sul soddisfacimento della domanda ospedaliera da parte dell'ASO Alessandria e degli altri erogatori sia regionali che extraregionali; per tali specialità, laddove presenti nell'ambito della rete ospedaliera ASL AL, il piano di revisione in via di attuazione prevede la loro necessaria concentrazione in sedi ospedaliere specifiche, nell'ottica di garantire maggiore specializzazione e, di conseguenza, maggiore qualità e sicurezza dell'attività offerta alla popolazione.

DOMANDA RESIDENTI ASL AL 2012

ANNO 2012	TOTALE	PP.OO. ASL AL		ASO AL		EXTRAREG	
	CASI	CASI	%	CASI	%	CASI	%
MEDICINA GENERALE	9.653	5.630	58,3%	2.537	26,3%	547	5,7%
CHIRURGIA GENERALE	8.536	4.381	51,3%	1.401	16,4%	1.014	11,9%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	8.390	4.156	49,5%	2.428	28,9%	1.356	16,2%
ALTRE DISCIPLINE	52.430	17.144	32,7%	19.366	36,9%	7.918	15,1%



4.2. Analisi del contesto interno

Modello Organizzativo dell'ASL AL

Per quanto attiene ai nostri ambiti specifici alcuni temi di fondo andranno affrontati nel medio termine.

La riduzione e specializzazione dei punti di erogazione ospedalieri sarà necessaria al fine di garantire percorsi definiti e sicuri per i pazienti.

L'obiettivo è assicurare l'appropriatezza e la sicurezza ancor prima che l'economicità.

La frammentazione dei centri di erogazione genera incertezza e non garantisce lo sviluppo di competenze adeguate ad affrontare emergenti e diversificati bisogni sanitari.

La rete territoriale dovrà essere qualitativamente potenziata anche in continuità con i percorsi ospedalieri.

Sarà necessaria una manutenzione continua dei processi accompagnata da sviluppo di competenze specifiche a livello distrettuale.

Anche in questo caso alcune attività di back office potranno essere accentrate mentre dovrà rimanere capillare il servizio e l'informazione diretta all'utente.

L'attività di prevenzione è parte integrante dei servizi territoriali e verranno valorizzati progetti di informazione e prevenzione soprattutto rivolti ai giovani e alle categorie più deboli economicamente e culturalmente.

Il rapporto convenzionale con i Medici di Medicina Generale dovrà evolvere attraverso il potenziamento dell'impegno congiunto verso l'appropriatezza prescrittiva sia in ambito farmaceutico che diagnostico.

Lo sviluppo dell'informatizzazione dovrà permettere di monitorare con sempre maggiore precisione i percorsi diagnostico / terapeutici dei pazienti.

Il modello organizzativo aziendale è lo strumento per sostenere le strategie e i processi operativi aziendali ed è improntato alla semplicità e al contenimento delle articolazioni orizzontali e verticali.

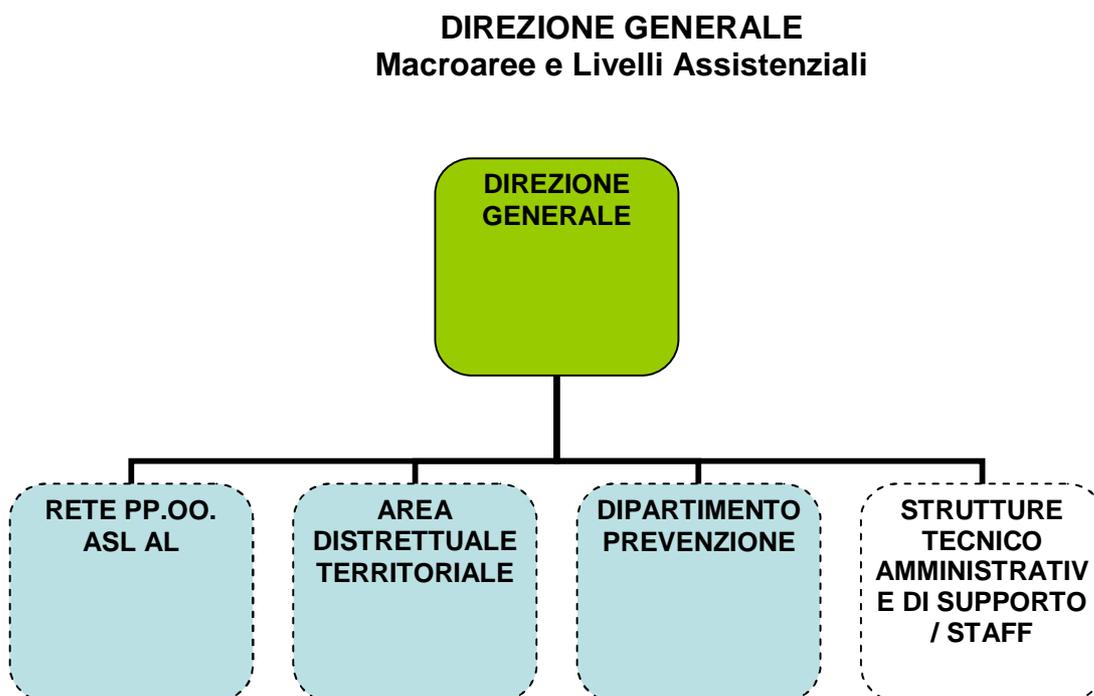
Tale modello tende alla realizzazione del raccordo sistematico e sinergico fra le varie articolazioni aziendali, per garantire l'efficacia e la qualità dei risultati sia di salute della popolazione sia della gestione della struttura.

La sinergia fra le Strutture aziendali viene perseguita utilizzando soluzioni gestionali, progetti e programmi, ricorrendo a coordinamenti organizzativi solo per le macroaree aziendali (Distretti, Ospedali).

Non si tratta di ridurre la complessità del sistema aziendale, prevedendo un numero ridotto di Strutture organizzative, ma piuttosto di garantire un'aggregazione ampia per affinità, determinando condivisioni di linguaggio, di obiettivi, di strumenti, mettendo in tal modo le basi per un cambiamento evolutivo reale in termini di:

- valorizzazione dei ruoli e delle responsabilità,
- orientamento all'utente nel disegno organizzativo,
- equità complessiva interna e nei confronti della popolazione,
- semplificazione degli *iter* amministrativi e sanitari.

Organigramma sintetico aziendale:



Risorse umane e professionali.

L'ASL AL si avvale della collaborazione di circa 4.000 dipendenti, la cui suddivisione in macro qualifiche è rappresentata nella tabella sottostante, con riferimento al biennio 2011 – 2012.

MACRO QUALIFICA	2011		2012		Diff. % 2012 - 2011	
	Numero	Numero Equivalenti	Numero	Numero Equivalenti	Numero	Numero Equivalenti
RUOLO SANITARIO - MEDICI / VETERINARI	665,33	660,88	654,25	649,92	-1,67%	-1,66%
RUOLO SANITARIO - ALTRA DIRIGENZA	78,58	76,88	76,67	74,77	-2,44%	-2,74%
RUOLO SANITARIO - DIRIGENTI INFERMIERISTICI	1,00	1,00	1,00	1,00	0,00%	0,00%
RUOLO SANITARIO - PERSONALE INFERMIERISTICO	1.581,92	1.509,02	1.563,17	1.489,67	-1,19%	-1,28%
RUOLO SANITARIO - PERSONALE RIABILITATIVO	172,58	158,92	169,17	156,90	-1,98%	-1,27%
RUOLO SANITARIO - ALTRO PERSONALE	268,42	260,30	266,08	258,49	-0,87%	-0,69%
RUOLO PROFESSIONALE DIRIGENZA	4,00	4,00	4,00	4,00	0,00%	0,00%
RUOLO PROFESSIONALE COMPARTO	2,00	2,00	2,00	2,00	0,00%	0,00%
RUOLO TECNICO DIRIGENZA	2,00	2,00	2,00	2,00	0,00%	0,00%
RUOLO TECNICO COMPARTO	797,42	777,03	779,75	760,19	-2,22%	-2,17%
RUOLO AMMINISTRATIVO DIRIGENZA	25,92	25,92	25,33	25,33	-2,25%	-2,25%
RUOLO AMMINISTRATIVO COMPARTO	637,08	607,35	646,58	608,06	1,49%	0,12%
TOTALE COMPLESSIVO	4.236,25	4.085,30	4.190,00	4.032,33	-1,09%	-1,30%
DIRETTORE SOCIO ASSISTENZIALE	1,00	1,00	1,00	1,00	0,00%	0,00%

Indicatori:

Età media del personale (anni)	48,09
Età media dei dirigenti (anni)	51,43
% di dipendenti in possesso di laurea	24,20
% di dirigenti in possesso di laurea	100
Tempi di formazione (media per dipendente)	0,63
Costi di formazione/spese del personale	€ 157.460,00
Tasso di assenze (<i>comprese le assenze per malattia, maternità..</i>)	19,58
Tasso di richieste di trasferimento (<i>In uscita verso altri enti pubblici</i>)	0,39
Tasso di infortuni	5,69
Stipendio medio lordo mensile percepito dai dipendenti	3.158,08
% di personale assunto a tempo indeterminato	82,18 su totale assunzioni
% di dirigenti donne	7,66 sul totale – 10,49 sul totale donne
% di donne rispetto al totale del personale	72,97
% di personale donna assunto a tempo indeterminato	68,67 su totale assunzioni
Età media del personale femminile (personale dirigente)	48,68
Età media del personale femminile (personale comparto)	47,30



Risorse tecnologiche.

Risorse tecnologiche biomediche

Le apparecchiature biomedicali presenti nell'Azienda Sanitaria sono quantificate in termini numerici in circa 8540.

Con riferimento alle Grandi Attrezzature, risultano installati:

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

Spesa risorse tecnologiche biomediche

La spesa sostenuta per la manutenzione delle attrezzature biomedicali nel 2012 risulta pari a:

€ 3.300.000,00	i.v.a. incl. per canoni di contratti di manutenzione
€ 841.000,00	i.v.a. incl. per interventi su chiamata
€ 338.000,00	i.v.a. incl. per materiale per manutenzione attrezzature biomedicali

Risorse ICT

Le tecnologie ICT sono quantificate in circa:

- N. postazioni di lavoro (pc)	2200
- N. apparecchi telefonici fissi	2050
di cui apparecchi telefonici con tecnologia IP	400
- N. server	30
- N. fotocopiatrici	260
- N. fax	400

Spesa risorse ICT

La spesa sostenuta per la manutenzione delle risorse ICT nel 2012 risulta pari a:

€ 462.000,00	i.v.a. incl. per canoni di contratti di manutenzione
€ 890.000,00	i.v.a. incl. per software
€ 140.000,00	i.v.a. incl. per materiale per manutenzione risorse ICT



Risorse economiche e finanziarie.

La tabella sottostante evidenzia l'andamento economico gestionale dell'Azienda nel quinquennio trascorso nonché il tendenziale 2013; sotto il profilo dell'equilibrio generale non si trascuri che il finanziamento 2012 è solo nominalmente coincidente con quello 2011 ma una lettura più attenta consente di rilevare una riduzione reale di 7,4 mln ovvero le c.d. "poste non monetarie" che nel 2011 erano escluse dal calcolo dell'equilibrio mentre nel 2012 – a seguito dell'entrata in vigore del D. Lgs. 118/2011- esse devono essere riassorbite nel finanziamento complessivo.

Dal prospetto sotto riportato emerge che prosegue l'opera di stabilizzazione del sistema, ovvero a fronte di una riduzione dei ricavi derivante pressoché totalmente dalla riduzione del finanziamento a carico del SSR, è rilevata una coerente riduzione dei costi della gestione e che il contenimento della spesa opera – in differente misura – su tutti gli aggregati di spesa, segno tangibile delle azioni messe in atto sull'efficientamento dell'azienda.

euro/1000

	2008	2009	2010	2011	2012	2013*
fondo sanitario regionale	753.848	774.763	775.955	771.904	772.450	761.395
altri ricavi	19.894	20.283	19.653	20.415	24.211	23.140
totale ricavi gestione ordinaria	773.742	795.046	795.608	792.319	796.661	784.535
costo beni e servizi sanitari	- 386.720	- 392.961	- 400.446	- 397.344	- 385.667	- 377.460
costo personale	- 207.730	- 213.639	- 216.378	- 214.080	- 211.625	- 209.183
costi generali di funzionamento e imposte	- 40.931	- 37.843	- 33.656	- 34.751	- 34.895	- 33.709
totale costi gestione ordinaria	- 635.381	- 644.443	- 650.480	- 646.175	- 632.187	- 620.352
saldo mobilità attiva e passiva	- 152.660	- 164.133	- 167.742	- 158.045	- 164.474	- 166.560
costi / ricavi straordinari	6.012	4.023	8.009	5.212	0	2375
risultato economico	- 8.287	- 9.507	- 14.605	- 6.689	0	-2
poste non monetarie	8.289	9.530	9.194	7.396	0	0
risultato finanziario	2	23	- 5.411	707	0	-2

(*) previsione

Il calo della voce "altri ricavi" nel bilancio 2013 ha quale causa prevalente la riduzione dei ticket introitati, legata ad un calo del ricorso da parte della popolazione assistita a prestazioni diagnostiche derivante sia da una maggiore appropriatezza prescrittiva sia quale effetto della crisi economica in cui versa il Paese.



5 - OBIETTIVI STRATEGICI

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.

Il processo di redazione del Piano si inserisce nell'ambito del più complesso processo di pianificazione strategica e programmazione operativa dell'ASL.

Il punto di partenza è costituito dai piani socio sanitari nazionali e regionali, dagli obiettivi di mandato del Direttore Generale e dalle disposizioni sugli obiettivi economico-finanziari.

Gli obiettivi generali individuati dall'Azienda per il triennio 2014-2016 sono di particolare rilevanza rispetto ai bisogni ed alle attese degli stakeholder ed all'indissolubile legame con le risorse economiche disponibili.

La definizione degli obiettivi strategici presuppone la preventiva individuazione degli indirizzi che traducono gli intenti dell'Azienda ed individuano la dimensione dell'obiettivo medesimo:

- **appropriatezza organizzativa**
- **appropriatezza delle prestazioni erogate**
- **qualità dei processi e delle prestazioni erogate**
- **accessibilità** (garantire l'equità di accesso alle prestazioni ed ai servizi da parte degli utenti)
- **innovazione e sviluppo** (qualificazione dell'offerta assistenziale ospedaliera e territoriale o potenziamento delle attività nel campo della prevenzione e delle dipendenze)
- **qualità ed efficacia organizzativa** (garantire al personale dipendente formazione, sviluppo delle competenze, benessere organizzativo, pari opportunità)
- **efficienza:** assicurare un livello produttivo coerente con le risorse disponibili

Tutto ciò nel quadro del rispetto dei vincoli di **equilibrio economico-finanziario**.

Quanto sopra può ricondursi alle prospettive tipiche della balanced scorecard:

- Destinatari finali della prestazione erogata
- Qualità dei processi aziendali
- Innovazione e sviluppo
- Economica finanziaria

L'individuazione delle strategie presuppone, inoltre, la definizione delle priorità degli investimenti previsti dal piano investimenti aziendale.

Con D.G.R. 13-3723 del 27.4.2013, con la quale si è disposto di nominare il Direttore generale dell'Azienda sanitaria locale AL, sono stati individuati i seguenti **obiettivi di mandato**:

- 1) *Attivare gli adempimenti necessari per la costituzione della Federazione sovrazonale di afferenza, ai sensi dell'art. 23 della l.r. n. 18/2007, con particolare riferimento alla definizione dei contenuti dello Statuto ed alla nomina dell'Amministratore Unico designato dal Presidente della Giunta regionale.*
- 2) *Contribuire alla realizzazione delle strutture di funzionamento della Federazione sovrazonale di afferenza, sia conferendo alla stessa, attraverso i previsti accordi contrattuali, le funzioni operative previste dalla legge regionale 3/2012, sia trasferendo le risorse che l'Amministratore Unico della Federazione sovra zonale richiederà ai Soci per lo svolgimento di tali funzioni operative.*
- 3) *Riduzione, rispetto al 2011, del costo complessivo di funzionamento dell'Azienda sanitaria per gli anni 2012 e 2013, in base alle indicazioni che saranno definite, con apposita deliberazione della Giunta regionale, per ciascuna Azienda sanitaria.*
- 4) *Rendere operative le iniziative definite dal PSSR 2012-2015 e dalla Programmazione regionale, anche decentrata a livello di area sovrazonale, per la realizzazione della rete ospedaliera di afferenza.*
- 5) *Attuare il censimento dell'amianto nel territorio di competenza secondo le indicazioni che saranno definite da Regione-ARPA con apposita deliberazione della Giunta regionale.*
- 6) *Attuare la riconversione dell'Ospedale di Valenza secondo le indicazioni regionali.*
- 7) *Realizzare il progetto di Ospedale Unico, articolato su due sedi, per i Presidi di Novi Ligure e di Tortona.*

Il Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2015 individua le seguenti priorità:

Riorganizzazione della rete ospedaliera: nell'ambito del livello territoriale interaziendale gli ospedali sono inseriti in un'unica rete ospedaliera funzionalmente integrata, articolati per differenti livelli di complessità clinica delle malattie trattate. I presidi ospedalieri vengono classificati in aderenza al principio della diversificazione delle funzioni correlato alla complessità delle prestazioni erogate, in tre livelli: Ospedali di territorio, Ospedali cardine, Ospedali di riferimento (HUB).

Appropriatezza: nell'area dei ricoveri ospedalieri per acuti, delle post-acuzie, delle prestazioni specialistiche e della farmaceutica le aziende devono attivare progetti di appropriatezza da correlare agli obiettivi aziendali.

Creazione della rete emergenza – urgenza: la necessità di avere sia un sistema capillare di antenne in grado di formulare una prima diagnosi e avviare in modo corretto il paziente al centro più appropriato (dove si possano effettuare gli esami diagnostici e le terapie che salvino la vita e che promuovano la possibilità di un recupero successivo il più possibile normale), sia una forte ed efficace governance (a garanzia dell'omogeneità distributiva e qualitativa dei servizi) hanno comportato l'istituzione di un'Azienda regionale dell'emergenza urgenza territoriale all'interno della quale confluiscono tutte le attività finora svolte dal Servizio 118.

Presenza in carico del cittadino: l'attivazione dei CAP, che rappresentano il luogo deputato allo sviluppo della medicina di iniziativa, costituisce nell'ambito delle malattie croniche un nuovo approccio organizzativo che affida alle cure primarie il compito di programmare e coordinare gli interventi a favore di malati cronici.

Sviluppo delle cure domiciliari: strategico è lo sviluppo delle cure domiciliari, intese come trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi prestati al domicilio del paziente da personale qualificato per la cura e l'assistenza dei soggetti non autosufficienti (parzialmente o totalmente, in forma temporanea o continuativa), con patologie in atto o in stato di riacutizzazione o con esiti delle stesse. Le cure domiciliari sono finalizzate a migliorare la qualità quotidiana della vita, consentendo al paziente di essere curato adeguatamente nel contesto naturale di vita, attraverso l'intervento di natura multiprofessionale e/o multidisciplinare.

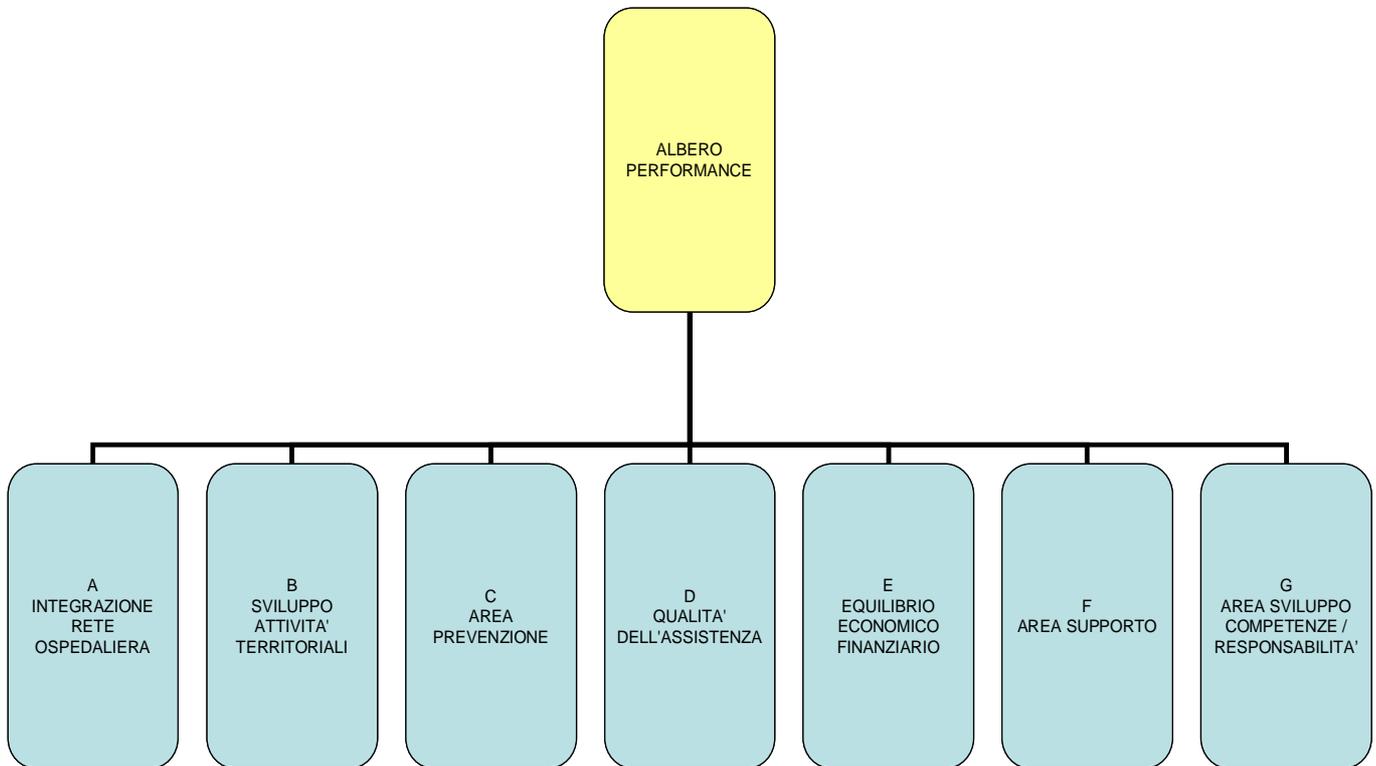
Riduzione dei tempi di attesa: sono già state individuate da tempo le prestazioni oggetto di monitoraggio e valutazione da parte dell'amministrazione regionale ed i relativi standard di riferimento. Una delle chiavi di volta nel governo delle liste di attesa è l'appropriatezza delle prescrizioni mediche: la non appropriatezza prescrittiva dei medici è sicuramente una delle cause che, generando un eccesso di domanda, allunga i tempi d'attesa. All'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni conseguirebbe il soddisfacimento, equo ed uniforme, del fabbisogno nelle diverse realtà locali della Regione.

Continuità assistenziale: per assicurare la presa in carico del paziente dall'inizio fino al completamento del suo percorso di salute (senza alcuna soluzione di continuità nel ricevere le cure/assistenza dai vari soggetti erogatori) è necessario:

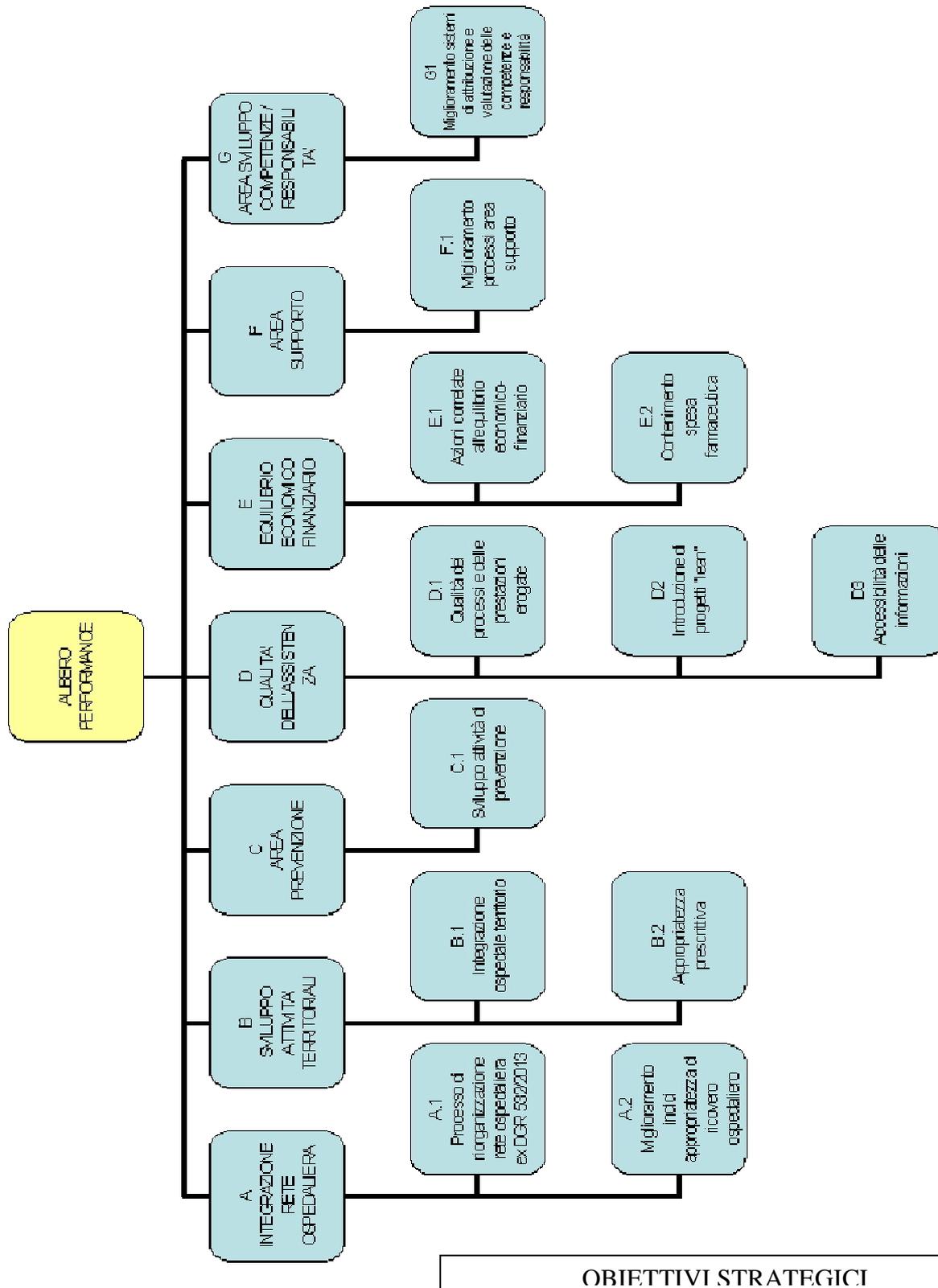
- rafforzare il ruolo del **Distretto**, soggetto unico responsabile per le azioni organizzative a supporto dell'assistito e come tale interlocutore specifico del medico convenzionato da un lato e del presidio ospedaliero dall'altro;
- creare il **nucleo distrettuale di continuità delle cure**, per la presa in carico, la realizzazione dei percorsi integrati di cura e il successivo monitoraggio nelle varie fasi del processo;
- attivare presso i presidi ospedalieri il **nucleo ospedaliero di continuità delle cure**, in grado di colloquiare con il **nucleo distrettuale di continuità assistenziale**;
- creare un sistema informativo a supporto del nucleo distrettuale di continuità assistenziale e del nucleo ospedaliero di continuità assistenziale a garanzia della completezza e della tempestività della trasmissione delle informazioni cliniche e terapeutiche necessarie ai vari punti della rete;
- definire protocolli di appropriatezza clinica ed organizzativa tra il pronto soccorso, il presidio ospedaliero e il distretto;
- attivare una banca dati regionale che, utilizzando i dati del sistema informativo, permetta al distretto la conoscenza dell'intero percorso di continuità delle cure usufruito dai propri assistiti.

Riorganizzazione delle funzioni tecnico-logistiche-amministrative: nell'ambito del riordino, il SSR piemontese persegue anche azioni di aggregazione e concentrazione di alcune funzioni tecnico/amministrative tese a sviluppare economie di scala, cioè economie di costo rese possibili dal crescere delle dimensioni della struttura produttiva aziendale, le quali si prevede generino vantaggi ascrivibili ad economie di apprendimento e di esperienza.

INDIVIDUAZIONE DELLE AREE STRATEGICHE



INDIVIDUAZIONE DEGLI OBIETTIVI STRATEGICI



6 - DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI

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

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.O.C., S.O.S. a valenza dipartimentale).

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 delle schede 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 di Gestione, 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 il Nucleo 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 del Nucleo 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

Si riportano nel presente documento i criteri con cui sono stati assegnati gli obiettivi di budget nel corso del 2013 alle macroaree individuate.



6.1.1 Il processo di budget nell'ASL AL – anno 2013

▪ **PRESIDI OSPEDALIERI**

L'anno 2013 è stato caratterizzato dall'impatto della **riorganizzazione della rete ospedaliera** sui servizi erogati dai Presidi Ospedalieri. Questo processo ha dato atto a modificazioni organizzative e strutturali il cui governo e controllo sono sostenuti da specifici obiettivi di budget in carico alle strutture ospedaliere coinvolte.

Inevitabili gli effetti sugli aspetti organizzativi e sulle risorse assegnate delle varie realtà organizzative.

Anche gli obiettivi di **consumo di beni sanitari** hanno subito delle conseguenze a seguito dei cambiamenti della rete ospedaliera e sono stati pertanto rimodulati i valori in base alle effettive attività svolte (chi fa che cosa e dove) e non più (o non solo) secondo la visione dello "storico".

Sono stati individuati **uno o più obiettivi di medio periodo** (2/3 anni) che tengono anche in conto il processo di riorganizzazione. Un esempio può essere dato dal mantenimento dell'indice (Valore della Produzione/Consumo Beni Sanitari) a livelli costanti rispetto all'anno precedente (tenuto conto dei cambiamenti organizzativi che potranno intervenire).

Sono stati effettuati incontri con i responsabili di strutture della rete ospedaliera afferenti alla stessa area (Medicina, Ostetricia, Neurologia, Chirurgia, Cardiologia) con lo scopo di effettuare **un'analisi di benchmarking**. Da tali riunioni è stato possibile individuare obiettivi legati a:

- appropriatezza
- distribuzione delle risorse all'interno della stessa area
- riorganizzazione dei servizi

▪ **DISTRETTI E AREA TERRITORIALE**

La delibera del Direttore Generale nr 302 del 13/9/2012, avente ad oggetto "Attività distrettuale – riorganizzazione sperimentale", ha definito uno schema organizzativo di **delega di funzioni delle principali attività distrettuali**, al fine di favorire la visione unitaria e centrale delle attività. Fermo restando il ruolo del Direttore di Distretto, è stato possibile individuare **obiettivi di budget specifici per ciascuna area** identificata dalla delibera, che potranno coinvolgere anche il Dipartimento del Farmaco.

Anche per l'area territoriale si è presentata la necessità di individuare **uno o più obiettivi di medio periodo**.

Obiettivi di particolare rilevanza riguardano la programmazione e gestione di **aree strategiche particolarmente rilevanti**, in termini sia assistenziali che economici: residenzialità, continuità assistenziale, protesica/integrativa.

▪ AREA AMMINISTRATIVA E TECNICO-LOGISTICA

Gli obiettivi sono stati incentrati in particolare su:

- attuazione delle disposizioni nazionali e regionali in merito alla **revisione della spesa pubblica**;
- attività e riorganizzazione interna dei servizi derivanti dalle funzioni attribuite alla **Federazione**

Particolare importanza assumono gli obiettivi di gestione e/o controllo sulla spesa nel rispetto degli indirizzi della **spending review**.

▪ DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Oltre agli obiettivi che annualmente la **Regione assegna** alle diverse aree del settore, sono stati individuati obiettivi che, in linea con quelli delle altre strutture aziendali, orientano l'organizzazione e la gestione del Dipartimento secondo gli indirizzi ed i principi del controllo della spesa pubblica; particolare attenzione è stata posta su

- Gestione parco automezzi
- Formazione interna / esterna
- Sistemi di P.D.
- Coordinamento delle funzioni con gli obiettivi assistenziali dell'ASL

▪ COMPARTO SANITARIO

Gli obiettivi, coerenti con quelli assegnati alle strutture sanitarie, sono stati definiti in accordo con la **struttura S.I.T.R.O.** che provvede alla loro diffusione, attuazione e verifica.

▪ COMPARTO AMMINISTRATIVO, TECNICO E PROFESSIONALE

Sono stati assegnati obiettivi specifici funzionali ai **processi di riorganizzazione e di controllo / revisione della spesa pubblica** in atto.

Specifici obiettivi sono previsti per il personale titolare di posizione organizzativa.



6.2 Obiettivi assegnati al personale dirigenziale

Al fine di rendere il Piano uno strumento integrato con l'effettivo andamento della gestione aziendale, è necessario prevedere un collegamento fra gli obiettivi strategici individuati e gli obiettivi operativi, raccordandoli nel processo di budget.

Sono stati perciò definiti gli obiettivi specifici, che descrivono ciò che l'organizzazione deve realizzare o perseguire e rappresentano ciò che le procedure organizzative specificano in termini di modalità o sequenza di attività. Inoltre, sono stati individuati gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance ed i valori di riferimento.

Nelle tabelle successive vengono individuati per ciascuna area strategica l'obiettivo strategico corrispondente, l'obiettivo specifico unitamente al codice, l'indicatore, il valore atteso ed il settore coinvolto.

L'Albero della Performance è un diagramma che rappresenta graficamente i legami tra missione, aree strategiche, obiettivi strategici e obiettivi operativi. In altri termini, tale diagramma dimostra come gli obiettivi, ai vari livelli e di diversa natura, contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, alla missione.



6.3 ALBERO DELLA PERFORMANCE

							OBIETTIVO			
AREA STRATEGICA		OBIETTIVO STRATEGICO		OBIETTIVO specifico	INDICATORE	TARGET	2014	2015	2016	
INTEGRAZIONE RETE OSPEDALIERA	A.1	Processo di riorganizzazione rete ospedaliera ex DGR 532/2013	A.1.1	Attuazione delle azioni previste dalle disposizioni regionali di riorganizzazione delle rete PP.OO.	Evidenza documentale	SI	x	x		
			A.1.2	Introduzione e sviluppo in via sperimentale dell'organizzazione per intensità di cure nella rete PP.OO.	Evidenza documentale	SI	x	x	x	
			A.1.3	Definizione di percorsi e linee guida per gruppi di attività omogenee con previsione di obiettivi specifici	Evidenza documentale	SI	x	x		
	A.2	Miglioramento indici appropriatezza di ricovero ospedaliero	A.2.1	Tasso ricoveri chirurgici ARI (ad Alto Rischio di Inappropriatezza)	% di ricoveri ordinari > 1 giorno/totale casi RO+DH	std reg o miglioramento AP	x	x	x	
			A.2.2	Frattura del femore: tempestività dell'intervento per over 65 anni entro un intervallo di tempo di 0-2 giorni	Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65 residenti della provincia	>=80%	x	x	x	
			A.2.3	Parti cesarei: riduzione dell'incidenza dei parti cesarei su parti di donne non precesarizzate	Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari) / totale parti di donne (con nessun pregresso cesareo) residenti della provincia	<=25%	x	x	x	
			A.2.4	Interventi in regime ambulatoriale (cataratta-legatura stripping vene-tunnel carpale)	% di R.O. > 1 giorno/totale casi % R.O. 0-1giorno+ DH / totale casi % interventi ambulatoriali/totale casi	std reg o miglioramento o indice AP	x	x	x	
			A.2.5	Degenza preoperatoria	Casi con attesa intervento < 1 giorno	std reg o miglioramento o indice AP	x	x	x	
	SVILUPPO ATTIVITA' TERRITORIALI	B.1	Integrazione ospedale territorio	B.1.1	Continuità assistenziale: sviluppo percorsi ospedale - territorio	Evidenza documentale	SI	x	x	
				B.1.2	Tutela delle fragilità: progettazione e sviluppo azioni	Evidenza documentale	SI	x	x	x
B.1.3				Assistenza domiciliare: integrazione con percorsi ospedalieri tramite specifici protocolli	Evidenza documentale	SI	x	x		
B.1.4				Centri di Assistenza Primaria	n° prestazioni infermieristiche e mediche	Incremento attività AP	x	x	x	

	B.2	Appropriatezza prescrittiva	B.1.5	Attività degli infermieri di comunità	n° prestazioni infermieristiche	Incremento attività AP	x	x	x
			B.2.1	Appropriatezza prescrittiva diagnostica dei MMG	Reportistica di distretto-equipe-mmg	Attivazione	x	x	
			B.2.2	Applicazione piano aziendale TC/RM: controlli e segnalazioni su mancato rispetto dei criteri prescrittivi	Numero controlli e segnalazioni mancato rispetto criteri prescrittivi	Incremento controlli AP	x	x	
AREA PREVENZIONE	C.1	Sviluppo attività di prevenzione	C.1.1	Obiettivi dell'area prevenzione previsti da disposizioni regionali	Evidenza documentale	SI	x	x	x
			C.1.2	Piano locale della prevenzione	Predisposizione / aggiornamento	SI	x	x	x
			C.1.3	Attività di screening	Numero prestazioni di screening	std reg o migliorament o AP	x	x	x
			C.1.4	Attività formativa e di aggiornamento per interni ed esterni: predisposizione ed attuazione programma	Numero eventi formativi e di aggiornamento	effettuazione eventi formativi programmati	x	x	
QUALITA' DELL'ASSISTENZA	D.1	Qualità dei processi e delle prestazioni erogate	D.1.1	Tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Giorni di attesa per l'effettuazione di prestazioni ambulatoriali	std reg o migliorament o AP per prest fuori std	x	x	x
			D.1.2	Infezioni ospedaliere: azioni per la riduzione degli eventi	% casi infezioni ospedaliere su totale gg degenza	Riduzione AP	x	x	x
			D.1.3	Rischio clinico: monitoraggio eventi avversi	Produzione di analisi periodica degli eventi avversi	SI	x	x	x
			D.1.4	Accessibilità: consegna cartelle cliniche	n.richieste cartelle cliniche consegnate entro n.15gg / totale rich.cartelle cliniche	100%	x	x	x
			D.1.5	Accessibilità: presenza punto giallo all'interno PP.OO	Presenza punto giallo	SI	x	x	x
	D.2	Introduzione di progetti "lean"	D2.1	Miglioramento linee di produzione "orizzontali"	Individuazione responsabili di processo	SI	x	x	x
	D.3	Accessibilità delle informazioni	D3.1	Miglioramento sito web aziendale	Definizione progetto e sviluppo	SI	x	x	x



EQUILIBRIO ECONOMICO FINANZIARIO	E.1	Azioni correlate all'equilibrio economico-finanziario	E.1.1	Budget finanziari: rispetto dei tetti fissati per i centri di spesa	Importo fissato per centro di spesa	100%	x	x	x	
			E.1.2	Budget di consumo: rispetto dei tetti fissati per i centri di responsabilità	Importo fissato per centro di responsabilità	100%	x	x	x	
	E.2	Contenimento spesa farmaceutica	E.2.1	Appropriatezza prescrittiva: incremento prescrizioni farmaci a brevetto scaduto	Numero prescrizioni farmaci a brevetto scaduto	Incremento prescrizioni AP		x	x	
			E.2.2	Appropriatezza prescrittiva: incremento distribuzione farmaci per il primo ciclo di terapia, alla dimissione da ricovero e da visita ambulatoriale	Valore distribuzione farmaci	Incremento distribuzione farmaci AP		x	x	
			E.2.3	Incremento % DDD a brevetto scaduto sul totale DDD prescritte per a) STATINE E ANTIDEPRESSIVI b) ACE INIBITORI E SARTANI	DDD a brevetto scaduto / DDD prescritte	std reg o miglioramento AP per indic fuori std		X	X	
			E.2.4	Appropriatezza prescrittiva: incremento prescrizioni con principio attivo	Numero prescrizioni con principio attivo	Incremento prescrizioni AP		X	X	
			E.2.5	Appropriatezza prescrittiva: informazione e formazione medici ospedalieri sulla corretta scelta del principio attivo coerentemente con il Prontuario Terapeutico aziendale e regionale	n° incontri ed eventi formativi	SI		X	X	
			E.2.6	Appropriatezza prescrittiva: vigilanza sulle prescrizioni farmaceutiche dei MMG/PLS mediante utilizzo specifici report	Presenza e distribuzione dei report sulle prescrizioni farmaceutiche dei MMG/PLS	SI		X	X	X
AREA SUPPORTO	F.1	Miglioramento processi area supporto	F.1.1	Amministrazione trasparente D.L.vo 33/2013	Rispetto termini e scadenze adempimenti	SI	X	X	X	
			F.1.2	Piano triennale di prevenzione della corruzione ASL AL	Rispetto termini e scadenze adempimenti	SI	X	X	X	



			F.1.4	Qualità dei processi delle strutture di supporto e staff: predisposizione di linee guida finalizzate a graduare la priorità degli interventi di manutenzione ordinaria	Evidenza documentale	SI	X		
			F.1.5	Qualità dei processi delle strutture di supporto e staff: predisposizione registro per la gestione apparecchiature elettromedicali	Evidenza documentale	SI	X		
			F.1.6	Predisposizione set indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie e relativo monitoraggio	Evidenza documentale	SI	X	X	X
			F.1.7	Sviluppo dei sistemi di valutazione della qualità percepita: analisi di customer satisfaction	Numero analisi di customer satisfaction	Analisi programmate	X	X	X
AREA SVILUPPO COMPETENZE / RESPONSABILITA'	G.1	Miglioramento dei sistemi di attribuzione e valutazione delle competenze e responsabilità	G1.1	Potenziamento sistema di organizzazione / valutazione del "dual leader"	Predisposizione e attuazione progetto	SI	X	X	
			G1.2	Definizione precisa delle responsabilità dirigenziali	Predisposizione e attuazione progetto	SI	X	X	



6.4 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 2013 siglato in data 06.06.2013
- Dirigenza Sanitaria non Medica: Accordo sulla retribuzione di risultato anno 2013 siglato in data 19.03.2013
- Dirigenza Amministrativa, Professionale e Tecnica: Accordo sulla retribuzione di risultato anno 2013 siglato in data 11.7.2013
- 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 e allegati al presente piano, 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/Nucleo di valutazione 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/Nucleo di Valutazione.

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

Le due componenti della valutazione (di equipe sugli obiettivi di risultato e individuale sugli obiettivi comportamentali) concorrono a formularne il risultato finale che costituisce la base per il calcolo della quota individuale di produttività.

Se negativa, costituisce la base su cui elaborare la proposta di revoca dell'incarico di coordinamento e dell'incarico di posizione organizzativa.

Il sistema premiante così delineato nelle sue linee guida sarà 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.



7 - IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE

7.1 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:

- a. 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;
- b. Allocazione delle risorse disponibili;
- c. Monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d. Misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- e. Utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- f. 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.

Di seguito si riporta uno schema generale che può essere di supporto ai fini di questa analisi.



Fase	Attività	Soggetti coinvolti	Atti di riferimento	Tempistica
Fase A	Definizione della mappa delle responsabilità aziendali. Definizione e assegnazione obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, previa negoziazione anche delle risorse umane, tecniche e finanziarie	- Direzione strategica aziendale - Programmazione e controllo di gestione - Politiche del personale	- Organigramma definito nell'Atto Aziendale - DGR di assegnazione obiettivi ai DG - PAP (Piano Annuale Performance) - PTA e PTI - -	-
Fase B	Collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse	- Programmazione e controllo di gestione	-	-
Fase C	1) Monitoraggio in corso di esercizio 2) Attivazione di eventuali interventi correttivi	1) Programmazione e controllo di gestione 2) Direzione strategica aziendale 3) Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT)	- Reportistica di controllo - -	-
Fase D - 1	Misurazione e valutazione annuale della performance individuale	- Il dirigente di struttura immediatamente sovraordinata, in prima istanza; - L'OIV in seconda istanza	- - -	-
Fase D - 2	Misurazione e valutazione annuale delle unità organizzative	- L'OIV per la misurazione e valutazione della performance con riferimento alle strutture (dipartimenti/ coordinamenti/ strutture complesse) secondo modalità conformi alle direttive impartite dall'ANAC	- - -	-
Fase E	Utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito	- Settore personale / Politiche del personale	- Contratto integrativo aziendale di area (comparto, medici, SPTA) - -	-
Fase F	Rendicontazione dei risultati ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi	- Settore personale / Politiche del personale - Comunicazione istituzionale – sito WEB - Struttura tecnica permanente - RPCT	- RAP (Relazione Annuale Performance) - Relazioni del RPCT - Giornata della Trasparenza -	-

In ogni caso è necessario porre la massima attenzione all'esigenza di promuovere un ciclo della performance "integrato" che comprenda gli ambiti relativi alla performance, agli standard di qualità dei servizi, alla trasparenza e integrità e, successivamente all'adozione del relativo Piano, alle misure in tema di prevenzione e contrasto della corruzione (secondo quanto disposto dalla L. 190/2012 e dal D.Lgs. 33/2013).



7.2 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.

Il Nucleo interno 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).

Le stesura del piano ha richiesto le seguenti fasi:

- definizione della programmazione triennale;
- individuazione delle aree strategiche, degli obiettivi strategici per il triennio 2014-2016 e degli obiettivi specifici per il 2014;
- 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.

7.3 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

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, al Nucleo Interno di Valutazione e alle singole Strutture aziendali sanitarie e non sanitarie



- l'utilizzo di strumenti integrati dei due processi, primo fra tutti il supporto della contabilità analitica per centri di costo.

7.4 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 2014 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.



Deliberazione del Direttore Generale

n. _____

Letto, approvato e sottoscritto.

Parere favorevole del DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Parere favorevole del DIRETTORE SANITARIO

IL DIRETTORE GENERALE
