

OGGETTO: Adozione piano della Performance triennio 2019-2021

IL DIRETTORE GENERALE

Visto il D.Lgs. n. 502 del 30.12.1992 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. 16-6935 del 29.05.2018 di nomina del Direttore Generale dell'ASL AL;

Richiamata la deliberazione del Direttore Generale n. 678 dell'11.10.2017 ad oggetto: "Individuazione degli atti di indirizzo e di governo e degli atti di gestione. Ripartizione delle competenze tra la Direzione Generale e le Strutture dell'A.S.L. AL";

Vista la D.G.R n. 53-2487 del 23.11.2015, ad oggetto: "AA.SS.RR. - Procedimento regionale di verifica degli atti aziendali - Art. 3 D.Lgs. n. 502/1992 s.m.i. - D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012 - D.G.R. n. 42-1921 del 27.07.2015 - Presa d'atto adeguamento alle prescrizioni regionali e recepimento definitivo ai sensi della D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012, all. A, par. 5.1.", con la quale è stato recepito in via definitiva l'Atto Aziendale dell'ASL AL, come riadottato, a seguito delle prescrizioni regionali, con la deliberazione n. 711 del 06.10.2015;

Vista la D.G.R. n. 29-5942 del 17.11.2017, ad oggetto "Atti aziendali delle AA.SS.RR. - ASL AL di Alessandria - Atto n. 656 del 28.09.2017 'Atto Aziendale ASL AL adottato con deliberazione n. 711 del 06.10.2015 - proposta di modifiche'. Recepimento regionale ai sensi della D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012, all. A, par. 5.1.";

Preso visione della proposta del Responsabile della S.C. Programmazione Controllo Sistema Informativo, qui di seguito riportata:

"Visto l'art. 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009 n. 150, così come modificato dall'art. 8 del decreto legislativo 25 maggio 2017 n. 74, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, che prevede per le amministrazioni pubbliche la redazione annuale del Piano della Performance, documento programmatico triennale definito dall'organo di indirizzo politico – amministrativo in collaborazione con i vertici dell'amministrazione e secondo gli indirizzi impartiti dal Dipartimento della Funzione Pubblica;

Preso atto che, in base allo stesso art. 10 D.Lgs. n. 150/2009, il Piano della Performance 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;

Rilevato che 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;

Rilevato altresì che con deliberazione n. 6 del 17 gennaio 2013 "Linee guida relative al ciclo di gestione della performance per l'annualità 2013" l'ANAC – Autorità Nazionale Anticorruzione - ha fornito indicazioni per la redazione del Piano della Performance;

Vista la D.G.R. n. 25–6944 del 23 dicembre 2013 “Linee di indirizzo regionali per le aziende ed enti del SSR della Regione Piemonte per la costituzione ed il funzionamento degli Organismi Indipendenti di Valutazione (OIV) in applicazione del D.lgs. n. 150/2009 e s.i.m. in materia di misurazione, valutazione e trasparenza della performance. Approvazione” con la quale la Regione Piemonte, nell’approvare le linee guida per la costituzione degli OIV, ha delineato gli indirizzi per il processo del ciclo di gestione della performance e ha definito le fasi, i soggetti e i tempi del processo di redazione del piano 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 e s.m.i., nella D.G.R. n. 25–6944 del 23 dicembre 2013 ed in coerenza con le indicazioni contenute nella delibera ANAC n. 6/2013;

Rilevato che, 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;

Preso atto che 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”, così come modificato dal decreto legislativo n. 97 del 25 maggio 2016, ribadisce all’art. 10 c. 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”;

Considerato che la formulazione della proposta di un atto deliberativo impegna la responsabilità del soggetto proponente circa la regolarità amministrativa del contenuto della deliberazione nonché la legittimità della stessa;

Visto il parere obbligatorio espresso dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario ai sensi dell’art. 3/7 D.Lgs. n. 502 del 30.12.1992 e s.m.i.

DELIBERA

1. di approvare per i motivi indicati in premessa il Piano della Performance – triennio 2019-2021, allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale;
2. di pubblicare il Piano della Performance sul sito web dell’ASL AL nell’apposita sezione “Amministrazione trasparente”;
3. di dare atto che il provvedimento non comporta ex se alcun onere di spesa;
4. di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo ai sensi dell’art.28 c.2 L.R. 10/1995 vista l’urgenza di provvedere in merito.



PIANO DELLA PERFORMANCE

ANNI 2019 – 2021

REGIONE PIEMONTE – ASL ALESSANDRIA

1. PRESENTAZIONE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE	3
2. IDENTITA' DELL'AZIENDA SANITARIA ASL AL	5
2.1 Chi siamo	6
2.2 Cosa facciamo	8
2.3 Come operiamo	10
3. ANALISI DEL CONTESTO	11
3.1 Analisi del contesto esterno	11
3.1.1 Analisi ambientale	11
3.1.2 Popolazione	20
3.1.3 Sistema di offerta	29
3.1.4 Dati sanitari	30
3.2 Analisi del contesto interno	35
3.2.1 Il modello organizzativo dell'ASL AL	35
3.2.2 Risorse umane e professionali	37
3.2.3 Risorse tecnologiche	39
3.2.4 Risorse economiche e finanziarie	40
4. OBIETTIVI STRATEGICI E OBIETTIVI AZIENDALI	42
4.1 Piano strategico aziendale	42
4.2 Albero della performance	49
5. DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI	54
5.1 La programmazione gestionale e il sistema di budget nell'ASL AL	54
5.2 Il sistema premiante	55
6. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PRIVACY	57
6.1 Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione delle performance	59
6.2 Coerenza con il Piano triennale per la prevenzione della corruzione e trasparenza	60

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2 – IDENTITA' DELL'AZIENDA SANITARIA ASL AL

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

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

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

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

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

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

2.1 – Chi siamo

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

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

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

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

Il logo ufficiale dell'ASL AL è rappresentato da:



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

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

Il territorio di riferimento dell'ASL AL comprende 195 Comuni con una popolazione residente al 31.12.2017 di 435.880 abitanti (fonte: BDDE Regione Piemonte) distribuiti su un territorio di 3.679 mq – densità media 118,50 – ed è articolato in quattro distretti:

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

Complessivamente la percentuale di residenti con età maggiore a 65 anni (popolazione anziana) è pari al 27,40%.

Distretto	Residenti 2017	% ultra 65enni	Superficie (kmq)	Densità demogr (ab/kmq)	Comuni	Pianura	Collina	Montagna
Acqui Terme - Ovada	68.782	30,08%	766,79	89.70	45	1	26	18
Alessandria - Valenza	153.236	26,48%	827,54	185.17	31	19	12	---
Casale Monferrato	81.547	27,70%	735,72	110.84	48	15	33	---
Novi Ligure - Tortona	132.315	27,32%	1.349,23	98.07	71	16	23	32
TOTALE ASL AL	435.880	27,40%	3.679,28	118.47	195	51	94	50

I principali stakeholders dell'Azienda sono:

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

2.2 – Cosa facciamo

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

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

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

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

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

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

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

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

Ne scaturisce una serie di interventi, diretti a perseguire:

- l'unitarietà dell'intervento ospedaliero, attraverso la creazione di un modello di rete coordinato dei presidi ospedalieri esistenti;

- lo sviluppo e la qualificazione del sistema delle cure primarie, quale risposta appropriata ed alternativa ai ricoveri ospedalieri, da realizzare con un rafforzamento del ruolo del Distretto, a garanzia del coordinato e continuativo svolgimento dei percorsi di salute;
- la continuità assistenziale che garantisca un percorso di presa in carico e di assistenza socio/sanitaria, senza soluzioni di continuità;
- la prevenzione e la promozione della salute, anche attraverso progetti di collaborazione intersettoriali;
- il rafforzamento degli autentici valori aziendali quali il senso d'identità, la meritocrazia, la responsabilizzazione, la valorizzazione, la formazione e il costante aggiornamento dei professionisti e degli operatori sanitari;
- il consolidamento di un'organizzazione capace di coniugare l'efficienza economica con i principi dell'etica pubblica "trasparenza e centralità del cittadino";
- la collaborazione con le Istituzioni locali, le Agenzie formative, le Organizzazioni Sindacali, le Associazioni rappresentative dei cittadini e del terzo settore.

2.3 – Come operiamo

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

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

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

3 – ANALISI DEL CONTESTO

3.1 – Analisi del contesto esterno

3.1.1 – Analisi ambientale

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

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

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

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

Mobilità passiva Ricoveri e Day hospital

La produzione dei Presidi Ospedalieri dell'ASL AL soddisfa il 35,6% in termini di casi ed il 29,2% in termini di valore del fabbisogno complessivo di ricoveri per i residenti del territorio ASL AL (dati anno 2017).

Rilevante il ruolo dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria, non solo per i residenti del Distretto Alessandria e Valenza, ma anche per i rimanenti abitanti dei Distretti dell'ASL AL (complessivamente il 34,9% dei casi e 37,7% del valore); per quanto riguarda l'alta specialità, l'attività dell'ASO AL per i residenti dei Distretti dell'ASL AL è pari al 65,1% in termini di casi e al 63,3% in termini di valore.

In particolare l'ASO di Alessandria soddisfa il 67,8% in termini di casi ed il 67,1% in termini di valore del fabbisogno complessivo dei residenti del Distretto Alessandria e Valenza; per quanto riguarda l'alta specialità, l'attività dell'ASO AL per i residenti del Distretto di Alessandria e Valenza è pari al 76,8% dei casi e 73,6% del valore.

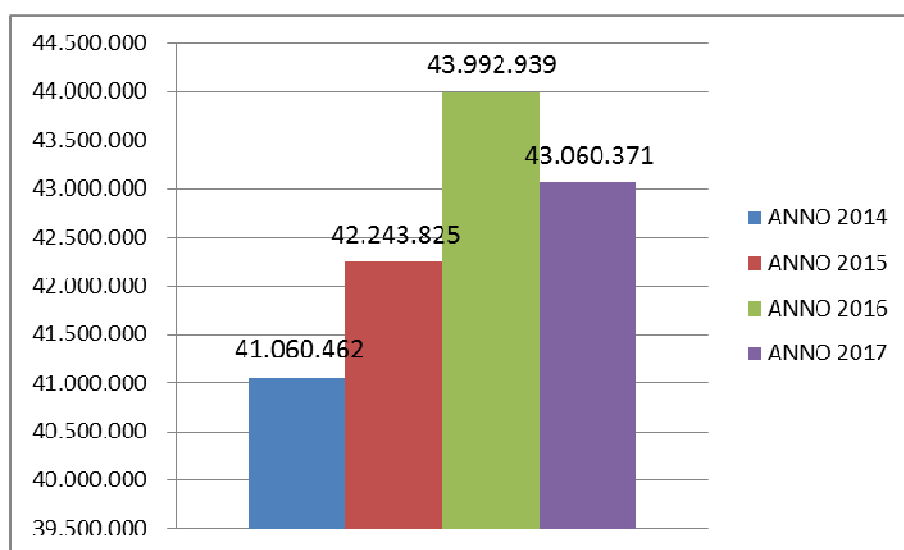
Per quanto riguarda gli altri Distretti (al di fuori di Alessandria – Valenza), invece, l'Azienda Ospedaliera di Alessandria soddisfa il 13,8% di casi ed il 14,7% di valore per le discipline di medio-bassa specialità, mentre per l'alta specialità solamente il 56,4% ed il 56%.

Ruolo particolarmente significativo rivestono le Case di cura private accreditate del territorio: complessivamente il 6,3% dei casi e 7,9% del valore.

Minore e concentrata prevalentemente sul territorio del Distretto di Acqui T. e Ovada la soddisfazione del fabbisogno di ricoveri da parte dei PP.OO. dell'ASL di Asti: complessivamente 1,1% casi e 0,9% valore.

Caratteristica dell'ospedalizzazione dei residenti dell'ambito territoriale dell'ASL AL è rappresentata dalla forte incidenza della mobilità passiva extraregione (complessivamente il 17,1% dei casi e 18,5% del valore), fortemente concentrata nei territori di confine (Distretti di Novi L. – Tortona ed Acqui T. – Ovada) ed in fase di riduzione dopo anni di costante e progressiva crescita; tale fuga non riguarda solamente le attività di alta specialità, ma anche ed in maniera rilevante le specialità di base per le quali l'offerta all'interno della rete ospedaliera dell'Area Omogenea Piemonte sud-est è sicuramente rilevante: per le attività di base il 16,6% dei casi ed il 17,7% del valore complessivo.

ANDAMENTO MOBILITA' PASSIVA EXTRAREGIONE ASLAL - RICOVERI (VALORE)



In riferimento alla D.G.R. D.G.R. 14 giugno 2018, n. 37-7057 l'ASL AL ha proceduto alla sottoscrizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati per gli anni 2018-2019, previo confronto con le singole strutture erogatrici.

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

Si è proceduto, contestualmente, a segnalare alle AA.SS.LL. competenti per territorio, come previsto dalla citata D.G.R. 14 giugno 2018, n. 37-7057, le prestazioni ed i tetti di

spesa aggiuntivi per le strutture private accreditate per le quali era possibile uno sviluppo dell'attività per residenti ASL AL, sempre finalizzata alla riduzione della fuga extraregione.

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

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

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

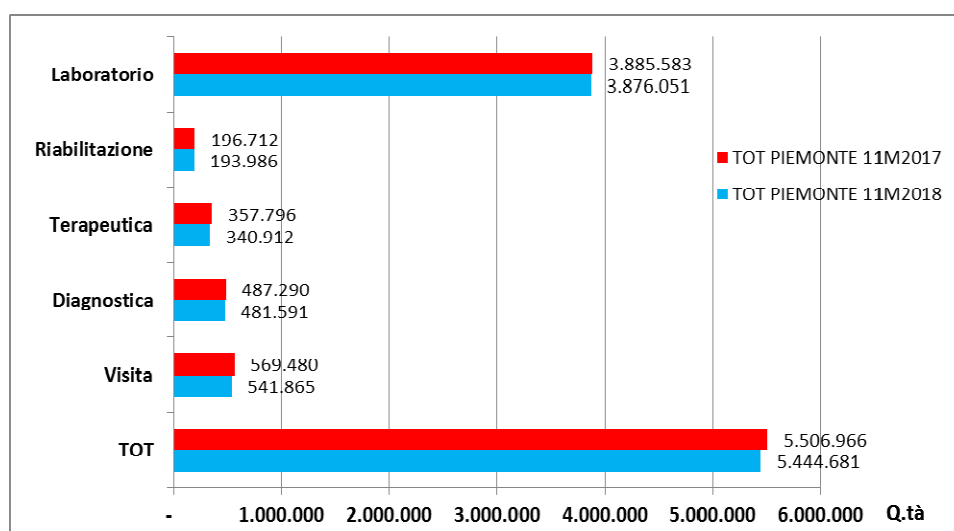
Mobilità passiva specialistica

Analoghe considerazioni possono essere effettuate per quanto riguarda la specialistica ambulatoriale; per tale voce cresce l'incidenza dell'attività dei nostri ambulatori sul consumo dei residenti ASL AL soprattutto in termini di quantitativi di prestazioni (62,4% sul totale complessivo del consumo).

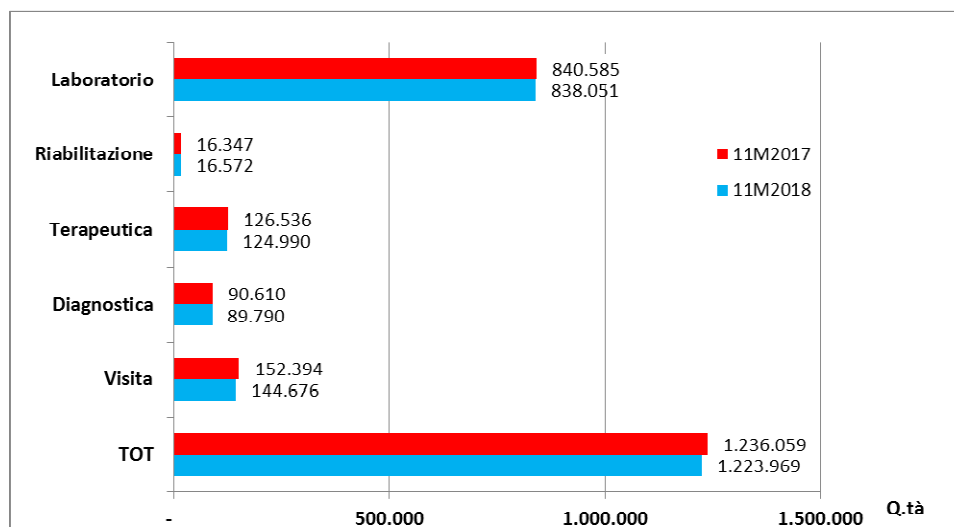
Rilevante il ruolo dell'ASO AL (26,1% del valore complessivo), degli Istituti privati ASL AL (12,9% del valore) e delle strutture ospedaliere e territoriali extraregione (14%).

ANDAMENTO CONSUMO PRESTAZIONI SPECIALISTICA RESIDENTI ASL AL (QUANTITA')

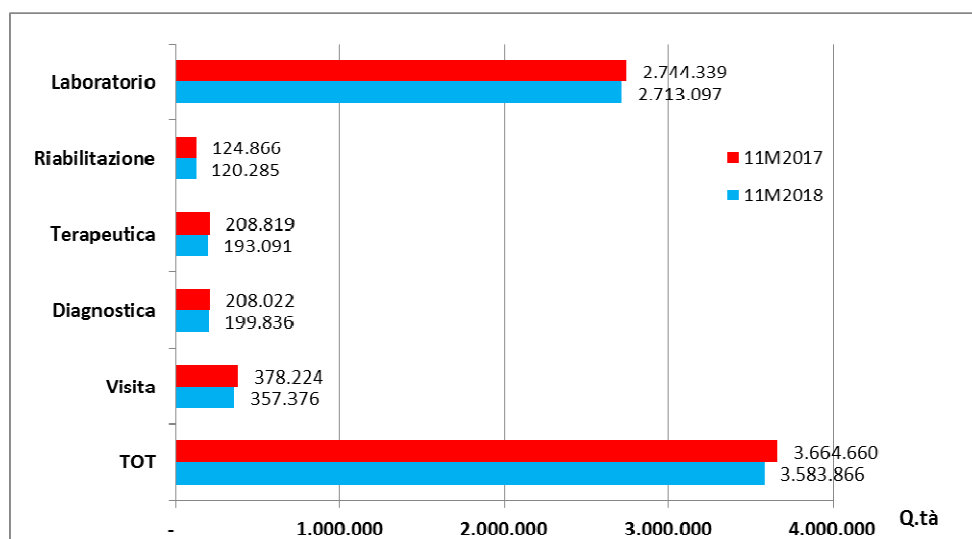
DA EROGATORI TOT PIEMONTE



DA EROGATORI ASO AL



DA EROGATORI ASL AL



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

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

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

Tempi di attesa

Per quanto riguarda i tempi di attesa dell'attività di ricovero ospedaliero non si registrano particolari criticità nel rispetto degli standard attesi; in particolare per gli interventi per tumore mammella, colon-retto, prostata, utero e per protesi d'anca l'attività della rete ospedaliera ASL AL si colloca sostanzialmente entro i parametri per le prenotazioni in classe A e B. Si registrano criticità su alcuni specifici interventi (cataratta in regime di chirurgia ambulatoriale e di day surgery).

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

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

- oculistica
- dermatologia
- malattie endocrine

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

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

Maggiori problemi si registrano nell'area delle prestazioni endoscopiche:

- Colonscopia
- Sigmoidoscopia
- Esofagogastroduodenoscopia

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

Ulteriori criticità si registrano per

- Audiometria
- Spirometria
- Fondo oculare
- Elettromiografia

Si riporta la rilevazione Tempi attesa specialistica ambulatoriale anno 2018

ASL AL - ALESSANDRIA		TUTELA	
TEMPI ATTESA - (data erogazione / n. prestazioni)		SOLO EROGATORI ASL AL PER RESIDENTI ASL AL	TUTTI GLI EROGATORI PER RESIDENTI ASL AL
	Standard	2018 GEN-DIC	2018 GEN-DIC
Prestazione	T.A. Medio	T.A. Medio	T.A. Medio
01 Visita cardiologica	30	21,7	23,3
02 Visita chirurgia vascolare	30		25,0
03 Visita endocrinologica	30	47,1	38,2
04 Visita neurologica	30	27,4	26,7
05 Visita oculistica	30	52,6	42,6
06 Visita ortopedica	30	22,4	22,3
07 Visita ginecologica	30	8,5	10,6
08 Visita otorinolaringoiatrica	30	26,0	26,0
09 Visita urologica	30	14,0	15,0
10 Visita dermatologica	30	42,7	39,4
11 Visita fisiatrica	30	18,5	22,0
12 Visita gastroenterologica	30	22,7	29,3
13 Visita pneumologica	30	14,7	19,2
14 Mammografia	40	51,1	34,1
15 TC senza e con contrasto del torace	30	27,4	15,9
16 TC senza e con contrasto dell'addome	30	25,8	15,4
19 TC senza e con contrasto del capo	30	15,0	9,4
20 TC senza e con contrasto del rachide e speco vertebr.	30	15,6	6,3
21 TC senza e con contrasto del bacino	30	9,2	5,8
22 RMN del cervello e del tronco encefalico	30	12,8	11,2
23 RMN pelvi, prostata e vescica	30	9,7	7,3
24 RMN muscoloscheletrica	30	10,0	5,7
25 RMN della colonna vertebrale	30	10,3	7,0
26 Ecografia capo e collo	40	40,8	16,3
27 Ecocolordoppler cardiaca	40	47,7	33,9
28 Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici	40	42,6	25,2
29 Ecocolordoppler dei vasi periferici	30	40,3	18,5
30 Ecografia addome	30	35,2	15,4
31 Ecografia della mammella	30	46,3	28,1
32 Ecografia ostetrica-ginecologica	11	9,7	6,5
33 Colonscopia	30	45,6	43,3
34 Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	30	33,9	24,1
35 Esofagogastroduodenoscopia	30	30,8	27,1
36 Elettrocardiogramma	30	25,4	25,0
37 Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	40	35,0	28,6
38 Elettrocardiogramma da sforzo	40	34,5	32,0
39 Audiometria	30	27,0	26,2
40 Spirometria	40	26,9	40,4
41 Fondo oculare	60	61,9	64,6
42 Elettromiografia	30	37,1	30,5
T.A. ENTRO STANDARD			
T.A. OLTRE STANDARD (SCOSTAMENTO >20%)			
T.A. OLTRE STANDARD (SCOSTAMENTO <20%)			

Le prestazioni fuori standard anno 2017 erano 11. Nei 12 mesi 2018 sono rientrate entro lo standard rispetto al 2017 n°6 prestazioni: visita fisiatrica, sigmoidoscopia, esofagoduodenoscopia, mammografia, audiometria, ecografia della mammella. Sono invece passate fuori standard nel 2018 rispetto al 2017: visita endocrinologica, elettromiografia.

	Anno 2017	Anno 2018
n. visite e prestazioni entro standard	29	33
n. visite e prestazioni fuori standard	11	7

Appropriatezza

Per quanto riguarda gli indici di appropriatezza dell'attività di ricovero, si evidenzia nel corso del 2018 un tendenziale peggioramento degli indici relativi ai DRG medici ad alto rischio inappropriatezza; tale fenomeno si registra per gli erogatori ASL AL (da 12,6% a 12,7%) e, in maniera più rilevante, per la produzione dei Presidi Ospedalieri dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria (che passa da 10,5% a 11,3%) ed anche per gli Erogatori privati del territorio dell'ASL AL (cresciuti al 16,1%).

	Periodo	% DRG MEDICI AD ALTO RISCHIO INAPPROPR. SU TOT RICOVERI		DRG MEDICI AD ALTO RISCHIO INAPPROPR.	
		Casi	Valore	Casi	Valore
TOT PIEMONTE	11M2018	12,3%	4,8%	6.515	8.582.666
	A2017	11,9%	4,5%	6.850	8.484.913
ASL AL	11M2018	12,7%	5,3%	2.906	3.437.280
	A2017	12,5%	5,2%	3.087	3.551.183
ASO AL	11M2018	11,2%	3,2%	2.438	2.608.326
	A2017	10,5%	2,8%	2.532	2.438.999
ASL AT	11M2018	6,3%	1,4%	44	32.770
	A2017	6,5%	2,5%	48	52.796
PRIVATI ASL AL	11M2018	17,5%	10,1%	739	1.883.115
	A2017	16,5%	9,0%	717	1.666.542

Incremento % del numero dei DRG medici ad alto rischio inappropriatezza (11 mesi 2018 su 11 mesi 2017):

TOT PIEMONTE	5,1%
ASL AL	3,3%
ASO AL	6,8%
ASL AT	0,0%
PRIVATI ASL AL	15,6%

Sottoutilizzo e sovrautilizzo dei Servizi, azioni di ristrutturazione, riconversione, trasferimenti di sedi, concentrazioni di attività con o senza ristrutturazioni o riconversioni

Si può ipotizzare un miglioramento dei tassi di occupazione dei posti letto, soprattutto per quanto riguarda quelli dell'area chirurgica, e dei tassi di occupazione delle sale operatorie che presentano margini di miglioramento attraverso il superamento delle problematiche derivanti dalla carenza di personale medico Anestesista ed una più efficiente programmazione delle sedute e degli interventi, in relazione al miglioramento dei tempi operatori, come previsto dagli indicatori del Regolamento aziendale.

Oltre a quanto sopra rappresentato, è previsto un potenziamento dell'attività interventistica svolta in regime di Chirurgia ambulatoriale complessa nell'ottica di un miglioramento in termini di efficienza ed efficacia nei diversi setting di erogazione ospedaliera.

Positivi effetti sulla capacità produttiva della rete ospedaliera ASL AL possono determinarsi a seguito della conclusione del processo in atto di connotazione dell'attività e della casistica sulle varie sedi ospedaliere per quanto riguarda l'area chirurgica ed ortopedica.

L'assunzione di personale medico con contratti a tempo determinato nell'area DEA/PS attraverso procedure in corso di espletamento porterà a liberare progressivamente risorse di personale di area medica e chirurgica, con positivi effetti sull'incremento della capacità produttiva dei reparti di appartenenza.

Altre azioni in fase di avvio quali

- Piastra chirurgica presso il Presidio Ospedaliero di Tortona
- Posti letto di Recupero e Riabilitazione Funzionale presso il Presidio Ospedaliero di Tortona

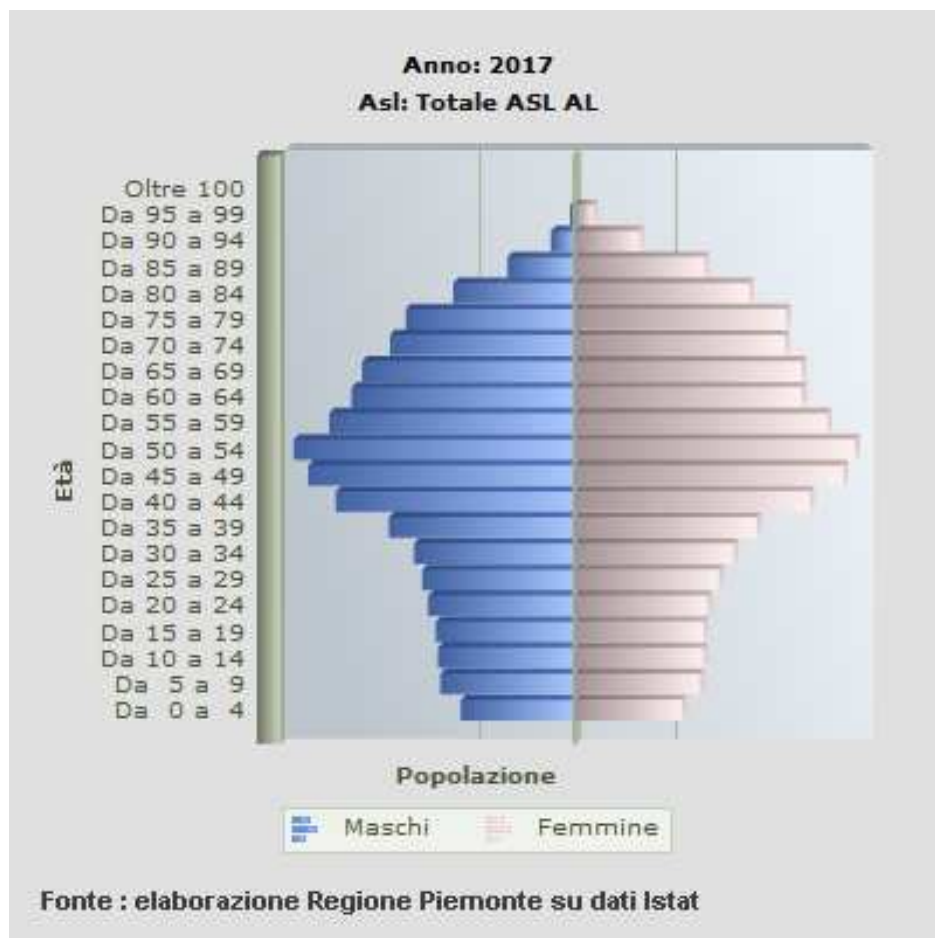
produrranno invece effetti sulla produttività della rete ospedaliera dell'ASL AL solo a partire dall'anno 2020.

3.1.2 – Popolazione

Nelle tabelle sottostanti sono riportati i principali valori e dati che caratterizzano e identificano la popolazione residente nel territorio dell'ASL AL. Il periodo di riferimento è l'anno 2017

TERRITORIO E POPOLAZIONE

Distretto	Residenti	% ultra 65enni	Superficie (kmq)	Densità demogr (ab/kmq)	Comuni	Pianura	Collina	Montagna
Acqui Terme - Ovada	68.782	30,08%	766,79	89.70	45	1	26	18
Alessandria - Valenza	153.236	26,48%	827,54	185.17	31	19	12	---
Casale Monferrato	81.547	27,70%	735,72	110.84	48	15	33	---
Novi Ligure - Tortona	132.315	27,32%	1.349,23	98.07	71	16	23	32
TOTALE ASL AL	435.880	27,40%	3.679,28	118.47	195	51	94	50



STRANIERI RESIDENTI AL 31.12.2017

DISTRETTO	Maschi	Femmine	Totale	% su totale popolazione
ACQUI TERME-OVADA	3.074	3.339	6.413	9,32%
ALESSANDRIA-VALENZA	8.853	9.431	18.284	11,93%
CASALE M.	3.453	3.847	7.300	8,95%
NOVI L.-TORTONA	7.396	8.031	15.427	11,65%
TOTALE ASL AL	22.776	24.648	47.424	10,88%

ASPETTATIVA DI VITA

ANNO DI RIFERIMENTO 2014	ASL AL	REGIONE PIEMONTE
SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA: UOMINI	80,02	80,69
SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA: DONNE	84,88	85,16
SPERANZA DI VITA A 65 ANNI: UOMINI	18,51	19,03
SPERANZA DI VITA A 65 ANNI: DONNE	22,01	22,27

INDICATORI POPOLAZIONE – ANNO 2017

INDICATORE	ASL AL	REGIONE PIEMONTE
Età media femminile	49,62	47,83
Età media maschile	46,30	44,72
Età media totale	48,01	46,32
Tasso di immigrazione	36,52	36,75
Tasso di emigrazione	34,01	35,37
Indice di dipendenza strutturale	63,38	60,85
Indice di struttura della popolazione attiva	164,69	150,95
Indice di ricambio	168,42	147,60
Indice di vecchiaia	244,50	201,34
Tasso di natalità	6,20	7,03
Tasso di fecondità	32,95	35,47
Tasso di mortalità	14,74	12,21

DATI POPOLAZIONE E FAMIGLIA – ANNO 2017

	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
Nati	1.369	1.343	2.712
Morti	2.947	3.496	6.443
Iscritti da altri comuni	5.855	6.090	11.945
Iscritti dall'estero	1.938	1.286	3.224
Altri iscritti	533	266	799
Cancellati per altri comuni	5.943	6.193	12.136
Cancellati per l'estero	724	705	1.429
Altri cancellati	857	495	1.352

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

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

ASL AL	2010	2015	2017
Indice di carico per donna feconda (*100)	18,44	18,03	17,71
Indice di dipendenza strutturale (*100)	58,82	62,93	63,38
Indice di fecondità (*100)	35,18	33,47	32,95
Indice di ricambio (*100)	180,22	166,97	168,42
Indice di struttura della pop attiva (*100)	141,19	158,99	164,69
Indice di vecchiaia (*100)	225,26	237,82	244,50
Rapporto di mascolinità (*100)	93,14	93,42	94,20
Tasso di natalità (*1000)	7,35	6,52	6,20
Tasso di mortalità (*1000)	13,40	14,88	14,74
Tasso di immigrazione (*1000)	37,88	32,00	36,52
Tasso di emigrazione (*1000)	29,37	31,02	34,12
Tasso migratorio netto (*1000)	8,51	0,98	2,40
Età media femminile	48,45	49,26	49,62
Età media maschile	45,00	45,94	46,30
Età media totale	46,79	47,66	48,01

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tasso migratorio netto: Il tasso netto di migrazione è la differenza tra immigrati in ed emigrati da un'area calcolato su un certo periodo di tempo per 1.000 abitanti. Per questo indice il valore è calato notevolmente dal 2010 al 2015. Infatti, siamo passati da un valore pari all'8,51 con un saldo migratorio maggiore rispetto a quello emigratorio per poi avvicinarci allo zero nell'anno 2015

(0,98). Il Tasso specifico, nel 2017, risulta essere in aumento (2,40). Un valore positivo significa che nel territorio sono immigrate più persone di quante ne siano emigrate, viceversa in caso di indice negativo.

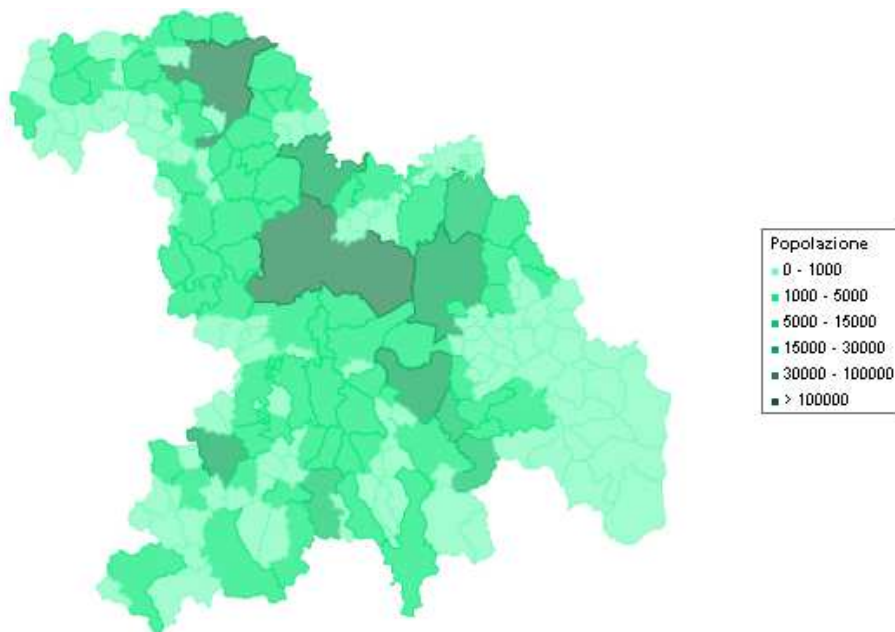
Età media femminile: È la media delle età di una popolazione, calcolata come il rapporto tra la somma delle età di tutti gli individui e il numero della popolazione residente riferita solo alle femmine. L'età media delle femmine è leggermente aumentata dal 2010 (48,45) al 2015 (49,26) al 2017 (49,62).

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

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

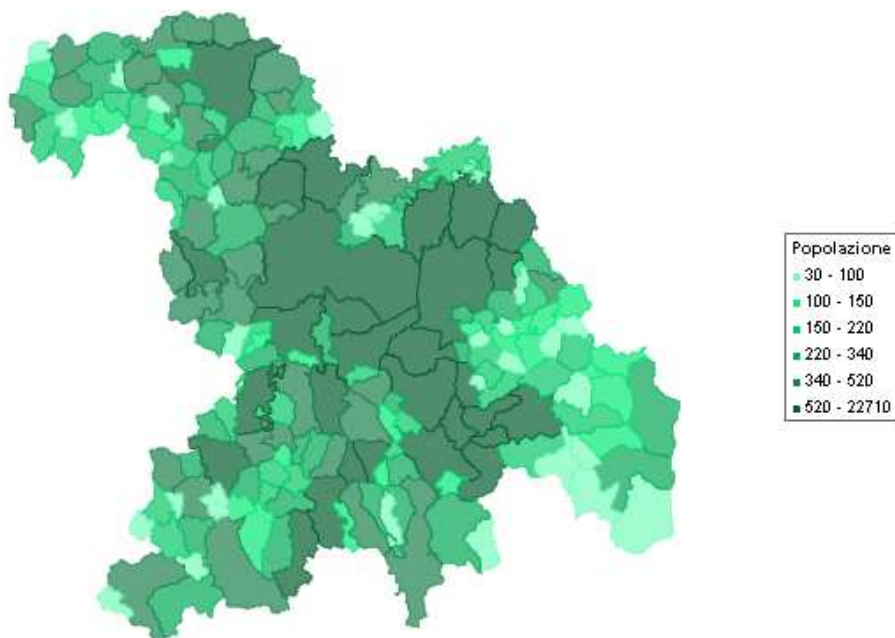
DISTRIBUZIONE DEMOGRAFICA DEL BACINO DI UTENZA

MAPPA POPOLAZIONE ASL AL – per comune



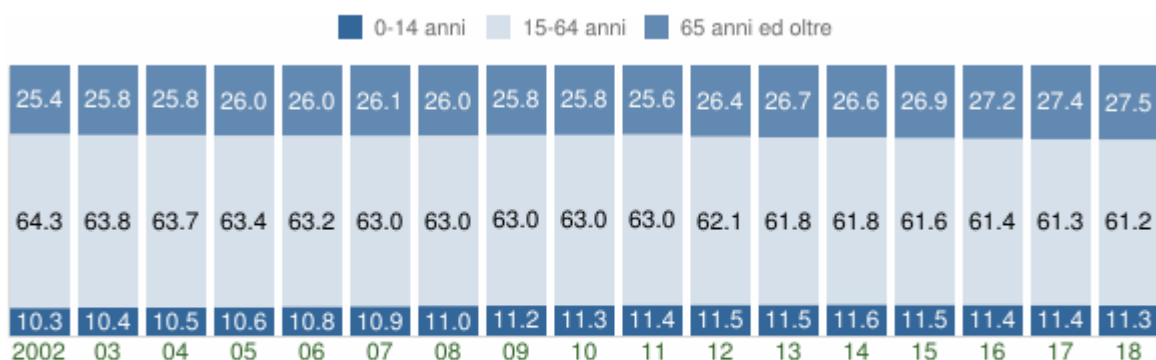
Fonte : elaborazione Regione Piemonte su dati Istat

MAPPA ULTRASESSANTACINQUENNI ASL AL – per comune



Fonte : elaborazione Regione Piemonte su dati Istat

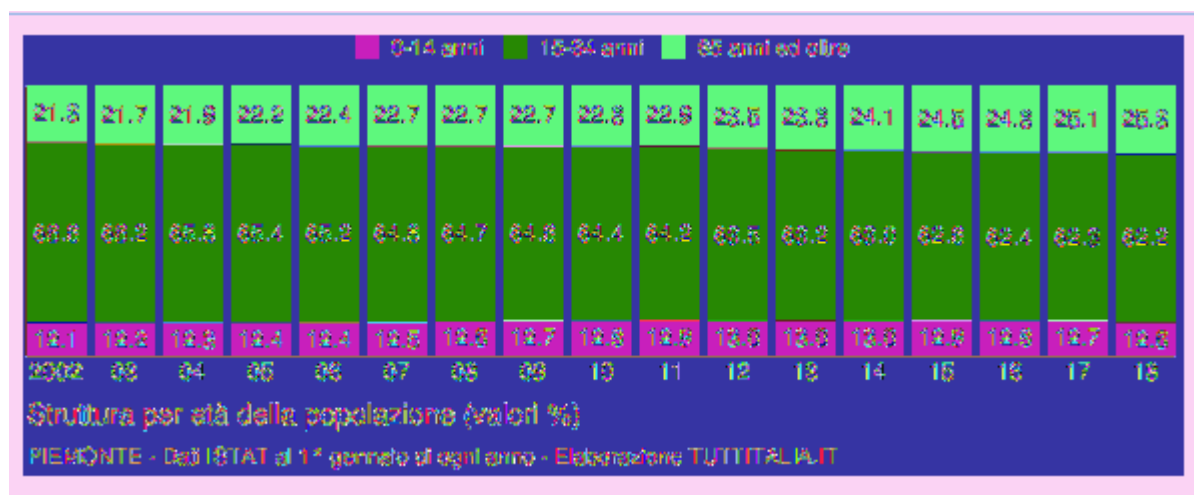
PROVINCIA ALESSANDRIA



Struttura per età della popolazione (valori %)

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

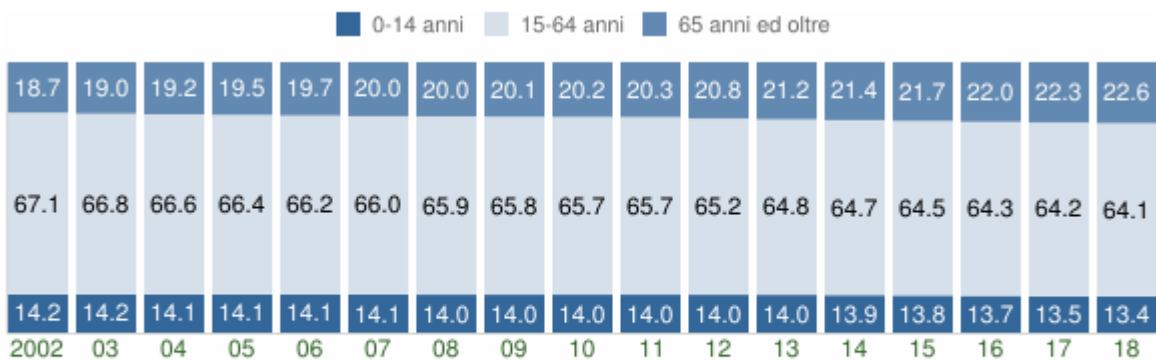
PIEMONTE



Struttura per età della popolazione (valori %)

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

ITALIA



Struttura per età della popolazione (valori %)

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

POPOLAZIONE STRANIERA

PROVINCIA ALESSANDRIA

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

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



PIEMONTE

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

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



3.1.3 – Sistema di offerta

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

- Assistenza Ospedaliera
- Assistenza Territoriale
- Assistenza Sanitaria di Prevenzione

Le attività istituzionali sono eseguite principalmente presso le seguenti strutture:

Presidi Ospedalieri:

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

Distretti:

Distretto Acqui Terme-Ovada:

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

Distretto Alessandria-Valenza:

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

Distretto Casale Monferrato:

- Casale Monferrato – Via Palestro 41

Distretto Novi Ligure – Tortona:

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

Dipartimento di Prevenzione:

- Sede Centrale: Via Venezia 6 – Alessandria

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

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

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

3.1.4. – Dati Sanitari

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

PP.OO.	12M2018		12M2017	
	Casi	Valore	Casi	Valore
H CASALE	9.732	27.423.043	9.524	26.371.518
H TORTONA	4.455	13.352.554	4.513	13.129.558
H NOVI	9.434	23.808.174	9.138	22.240.484
H ACQUI	3.948	11.620.442	3.980	11.453.588
H OVADA	1.241	4.892.563	1.172	4.655.396
TOT	28.810	81.096.775	28.327	77.850.544
VAR % 2018-2017	1,7%	4,2%		

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

	A2017	A2018
TOT	44.754.697,32	45.443.497,72
Prestazioni di attivita' clinica	26.203.223,72	26.146.194,52
Prestazioni di laboratorio	10.939.303,60	11.519.175,00
Prestazioni di diagnostica strumentale e di immagine	7.612.170,00	7.778.128,20

ACCESSI DEA / PRONTO SOCCORSO

COD URGENZA	ANNO 2016	ANNO 2017	ANNO 2018
BIANCO	4.590	3.537	3.270
VERDE	77.613	78.131	76.645
GIALLO	13.734	15.931	16.095
ROSSO	702	694	759
NERO	5	4	2
Totale complessivo	96.644	98.297	96.771
% accessi seguiti da ricovero	13,6%	13,8%	14,4%

Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

Livello di assistenza	TIPO INDICATORE	VALORE 2017
Igiene e sanità pubblica	Indagini epidemiologiche effettuate (in seguito a riscontro m.i.)	626
	Pareri richiesti per autorizzazioni nel campo dell'edilizia civile	232
	Pareri espressi per autorizzazioni nel campo dell'edilizia civile	202
	Studi epidemiologici su malattie cronico degenerative e studi di mortalità	1
Igiene e degli alimenti e della nutrizione	Controllo ufficiali	3553
	Campioni	1495
Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	Numero di lavoratori controllati o esaminati per accertamenti o certificazioni sanitarie	95
	Indagini effettuate per infortuni sul lavoro	161
	Indagini effettuate per malattie professionali	72
	Numero di aziende interessate da atti autorizzativi, esame progetti, piani di lavoro, notifiche	163
	Numero di aziende in cui sono stati effettuati interventi di vigilanza e di polizia giudiziaria	1089
Sanità Pubblica Veterinaria	Controllo ufficiali	4935
	Campioni	398
Attività di prevenzione rivolte alle persone	Vaccinazioni obbligatorie raccomandate (0 – 24 mesi)	24.908
	Numero di campagne di screening effettuate per la prevenzione di patologie tumorali	3
	Screening – Numero assistiti:	
	- screening mammella	66.165
	- screening utero - citologico	27.856
	- screening utero – test HPV	29.097
	- screening colon retto – Sigmoidoscopia/FOBT	7.138

Servizio Medico legale	Sedi Medicina Legale	7
	Prestazioni monocratiche	10.752
	Prestazioni collegiali	22.937
	Prestazioni reperibilità	8
	Totale numero di prestazioni	33.697

▪ Assistenza distrettuale

Livello di assistenza	TIPO INDICATORE	VALORE 2017
Medicina generale	Ore apertura Guardia Medica	107.962
	Sedi di Guardia Medica	15
	Medici di Medicina Generale	320
	- di cui operanti in medicina di associazione	37
	- di cui operanti in medicina di rete	121
	- di cui operanti in medicina di gruppo	110
	ADI – ADP numero interventi	86.115
	Pediatri di Libera Scelta	37
	- di cui operanti in medicina di associazione	14
	- di cui operanti in medicina di gruppo	10
	Bilanci di Salute	23.615
Ass. farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate	Farmacie convenzionate	193
	Dispensari farmaceutici	43
	Costo complessivo	66.650.730,00
Ass. farmaceutica erogata per file F e primo ciclo (incluso farmaci H)	Costo distribuzione diretta	46.648.859,00
Ass. farmaceutica erogata per DPC	Costo farmaci in DPC	9.676.806,00
Assistenza Integrativa	Punti di erogazione territoriale	7
Assistenza Specialistica	Prestazioni complessive per ab	13.57
	<i>Prestazioni di laboratorio per abitante</i>	9.63

	<i>Prestazioni TAC per abitante</i>	6.14
	<i>Prestazioni RMN per abitante</i>	6.53
	<i>Prestazioni terapia fisica per abitante</i>	18.64
Assistenza Protesica	Assistiti a cui è stata erogata almeno 1 prestazione di assistenza protesica	8.168
Assistenza Idrotermale	Istituti termali nel territorio ASL	1
	Costo per assistenza idrotermale	1.199.500,00
Assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori)	Sedi consultoriali	24
	Prestazioni di consultorio	32.368
Assistenza psichiatrica	Centri di salute mentale	7
	Centri diurni a gestione diretta	1
	Servizi psichiatrici di diagnosi e cura	2
	Comunità protette a gestione diretta	1
	Gruppi appartamento	7
	Utenti in carico nei CSM	6.377
	Assistenza semiresidenziale – n.ro giornate	4.466
	Assistenza residenziale – n.ro casi	237
	Assistenza residenziale – n.ro giornate	67.937
	Assistenza territoriale – n.ro prestazioni	32.259
Assistenza riabilitativa ai disabili	Totale posti letto convenzionati per assistenza residenziale disabili (esclusi p.l. fuori ASL)	544
	Totale posti in Centri Diurni per disabili convenzionati	392
	Giornate di semiresidenzialità	44.060
	Giornate di residenzialità	134.808
Assistenza ai tossicodipendenti	Centri Diurni per tossicodipendenti e alcolisti a gestione diretta	1
	Utenti in carico	2.223
	Giornate di semiresidenzialità	960
	Giornate di residenzialità	11.461

Assistenza agli anziani	Posti letto RSA accreditati/ convenzionati (esclusi p.l. fuori ASL)	3.566
	Posti in Centri Diurni per anziani accreditati/convenzionati	75
	Casi trattati in semiresidenzialità	30
	Giornate di semiresidenzialità	2.899
	Casi trattati in residenzialità	1.880
	Giornate di residenzialità	515.002
	Casi trattati in CAVS – residenziali	597
	Giornate CAVS – residenziali	11.648
Assistenza ai malati terminali	Posti letto Hospice a gestione diretta	24
	Giornate hospice per assistenza ai malati terminali	5.683

ASSISTENZA DOMICILIARE

TIPO ASSISTENZA DOMICILIARE	TOT	Distretto di Acqui Terme e Ovada	Distretto di Alessandria e Valenza	Distretto di Casale	Distretto di Novi Ligure e Tortona
TOT	10.120	1.548	2.732	2.723	3.002
01 - Assistenza domiciliare integrata	3.338	704	570	1.148	872
02 - Assistenza domiciliare programmata	2.897	392	878	654	949
03 - Servizio infermieristico domiciliare	2.597	262	1.010	622	683
04 - Assistenza domiciliare cure palliative	1.288	190	274	299	498
ASS DOM OGNI 100 RESID 65A E OLTRE	8,43	7,48	6,73	12,05	8,30
ASS DOM OGNI 100 RESID 75A E OLTRE	15,57	13,54	12,54	22,26	15,35

3.2 – Analisi del contesto interno

3.2.1 – Il modello organizzativo dell'ASL AL

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

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

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

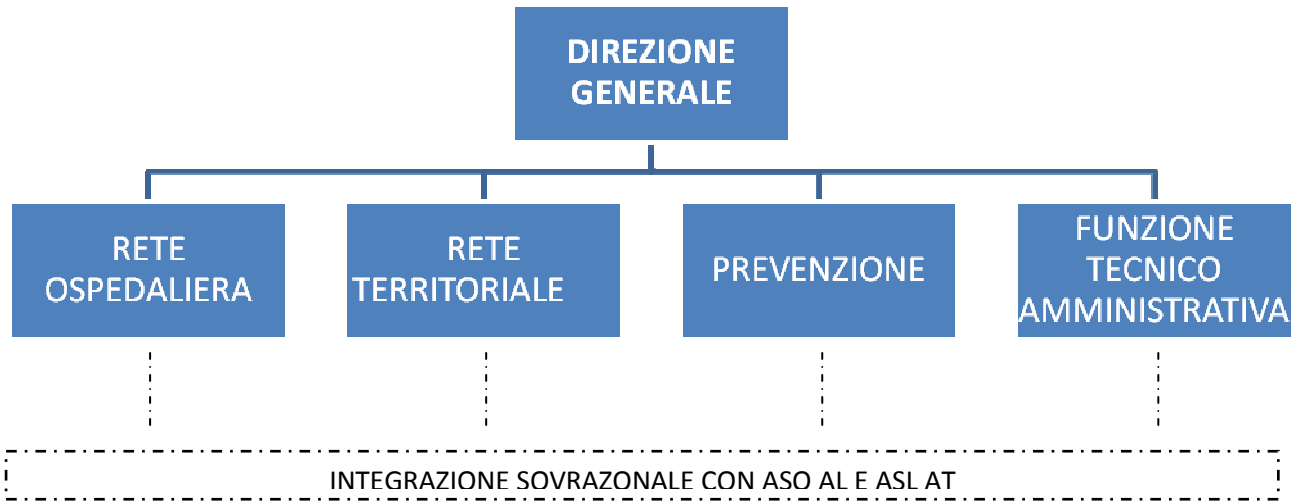
Il Piano di Organizzazione Aziendale è parte integrante dell'Atto Aziendale dell'ASL AL il cui testo definitivo è stato adottato con Deliberazione n. 711 del 6.10.2015, con il recepimento integrale delle prescrizioni regionali in merito, e successivamente modificato con Deliberazione n. 656 del 28.09.2017.

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

L'Azienda si articola in:

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

Organigramma sintetico aziendale:



3.2.2 – Risorse umane e professionali

L'ASL AL si avvale della collaborazione di quasi 4.000 dipendenti, la cui suddivisione in macro qualifiche è rappresentata nella tabella sottostante.

	A2017 (numero medio)	A2018 (numero medio)
TOTALE	3.788	3.740
MEDICI - VETERINARI	613	600
RUOLO SANITARIO ALTRA DIRIGENZA	63	62
RUOLO SANITARIO DIR. (INFERMIERISTICO)	1	1
PERSONALE INFERMIERISTICO	1.365	1.342
PERSONALE RIABILITATIVO	147	147
ALTRO PERSONALE RUOLO SANITARIO	269	261
RUOLO TECNICO DIRIGENZA	2	2
RUOLO TECNICO COMPARTO	742	761
RUOLO PROFESSIONALE DIRIGENZA	5	5
RUOLO PROFESSIONALE COMPARTO	1	1
RUOLO AMMINISTRATIVO DIRIGENZA	20	20
RUOLO AMMINISTRATIVO COMPARTO	561	538

Numero equivalente

L'ASL AL si avvale altresì della collaborazione di n.320 Medici di Medicina Generale, n.37 Pediatri di Libera Scelta, n.91 Medici di Continuità Assistenziale e n.90 Medici Specialisti Ambulatoriali.

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

Indicatori:

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

3.2.3 – Risorse tecnologiche

Risorse tecnologiche biomediche

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

Con riferimento alle Grandi Attrezzature, risultano installati:

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

Risorse ICT

Le tecnologie ICT sono quantificate in circa:

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

3.2.4 – Risorse economiche e finanziarie

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

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

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

Il preconsuntivo 2018 (IV trimestre) ha rilevato una situazione di disavanzo, sulla base del finanziamento fin qui erogato, pari ad euro -7.456.159.

Detto risultato, in ogni caso in miglioramento rispetto al Bilancio di Previsione v.0 adottato con deliberazione n.100 del 31.01.2018 con il quale si rilevava una perdita (e conseguentemente una richiesta di ulteriore finanziamento) di euro -8.672.694, risente tuttavia della valorizzazione di alcune partite non ancora definite, la cui determinazione definitiva può rendere possibile l'azzeramento della perdita rilevata.

In particolare, valutando i dati secondo macro aggregati:

- Il risultato di -7,4 milioni di euro non considera i ricavi derivanti dall'assegnazione dei contributi per i c.d. fondi extra Lea, per i quali sono stati contabilizzati i relativi costi. L'ulteriore assegnazione attesa a copertura dei costi sostenuti è di circa 2,6 milioni di euro;
- Il risultato considera tutto il valore di produzione delle strutture private accreditate così come stimato dalla procedura regionale FEC, comprensivo di extrabudget e di budget per il recupero della mobilità passiva extraregione. A fronte di tale completa valorizzazione non si è iscritto, in attesa di indicazione regionale, l'utilizzo del contributo in conto esercizio a copertura della produzione per abbattimento mobilità passiva extraregione, né il contributo (o quota parte di esso) vincolato all'abbattimento delle liste di attesa. Il differenziale rispetto al preventivo relativo alla produzione di ricoveri per nostri residenti è di circa 1,8 milioni di euro e, relativamente alla produzione di attività specialistica per nostri residenti, è di circa 1,4 milioni di euro, che potrebbero essere nettizzati, se ed in quanto valorizzati in tal senso a livello regionale, con l'utilizzo del contributo per il recupero di mobilità extraregione.
- Allo stesso modo, non avendo istruzioni in ordine alla contabilizzazione dell'extrabudget, non si sono operate riduzioni di budget a tal fine.
- I dati di spesa al 31.12, in considerazione della ristrettezza dei tempi di rilevazione legata al flusso ministeriale, in alcuni casi sono stati oggetto di stima per la valorizzazione degli ultimi periodi intercorrenti fino alla data di chiusura e, conseguentemente, sono soggetti a verifica. In particolare, a seguito delle verifiche già effettuate in contraddittorio con l'Assessorato Regionale, il ricevimento dei dati

definitivi sulla farmaceutica convenzionata consente di rilevare possibili minori costi per circa 200.000 euro rispetto al preconsuntivo;

- Occorre inoltre considerare che, rispetto al 2017, si è rilevata una significativa diminuzione del riparto dei fondi relativi al payback per circa 2,9 milioni di euro che, in considerazione del riparto definitivo relativo all'anno 2016 a livello di Conferenza Stato-Regioni, potrebbero rilevare un'ulteriore assegnazione;
- Infine in sede di 4° trimestre non sono ancora state compiutamente rilevate tutte le operazioni di sopravvenienze / insussistenze di costi dei precedenti esercizi, che verranno quantificati in sede di formazione del bilancio di esercizio 2018.

La valutazione del raggiungimento dell'obiettivo di equilibrio di bilancio in sede di esame del risultato del IV trimestre appare quindi assolutamente provvisoria, nella convinzione che il risultato di esercizio determinato in sede di chiusura di bilancio potrà presentare valori anche significativamente discordanti.

Rispetto ai suddetti valori si precisa che il delta relativo ai costi di specialistica ed ospedaliera sono determinati dal criterio di rilevazione dei costi delle prestazioni di strutture accreditate di cui sopra.

Il significativo incremento relativo alla voce Acquisti e manutenzioni è invece da attribuire in particolare all'incremento di acquisto di dispositivi medici (come evidenziato fin dal 1° semestre 2018) da attribuirsi in parte all'incremento di attività in alcuni presidi ospedalieri (aumento di quantità) ed in parte alla variazione qualitativa dei dispositivi impiantati (aumento di prezzo).

4. OBIETTIVI STRATEGICI

4.1 Piano strategico aziendale

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

Esso rappresenta lo schema di riferimento per un insieme di documenti che articoleranno il Piano; nella sua definizione si è spostato l'accento dalla produzione di servizi alla produzione di politiche pubbliche per mettere al centro dell'attenzione i processi decisionali, più che i processi produttivi, attraverso cui le scelte pubbliche sono formulate ed attuate.

Nel Piano il mandato istituzionale e la missione trovano espressione nei seguenti quattro pilastri della visione:

- **UN'AZIENDA INCLUSIVA**
- **LA SALUTE A 360°**
- **QUALITA' CLINICA E ASSISTENZIALE**
- **SOSTENIBILITA'**

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

Nelle pagine seguenti vengono indicate le azioni previste nel Piano strategico aziendale rispetto ai quattro pilastri individuati.

PILASTRO: UN'AZIENDA INCLUSIVA

AZIONI

Un nuovo rapporto con i cittadini, le famiglie, le comunità ed i professionisti:

- Recupero della fiducia e co-progettazione
- Autonomia e responsabilità individuale e collettiva

Il Rapporto con il territorio della provincia di Alessandria:

- Programmazione inclusiva
- Attivazione delle risorse della comunità
 - Valorizzazione del volontariato: accordi per accoglienza sia territorio che ospedale
 - Valorizzazione della figura del care-giver: formazione

PILASTRO: LA SALUTE A 360°

AZIONI

ASL punto di riferimento per la salute dei cittadini:

- Empowerment di comunità: confronto periodico e strutturato con Associazioni e Amministrazioni Locali
- Empowerment individuale: sviluppo di strumenti informatici per la trasparenza e il coinvolgimento dei cittadini

ASL tutor del cittadino nei percorsi tra i vari erogatori

Rafforzamento funzione di Committenza

- Sviluppo partnership, collaborazioni con ASO AL e privato accreditato

Integrazione con ASO AL

- Condivisione della programmazione dei servizi erogati
- Integrazione delle reti dei servizi: rete riabilitativa, percorso nascita
- Governo congiunto dei tempi di attesa della specialistica ambulatoriale e dei ricoveri
- Monitoraggio e trasparenza dei risultati
- Integrazione delle funzioni tecnico-amministrative

Rete servizi H-T integrati e facilmente accessibili:

- Equità ed omogeneità di offerta: Tavolo permanente con i consorzi, coordinamento aziendale sul sociale
- Governo dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e dei ricoveri ospedalieri: Portale tempi attesa

PILASTRO: QUALITÀ CLINICA E ASSISTENZIALE – ASSISTENZA TERRITORIALE

AZIONI

Sviluppo servizi territoriali / intermedi

- Case della Salute Riqualificazione attuali e realizzazione CdS di Valenza. Valutazione nuove realizzazioni (Ozzano e Murisengo)
- Valorizzazione Medicine di Gruppo evolute (Casale)
- Ospedali Comunità: Ovada
- CAVS: 20 PL Acqui
- Hospice rafforzamento offerta di cure palliative
- Ridefinizione organizzativa della rete di offerta per la psicologia
- Microaree (Area della Fraschetta)

Percorsi di presa in carico per pazienti complessi: profilazione soggetti fragili/complessi (PHM)

Potenziamento COCA, PUA e Rete Vulnologica in ogni Distretto

PILASTRO: QUALITÀ CLINICA E ASSISTENZIALE – ASSISTENZA TERRITORIALE

AZIONI

Sviluppo servizi specialistici ad alta complessità

- Riqualficazione vocazionale presidi ospedalieri
- Ridefinizione Rete Riabilitazione (20 PL Tortona)
- Piattaforma ambulatoriale chirurgica innovativa e attrattiva per pazienti e professionisti

Riqualficazione rete consultoriale materno-infantile: Punto Nascita Casale

PILASTRO: QUALITÀ CLINICA E ASSISTENZIALE – FOCUS FRAGILITÀ

AZIONI

Ambito di sperimentazione di modelli gestionali e sviluppo di strumenti di telemedicina al servizio dei soggetti fragili: Distretto Novi-Tortona, Acqui-Ovada e Casale

Fragilità

- Salute Mentale (Telemedicina e Autismo negli adulti)
- Dipendenze (Interventi a carattere locale su gioco d'azzardo patologico, Liberi dal fumo)
- Adolescenti (Bullismo e educazione tra pari)
- Anziani (demenze)

Promozione della salute (Argento Attivo)

PILASTRO: SOSTENIBILITÀ

AZIONI

Politiche di acquisto ecosostenibili

- Inserimento di criteri di preferibilità ambientale nelle procedure di acquisto, nell'ambito dell'offerta economicamente più vantaggiosa
- Valorizzazione delle certificazioni dei Sistemi di Gestione Ambientale dei Fornitori (es.: ISO 14001 ed EMAS)
- Preferenza di soluzioni a basso impatto ambientale per l'acquisizione dei beni durevoli a consumo energetico

Progetti di efficientamento energetico

- Continuità della programmazione e realizzazione di interventi di risparmio energetico e riqualificazione tecnologica

Soluzioni allocative dei servizi efficienti

- Ricerca di soluzioni allocative dei servizi sanitari, tecnici ed amministrativi, improntate al minor spreco di spazi ed alla minimizzazione dei costi di gestione

E-Mobility

- Parco Auto Aziendale da rinnovare con mezzi a basso consumo e preferibilmente a trazione ibrida/elettrica

Fundraising

- Sviluppo di una funzione aziendale orientata alla partecipazione a bandi competitivi di finanziamento

4.2 – Albero della performance

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

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

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

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

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

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

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

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

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

COD	PILASTRO / MACRO OBIETTIVO	COD	OBIETTIVO / AZIONE	SETTORE INTERESSATO				INDICATORI	TARGET	ANNO DI RIFERIMENTO		
				AREA OSPEDALIERA	AREA TERRITORIALE	AREA PREVENZIONE	AMM.NE / STAFF			2019	2020	2021
A	UN'AZIENDA INCLUSIVA	A.1	Programmazione inclusiva					Incontri periodici con Comitato Sindaci di Distretto relativi al Piano Strategico	Almeno n.1 annuo	x	x	x
		A.2	Valorizzazione del volontariato: accordi per accoglienza sia territorio che ospedale					Presenza di accordi per l'accoglienza con Associazioni Volontariato	Almeno n.1 annuo	x	x	x
		A.3	Valorizzazione della figura del care-giver: formazione					n° iniziative di formazione del care-giver	Almeno n.1 annuo		x	x
B	LA SALUTE A 360°	B.1	Confronto periodico e strutturato con Associazioni e Amministrazioni Locali					Calendarizzazione annuale incontri con Associazioni / Amministrazioni locali	SI'	x	x	x
		B.2	Sviluppo di strumenti informatici per la trasparenza e il coinvolgimento dei cittadini					Sviluppo strumenti informatici per la trasparenza e il coinvolgimento dei cittadini	Almeno n.1 annuo	x	x	x
		B.3	Sviluppo partnership, collaborazioni con ASO AL e privato accreditato					Accordi di fornitura con ASO AL e Privato accreditato	SI' annuali	x	x	x
		B.4	Integrazione con ASO AL									
		B.5	Tavolo permanente con i consorzi, coordinamento aziendale sul sociale					N° incontri con Consorzi	Almeno n.1 annuo	x	x	x

COD	PILASTRO / MACRO OBIETTIVO	COD	OBIETTIVO / AZIONE	SETTORE INTERESSATO				INDICATORI	TARGET	ANNO DI RIFERIMENTO		
				AREA OSPEDALIERA	AREA TERRITORIALE	AREA PREVENZIONE	AMM.NE / STAFF			2019	2020	2021
C	QUALITA' CLINICA ED ASSISTENZIALE	C.1	Governo dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e dei ricoveri ospedalieri					Tempi attesa specialistica ambulatoriale e ricoveri	Rispetto standard regionali (vedasi obiettivo regionale)	x	x	x
		C.2	Case della Salute Riqualificazione attuali e realizzazione CdS di Valenza. Valutazione nuove realizzazioni (Ozzano e Murisengo)					Realizzazione CdS Valenza Predisposizione progetto per nuove realizzazioni (Ozzano - Murisengo)	SI'		x	x
		C.3	Valorizzazione Medicine di Gruppo evolute (Casale)					n. iniziative	Almeno n.1 annuo		x	x
		C.4	Ospedali Comunità: Ovada-CAVS (20 PL Acqui)					Attivazione	SI'		x	x
		C.5	Hospice rafforzamento offerta di cure palliative					Indice presa in carico CP / Hospice su casi di morte per tumore	Miglioramento annuo	x	x	x
		C.6	Ridefinizione organizzativa della rete di offerta per la psicologia					Riorganizzazione della Rete	SI'	x		
		C.7	Microaree (Area della Frascchetta)					n. iniziative	Almeno n.1 annuo		x	x
		C.8	Percorsi di presa in carico per pazienti complessi: profilazione soggetti fragili/complessi (PHM)					Presenza profilazione pz fragili / complessi	SI'		x	x
		C.9	Potenziamento COCA, PUA e Rete Vulnologica in ogni Distretto					Presenza sedi COCA, PUA e Rete Vulnologica in ogni Distretto	SI'	x	x	x
		C.10	Riqualificazione vocazionale Presidi ospedalieri					Documento di riorganizzazione funzionale della Rete PP.OO.	SI'	x		
		C.11	Ridefinizione Rete Riabilitazione (20 PL Tortona)					Attivazione 20 pl c/o P.O. Tortona	SI'			x
		C.12	Piattaforma ambulatoriale chirurgica innovativa e attrattiva per pazienti e professionisti					Attivazione piattaforma c/o P.O. Tortona	SI'			x
		C.13	Riqualificazione rete consultoriale materno-infantile: Punto Nascita Casale					Documento di riorganizzazione Punto Nascita Casale	SI'	x		
		C.14	Ambito di sperimentazione e sviluppo di strumenti di telemedicina al servizio dei soggetti fragili: Distretto Novi-Tortona, Acqui-Ovada e Casale					Sviluppo strumenti di telemedicina	SI'		x	x
		C.15	Salute Mentale (Telemedicina e Autismo negli adulti)					n° iniziative	1 annua	x	x	x
		C.16	Dipendenze (Interventi a carattere locale su gioco d'azzardo patologico, Liberi dal fumo)					n° iniziative	1 annua	x	x	x
		C.17	Adolescenti (Bullismo e educazione tra pari)					n° iniziative	1 annua	x	x	x
		C.18	Anziani (demenze)					n° iniziative	1 annua	x	x	x
		C.19	Promozione della salute (ArgentoAttivo)					Attuazione progetto	SI'	x	x	x

COD	PILASTRO / MACRO OBIETTIVO	COD	OBIETTIVO / AZIONE	SETTORE INTERESSATO				INDICATORI	TARGET	ANNO DI RIFERIMENTO			
				AREA OSPEDALIERA	AREA TERRITORIALE	AREA PREVENZIONE	AMM.NE / STAFF			2019	2020	2021	
D	SOSTENIBILITA'	D.1	Inserimento di criteri di preferibilità ambientale nelle procedure di acquisto, nell'ambito dell'offerta economicamente più vantaggiosa					Inserimento criteri di preferibilità ambientale nelle procedure di acquisto	SI'		x	x	
		D.2	Valorizzazione delle certificazioni dei Sistemi di Gestione Ambientale dei Fornitori (es.: ISO 14001 ed EMAS)					Valorizzazione delle certificazioni dei Sistemi di Gestione Ambientale dei Fornitori	SI'		x	x	
		D.3	Preferenza di soluzioni a basso impatto ambientale per l'acquisizione dei beni durevoli a consumo energetico					Soluzioni a basso impatto ambientale per l'acquisizione dei beni durevoli a consumo energetico	SI'	x	x	x	
		D.4	Continuità della programmazione e realizzazione di interventi di risparmio energetico e riqualificazione tecnologica					Interventi di risparmio energetico e riqualificazione tecnologica	SI'		x	x	
		D.5	Ricerca di soluzioni allocative dei servizi sanitari, tecnici ed amministrativi, improntate al minor spreco di spazi ed alla minimizzazione dei costi di gestione					Soluzioni allocative dei servizi sanitari, tecnici ed amministrativi, improntate al minor spreco di spazi ed alla minimizzazione dei costi di gestione	SI'	x	x	x	
		D.6	Parco Auto Aziendale da rinnovare con mezzi a basso consumo e preferibilmente a trazione ibrida/elettrica					Introduzione di mezzi a basso consumo e preferibilmente a trazione ibrida/elettrica	% annua sul parco auto			5%	10%
		D.7	Sviluppo di una funzione aziendale orientata alla partecipazione a bandi competitivi di finanziamento					Funzione aziendale orientata alla partecipazione a bandi competitivi di finanziamento	SI'		x	x	

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

5. DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI

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

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

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

Gli obiettivi aziendali vengono definiti dalla Direzione Generale con cadenza annuale, sulla base degli obiettivi stabiliti dalla Regione.

Le dimensioni presidiate, come da scheda di budget, sono le seguenti:

- Attività
- Efficienza
- Progetti

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.2 - Il sistema premiante

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

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

Al fine di integrare e coordinare quanto già definito con gli accordi di cui sopra 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 relativamente al raggiungimento degli obiettivi di budget della struttura, attribuiti nella loro totalità alla dirigenza ad essa assegnata, sia dalla valutazione espressa dal dirigente responsabile relativamente all'apporto collaborativo individuale.

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

PERSONALE NON DIRIGENTE

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

A. valutazione dei risultati sugli obiettivi;

B. valutazione delle capacità di comportamento organizzativo.

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

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

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

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

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

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

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

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

Gestione della performance

Il ciclo di gestione della performance.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

trasparenza, legalità e sviluppo della cultura dell'integrità (art.11 Decreto Legislativo 150/09).Le stesura del piano ha richiesto le seguenti fasi:

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

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

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

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

Secondo quanto previsto dall'articolo 5, comma 1, e dall'articolo 10, comma 1, lett. a), del D.Lgs150/2009, la definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano della performance deve avvenire in maniera integrata con il processo di programmazione e di bilancio di previsione.

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

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

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

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

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

Il Piano verrà comunque revisionato nel corso dell'anno 2019 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 emirato alla crescita individuale e alla valorizzazione delle risorse umane, patrimonio aziendale

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

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

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

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

Deliberazione del Direttore Generale

n. _____

Letto, approvato e sottoscritto.

Parere favorevole del DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Parere favorevole del DIRETTORE SANITARIO

IL DIRETTORE GENERALE

