



Piano Integrato di Attività e Organizzazione

PIAO 2025-2027

**(art. 6 decreto legge n. 80/2021, convertito con legge n. 113/2021
e art. 1, comma 12, decreto legge n. 228/2021)**

REGIONE PIEMONTE – ASL ALESSANDRIA

Definizione di PIAO e quadro normativo di riferimento

Con il presente Piano Integrato di Attività e Organizzazione – PIAO si dà attuazione alle disposizioni contenute nell'articolo 6 del Decreto Legge n. 80/2021, convertito, con modificazioni, dalla Legge 6 agosto 2021, n.113, il quale nel prevedere "misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)" introduce il Piano Integrato di Attività e Organizzazione, al fine di "assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso".

In particolare, il citato articolo 6 del D.L.80/2021 prevede che il PIAO contenga:

a) gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;

b) la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione secondo le logiche del project management, al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;

c) compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione a tal fine dell'esperienza professionale maturata e dell'accrescimento culturale conseguito anche attraverso le attività poste in essere ai sensi della lettera b), assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali;

d) gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) con il Piano nazionale anticorruzione;

e) l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività inclusa la graduale misurazione dei tempi effettivi di completamento delle procedure effettuata attraverso strumenti automatizzati;

f) le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;

g) le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.

Il Piano inoltre definisce le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione degli utenti stessi mediante gli strumenti di cui al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, nonché le modalità di monitoraggio dei procedimenti attivati ai sensi del decreto legislativo 20 dicembre 2009, n. 198.

Con Decreto del Presidente della Repubblica 24 Giugno 2022, n. 81 è stato successivamente definito il "Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione" che, all'art. 1, dispone la soppressione degli adempimenti inerenti ai piani di cui alle seguenti disposizioni, in quanto assorbiti nelle apposite sezioni del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO):

a) articolo 6, commi 1, 4 (Piano dei fabbisogni) e 6, e articoli 60-bis (Piano delle azioni concrete) e 60-ter del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165;

b) articolo 2, comma 594, lettera a), della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche, che corredano le stazioni di lavoro nell'automazione d'ufficio);

c) articolo 10, commi 1, lettera a), e 1-ter, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 (Piano della performance);

d) articolo 1, commi 5, lettera a) e 60, lettera a), della legge 6 novembre 2012, n. 190 (Piano di prevenzione della corruzione);

e) articolo 14, comma 1, della legge 7 agosto 2015, n. 124 (Piano organizzativo del lavoro agile);

f) articolo 48, comma 1, del decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 (Piani di azioni positive).

Per le amministrazioni tenute alla redazione del PIAO, tutti i richiami ai piani sopra individuati sono da intendersi come riferiti alla corrispondente sezione del PIAO.

Con D.M. n. 132 del 30.06.2022 è stato, inoltre, elaborato il "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione" prevedendo che "Le pubbliche amministrazioni conformano il Piano integrato di attività e organizzazione alla struttura e alle modalità redazionali indicate nel presente decreto, secondo lo schema contenuto nell'allegato che forma parte integrante del presente decreto."

All'interno di questo quadro nazionale va considerato che lo stesso art. 6 del D.L. 80/2021, al comma 7-bis ha precisato che "Le Regioni, per quanto riguarda le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, adeguano i rispettivi ordinamenti ai principi di cui al presente articolo e ai contenuti del Piano tipo definiti con il decreto di cui al comma 6".

All'interno di questo quadro normativo, l'ASL AL ha provveduto a redigere il presente Piano Integrato di attività e organizzazione – PIAO 2025-2027, avendo come riferimento la struttura e i contenuti indicati nel D.M. sopra citato, in assenza, al momento, di ulteriori indicazioni regionali in materia.

Il PIAO rappresenta un documento unico di programmazione e governance, in cui confluiscono, in ottica di semplificazione e integrazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni ed in particolare:

- a) il Piano della Performance, che definisce gli obiettivi programmatici e strategici della performance dell'ASL stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;
- b) il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT), che è finalizzato alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché a raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'ANAC con il Piano Nazionale Anticorruzione;
- c) il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA), che stabilisce le modalità di svolgimento del lavoro agile quale modalità alternativa allo svolgimento della prestazione lavorativa in presenza, ed in particolare le misure organizzative, i requisiti tecnologici, gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati;
- d) il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale (PTFP) che, compatibilmente con le risorse finanziarie ad esso riconducibili, definisce gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse;
- e) il Piano delle Azioni Positive (PAP), documento triennale obbligatorio, che dà attuazione alle disposizioni contenute nel d.lgs. 11 aprile 2006 n. 198 "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, a norma dell'art. 6 della L.28 novembre 2005, n. 246" e contiene le iniziative programmate dall'Agenzia volte alla rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione delle pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne

La Conferenza delle regioni, in sede di intesa sullo schema di decreto del Ministro per la pubblica amministrazione concernente la definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione, ha espresso una posizione precisa circa la necessità di un coinvolgimento delle Regioni per una fattiva ed efficace implementazione del PIAO nelle aziende del servizio sanitario regionale.

Il decreto-legge 30 aprile 2022, n.36 "Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)" ha inserito all'articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80 il comma 7 bis "*Le Regioni, per quanto riguarda le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, adeguano i rispettivi ordinamenti ai principi di cui al presente articolo e ai contenuti del Piano tipo definiti con il decreto di cui al comma 6.*"

Gli aspetti che in ambito sanitario rendono il PIAO peculiare rispetto alla generalità delle Pubbliche Amministrazioni, cui la norma è genericamente rivolta, sono così sintetizzabili:

- L'art.16 del D.Lgs. 150/2009 prevede un'applicazione al settore sanitario della normativa sulla performance demandata alle Regioni in termini di adeguamento dei propri ordinamenti ai principi di alcuni articoli del decreto stesso. Questa previsione normativa

ha consentito alle Regioni di definire per le Aziende sanitarie modalità applicative specifiche, che valorizzano alcuni elementi peculiari del settore e ben consolidati.

- A livello nazionale, sono disponibili sistemi di misurazione e valutazione delle performance molto solidi e riconosciuti (NSG, PNE-Agenass, ecc.), ai quali i sistemi di pianificazione strategica e di medio-breve periodo delle Aziende sanitarie devono opportunamente far riferimento.
- A livello regionale, è presente un rapporto costante tra Regione ed Aziende per quanto attiene alla definizione degli obiettivi strategici (inseriti negli obiettivi di mandato assegnati ai Direttori Generali al momento della loro nomina) e degli obiettivi annuali (assegnati dalla Regione alle Aziende), oltre che alla correlata valutazione periodica dei risultati.
- A livello di singola azienda, sono attivi strumenti strutturati di controllo di gestione e, soprattutto, sistemi di budget annuale, che consentono di orientare e governare le aziende stesse e di fissare anche gli obiettivi sia di carattere organizzativo che individuali.

Sono stati evidenziati dal Tavolo Tecnico Permanente della Commissione Salute i seguenti elementi caratterizzanti i sistemi di programmazione nell'ambito delle Aziende sanitarie:

1. L'introduzione del PIAO non deve comportare un incremento degli adempimenti richiesti e degli strumenti di programmazione e controllo. In ambito sanitario sono già presenti sistemi e livelli di verifica e controllo consolidati (nazionali e regionali) ai quali è opportuno far riferimento in una logica di razionalizzazione, che vanno meglio ottimizzati e integrati, certamente non ampliati ulteriormente.
2. Il PIAO deve essere uno strumento di comunicazione degli impegni strategici delle Aziende sanitarie verso i numerosi stakeholder esterni (cittadini e associazioni, ma anche istituzioni) e interni (personale diretto, personale convenzionato, collaboratori, ecc.), includendo anche una rendicontazione integrata dei risultati conseguiti. Per evitare una incomprensibile frammentazione nella rappresentazione dei risultati conseguiti, è necessario individuare una Relazione annuale che a consuntivo li rendiconti in modo integrato, ragionevolmente mediante uno sviluppo in tal senso della Relazione della performance (cosa peraltro possibile per le Aziende sanitarie ai sensi dell'art.16 D.Lgs.150/2009).
3. Il Nuovo Sistema di Garanzia, il PNE, ecc. a livello nazionale, gli obiettivi di mandato dei Direttori Generali, i Piani socio sanitari, ecc. a livello regionale rappresentano i riferimenti principali per identificare il Valore pubblico delle Aziende sanitarie.
4. Il PIAO deve essere uno strumento flessibile di programmazione, da integrare utilmente con altri strumenti e adempimenti. Il PIAO non include tutti gli strumenti di programmazione previsti dalle norme nazionali e regionali per le Aziende sanitarie, e probabilmente non è nemmeno necessario/opportuno ipotizzare di unificarli tutti. Il PIAO può offrire tale opportunità adottando una prospettiva strategica e di medio periodo, ma con una modalità di attuazione flessibile che rinvia la sua concretizzazione ad ulteriori momenti/strumenti di pianificazione e al processo di budget per la parte annuale.
5. Il Piano triennale dei fabbisogni di personale (PTFP) è un documento di programmazione che già richiede necessariamente una forte ed intrinseca coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e delle performance. La logica di superamento della storica

dotazione organica, avvenuta con la normativa del 2017, è stata determinata proprio dall'esigenza di sviluppare uno strumento che meglio si adatti al cambiamento delle priorità e delle esigenze di organizzazioni ampie e complesse che poggiano le basi sulle risorse umane. La necessità di porre particolare attenzione all'ambito della Sanità era già emersa in tale percorso specifico, tanto da prevedere, all'art. 6 ter del decreto legislativo n. 165/2001, che le linee di indirizzo fornite per tutte le pubbliche amministrazioni in tema di predisposizione del Piano Triennale del Fabbisogno di Personale, prevedessero una specifica sezione dedicata alle aziende ed enti del SSN.

6. Il budget rappresenta lo strumento principale e consolidato di integrazione e semplificazione operativa dei sistemi di controllo interno delle Aziende sanitarie. Il PIAO deve valorizzare e contestualizzare in un'ottica strategica e di medio periodo il processo di budget, nel quale devono/possono essere riportati a sintesi per i diversi livelli di responsabilità gli obiettivi operativi e trasversali assegnati per l'anno.
7. Le future linee guida nazionali sul PIAO e sulle sue sezioni devono essere (rese) coerenti per le Aziende SSN con gli aspetti sopra richiamati.
8. Un'applicazione innovativa del PIAO richiede tempi adeguati. La riforma introdotta dal PIAO nei sistemi di programmazione e controllo delle aziende sanitarie, con le specificità sopra richiamate, richiede certamente un adeguamento degli strumenti di governo aziendale già presenti e che non devono essere abrogati ma migliorati; tale adeguamento non potrà che essere progressivo e graduale, anche alla luce delle modifiche normative e regolamentari necessarie a livello regionale.

INDICE

SEZIONE 1: Scheda anagrafica dell'amministrazione	8
1.1 – Analisi del contesto	11
SEZIONE 2: Valore pubblico, Performance e Anticorruzione	43
2.1 – Valore pubblico	43
2.2 – Performance	47
2.3 – Rischi corruttivi e trasparenza	115
SEZIONE 3: Organizzazione e Capitale Umano	117
3.1 – Struttura Organizzativa	117
3.2 – Organizzazione del lavoro agile	123
3.3 – Piano triennale dei fabbisogni del personale	124
SEZIONE 4: Monitoraggio	132

ALLEGATI SEZIONE 2: - Piano Azioni Positive ASL AL 2025-2027

- Anticorruzione e trasparenza

ALLEGATI SEZIONE 3: - Piano Organizzativo del Lavoro Agile ASL AL 2025

- Tabelle Piano Triennale Fabbisogno Personale 2023-2025

SEZIONE 1: Scheda anagrafica dell'amministrazione

Premessa

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

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

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

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

Il logo ufficiale dell'ASL AL è rappresentato da:



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

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

Il territorio di riferimento dell'ASL AL misura kmq 3.677, comprende 192 Comuni per una popolazione complessiva di 417.415 abitanti (dato BDDE Regione Piemonte al 31.12.2022), distribuiti su un territorio di 3.679 mq – densità media 113,46 – ed è articolato in quattro distretti:

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

Complessivamente la percentuale di residenti con età maggiore a 65 anni (popolazione anziana) è pari al 28,46%.

Sono organi dell'Azienda:

il Direttore Generale, il Collegio Sindacale e il Collegio di Direzione.

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

Attua il proprio mandato con autonomia nell'organizzazione e allocazione delle risorse produttive a disposizione dell'Azienda, assicura il perseguimento della missione avvalendosi dell'attività degli organi e delle strutture organizzative aziendali. Nello svolgimento dei propri compiti, il Direttore Generale è coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, ciascuno per le proprie competenze e con essi costituisce la Direzione Generale dell'Azienda che garantisce, nella sua collegialità, l'unitarietà delle funzioni di indirizzo, programmazione e controllo dell'Azienda.

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

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

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

I principali stakeholders dell'Azienda sono:

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

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.

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.

1.1 Analisi del contesto

Premessa

QUADRO EPIDEMIOLOGICO REGIONALE

Quasi la metà della popolazione piemontese ultra 75enne presenta una condizione di multicronicità o ha gravi limitazioni nelle attività abituali.

Oltre 350.000 piemontesi hanno almeno una fra queste cinque condizioni morbose croniche: cardiopatia ischemica, vasculopatia cerebrale, scompenso cardiaco, diabete, BPCO, quasi 80.000 ne hanno più di una e oltre 430.000, pari al 14% della popolazione, ne hanno una o più di una.

Su 100 piemontesi, nel 2017 il 41,4% dichiarava almeno una patologia cronica (Indagine Multiscopo ISTAT). Conseguentemente, più di 1.803.000 piemontesi necessitano di una gestione continuativa di interventi sanitarie e socio-sanitari anche in forma integrata tra Territorio e Ospedale.

Se la presenza di una o più malattie croniche, soprattutto se in stadio lieve-moderato, non è immediatamente correlata con l'espressione di una grave riduzione delle autonomie, quest'ultima è sempre correlata con una condizione di multimorbilità e l'espressione di bisogni che richiedono interventi di lungo termine.

Per quanto riguarda invece la mortalità generale, il tasso standardizzato per età è in costante riduzione, in entrambi i sessi, tanto in Piemonte quanto in Italia. La riduzione nei dieci anni di osservazione del tasso standardizzato di mortalità è molto marcata soprattutto nel genere maschile: meno 20% (in Italia meno 18%), mentre per le donne si è avuta una riduzione del 6% (in Italia 8%). In entrambi i sessi la mortalità per tumore è più alta della media nazionale, ma simile al valore del Nord Italia.

L'importante contrazione nella mortalità per malattie dell'apparato circolatorio (un fenomeno che prosegue ormai da decenni) spiega in larga misura la riduzione della mortalità generale; in Piemonte, tra il 2010 e il 2018, per le malattie circolatorie il tasso standardizzato di mortalità si è ridotto di circa il 12% sia tra gli uomini sia tra le donne.

Il secondo grande gruppo di cause, che costituisce un ulteriore terzo dei decessi (circa 14.000 all'anno), è rappresentato dalle neoplasie. L'incidenza di tutti i tumori è stabile nel periodo per i maschi, mentre presenta un lieve aumento per le femmine, con variazioni nelle specifiche sedi: nei maschi sono in aumento i tumori della prostata sotto i 50 anni, mentre sono in costante diminuzione i tumori del polmone, per il declino dell'epidemia del fumo negli uomini.

Nelle donne sono in aumento i tumori della mammella (anche per effetto della diagnosi precoce da screening), e i tumori del polmone, legati all'epidemia del fumo tra le donne. In entrambi i generi si registra una aumentata incidenza di melanomi, di tumori della tiroide, vie urinarie e pancreas. A fronte della stabilità dell'incidenza, la progressiva diminuzione della mortalità per tumori testimonia del discreto successo del sistema di diagnosi e cura. Anche la mortalità per malattie polmonari croniche (terza causa di morte dopo patologie dell'apparato circolatorio e tumori) si è progressivamente ridotta, pur con alcune oscillazioni, nel corso degli ultimi 30 anni. Nella seconda metà degli anni '10, tuttavia, si osserva una risalita dei tassi, che coinvolge tutte le regioni italiane.

Molto rilevante la problematica delle demenze, e più in generale, delle patologie neurodegenerative, che risultano in costante aumento nella popolazione ultra 65enne. Nel 2019 il tasso di mortalità per patologie neurodegenerative, calcolato su 10.000 residenti è stato: in Piemonte di 36,2, più alto della media nazionale che si attesta a 34, ma simile a quello delle altre regioni del Nord (che riportano una media di 36,4) e in lieve deflessione dal 2017, quando aveva raggiunto il valore di 37, sullo stesso valore di 10.000 residenti. Peraltro nell'anno 2020 l'impatto della pandemia Covid-19 ha portato alla luce nuovi bisogni, dei quali deve farsi carico il Servizio sanitario regionale nel prossimo futuro; le risposte sanitarie e socio-sanitarie per soggetti fragili (grandi anziani, disabili, persone con gravi problemi di salute mentale...) devono pertanto operare in rete e in collegamento con le potenzialità offerte dai percorsi sul territorio, accanto a un'implementazione delle cure al domicilio dei pazienti.

MODELLO ATTUALE DI EROGAZIONE DEI SERVIZI IN PIEMONTE

La programmazione regionale garantisce la funzione di indirizzo nei confronti delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) e delle Aziende Ospedaliere (AO/AOU), nonché delle altre istituzioni e soggetti accreditati che esercitano la funzione di erogazione.

L'organizzazione ed il funzionamento delle Aziende Sanitarie sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato ai sensi dell'articolo 3, comma 1 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421) e s.m.i., adottato dal Direttore generale sulla scorta dei principi e dei criteri stabiliti con provvedimento di Giunta regionale.

Il modello della rete sanitaria e socio-sanitaria prevede l'organizzazione in aree funzionali omogenee, come di seguito illustrato:

- Area Omogenea Torino: ASL Città di Torino ASL TO4, ASL TO5, AOU Città della Salute di Torino;
- Area Omogenea Torino Ovest: ASL TO3, AOU S. Luigi di Orbassano, AO Ordine Mauriziano di Torino;
- Area Omogenea Piemonte Sud Ovest: ASL CN 1, ASL CN 2, AO S. Croce e Carle di Cuneo;
- Area Omogenea Piemonte Nord Est: ASL NO, ASL VCO, ASL VC, ASL BI, AOU Maggiore della Carità di Novara;
- Area Omogenea Piemonte Sud Est: ASL AL, ASL AT, AOU SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria.

Nello specifico l'attuale rete sanitaria di erogazione è così configurata:

- 12 Aziende Sanitarie Locali (ASL);
- l'Azienda Zero, costituita con D.P.G.R. n. 9 del 18.02.2022, ai sensi e per gli effetti della citata legge regionale 26 ottobre 2021, n. 26, l';
- 2 Aziende Ospedaliere e 4 Aziende Ospedaliere Universitarie;
- i Distretti;
- i Dipartimenti di Prevenzione;
- gli Ospedali a gestione diretta ed ex Sperimentazioni Gestionali;
- gli IRCCS non pubblici;
- le Case di Cura private;
- gli Istituti qualificati presidi della A.S.L.

Altresì ai sensi della l.r. 8 gennaio 2004, n. 1 "Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento", la rete sociale è composta da n. 47 Enti Gestori.

In linea con gli orientamenti internazionali e nazionali, il Piemonte adotta il "Piano regionale di prevenzione", per definire le aree di intervento e i programmi d'azione, in collaborazione con le Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie.

La rete ospedaliera per l'emergenza della Regione Piemonte è stata definita con la D.G.R. 1-600/2014 e con la D.G.R. 1-924/2015 e prevede una organizzazione in n.6 aree di riferimento, con l'individuazione di DEA di II livello, DEA di I livello, Ospedali di base con PS, PS di area disagiata.

Con la Deliberazione della Giunta Regionale 29 giugno 2015, n. 26-1653 "Interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e della D.G.R. n.1-600 del 19.11.2014 e s.m.i." è stato approvato il programma di interventi per il riordino della rete territoriale, come riportato negli allegati all'atto sopra citato.

La pandemia da COVID 19 ha repentinamente richiesto l'adozione di nuove misure con uno sforzo straordinario di tutti gli attori coinvolti: la trasformazione della geografia dei servizi ospedalieri, il massiccio reclutamento del personale sanitario, l'incremento delle tecnologie, la diffusione della digitalizzazione e dei servizi di telemedicina e l'imponente organizzazione della campagna di prevenzione e vaccinazione. La gestione dell'emergenza, inoltre, ha anche comportato la riorganizzazione di molte attività sanitarie non COVID.

In tale contesto sono stati formulati specifici provvedimenti, con le relative azioni di riferimento, finalizzati alla gestione della pandemia e al potenziamento della risposta dei servizi territoriali; a titolo esemplificativo si citano:

- la D.G.R. 23 settembre 2020, n. 1-1979 "Approvazione dell'aggiornamento del piano pandemico operativo COVID-19 territoriale e ospedaliero e formulazione di ulteriori indicazioni al Dipartimento interaziendale a valenza regionale "Malattie ed Emergenze Infettive" e alle Aziende Sanitarie e alle Strutture del SSR";

- la D.G.R. 29 dicembre 2020, n. 21-2701 DGR 23 settembre 2020, n. 1-1979 "Approvazione secondo aggiornamento del piano pandemico operativo COVID-19 territoriale e ospedaliero e formulazione di ulteriori indicazioni al Dipartimento interaziendale a valenza regionale "Malattie ed Emergenze Infettive" e alle Aziende Sanitarie e alle Strutture del SSR".

Altresì con la legge regionale 25 marzo 2022, n. 2 "Ulteriori modifiche all'articolo 23 della legge regionale 6 agosto 2007, n. 18 (Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale)" sono state attribuite alla Azienda Zero, tra le altre, le funzioni indicate al punto f) di coordinamento in materia di medicina territoriale, con particolare riferimento ai percorsi di presa in carico e gestione dei pazienti fragili-cronici e di continuità ospedale-territorio, nonché delle attività relative all'assistenza primaria.

1.1.1- Contesto demografico-epidemiologico

L'attuale quadro epidemiologico è caratterizzato da bisogni di salute articolati e complessi, che richiedono la risposta tempestiva alle condizioni di acuzie e la presa in carico di persone affette da patologie di lunga durata, gestibili vicino al loro luogo di vita.

Anche in conseguenza dell'invecchiamento della popolazione, la principale problematica di salute che devono affrontare oggi i sistemi sanitari, così come evidenziano studi e evidenze internazionali, sono le patologie croniche.

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.

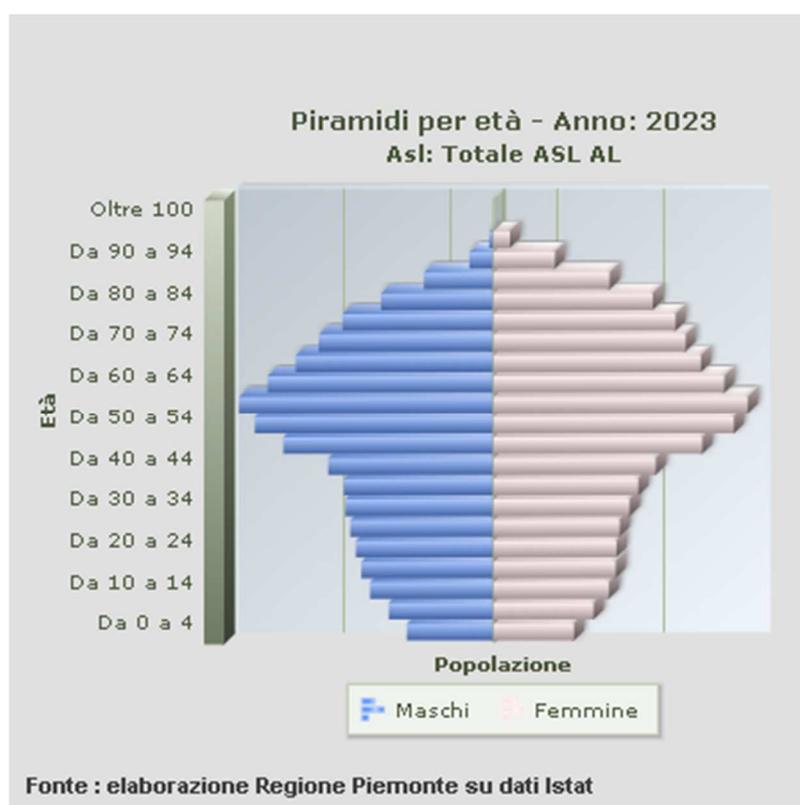
Alessandria ha un indice di vecchiaia che la colloca all'ottavo posto sulle 107 province italiane. Il Piano Locale Cronicità, approvato dall'ASL AL e dall'AOU AL, in linea con le indicazioni regionali deliberate sulla base del Piano Nazionale, ha l'obiettivo di affrontare e mettere a sistema risposte appropriate alle malattie croniche che sono in aumento: un fenomeno che si sta verificando a livello nazionale ed europeo ed è strettamente correlato all'invecchiamento della popolazione. Si stima, ad esempio, che almeno il 40% dei piemontesi con più di 65 anni soffra di una malattia cronica grave e che a livello mondiale circa il 70-80% delle risorse sanitarie sia impiegato per la gestione delle malattie croniche. 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.

L'ASL AL, nella consapevolezza del profondo mutamento dello scenario socio-demografico e della transizione epidemiologica (invecchiamento della popolazione, aumento della prevalenza delle malattie cronicodegenerative 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.

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 2023 (ultimo dato ufficiale pubblicato sulla BDDE – Banca Dati Demografica Evolutiva – Regione Piemonte).

TERRITORIO E POPOLAZIONE AL 31.12.2023

Distretto	Residenti	% ultra 65enni	Superfici e (kmq)	Densità demogr (ab/kmq)	Comuni	Pianura	Collina	Montagna
Acqui Terme - Ovada	65.238	31,47%	766,79	85,08	45	1	26	18
Alessandria - Valenza	147.441	27,37%	827,54	178,17	29	17	12	---
Casale Monferrato	76.652	29,14%	735,72	104,19	48	15	33	---
Novi Ligure - Tortona	127.991	28,38%	1.349,23	94,86	70	15	23	32
TOTALE ASL AL	417.322	28,65%	3.679,28	113,42	192	48	94	50



STRANIERI RESIDENTI AL 31.12.2023

Distretti	Maschi	Femmine	Totale	% su totale popolazione
AL - Acqui Terme/Ovada	3.159	3.268	6.427	9,9%
AL - Alessandria/Valenza	9.953	9.405	19.358	13,1%
AL - Casale M.To	3.515	3.700	7.215	9,4%
AL - Novi Ligure/Tortona	8.399	8.430	16.829	13,1%
Totale	25.026	24.803	49.829	11,9%

INDICATORI POPOLAZIONE – BDDE ANNO 2023

INDICATORE	ASL AL	REGIONE PIEMONTE
Indice di carico per donna feconda (*100)	17,48	16,41
Indice di dipendenza strutturale (*100)	61,53	64,14
Indice di fecondità (*100)	3,26	3,19
Indice di ricambio (*100)	156,58	179,31
Indice di struttura della pop attiva (*100)	150,58	163,95
Indice di vecchiaia (*100)	225,45	268,26
Rapporto di mascolinità (*100)	95,14	95,23
Tasso di natalità (*1000)	6,11	5,63
Tasso di mortalità (*1000)	13,85	16,40
Tasso di immigrazione (*1000)	39,62	42,08
Tasso di emigrazione (*1000)	33,06	33,25
Tasso migratorio netto (*1000)	6,56	8,83
Età media femmine	48,73	50,34
Età media maschile	45,74	47,21
Età media totale	47,27	48,81

MOVIMENTI ANAGRAFICI POPOLAZIONE ASL AL - ANNO 2023			
	Maschi	Femmine	Totale
Popolazione	204.163	213.159	417.322
Nati	1.177	1.074	2.251
Morti	2.972	3.261	6.233
Saldo naturale	-1.795	-2.187	-3.982
Iscritti da altri comuni	6.747	6.428	13.175
Iscritti dall'estero	2.607	1.854	4.461
Cancellati per altri comuni	6.263	5.993	12.256
Cancellati per l'estero	631	647	1.278
Saldo migratorio	2.460	1.642	4.102
Popolazione Residente in Famiglia	201.980	211.076	413.056
Popolazione Residente in Convivenza	2.183	2.083	4.266

PREVISIONI DEMOGRAFICHE

Provincia	Anno	Maschi	Femmine	Totale
Alessandria	2021	199.120	210.272	409.392
	2031	190.127	196.487	386.614

ASPETTATIVE DI VITA

ASL	Anno	Uomini			Donne		
		Alla nascita	a 35 anni	a 65 anni	Alla nascita	a 35 anni	a 65 anni
AL	2019	79,9	46,0	18,9	84,5	50,2	22,0
	2018	80,1	46,0	18,7	84,7	50,2	22,0
	2017	80,3	46,1	18,8	84,2	49,8	21,6

1.1.2 – Dati Sanitari

Nelle tabelle seguenti sono rappresentati alcuni dati relativi al contesto epidemiologico in cui opera l'ASL AL, individuando le principali cause di morte sul territorio di competenza e la tipologia delle patologie a cui è correlata l'esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria.

CAUSE DI MORTE ANNO 2021	Maschi	Femmine	Totale
Malattie dell'apparato circolatorio	801	1.142	1.943
Tumori maligni	793	675	1.468
Covid-19	277	227	504
Malattie dell'apparato respiratorio	206	173	379
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche	132	159	291
Stati morbosi e maldefiniti	98	179	277
Malattie del sistema nervoso	101	137	238
Disturbi psichici	56	172	228
Malattie dell'apparato digerente	83	121	204
Traumatismi e avvelenamenti	121	80	201
Malattie infettive	74	86	160
Malattie dell'apparato genito-urinario	73	55	128
Tumori benigni, in situ, incerti	55	41	96
Malattie del sangue, degli organi emopoietici e disordini immunitari	17	24	41
Malattie osteomuscolari e del connettivo	14	22	36
Malattie della pelle e del sottocutaneo	2	15	17
Malformazioni congenite e cause perinatali	6	6	12
Altre cause	-	1	1
Complicanze della gravidanza, del parto e del puerperio	-	1	1

ESENZIONI TICKET – RESIDENTI ASL AL (DICEMBRE 2024)

FASCIA ETA'	PATOLOGIE CRONICHE E INVALIDANTI		PATOLOGIE RARE		ESENTI PER INVALIDITA'	
	N. ESENTI	% su popolazione ASL AL	N. ESENTI	% su popolazione ASL AL	N. ESENTI	% su popolazione ASL AL
TOTALE COMPLESSIVO	140.741	33,7%	3.449	0,83%	23.350	5,60%
01-04	521	5,4%	45	0,46%	20	0,21%
05-14	962	3,0%	293	0,92%	570	1,80%
15-44	11.881	9,8%	1.065	0,88%	2.072	1,71%
45-64	41.066	30,8%	1.132	0,85%	6.328	4,75%
65-74	35.382	64,1%	478	0,87%	4.720	8,55%
75 ed oltre	50.929	79,2%	436	0,68%	9.640	14,98%

DETTAGLIO PRIME 15 TIPOLOGIE DI ESENZIONI PER PATOLOGIE CRONICHE

TIPO ESENZIONE	TOTALE	DI CUI PER \geq 65 ANNI	% \geq 65 ANNI SU TOTALE
0A31 - Ipertensione Arteriosa senza Danno d'Organo	27.037	20.749	76,7%
013 - DIABETE MELLITO	24.136	17.206	71,3%
048 - SOGGETTI AFFETTI DA NEO.M.	18.867	11.882	63,0%
0A02 - Malattie Cardiache e del Circolo Polmonare	10.959	7.600	69,3%
027 - IPOTIROIDISMO CONGENITO E ACQUISITO	7.267	3.082	42,4%
0031 - Ipertensione Arteriosa con Danno d'Organo	5.633	4.673	83,0%
056 - TIROIDITE DI HASHIMOTO	5.354	1.628	30,4%
007 - ASMA	5.064	982	19,4%
025 - IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE IIA E	3.836	2.622	68,4%
016 - EPATITE CRONICA (ATTIVA)	3.150	1.586	50,3%
024 - INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA	3.027	2.639	87,2%
019 - GLAUCOMA	2.862	2.314	80,9%
0C02 - Malattie delle Arterie, Arteriole, Capillari, Vene e Vasi Linfatici	2.120	1.390	65,6%
006 - ARTRITE REUMATOIDE	1.834	964	52,6%
023 - INSUFFICIENZA RENALE CRONICA	1.748	1.262	72,2%

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

Distretti:

Distretto Acqui Terme-Ovada:

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

Distretto Alessandria-Valenza:

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

Distretto Casale Monferrato:

- Casale Monferrato – Via Palestro 41

Distretto Novi Ligure – Tortona:

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

Dipartimento di Prevenzione:

- Sede Centrale: Via Venezia 6 – Alessandria

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

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

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

ASSISTENZA OSPEDALIERA

L'Azienda opera mediante n. 5 presidi a gestione diretta; la dotazione massima di posti letto che l'azienda mette a disposizione della propria utenza, direttamente gestiti per attività ordinaria, risulta pari a 795 unità.

Az. Terr.	Cod Strutt.	Sub cod	Descr Struttura	Cod Area	Letti RO	Letti DH	Letti DS
213	10026	1	OSPEDALE SANTO SPIRITO CASALE	Tot. HSP 12	236	12	21
213	10026	2	OSPEDALE VALENZA	Tot. HSP 12	chiuso	chiuso	chiuso
213	10026	3	OSPEDALE SS. ANTONIO E MARGHERITA TORTONA	Tot. HSP 12	98	10	19
213	10026	4	OSPEDALE SAN GIACOMO NOVI	Tot. HSP 12	190	12	21
213	10026	5	OSPEDALE CIVILE ACQUI	Tot. HSP 12	85	10	19
213	10026	6	OSPEDALE CIVILE OVADA	Tot. HSP 12	50	6	6
213	10026	0	OSPEDALI RIUNITI ASL AL	Tot. HSP 12	659	50	86

La nuova rimodulazione del piano regionale e dei piani aziendali per il recupero delle liste di attesa per le prestazioni di ricovero, di specialistica ambulatoriale e di screening oncologici, ha fornito disposizioni attuative e modalità organizzative per il recupero delle liste di attesa nelle strutture pubbliche e private accreditate a seguito della pandemia Covid-19.

ASL AL - RETE OSPEDALIERA

PRINCIPALI INDICATORI – ANNO 2024 (preconsuntivo)

	PO CASALE	PO NOVI L.	PO TORTONA	PO ACQUI T.	PO OVADA
N. RO+DH TOTALE	7.949	7.646	4.085	2.932	1.094
N. RICOVERI ORDINARI	5.146	5.866	2.618	1.696	1.038
N. DH/DS	2.803	1.781	1.466	1.236	56
VALORE MEDIO DRG (RICOVERI ORDINARI)	4.084	3.029	4.724	4.264	3.808
VALORE MEDIO DRG (DH/DS)	1.271	985	1.330	1.234	755
N. INTERVENTI CHIRURGICI (RO/DS)	4.426	3.030	2.441	1.917	
N. PZ IN LISTA ATTESA INTERVENTI	3.770	1.075	1.466	1.462	
% DRG A RISCHIO INAPPROPRIATEZZA	10,6%	16,3%	9,8%	16,3%	13,3%
ACCESSI DH MEDICI (2023)	1.937	845	309	109	61
DH TIPO DIAGNOSTICO (2023)	105	59	-	2	1
TASSO OCCUPAZIONE PL RO	68,5%	63,5%	73,4%	56,4%	90,7%
COLECISTECTOMIE LAPARO CON DEGENZA INF 3GG	75,7%	95,7%	92,6%	77,2%	
FRATTURE FEMORE OVER65A CON INTERVENTO ENTRO 48H	81,3%	46,0%	87,5%	88,0%	
N. PARTI	247	458			
% PARTI CESAREI PRIMARI	32,1%	29,7%			
% SODDISFAZIONE FABBISOGNO OSPEDALIZ. RESIDENTI (2023)	55,0%	52,9%	54,0%	55,7%	52,9%

	PO CASALE	PO NOVI L.	PO TORTONA	PO ACQUI T.	PO OVADA
N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI TOT	801.788	2.587.633	211.180	273.335	125.491
<i>Visita</i>	70.137	61.891	33.677	22.068	10.395
<i>Diagnostica</i>	61.655	43.760	33.586	29.284	14.710
<i>Terapeutica</i>	65.072	49.665	32.272	43.010	6.253
<i>Riabilitazione</i>	23.504	329	15.268	215	7.735
<i>Laboratorio</i>	581.421	2.431.987	96.376	178.757	86.398
<i>Altro</i>	-	2	-	-	-
% PRESTAZ. PNGLA CON TA MEDIO ENTRO STANDARD (CLASSE U)	89,5%	100,0%	100,0%	100,0%	84,2%
% PRESTAZ. PNGLA CON TA MEDIO ENTRO STANDARD (CLASSE B)	98,1%	98,1%	97,9%	97,7%	94,4%
% PRESTAZ. PNGLA CON TA MEDIO ENTRO STANDARD (CLASSE D)	49,1%	70,0%	62,2%	39,5%	55,6%

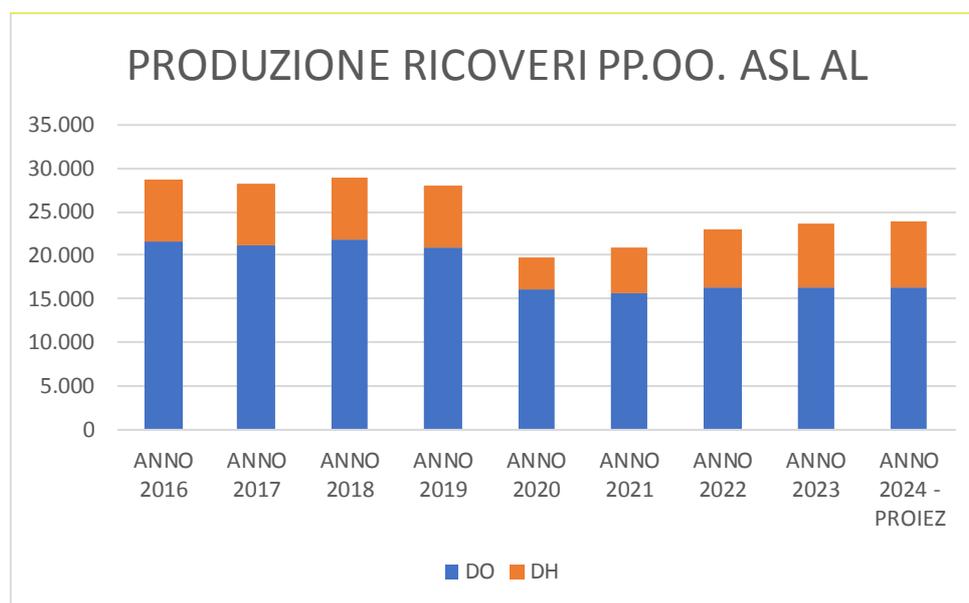
	PO CASALE	PO NOVI L.	PO TORTONA	PO ACQUI T.	PO OVADA
ACCESSI DEA/PS	22.260	24.019	15.680	13.526	8.453
ACCESSI DEA/PS DIE	61	66	43	37	23
% ACCESSI SEGUITI DA RICOVERO	11,9%	16,8%	9,9%	9,6%	6,9%
TEMPI PERMANENZA (min) (no OBI)	344	311	230	241	130
% CODICI BIANCHI	2,3%	1,9%	5,5%	2,6%	1,7%
% CODICI ROSSI	2,3%	3,3%	1,0%	1,4%	0,3%
% OBI	4,1%	3,3%	7,4%	4,7%	
% ABBANDONO	2,2%	2,9%	2,2%	1,6%	2,8%
% ACCESSI IN FASCIA 20-8	27%	29%			

Le tabelle e i grafici seguenti propongono in sintesi l'andamento dell'attività erogata dai Presidi Ospedalieri e dalle strutture territoriali dell'ASL AL (casi/prestazioni e valore) nell'anno 2024, proiettata in relazione ai dati disponibili al momento della redazione del presente piano, con il confronto con l'anno precedente ed evidenziano nel complesso un incremento sulle tre linee di attività (ricovero, ambulatoriale, pronto soccorso). Si registra un progressivo rientro sui livelli produttivi ante Covid-19.

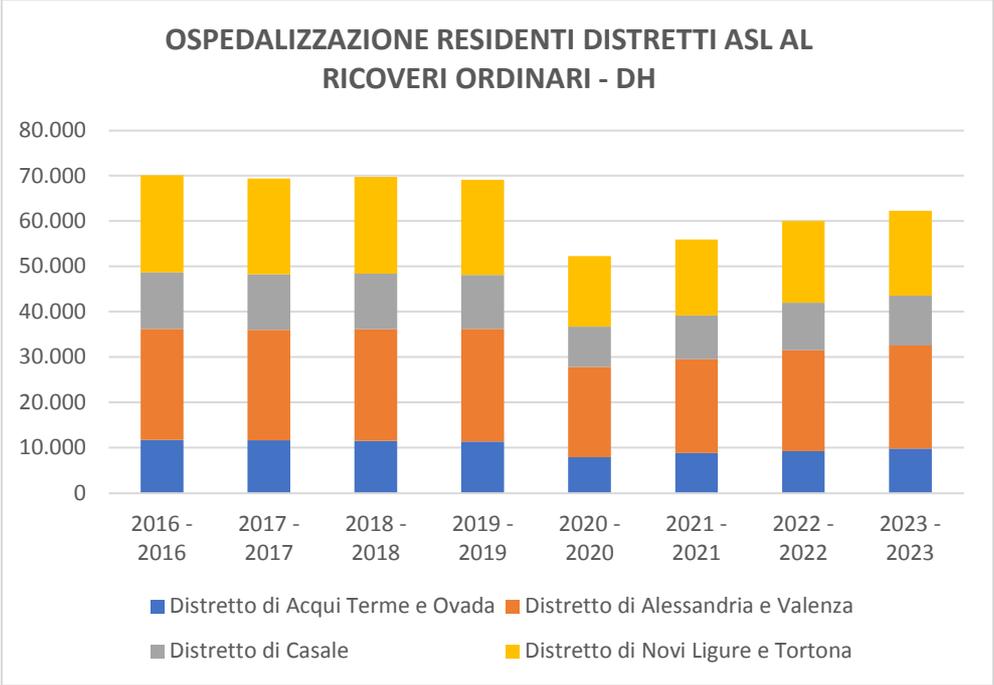
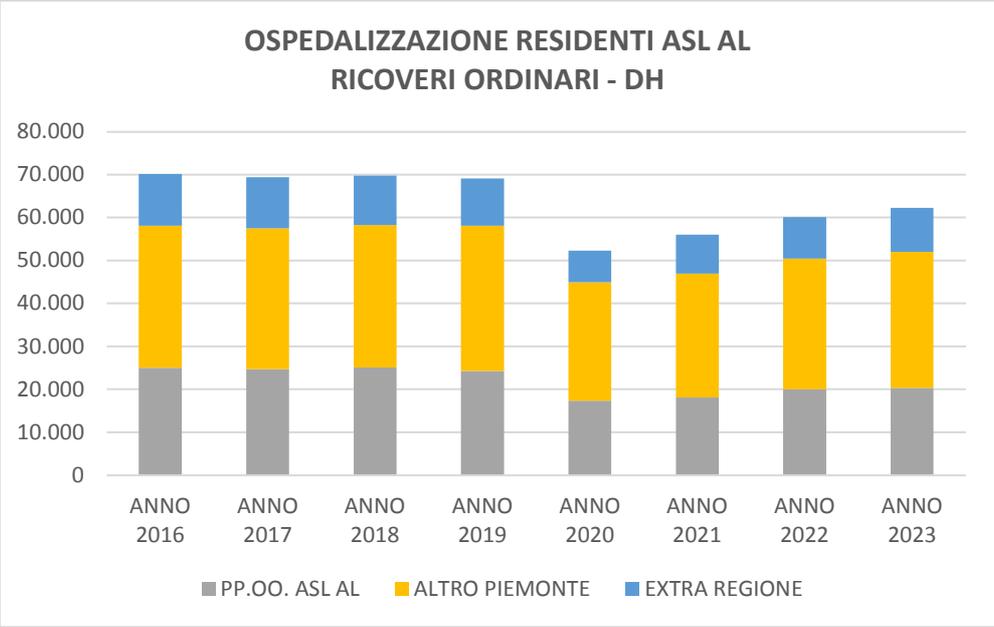
ATTIVITA' DI RICOVERO OSPEDALIERO - RIC. ORD. E DH (valore casi - €)

PP.OO.	ANNO 2024 (PROIEZIONE 11 MESI)			ANNO 2023			ANNO 2022			ANNO 2019		
	Casi	Giornate	Valore	Casi	Giornate	Valore	Casi	Giornate	Valore	Casi	Giornate	Valore
P.O. CASALE M.	8.071	49.505	24.737.319	8.255	49.604	25.155.996,39	8.324	53.086	25.958.585,49	9.495	61.766	26.426.826,03
P.O. TORTONA	4.159	27.393	14.560.158	3.558	21.323	12.359.240,80	3.154	21.115	11.678.397,20	4.293	27.458	13.879.998,20
P.O. NOVI L.	7.646	40.129	19.382.387	7.830	40.326	19.960.141,20	7.787	40.660	20.563.873,60	9.047	47.178	23.128.825,70
P.O. ACQUI T.	2.952	16.687	8.916.936	2.928	16.330	9.204.044,00	2.814	17.441	9.462.633,00	3.900	24.827	11.772.616,60
P.O. OVADA	1.077	13.367	3.933.711	1.013	12.040	3.513.555,40	944	12.606	3.434.282,20	1.173	17.460	4.714.866,20

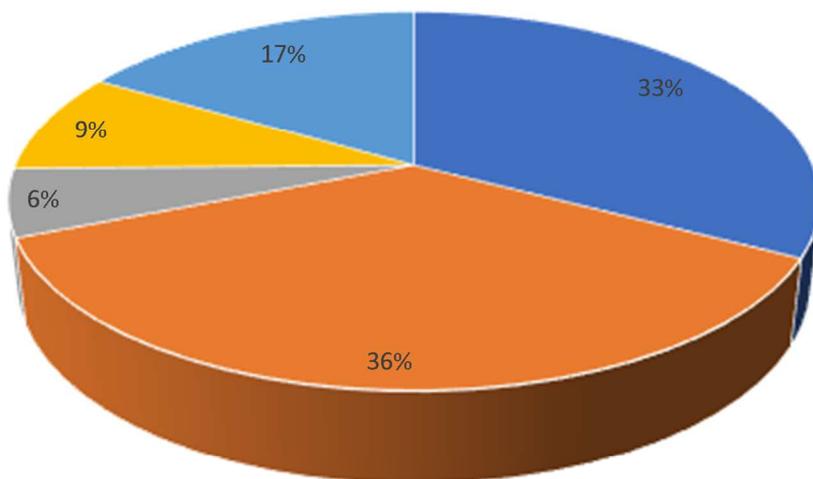
N.B. DATI 12 MESI 2024 PROIETTATI SU BASE 11 MESI



N.B. DATI 12 MESI 2024 PROIETTATI SU BASE 11 MESI



OSPEDALIZZAZIONE RESIDENTI ASL AL ANNO 2023 - RICOVERI ORDINARI E DH



- PP.OO. ASL AL
- AOU AL
- PRIVATI PROVINCIA AL
- ALTRO PIEMONTE
- FUORI REGIONE

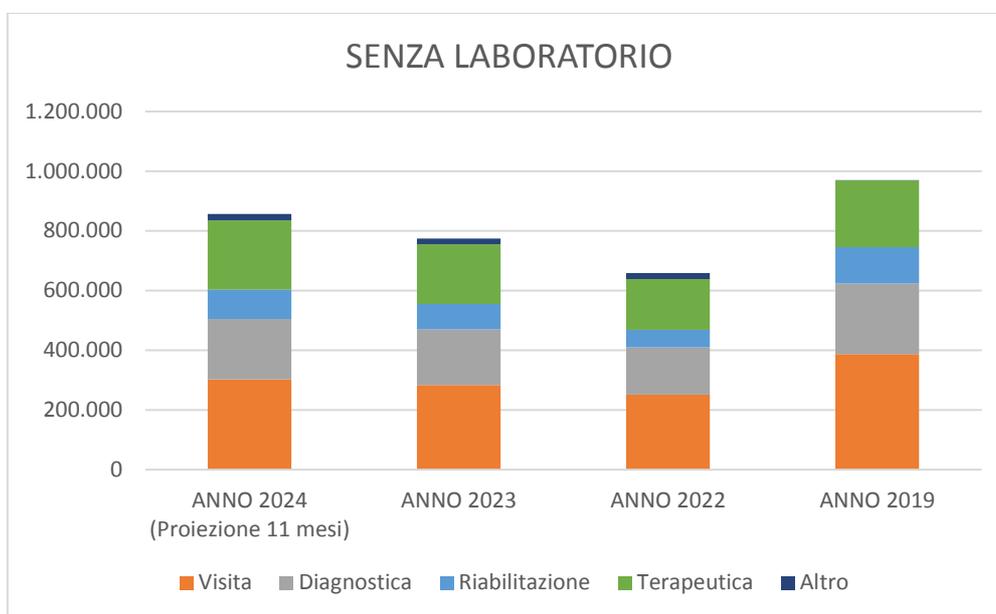
ATTIVITA' DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE (valore delle prestazioni - €)

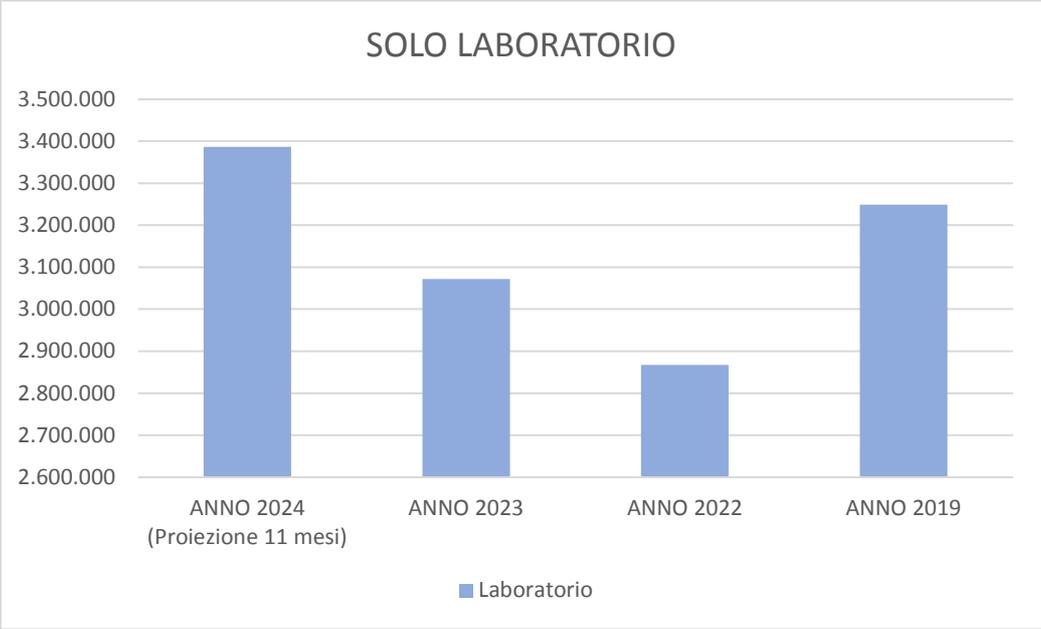
	ANNO 2024 (PROIEZIONE 11 MESI)		ANNO 2023		ANNO 2022		ANNO 2019	
	Quantita	Importo Totale	Quantita	Importo Totale	Quantita	Importo Totale	Quantita	Importo Totale
TOTALE ASL AL	4.242.723	46.636.855,18	3.845.578	41.290.478,70	3.525.458	36.334.227,41	4.218.823	44.741.825,90

N.B. DATI 12 MESI 2024 PROIETTATI SU BASE 11 MESI

ATTIVITA' PRESIDIO OSPEDALIERI E DISTRETTI

NUMERO PRESTAZIONI	ANNO 2024 (Proiezione 11 mesi)	ANNO 2023	ANNO 2022	ANNO 2019
TOTALE	4.242.723	3.845.578	3.525.458	4.218.823
Visita	301.718	283.491	250.956	386.574
Diagnostica	202.312	186.265	158.618	236.240
Laboratorio	3.386.193	3.072.056	2.867.275	3.249.126
Riabilitazione	99.013	85.065	58.677	122.029
Terapeutica	232.373	200.090	170.345	223.492
Altro	21.113	18.611	19.587	1.362





CONSUMO PRESTAZIONI SPECIALITICA AMBULATORIALE

																MANCA DATO EXTRAREGIONE																			
																ANNO 2019					ANNO 2022					ANNO 2023					ANNO 2024 (proiez)				
																RESIDENZA					RESIDENZA					RESIDENZA					RESIDENZA				
TIPO PRESTAZIONE	EROGATORE	TOT	Distretto di Acqui Terme e Ovada	Distretto di Alessandria e Valenza	Distretto di Casale	Distretto di Novi Ligure e Tortona	TOT	Distretto di Acqui Terme e Ovada	Distretto di Alessandria e Valenza	Distretto di Casale	Distretto di Novi Ligure e Tortona	TOT	Distretto di Acqui Terme e Ovada	Distretto di Alessandria e Valenza	Distretto di Casale	Distretto di Novi Ligure e Tortona	TOT	Distretto di Acqui Terme e Ovada	Distretto di Alessandria e Valenza	Distretto di Casale	Distretto di Novi Ligure e Tortona														
TOT	TOT	14,69	15,19	14,43	14,82	14,66	14,04	13,92	14,87	13,35	13,59	15,19	15,02	16,07	14,33	14,79	14,62	15,40	15,85	14,66	12,79														
	DI CUI PIEMONTE	13,73	14,42	13,90	14,45	12,76	12,82	13,18	14,29	12,92	10,89	13,84	14,24	15,46	13,86	11,77	14,62	15,40	15,85	14,66	12,79														
Laboratorio	TOT	10,54	10,98	10,28	10,49	10,63	10,59	10,58	11,17	10,18	10,18	11,45	11,39	12,22	10,67	11,06	11,05	11,58	12,14	10,99	9,56														
	DI CUI PIEMONTE	9,91	10,51	9,96	10,28	9,34	9,70	10,10	10,79	9,90	8,14	10,47	10,89	11,83	10,38	8,74	11,05	11,58	12,14	10,99	9,56														
TAC	TOT	0,090	0,093	0,093	0,078	0,091	0,109	0,111	0,106	0,107	0,113	0,114	0,121	0,108	0,116	0,118	0,111	0,118	0,108	0,124	0,103														
	DI CUI PIEMONTE	0,082	0,086	0,087	0,074	0,079	0,099	0,102	0,100	0,101	0,096	0,104	0,111	0,102	0,109	0,101	0,111	0,118	0,108	0,124	0,103														
RMN	TOT	0,085	0,086	0,089	0,086	0,080	0,087	0,089	0,087	0,096	0,080	0,090	0,094	0,091	0,102	0,080	0,093	0,096	0,094	0,111	0,079														
	DI CUI PIEMONTE	0,081	0,081	0,085	0,083	0,074	0,082	0,083	0,084	0,093	0,072	0,085	0,087	0,087	0,099	0,072	0,093	0,096	0,094	0,111	0,079														
Prima visita	TOT	0,64	0,68	0,61	0,69	0,62	0,51	0,51	0,54	0,51	0,47	0,54	0,55	0,57	0,53	0,51	0,54	0,52	0,58	0,55	0,49														
	DI CUI PIEMONTE	0,61	0,65	0,59	0,68	0,56	0,49	0,49	0,53	0,50	0,43	0,51	0,53	0,55	0,52	0,46	0,54	0,52	0,58	0,55	0,49														
Visita di controllo	TOT	0,71	0,73	0,63	0,84	0,71	0,53	0,51	0,58	0,55	0,46	0,59	0,57	0,61	0,65	0,53	0,61	0,58	0,62	0,71	0,55														
	DI CUI PIEMONTE	0,69	0,69	0,62	0,83	0,67	0,51	0,50	0,57	0,54	0,44	0,57	0,56	0,60	0,64	0,51	0,61	0,58	0,62	0,71	0,55														
Terapia fisica	TOT	0,20	0,21	0,24	0,20	0,15	0,10	0,11	0,14	0,05	0,06	0,13	0,12	0,15	0,16	0,09	0,13	0,16	0,14	0,13	0,11														
	DI CUI PIEMONTE	0,20	0,21	0,24	0,20	0,15	0,10	0,11	0,14	0,05	0,06	0,13	0,12	0,15	0,15	0,09	0,13	0,16	0,14	0,13	0,11														
Altre Prestazioni	TOT	2,43	2,42	2,47	2,43	2,38	2,12	2,00	2,24	1,85	2,22	2,29	2,17	2,33	2,10	2,40	2,09	2,34	2,16	2,04	1,90														
	DI CUI PIEMONTE	2,16	2,20	2,31	2,31	1,89	1,84	1,79	2,08	1,74	1,65	1,98	1,94	2,16	1,97	1,79	2,09	2,34	2,16	2,04	1,90														

ACCESSI DEA / PRONTO SOCCORSO

COD URGENZA	ANNO 2019	ANNO 2022	ANNO 2023	ANNO 2024 (proiez 11 mesi)
BIANCO	3.778	2.382	2.086	2.327
VERDE	74.372	28.690	30.552	36.154
AZZURRO		28.550	29.059	28.114
ARANCIONE		14.193	15.178	15.668
GIALLO	16.595	8		
ROSSO	733	1.733	1.817	1.676
NERO	6	4		
Totale complessivo	95.484	75.560	78.692	83.938

N.B. DATI 12 MESI 2024 PROIETTATI SU BASE 11 MESI

Nel corso del 2024 si rileva complessivamente un incremento dei livelli di produzione in attuazione delle disposizioni e delle modalità previste dal piano regionale e dai piani aziendali per il recupero delle liste di attesa, concretizzate all'interno dell'azienda grazie allo sviluppo di strategie e attività mirate all'analisi delle criticità, alla definizione di proposte fattive per il recupero di produzione e all'applicazione di misure di carattere sia tecnico sia organizzativo-gestionale

Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

Le tabelle seguenti propongono in sintesi l'andamento dell'attività erogata dai Servizi destinati ai settori della prevenzione nell'anno 2023 con il confronto con l'anno precedente ed evidenziano, nel complesso, un incremento sulle diverse linee di attività. Si registra un progressivo rientro sui livelli produttivi ante Covid-19, confermato anche dai primi dati di consuntivazione 2024 (in fase di consolidamento).

Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN)	Anno 2022	Anno 2023
Controlli, vigilanza e ispezioni in materia di sicurezza alimentare:	1433	1483
Attività di controllo su acque per uso umano:	2162	1994
Provvedimenti e sanzioni:	18 prescrizioni ex art. 138; 73 sanzioni; 2 notizia di reato; 316 provvedimenti ex art.138/625	18 prescrizioni ex art. 138; 120 sanzioni; 0 notizia di reato; 413 provvedimenti ex art. 138/625
Certificazione alimenti e merci per l'esportazione verso Paesi extra UE	953	1392
Attività di 'counselling' nutrizionale (ore):	80	84
Sorveglianza nutrizionale		
– pareri su menù e tabelle dietetiche ristorazione scolastica:	338	464
– pareri su menù e tabelle dietetiche strutture socio-assistenziali:	103	176
Medicina dello Sport		
Visite	3722	3040
Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP)	Anno 2022	Anno 2023
Vaccinazioni obbligatorie e raccomandate	821741*	21280
Medicina dei viaggi: counselling	1251	2384
Vaccinazioni medicina dei viaggi	1551	3638
Controlli, vigilanza ed ispezioni	1591	1441
Sorveglianza malattie infettive – notifiche pervenute - inchieste epidemiologiche eseguite	1758	1513
Pareri edilizi	166	163
Conferenze dei servizi	673	634
Interventi di educazione sanitaria e promozione alla salute	137	75
<i>*attività incrementata dall'Emergenza COVID 19.</i>		
Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro (SPRESAL)	Anno 2022	Anno 2023
Ditte vigilate	1100	1261*
Interventi di vigilanza	1100	999
Cantieri Edili sottoposti a vigilanza	249	240
Infortuni sul lavoro indagati	103	68
Malattie Professionali indagate	106	91
Punti di prescrizione impartiti (art. 21 D.Lgs. 758/94)	343	277
Numero verbali	261	177
Piani di lavoro e notifiche amianto valutati	1218	994
Numero sopralluoghi effettuati	643	701
<i>*262 aziende sono state vigilate nell'ambito delle imprese che hanno aderito ai Piani Mirati di Prevenzione di cui ai programmi predefiniti 7 e 8 del PLP</i>		

Servizio Veterinario		
	Anno 2022	Anno 2023
Sanità Animale – Area A		
Allevamenti zootecnici e consistenza capi:		
Bovini	688-36599	586-23233
Ovini e caprini	679-18071	669-20695
Suini	247-36000	54-21212
Equidi	1847-3461	1916-4041
Conigli	8 - 13000	1451
Avicoli a carattere commerciale (esclusi i famigliari)	69-290000	64-300089
Apiari	4862	3193
Stalle di sosta/commercio autorizzate	7	8
Partite di animali da allevamento importate da estero	683	775
Strutture adibite al ricovero di animali d'affezione: canili e gattili	68	64
Attività S.O.C. Sanità Animale – Area A in ambito zootecnico:		
Accessi dei veterinari di Area A in allevamenti per profilassi varie:	1492	1344
Prove di stalla effettuate per profilassi varie	2254	2811
Capi in allevamenti zootecnici provati	309658	111062
Animali d'affezione:		
Cani censiti in anagrafe	88646	89022
Sedute di identificazione cani (veterinari ASL)	135	135
Cani identificati con microchip dal S. veterinario	1562	939
Interventi di vigilanza per anagrafe canina	1050	978
Passaporti per animali d'affezione rilasciati	1088	1073
Morsicature segnalate	153	145
Igiene degli alimenti di origine animale – Area B		
	Anno 2022	Anno 2023
Impianti di macellazione	36	35
Altri impianti riconosciuti C.E.	49	50
Certificati export	53	52
Verifiche negli stabilimenti di produzione	107	80
Riscontro non conformità	64	42
Verifiche negli esercizi al dettaglio	89	112
Difformità alla normativa vigente	169	111
Visita ante e post mortem negli impianti di macellazione (bovini suini ed ovi-caprini)	10.687	10.774
Visita ante e post mortem negli impianti di macellazione: avicoli	2.928.017	2.906.430
Prelievo campioni alimenti	165	181
Sequestro merce	155T	132T
Igiene degli allevamenti e produzioni zootecniche – Area C		
	Anno 2022	Anno 2023
Strutture sanitarie abilitate alla cura degli animali d'affezione	92	89
Altri impianti riconosciuti C.E.	184	161
Monitoraggio resi alimentari c/o stabilimenti prodotti a base di latte industriali	0	0 (non previsto PRISA 2023 per Area C)
Produzione primaria settore latte	92	84
Attività di vendita settore lattiero caseario	59	52
Ispezioni sottoprodotti Reg. CE 1069/2009	51	31
Audit sottoprodotti Reg. CE 1069/2009	0	0
Campionamenti eseguiti su latte e prodotti a base di latte	89	194
Sopralluoghi in allevamento come attività integrata A e C	0	18
Audit in allevamento come attività integrata A e C	0	0

PNAA PRINCIPI ATTIVI E ADDITIVI campioni effettuati	37	26
PNAA PRINCIPI BSE campioni effettuati	7	7
PNAA PRINCIPI DIOSSINE E PCB campioni effettuati	1	0(non previsto PNAA 2023)
PNAA PRINCIPI MICOTOSSINE campioni effettuati	7	7
PNAA METALLI PESANTI E CONTAMINANTI AMBIENTALI campioni effettuati	10	15
PNAA SALMONELLE campioni effettuati	10	10
PNAA OGM campioni effettuati	3	3
		25(di cui 18 nell'ambito dei controlli condizionalità relativi alla sicurezza alimentare)
Ispezioni effettuate presso OSM (operatori settore mangimi)	36	
Audit effettuati presso OSM (operatori settore mangimi)	0	0
PNR sostanze anabolizzanti e non autorizzate campioni effettuati	60	76
PNR sostanze autorizzate (farmaci veterinari) campioni effettuati	70	48
PNR contaminanti di origine chimica (DIOSSINE e PCB) campioni effettuati	1	0 (non previsti PNR 2023)
PNR contaminanti di origine chimica (metalli pesanti) campioni effettuati	3	0 (non previsti PNR 2023)
PNR contaminanti di origine chimica (programma pluriennale ANTIPARASSITARI) campioni effettuati	1	9
PNR contaminanti di origine biologica (micotossine) campioni effettuati	6	0 (non previsti PNR 2023)
PIANO REGIONALE BENESSERE ANIMALE allevamenti controllati	71	76
LATTE ALLA STALLA controlli su sospetto o segnalazione per escludere la presenza di antibiotici nel latte	0	0
LATTE CRUDO - PIANO REGIONALE LATTE CRUDO DISTRIBUTORI prelievi	0	0
FARMACOSORVEGLIANZA VETERINARIA ispezioni effettuate	146	128
FARMACOSORVEGLIANZA VETERINARIA farmaco veterinario ricette pervenute	186540	204472
FARMACOSORVEGLIANZA VETERINARIA mangimi medicati ricette pervenute	71	60
CERTIFICAZIONI PER EXPORT PRODOTTI ALIMENTARI	86	107
CERTIFICAZIONI PER EXPORT PRODOTTI INTERMEDI Reg. CE 1069/2009	91	134
CERTIFICAZIONI PER EXPORT MANGIMI (alimenti per animali da compagnia)	0	0
TRASPORTO ANIMALE Autorizzazioni trasportatori ai sensi dell'art. 10 (viaggi < 8 ore) del Reg. (CE) 1/2005 – Validità 5 anni	9	1
TRASPORTO ANIMALE Autorizzazioni trasportatori ai sensi dell'art. 11 (viaggi > 8 ore) del Reg. (CE) 1/2005 – Validità 5 anni	7	8
TRASPORTO ANIMALE Certificati di omologazione ai sensi dell'art. 18 del Reg. (CE) 1/2005 - Validità 5 anni	8	9
TRASPORTO ANIMALE Certificati di idoneità ai sensi dell'art. 6 del Reg. (CE) 1/2005 – Validità 10 anni	4	6
TRASPORTO ANIMALE Autodichiarazioni della registrazione come produttore primario ai sensi del Reg (CE) 852/2004 - Allegato G vidimazioni – Validità 5 anni	11	18
TRASPORTO ANIMALE Autodichiarazioni della registrazione come trasportatore "conto proprio" di equidi - All. H vidimazioni – Validità 5 anni	52	42
TRASPORTO ANIMALE Autodichiarazioni per la registrazione come operatori diversi da quelli del settore primario che trasportano conto proprio animali per distanze inferiori ai 65 km – All. I vidimazioni –Validità 5 anni	2	1
TRASPORTO ANIMALE Check-list (allegato B) per la certificazione dei requisiti dei mezzi di trasporto degli animali vertebrati vivi per viaggi inferiori alle otto ore (Accordo Stato-Regioni del 20.03.2008) - Validità 5 anni vidimazioni	27	12
Campioni OBEX Zora comprensivi degli accessi cui è seguita dichiarazione di non eseguibilità del campione	565	757

Piano Nazionale Benessere Animale (PNBA)	51	76
Presidio Multizonale di Profilassi e Polizia Veterinaria	Anno 2022	Anno 2023
Animali selvatici inviati alla Facoltà di Medicina Veterinaria	54 (+ 64 IZS)	39(+21 IZS)
Esecuzione piani di profilassi-Test Brucellosi latte bovino di massa =		
Allevamenti	15	7
Distributori automatici	4	0
Prelievo campioni di latte =		
Bovino	125	130
Ovicaprino	32	16
Interventi di vigilanza =		
Alpeggi	7	6
Allevamenti	6	3
Canili+ Colonie feline	23	Sanità animale
Ritiro e distribuzione marche auricolari	45	50
Interventi per controllo popolazioni colonie feline	Sanità animale	Sanità animale
EMERGENZA PSA: interventi recupero carcasse di cinghiale segnalate ed abbattute	629	2002 (+890 solo gestione campioni)
EMERGENZA PSA: abbattimento suini in allevamento	6449	
Medicina Legale	Anno 2022	Anno 2023
Prestazioni monocratiche	8.568	7.618
Prestazioni collegiali	19.367	23.061

SCREENING ONCOLOGICI – Programma 6 Alessandria

		2022	2023	2024 (primi 9 mesi)	TARGET ANNO 2024
INVITI (rispetto a popolazione target)	CERVICE	116,9%	120%	93%	97-100%
	MAMMELLA	106,2%	119%	88%	97-100%
	COLON-RETTO	96,1%	114%	97,4%	97-100%

		2022	2023	2024 (primi 9 mesi)	TARGET ANNO 2024
COPERTURA (rispetto a inviti)	CERVICE	47,5%	75%	41%	49-52%
	MAMMELLA	63,5%	58,5%	58,4%	60-63%
	COLON-RETTO	42,0%	38%	40,9%	50-53%

Proiettando i dati rilevati al III trimestre 2024, si desume il raggiungimento dei target assegnati dalla Regione Piemonte.

Assistenza territoriale

Le tabelle seguenti propongono in sintesi l'andamento dell'attività erogata dalle strutture territoriali dell'ASL AL nell'anno 2023 con il confronto con l'anno precedente ed evidenziano nel complesso un incremento sulle diverse linee di attività. Si registra un progressivo rientro sui livelli produttivi ante Covid-19.

Assistenza distrettuale – Medicina di base e Pediatria di Libera scelta (fonte dati Piani di Attività)

	ANNO 2022	Anno 2023
Ore apertura Guardia Medica	98.852	111.330
Sedi di Guardia Medica	15	15
Continuità Assistenziale – n.ro visite	76.257	82.932
Medici di Medicina Generale	284	297
- di cui operanti in medicina di associazione	3	0
- di cui operanti in medicina di rete	100	114
- di cui operanti in medicina di gruppo	102	112
MMG - Assistenza primaria -numero scelte	375.695	375.961
ADI numero interventi	25.391	25.908
ADP numero interventi		22.358
Pediatri di Libera Scelta	34	35
- di cui operanti in medicina di associazione	6	4
- di cui operanti in medicina di gruppo	16	15
PLS - Assistenza primaria -numero scelte	34.078	33.877
Bilanci di Salute	19.262	20.062

Assistenza Farmaceutica	ANNO 2022	ANNO 2023
Farmacie convenzionate – N.ro	193	193
Dispensari farmaceutici – N.ro	39	39
Assistenza farmaceutica da farmacie convenzionate – Importo Bilancio Consuntivo	58.821.825,52	59.029.711,90
Distribuzione diretta farmaci compresi pazienti cronici soggetti a piani terapeutici – importo (FileF)	49.213.928,71	54.151.849,38
Assistenza farmaceutica erogata in DPC – importo (FileF)	16.287.270,66	17.882.765,21

Assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori)	ANNO 2022	ANNO 2023
Sedi consultoriali	7	7
Prestazioni di consultorio – N.ro (flusso C anno 2023)	18.755	18.127

Assistenza Psichiatrica

STRUTTURE		
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
Fonte dati Piani di Attività	ANNO 2022	ANNO 2023
Utenti in carico nei CSM	3.650	3.958

Centri diurni – n.ro giornate	4.526	4.533
Assistenza residenziale – n.ro casi	243	240
Assistenza residenziale – n.ro giornate	65.610	64.461
Assistenza territoriale – n.ro prestazioni	93.954	11.168

Assistenza ai tossicodipendenti

SER.D	7	
Centri Diurni per tossicodipendenti e alcolisti a gestione diretta	1	
Fonte dati Piani di Attività	ANNO 2022	ANNO 2023
Utenti in carico	2.066	2.349
Giornate di semiresidenzialità	360	---
Giornate di residenzialità	9.067	7.739

Assistenza ai malati terminali

Hospice a gestione diretta	2
Posti letto Hospice a gestione diretta	24
Giornate hospice per assistenza ai malati terminali (Fonte dati mod. FIM STS 24 anno 2023)	5.022

Cure domiciliari

Nell'ambito delle attività legate all'assistenza al domicilio del paziente, in linea con le indicazioni della la "Componente 1" della Missione 6 "Salute" del PNRR, che ha l'obiettivo di rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie all'attivazione ed al potenziamento di strutture e presidi territoriali (Case di Comunità, Centrali Operative Territoriali, Ospedali di Comunità), rafforzando l'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari, si evidenzia per l'anno 2023 il significativo risultato correlato all'incremento dei valori di presa in carico di pazienti ultrasessantacinquenni in assistenza domiciliare:

INDICATORE 5 BIS - ASL AL			OBIETTIVO			
ANZIANI	% DA RAGGIUNGERE	ASSISTITI DA PRENDERE IN CARICO	ASSISTITI PRESI IN CARICO	% RAGGIUNTA	ASSISTITI PRESI IN CARICO OLTRE TARGET	% ASSISTITI PRESI IN CARICO SU TARGET
118.462	8,73	10.338	11.657	9,84	+ 1.319	112,76

Per l'anno 2024 l'obiettivo regionale prevede la presa in carico di almeno il 12 % di pazienti over 65 in assistenza domiciliare (considerando tutti gli assistiti di età pari o superiore a 65 anni "presi in carico" per tutte le classi di CIA) al 31.12.2024.

Per ASL AL la percentuale del 12% per l'anno 2024 risulta pari a 14.258 assistiti presi in carico. Alla data del 28.10.2024 risultano 12.033 assistiti presi in carico (10,13%), in media con il raggiungimento del target regionale.

CURE DOMICILIARI DA FLUSSO FAR SIAD - NUMERO CASI

Periodo: 01.01.2023 - 31.12.2023

CURE DOMICILIARI DA FLUSSO FAR SIAD - NUMERO CASI											
Periodo: 01.01.2023 - 31.12.2023											
ANNO 2023	CASI PER TIPOLOGIA CURA	DISTRETTO									
		ACQUI TERME- OVADA		ALESSANDRIA- VALENZA		CASALE		NOVI LIGURE- TORTONA		Totale complessivo	
		CASI	%	CASI	%	CASI	%	CASI	%	CASI	%
	Servizio Infermieristico Domiciliare (SID)	195	6,8%	1.856	29,4%	396	8,0%	381	7,9%	2.828	14,9%
	Assistenza Domiciliare Programmata (ADP)	728	25,6%	1.134	18,0%	1.228	24,8%	1.245	25,8%	4.335	22,9%
	Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	1.151	40,4%	2.791	44,2%	3.049	61,5%	2.322	48,1%	9.313	49,2%
	ADI + Unità Operativa di Cure Palliative (UOCP)	241	8,5%	236	3,7%	232	4,7%	597	12,4%	1.306	6,9%
	Servizio Infermieristico Domiciliare semplice (SID semplice)	533	18,7%	296	4,7%	52	1,0%	282	5,8%	1.163	6,1%
Totale complessivo CASI	2.848	100,0%	6.313	100,0%	4.957	100,0%	4.827	100,0%	18.945	100,0%	
ANNO 2023	CASI PER FASCIA ETA'	DISTRETTO									
		ACQUI TERME- OVADA		ALESSANDRIA- VALENZA		CASALE		NOVI LIGURE- TORTONA		Totale complessivo	
		CASI	%	CASI	%	CASI	%	CASI	%	CASI	%
	ANZIANO	2.626	92,2%	5.595	88,6%	4.252	85,8%	4.368	90,5%	16.841	88,9%
	ADULTO	212	7,4%	683	10,8%	691	13,9%	434	9,0%	2.020	10,7%
MINORE	10	0,4%	35	0,6%	14	0,3%	25	0,5%	84	0,4%	
Totale complessivo	2.848	100,0%	6.313	100,0%	4.957	100,0%	4.827	100,0%	18.945	100,0%	
ANNO 2023	CASI PER COEFFICIENTE INTENSITA' ASSISTENZIALE	DISTRETTO									
		ACQUI TERME- OVADA		ALESSANDRIA- VALENZA		CASALE		NOVI LIGURE- TORTONA		Totale complessivo	
		CASI	%	CASI	%	CASI	%	CASI	%	CASI	%
	0 - CD integrate di Livello Zero (CIA base)	1.799	63,2%	4.303	68,2%	3.102	62,6%	2.663	55,2%	11.867	62,6%
	1 - CD integrate di Primo Livello	642	22,5%	1.172	18,6%	1.031	20,8%	1.107	22,9%	3.952	20,9%
	2 - CD integrate di Secondo Livello	264	9,3%	412	6,5%	424	8,6%	593	12,3%	1.693	8,9%
	3 - CD integrate di Terzo Livello	42	1,5%	66	1,0%	84	1,7%	108	2,2%	300	1,6%
4 - CD integrate di Cure palliative terminali oncologico/ non oncologico	101	3,5%	360	5,7%	316	6,4%	356	7,4%	1.133	6,0%	
Totale complessivo	2.848	100,0%	6.313	100,0%	4.957	100,0%	4.827	100,0%	18.945	100,0%	
ANNO 2023	INDICE CASI COMPLESSIVI CURE DOMICILIARI SU POPOLAZIONE ASL AL	DISTRETTO									
		ACQUI TERME- OVADA		ALESSANDRIA- VALENZA		CASALE		NOVI LIGURE- TORTONA		Totale complessivo	
	Indice		Indice		Indice		Indice		Indice		
	% CASI TOTALE SU POPOLAZIONE TOTALE		4,35%		4,30%		6,45%		3,76%		4,54%
% CASI ANZIANI SU POPOLAZIONE > 65 ANNI		12,85%		13,97%		19,10%		12,11%		14,17%	

CURE DOMICILIARI DA FLUSSO FAR SIAD - NUMERO CASI

Periodo: 01.01.2024 - 30.09.2024

CURE DOMICILIARI DA FLUSSO FAR SIAD - NUMERO CASI											
Periodo: 01.01.2024 - 30.09.2024											
9 mesi 2024	CASI PER TIPOLOGIA CURA	DISTRETTO									
		ACQUI TERME- OVADA		ALESSANDRIA- VALENZA		CASALE		NOVI LIGURE- TORTONA		Totale complessivo	
		CASI	%	CASI	%	CASI	%	CASI	%	CASI	%
	ADI + Unità Operativa di Cure Palliative (UOCP)	181	5,2%	197	2,8%	170	3,0%	453	9,7%	1.001	4,8%
	Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	1.089	31,1%	3.114	45,0%	2.911	50,7%	2.455	52,7%	9.569	46,0%
	Assistenza Domiciliare Programmata (ADP)	916	26,1%	956	13,8%	1.314	22,9%	953	20,5%	4.139	19,9%
	Servizio Infermieristico Domiciliare (SID)	113	3,2%	1.607	23,2%	158	2,7%	328	7,0%	2.206	10,6%
	Servizio Infermieristico Domiciliare semplice (SID semplice)	1.207	34,4%	1.039	15,0%	1.194	20,8%	466	10,0%	3.906	18,8%
Totale complessivo CASI	3.506	100,0%	6.913	100,0%	5.747	100,0%	4.655	100,0%	20.821	100,0%	
9 mesi 2024	CASI PER FASCIA ETA'	DISTRETTO									
		ACQUI TERME- OVADA		ALESSANDRIA- VALENZA		CASALE		NOVI LIGURE- TORTONA		Totale complessivo	
		CASI	%	CASI	%	CASI	%	CASI	%	CASI	%
	ADULTO	256	7,3%	741	10,7%	658	11,4%	469	10,1%	2.124	10,2%
	ANZIANO	3.239	92,4%	6.139	88,8%	5.079	88,4%	4.164	89,5%	18.621	89,4%
MINORE	11	0,3%	33	0,5%	10	0,2%	22	0,5%	76	0,4%	
Totale complessivo	3.506	100,0%	6.913	100,0%	5.747	100,0%	4.655	100,0%	20.821	100,0%	
9 mesi 2024	CASI PER COEFFICIENTE INTENSITA' ASSISTENZIALE	DISTRETTO									
		ACQUI TERME- OVADA		ALESSANDRIA- VALENZA		CASALE		NOVI LIGURE- TORTONA		Totale complessivo	
		CASI	%	CASI	%	CASI	%	CASI	%	CASI	%
	0 - CD integrate di Livello Zero (CIA base)	2.623	74,8%	5.119	74,0%	3.979	69,2%	2.745	59,0%	14.466	69,5%
	1 - CD integrate di Primo Livello	561	16,0%	1.125	16,3%	1.068	18,6%	1.101	23,7%	3.855	18,5%
	2 - CD integrate di Secondo Livello	219	6,2%	300	4,3%	388	6,8%	507	10,9%	1.414	6,8%
	3 - CD integrate di Terzo Livello	29	0,8%	57	0,8%	65	1,1%	76	1,6%	227	1,1%
4 - CD integrate di Cure palliative terminali oncologico/ non oncologico	74	2,1%	312	4,5%	247	4,3%	226	4,9%	859	4,1%	
Totale complessivo	3.506	100,0%	6.913	100,0%	5.747	100,0%	4.655	100,0%	20.821	100,0%	
9 mesi 2024	INDICE CASI COMPLESSIVI CURE DOMICILIARI SU POPOLAZIONE ASL AL	DISTRETTO									
		ACQUI TERME- OVADA		ALESSANDRIA- VALENZA		CASALE		NOVI LIGURE- TORTONA		Totale complessivo	
		Indice		Indice		Indice		Indice		Indice	
	% CASI TOTALE SU POPOLAZIONE TOTALE	5,36%		4,70%		7,48%		3,63%		4,99%	
% CASI ANZIANI SU POPOLAZIONE > 65 ANNI	15,85%		15,32%		22,82%		11,55%		15,67%		

DATI DI CONSUNTIVO IN FASE DI CONSOLIDAMENTO

Assistenza semiresidenziale e residenziale anziani / disabili

	ASSISTENZA RESIDENZIALE ANNO 2023 - STRUTTURE TERRITORIO ASL AL				
	N POSTI STRUTTURE ASL AL	UTENTI	di cui residenti ASL AL	GIORNATE ASSISTENZA	di cui per residenti ASL AL
RESIDENZIALE ANZIANI*	3.660	3.655	3.606	535.553	522.346
SEMIRESIDENZIALE ANZIANI**	25	8	8	393	393
RESIDENZIALI DISABILI FISICI/ PSICHICI	584	544	487	161.569	144.675
SEMIRESIDENZIALE DISABILI FISICI/ PSICHICI	324	275	275	45.752	45.752
* COMPRENDE ATTIVITA' DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE A VALENZA SANITARIA - CAVS					
** CENTRI DIURNI PER ANZIANI: ATTIVITA' IN FASE DI RIATTIVAZIONE A SEGUITO PANDEMIA COVID-19					
Fonte dati: Mod. FIM STS 24					

Per l'anno 2024 si confermano i posti letto in convenzione per l'assistenza residenziale e semiresidenziale anziani / disabili.

I dati relativi agli utenti e alle giornate di assistenza sono in fase di consuntivazione per la compilazione e l'invio del modello ministeriale STS24.

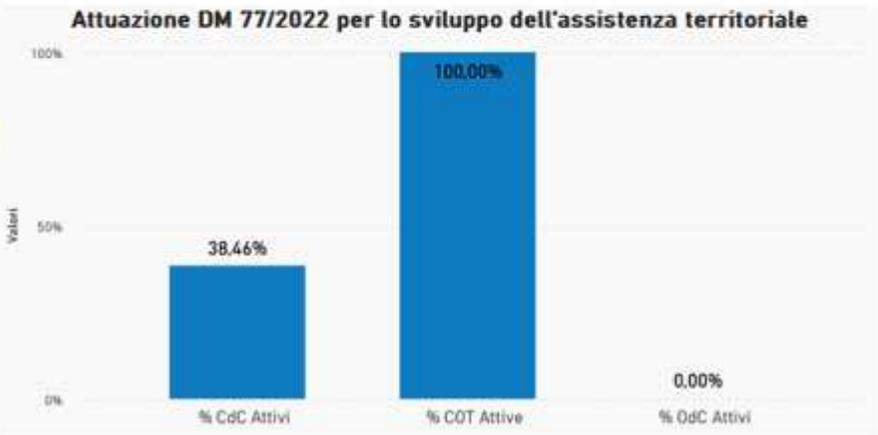
Si riporta, nelle successive due pagine, la sintesi degli indicatori presi in esame nell'Analisi dell'Agenass (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) anno 2023 in merito alla performance dell'ASL AL relativamente agli items dell'assistenza territoriale, dell'assistenza ospedaliera, della prevenzione e della sostenibilità economica: si evidenzia un soddisfacente risultato complessivo relativamente all'Area Distrettuale (significativo l'ottimo risultato sulla presa in carico territorio) ed alla Sostenibilità economico patrimoniale (tempestività dei pagamenti e costo pro-capite).

Buona la performance relativamente all'Assistenza ospedaliera (in particolare per la degenza media e l'indice di fuga sulla bassa complessità, da migliorare l'indice sui tempi di attesa delle prestazioni specialistiche); meno soddisfacenti i dati sugli Investimenti (legati soprattutto alla vetustà del patrimonio) e sulla Prevenzione (soprattutto screening mammella). In relazione a tale ultimo indicatore sono in corso approfondimenti in quanto l'attività di screening mammella risulta pienamente in linea con gli obiettivi del Piano regionale.

- Azienda
- Livelli
- Trend
- Cluster
- Regioni
- Indicatori



417.756 Popolazione 2023		3682 km² Estensione Territoriale	
4 Distretti		6 Ospedali a Gestione Diretta	
3 Strutture private accreditate		7.83% Assistenza da Privati su costi Produzione	





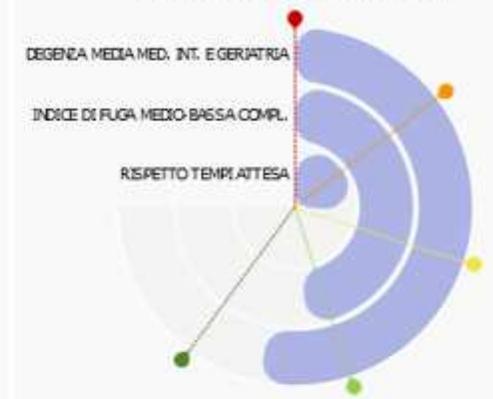
PREVENZIONE



ASSISTENZA DISTRETTUALE



ASSISTENZA OSPEDALIERA



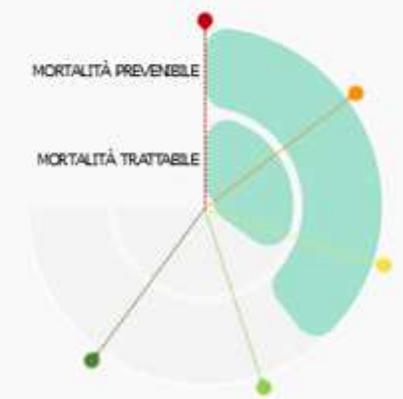
SOSTENIBILITÀ ECONOMICO-PATRIMONIALE



INVESTIMENTI



OUTCOME



SEZIONE 2: Valore pubblico, Performance e Anticorruzione

VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE

Nelle pagine seguenti del PIAO sono rappresentati gli elementi programmatici che l'ASL AL intende assumere per il prossimo triennio in termini di generazione del "valore pubblico", inteso quale miglioramento del livello di salute della popolazione di riferimento, in attuazione dei compiti istituzionali assegnati all'ASL e degli obiettivi regionali, ossia quale performance aziendale.

Vengono dapprima evidenziate le linee guida strategiche che caratterizzano l'azione dell'ASL AL nel contesto di riferimento, in relazione alle indicazioni e normative di riferimento nazionali e regionali.

Gli obiettivi generali e specifici relativi a tali sezioni sono riassunti nella tabella "Schema degli Obiettivi", che costituisce l'ossatura programmatica sulla quale saranno definiti ed assegnati gli obiettivi operativi annuali che confluiranno nel sistema di budget.

2.1 – Valore pubblico

Il PIAO esplicita le strategie dell'Azienda attraverso un orientamento al Valore Pubblico, partendo dall'analisi dei bisogni pubblici e dall'identificazione degli obiettivi di Valore Pubblico in risposta alle opportunità e alle criticità emerse dal contesto, da declinare in strategie realizzative e in indicatori di impatto attesi.

Considerato che per valore pubblico si intende il livello complessivo di benessere economico, sociale, ma anche ambientale e/o sanitario, dei cittadini, delle imprese e degli stakeholders creato dall'amministrazione pubblica, per l'Azienda tale concetto si traduce nella promozione dei migliori livelli di salute e di benessere complessivo attraverso l'erogazione di prestazioni e servizi sanitari.

Il PIAO identifica altresì le politiche volte ad ottimizzare gli outcome / impatti, al benessere equo e sostenibile secondo quanto atteso dall'Agenda ONU 2030 (Sustainable Development Goals elaborati da ISTAT e CNEL) sviluppando e specificando gli obiettivi di salute, la strategia, i tempi, i destinatari, le logiche di misurazione, a partire dalla baseline identificata per il perseguimento dei target secondo opportuni criteri, e relative fonti di misurazione, in coerenza con quanto previsto dai modelli di misurazione delle performance i cui principi e criteri direttivi sono rintracciabili all'articolo 10 del D.L. 150/2009 e nel rispetto della normativa e dei criteri ministeriali riconducibili ai LEA - prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse).

Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) è lo strumento che consente, con le numerose informazioni ad oggi disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di misurare secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia e della appropriatezza che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA).

Da questa premessa discende il "valore pubblico" dell'operato dell'ASL, i cui principi fondamentali sono:

- il rispetto della dignità umana;

- l'equità delle condizioni di accesso e omogenea distribuzione dei servizi sul territorio dell'azienda;
- l'etica professionale;
- la centralità dell'utente, intesa come punto di riferimento per la rilevazione del bisogno di salute.

L'A.S.L. AL ispira il proprio funzionamento, in aggiunta ai suddetti principi fondamentali, a criteri volti alla creazione di valore pubblico quali:

- trasparenza interna ed esterna, nel rispetto delle normative a tutela delle informazioni e dei dati, per una migliore comprensione delle scelte aziendali da parte degli interlocutori interni ed esterni;
- organizzazione e formalizzazione dei processi di analisi, valutazione, decisione e monitoraggio per la massimizzazione delle performance, il perseguimento degli obiettivi strategici e operativi nonché quale presupposto per la prevenzione dei rischi corruttivi;
- utilizzo prioritario nei processi decisionali di evidenze esplicite e costante orientamento allo sviluppo e all'utilizzo dei criteri di misurazione delle prestazioni al fine di avviare le azioni di miglioramento dei risultati dei processi produttivi stessi;
- orientamento alla flessibilità e al miglioramento continuo;
- sviluppo di metodiche lavorative che favoriscano la revisione dei processi produttivi di carattere amministrativo;
- rispetto della "Parità di genere" già ampiamente evincibile in tutte le attività e in tutti gli incarichi aziendali;
- gestione dello sviluppo organizzativo del personale ed implementare il lavoro agile, ove consentito, quale opportunità derivante da una revisione organizzativo gestionale che consenta l'assegnazione di obiettivi individuali misurabili, la remotizzazione "parziale" di incarichi e mansioni al fine di dar corso, nel rispetto dei principi di efficienza ed efficacia dell'azione dell'amministrazione, al cd Lavoro Agile, ove consentito dalla norma, con conseguente riduzione degli spostamenti degli operatori, riduzione dei consumi e contestuale miglioramento della qualità della vita soprattutto per chi risiede lontano dalle strutture aziendali;
- formazione del personale con una programmazione annuale e pluriennale;
- crescita di una cultura diffusa di prevenzione e contrasto della corruzione e la trasparenza;
- semplificazione e reingegnerizzare delle procedure amministrative e l'accessibilità alle amministrazioni, sia fisica che digitale, per i cittadini ultrasessantacinquenni e con disabilità;
- sviluppo dei processi di comunicazione e informazione rivolti agli interlocutori esterni e interni, finalizzati ad illustrare i servizi e le attività offerte dall'Azienda e la loro fruibilità;
- raccolta evidenze e suggerimenti da parte degli stakeholder al fine di programmare azioni di miglioramento continue.

Per programmare le attività e dar corso alla strategia per la creazione del Valore Pubblico ASL AL procede nel rispetto e promozione dei valori declinabili in:

- qualità clinico-assistenziale;
- appropriatezza organizzativa;
- gestione responsabile delle risorse;

- organizzazione efficiente e razionale del lavoro;
- attenzione alla dimensione relazionale improntata alla collaborazione ed all'ascolto reciproco tra personale sanitario, pazienti e loro familiari;
- tutela di salute e sicurezza sul lavoro anche attraverso idonei strumenti organizzativi;
- coinvolgimento di tutti i portatori di interesse;
- sviluppo dei processi di comunicazione e informazione, riconoscendone la valenza strategica, rivolta agli interlocutori esterni e interni, finalizzati ad illustrare i servizi e le attività offerte dall'Azienda e la loro fruibilità;
- trasparenza dell'azione amministrativa, la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione;
- mantenimento dello stato dell'arte ed evoluzione della dimensione tecnologica ed organizzativa;
- welfare del personale dipendente e di supporto all'erogazione del servizio;
- semplificazione dei processi;
- transizione ecologica e digitale, risparmio ed efficientamento energetico;
- coinvolgimento e qualificazione continua delle risorse umane, da sostenere attraverso la formazione ed il costante aggiornamento anche sulle tematiche inerenti il project management, la gestione del rischio e la revisione organizzativa utili anche per la prevenzione della corruzione.

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. 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 diretta 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 soluzione 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.

Prima di esplicitare le strategie aziendali, risulta necessario definire il contesto di programmazione nazionale e regionale in cui sta operando questa Azienda.

In linea con il Piano Regionale Prevenzione 2020-2025 (D.G.R. n. 16-4469 del 29 dicembre 2021), con il Piano Nazionale Ripresa Resilienza e con il "Piano Strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PANFLU 2021-2023)", alla luce dell'ondata pandemica affrontata in questi anni, risulta fondamentale riprogrammare e rivedere molti aspetti sanitari al fine di garantire una risposta sollecita adeguata a ogni forma di bisogno assistenziale, sia esso pandemico o meno. Tra gli intenti regionali emerge la volontà di favorire l'attività di prevenzione e promozione della salute attraverso modelli organizzativi integrati.

Nella fase post pandemica risulta necessario far fronte a nuove diverse esigenze di salute che richiedono una riorganizzazione dei servizi e una revisione delle figure sanitarie coinvolte nei processi organizzativi.

Il DM 77/2022 promuove un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario ambientale e climatico, con una riorganizzazione intesa a fornire risposte di prossimità ai cittadini, ad abbattere le liste d'attesa e ad alleggerire il sovraffollamento degli ospedali. In questo senso diventa imprescindibile l'integrazione con l'attività ospedaliera, prevedendo "la collaborazione dei professionisti sanitari che operano in tale ambito e che si affacciano sul territorio non solo grazie alla telemedicina, ma anche ad attività ambulatoriale / consulenziale, oltrepassando le mura circoscritte della struttura ospedaliera".

Con il PNRR Salute, si apre una fase importante in cui l'azienda sarà chiamata a reingegnerizzare le procedure di presa in carico e gestione dei pazienti cronici e le procedure per la transizione ospedale-territorio, dalle cure ospedaliere alle cure intermedie; in tale ambito verranno sviluppate nuove procedure relative al nuovo tema della telemedicina.

A tal fine l'Azienda ha in corso di definizione un Programma pluriennale per le azioni di innovazione digitale in Sanità, con l'obiettivo di affrontare organicamente, in maniera integrata tutti gli aspetti chiamati in causa dalla riforma: organizzazione, processi, tecnologie digitali.

Da ultimo, si richiama il D.L. n. 222 del 13.12.2023 "Disposizioni in materia di riqualificazione dei servizi pubblici per l'inclusione e l'accessibilità, in attuazione dell'articolo 2, comma 2, lettera e), della legge 22 dicembre 2021, n. 227" e a quanto previsto all'art. 3 della norma, le cui indicazioni saranno oggetto di valutazione nell'ambito degli obiettivi declinati nel presente Piano.

Le strategie e le politiche aziendali definite nel presente Piano e volte al miglioramento dei livelli di salute della popolazione di riferimento sono trattate nella sotto-sezione "Performance", dove sono specificati gli obiettivi strategici individuati.

2.2 – Performance

La performance è un concetto centrale introdotto dal decreto legislativo n. 150 del 2009 “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni” che assume il significato di contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un soggetto (organizzazione, unità organizzativa, gruppo di individui, singolo individuo) apporta attraverso la propria azione volta alla creazione di valore pubblico e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l’organizzazione è stata costituita.

Le disposizioni del suddetto decreto recano una riforma organica della disciplina del rapporto di lavoro dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche, di cui all'articolo 2, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, intervenendo in particolare in materia di contrattazione collettiva, di valutazione delle strutture e del personale delle amministrazioni pubbliche, di valorizzazione del merito, dei risultati e della performance organizzativa e individuale, di promozione delle pari opportunità, di dirigenza pubblica e di responsabilità disciplinare, al fine di assicurare elevati standard qualitativi ed economici del servizio.

AREE STRATEGICHE DI INTERVENTO

Alla luce delle evidenze di cui ai precedenti capitoli del presente PIAO le aree strategiche di intervento nel triennio 2025-27 sono volte a garantire:

- perseguimento degli obiettivi fissati dalla Regione Piemonte;
- continuità con quelli individuati nei mandati precedenti ed inerenti il soddisfacimento dei bisogni di salute della popolazione e le attese degli stakeholder;
- forte integrazione ospedale-territorio e territorio-ospedale volta a garantire percorsi di dimissioni complesse fluidi e facilmente fruibili, implementare una rete di servizi di cura per sub-acuti e post- acuti diversificati tra domicilio e ospedale, percorsi e uniformità di offerta (posti letto cure intermedie);
- gestione a casa dei malati meno gravi con una presa in carico globale dei pazienti per prevenire o ritardare riacutizzazioni, per ospedalizzare soltanto i pazienti affetti da patologie gravi. Ciò si esplicherà nella progressiva riorganizzazione dei percorsi assistenziali con modelli multidisciplinari ospedalieri e territoriali, facendo interagire tra loro cure specialistiche, cure primarie e servizi socio-assistenziali; nell’utilizzo dei sistemi di sanità digitale monitorando i pazienti a distanza ed a domicilio (casa come principale luogo di cura); nell’utilizzo del teleconsulto come strumento efficace di relazione tra professionisti a supporto delle cure primarie (per ridurre tempi e liste d’attesa migliorando l’appropriatezza delle richieste);
- rispetto delle linee di indirizzo individuate a partire dalle indicazioni regionali e nazionali per l’aggiornamento del Piano per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell’epidemia da SARS-COV-2 (di seguito COVID-19);
- realizzazione dei progetti finanziati dal PNRR anche per lo sviluppo dei servizi sanitari di prossimità sviluppando o reingegnerizzando strutture idonee individuate;

- organizzazione dell'offerta ospedaliera volta all' aumento della produttività e della capacità attrattiva nei confronti dei professionisti e degli assistiti, compatibile con le risorse disponibili e tendenzialmente in linea con i valori pre-pandemici;
- percorso di efficientamento delle attività produttive e di supporto, con analisi e possibili azioni correttive sui fattori produttivi maggiormente critici;
- ottimizzazione dei processi di presa in carico dei pazienti provenienti dal pronto soccorso limitando il così detto *boarding*;
- consolidamento, capitalizzazione e sviluppo degli investimenti in nuove tecnologie;
- ridefinizione dei percorsi assistenziali con utilizzo di tecnologia digitale (es. telemedicina);
- teleconsulto, cartella clinica elettronica, fascicolo sanitario elettronico, ...);
- utilizzo delle tecniche di telemedicina al fine di favorire applicazioni di formazione a distanza nelle quali il medico remoto può specializzare i medici che chiedono una *second opinion* su un caso clinico attraverso tecniche di e-learning. Il tutto è focalizzato a ottimizzare l'erogazione di servizi per le zone più disagiate (valli montane) ma anche per accedere a pareri di centri specialistici;
- declinazione sul territorio delle opportunità derivanti dal PNRR - Piano Nazionale di Rilancio e Resilienza, sintetizzabili nei seguenti ambiti:
 - *Assistenza di prossimità*: realizzazione di n. 3 Ospedale di Comunità, n. 9 Case di Comunità, n. 3 Centrali Operative Territoriali
 - *Antisismica*: progettazione e realizzazione di un intervento di miglioramento/adequamento antisismico dei presidi ospedalieri
 - *Ammodernamento digitale* delle strutture sanitarie – ICT: vari interventi relativi ad apparati e reti informatiche, apparecchiature e SW *medical devices*
 - *Ammodernamento parco tecnologico*: sostituzione delle grandi tecnologie di età superiore a 5 anni;
- accoglienza e umanizzazione: rafforzamento della formazione degli operatori al rapporto con il paziente/utente, maggior sinergia con i volontari che già operano in ospedale e sul territorio, semplificazione dei percorsi ospedalieri e riorganizzazione della segnaletica, continuazione della già proficua collaborazione con istituzioni, aziende, fondazioni e associazioni presenti sul territorio;
- mantenimento e consolidamento dell'attività legata all'appropriatezza prescrittiva dei farmaci e al corretto utilizzo dei dispositivi medici;
- consolidamento e maggior diffusione dei servizi sanitari online: ritiro referti, pagamenti e prenotazioni online, Fascicolo Sanitario Elettronico regionale;
- digitalizzazione dei processi amministrativi per favorire trasparenza e prevenzione della corruzione.

Nell'ambito delle linee di indirizzo per la programmazione dell'organizzazione e delle attività delle AA.SS. la Regione Piemonte con DCR 257 – 25346 del 20 dicembre 2022 ad oggetto "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale). Recepimento e approvazione del provvedimento generale di programmazione "Assistenza territoriale nella Regione Piemonte", la Regione Piemonte ha definito gli obiettivi generali dell'assistenza territoriale:

- analizzare, in relazione alle dinamiche demografiche e ai "bisogni" della popolazione, il contesto di tutela della salute e di erogazione dei servizi al fine di individuare i principali ambiti di intervento;
- definire gli indirizzi per lo sviluppo dell'assistenza territoriale, anche in relazione ai contenuti del DM 77/2022, fondandola sul principio della centralità della persona assistita, al fine di:
 - favorire la prossimità dei percorsi per cronicità e fragilità, la tempestività ed efficienza di intervento;
 - migliorare le modalità di integrazione del sistema sanitario territoriale con i Comuni, i servizi sociali e il terzo settore e in generale con tutta la comunità e i portatori di interessi;
 - migliorare le modalità di integrazione del sistema sanitario territoriale con l'area della prevenzione e ospedaliera delle acuzie;
 - favorire la semplificazione dei percorsi e delle procedure e la trasparenza organizzativa;
 - garantire la comunicazione, l'informazione e la partecipazione delle persone assistite e ai loro familiari al processo di cura;
 - sviluppare un sistema di monitoraggio e di miglioramento continuo nei diversi ambiti dell'assistenza territoriale

Il "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza" ricalca il tema della "prossimità", già introdotto dalla precedente Legge del 17.7.2020, n. 77 (conversione in legge del Decreto Legge del 19.5.2020, n. 34 " c.d. "decreto rilancio"); la prossimità è da intendere come vicinanza ai bisogni dei cittadini, ai quali si intende rispondere attraverso i servizi sanitari e socio-sanitari integrati e incentrati sul bisogno della persona e della comunità, attraverso percorsi di prevenzione e cura che coinvolgano i diversi attori, così come la comunità e le associazioni del terzo settore, per offrire una rete di assistenza resiliente ed efficace a tutti i cittadini.

La Missione 6 "Salute" si articola in due componenti, di cui:

- la "Componente 1", che ha l'obiettivo di rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie all'attivazione ed al potenziamento di strutture e presidi territoriali (Case di Comunità, Centrali Operative Territoriali, Ospedali di Comunità), rafforzando l'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari;
- la "Componente 2", che comprende, invece, misure volte al rinnovamento ed all'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il potenziamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) ed una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) da realizzare anche attraverso il potenziamento dei flussi informativi sanitari, oltre alle risorse destinate alla ricerca scientifica ed al rafforzamento delle competenze e del capitale umano del SSN.

In particolare, per gli anni 2025-2027, le linee di indirizzo regionali sono orientate al perseguimento degli obiettivi individuati nell'ambito delle seguenti macroaree strategiche di intervento:

- EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO DELL'AZIENDA – EFFICIENTAMENTO
- EDILIZIA SANITARIA
- RECUPERO MOBILITA' PASSIVA
- RETE TERRITORIALE
- RETE OSPEDALIERA
- TEMPI ATTESA PRESTAZIONI
- APPROPRIATEZZA FARMACEUTICA
- AREA PREVENZIONE PIANO NAZIONALE / REGIONALE DELLA PREVENZIONE (PNP)

- RICERCA – IRCCS
- SVILUPPO ORGANIZZATIVO – FORMAZIONE
- GOVERNO CLINICO / PERCORSI ACCREDITAMENTO
- SEMPLIFICAZIONE – DIGITALIZZAZIONE
- ACCESSIBILITA' ALL'AMMINISTRAZIONE
- PARI OPPORTUNITA'
- RISPARMIO ENERGETICO
- PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA

Nelle successive pagine del presente PIAO si dettagliano alcune tra le principali aree di intervento, definite da disposizioni e indicazioni nazionali e regionali in materia.

POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE - PROGRAMMAZIONE RELATIVA ALLE STRUTTURE DI PROSSIMITÀ ED INTERMEDIE

Considerata la DCR n. 199-3824 del 22.02.2022 "Approvazione della programmazione relativa alle strutture di prossimità ed intermedie nelle aziende sanitarie locali: localizzazione dei siti delle case di comunità, ospedali di comunità e centrali operative territoriali."

La Conferenza Stato-Regioni ha approvato in data 30.03.2022 l'Intesa sullo schema di Contratto istituzionale di Sviluppo (CIS) e lo schema di Piano Operativo.

L'art.5 c.1 del suddetto schema esplicita che:

"La Regione / Provincia Autonoma, quale Soggetto attuatore degli interventi previsti nel presente Contratto (...) direttamente ovvero congiuntamente ed in solido con gli Enti del Servizio sanitario regionale dalla medesima eventualmente delegati all'attuazione di specifici interventi, svolge le seguenti attività:

(...)

f) garantisce l'avvio tempestivo delle attività progettuali per non incorrere in ritardi attuativi e concludere il progetto nella forma, nei modi e nei tempi previsti, nel rispetto della tempistica prevista dal relativo cronoprogramma di intervento/progetto e sottopone al Ministero della salute le eventuali modifiche al progetto.

(...)

Alla luce della straordinaria opportunità costituita dal PNRR, si ritiene strategico il conseguimento degli obiettivi programmati dalla Regione Piemonte e validati dai Ministeri competenti per i diversi investimenti che compongono la suddetta pianificazione relativamente a: Case di Comunità; Ospedali di Comunità; Centrali Operative Territoriali.

Il percorso del PNRR è delineato da MILESTONE cioè traguardi qualitativi cioè fasi CHIAVE dell'attuazione delle misure di PNRR mentre i TARGET sono obiettivi quantitativi misurati tramite indicatori ben specificati.

La Missione 6 "Salute" si articola in due componenti, di cui:

- la "Componente 1", che ha l'obiettivo di rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie all'attivazione ed al potenziamento di strutture e presidi territoriali (Case di Comunità, Centrali Operative Territoriali, Ospedali di Comunità), rafforzando l'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari;
- la "Componente 2", che comprende, invece, misure volte al rinnovamento ed all'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il potenziamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) ed una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) da realizzare anche attraverso il potenziamento dei flussi informativi sanitari, oltre alle risorse destinate alla ricerca scientifica ed al rafforzamento delle competenze e del capitale umano del SSN.

CASA DELLA COMUNITA'

L'evoluzione del modello delle Case della Salute si concretizza nel nuovo modello della Casa della Comunità, struttura fisica in cui opera un team multidisciplinare e multiprofessionale. Nella Casa della Comunità operano i diversi professionisti per la erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale correlati ai percorsi di salute destinati alle patologie

croniche. Le strutture fisiche territoriali già esistenti rientrano utilmente nella progettazione della nuova geografia dei servizi e delle strutture territoriali e quindi delle Case della Comunità e dei servizi correlati in rete.

È prevista la realizzazione di Case della Comunità HUB nelle sedi di:

- Acqui Terme, Via Alessandria, 1
- Ovada, Via XXV Aprile, n. 22
- Alessandria via Pacinotti 38
- Valenza, circonvallazione ovest
- Casale Monferrato, Via Cavour 62/A
- Trino Vercellese, Via Ortigara 4
- Novi Ligure, Via Papa Giovanni XXIII, 1
- Tortona, Via Milazzo 1
- Arquata Scrivia, Via Libarna 267

È inoltre prevista la realizzazione di Case della Comunità Spoke nelle sedi distrettuali di:

- Castelnuovo Scrivia, Piazza Vittorio Emanuele II, n.1;
- Moncalvo, Via Goria, 9;
- Ozzano Monferrato, Via Rivara 5;
- Castellazzo Bormida, Via san Giovanni Bosco, 2.

La Casa della Comunità HUB costituirà il luogo fisico e di facile individuazione al qual i cittadini potranno accedere per bisogni di assistenza sanitaria e sociosanitaria a valenza sanitaria.

Nella Casa della Comunità troveranno sede gli ambulatori dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) collegati anche funzionalmente (AFT), oltre che gli specialisti ambulatoriali.

L'Action Plan degli investimenti per le Case della Comunità ha previsto la stipula dei contratti per la realizzazione dell'opera e l'affidamento dei lavori entro il 2023 tramite Invitalia con procedura di gara per la conclusione di accordi quadro mirati all'individuazione degli operatori economici.

Entro il primo trimestre 2026 è prevista l'ultimazione dei lavori, tali da garantire che le Case di Comunità siano messe a disposizione e dotate delle attrezzature tecnologiche necessarie.

INFERMIERE DI FAMIGLIA O COMUNITA'

L'Infermiere di Famiglia o Comunità è la figura professionale di riferimento per l'assistenza di prossimità in quanto garantisce il collegamento operativo fra i rilevati bisogni di assistenza del paziente e la rete multiprofessionale e multidisciplinare presente. È un professionista che assicura l'assistenza infermieristica con un orientamento prioritario alla gestione proattiva della salute e ricopre le diverse funzioni, erogando prestazioni assistenziali e sanitarie. Favorisce il coinvolgimento attivo della persona assistita e del suo caregiver quali figure centrali nel percorso assistenziale.

Il quadro che si va definendo è quello di un "team di famiglia e comunità" che, attraverso la regia delle COT ed il costante coinvolgimento della medicina di assistenza primaria, potrà rispondere in maniera appropriata e tempestiva ai bisogni del cittadino nel suo territorio di riferimento e presso il proprio domicilio.

Dal mese di marzo 2023 si è provveduto ad attivare in servizio IFoC come riferimento per l'assistenza di prossimità con progetti specifici quali l'implementazione dei PSDTA - Percorsi di Salute Diagnostici Terapeutici e Assistenziali dello scompenso cardiaco e della BPCO con

presa in carico distrettuale di pazienti cronici in dimissione dal P.O. di Acqui Terme e Casale M.to o su segnalazione dei medici di assistenza primaria.

Nei primi mesi del 2024 è stato avviato il Progetto "Strategia Nazionale Aree Interne – Valle Bormida" che interesserà i Comuni di Bistagno, Denice, Merana, Mombaldone, Montechiaro d'Acqui, Pareto, Ponti, Spigno Monferrato.

CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE

La Centrale Operativa Territoriale (COT) è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali. Tutti gli attori del sistema, personale distrettuale e ospedaliero, possono richiedere l'intervento della COT, ovvero: MMG, PLS e medici di continuità assistenziale, medici specialisti ambulatoriali interni, e altri professionisti sanitari. La COT è un servizio a valenza distrettuale per l'integrazione organizzativa sui percorsi delle persone assistite.

L'ambito di riferimento della COT è il Distretto; è, pertanto, stata prevista l'istituzione di quattro COT corrispondenti con i quattro Distretti:

- COT di Acqui Terme per il Distretto di Acqui Terme – Ovada
- COT di Alessandria per il Distretto di Alessandria – Valenza
- COT di Casale M.to per il Distretto di Casale Monferrato
- COT di Tortona per il Distretto di Tortona – Novi Ligure

Non è previsto l'accesso da parte dell'utenza se non mediato dalla Centrale Operativa NEA 116117 e dai PUA. È previsto l'accesso dedicato ai professionisti dell'area sanitaria e sociale. Ogni COT è coordinata da un Coordinatore infermieristico, che ne è il referente organizzativo.

Il Servizio è stato attivato nel mese di aprile 2024 ed è diventato operativo dal 25.11.2024, inizialmente garantito 5 giorni su 7, dalle ore 8 alle ore 16, estendibile 7gg/7 e/o sino alle 20 (se si valuterà necessario) in pronta disponibilità o in presenza attiva; l'operatività è, comunque, estesa 7gg/7 h 24 dall'attività CUA 116117.

Presso l'ASL AL sono attivi una "Centrale Operativa della Continuità Assistenziale" e i "Nuclei di Valutazione Integrati Ospedali/Territorio", con il compito di facilitare le dimissioni difficili dai PP.OO. dell'ASL AL, dell'AO AL, dalle strutture accreditate presenti sul territorio provinciale (Policlinico di Monza e Villa Igea) e dalle strutture sanitarie extra-aziendali, attivando percorsi territoriali in strutture intermedie o a domicilio e, su segnalazione dei MMG, dal domicilio.

OSPEDALE DI COMUNITA'

L'attività extraospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria assicura ai pazienti il trattamento appropriato nell'ambito di un percorso di cura integrato ospedale-territorio. L'Ospedale di Comunità è una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete dell'assistenza territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero. Possono accedere agli Ospedali di comunità pazienti con patologia acuta minore che non necessitano di ricovero in ospedale o con patologie croniche riacutizzate, nella fase post dimissione ospedaliera, per completare il processo di stabilizzazione clinica.

L'accesso presso l'Ospedale di Comunità avviene su proposta di:

- medico ospedaliero se si tratta di paziente ricoverato del medico di medicina generale;

- medico di pronto soccorso se si tratta di paziente in PS;
- medico di medicina generale o pediatra di libera scelta se si tratta di paziente a domicilio.

Il ricovero presso l’Ospedale di comunità deve avere una durata non superiore a 30 giorni; solo in casi eccezionali e comunque motivati dalla presenza di situazioni cliniche non risolte la degenza potrà prolungarsi ulteriormente.

Interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)

Missione 6 “Salute”

Milestones & Target

M6-C1-I1.2 Centrali Operative Territoriali (COT)

M6-C1-I1.1 Casa della Comunità (CC) e presa in carico della persona

M6-C1-I1.3 Rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità) HC

PNC M6-C2-I1.2 Verso un ospedale sicuro e sostenibile (Adeguamento Sismico)

SVILUPPO E AGGIORNAMENTO DEL PIANO CRONICITA’ AZIENDALE

Le malattie croniche sono in costante aumento in Italia e nei Paesi a sviluppo economico avanzato e la gestione della cronicità rappresenta una sfida importante per la sostenibilità del nostro Servizio Sanitario Nazionale. Nel nostro Paese, secondo stime recenti dell’Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni italiane dell’Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, quasi il 40% della popolazione soffre di almeno una patologia cronica. Si tratta di 24 milioni di persone, e circa la metà presenta multi cronicità.

Attualmente le patologie croniche più frequenti sono l’ipertensione, l’artrite/artrosi e le malattie allergiche, mentre la spesa sanitaria per la gestione della cronicità è stata nel 2017 di circa 67 miliardi di euro, e per il 2028 si stima che possa arrivare fino a 71 miliardi circa (Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, 2019).

L’aumento della prevalenza di malati cronici è un fenomeno ad origine multifattoriale, che dipende dal trend demografico di invecchiamento della popolazione, correlato all’aumento della sopravvivenza, al miglioramento delle condizioni economico-sociali e alla disponibilità di nuove terapie.

La cronicità rappresenta una priorità anche per il nostro Ministero della Salute, che ha emanato il Piano Nazionale della Cronicità (PNC), approvato in Conferenza Stato-Regioni il 15 settembre 2016. Sono passati oltre 3 anni dall’approvazione, ma gli obiettivi e le finalità continuano ad essere di stretta attualità, come dimostrano i dati sopra riportati sull’impatto della cronicità sul sistema della salute pubblica.

Come ricordato nelle premesse del PNC, le patologie croniche richiedono un approccio assistenziale diverso dalla gestione dell’acuto perché necessitano di interventi per periodi di lunga durata e prevedono una forte integrazione tra SSN e servizi sociali: questo comporta la necessità di ricorrere a servizi residenziali e territoriali che spesso non sono ancora sufficientemente implementati, e in maniera uniforme, nel nostro Paese.

Il Piano Nazionale della Cronicità è nato dunque «dall’esigenza di armonizzare a livello nazionale le attività in questo campo» per proporre «un disegno strategico comune» con

l'intento di «promuovere interventi basati sulla unitarietà di approccio, centrato sulla persona, orientato su una migliore organizzazione dei servizi, e una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza» [PNC, 2016].

La Regione Piemonte con D.D. 2 maggio 2022, n. 725 "Piano Cronicità: costituzione della cabina tecnica di regia regionale e programmazione delle attività regionali e aziendali per l'anno 2022" ha approvato il documento "Programmazione Piano Cronicità 2022", dando mandato alle Aziende Sanitarie Regionali, entro le tempistiche previste dal documento "Programmazione Piano Cronicità 2022", di provvedere formalmente ad aggiornare il Piano Locale Cronicità predisposto nel 2019 e ad approvare il relativo cronoprogramma per l'anno 2022.

E' stato attivato il Tavolo di lavoro per la messa a punto, sempre più dettagliata, del piano delle cronicità per la provincia di Alessandria tra l'Azienda Sanitaria di Alessandria e dall'Azienda Ospedaliera di Alessandria, documento destinato alla risposta congiunta ai bisogni di salute di una popolazione sempre più anziana.

Alessandria, infatti, ha un indice di vecchiaia che la colloca all'ottavo posto sulle 107 province italiane. Obiettivo del Piano, in linea con le indicazioni regionali, deliberate sulla base del Piano Nazionale, è affrontare e mettere a sistema risposte appropriate alle malattie croniche che sono in aumento: un fenomeno che si sta verificando a livello nazionale ed europeo ed è strettamente correlato all'invecchiamento della popolazione. Si stima, ad esempio, che almeno il 40% dei piemontesi con più di 65 anni soffra di una malattia cronica grave e che a livello mondiale circa il 70-80% delle risorse sanitarie sia impiegato per la gestione delle malattie croniche.

Le due Aziende hanno individuato i gruppi di lavoro, le aree d'intervento prioritarie, definendo alcuni percorsi diagnostico terapeutici assistenziali per una integrazione ancora più stretta, oltre che un metodo di lavoro multiprofessionale che possa essere efficace per rispondere agli assistiti in modo appropriato, attraverso la presa in carico più opportuna grazie alla centralità del medico di famiglia, la collaborazione con i servizi domiciliari e una efficiente interazione con gli ospedali.

Per quanto riguarda i gruppi di lavoro, seguendo le indicazioni regionali, ASL AL ha istituito la Cabina di regia che ha il compito di produrre il Piano Locale Cronicità e il Nucleo aziendale per la Cronicità.

Con DCR 257 – 25346 del 20 dicembre 2022 la Regione Piemonte ha definito gli indirizzi programmatori generali, demandando ad atti successivi la declinazione degli obiettivi specifici e delle relative azioni:

- Aggiornare il piano locale cronicità con periodicità almeno annuale
- Definire e sviluppare a livello regionale e locale i percorsi di salute per la gestione delle patologie croniche
- Definire e sviluppare le modalità di interconnessione funzionale e organizzativa del percorso di salute tra le strutture territoriali ed ospedaliere
- Implementare e valutare le funzioni e le attività previste ed attuare gli adeguamenti necessari

RAFFORZAMENTO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE

Il potenziamento dell'assistenza domiciliare nelle sue varie forme è uno dei punti cruciali del modello organizzativo territoriale. I trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, talora associati ad attività di aiuto alla persona, sono prestati al domicilio della persona assistita da personale qualificato per l'assistenza dei soggetti con patologie in atto o in stato di riacutizzazione. Le cure domiciliari, nelle forme previste nell'ambito dei Livelli essenziali di assistenza, si configurano come un servizio in grado di gestire al domicilio interventi a diverso livello di intensità e complessità dell'assistenza in uno specifico percorso di cura e in un piano personalizzato.

Secondo il D.M. 77/2015 "le Cure domiciliari sono un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza.

Standard:

- 10% della popolazione over 65 da prendere in carico progressivamente.

Lo standard previsto dalla Regione Piemonte per il 2024 è pari al 12% di pazienti over 65 in assistenza domiciliare.

La casa come primo luogo di cura viene individuata all'interno della programmazione sanitaria nazionale quale setting privilegiato dell'assistenza territoriale. Le cure domiciliari, nelle sue forme previste nell'ambito dei Livelli essenziali di assistenza, si configurano come un servizio in grado di gestire al domicilio interventi a diverso livello di intensità e complessità dell'assistenza nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato. Vanno tenute distinte le forme di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) dalle Cure Palliative Domiciliari definite come un livello essenziale specifico e denominate come Unità di Cure Palliative Domiciliari, nell'ambito delle reti locali di cure palliative per l'adulto e per il bambino. Tuttavia, tale distinzione può non essere presente a livello organizzativo aziendale nella composizione dell'équipe purché i professionisti siano specificatamente formati in cure palliative come previsto dalla normativa vigente. Le Cure Domiciliari si articolano in un livello Base e in Cure Domiciliari Integrate (ADI di I livello, ADI di II livello, ADI di III livello) e consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc., prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.

Con DCR 257 – 25346 del 20 dicembre 2022 la Regione Piemonte ha definito gli indirizzi programmatori generali, demandando ad atti successivi la declinazione degli obiettivi specifici e delle relative azioni:

- Potenziare le attività di assistenza domiciliare a livello locale secondo il livello assistenziale di riferimento (CIA 1, CIA 2 e CIA 3)
- Adeguare l'attività di assistenza domiciliare a livello distrettuale agli standard definiti attraverso l'erogazione diretta e il sistema di accreditamento
- Definire e sviluppare le modalità di interconnessione funzionale e organizzativa con le altre strutture territoriali ed ospedaliere
- Implementare e valutare le funzioni e le attività previste ed attuare gli adeguamenti necessari

Tali obiettivi ed azioni orientano la programmazione dell'Azienda sul tema dell'assistenza domiciliare.

In particolare tra gli obiettivi strategici del presente PIAO è previsto l'aumento del volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare: l'incremento della popolazione over 65 in regione Piemonte ha comportato un aumento progressivo delle malattie cronico/degenerative richiedendo un incremento dei servizi di assistenza a lungo termine, supportando l'assistito e la sua famiglia.

A tal proposito viene individuato l'obiettivo di aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare (Pazienti over 65 da prendere in carico in assistenza domiciliare per ogni classe di CIA - Coefficiente di Intensità Assistenziale, ai sensi del DPCM PNRR MISSIONE 6 - SALUTE 12 gennaio 2017 art. 22 e art. 23).

L'assistenza domiciliare viene attivata su richiesta del medico di medicina generale/pediatra al distretto di competenza attraverso il modulo di Proposta di Cure Domiciliari nel quale richiede le prestazioni, certificando che il paziente non è deambulante e non è trasportabile con i comuni mezzi. Il modulo di richiesta può essere inviato per mail, fax o consegnato nella sede distrettuale, (Centrale cure domiciliari) di residenza.

È presente una Centrale Operativa di Cure Domiciliari / UOCP presso ogni sede distrettuale.

CENTRALE OPERATIVA 116117: IMPLEMENTAZIONE DELLE FUNZIONI E DELLE ATTIVITA'

La Centrale Operativa 116117 ha la funzione di facilitare l'accesso della popolazione alle cure mediche non urgenti e ad altri servizi sanitari territoriali a bassa intensità/priorità. Permette quindi alla popolazione di entrare in contatto con un operatore opportunamente formato, che possa fornire assistenza, direttamente o attraverso il trasferimento di chiamata al servizio competente, a valenza sociosanitaria. Si raccorda anche con il servizio di continuità assistenziale e di emergenza urgenza e con le Centrali Operative Territoriali

Secondo il D.M. 77/2022 "la Centrale Operativa 116117 sede del Numero Europeo Armonizzato (NEA) per le cure mediche non urgenti offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale.

Fra le azioni perseguite nell'intervento di riordino della rete territoriale, vi è la definizione di un modello finalizzato a garantire, nel pieno rispetto dei percorsi differenziati, l'interazione tra i servizi della Continuità Assistenziale-ex Guardia Medica (di seguito: C.A.) e del sistema di Emergenza/Urgenza, attraverso la centralizzazione delle chiamate su un numero unico 116117.

Tale numero, oltre che dedicato al servizio di cure mediche da erogarsi negli orari di competenza della C.A., è destinato a rappresentare anche un valido riferimento informativo sia per i pazienti e le loro famiglie sia per gli operatori sanitari e sociali del territorio nonché per gli operatori dell'ospedale, al fine di agevolarne e supportarne i percorsi nell'ambito della rete organizzativa ed operativa dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali.

Con DCR 257 – 25346 del 20 dicembre 2022 la Regione Piemonte ha definito gli indirizzi programmatori generali, demandando ad atti successivi la declinazione degli obiettivi specifici e delle relative azioni.

- Consolidare il modello 116117

- Integrare progressivamente il modello delle centrali operative 116117, anche per quanto riguarda l'attività informativa ai cittadini
- Definire e sviluppare le modalità di interconnessione funzionale e organizzativa con le altre strutture territoriali ed ospedaliere
- Implementare e valutare le funzioni e le attività previste ed attuare gli adeguamenti necessari

Particolare attenzione sarà dedicata all'integrazione del sistema 116117 con le altre strutture ospedaliere presenti o in via di attivazione: a questo proposito è stato creato un tavolo di lavoro finalizzato al percorso di integrazione delle funzioni del sistema 116117 con il ruolo della Centrale Operativa Territoriale, oltre alle possibili forme di interconnessione con il sistema dell'Emergenza – 118.

Tali obiettivi ed azioni orientano la programmazione dell'Azienda sul tema dell'implementazione delle funzioni del Servizio 116-117.

In particolare tra gli obiettivi strategici del presente PIAO è previsto il potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale - M6C1 PNRR, prevedendo, nello specifico, l'avvio delle attività delle Centrali Operative Territoriali, a cui il Servizio 116-117 si integra quale elemento cardine nel modello organizzativo previsto per tale attività.

INCREMENTO ATTIVITA' IN TELEMEDICINA

La telemedicina rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria consentendo l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione. Le diverse prestazioni e servizi di telemedicina costituiscono un'opportunità importante per il sistema sanitario. D'altro canto, affinché le prestazioni di telemedicina possano essere attivate, è necessaria la collaborazione della persona assistita.

La Missione 6 del PNRR promuove l'applicazione della telemedicina da ambito sperimentale limitato ad alcune realtà locali a componente integrante del sistema regionale finalizzata a migliorare la qualità dell'assistenza e l'accessibilità alle cure, oltre a ridurre i divari territoriali attraverso la garanzia dell'interoperabilità delle soluzioni adottate.

In base al D.M. 77/2022, Allegato 1, punto 15, "la telemedicina è una modalità di erogazione di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie sociosanitarie a rilevanza sanitaria a distanza, abilitata dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, e utilizzata da un professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti (telemedicina professionista sanitario – assistito) o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari (telemedicina professionista sanitario – professionista sanitario).

La telemedicina rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria, già consolidato in diversi ambiti sanitari, consentendo - se inclusa in una rete di cure coordinate - l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione.

La telemedicina supporta l'interazione dei diversi professionisti sanitari con l'assistito nelle diverse fasi di valutazione del bisogno assistenziale, di erogazione delle prestazioni e di

monitoraggio delle cure. Facilita inoltre lo scambio di informazioni tra professionisti e la collaborazione multiprofessionale e multidisciplinare sui singoli casi clinici. Implica il trasferimento di dati e informazioni, anche personali e relativi alla salute, in diversi formati (numerici, testuali, grafici, multimediali, ecc.) e modalità di interazione (sincrona o asincrona).

Le diverse prestazioni e servizi di telemedicina, quali la televisita specialistica, la teleassistenza, il telemonitoraggio, la teleriabilitazione, il teleconsulto medico, la teleconsulenza medico sanitaria, o la telerefertazione, costituiscono un'opportunità e un fattore abilitante la strutturazione di modelli di gestione integrata dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria a rilevanza sanitaria, in grado di rispondere sia alle necessità dei sistemi sanitari, con particolare riferimento alla gestione della cronicità, sia, in un'ottica di medicina personalizzata, a quelle individuali del singolo assistito, così come previsto anche dal "Patto per la Salute 2019-2021".

L'importanza del ruolo della sanità digitale e della telemedicina nel favorire i processi di presa in carico del paziente cronico, consentendo una migliore gestione domiciliare della persona, è riconosciuta anche nel Piano Nazionale della Cronicità del 2016. Del resto, l'utilizzo della telemedicina per l'erogazione di prestazioni e servizi assistenziali abilita e supporta l'attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 21 del DPCM del 12 gennaio 2017, nell'ambito dei percorsi assistenziali integrati e assistenza territoriale.

Lo sviluppo della telemedicina va considerato come un elemento abilitante per l'attuazione della riorganizzazione dell'assistenza territoriale, poiché può favorire:

- la riduzione delle distanze tra operatori sanitari e pazienti e tra operatori sanitari stessi;
- il tempestivo intervento per pazienti cronici trattati a domicilio in occasione di episodi di acuzie;
- la diagnosi precoce dell'evento acuto e il tempestivo intervento per pazienti trattati a domicilio e/o in condizioni di emergenza;
- l'efficientamento delle prestazioni assistenziali erogate in zone interne e/o disagiate con una ottimizzazione delle risorse, offrendo servizi di prossimità che aumentino l'appropriatezza e l'aderenza terapeutica;
- la correlazione degli interventi per una presa in carico integrata tra ospedale e territorio, anche assicurando processi di de-ospedalizzazione, quali ad esempio le dimissioni protette;
- la collaborazione tra gli operatori appartenenti alle diverse reti assistenziali ospedaliere e territoriali, consentendo una più efficace ed efficiente operatività dei gruppi di lavoro, in particolare per tutti quei contesti nei quali la multidisciplinarietà è elemento essenziale per una corretta presa in carico e gestione dell'assistito.

L'adozione della telemedicina come strumento di erogazione di servizi da remoto ha pertanto molteplici vantaggi documentabili in letteratura, tra i quali si evince la possibilità di garantire standard assistenziali e di cura anche in zone rurali e/o disagiate per le distanze da punti di primo accesso sanitario o per l'assenza di figure specialistiche di riferimento.

Indirizzi programmatori generali

Con DCR 257 – 25346 del 20 dicembre 2022 la Regione Piemonte ha definito gli indirizzi programmatori generali, demandando ad atti successivi la declinazione degli obiettivi specifici e delle relative azioni.

- Definire e sviluppare il progetto di telemedicina secondo le indicazioni nazionali e regionali
- Potenziare i servizi di telemedicina e le prestazioni correlate a livello regionale e nelle Aziende Sanitarie, a livello territoriale ed ospedaliero

- Supportare la convergenza di processi e strutture organizzative nelle Aziende Sanitarie
- Implementare e valutare le funzioni e le attività previste ed attuare gli adeguamenti necessari

Tali obiettivi ed azioni orientano la programmazione dell'Azienda sul tema dell'implementazione della Telemedicina.

In particolare tra gli obiettivi strategici del presente PIAO è previsto il potenziamento delle attività e dei servizi svolti attraverso il ricorso alle opportunità offerte dalla Telemedicina, Teleconsulto e Telerefertazione.

SVILUPPO MODELLO INTEGRAZIONE TERRITORIO-OSPEDALE-TERRITORIO, RETI, PERCORSI DI SALUTE ED APPROPRIATEZZA CLINICA ED ORGANIZZATIVA

Il riequilibrio e l'integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale costituisce uno degli obiettivi prioritari di politica sanitaria. Per le persone assistite che risultano più fragili e vulnerabili sono attivati percorsi integrati di continuità delle cure ospedale-territorio. Diventa peraltro essenziale il ruolo delle reti sanitarie integrate e dei percorsi di salute e diagnostico-terapeutici assistenziali, per la presa in carico complessiva e il trattamento delle patologie croniche in forma integrata fra medicina di territorio e medicina specialistica, secondo la logica dell'appropriatezza clinica ed organizzativa.

Lo schema AGENASS sulle "Linee Guida per la Revisione delle Reti Cliniche - D.M. n.70/2015 - Le Reti tempo dipendenti (2018)" ha definito alcuni dei riferimenti per la costruzione delle reti sanitarie.

La Rete clinico-assistenziale è un modello organizzativo che assicura la presa in carico del paziente mettendo in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari di tipologia e livelli di complessità diversi, nel rispetto della continuità assistenziale e dell'appropriatezza clinica e organizzativa.

La Rete clinico assistenziale regionale individua i nodi e le relative connessioni definendone le regole di funzionamento, il sistema di monitoraggio, i requisiti di qualità e sicurezza dei processi e dei percorsi di cura, di qualificazione dei professionisti e le modalità di coinvolgimento dei cittadini.

Il Piano di Rete, predisposto e validato dal Coordinamento regionale della Rete, viene sviluppato in coerenza con gli obiettivi assegnati e relativi indicatori e con le risorse disponibili, nonché contenere le linee di indirizzo e operative per il loro raggiungimento.

In quest'ottica il passaggio che si sta concretizzando è dal "percorso di salute e diagnostico-terapeutico-assistenziale" (PDTA) al "percorso di salute e diagnostico terapeutico assistenziale" (PSDTA), che viene sviluppato in modo più ampio, tale da delineare la presa in carico, gestione e valutazione del paziente integrando tutti gli attori dell'assistenza e del welfare: la prevenzione, il domicilio, le cure primarie, la specialistica ambulatoriale, l'assistenza territoriale e quella ospedaliera, le reti della comunità.

La costruzione di PSDTA centrati sui pazienti è garanzia di effettiva presa in carico dei bisogni "globali" e di costruzione di una relazione empatica tra il team assistenziale e la persona con cronicità ed i suoi caregiver di riferimento.

La definizione contenuta nel Piano Nazionale per il governo delle liste d'attesa 2019-2020 caratterizza i percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) come una serie di attività, alcune erogate in regime ambulatoriale altre in condizione di degenza ospedaliera, finalizzate alla gestione programmata ed appropriata di un problema assistenziale complesso, secondo priorità temporali e modalità d'accesso differenziati a seconda della gravità del singolo caso. I percorsi di salute diagnostici terapeutici assistenziali (PSDTA), nella loro formulazione più aggiornata, permettono di valutare la congruità delle attività svolte rispetto agli obiettivi, alle linee guida di riferimento e alle risorse disponibili e la misura delle attività e degli esiti, in particolare degli outcome, con indicatori specifici, conducendo al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza di ogni intervento e, in modo particolare, dell'appropriatezza clinica ed organizzativa.

L'approccio appropriato prevede, nell'ambito della rete integrata dell'assistenza primaria, una presa in carico condivisa centrato sulla persona in un percorso assistenziale che preveda un'integrazione dei servizi sanitari e sociali (Distretto, servizi socio-assistenziali, caregiver, ecc.), una dimensione multiprofessionale e multidisciplinare (MMG, PDLS, specialisti, infermieri, IFEC, ecc.) in cui i diversi attori si muovono in un unico percorso, quello del PSDTA territorio-ospedale-territorio.

La finalità attesa è quindi di sviluppare e riorganizzare l'assistenza territoriale ed impattare al contempo favorevolmente sulle situazioni di cronicità, sociale ed inappropriatezza che distolgono l'Ospedale dalla sua funzione prioritaria di gestione dell'acuzie e dell'alta complessità ad elevato livello tecnologico.

Il nuovo modello organizzativo della medicina territoriale deve essere contestualmente orientato anche a fornire una risposta adeguata ed esaustiva a tutti quei bisogni di salute che impattano impropriamente sul sistema di emergenza-urgenza e sull'area ospedaliera, che è diventata spesso per i cittadini punto prevalente di riferimento anche per le richieste che dovrebbero essere rivolte ad altri servizi sanitari.

Con DCR 257 – 25346 del 20 dicembre 2022 la Regione Piemonte ha definito gli indirizzi programmatori generali, demandando ad atti successivi la declinazione degli obiettivi specifici e delle relative azioni.

- Consolidare il sistema delle reti clinico-assistenziali a livello regionale e locale
- Potenziare il sistema dei percorsi di salute e diagnostici terapeutici assistenziali a livello regionale e locale
- Definire un progetto di integrazione tra Territorio-Ospedale-Territorio in relazione con i percorsi di salute e con l'appropriatezza clinica ed organizzativa
- Implementare e valutare le funzioni e le attività previste ed attuare gli adeguamenti necessari

La programmazione delle azioni dell'ASL è ispirata a tali linee di indirizzo, recependo e dando attuazione alle scelte strategiche ed operative fornite dalla Regione Piemonte sui temi dell'integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale e dell'appropriatezza organizzativa ed erogativa dei servizi dell'ASL.

DIGITALIZZAZIONE NELLA SANITA'

COMPLETAMENTO ALIMENTAZIONE FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO

La digitalizzazione è un processo che permea tutti gli ambiti della società, dai contesti lavorativi fino a quelli sociali e familiari. La "trasformazione digitale" ha indotto i sistemi produttivi, privati e pubblici, a introdurre cambiamenti radicali nei processi di produzione e di erogazione dei servizi.

La trasformazione digitale ha impattato anche sulla sanità, ambito in cui essa riveste un'importanza decisiva sotto un duplice aspetto: da un lato, si rivolge all'ammodernamento delle tecnologie del sistema sanitario, con la finalità di adeguare gli standard dell'offerta alle esigenze di cura della popolazione. Dall'altro, ha come obiettivo una migliore fruizione dei servizi sanitari da parte dei cittadini. Questi elementi assumono una rilevanza ulteriore a seguito della pandemia da Covid-19, che ha messo in evidenza come entrambi i fattori ricoprano un ruolo decisivo nell'organizzazione delle cure e nella capacità dei servizi di essere più vicini ai bisogni dei pazienti.

Lo sviluppo, e la diffusione, della sanità digitale risponde a numerose aspettative e a molteplici obiettivi, sia dei soggetti istituzionali, sia della popolazione: aumentare la qualità e l'efficienza assistenziale, migliorare ed ampliare l'accesso ai servizi, abilitare nuovi modelli di erogazione, facilitare la trasparenza, aumentare la sicurezza dei pazienti, ridurre i costi amministrativi ed operativi per operatori e cittadini, migliorare la programmazione dei servizi, promuovere l'integrazione tra settori sanitari e assistenziali.

L'ammodernamento della rete assistenziale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) consente di offrire adeguata risposta a due sfide sempre più urgenti:

- le caratteristiche emergenti di una rinnovata domanda di salute (invecchiamento della popolazione, nuovo concetto di benessere, cronicità, nuove fragilità e nuovi bisogni sociali e sociosanitari);
- la necessità di garantire un funzionamento complessivamente più efficiente del SSN.

Anche la Missione 6 insiste sul tema della digitalizzazione, ma con particolare attenzione al Servizio Sanitario Nazionale. La Componente 2 di questa Missione, tra i vari investimenti, prevede la destinazione di risorse per il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE). Il FSE, che implementa il nuovo protocollo HL7 FHIR, rientra in quella che abbiamo individuato come categoria innovativa per quanto riguarda l'organizzazione e l'offerta dei servizi.

È uno strumento ambivalente, pensato per supportare il Sistema Sanitario e i cittadini sotto molteplici aspetti, e costituirà l'oggetto della nostra analisi nei paragrafi successivi.

La Missione 6 C2 del PNRR all'investimento 1.3 individua il rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione. Tale investimento prevede tra gli altri ambiti di intervento "il potenziamento del FSE al fine di garantirne la diffusione, l'omogeneità e l'accessibilità su tutto il territorio nazionale da parte degli assistiti e operatori sanitari. Il FSE svolgerà tre funzioni chiave: (i) punto di accesso per le persone e pazienti per la fruizione di servizi essenziali forniti dal SSN; (ii) base dati per i professionisti sanitari contenente informazioni cliniche omogenee che includeranno l'intera storia clinica del paziente; (iii) strumento per le ASL che potranno utilizzare le informazioni cliniche del FSE per effettuare analisi di dati clinici e migliorare la prestazione dei servizi sanitari."

Con riguardo al FSE la Regione Piemonte ha intrapreso da tempo la sua attivazione promuovendo interventi di digitalizzazione, archiviazione alimentazione dello stesso da parte delle ASR.

Costituisce obiettivo di governo regionale l'alimentazione integrale del FSE con i documenti clinico-sanitari prodotti dalle strutture ospedaliere del SSR; in particolare per le Aziende con Repository interoperabile con FSE, sono previsti tali obiettivi:

- distribuzione degli strumenti di firma digitale per digitalizzare (LDO, VPS, RIS-PACS, AP, e tutti i restanti referti ambulatoriali)
- assicurare alimentazione dei documenti FSE firmata digitalmente

Per quanto riguarda l'attività territoriale il D.M. 77/2022 prevede che "tutte le unità operative territoriali che compongono il Distretto devono essere dotate di soluzioni digitali idonee ad assicurare la produzione nativa dei documenti sanitari in formato digitale, secondo gli standard adottati a livello nazionale, e la condivisione dei dati relativi a ciascun paziente tra i diversi professionisti sanitari coinvolti nell'assistenza": ciò al fine di consentire di realizzare servizi in rete pienamente integrati. Si tratta, quindi, di rendere disponibili a ciascun Distretto, anche nell'ambito dei sistemi regionali, infrastrutture tecnologiche ed informatiche integrate e interoperabili sia con i sistemi dell'ecosistema di sanità digitale nazionali (ANA, NSIS, TS, PAGOPA, SPID, ecc.) e regionali (FSE, CUP, ecc.) nonché con le soluzioni di telemedicina.

Con DCR 257 – 25346 del 20 dicembre 2022 la Regione Piemonte ha definito gli indirizzi programmatori generali, demandando ad atti successivi la declinazione degli obiettivi specifici e delle relative azioni.

- Analizzare e sviluppare i sistemi informativi a livello Aziendale/Distrettuale
- Consolidare gli standard di qualità previsti in ambito di sistemi informativi
- Consolidare l'integrazione tra i sistemi informativi e i flussi informativi istituzionali
- Implementare e valutare le funzioni e le attività previste ed attuare gli adeguamenti necessari

Sul fronte della diffusione al pubblico dell'informazione relativa ai servizi digitali a disposizione degli utenti, è presente sul sito istituzionale dell'Azienda un'apposita sezione, con accesso rapido da link "Come fare per", che illustra le modalità di fruizione del servizio di assistenza per la creazione delle credenziali SPID, e per l'attivazione e l'uso del FSE in tutte le diverse funzioni quali, a mero titolo di esempio, il ritiro on line dei referti delle prestazioni sanitarie.

Tali obiettivi ed azioni orientano la programmazione dell'Azienda sul tema dell'implementazione e sviluppo della digitalizzazione nella sanità.

In particolare tra gli obiettivi strategici del presente PIAO è prevista la completa distribuzione degli strumenti di firma digitale per digitalizzare i documenti sanitari (LDO, VPS, RIS-PACS, AP, e tutti i restanti referti ambulatoriali) in modo da garantire la corretta e tempestiva alimentazione di tali documenti firmati digitalmente nell'ambito del Fascicolo Sanitario Elettronico.

BOARDING PS/DEA
PERCORSI PS/DEA – AREE DI DEGENZA
Revisione flussi/percorsi da PS/DEA ai reparti

È fondamentale consolidare un percorso di monitoraggio, valutazione e revisione delle modalità di gestione dei DEA/PS, e dei processi organizzativi correlati al DEA/PS (boarding da parte delle Unità Organizzative ospedaliere; percorsi di dimissione; presa in carico territoriale), al fine di garantire un miglior servizio ai pazienti e di supportare le Aziende attraverso la condivisione di una metodologia uniforme a livello regionale basata sui flussi informativi disponibili.

Tale finalità è in linea con quanto peraltro previsto dall'Accordo n°143 del 01/08/2019 della Conferenza Stato Regioni, con il quale sono stati approvati i seguenti documenti: i) Linee di indirizzo nazionali sul Triage Intraospedaliero; ii) Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva; iii) Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso.

Il termine boarding si riferisce al prolungato stazionamento in PS dei pazienti già valutati e in attesa di un posto letto per il ricovero; con DGR n. 7-3088 del 16 aprile 2021 la Regione Piemonte ha deliberato il Nuovo modello organizzativo per percorsi omogenei in Pronto Soccorso.

Al fine di migliorare il servizio offerto ai cittadini è strategico:

- Attivazione dei percorsi di fast track - in tutti i PO sede di PS/DEA dell'ASR come previsto dall'Allegato C alla DGR n.7-3088/2021 compatibilmente con la casistica trattata. Nello specifico l'allegato C alla DGR riporta le schede relative al fast track problemi di pertinenza delle seguenti specialistiche: oculistica; ORL; dermatologia; maxillo / odontoiatrica
- Piano di Gestione del Sovraffollamento - PGS (Allegato D alla DGR n.7-3088/2021). PGS aziendale e per ogni singolo Presidio ospedaliero dell'ASR sede di PS/DEA
- Monitoraggio per la riduzione del boarding

Tali obiettivi ed azioni orientano la programmazione dell'Azienda sul tema della Revisione flussi/percorsi da PS/DEA ai reparti, nell'ottica di una più efficiente ed efficace risposta al paziente nell'ambito delle attività dei PS/DEA. In particolare tra gli obiettivi strategici del presente PIAO sono previsti specifici obiettivi per

- Riduzione tempo attesa del posto letto in DEA/PS con un target tra "ora decisione ricovero" e "ora ricovero" inferiore alle 2 ore;
- Tempi permanenza in PS/DEA (codici rosso-azzurro-arancione-verde) con target di rientro entro standard regionali / miglioramento su anno precedente.

REVISIONE DEI PERCORSI CHIRURGICI, INTERNISTICI E AMBULATORIALI

Dal punto di vista organizzativo-gestionale, la Direzione Generale, nel recepire il documento ministeriale "Piano operativo per il recupero liste di attesa" del 25.01.2022, che evidenzia in riferimento ai Modelli organizzativi aziendali che "...diventa necessario reindirizzare i processi produttivi, allo scopo di arrivare ad una significativa riduzione della complessità organizzativa ed aumento dell'efficienza, ha formalizzato l'avvio di un processo teso all'analisi organizzativa delle strutture di erogazione ed eventualmente alla revisione dei modelli in uso.

Tra gli oggetti della revisione rientrano:

- Il percorso chirurgico (ambito ospedaliero)
 - Il percorso medico (ambito ospedaliero)
 - Le attività ambulatoriali (ambito ospedaliero e territoriale)
- costituendo specifici TEAM composti da diversi profili professionali

Ai Team è affidata l'analisi ed eventuale riprogettazione dei percorsi di erogazione delle prestazioni sanitarie, ognuno per i temi di competenza e sono assegnati obiettivi, ambiti di lavoro e strumenti (una particolare rilevanza è attribuita alle tecniche di Operation Management). Obiettivo finale è sperimentare modelli tesi all'efficienza organizzativa ed operativa, in una logica di diffusione omogenea nelle strutture aziendali.

I tre Team sono coordinati da un Gruppo di Coordinamento che ha la funzione di definire gli obiettivi di lavoro, monitorare gli avanzamenti, fornire gli strumenti di analisi e progettazione. Il Gruppo di Coordinamento può supportare direttamente i Teams tramite i propri componenti che opereranno nei Teams nel ruolo di supervisori /coordinatori.

TEAM C

Obiettivo:

- *percorsi chirurgici re-ingegnerizzati sulle specialità chirurgiche su tutti i presidi.*

Analisi e revisione dei percorsi di sala operatoria con attenzione anche all'organizzazione delle attività pre-post episodio chirurgico, anche con l'utilizzo di strumenti di operation management

TEAM M

Obiettivi:

- *Percorso di gestione della cronicità*
- *Revisione flussi/percorsi da PS al reparto di Medicina*
- *Potenziamento Rete Ematologica*
- *Piano di implementazione telemedicina e DDI*

Particolare attenzione ai flussi dei pazienti dai PS/DEA verso l'ospedalizzazione, creando modelli di presa in carico efficienti ed appropriati, nell'ottica di superare i momenti critici di sovraffollamento dei reparti dell'area medica ospedaliera.

TEAM A

Obiettivi:

- *Modello di erogazione della attività ambulatoriale ad alta integrazione territorio-ospedale*
- *Piano di implementazione telemedicina e DDI*
- *Modello organizzativo per CdC, OdC, COT*
- *Attività prescrittiva/Dema*

RIQUALIFICAZIONE DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI TORTONA

Il progetto di riqualificazione del Presidio Ospedaliero di Tortona prevede, tra l'altro, il conferimento ad operatore economico del servizio di gestione delle seguenti attività:

- A) GESTIONE DELLA ATTIVITA' DI RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE
- B) GESTIONE DELLA PIATTAFORMA AMBULATORIALE
- C) GESTIONE DEL PRONTO SOCCORSO (P.S.)

Al soggetto aggiudicatario viene richiesto di gestire in autonomia e con assunzione di responsabilità gestionale e sanitaria tre distinti servizi sanitari.

- 1) Il reparto di Recupero e Riabilitazione Funzionale (R.R.F.) mediante prestazioni di riabilitazione specialistica di tipo motorio (cui verrà assicurato un flusso costante di pazienti dal reparto ospedaliero di ortopedia con priorità per i pazienti di Tortona), con dotazione di personale medico, infermieristico, riabilitativo e di supporto. Nell'ambito del servizio, sono richieste anche prestazioni di tipo ambulatoriale;
- 2) La Piattaforma Ambulatoriale (collegata al P.S. nelle ore diurne con sistemi di accesso fast tracking) per le specialità indicate, con dotazione di personale medico, infermieristico e di supporto;
- 3) Il servizio di pronto soccorso 24h/24 per 365 giorni all'anno con dotazione di personale medico.

A partire dal 2024 si è attivato il servizio di pronto soccorso e l'attività del reparto di Recupero e Riabilitazione Funzionale (R.R.F.), mentre sono in atto gli interventi strutturali per l'avvio della Piattaforma Ambulatoriale.

Questi i dati di attività di ricovero del reparto RRF (ad ottobre 2024):

MDC	10 MESI 2024	
	n. ricoveri	n. gg degenza
TOT	240	4.443
MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO	19	785
MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	221	3.658

NUOVO SISTEMA DI GARANZIA

NSG

MONITORAGGIO INDICATORI

Dal 1° gennaio 2020 è vigente il Nuovo Sistema di Garanzia, come previsto dall'art. 3, comma 6, del DM 12 marzo 2019, pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 14 giugno 2019. Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), è lo strumento che consente, con le numerose informazioni ad oggi disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di misurare secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA). Esso rappresenta una svolta significativa nelle metodologie di monitoraggio dei LEA, e aggiorna il Sistema di Garanzia introdotto nel 2000.

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

Analizzare gli esiti rappresentati nel sistema NSG, come utile benchmark rispetto ai livelli assicurati nelle strutture erogative aziendali, costituisce un formidabile strumento di verifica dell'appropriatezza, adeguatezza e qualità di quanto offerto al territorio di riferimento, nell'ottica del miglioramento continuo delle attività delle articolazioni organizzative deputate a tali compiti assistenziali.

Gli spunti offerti dal Nuovo Sistema di Garanzia, come previsto dall'art. 3, comma 6, del DM 12 marzo 2019 orientano la programmazione dell'Azienda nelle diverse aree di azione dell'Azienda (Prevenzione, Assistenza, Riabilitazione), nell'ottica del miglioramento verso i target previsti o di mantenimento dei livelli laddove già raggiunti gli standard definiti.

In particolare tra gli obiettivi strategici del presente PIAO sono previsti specifici obiettivi per

- Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore
- Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche
- Vaccinazioni obbligatorie pediatriche
- Proporzioni colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni
- Interventi per frattura femore over 65 anni
- Assistenza al parto - Parti cesarei primari
- Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici

Nel corso del 2024 la Regione Piemonte ha periodicamente trasmesso alle Aziende Sanitarie i report di monitoraggio aggiornati per Azienda e Area che riportano gli indicatori tratti dal NSG relativi all'anno 2024 per quanto riguarda l'appropriatezza ricoveri, prestazioni ambulatoriali e pronto soccorso, oltre che a pubblicare sulla piattaforma PADDI l'aggiornamento degli indicatori oggetto di obiettivo assegnato ai Direttori Generali anno 2024 (4.4 Monitoraggio e Garanzia LEA – Sistema NSG - D.G.R. 7-8279 dell'11.03.2024).

In relazione agli indicatori di appropriatezza e agli indicatori previsti dall'obiettivo regionale quali "CORE" e pertanto utilizzabili per valutare sinteticamente l'erogazione dei LEA da parte delle Regioni, sono stati effettuati audit interni aziendali, a seguito dei quali è seguito confronto con l'AOU AL, di cui si riporta l'esito.

AREA DISTRETTUALE

D03C	Tasso di ospedalizzazione (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco.
-------------	--

Si evidenzia una graduale flessione del tasso ASL AL dal 2019 ai primi 9 mesi del 2024, per maggior appropriatezza nei ricoveri ordinari relativamente alle patologie previste dall'indicatore. I dati di base sono sostanzialmente allineati alle estrazioni interne, pur se con qualche lieve differenza.

Anno 2019		Anno 2023		Anno 2024 (Dati al 3 trimestre)		PROIEZ 2024	
Tasso/perc. ASL AL	Tasso/perc. REGIONE PIEMONTE	Tasso/per c. ASL AL	Tasso/perc. REGIONE PIEMONTE	Tasso/perc. ASL AL	Tasso/perc. REGIONE PIEMONTE	Tasso/per c. ASL AL	Tasso/per c. REGIONE PIEMONTE
526	299	364	221	240	157	320	210

Nell'ambito dell'indicatore in esame, il maggior ricorso al ricovero si rileva per patologie correlate allo scompenso.

Si provvederà ad estrarre dati specifici per singolo erogatore per approfondimenti e valutazioni.

D04C	Tasso di ospedalizzazione (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite
-------------	---

Si rileva un graduale riallineamento alla media regionale. Il numero dei casi oggetto dell'indicatore è numericamente ridotto e correlato a ricoveri effettuati presso AOU AL per la presenza dell'ospedale infantile:

Anno 2019		Anno 2023		Anno 2024 (Dati al 3 trimestre)		PROIEZ 2024	
Tasso/perc. ASL AL	Tasso/perc. REGIONE PIEMONTE	Tasso/per c. ASL AL	Tasso/perc. REGIONE PIEMONTE	Tasso/perc. ASL AL	Tasso/perc. REGIONE PIEMONTE	Tasso/per c. ASL AL	Tasso/per c. REGIONE PIEMONTE
56	32	33	29	18	22	24	29

D09Z Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso

I dati sono estrapolati da flusso informativo non gestito dall'ASL AL e dall'AOU AL; si rileva coerenza rispetto alla media regionale:

Anno 2023		Anno 2024 (Dati al 3 trimestre)	
Tasso/per c. ASL AL	Tasso/perc. REGIONE PIEMONTE	Tasso/perc. ASL AL	Tasso/perc. REGIONE PIEMONTE
21	22	24	24

D10Z Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B.

Si osserva un costante miglioramento dell'indicatore, superiore alla media regionale. Da analisi effettuate con i dati disponibili, si confermano le percentuali calcolate da Regione Piemonte:

Anno 2019		Anno 2023		Anno 2024 (Dati al 3 trimestre)	
Tasso/perc. ASL AL	Tasso/perc. REGIONE PIEMONTE	Tasso/per c. ASL AL	Tasso/perc. REGIONE PIEMONTE	Tasso/perc. ASL AL	Tasso/perc. REGIONE PIEMONTE
64	58	90	85	94	90

D14C Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici

Si rileva positivamente la riduzione della percentuale calcolata, dovuta all'attività informativa effettuata ai MMG oltre che agli effetti del recente accordo che definisce la riduzione del consumo antibiotici tra gli obiettivi assegnati ai MMG.

Anno 2019		Anno 2023		Anno 2024 (Dati al 3 trimestre)		PROIEZ 2024	
Tasso/perc. ASL AL	Tasso/perc. REGIONE PIEMONTE	Tasso/per c. ASL AL	Tasso/perc. REGIONE PIEMONTE	Tasso/perc. ASL AL	Tasso/perc. REGIONE PIEMONTE	Tasso/per c. ASL AL	Tasso/per c. REGIONE PIEMONTE
4.888	4.652	4.537	4.658	3.334	3.429	4.446	4.572

D22Z Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)

I tassi calcolati per ASL AL risultano più elevati rispetto alla media regionale per pazienti in CIA 1 e CIA 2, mentre sono inferiori per i pazienti in CIA 3. Si osserva che nel mix delle medie regionali i tassi dei pazienti in CIA 3 sono superiori rispetto ai tassi in CIA 2, il che risulta poco coerente considerando che la classificazione CIA 3 riguarda un livello di intensità assistenziale più elevato.

	Anno 2019		Anno 2023		Anno 2024 (Dati al 3 trimestre)	
	Tasso/perc. ASL AL	Tasso/perc. REGIONE PIEMONTE	Tasso/per c. ASL AL	Tasso/perc. REGIONE PIEMONTE	Tasso/perc. ASL AL	Tasso/perc. REGIONE PIEMONTE
CIA 1	5,6	3,8	6,7	4,1	6,0	3,9
CIA 2	3,2	2,0	3,1	2,2	2,6	1,8
CIA 3	2,9	2,3	3,2	5,5	2,2	2,9

In merito ai dati utilizzati per il calcolo dell'indicatore non risulta coerenza tra quanto pubblicato da Regione Piemonte e l'esito della elaborazione effettuata dal gestore del flusso FAR – SIAD (ASL CN1) sulla base dei criteri pubblicati sul portale PADDI (segnalata tale difformità al CSI).

D27C Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria

Si osserva il graduale allineamento alle medie regionali. I dati utilizzati dalla Regione sono sostanzialmente in linea con l'estrazione effettuata da ASL AL per confronto.

Anno 2019		Anno 2023		Anno 2024 (Dati al 3 trimestre)	
Tasso/perc. ASL AL	Tasso/perc. REGIONE PIEMONTE	Tasso/per c. ASL AL	Tasso/perc. REGIONE PIEMONTE	Tasso/perc. ASL AL	Tasso/perc. REGIONE PIEMONTE
8,5	6,7	5,1	7,0	5,8	6,2

D30Z Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore

Si evidenzia l'incremento del tasso nel corso degli anni, dovuto anche a maggior appropriatezza nel flusso Hospice.

Anno 2019		Anno 2023		Anno 2024 (Dati al 3 trimestre)		PROIEZ 2024	
Tasso/perc. ASL AL	Tasso/perc. REGIONE PIEMONTE	Tasso/per c. ASL AL	Tasso/perc. REGIONE PIEMONTE	Tasso/perc. ASL AL	Tasso/perc. REGIONE PIEMONTE	Tasso/per c. ASL AL	Tasso/per c. REGIONE PIEMONTE
15	31	40	44	31	33	41	44

D33Za	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura R1 R2 R3)
--------------	---

I tassi ASL AL risultano più elevati rispetto alla media regionale per R1 e R2, inferiori per R3; il totale complessivo è comunque inferiore alla media del Piemonte.

	Anno 2019		Anno 2023		Anno 2024 (Dati al 3 trimestre)	
	Tasso/perc. ASL AL	Tasso/perc. REGIONE PIEMONTE	Tasso/per c. ASL AL	Tasso/perc. REGIONE PIEMONTE	Tasso/perc. ASL AL	Tasso/perc. REGIONE PIEMONTE
R1	2,42	1,85	0,05	0,03	0,03	0,03
R2	16,18	11,42	18,14	10,24	14,56	8,72
R3	21,85	31,81	25,18	37,45	23,23	35,17

Si rilevano differenze sensibili tra i dati regionali e i valori elaborati dal gestore del flusso FAR-SIAD sulla base dei criteri pubblicati sul portale PADDI (segnalata tale difformità al CSI).

AREA OSPEDALIERA

H01Z	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) in rapporto alla popolazione residente
-------------	--

Dai dati presenti nel report regionale il T.O. dell'ASL AL risulterebbe per il 2023 e per i nove mesi del 2024 in flessione rispetto al 2019 e lievemente inferiore alla media regionale. Si evidenzia che per il calcolo la Regione non considera i casi di ricovero presso strutture di altre regioni, che porterebbe a un tasso decisamente più elevato per ASL AL.

Anno 2019		Anno 2023		Anno 2024 (Dati al 3 trimestre)		PROIEZ 2024	
Tasso/perc. ASL AL	Tasso/perc. REGIONE PIEMONTE	Tasso/per c. ASL AL	Tasso/perc. REGIONE PIEMONTE	Tasso/perc. ASL AL	Tasso/perc. REGIONE PIEMONTE	Tasso/per c. ASL AL	Tasso/per c. REGIONE PIEMONTE
132	130	122	125	89	92	119	122

H02Z

Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi annui.

Per l'anno 2023 il tasso risulta correttamente al di sopra della media regionale; i 9 mesi 2024 non sono stati calcolati dalla regione. L'indicatore risulta essere calcolato con il criterio della residenza dell'assistito.

Anno 2019		Anno 2023		Anno 2024 (Dati al 3 trimestre)	
Tasso/perc. ASL AL	Tasso/perc. REGIONE PIEMONTE	Tasso/per c. ASL AL	Tasso/perc. REGIONE PIEMONTE	Tasso/perc. ASL AL	Tasso/perc. REGIONE PIEMONTE
66	71	88	71	0	50

H04Z

Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (Allegato B Patto per la Salute 2010- 2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario

Si rileva sostanzialmente l'allineamento al dato regionale:

Anno 2019		Anno 2023		Anno 2024 (Dati al 3 trimestre)	
Tasso/perc. ASL AL	Tasso/perc. REGIONE PIEMONTE	Tasso/per c. ASL AL	Tasso/perc. REGIONE PIEMONTE	Tasso/perc. ASL AL	Tasso/perc. REGIONE PIEMONTE
0,11	0,10	0,09	0,09	0,09	0,08

Si provvederà ad estrarre dati specifici per singolo erogatore per approfondimenti e valutazioni.

H05Z

Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni

Dai dati regionali emerge un miglioramento dell'indicatore nel corso dei periodi analizzati. L'indicatore risulta essere calcolato con il criterio della residenza dell'assistito.

Anno 2019		Anno 2023		Anno 2024 (Dati al 3 trimestre)	
Tasso/perc. ASL AL	Tasso/perc. REGIONE PIEMONTE	Tasso/per c. ASL AL	Tasso/perc. REGIONE PIEMONTE	Tasso/perc. ASL AL	Tasso/perc. REGIONE PIEMONTE
77	80	82	83	84	83

L'indice rilevato rientra nello standard previsto.

H13C	Percentuale di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario
-------------	--

Il dato calcolato dalla Regione risulta inferiore alla media regionale. Se rivisto con il criterio della produzione, per i PP.OO. ASL AL i tassi risultano notevolmente superiori. L'indicatore risulta essere calcolato con il criterio della residenza dell'assistito e di conseguenza incide l'attività di altre strutture:

Anno 2019		Anno 2023		Anno 2024 (Dati al 3 trimestre)	
Tasso/perc. ASL AL	Tasso/perc. REGIONE PIEMONTE	Tasso/per c. ASL AL	Tasso/perc. REGIONE PIEMONTE	Tasso/perc. ASL AL	Tasso/perc. REGIONE PIEMONTE
57	65	63	71	64	74

Si rileva come il dato negli ultimi mesi del 2024 sia significativamente in aumento per AOU AL e oltre la media regionale per l'ultimo trimestre dell'anno (95% a Ottobre).

H17C	Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti
H18C	Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con ≥ 1.000 parti

L'esito degli indicatori non risulta in linea con i dati ASL AL, pertanto sono stati richiesti maggiori chiarimenti alla Regione in merito ai criteri di estrazione.

	Anno 2019		Anno 2023		Anno 2024 (Dati al 3 trimestre)	
	Tasso/perc. ASL AL	Tasso/perc. REGIONE PIEMONTE	Tasso/per c. ASL AL	Tasso/perc. REGIONE PIEMONTE	Tasso/perc. ASL AL	Tasso/perc. REGIONE PIEMONTE
H17C	21	17	23	16	18	17
H18C	19	20	20	21	30	22

Si provvederà ad estrarre dati specifici per singolo erogatore per approfondimenti e valutazioni.

Il dato AOU AL risulta comunque inferiore alla media regionale e agli standard previsti dalla letteratura.

AREA PREVENZIONE

P01C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)
P02C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)

Entrambi gli indicatori risultano sostanzialmente allineati alla media regionale.

	Anno 2019		Anno 2023		Anno 2024 (Dati al 3 trimestre)	
	Tasso/perc. ASL AL	Tasso/perc. REGIONE PIEMONTE	Tasso/per c. ASL AL	Tasso/perc. REGIONE PIEMONTE	Tasso/perc. ASL AL	Tasso/perc. REGIONE PIEMONTE
P01C	95,7	94,2	94,2	94,1	93,8	94,1
P02C	94,5	93,9	93,7	93,8	93,8	94,2

La lieve flessione del tasso 2024 rispetto alla media regionale è sostanzialmente attribuita, come avviene anche per altre aziende, a problemi riscontrati nella gestione delle anagrafiche, soprattutto in presenza di centri urbani con numero elevato di abitanti.

Vengono successivamente esaminati anche gli indicatori NSG che la Regione Piemonte monitora nell'ambito dell'appropriatezza, dove sono presenti alcuni indicatori sopra analizzati.

Per quanto riguarda altri indicatori non presenti nell'analisi NSG CORE si evidenziano i seguenti:

H06Z	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente.
H07Z	Tasso di accessi in ricoveri day hospital di tipo medico in rapporto alla popolazione residente.

	Anno 2019		Anno 2023		Anno 2024 (Dati al 3 trimestre)	
	Tasso/perc. ASL AL	Tasso/perc. RP	Tasso/per c.	Tasso/per c. RP	Tasso/perc.	Tasso/perc. RP
H06Z	1,3	1,8	1,86	2,39	1,35	1,71
H07Z	10,9	10,7	11,7	11,4	7,98	7,20

Si provvederà ad estrarre dati specifici per singolo erogatore per approfondimenti e valutazioni.

D13C	Consumo di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti anziani con più di 65 anni per 1000 abitanti.
-------------	---

Anno 2019		Anno 2023		Anno 2024(Dati al 3 trimestre)	
Tasso/perc. ASL AL	Tasso/perc. RP	Tasso/per c.	Tasso/per c. RP	Tasso/perc.	Tasso/perc. RP
56,45	54,86	57,25	55,65	46,41	42,65

Il maggior consumo di RM osteoarticolari nella popolazione anziana residente rispetto alla media regionale è probabilmente correlata alla maggior offerta di prestazioni nel territorio provinciale da parte delle strutture private accreditate.

Si provvederà ad estrarre dati specifici per singolo erogatore per approfondimenti e valutazioni e per definire eventuali azioni di natura formativa e informativa nei confronti dei MMG.

GOVERNO LISTE ATTESA RICOVERI

La D.G.R. n. 2-1980 del 23.09.2020, titolata "Decreto-Legge 14 agosto 2020, n. 104. Obiettivi programmatici e riparto risorse alle Aziende pubbliche del SSR per il recupero delle liste di attesa relative a prestazioni ambulatoriali, di screening oncologici e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2" ha approvato, all'allegato A, il Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici.

La successiva D.G.R. n. 22-3690 del 06.08.2021, titolata "Approvazione dell'aggiornamento del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici. Ulteriori indicazioni in applicazione del D.L. 14 agosto 2020, n.104 e del D.L. 25 maggio 2021, n. 73, ad integrazione ed aggiornamento della D.G.R. 23 settembre 2020, n. 2-1980" con la quale si è disposto per l'aggiornamento del Piano di recupero delle liste di attesa, secondo le indicazioni fornite nel DL 73/2021 sopra citato ed approvato quale Allegato A dell'atto suddetto.

In seguito, l'art. 1, comma 276 e successivi 277, 278 e 279 della legge 30 dicembre 2021, n. 234 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024" ha previsto una proroga alle misure adottate con i precedenti atti sopra richiamati fino al 31 dicembre 2022, nonché il finanziamento e i canali utilizzabili per le finalità specifiche di recupero delle liste di attesa delle prestazioni di ricovero, di specialistica ambulatoriale e di screening oncologici.

In attuazione del disposto della normativa di cui ai paragrafi precedenti, con D.G.R. n. 48-4605 del 28.01.2022 è stata approvata la rimodulazione del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici, tenuto conto delle indicazioni in merito fornite dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, che ha provveduto ad inviare, con proprie note, le "Linee di indirizzo per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell'epidemia da SARS-COV-2".

Infine, con D.G.R. n. 4-4878 del 14.04.2022 è stata approvata, ad integrazione della D.G.R. n. 48-4605 del 28.01.2022, la nuova rimodulazione del piano regionale e dei piani aziendali per il recupero delle liste di attesa per le prestazioni di ricovero, di specialistica ambulatoriale e di screening oncologici, fornendo ulteriori disposizioni attuative e modalità organizzative per il recupero delle liste di attesa nelle strutture pubbliche e private accreditate ed autorizzando le Aziende Sanitarie Regionali all'utilizzo, ad integrazione delle risorse già assegnate con D.G.R. del 24 novembre 2021, n. 2-4147, delle ulteriori risorse previste dall'art. 1, comma 278, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 pari a Euro 36.862.840,00, secondo la ripartizione riportata nell'allegato B) definita sulla base del fabbisogno espresso dalle ASR – a partire dal conteggio delle prestazioni erogate nell'anno 2019.

Il provvedimento soprarichiamato è stato aggiornato per l'anno 2023 con D.G.R. n. 20 – 6920 ad oggetto: Approvazione della rimodulazione del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici, ai sensi dell'art. 4, comma 9 octies del D.L. 29 dicembre 2022, n. 198. Aggiornamento della D.G.R. n. 48-4605 del 28.01.2022 e della D.G.R. n. 4-4878 del 14.04.2022.

Alla luce di quanto sopra risulta strategica la prosecuzione nel percorso di recupero dei livelli di produttività ante covid-19, attraverso recuperi di efficienza e percorsi di reingegnerizzazione dei processi di erogazione delle prestazioni di sala operatoria. Si riportano i risultati elaborati con i dati disponibili dell'anno 2024:

RICOVERI ORDINARI + DS	
	10 MESI
TIPOLOGIA DRG	% 2024 vs 2019
Classe 1: Interventi maggiori, chirurgia oncologica e trapianti	83,5%
Classe 2: Interventi non classificati come maggiori, ma correlati a patologie di rilievo	107,9%
Classe 3: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di minore complessità	104,8%
TOT CLASSI 1-2-3	103,2%

DATI PROVVISORI IN FASE DI CONSOLIDAMENTO

INTERVENTI CHIRURGICI (RICOVERI ORDINARI + DAY SURGERY)							
<i>(fonte Registro Operatorio)</i>							
PRESIDIO OSPEDALIERO	SPECIALITA'	11M 2019	11M 2021	11M 2022	11M 2023	11M 2024	% 2024 su 2019
P.O. ACQUI	CHIRURGIA	776	551	622	891	966	124,5%
	ORTOPEDIA	762	477	517	576	633	83,1%
	ORL	159	58	78	92	99	62,3%
	UROLOGIA	143	66	55	77	109	76,2%
	TOTALE P.O. ACQUI	1.840	1.152	1.272	1.636	1.807	98,2%
P.O. CASALE	CHIRURGIA	605	472	528	544	461	76,2%
	ORTOPEDIA	703	718	815	842	802	114,1%
	CARDIOLOGIA	124	160	163	181	144	116,1%
	NEFROLOGIA	12	8	6	11	12	100,0%
	OCULISTICA	450	385	405	453	438	97,3%
	ODONTOSTOMATOLOGIA	53	50	66	70	55	103,8%
	ORL	179	124	148	148	170	95,0%
	OSTETRICA GINECOLOGIA	654	491	521	642	490	74,9%
	PNEUMOLOGIA		0	0	21	139	
	RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	23	27	24	19	23	100,0%
	TERAPIA DEL DOLORE	638	460	712	1.337	1.357	212,7%
	UROLOGIA	330	238	163	2	0	0,0%
TOTALE P.O. CASALE	3.771	3.133	3.551	4.270	4.091	108,5%	
P.O. NOVI	CHIRURGIA	699	595	605	653	696	99,6%
	ORTOPEDIA	214	522	399	341	313	146,3%
	CARDIOLOGIA	191	157	139	138	162	84,8%
	NEFROLOGIA	13	2	0	0	0	0,0%
	OCULISTICA	24	2	0	0	0	0,0%
	ORL		1	0	1	1	
	OSTETRICA GINECOLOGIA	748	538	605	660	564	75,4%
	RIANIMAZIONE	15	14	32	22	21	140,0%
	UROLOGIA	977	866	998	1.076	1.031	105,5%
TOTALE P.O. NOVI	2.881	2.697	2.778	2.891	2.788	96,8%	
P.O. TORTONA	CHIRURGIA	855	294	698	937	977	114,3%
	ORTOPEDIA	783	292	724	862	848	108,3%
	OCULISTICA	31	7	0	0	0	0,0%
	ORL	330	157	157	228	254	77,0%
	TERAPIA DEL DOLORE	163	4	43	24	145	89,0%
TOTALE P.O. TORTONA	2.162	754	1.622	2.051	2.224	102,9%	
TOTALE COMPLESSIVO	10.654	7.736	9.223	10.848	10.910	102,4%	

DATI PROVVISORI IN FASE DI CONSOLIDAMENTO

SCREENING – RISPETTO STANDARD REGIONALI

La D.G.R. n. 2-1980 del 23.09.2020, titolata "Decreto-Legge 14 agosto 2020, n. 104. Obiettivi programmatici e riparto risorse alle Aziende pubbliche del SSR per il recupero delle liste di attesa relative a prestazioni ambulatoriali, di screening oncologici e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2" ha approvato, all'allegato A, il Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici.

Con D.G.R. n. 48-4605 del 28.01.2022 è stata approvata la rimodulazione del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici, tenuto conto delle indicazioni in merito fornite dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, che ha provveduto ad inviare, con proprie note, le "Linee di indirizzo per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell'epidemia da SARS-COV-2".

Infine, con D.G.R. n. 4-4878 del 14.04.2022 è stata approvata, ad integrazione della D.G.R. n. 48-4605 del 28.01.2022, la nuova rimodulazione del piano regionale e dei piani aziendali per il recupero delle liste di attesa per le prestazioni di ricovero, di specialistica ambulatoriale e di screening oncologici, fornendo ulteriori disposizioni attuative e modalità organizzative per il recupero delle liste di attesa nelle strutture pubbliche e private accreditate.

In particolare, la sopra citata D.G.R. n. 4-4878 del 14.04.2022, come aggiornata con D.G.R. N. 20-6920 del 22.05.2023, dispone per il miglioramento dei risultati delle campagne di screening regionale al fine di raggiungere gli obiettivi prefissati nel Piano Nazionale Screening e nel Piano Regionale di Prevenzione (Volumi di attività), prevedendo in coerenza alla nota prot. n. 7258 del 23 febbraio 2022 le prestazioni aggiuntive necessarie per raggiungere gli obiettivi programmati.

Il presente obiettivo si inquadra nell'ambito normativo sopra delineato e prevede il raggiungimento dello standard erogativo descritto negli atti succitati e si articola nel raggiungimento degli obiettivi di inviti e prestazioni secondo gli indicatori di cui ai paragrafi successivi.

Il primo indicatore per ciascuno dei tre screening oncologici (tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto) riguarda la copertura da inviti, e il secondo la copertura da esami.

Per copertura da inviti si intende la capacità di invitare tutte le persone facenti parte della popolazione target con la cadenza stabilita: se, per esempio, la cadenza degli inviti è biennale, la popolazione target annuale è data indicativamente dalla popolazione target diviso due. In questa fase di recupero del ritardo accumulato a seguito del rallentamento dell'attività dovuto alla pandemia, la popolazione target è calcolata includendo anche la quota di popolazione con periodismo di invito già scaduto.

L'indicatore viene calcolato come numero di inviti diviso la popolazione target annuale.

Analogamente, la copertura da esami viene calcolata come numero di esami di screening eseguiti diviso la popolazione target annuale.

Per il programma di screening della cervice uterina, che utilizza due tipi di test (HPV test per le donne di età compresa tra 30 e 64 anni e Pap-test per le donne di età compresa tra 25 e 29 anni) si considera, sia per la copertura da inviti che per la copertura da esami, la somma dei volumi di attività erogati per i due test (inviti per HPV + inviti per Pap-test; esami HPV + Esami Pap-test).

Per il programma di screening della colon-retto, che utilizza due tipi di test (sigmoidoscopia e test per la ricerca del sangue occulto – FIT), che richiedono una diversa programmazione dell'attività, la copertura da inviti viene calcolata per la coorte delle persone invitate alla sigmoidoscopia (58enni), che rappresenta il primo test proposto a tutta la popolazione target.

La copertura da esami viene calcolata come il totale degli esami eseguiti (FIT + sigmoidoscopia) diviso per il totale della popolazione bersaglio 58-69 anni (soggetti da invitare alla sigmoidoscopia o al FIT nell'anno di riferimento).

La popolazione target e gli intervalli di screening sono i seguenti:

- Donne di età 50-69 anni per lo screening mammografico (due anni).
- Donne di età 25-64 anni (30-64 per HPV) per lo screening cervico-vaginale (tre anni per le donne con Pap-test negativo e 5 anni per donne con test HPV negativo).
- Uomini e donne di età 58-69 anni per lo screening coloretale (due anni per il FIT e solo una volta a 58 anni per la sigmoidoscopia).

La situazione alla data del 30.09.2024 (dati di consuntivo in fase di consolidamento) risulta la seguente:

Screening Mammografico età 50-69 anni:

COPERTURA INVITI 88,5% (Target 97-100%)

COPERTURA ESAMI 58,4% (Target 60-63%)

Screening cervico-vaginale età 25-64 anni:

COPERTURA INVITI 93% (Target 97-100%)

COPERTURA ESAMI 41% (Target 49-52%)

Screening colo-rettale età 50-74 anni:

COPERTURA INVITI 97,4% (Target 97-100%)

COPERTURA ESAMI 40,9% (Target 50-53%)

GOVERNO LISTE ATTESA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

La D.G.R. n. 2-1980 del 23.09.2020, titolata "Decreto-Legge 14 agosto 2020, n. 104. Obiettivi programmatici e riparto risorse alle Aziende pubbliche del SSR per il recupero delle liste di attesa relative a prestazioni ambulatoriali, di screening oncologici e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2" ha approvato, all'allegato A, il Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici.

La successiva D.G.R. n. 22-3690 del 06.08.2021, titolata "Approvazione dell'aggiornamento del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici. Ulteriori indicazioni in applicazione del D.L. 14 agosto 2020, n.104 e del D.L. 25 maggio 2021, n. 73, ad integrazione ed aggiornamento della D.G.R. 23 settembre 2020, n. 2-1980" con la quale si è disposto per l'aggiornamento del Piano di recupero delle liste di attesa, secondo le indicazioni fornite nel DL 73/2021 sopra citato ed approvato quale Allegato A dell'atto suddetto.

In attuazione del disposto della normativa di cui ai paragrafi precedenti, con D.G.R. n. 48-4605 del 28.01.2022 è stata approvata la rimodulazione del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici, tenuto conto delle indicazioni in merito fornite dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, che ha provveduto ad inviare, con proprie note, le "Linee di indirizzo per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell'epidemia da SARS-COV-2".

Con successiva D.G.R. n. 4-4878 del 14.04.2022 è stata approvata, ad integrazione della D.G.R. n. 48-4605 del 28.01.2022, la nuova rimodulazione del piano regionale e dei piani aziendali per il recupero delle liste di attesa per le prestazioni di ricovero, di specialistica ambulatoriale e di screening oncologici, fornendo ulteriori disposizioni attuative e modalità organizzative per il recupero delle liste di attesa nelle strutture pubbliche e private accreditate.

La D.G.R. n. 20-6920 del 22.05.2023 ha approvato la ripartizione alle Aziende Sanitarie Locali – sulla base della popolazione residente - del finanziamento complessivo di € 25.000.000,00 per l'attuazione del Piano straordinario di recupero delle Liste d'attesa per l'anno 2023, aggiornando contestualmente la rimodulazione del Piano operativo regionale citato in precedenza.

Alla luce di quanto sopra risulta strategica la prosecuzione nel percorso di recupero dei livelli di produttività ante covid-19, attraverso recuperi di efficienza e percorsi di reingegnerizzazione dei processi di erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

PRESTAZIONI PNGLA - TEMPO ATTESA MEDIO RESIDENTI ASLAL

PRESTAZIONE PNGLA	11 MESI 2024											
	U - URGENTE				B - BREVE				D - DIFFERIBILE			
	TOT PIEMONTE	ASL AL	AOU AL	PRIVATI ASL AL	TOT PIEMONTE	ASL AL	AOU AL	PRIVATI ASL AL	TOT PIEMONTE	ASL AL	AOU AL	PRIVATI ASL AL
TOTALE	1,0	0,8	0,8	4,8	6,3	6,6	6,7	4,6	47,2	56,6	62,0	25,8
R01 - VISITA CARDIOLOGICA	0,8	0,4	0,1	19,5	6,8	6,6	6,7	13,4	60,9	57,7	84,6	54,8
R02 - VISITA CHIRURGIA VASCOLARE	1,1		1,1		5,4		5,4		44,9		44,9	
R03 - VISITA ENDOCRINOLOGICA	1,4	-	1,5		7,1	7,8	6,3		59,2	65,5	53,2	
R04 - VISITA NEUROLOGICA	1,2	1,1	1,2		7,5	7,4	7,5		53,8	57,6	47,4	
R05 - VISITA OCULISTICA	0,2	0,7	0,0		8,1	7,7	8,9		131,0	133,3	139,9	32,2
R06 - VISITA ORTOPEDICA	0,9	0,6	1,4	1,8	6,7	6,6	6,7	5,9	34,9	29,4	87,4	21,8
R07 - VISITA GINECOLOGICA	0,9	1,6	0,8		5,9	5,5	6,9		41,4	38,9	58,3	
R08 - VISITA OTORINOLARINGOIATRICA	0,5	0,9	0,0		6,9	6,9	7,2		44,4	39,6	67,3	
R09 - VISITA UROLOGICA	1,4	1,2	1,6		6,2	6,6	5,2	6,8	57,4	54,5	62,1	74,3
R10 - VISITA DERMATOLOGICA	1,4	0,1	1,4		8,0	8,1	7,6	14,0	96,0	99,0	86,6	41,2
R11 - VISITA FISIATRICA	1,9	1,8	3,0	2,3	6,4	6,4	5,9	9,2	53,1	58,5	32,5	39,3
R12 - VISITA GASTROENTEROLOGICA	0,4	0,5	-	0,3	7,2	7,2	7,4	4,3	69,2	68,0	91,4	27,7
R13 - VISITA ONCOLOGICA	2,4	1,3	-		3,3	3,4	3,8		10,4	11,2	11,0	
R14 - VISITA PNEUMOLOGICA	1,3	1,0	1,6		6,1	5,7	7,6		41,7	30,4	99,4	
R15 - MAMMOGRAFIA	1,0	0,9	1,0	1,8	4,3	4,4	3,9	3,7	30,6	46,6	12,9	14,9
R16 - TC TORACE	1,3	1,0	1,0	1,4	4,8	5,6	5,9	3,2	25,9	40,8	10,7	9,7
R17 - TC ADDOME	1,3	1,1	1,4	1,7	5,2	5,8	5,9	3,7	31,0	43,2	11,2	13,1
R18 - TC CRANIO	1,0	0,8	0,7	2,8	4,5	4,8	5,3	3,9	13,6	23,8	7,3	5,4
R19 - TC RACHIDE	0,8	0,9	-	1,0	4,3	5,0	6,0	3,2	8,9	17,4	9,1	5,5
R20 - TC BACINO	5,3	1,0	1,5	14,0	3,5	4,3	3,6	2,4	6,3	11,2	8,1	3,5
R21 - RM CERVELLO E TRONCO ENCEFALICO	1,4	6,5	-		6,9	8,6	6,9	1,0	54,9	82,5	19,1	23,7
R22 - RM ADDOME					5,6	6,5	6,6	0,2	36,4	50,4	10,8	23,7
R23 - RM COLONNA	0,9	1,8	0,3	-	5,5	8,7	6,2	0,7	25,1	54,6	16,9	5,7
R24 - ECOGRAFIA DEL COLLO	1,4	1,1	0,6	5,2	5,2	5,9	6,7	3,5	33,7	54,1	21,1	20,9
R25 - ECOCARDIOGRAFIA	3,8	0,8	0,5	11,1	5,6	6,4	4,0	4,4	44,1	45,5	93,3	29,5
R26 - ECO(COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI	5,1	2,3	-	7,8	9,3	7,1	6,5	10,4	45,9	63,7	109,9	34,4
R27 - ECOGRAFIA ADDOME	1,9	1,1	0,5	6,2	6,8	5,9	6,4	7,7	32,0	42,4	21,9	25,7
R28 - ECOGRAFIA MAMMARIA	1,5	1,4	0,4	3,3	4,8	6,2	4,6	3,3	38,7	60,7	20,7	23,2
R29 - ECOGRAFIA OSTETRICA					1,7	2,8	0,6		16,0	20,9	7,1	
R30 - ECOGRAFIA GINECOLOGICA	-				2,1	2,5	-		31,5	58,3	12,1	
R31 - ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA ARTI SUPERIORI O INFERIORI	1,9	0,5	1,1	2,8	6,1	6,1	6,4	6,0	43,6	73,7	96,6	29,9
R32 - COLONSCOPIA	2,9	4,0	-	7,0	10,9	12,0	8,2	25,3	107,5	114,6	90,1	111,4
R33 - SIGMOIDOSCOPIA					6,5		7,4	3,7	28,3	6,0	114,5	32,4
R34 - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD)	3,4	4,7	2,0		8,2	9,0	7,5	10,5	92,4	76,3	123,7	119,5
R35 - ELETTROCARDIOGRAMMA (ECG)	1,0	0,4	-	44,3	2,8	2,3	4,4	10,4	25,8	22,4	24,3	41,3
R37 - TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO					6,9	6,8	0,4	11,1	82,6	84,9	87,4	90,4
R38 - ESAME AUDIOMETRICO TONALE	0,7	0,6			5,1	5,3	1,8		34,3	32,1	41,9	
R39 - SPIROMETRIA	0,5	0,7	-		4,8	4,7	2,1		41,7	25,8	83,5	
R40 - FOTOGRAFIA FUNDUS (RETINOGRAFIA)									19,0		19,0	
R41 - ELETTROMIOGRAFIA	1,5	6,0			6,7	7,1	0,7		63,6	77,5	49,1	

AZIONI IN ATTO PER RECUPERO PRODUTTIVITA' SPECIALISTICA AMBULATORIALE PER RIDUZIONE TEMPI DI ATTESA

La programmazione dell'offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale si basa su un documento annuale aziendale di definizione strategica delle azioni e dei livelli di erogazione previsti per l'abbattimento tempi e liste di attesa; il documento di programmazione annuale 2024 ASL AL (Piano Attuativo Aziendale) è stato adottato ed inviato alla Regione Piemonte, secondo le linee di indirizzo di cui alla D.G.R. n. 9-8256/2024/XI del 04.03.2024 ad oggetto "D.L. 14 agosto 2020, n. 104, convertito in L. 13 ottobre 2020 n. 126. Aggiornamento Piano Operativo regionale per il recupero delle liste di attesa: prime indicazioni per l'anno 2024".

Le azioni avviate nel 2024 per l'abbattimento delle liste di attesa per la specialistica ambulatoriale sono

- Ricorso a prestazioni aggiuntive (prestazioni PNGLA) per il proprio personale dipendente estendendo l'orario settimanale di accesso ai servizi;
- Progetti specifici di recupero produttività sulle prestazioni critiche (in particolare prime visite, ecografie)
- Apertura di agende in orario serale ed al sabato;
- Ricorso ove possibile all'overbooking;
- Attivazione contratti ad hoc con le strutture private accreditate presenti sul territorio dell'Azienda per garantire le prestazioni necessarie entro i termini previsti dai codici di priorità;
- Attivazioni di ambulatori mobili (camper) per prestazioni ambulatoriali critiche (prime visite, ecografie) tramite convenzione con Pubblica Assistenza
- Riserva di agende esclusive per i pazienti affetti da particolari patologie (tumori, malattie croniche, ecc.);
- Per alcune prestazioni specifiche, la presa in carico attiva secondo cui la prestazione richiesta dall'utente che non trova adeguata risposta entro i tempi stabiliti viene inserita, previa richiesta dell'assistito, in un'apposita lista del Cup regionale;
- Implementazione ricorso a telemedicina, teleconsulti e televiste, laddove possibile;
- La configurazione delle agende viene costantemente monitorata al fine di rimodularne l'assetto secondo le disposizioni regionali per il rispetto dei tempi di attesa;
- Incremento produttività delle specialità dei PP.OO. ASL AL per le quali si registra una significativa fuga (laddove sussistano spazi di capacità produttiva non esauriti)
- Maggiore integrazione tra ASL AL AOU Alessandria per la definizione di ruoli e compiti legati alle discipline di alta specializzazione e di base
- Definizione di modello di integrazione condiviso ASL AL / AOU AL attraverso accordo quadro per l'Area Chirurgica
- Incremento dell'offerta delle Strutture private accreditate per i residenti ASL AL
- Rapporti con MMG e popolazione per una più completa conoscenza dell'offerta ospedaliera sul territorio dell'ASL AL
- Verifica corretta applicazione RAO
- Analisi su prescritto non erogato per tipologia di prestazione
- Analisi sui consumi delle prestazioni PNGLA
- Incontri mirati sui temi dell'appropriatezza prescrittiva

- Budget per MMG con attivazione di controlli in caso di sforamento

PIANO STRAORDINARIO RECUPERO LISTE ATTESA – OTTOBRE 2024

Nel corso del mese di ottobre si è proceduto a sviluppare un piano straordinario di recupero sulle prestazioni maggiormente critiche in termini di tempi di attesa:

PRIMA VISITA

Cardiologica
Oculistica
Neurologia
Endocrinologica
Otorinolaringoiatrica
Urologica
Ginecologica
Gastroenterologia
Recupero e Rieducazione Funzionale

PRESTAZIONI

Colonscopie
Esofagogastroduodenoscopia
Ecografie
TAC
RMN
Ecocolordoppler

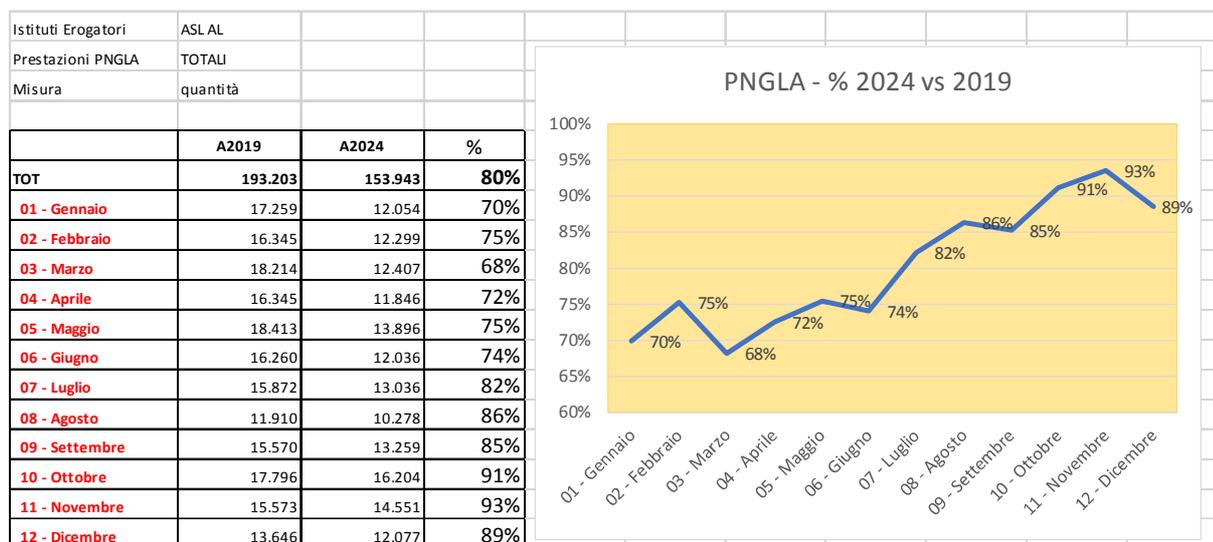
E' stato definito con i responsabili delle strutture interessate un piano di incremento della produzione di prestazioni specialistiche (in particolare prime visite) e di rimodulazione dell'offerta sulle prestazioni (radiologia) finalizzato a ridurre le situazioni con tempi di attesa più critiche.

Tale piano prevede l'incremento per le prestazioni individuate di circa n.300 visite settimanali, con una conseguente maggiore offerta sulle agende di prenotazione CUP.

Si riportano i dati sui primi effetti del Piano sopra descritto, in termini di riduzione dei tempi di attesa sulle prestazioni interessate (rilevazione puntuale a giorno indice, primo posto "utile" aziendale):

TEMPO ATTESA PUNTUALE - PRIMO POSTO UTILE AZIENDALE						
CLASSE D						
PRIMA VISITA	GIORNO INDICE					
	01/07/2024	28/10/2024	11/11/2024	22/11/2024	13/12/2024	13/01/2025
CARDIOLOGICA	122	1	0	1	3	8
ENDOCRINOLOGICA	71	8	8	5	4	1
OCULISTICA	172	67	149	10	25	16
NEUROLOGICA	15	16	2	0	1	18
FISIATRICA	114	66	11	7	82	8
GASTROENTEROLOGICA	112	9	121	4	136	16
UROLOGICA	50	23	7	17	38	24
GINECOLOGICA	28	1	1	4	5	0
ORL	44	11	4	5	4	1

e in termini di incremento dei livelli di produzione delle prestazioni PNGLA nel corso degli ultimi mesi 2024:



PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE IN PRONTO SOCCORSO: SPERIMENTAZIONE SUL DISTRETTO DI TORTONA

Al fine di ridurre il numero degli accessi impropri ai Pronti Soccorsi ASL AL dei pazienti che presentano determinate cronicità/comorbidità e ridurre il numero di ospedalizzazioni "brevi", è stata prevista una dimissione da PS in monitoraggio, con frequenze determinate dalla patologia oggetto di follow up.

Inizialmente verranno presi in carico i pazienti con BPCO, diabetici, con scompenso cardiaco ed anemici che, dopo un numero di accessi impropri definito dai PS, verranno segnalati alla Centrale Operativa 116117 per l'avvio del monitoraggio.

Il miglioramento della presa in carico post accesso in PS ha anche l'obiettivo di ridurre le ospedalizzazioni "brevi" (con dimissione al massimo a 3gg dall'accesso) dei pazienti con cronicità, abbattendo di circa il 3-5% il numero delle giornate complessive erogate.

Attesa una riduzione/maggiore appropriatezza dei percorsi ambulatoriali per pz cronici.

L'EFFETTUAZIONE DELLE VISITE DIAGNOSTICHE E SPECIALISTICHE NEI FINE SETTIMANA

Nell'ambito della programmazione dell'offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale per l'abbattimento delle liste di attesa, anche alla luce delle disposizioni di cui all'art.4 del D.L. 73/2024 che prevede che, "al fine di garantire il rispetto della tempistica di erogazione delle prestazioni sanitarie, anche evitando le degenze prolungate dovute alla mancanza di disponibilità per gli esami diagnostici, le visite diagnostiche e specialistiche sono effettuate anche nei giorni di sabato e domenica e la fascia oraria per l'erogazione di tali prestazioni può essere prolungata", sono state previste nel corso del 2024 aperture di agende spot in regime di "recupero liste d'attesa" nei fine settimana, nei giorni festivi e nei giorni feriali dopo le ore 18.

Tali aperture "straordinarie" rientrano nell'ambito del Piano di recupero Liste di attesa, finalizzato all'incremento dell'offerta di prestazioni per l'abbattimento dei tempi di attesa più critici; tale incremento è reso possibile anche attraverso l'utilizzo delle risorse di cui alla di cui alla D.G.R. n. 9-8256 del 4 marzo 2024 (riparto delle risorse del fondo sanitario ai sensi dell'articolo 1 comma 232 della Legge di Bilancio 2024).

Il Piano straordinario per il recupero delle liste di attesa avviato nel mese di ottobre 2024, richiamato in precedenza, ha ulteriormente intensificato l'offerta di prestazioni anche in fasce temporali di erogazione precedentemente scoperte.

In particolare tali aperture hanno riguardato agende di prenotazione afferenti a prime visite e prestazioni diagnostiche delle seguenti specialità:

- Cardiologia
- Oculistica
- Radiologia

PIANO VACCINALE – IMPLEMENTAZIONE ATTIVITA' VACCINALE E RISPETTO STANDARD REGIONALI

L'emergenza COVID-19 ha avuto un impatto molto elevato sulla popolazione e sui servizi sanitari nazionali; le misure di sanità pubblica che hanno imposto alla popolazione di rimanere a casa hanno portato alcune persone a decidere di rimandare le vaccinazioni programmate per sé stessi o per i propri figli; inoltre la necessità di riorganizzare i servizi sanitari per aumentare la disponibilità di personale dedicato a fronteggiare l'emergenza e gestire la vaccinazione anti SARS-COV-2, può aver avuto un impatto sullo svolgimento regolare delle attività di vaccinazione di routine (che rappresentano dei Livelli Essenziali di Assistenza, LEA) come si evince dalla riduzione delle coperture vaccinali nel corso di questo ultimo periodo.

Le coperture vaccinali rappresentano l'indicatore per eccellenza delle strategie vaccinali di una regione poiché forniscono informazioni in merito alla loro reale attuazione sul territorio e sull'efficienza del sistema vaccinale.

Negli ultimi 2 anni le vaccinazioni hanno subito un rallentamento a causa dell'emergenza pandemica e pertanto non si stanno raggiungendo i risultati attesi e previsti dal PNPV 2017-2019.

Per le vaccinazioni degli ospiti nelle strutture residenziali o di lungo degenza, è stato predisposto un documento regionale per la vaccinazione in RSA che descrive la procedura vaccinale, contiene informazioni tecniche sui vaccini per gli operatori, informazioni divulgative sulle malattie e sulle vaccinazioni per i pazienti/ospiti nonché il modulo di rifiuto alla vaccinazione.

Per le motivazioni sopra esposte si decide di stabilire come obiettivo di offrire e implementare le vaccinazioni influenzale, pneumococcica e herpes zoster agli ospiti delle RSA

Analogamente ci si pone l'obiettivo di mantenere gli standard di copertura per le vaccinazioni obbligatorie pediatriche.

PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE – MONITORAGGIO E AGGIORNAMENTO PIANO LOCALE DELLA PREVENZIONE

Dipartimento di Prevenzione agisce con l'obiettivo di rendere esigibili, applicabili e misurabili i programmi e gli interventi previsti nel LEA Prevenzione collettiva e Sanità pubblica. Il DP ha il compito di promuovere azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale. Nell'ambito del contrasto alle malattie croniche non trasmissibili, il DP agisce in stretto raccordo con il Distretto per la programmazione, attuazione, validazione e coordinamento di azioni finalizzate all'individuazione di condizioni di rischio individuali e collettive.

Contesto

La Regione Piemonte, con D.G.R. n. 12-2524 del 11 dicembre 2020, ha recepito il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 (Intesa Stato-Regioni n. 127/CSR del 6/08/2020) facendone propri la visione, i principi, le priorità e la struttura, con l'impegno ad adottarli e tradurli nel PRP 2020-2025.

Con la successiva D.G.R. n. 16-4469 del 29 dicembre 2021 "Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 in attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 recepito con D.G.R. n. 12-2524 dell'11/12/2020 e approvazione del modello organizzativo per il Coordinamento regionale della prevenzione" è stato approvato il Piano regionale di Prevenzione 2020-2025 (PRP) e il modello organizzativo per il Coordinamento regionale della prevenzione

Il Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 è uno strumento di programmazione regionale che descrive le strategie per il raggiungimento degli obiettivi di salute prioritari, definiti sulla base del contesto epidemiologico regionale. Indica i programmi, gli obiettivi e le azioni da intraprendere nel periodo di riferimento. È costituito da 10 programmi predefiniti, con obiettivi e indicatori uguali per tutte le regioni, relativi a: promozione della salute nella scuola e nei luoghi di vita e di lavoro, dipendenze, sicurezza nei luoghi di lavoro, ambiente clima e salute, antimicrobico-resistenza.

A questi si aggiungono sei programmi liberi orientati ai setting e/o ai temi di salute ritenuti particolarmente rilevanti per la Regione Piemonte: promozione della salute nei primi mille giorni di vita, prevenzione nel setting sanitario e nella cronicità, alimenti e salute, screening oncologici, prevenzione delle malattie infettive. Un programma di governance assicura il coordinamento generale e il monitoraggio.

I programmi del Piano Regionale della Prevenzione vengono declinati nel contesto regionale e a livello territoriale attraverso le azioni previste nei Piani Locali di Prevenzione, strumenti di programmazione delle Aziende Sanitarie finalizzati a coordinare ed integrare le attività di prevenzione. Essi collegano in maniera coerente i livelli di programmazione nazionale, regionale e locale integrandoli con le risposte ai bisogni di salute ed alle specificità territoriali grazie anche ai sistemi di sorveglianza attivi nelle diverse Aziende Sanitarie.

In base al D.M. 77/2022 "il Dipartimento di Prevenzione (DP), come previsto dagli articoli 7, 7-bis, 7-ter e 7-quater del decreto legislativo 502/1992 e s.m., ha il compito di promuovere azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti e con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline.

Standard massimo di popolazione per DP = 1: 500.000 abitanti, necessario per mantenere efficienza organizzativa e conoscenza del territorio che ha identità, omogeneità culturale e socioeconomica imprescindibili nell'azione preventiva.

Il DP, nei limiti degli obiettivi assegnati e delle risorse attribuite, opera con riferimento al piano annuale di attività e di risorse negoziate con la Direzione Strategica nell'ambito della programmazione aziendale, al fine di garantire la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita. Alla luce di quanto definito dal LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", come da DPCM 12 gennaio 2017, il DP garantisce attraverso le sue articolazioni ed i suoi professionisti il supporto tecnico-scientifico alle autorità sanitarie locali in tutti gli aspetti relativi alla Sanità Pubblica ed esercita nell'ambito delle risorse umane disponibili a legislazione vigente le seguenti funzioni:

- A - Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali
- B - Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati
- C - Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro
- D - Salute animale e igiene urbana veterinaria
- E - Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori
- F - Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening, sorveglianza e prevenzione nutrizionale
- G - Attività medico legali per finalità pubbliche.

RICERCA ASL AL

Le attività di ricerca sono condotte e coordinate all'interno del Dipartimento Attività Integrate Ricerca e Innovazione (DAIRI) che ha consentito negli anni di strutturare una forte integrazione clinica e dei processi operativi, basata su un'importante partnership clinica, assistenziale e scientifica tra l'Azienda Sanitaria Locale di Alessandria (ASL AL), l'AOU AL e l'Università del Piemonte Orientale.

All'interno della sede di Casale Monferrato del DAIRI, nell'Ospedale Santo Spirito, è stato attivato il Clinical Trial Center come riferimento per gli studi dell'intera ASL AL. Nel periodo 2018-2021 risultavano attivi 72 studi clinici, nel biennio 2022-2023 sono aumentati a 89; al 2024 risultano attivi 91 studi clinici. Le attività di supporto alla ricerca vengono realizzate da personale specificatamente formato: attualmente sono operativi 11 i professionisti che con profili diversi (epidemiologo, coordinatore della ricerca, data manager, tecnico della prevenzione, biostatistico, amministrativo) afferiscono alla sede DAIRI di Casale Monferrato, garantendo la collaborazione con le altre articolazioni del Dipartimento, in particolare il Centro Documentazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Alessandria e il Centro Raccolta Materiale biologico, e con l'Università del Piemonte Orientale.

Nel contesto del Dipartimento delle Attività Integrate Ricerca e Innovazione (DAIRI) AOU AL - ASL AL opera anche il CeSIM, Centro Studi Management Sanitario istituito con delibera n.56 29/01/2021 che si pone nella prospettiva di contribuire allo sviluppo della funzionalità aziendale e di sistema. L'attività di ricerca del CeSIM ha portato all'avvio di 7 studi clinici in ambiti relativi alle linee di ricerca proprie del centro studi (Gestione operativa e Lean Management; Assistenza distrettuale e prevenzione; Qualità in sanità).

Per conto della Regione Piemonte dal 2022 il CESIM gestisce il coordinamento scientifico e amministrativo del progetto di Biomonitoraggio Integrato sulle matrici ambientali dell'area di Spinetta Marengo e dalla fine del 2023 anche il progetto di studio "Biomonitoraggio Umano PFAS" di cui la Regione Piemonte è promotore.

Nel 2024 è stata avviata un'attività di ricerca in collaborazione con il Centro di Ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale (CERGAS Bocconi). Tra le prime linee di ricerca intraprese vi è quella relativa all'organizzazione della funzione ricerca nelle aziende sanitarie italiane.

EFFICIENTAMENTO ENERGETICO: INTERVENTI DI CARATTERE STRUTTURALE CON MIGLIORAMENTO DELL'EFFICIENZA ENERGETICA

Il Regolamento (UE) 2022/1369 del 5 agosto 2022 prevede misure volte a ridurre i consumi di gas naturale nel periodo 1° agosto 2022 – 31 marzo 2023. Coerentemente con tale previsione, il 6 settembre 2022 il Ministero della Transizione Ecologica (MITE) ha reso noto il "Piano nazionale di contenimento dei consumi di gas" che, tra l'altro, reca misure di contenimento nel settore riscaldamento e un insieme di misure nell'uso efficiente dell'energia, indirizzate anche alla Pubblica Amministrazione.

A tal fine è necessario il contributo di tutti, sia dei proprietari degli immobili, sia dei datori di lavoro, sia di ogni singolo dipendente.

I proprietari degli immobili sono chiamati a programmare interventi strutturali, che devono mirare a un miglioramento dell'efficienza energetica degli edifici e degli impianti.

I datori di lavoro devono dotare gli uffici di apparecchiature efficienti, fornire un ambiente lavorativo confortevole e sostenibile, e adottare un codice comportamentale che promuova il contenimento dei consumi.

I dipendenti, invece, devono adottare uno stile di vita virtuoso, più attento alla riduzione degli sprechi.

Il dispendio di energia deriva, spesso, da errate abitudini lavorative il cui miglioramento può essere ottenuto con semplici e piccoli accorgimenti da parte degli utenti che non devono rinunciare al confort e ai servizi disponibili, ma semplicemente usare meglio gli apparecchi e gli impianti per la climatizzazione e la illuminazione.

Tra le misure per il settore pubblico, condivise con il MITE, rientrano anche la formazione diretta e la sensibilizzazione del personale delle amministrazioni sui temi dell'uso intelligente e razionale dell'energia e del risparmio energetico nei luoghi di lavoro pubblici.

Le possibili misure e interventi di contenimento energetico al fine di conseguire un risparmio energetico ed una maggiore efficienza energetica possono essere distinte in:

- interventi di carattere strutturale;
- interventi in materia di conduzione e funzionamento degli impianti termici di climatizzazione;
- azioni di carattere comportamentale;

In particolare:

Il D.lgs 115 del 30/05/2008 "Attuazione della direttiva 2006/32/CE relativa all'efficienza degli usi finali dell'energia e i servizi energetici e abrogazione della direttiva 93/76/CEE." nella parte in cui prevede e disciplina gli interventi di efficientamento tecnologico ai fini del risparmio energetico e contenimento delle emissioni inquinanti, per espressa previsione normativa, impone l'obbligo per la Pubblica Amministrazione del rispetto degli obblighi di miglioramento dell'efficienza energetica del proprio patrimonio immobiliare e all'attuazione delle relative misure secondo le indicazioni contenute nel decreto stesso;

Il Decreto Legge 1 marzo 2022 n. 17 convertito in Legge 27 aprile 2022 n. 34 recante "Misure urgenti per il contenimento dei costi dell'energia elettrica e del gas naturale, per lo sviluppo delle energie rinnovabili e per il rilancio delle politiche industriali"; al fine di ridurre i consumi termici degli edifici e di ottenere un risparmio energetico annuo immediato, l'art. 19 quater impone dal 1° maggio 2022 fino al 31 marzo 2023 una stretta sulla temperatura di condizionamento estivo e di riscaldamento invernale degli edifici pubblici come segue:

- nel periodo estivo: la temperatura nei singoli ambienti non potrà essere inferiore a 27°C, con un margine di tolleranza di 2°C (minimo fissato a 25° C);
- nel periodo invernale: la temperatura nei singoli ambienti non potrà essere superiore a 19°C con un margine di tolleranza di 2°C (massimo fissato a 21° C);

Restano esclusi per espressa previsione di legge: ospedali, cliniche o case di cura e assimilabili, ivi compresi quelli adibiti a ricovero o cura di minori o anziani, nonché le strutture protette per la assistenza e il recupero dei tossico-dipendenti e di altri soggetti affidati a servizi sociali pubblici limitatamente alle zone riservate alla permanenza e al trattamento medico dei degenti o degli ospiti.

Il Decreto Ministro della Transazione ecologica 6 ottobre 2022 n. 383 "Piano nazionale di contenimento dei consumi di gas nazionale" stabilisce speciali modalità di funzionamento degli impianti termici di climatizzazione alimentati a gas naturale nella stagione invernale 2022/2023.

In particolare prevede la riduzione del periodo di accensione rispetto a quanto previsto dall'art. 4 del DPR 74/2013 posticipando di 8 giorni la data di inizio e anticipando di 7 giorni la data di fine esercizio in relazione alle date previste per le diverse zone climatiche e riducendo di 1 ora la durata giornaliera di accensione.

In conseguenza di quanto disposto l'esercizio degli impianti termici, per la zona climatica E (di interesse per le strutture ASL AL), è consentito con i seguenti limiti: ZONA E: ore 13 giornaliere dal 22 ottobre al 7 aprile;

Le suindicate disposizioni, per espressa previsione, non si applicano agli: ospedali, cliniche o case di cura e assimilabili, ivi compresi quelli adibiti a ricovero o cura di minori o anziani, nonché le strutture protette per la assistenza e il recupero dei tossico-dipendenti e di altri soggetti affidati a servizi sociali pubblici.

Tali obiettivi orientano la programmazione dell'Azienda sul tema dell'efficientamento energetico, nell'ottica nell'uso efficiente dell'energia e del contenimento dei costi. In particolare tra gli obiettivi strategici del presente PIAO sono previsti specifici obiettivi relativi agli interventi di carattere strutturale con miglioramento dell'efficienza energetica degli edifici e degli impianti.

PARI OPPORTUNITÀ ED EQUILIBRIO DI GENERE

Il D.Lgs 165/2001 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni" stabilisce all'art. 7, che le pubbliche amministrazioni devono garantire "la parità e le pari opportunità tra uomini e donne, l'assenza di ogni forma di discriminazione, diretta e indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione o alla lingua, nell'accesso al lavoro, nel trattamento e nelle condizioni di lavoro, nella formazione professionale, nelle promozioni e nella sicurezza sul lavoro, così come un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo".

Il Codice delle Pari Opportunità (D.Lgs. 11 aprile 2006, n.198) individua in capo alle amministrazioni il compito di promuovere le azioni positive: "Le azioni positive, consistenti in misure volte alla rimozione degli ostacoli che di fatto impediscono la realizzazione di pari opportunità, nell'ambito della competenza statale, sono dirette a favorire l'occupazione femminile e realizzare l'uguaglianza sostanziale tra uomini e donne nel lavoro".

In ottemperanza alla normativa di riferimento sopra richiamata e nel richiamare interventi normativi successivi, che hanno peraltro delineato una prospettiva più ampia della definizione di concetto di pari opportunità e della sua applicazione nell'azione delle Pubbliche Amministrazioni (D.Lgs 150/2009, Legge 4 novembre 2010 n.183, Direttive della Presidenza del Consiglio dei Ministri in materia di pari opportunità), l'Azienda si è impegnata e si impegna a promuovere le seguenti azioni positive:

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

La programmazione delle azioni positive per il triennio 2025 – 2027 si basa sulle risultanze delle azioni già realizzate nell'ambito del Piano del triennio precedente nonché delle iniziative avviate dall'ASL AL in attuazione delle indicazioni normative nazionali e regionali in materia di pari opportunità.

Il CUG conferma le linee di azione previste per il triennio 2024 – 2026 al fine di portare a compimento quanto già avviato rendendo strutturali alcune attività che erano state avviate in via sperimentale.

Il documento allegato alla presente sezione, denominato "Piano Azioni Positive dell'ASL AL – Triennio 2025-2027" in continuità con i precedenti adempimenti, definisce l'aggiornamento della programmazione delle azioni positive sulla base delle risultanze della verifica e della valutazione di quanto realizzato relativamente agli obiettivi del precedente Piano e considerando altresì iniziative in corso di realizzazione.

Le macroaree strategiche per gli anni 2025-2027, come sopra individuate, sono oggetto di declinazione operativa nella sezione "2.2.2 Misurazione e risultati attesi per gli obiettivi strategici" del presente PIAO.

Le diverse "aree strategiche" sono declinate in "Dimensioni di *performance*" a loro volta ricondotte a specifici "Programmi" dai quali derivano gli obiettivi operativi assegnati, secondo criteri di competenza e priorità, alle strutture e/o ad aggregati costituiti da ruoli aziendali quali ad esempio quelli riconducibili al cd "comparto", e/o ai responsabili aziendali.

Le strutture aziendali, ai diversi livelli gerarchici, sono responsabilizzate nel tentativo di fornire una risposta aziendale ai bisogni di salute del territorio e degli utenti che ad essa afferiscono secondo il criterio della libera scelta del posto di cura.

Il PIAO e il connesso Si.Mi.Va.P. – Sistema di Misurazione e di Valutazione delle *performance* forniscono le premesse per la definizione e misurazione degli indicatori inerenti il perseguimento degli obiettivi clinico-sanitari, organizzativi, formativi e progettuali recepiti nel sistema di budget, attraverso il lavoro di analisi e sintesi del Comitato Budget aziendale.

IL CICLO DELLA PERFORMANCE



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 definisce gli obiettivi che si prefigge di raggiungere nel medio-lungo termine e nel breve periodo, sulla base degli indirizzi forniti prevalentemente dalla Regione. La fase di programmazione viene utilizzata per orientare anche le performance individuali in funzione della performance organizzativa attesa.

In particolare, deve essere sviluppato, in maniera coerente con i contenuti e con il ciclo della programmazione finanziaria e del 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;
- 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, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Il sistema di misurazione e valutazione, dettagliato del SiMiVaP aziendale pubblicato nella specifica sezione dell'Amministrazione Trasparente, riguarda:

- la performance aziendale, attraverso un sistema di monitoraggio di attività tramite l'utilizzo di indicatori aziendali finalizzata alla valutazione periodica dell'andamento della performance dell'ASL AL in relazione a obiettivi strategici;
- la performance organizzativa, nella duplice accezione di risultati raggiunti dalle strutture e di conseguenza dall'organizzazione nel suo complesso;

- la performance individuale, ovvero quella del personale, dirigenziale e non dirigenziale.



Fonte: Linee guida per il sistema di misurazione e valutazione della performance – Dipartimento funzione pubblica

Nella sezione PIAO “Valore Pubblico – Performance” sono rappresentati gli elementi programmatori che l’ASL AL intende assumere per il triennio in esame in termini di generazione del “valore pubblico”, inteso quale miglioramento del livello di benessere economico-sociale-ambientale dei destinatari delle politiche e dei servizi pubblici rispetto alle condizioni di partenza, e di performance.

Gli obiettivi generali e specifici relativi a tali sezioni sono riassunti nella tabella “Schema degli Obiettivi”, che costituisce l’ossatura programmatica sulla quale saranno definiti ed assegnati gli obiettivi operativi annuali che confluiranno nel sistema di budget.

Nella presente sezione PIAO “Valore pubblico, Performance e Anticorruzione” confluiscono pertanto i contenuti del Piano della Performance (D.Lgs 150/2009 e D.Lgs n.74/2017) quale strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance in quanto 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; gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori sono definiti a valle del piano della performance attraverso il processo di budget.

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

Essendo un atto di programmazione pluriennale, la sezione PIAO riservata alla performance 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).

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.

LA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

La relazione sulla performance è il documento che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse e con il quale viene attestata la misura della realizzazione degli obiettivi strategici e/o operativi contenuti nella sezione PIAO relativa a valore pubblico e performance.

La relazione è prevista nella sezione PIAO - Monitoraggio che precisa quanto segue: "il monitoraggio delle sottosezioni "Valore pubblico" e "Performance", avverrà in ogni caso secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo n. 150 del 2009".

Con riguardo alla relazione annuale sulla Performance si prende atto:

- degli obiettivi che la Direzione Generale, nell'anno di riferimento, ha declinato ai Responsabili delle Strutture Complesse Aziendali e ai Responsabili delle Strutture Semplici Dipartimentali
- degli obiettivi assegnati, per l'anno di riferimento, dalla Regione Piemonte al Direttore Generale, che sono stati successivamente declinati ai Direttori di Struttura

La Relazione sulla performance costituisce lo strumento mediante il quale l'Azienda illustra ai cittadini e a tutti gli altri stakeholder, interni ed esterni, i risultati ottenuti nel corso dell'anno precedente, concludendo in tal modo il ciclo di gestione della performance.

Tale documento, da redigere secondo gli indirizzi impartiti dal Dipartimento Funzione Pubblica è adottato dalle amministrazioni e validato dall'OIV entro il 30 giugno di ogni anno e fa riferimento al ciclo della performance avviato con il piano della performance dell'anno precedente.

2.2.1 Raccordo con la programmazione economico-finanziaria per l'anno 2025

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

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

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

Per l'anno 2025, il termine per l'approvazione del bilancio preventivo è stato stabilito al 30 novembre 2024.

Di conseguenza è stata approvata la deliberazione n. 1101 del 29.11.2024 ad oggetto: "Adozione bilancio di previsione 2025 – provvisorio".

L'Azienda, nel rispetto della quota di finanziamento indistinto assegnata provvisoriamente con DGR 20-8466/2024/XI, ha predisposto entro il termine sopra indicato il conto economico previsionale, in generale coerente con le indicazioni regionali, ma in disavanzo assumendo pertanto valenza di bilancio provvisorio tecnico, in attesa della definizione del riparto definitivo dei Fondi sanitari Nazionale e Regionale.

Le principali determinanti di costo del Previsionale 2025 sono rappresentate da:

- impatto economico derivante dal potenziamento dell'attività, in particolare interventistica, che già nei primi dieci mesi 2024 ha superato, nel complesso, i livelli del 2019; nel 2025, si presume di mantenere i livelli raggiunti, come verrà esplicitato in sezione dedicata;
- impatto economico derivante dall'adesione dell'ASL AL, con adozione di diverso modello organizzativo, alle risultanze della nuova gara a livello sovrazonale per i laboratori analisi, che inevitabilmente comporta incremento dei reagenti di laboratorio;
- impatto economico dell'incremento dell'attività di laboratorio analisi a seguito dell'introduzione dei sistemi POCT presso PS di Acqui Terme (08/07/2024), Ovada (13/03/2023) e Tortona (16/09/2024). L'obiettivo principale è quello di migliorare la tempestività e l'efficienza nella gestione dei pazienti contribuendo ad una migliore qualità in situazioni di emergenza;
- costi legati al ricorso alle società di servizi sanitari per l'erogazione dei servizi, a fronte della carenza di medici;
- progetto riqualificazione Presidio Ospedaliero di Tortona: l'ASL AL ha avviato gradualmente, a partire dal 2024, il Progetto di riqualificazione del Presidio Ospedaliero di Tortona con l'affidamento di servizi sanitari all'esterno, in particolare il servizio di riabilitazione, il pronto soccorso e la piattaforma ambulatoriale. Tale progetto si colloca nell'ambito degli obiettivi prioritari della Regione Piemonte quali il miglioramento della qualità delle prestazioni erogate, la

- diminuzione della mobilità passiva verso altre regioni, la riduzione delle liste di attesa; il consolidamento della rete dei servizi sanitari regionali, associato al processo di riqualificazione degli ospedali periferici, è condizione per frenare la fuga dei cittadini verso strutture extraregionali e allo stesso tempo garantisce una maggiore attrazione di cittadini da altre Regioni;
- maggiori costi del personale afferenti all'indennità di vacanza contrattuale 2025 e 2024 e agli incrementi contrattuali (costi non governabili);
 - la previsione di assunzione di 15 dirigenti medici, 60 infermieri e 20 amministrativi per coprire i turnover;
 - effetti dell'EPC (Energy performer contract): in data 29/12/2023 è stato sottoscritto contratto, con durata di anni 16 con lo scopo di riqualificazione energetica e gestione degli impianti di illuminazione compresa la manutenzione ordinaria e straordinaria in tema di risparmio, di contenimento e di ottimizzazione energetica degli immobili dell'ASL AL, nonché la riqualificazione energetica, la gestione e la conduzione degli impianti di riscaldamento, climatizzazione ed elettrici, compresa la manutenzione ordinaria e straordinaria in tema di risparmio energetico, di contenimento e di ottimizzazione energetica degli immobili di ospedali e distretti di Novi Ligure, Acqui Terme e Ovada. Il contratto prevede interventi di ammodernamento ed efficientamento tecnologico ed energetico del sistema edificio - impianto interamente realizzati dal Concessionario per un importo stimato di euro 9.943.078,00 da effettuarsi entro due anni dall'avvio del contratto. Gli effetti di risparmio si manifesteranno pertanto a partire dal 2027;
 - costi derivanti dall'aumento della distribuzione diretta di farmaci per l'incremento delle malattie croniche;
 - incremento dell'ISTAT su consumi e servizi; l'Azienda è legata a contratti di fornitura di durata pluriennale che pertanto subiscono l'aumento; l'impatto si ha anche nella richiesta, da parte delle ditte, di ricontrattazione dei prezzi di gara;
 - adeguamento alle norme di sicurezza nel settore informatico per la necessità di garantire una diversa strutturazione della rete e delle dotazioni centrali al fine di consentire il lavoro agile, la disponibilità dei dati a distanza, l'implementazione delle misure di sicurezza a protezione dei cyber attacchi, l'implementazione di nuove procedure per una maggiore informatizzazione;
 - aumento del numero di pazienti cui vengono forniti i dispositivi per il monitoraggio della glicemia e i microinfusori;
 - adeguamento delle rette della residenzialità per anziani non autosufficienti e pazienti psichiatrici, come disposto dalla normativa regionale;
 - rette disabili: l'incremento dei costi della Previsione 2025 è dovuto, da un lato all'applicazione delle nuove tariffe delle rette, come da disposizioni, dall'altro all'incremento degli utenti; la tipologia di utenza, caratterizzata da alta fragilità, determina l'impossibilità di programmare e spostare gli inserimenti.

L'Azienda ha messo in atto, e programmato anche per il 2025, tutte le misure di contenimento dei costi realizzabili con la leva gestionale ordinaria, con l'obiettivo di mantenere i servizi erogati con l'inevitabile conseguenza di aumento di alcuni costi (ad esempio ricorso a cooperative, esternalizzazioni di servizi).

Occorre considerare che la gestione economica dell'ASL AL è fortemente influenzata da criticità legate all'obsolescenza tecnologica e strutturale delle cinque strutture ospedaliere nonché alla presenza di quattro distretti collocati a notevole distanza per rispondere in modo

capillare ai bisogni di salute della popolazione sull'intero territorio, oltre a criticità legate alla conformazione del territorio, molto esteso e variegato e alla composizione demografica della popolazione.

Ulteriori razionalizzazioni per raggiungere l'equilibrio di bilancio determinerebbero un impatto sull'erogazione dei servizi.

Il PIAO, nella sua formulazione, tiene in considerazione le indicazioni sopra elencate e quanto previsto nella delibera di adozione del bilancio provvisorio di previsione 2025 in relazione alla richiesta di integrazione del finanziamento necessaria alla copertura dell'importo differenziale iscritto a perdita o, in subordine, alla definizione di azioni programmatiche che consentano di ricondurre la perdita rilevata al finanziamento assegnato, valutando obiettivi di efficientamento dei fattori produttivi maggiormente critici, con particolare attenzione al recupero efficienza e produttività dei Presidi Ospedalieri.

2.2.2 Misurazione e risultati attesi per gli obiettivi strategici

PERFORMANCE PIAO 2025 2027 - SCHEMA DEGLI OBIETTIVI				ANNO DI RIFERIMENTO		
MACROAREA-OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET	2025	2026	2027
EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO DELL'AZIENDA - EFFICIENTAMENTO	Equilibrio economico	Bilancio Consuntivo annuo	Equilibrio di bilancio	X	X	X
	Tempi di pagamento fatture ex art. 1 comma 865 L. 145/2018	Tempi pagamento fatture	Rispetto standard nazionali ex art. 1 comma 865 Legge 145/2018 (60gg)	X	X	X
	Produttività area ospedaliera e territoriale (per attività di ricovero e specialistica ambulatoriale)	Valore della produzione	Valore della produzione 2025 > 2024	X		
	Recupero efficienza attività ospedaliera	Valore della produzione / costi fattori produttivi beni sanitari	indice 2025 > 2024	X		
	Efficientamento su fattori produttivi critici: analisi ed azioni di efficientamento sui fattori produttivi individuati	n. azioni di efficientamento sui fattori produttivi individuati	almeno n.1 azione per fattore produttivo	X		
EDILIZIA SANITARIA	Sviluppo, a livello aziendale, del piano di edilizia sanitaria della Regione Piemonte - Potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale - M6C1 PNRR (Ospedali di Comunità - Centrali Operative Territoriali - Case di comunità)	Tempistica del cronoprogramma	Rispetto tempistica cronoprogramma	X	X	X
RECUPERO MOBILITA' PASSIVA	Riduzione della mobilità passiva extra-regione, previa analisi dei principali DRG oggetto di fuga dei residenti ASL AL con contestuale riduzione per quantità offrendo la possibilità di usufruire le prestazioni sul territorio.	Individuazione delle principali criticità e priorità di intervento Definizione degli obiettivi relativi al recupero della mobilità, con relativi indicatori di monitoraggio Definizione e proposta delle azioni di miglioramento efficaci e fattibili, con tempistica di realizzazione e relativi indicatori di monitoraggio	Sviluppo di progetti di analisi e miglioramento dei processi della mobilità sanitaria interregionale	X		

PERFORMANCE PIAO 2025 2027 - SCHEMA DEGLI OBIETTIVI				ANNO DI RIFERIMENTO		
MACROAREA-OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET	2025	2026	2027
RETE TERRITORIALE	Assistenza domiciliare: raggiungere target previsto da DM77	Numero di cittadini over 65 con presa in carico ADI	12%	X	X	X
	NSG: Presa in carico Rete cure palliative	D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>35%	X	X	X
	NSG: Ricoveri ripetuti in Psichiatria	D27C - Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	indice 2025<2024	X	X	X
	Vaccinazioni obbligatorie pediatriche	Indicatori di copertura popolazione target	Rispetto standard nazionali	X	X	X
	Vaccinazioni negli over 65, (pneumococco e Zoster)	Indicatori di copertura popolazione target	Rispetto standard	X		
	Screening oncologici - Prevenzione Serena	Indicatori invito popolazione target e adesione	Rispetto standard regionali	X	X	X
RETE OSPEDALIERA	P.O. Tortona - Avvio attività Riabilitazione - Piattaforma ambulatoriale	Tempistica del cronoprogramma	Rispetto tempistica cronoprogramma	X		
	Piano sostituzione tecnologie obsolete (RM-TC)	Tempistica del cronoprogramma	Rispetto tempistica cronoprogramma	X		
	Efficiente utilizzo posti letto area medica	Degenza media ricoveri area medica	indice 2025<=2024	X	X	X
	PS/DEA - Boarding: Riduzione tempo attesa pl in DEA/PS	Ora decisione ricovero - ora ricovero	<2h	X	X	X
	PS/DEA - Tempi permanenza in PS/DEA	Tempi permanenza in PS/DEA (codici rosso-azzurro-arancione-verde)	Entro standard regionali / miglioramento su anno precedente	X	X	X
	Reingegnerizzazione percorso chirurgico	a) Revisione del modello operativo b) ora inizio primo intervento seduta c) tempi medi pre-operatori	a) entro 31.12.2025 b) tempo medio 2024<2023 c) tempo medio 2024<2023	X		
	NSG: Appropriatelyzza colecistectomie laparoscopiche	H05Z - Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	Rispetto degli standard	X	X	X
	Donazione organi	Standard definiti annualmente dalla Regione	Rispetto degli standard	X	X	X
Piano Nazionale Esiti - PNE (osteomuscolare - assistenza al parto)	Indicatori Piano Nazionale Esiti - PNE (osteomuscolare - assistenza al parto)	Rispetto standard / miglioramento anno precedente	X	X	X	

PERFORMANCE PIAO 2025 2027 - SCHEMA DEGLI OBIETTIVI				ANNO DI RIFERIMENTO		
MACROAREA-OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET	2025	2026	2027
TEMPI ATTESA PRESTAZIONI	Governo Tempi attesa specialistica ambulatoriale (prestazioni PNGLA) ed Interventi chirurgici (PNGLA) - Ridurre i tempi e le liste di attesa come previsto dal PNGLA e dai piani di governo delle liste di attesa della Regione Piemonte, in applicazione della normativa specifica anche in relazione ai contenuti del d.l. 7 giugno 2024, n. 73	a) Tempi attesa b) Incremento offerta c) Corretta comunicazione tramite i siti web aziendali	a) Rispetto standard previsti dal PNGLA / miglioramento su anno precedente b) Effettuazione prestazioni nei giorni sabato - domenica c) Come da indicazioni regionali	X	X	X
APPROPRIATEZZA FARMACEUTICA	NSG - D14C: Miglioramento appropriatezza farmaceutica	D14C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici	indice 2025<2024	X		
	Appropriatezza prescrittiva antibiotici	a) % ANTIBIOTICI AD AMPIO SPETTRO /SPETTRO RISTRETTO b) DDD J01CR ASSOCIAZIONI DI PENICILLINE/TUTTI GLI ANTIBIOTICI J01 c) DDD J01MA FLUOROCHINOLONI/TUTTI GLI ANTIBIOTICI J01 d) DDD J01DD CEFALOSPORINE DI 3° E DI 4° GENERAZIONE/TUTTI GLI ANTIBIOTICI J01	a) b) c) mantenimento risultato 2024 d) indice 2025<2024	X		
	Miglioramento dei flussi informativi - Affidabilità dei dati rilevati da flussi informativi della farmaceutica	Rapporto tra i costi aziendali rilevati dal Modello di Conto Economico (CE) ed i costi aziendali rilevati dai flussi informativi della farmaceutica (DD, CO)	100% con uno scostamento massimo ammissibile scostamento pari al ± 2 % sul valore annuale e ± 5 % sui valori trimestrali	X	X	X

PERFORMANCE PIAO 2025 2027 - SCHEMA DEGLI OBIETTIVI				ANNO DI RIFERIMENTO		
MACROAREA-OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET	2025	2026	2027
AREA PREVENZIONE PIANO NAZIONALE / REGIONALE DELLA PREVENZIONE (PNP)	NSG: Sicurezza alimentare per il cittadino	P10Z - Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	indice 2024>2023	X		
	NSG: Stili di vita	P14C - Indicatore composito sugli stili di vita	indice 2024>2023	X		
	Sviluppo del Piano Pandemico Regionale a livello aziendale	Dare attuazione all'aggiornamento – approvato dalla Regione Piemonte - del Piano pandemico operativo influenzale e Covid-19, sia territoriale che ospedaliero	Revisione delle azioni chiave, individuazione delle misure da adottare per ogni fase e definizione delle procedure di riferimento, nel presupposto di fornire risposte coordinate e sistemiche	X	X	X
RICERCA - IRCCS	Aumentare studi clinici ASL AL	numero anno x / anno precedente	almeno 1 studio in più	X	X	X
	Riduzione della tempistica per l'attivazione degli studi clinici osservazionali	tempistica anno x / tempistica anno precedente	almeno 7 gg. In meno	X		

PERFORMANCE PIAO 2025 2027 - SCHEMA DEGLI OBIETTIVI				ANNO DI RIFERIMENTO		
MACROAREA-OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET	2025	2026	2027
SVILUPPO ORGANIZZATIVO FORMAZIONE	FORMAZIONE SUGLI INCIDENTI DOMESTICI: LA PROMOZIONE DELLA SICUREZZA IN CASA CON PARTICOLARE RIGUARDO ALLA POPOLAZIONE ANZIANA rivolto agli operatori sanitari dell'ASL AL con lo scopo di sensibilizzarli alle problematiche relative alle situazioni della popolazione anziana e dei rischi che si possono correre anche all'interno delle proprie abitazioni per questa fascia di cittadini	svolgimento del corso	entro 31.12.2025	X		
	Attivazione dei corsi avanzati di RCP (ACLS, EPALS EPILS) rivolti a medici ed infermieri del Dipartimento Strutturale di Emergenza e Urgenza e DMI che proseguiranno anche per il 2025 con l'obiettivo di fornire idonei strumenti per gestire situazioni complesse in emergenza;	svolgimento del corso	entro 31.12.2025			
	Attivazione del corso sulla corretta gestione degli accessi venosi;	svolgimento del corso	entro 31.12.2025			
	Attivazione del corso sulla gestione delle medicazioni avanzate	svolgimento del corso	entro 31.12.2025			
GOVERNO CLINICO / PERCORSI ACCREDITAMENTO	Accreditamento istituzionale	Completare percorsi in atto	100%	X		
	Adozione e implementazione Piano Qualità Aziendale	Elaborazione Piano Qualità Aziendale e Deliberazione	entro 31.12.2025	X		

PERFORMANCE PIAO 2025 2027 - SCHEMA DEGLI OBIETTIVI				ANNO DI RIFERIMENTO		
MACROAREA-OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET	2025	2026	2027
SEMPLIFICAZIONE - DIGITALIZZAZIONE	Rendere uniforme e accessibile il sito aslal.it sulla base delle linee guida AGID. Consentire l'accesso alle categorie fragili (ipovedenti, persone affette da epilessia, soggetti con rallentamento cognitivo e/o motorio), consentendo l'opzione di visualizzare le pagine in versione testuale con l'esclusione delle immagini e consentendo un delay della permanenza dei menù	Firma del collaudo di omologazione relativo alle linee guida AGID.	Analisi dei contenuti dell'area intranet del sito con ottimizzazione dei file .pdf pubblicati, con obiettivo di mantenimento dei soli file prodotti negli ultimi 5 anni e rispettosi dello standard CDA/2. Miglioramento degli strumenti di ricerca nelle pagine pubbliche dei bandi e dei concorsi	X		
	Verifica e aggiornamento eventuale della sezione "Come fare per" su sito istituzionale, nonché di ogni altra pagina o notizia relativa alla creazione delle credenziali SPID e FSE	Pagine aggiornate	SI	X		
	Pubblicazione di Post social di educazione, informazione all'utilizzo del FSE e alla creazione delle credenziali SPID, nonché ogni altro aggiornamento che potrà essere rilevante nel 2025 per questi argomenti.	Post pubblicati secondo piano editoriale stabilito da Comunicazione	SI	X		
	Sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico e dei servizi on-line	Realizzazione della fase 2 del FSE 2.0, nel rispetto del cronoprogramma condiviso con la Regione, attraverso: 1. aggiornamento degli applicativi refertanti nel rispetto delle specifiche FSE 2.0; 2. conferimento dei documenti clinico sanitari 2.0 nel FSE; 3. integrazione delle cartelle cliniche degli operatori sanitari con l'applicazione web del FSE; 4. aggiornamento, ove applicabile, delle procedure aziendali finalizzate ad efficientare la consultazione del FSE da parte dei medici specialisti aziendali	100%	X		

PERFORMANCE PIAO 2025 2027 - SCHEMA DEGLI OBIETTIVI				ANNO DI RIFERIMENTO		
MACROAREA-OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET	2025	2026	2027
ACCESSIBILITA' ALL'AMMINISTRAZIONE	Riduzione delle barriere architettoniche e sensoriali	Numero PPOO con riduzione / Numero PPOO oggetto del processo	100%	X	X	X
	Migliorare accesso alle informazioni	Numeri URP pienamente accessibili / Numero di URP attivi	100%	X		
	Piena attuazione della Legge numero 219 del 22 dicembre 2017 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento"?	Elaborazione procedura aziendale DAT	100%	X		
PARI OPPORTUNITA'	Migliorare la conoscenza e la fruibilità degli strumenti aziendali funzionali ad affrontare le difficoltà all'interno del contesto organizzativo: realizzazione opuscoli informativi su strumenti benessere organizzativo ed inserimento sui canali social aziendali, infodipendenti, portale dipendenti	Aggiornamento materiale informativo e rafforzamento campagna di diffusione verso dipendenti ASL AL	Raggiungimento di almeno 80% dipendenti ASL AL	x		
	Sostenere la diffusione di una cultura aziendale orientata alla promozione del benessere organizzativo e della salute: elaborazione esiti questionario di analisi benessere organizzativo ed implementazione dello Sportello di Ascolto	a) Documento di elaborazione esiti questionario e contestualizzazione b) Apertura Sportello	a) Documento di elaborazione esiti questionario benessere organizzativo e di contestualizzazione b) ≥ 1 Distretto	x	x	x
	Sostenere lo sviluppo di conoscenze e competenze del personale dell'ASL AL	Promozione e organizzazione evento informativo su tematiche CUG on line rivolto a tutti i dipendenti	≥ 1 edizione	x	x	
	Promuovere l'attivazione di misure volte a favorire la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro: approfondimento e analisi di modelli ed esperienze di conciliazione nelle Aziende Sanitarie	Stesura documento di approfondimento e analisi	Documento di approfondimento e analisi	x		

PERFORMANCE PIAO 2025 2027 - SCHEMA DEGLI OBIETTIVI				ANNO DI RIFERIMENTO		
MACROAREA-OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET	2025	2026	2027
RISPARMIO ENERGETICO	INTERVENTI DI CARATTERE STRUTTURALE CON MIGLIORAMENTO DELL'EFFICIENZA ENERGETICA DEGLI EDIFICI E DEGLI IMPIANTI: a) INDIZIONE DI GARA, AGGIUDICAZIONE E ATTIVAZIONE DELLA PROPOSTA DI PARTENARIATO PUBBLICO PRIVATO (PPP) RELATIVA AL "SERVIZIO ENERGIA PER GLI STABILI DI PROPRIETA' ASL AL MEDIANTE UN ENERGY PERFORMANCE CONTRACT"	a) RIDUZIONE GARANTITA DEI CONSUMI ENERGETICI (ELETTRICI E TERMICI)	-42%	CONDUZIONE/MANUTENZIONE/GESTIONE DEGLI IMPIANTI PREVISTI IN CONTRATTO; REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI IMPIANTISTICI/EDILI DI EFFICIENTAMENTO; VOLTURAZIONE UTENZE ELETTRICHE E GAS IN CAPO AL CONCESSIONARIO;	MESSA A REGIME DEL CONTRATTO; VERIFICA DEL RISPETTO DEGLI OBBLIGHI CONTRATTUALI NONCHE DEGLI INDICATORI DI PERFORMANCE QUALITATIVI E QUANTITATIVI; VERIFICA DEL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI DI RISPARMIO ENERGETICI;	VERIFICA DEL RISPETTO DEGLI OBBLIGHI CONTRATTUALI NONCHE DEGLI INDICATORI DI PERFORMANCE QUALITATIVI E QUANTITATIVI; VERIFICA DEL MANTENIMENTO DEGLI OBIETTIVI DI RISPARMIO ENERGETICI;
	INTERVENTI IN MATERIA DI CONDUZIONE E FUNZIONAMENTO DEGLI IMPIANTI TERMICI E CLIMATIZZAZIONE: REGOLAZIONE DEGLI IMPIANTI DI CLIMATIZZAZIONE ESTIVA E DI RISCALDAMENTO INVERNALE	TEMPERATURE DEI LOCALI	RISPETTO LIMITI PREVISTI DAL D.L. 17 DEL 01/03/2022	X	X	X
	AUTOPRODUZIONE ENERGIA ELETTRICA MEDIANTE COGENERATORI/TRIGENERATORI PRESSO I P.O. DI CASALE MONFERRATO, TORTONA E NOVI LIGURE: RIDUZIONE PRELIEVO DELL'ENERGIA ELETTRICA DALLA RETE NAZIONALE - ATTIVAZIONE DEL COGENERATORE DEL P.O. DI NOVI LIGURE	RIDUZIONE DEL COSTO UNITARIO DELL'ENERGIA ELETTRICA AUTOPRODOTTA (€/kWh)	-20%	VOLTURAZIONE UTENZE ELETTRICHE E GAS IN CAPO AL CONCESSIONARIO	UTENZE ELETTRICHE E GAS IN CAPO AL CONCESSIONARIO; COSTI ENERGETICI IN CAPO AL CONCESSIONARIO	UTENZE ELETTRICHE E GAS IN CAPO AL CONCESSIONARIO; COSTI ENERGETICI IN CAPO AL CONCESSIONARIO
	AZIONE DI CARATTERE COMPORTAMENTALE: SENSIBILIZZAZIONE DEL PERSONALE DIPENDENTE SUI TEMI DELL'USO INTELLIGENTE E RAZIONALE DELL'ENERGIA SUI LUOGHI DI LAVORO	N. ATTIVITA' DI INFORMAZIONE - FORMAZIONE EFFETTUATE / N. ATTIVITA' DI INFORMAZIONE - FORMAZIONE PREVISTE	100%	X	X	X
PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA	Obiettivi di prevenzione della corruzione e di trasparenza	Adempimenti di cui al decreto legislativo n.33 del 2013 (previsti dall'art. 2, comma 2, del d.lgs. n. 171/2016)	Rispetto adempimenti di cui al decreto legislativo n. 33 del 2013	X	X	X

2.2.3 Sistema di misurazione e valutazione della performance

DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI - La programmazione gestionale e il sistema di budget

Le politiche e le strategie aziendali sono definite dalla Direzione Generale e recepiscono le linee di indirizzo nazionali e regionali e vengono declinate in obiettivi assegnati alle singole strutture.

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

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

In particolare, tramite il sistema di budget, vengono declinati a livello di singole strutture operative gli obiettivi strategici aziendali e attraverso la produzione 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.

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.

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

Gli obiettivi devono essere:

- coerenti rispetto ai bisogni degli assistiti, alle finalità istituzionali aziendali e alle scelte strategiche dell'Azienda e della Regione;
- misurabili, pertinenti e chiaramente descritti;
- rapportati alla quantità ed alla qualità delle risorse disponibili;
- comparabili, quando possibile, con i risultati raggiunti nei periodi precedenti e commisurati a valori standard definiti a livello regionale (deliberazione CIVIT 89/2010).

La scelta aziendale è 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.

In corso d'anno, tramite la produzione di reportistica strutturata, vengono effettuate 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.

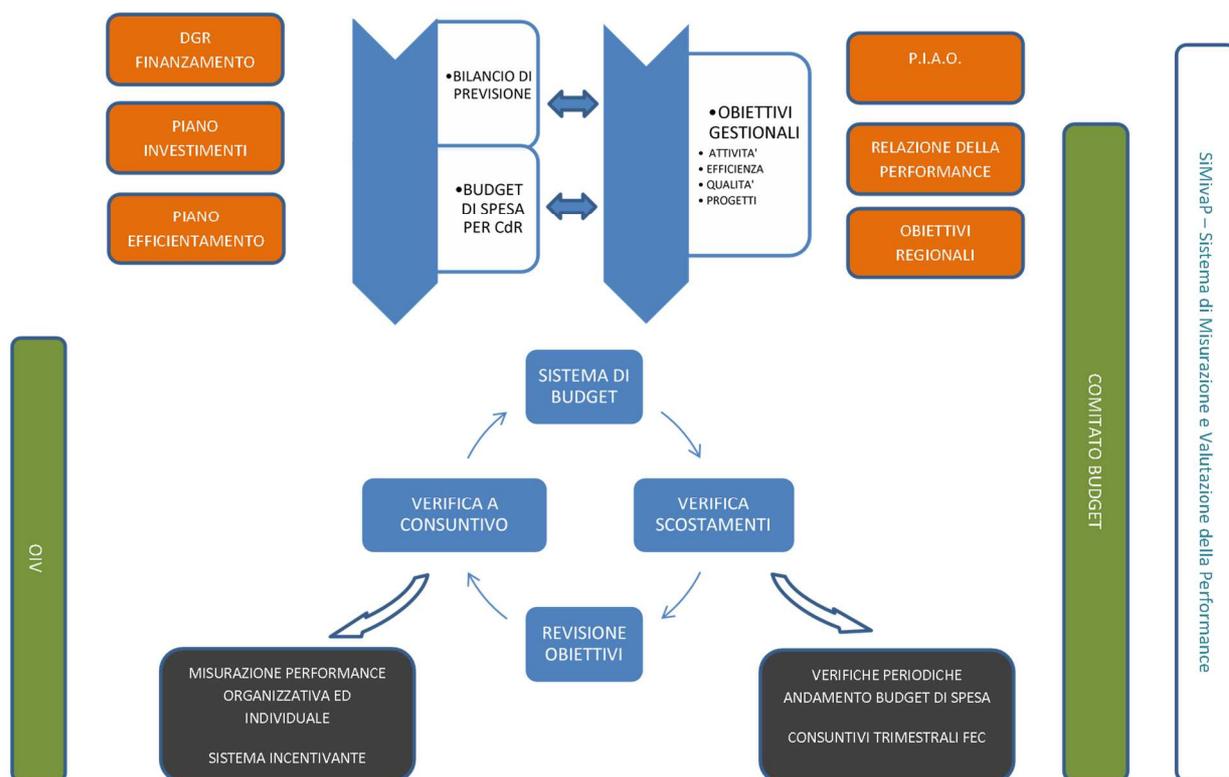
La modifica degli obiettivi di budget in corso d'anno è possibile ma, al contempo, deve essere ritenuto uno strumento eccezionale. Eventuali modifiche debbono essere conseguenti all'analisi degli scostamenti di cui al punto precedente.

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

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.

Il conseguimento degli obiettivi, misurato con un criterio di proporzionalità, costituisce condizione necessaria per l'erogazione degli incentivi previsti dalla contrattazione integrativa aziendale, nel rispetto dei principi stabiliti nel D.Lgs. n.150/2009, nel D.Lgs. n.74/2017, nei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro della dirigenza e del comparto e nella regolamentazione aziendale.

FLUSSO DEL PROCESSO DI BUDGET



FASI DEL PROCESSO DI BUDGET

FASE	INPUT	OUTPUT	SOGGETTI
PROGRAMMAZIONE STRATEGICA AZIENDALE	PROGRAMMAZIONE SANITARIA NAZIONALE	DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE STRATEGICA	DIREZIONE GENERALE
	PROGRAMMAZIONE SANITARIA REGIONALE		
	OGGETTIVI DI MANDATO DG		
	OGGETTIVI ANNUALI DG		
	P.I.A.O. TRIENNALE		
DEFINIZIONE RISORSE DISPONIBILI	DGR FINANZIAMENTO REGIONALE	BILANCIO DI PREVISIONE ANNUALE	DIREZIONE GENERALE
	INVESTIMENTI STRUTTURE - ATTREZZATURE	PIANO EFFICIENTAMENTO	ECONOMICO-FINANZIARIO
	RISORSE UMANE	PIANO TRIENNALE INVESTIMENTI	TECNICO
	DATI DI ATTIVITA' E DI COSTO	PROGRAMMAZIONE RISORSE UMANE	PERSONALE
			PROGRAMMAZIONE CONTROLLO CDR
DEFINIZIONE OBIETTIVI ANNUALI DI STRUTTURA	DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE STRATEGICA	BUDGET DI SPESA PER CDR	DIREZIONE GENERALE
	BILANCIO DI PREVISIONE ANNUALE	QUADRO SINTETICO DEGLI OBIETTIVI ANNUALI	COMITATO BUDGET
	PIANO EFFICIENTAMENTO		ECONOMICO-FINANZIARIO
	PIANO TRIENNALE INVESTIMENTI		PROGRAMMAZIONE CONTROLLO
	PROGRAMMAZIONE RISORSE UMANE		CDR
CONTRATTAZIONE SCHEDE BUDGET	QUADRO SINTETICO DEGLI OBIETTIVI ANNUALI	SCHEDE DI BUDGET PER CDR	DIREZIONE GENERALE COMITATO BUDGET DIPARTIMENTI - CDR
	BUDGET DI SPESA PER CDR		
VERIFICHE PERIODICHE	REPORT DI VERIFICA PERIODICA (PER OBIETTIVI DI ATTIVITA', DI COSTO E DI SPESA)	ANALISI ANDAMENTO OBIETTIVI DI BUDGET ED EVENTUALI PROPOSTE DI REVISIONE OBIETTIVI	CONTROLLO GESTIONE
		ANALISI ANDAMENTO OBIETTIVI DI BUDGET DI SPESA PER CDR	COMITATO BUDGET
		TRIMESTRALI FEC	ECONOMICO-FINANZIARIO
			PROGRAMMAZIONE CONTROLLO
			OIV
REVISIONE DEGLI OBIETTIVI ASSEGNATI	ANALISI ANDAMENTO OBIETTIVI DI BUDGET ED EVENTUALI PROPOSTE DI REVISIONE OBIETTIVI	SCHEDE DI BUDGET REVISIONATE	DIREZIONE GENERALE
VERIFICA RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI ASSEGNATI	ANALISI CONSUNTIVO OBIETTIVI DI BUDGET	VALUTAZIONE RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI ASSEGNATI	DIREZIONE GENERALE
			COMITATO BUDGET
			CONTROLLO GESTIONE
			OIV
RACCORDO CON IL SISTEMA DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE	VALUTAZIONE RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI ASSEGNATI	VALUTAZIONE DEL GRADO DI PARTECIPAZIONE AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI DI STRUTTURA NEL SISTEMA DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE	PERSONALE
	SiMiVaP		RELAZIONI SINDACALI
RACCORDO CON IL SISTEMA INCENTIVANTE	VALUTAZIONE RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI ASSEGNATI		PERSONALE
	VALUTAZIONE DEL GRADO DI PARTECIPAZIONE AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI DI STRUTTURA NEL SISTEMA DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE		RELAZIONI SINDACALI

2.2.4 Processo di valutazione della performance individuale

La performance individuale rappresenta l'insieme dei risultati raggiunti e dei comportamenti realizzati dall'individuo che opera nell'organizzazione: in altre parole è il contributo fornito dal singolo al conseguimento della performance complessiva dell'organizzazione.

La valutazione in argomento deve assolvere alla doppia funzione di soddisfare le esigenze normative nazionali, regionali e contrattuali e di fornire gli strumenti per una valutazione individuale – a qualsiasi livello – non come mero adempimento burocratico ma come processo che può contribuire al miglioramento organizzativo, gestionale e qualitativo del lavoro svolto e come sistema operativo attraverso il quale è possibile coinvolgere tutti i collaboratori, rendendoli informati e partecipi di valori e principi dell'organizzazione aziendale e più responsabili dei successi e dei limiti collettivi e individuali. Il processo di valutazione individuale dovrebbe tendere sempre più a creare sinergie tra la dirigenza (responsabili di struttura) ed il comparto (professionisti e "quadri intermedi"), ad integrare competenze di lavoro e responsabilità sul paziente-utente di medici, infermieri, amministrativi e cercare obiettivi di performance condivisibili da entrambe le aree di operatori.

La valutazione individuale è un processo che vede coinvolti differenti attori all'interno dell'Azienda, le cui azioni si integrano e si coordinano per raggiungere il risultato finale tramite lo svolgimento delle seguenti attività:

- 1) il Vertice Strategico aziendale governa e condivide ogni fase della procedura;
- 2) la S.C. Programmazione Controllo e Sistema Informativo svolge la funzione d'integrazione del sistema nel quadro del Piano Aziendale della Performance e garantisce, attraverso la struttura tecnica di supporto all'OIV, il pieno e autonomo accesso alle informazioni rilevanti e alla conoscenza dei fenomeni gestionali e amministrativi all'OIV;
- 3) la S.C. Personale e Sviluppo Risorse Umane gestisce, all'interno del quadro sopra delineato, la performance individuale mediante la definizione delle schede di valutazione, l'implementazione e la manutenzione del sistema informatico, la comunicazione con i responsabili di tutte le strutture aziendali, la contrattazione integrativa per la disponibilità delle risorse economiche e la corresponsione del dovuto;
- 4) l'OIV partecipa a tutte le fasi del processo nel duplice ruolo di verifica e di indirizzo.

Il sistema di valutazione individuale permanente del personale, adottato ai fini di dare attuazione ai principi di misurazione, valutazione e trasparenza della performance di cui al d.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 e ss.mm.ii., è caratterizzato dalla valorizzazione dei comportamenti, dei risultati, dell'impegno e della qualità del contributo dato per raggiungere il risultato.

Nel richiamare la recente nota ministeriale ad oggetto "Prime indicazioni operative in materia sulla misurazione e di valutazione della performance individuale (MPA_ZANGRILLO-0000430-P-24/01/2024)", si evidenzia che i contenuti espressi sono condivisibili in termini di principi generali di gestione e infatti già previsti nell'ambito della documentazione aziendale in materia di programmazione e performance (PIAO, SiMiVaP, ecc...). I dettagli applicativi (scadenze, entità della formazione prevista ecc.) sono da contestualizzare nella realtà organizzativa aziendale secondo i propri indirizzi strategici e i processi operativi attivati, tenuto conto della specifica declinazione regionale della normativa sulla performance.

2.2.5 Progetti individuali e di team

A partire dal 2023 la Direzione Strategica ha avviato un processo che vuole tendere a ricondurre il sistema incentivante aziendale, nelle sue varie declinazioni operative, ad un modello integrato, chiaro e coerente con gli obiettivi strategici aziendali.

Ogni anno la Regione affida alle Aziende Sanitarie obiettivi economico gestionali, di salute e funzionamento dei servizi che si traducono in obiettivi aziendali strategici per il perseguimento della performance aziendale, a sua volta declinata in organizzativa ed individuale.

Sulla base di quanto sopra esposto si è pertanto definito un modello, che è stato presentato ai Direttori/Responsabili delle strutture/servizi e che disegna il sistema incentivante aziendale così come sotto illustrato:



I "PROGETTI", individuali o di team, vengono declinati in base alle esigenze rappresentate dalla performance e strategia aziendale, come sopra individuata, e finanziati con fondi contrattuali o extracontrattuali.

Gli stessi concorrono e integrano le altre modalità incentivanti al fine di perseguire gli obiettivi assegnati in ottica di produttività ed efficienza organizzativa.

2.2.5 Revisione e adeguamento del sistema

L'aggiornamento del SiMiVaP dell'ASL AL è di competenza della Direzione Generale che ne definisce i contenuti in stretta collaborazione con l'Organismo Indipendente di Valutazione e con il supporto della Struttura Tecnica Permanente.

Come previsto dalla Circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica – Ufficio per la Valutazione della Performance del 9.01.2019 "Indicazioni in merito all'aggiornamento annuale del Sistema di misurazione e valutazione della performance", l'azienda ha la facoltà di valutare, ogni anno "l'adeguatezza del proprio SiMiVaP tenendo in considerazione le evidenze emerse dall'esperienza applicativa del ciclo precedente, le eventuali criticità riscontrate dall'Organismo Indipendente di Valutazione e il contesto organizzativo di riferimento per procedere all'eventuale aggiornamento".

L'Azienda ritiene, sia per il personale dell'area Comparto che della Dirigenza, di procedere periodicamente ad una revisione del sistema di valutazione aziendale, nel rispetto delle disposizioni previste dai CC.CC.NN.L. per le varie aree.

Il sistema è orientato ad un processo volto a garantire che la differenziazione dei giudizi, nella performance organizzativa ed individuale, trovi corrispondenza anche nell'effettiva diversificazione dei trattamenti economici correlati.

2.3 – Rischi corruttivi e trasparenza

La presente sottosezione è redatta secondo le indicazioni contenute nei seguenti atti di indirizzo:

- a) il Piano Nazionale Anticorruzione 2022 (PNA 2022), adottato dall’Autorità Nazionale Anticorruzione con la delibera n. 7 del 17 gennaio 2023 e relativi allegati;
- b) aggiornamento 2023 del PNA 2022, adottato dall’Autorità Nazionale Anticorruzione con delibera n.605 del 19 dicembre 2023 e relativi allegati;
- c) per gli indirizzi e le disposizioni ancora valide, il Piano Nazionale Anticorruzione 2019-2021 (PNA 2019-2021), adottato dall’Autorità Nazionale Anticorruzione con la delibera n. 1064 del 13 novembre 2019 e relativi allegati.

Come specificato anche nel PNA 2022 – Piano Nazionale Anticorruzione, le riforme introdotte con il PNRR e con la disciplina sul Piano integrato di organizzazione e Attività (PIAO) hanno importanti ricadute in termini di predisposizione degli strumenti di programmazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

La normativa anticorruzione si basa sul principio secondo il quale i fenomeni di corruzione all’interno delle amministrazioni pubbliche vanno affrontati e combattuti anche prima che i fenomeni corruttivi si siano consumati promuovendo e diffondendo la cultura della legalità fatta di scelte individuali e collettive.

La tendenza è di orientare le proprie azioni alla prevenzione della “cattiva amministrazione” nell’ottica di un rinnovamento complessivo e strutturale della PA, di carattere non solo organizzativo ma etico – culturale, prevenendo il disordine amministrativo.

Il concetto di corruzione, nella fattispecie, amplia i confini della definizione, imponendo una rigorosa e attenta applicazione delle procedure di verifica, in particolare all’interno delle Aziende Sanitarie, la cui “mission” è prioritariamente legata alla cura del malato e alla tutela della sua dignità.

La Trasparenza dell’attività amministrativa e la prevenzione di atti corruttivi sono altresì “leva” per la creazione di valore diffuso (si veda PNA 2022 pag. 19) che si persegue anche attraverso il rafforzamento del senso di appartenenza all’ente, quale motore per la crescita del Capitale Umano da valorizzare a vantaggio dell’organizzazione ed a favore dei cittadini utenti.

Le disposizioni di questa sottosezione si pongono in diretta continuità con i precedenti piani triennali aziendali di contrasto alla corruzione, perseguendo la finalità di riduzione delle opportunità che si manifestino casi di corruzione all’interno dell’Azienda, aumento della capacità di indagine e gestione dei processi decisionali – per scoprire eventuali casi di corruzione – e si pone in raccordo con i contenuti illustrati nella precedente Sottosezione 2.2 – Performance, secondo le disposizioni normative in materia.

La realizzazione delle misure in esso previste, sono finalizzate al perseguimento dei seguenti obiettivi strategici di valore pubblico dell’Azienda:

- l’implementazione del nuovo sistema aziendale di mappatura dei processi e della gestione del rischio corruttivo, da svilupparsi secondo una logica ciclica di miglioramento continuo, tracciabilità e verifica dello stato di avanzamento;
- l’implementazione di specifici strumenti di contrasto alla corruzione nell’ambito degli appalti;
- l’implementazione della Sezione “Amministrazione Trasparente” dell’Azienda, in adempimento alle nuove disposizioni sugli obblighi di pubblicità e trasparenza contenute nel PNA 2022, comprese le disposizioni previste dal suo aggiornamento adottato dall’Autorità Nazionale Anticorruzione con delibera n.605 del 19 dicembre 2023.

Allegato 2.1 – Piano Azioni Positive dell’ASL AL Triennio 2025-2027

Allegato 2.2 – Anticorruzione e Trasparenza

SEZIONE 3: Organizzazione e Capitale Umano

3.1 – Struttura Organizzativa

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 ed è rivedibile e modificabile in funzione delle strategie e delle attività aziendali. In particolare l'organizzazione aziendale può modificarsi in relazione ai cambiamenti che intervengano nel Sistema Sanitario, determinati dalla trasformazione dei bisogni assistenziali della popolazione, dall'innovazione tecnologica, dallo sviluppo professionale e dai cambiamenti normativi.

Il Piano di Organizzazione Aziendale disciplina in sintesi:

- a) l'individuazione delle strutture organizzative;
- b) la declaratoria delle loro competenze;
- c) l'articolazione complessiva delle strutture stesse (Organigramma).

All'interno dell'Azienda sono previste le seguenti macro-aree:

- a) area della prevenzione
- b) area territoriale
- c) area ospedaliera

le quali includono, secondo il criterio strutturale, le singole strutture operative.

L'organizzazione aziendale è articolata in Dipartimenti, Strutture Complesse, Strutture Semplici Dipartimentali/Aziendali e Strutture Semplici.

Attraverso tali articolazioni l'ASL AL esercita la propria attività.

Il Dipartimento rappresenta il modello ordinario di gestione operativa delle attività aziendali. Esso costituisce tipologia organizzativa e gestionale volta a dare risposte unitarie, flessibili, tempestive, razionali ed esaustive rispetto ai compiti assegnati, nell'ottica di comunanza delle risorse.

Le Strutture Complesse, pur conservando ciascuna la propria autonomia, sono ordinariamente collocate all'interno di un Dipartimento, tranne che per scelta strategica siano poste in staff alla Direzione Aziendale ovvero in casi eccezionali previsti per legge.

I Direttori delle stesse fanno riferimento al Direttore del Dipartimento per tutti gli aspetti organizzativo-gestionali e tecnico-professionali.

Il Direttore della Struttura Complessa dipende gerarchicamente dalla Direzione Generale e ad essa, oltre che al Direttore di Dipartimento, risponde dei risultati ottenuti.

Le Strutture Semplici Dipartimentali/Aziendali sono articolazioni organizzative con specifiche responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie e dispongono, pertanto, di un proprio budget.

Le Strutture Semplici sono articolazioni organizzative delle Strutture Complesse.

Nel caso in cui non esistano i requisiti per l'organizzazione dipartimentale ma sia opportuno il coordinamento di attività, anche di più Strutture Complesse, si potrà ricorrere, quale modalità organizzativa, ai Gruppi di Progetto, anche per l'attuazione di programmi nazionali o regionali, oltre che aziendali. La scelta di questa forma di coordinamento non comporta maggior onere a carico del bilancio dell'Azienda e non dà luogo alla costituzione di struttura organizzativa.

L'Azienda, con l'ASO di Alessandria e l'ASL di Asti, nell'ambito dell'Area Omogenea Piemonte Sud-Est, si impegna a realizzare ogni forma di collaborazione utile a perseguire miglioramenti nell'organizzazione dei servizi per assicurare l'efficienza e l'efficacia delle attività.

L'Azienda si articola in:

- Direzione strategica (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;
- strutture semplici a valenza dipartimentale quali articolazioni organizzative con specifiche responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie, istituite per garantire il coordinamento interdisciplinare di particolari processi trasversali rispetto a più Strutture Complesse;
- strutture semplici a valenza aziendale quali articolazioni organizzative che, in ragione delle relative peculiarità (attività di staff o di contenuto non integrabile con altra attività di Dipartimento), non possono essere aggregate in un dipartimento;
- strutture semplici quali articolazioni organizzative interne alle strutture complesse.

I Dipartimenti.

Il Dipartimento è costituito dalla aggregazione di strutture organizzative complesse o semplici analoghe, omogenee, affini o complementari che perseguono comuni finalità e, pur conservando ciascuna la propria autonomia e responsabilità professionale, sono tra loro interdipendenti.

Nella individuazione e realizzazione dei Dipartimenti l'ASL AL si attiene a quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale di riferimento.

I Dipartimenti possono essere definiti strutturali, funzionali, transmurali e interaziendali:

- Dipartimenti strutturali, caratterizzati dall'omogeneità, sotto il profilo dell'attività, delle risorse umane o tecnologiche impiegate o delle procedure operative adottate. Sono costituiti al loro interno da strutture organizzative complesse, semplici o semplici a valenza dipartimentale, caratterizzati da strutture organizzative proprie e chiamati a svolgere attività di produzione (a livello ospedaliero e/o territoriale) o attività di supporto all'Azienda per la gestione tecnica, logistica e amministrativa.
- Dipartimenti funzionali, che aggregano strutture operative non omogenee, interdisciplinari, al fine di coordinarne l'azione per realizzare obiettivi interdipartimentali e/o programmi di rilevanza strategica. Sono caratterizzati ugualmente da un'aggregazione di strutture, ma tale forma dipartimentale nasce dall'esigenza di costituire un dipartimento finalizzato al raggiungimento di uno specifico obiettivo individuato da norme nazionali, dalle esigenze della singola Azienda o dall'opportunità di aggregare strutture complesse, semplici o semplici a valenza dipartimentale totalmente indipendenti fra loro, al fine di raggiungere un determinato obiettivo o assicurare in modo ottimale la continuità diagnostica e terapeutica ai pazienti.
- Dipartimenti trasversali, costituiti da unità intra ed extra ospedaliere.
- Dipartimenti interaziendali, che aggregano strutture appartenenti ad Aziende Sanitarie diverse, che hanno finalità e obiettivi comuni di gestione integrata di attività.

In accordo con l'ASO di Alessandria e con l'ASL AT possono essere previsti Dipartimenti interaziendali.

I Distretti

Il Distretto, quale articolazione territoriale, organizzativa ed operativa dell'Azienda, svolge una funzione essenziale nella governance del sistema territoriale.

Il Distretto, quale garante della presa in carico e continuità nei percorsi di salute della popolazione, assicura l'espletamento delle funzioni e delle relative attività territoriali indicate dall'art. 3-quinquies del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., orientandole secondo gli obiettivi definiti nel P.S.S.R.

Il Distretto ha il compito di garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza sul proprio territorio mediante l'integrazione tra i diversi servizi sanitari e socio-sanitari competenti e coinvolti, in modo da assicurare una risposta coordinata e continuativa ai bisogni della popolazione, con particolare riferimento alle problematiche connesse alle cronicità e alle situazioni di fragilità sociale.

Il Distretto rappresenta:

- l'ambito organizzativo territoriale dell'assistenza primaria e delle relative forme associative;
- il livello organizzativo dell'A.S.L. per il governo, la programmazione, l'erogazione e la gestione del budget relativo ai servizi territoriali, anche in continuità con quelli ospedalieri, sia per le aree produttive a gestione diretta da parte del Distretto, sia per le aree rispetto alle quali il Distretto esercita un ruolo di committenza, coordinamento funzionale e di condivisione dei volumi di attività da erogare a garanzia dei percorsi assistenziali integrati nonché di contrattazione del budget assegnato alla struttura erogatrice;
- la sede più idonea per il confronto con le autonomie locali e la gestione dei rapporti del S.S.R. con i cittadini e la comunità locale.

La Prevenzione

Per prevenzione si intende il complesso delle azioni rivolte a promuovere e tutelare la salute tramite:

- lo sviluppo delle capacità individuali e sociali atte a garantire stili di vita e comportamenti adeguati a migliorare le proprie condizioni di salute;
- l'identificazione e la rimozione delle condizioni di rischio negli ambienti di vita e di lavoro;
- la valorizzazione dei fattori protettivi;
- l'organizzazione di interventi di diagnosi precoce sulla popolazione.

Dal riconoscimento che la salute umana è connessa con la salute animale e la tutela dell'ambiente, come confermato dall'epidemia Covid-19, ne discende che la tutela della salute delle persone non può prescindere dalla promozione e dalla difesa della salute degli animali e dalla tutela dell'ambiente attraverso un approccio One Health.

Il Piano Locale della Prevenzione (declinazione locale del Piano Regionale) è lo strumento di programmazione e verifica destinato a coordinare e integrare le attività di promozione della salute a livello territoriale, integrando altre figure professionali operanti in diversi ambiti non solo scientifici ma anche sociali ed economici.

L'attività di prevenzione si esplica in particolar modo negli interventi diretti sulla popolazione agendo sui problemi di salute più diffusi rispetto ai quali gli interventi messi in atto garantiscano, sulla base delle conoscenze scientifiche, l'efficacia delle azioni.

L'attività di prevenzione primaria e secondaria è esercitata principalmente tramite il Dipartimento di Prevenzione che partecipa anche alle iniziative di prevenzione che possono attuare tutte le articolazioni con modalità ed impegno differenziati rispetto ai progetti di intervento.

I Presidi Ospedalieri

Sono le strutture ospedaliere costituite dall'aggregazione di strutture organizzative, sulla base di diversi criteri quali: intensità e gradualità delle cure, aree funzionali omogenee, settore nosologico / branca specialistica, organo / apparato.

I Presidi sono soggetti al raggiungimento degli obiettivi di efficienza e di efficacia, secondo la programmazione aziendale alla luce delle disposizioni nazionali e regionali.

Il Presidio ospedaliero è l'articolazione organizzativa che assicura la fornitura di prestazioni specialistiche di ricovero e ambulatoriali e opera con autonomia gestionale.

La tipologia e i volumi di prestazioni sono determinati sulla base della programmazione aziendale e le risorse professionali, le dotazioni strumentali del Presidio concorrono al soddisfacimento della domanda di prestazioni in regime ambulatoriale anche in forme coordinate e integrate con le strutture territoriali.

In coerenza con il D.M. n. 70/2015 e le DD.GG.RR n. 1-600/2015 e n. 1-924/2015, la Rete Ospedaliera ASL AL è costituita da 5 Presidi Ospedalieri, così distribuiti sul territorio:

- Presidio Ospedaliero di Acqui Terme (Ospedale di base sede di Pronto Soccorso) e Presidio Ospedaliero di Ovada (Ospedale di base sede di Pronto Soccorso di Area disagiata), posizionati in un bacino d'utenza di circa 66.000 residenti (Distretto di Acqui Terme-Ovada);
- Presidio Ospedaliero di Casale Monferrato, Ospedale di I livello sede di DEA in un'area con bacino d'utenza di circa 78.000 residenti (Distretto di Casale Monferrato);

- Presidio Ospedaliero di Novi Ligure (Ospedale di I livello sede di DEA) e Presidio Ospedaliero di Tortona (Ospedale di base sede di Pronto Soccorso) ai quali afferiscono circa 130.000 residenti (Distretto Novi Ligure-Tortona).

Il bacino d'utenza del Distretto Alessandria-Valenza, di circa 147.000 residenti, afferisce all'Azienda Ospedaliera di Alessandria che, oltre a soddisfare i bisogni acuti ospedalieri del proprio bacino distrettuale secondo il principio di prossimità della risposta, svolge anche la funzione di Ospedale Hub di II livello per l'intera Provincia.

Il Piano di Organizzazione vigente, adottato nell'ambito dell'Atto Aziendale ASL AL con Deliberazione ASL AL n. 655 del 01.08.2023, è stato successivamente allineato alle prescrizioni formulate dalla Regione Piemonte nell'ambito del procedimento di verifica di cui alla D.G.R. n. 11-8161 del 12.02.2024 come da successiva Deliberazione ASL AL n. 359 del 18.04.2024.

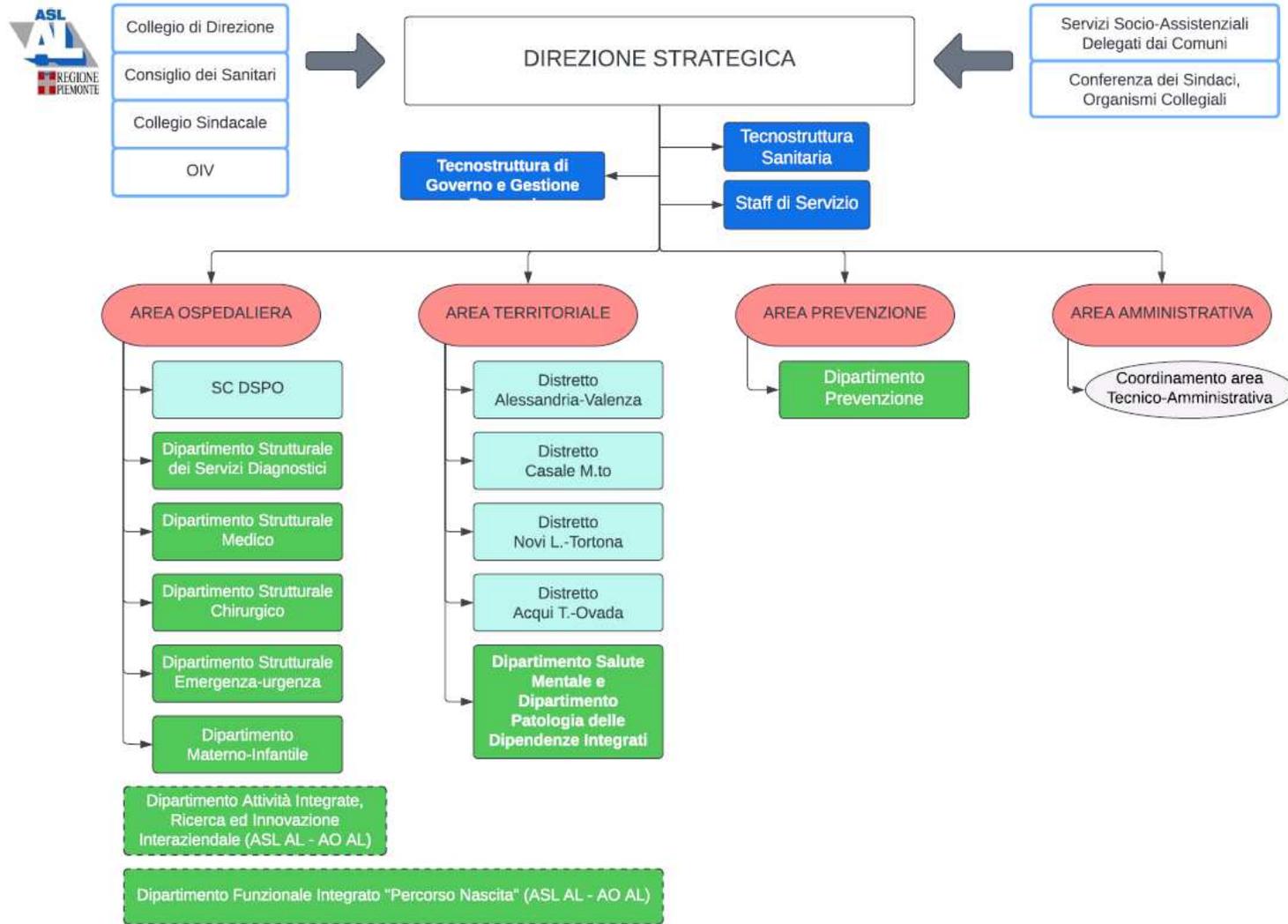
Principi ispiratori del processo di revisione dell'atto aziendale:

- Revisione dell'assetto organizzativo della rete ospedaliera, nel quadro delle indicazioni delle DD.GG.RR. n.1-600 del 19.11.2014 e n.1-924 del 23.01.2015, per una maggiore integrazione delle attività e funzioni sulle diverse sedi di erogazione;
- Potenziamento della rete territoriale per una più puntuale attuazione delle linee di indirizzo del D.M. n.77 del 23.05.2022 e della D.C.R. 257 – 25346 del 20.12.2022;
- Garanzia di un più articolato supporto alla Direzione Generale sulle attività ritenute strategiche in un'ottica di maggiore funzionalità e di efficace ed efficiente gestione dei processi correlati agli obiettivi aziendali.

La programmazione delle attività dell'Azienda in relazione alla struttura organizzativa sopra citata sarà coerente con gli obiettivi declinati nell'ambito del presente Piano.

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

ORGANIGRAMMA ASL AL



3.2 – Organizzazione del Lavoro Agile

Il lavoro agile è una modalità flessibile di esecuzione della prestazione lavorativa, senza precisi vincoli di luogo, basata sui principi di autonomia, responsabilità, fiducia e delega, nel rispetto del principio di non discriminazione e di pari opportunità.

Tale modello organizzativo si propone come strumento di ripensamento intelligente delle modalità di lavoro in grado di innescare un profondo cambiamento culturale e di promuovere un processo di innovazione nell'organizzazione del lavoro e nel funzionamento delle pubbliche amministrazioni e dei servizi ai cittadini.

Sulla base di queste premesse il documento allegato alla presente sezione, definito "Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA)" in continuità con le versioni in precedenza adottate, si configura come lo strumento di programmazione del lavoro agile e delle sue modalità di attuazione e sviluppo, adottato in coerenza con le linee di indirizzo "Linee guida sul Piano organizzativo del lavoro agile (POLA) e indicatori di performance", adottate dal Ministro per la pubblica amministrazione, con una valenza triennale e aggiornamenti annuali secondo una logica di scorrimento programmatico.

Nel contesto delle politiche regionali di innovazione e qualificazione del SSR, l'ASL AL intende sviluppare alcune linee di azione orientate alla valorizzazione e allo sviluppo professionale del personale dipendente, anche attraverso la promozione di modalità organizzative di resa della prestazione lavorativa più flessibili, sia in relazione alle esigenze di innovazione delle modalità di organizzazione del lavoro delle aziende sanitarie, che al fine di migliorare la qualità del lavoro e il benessere organizzativo dei lavoratori, favorendo la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro. In questo scenario, la gestione delle misure emergenziali legate all'epidemia Covid-19 ha portato ad introdurre lo strumento del lavoro agile – smart working, attraverso le modalità semplificate previste dalla legislazione di emergenza.

Tale esperienza ha favorito lo sviluppo di una successiva fase progettuale, finalizzata alla diffusione, secondo le modalità ordinarie, dell'istituto in esame. Successivamente, infatti, l'Azienda ha provveduto a disciplinare, con apposito Regolamento (approvato con Delibera n. 341 del 26.04.2022), l'attività lavorativa in smart working secondo le vigenti disposizioni di legge (sottoscrizione di accordo individuale) superando le modalità emergenziali di svolgimento del lavoro agile.

È stato pertanto sviluppato il Piano Organizzativo del Lavoro Agile 2025 che si integra nel ciclo di programmazione dell'Azienda attraverso il presente P.I.A.O. Il documento rappresenta per l'ASL AL uno strumento utile verso un cambiamento culturale all'interno dell'organizzazione.

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

3.3 - Piano Triennale dei fabbisogni di personale

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) è previsto dall'articolo 6, comma 2, del D.Lgs. n. 165/2001 allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate ai sensi dell'articolo 6-ter.

Il piano triennale indica le risorse finanziarie destinate all'attuazione dello stesso, nei limiti delle risorse quantificate sulla base della spesa per il personale in servizio e di quelle connesse alle facoltà di assunzione previste a legislazione vigente.

È stato introdotto dal D. Lgs.75/2017 (Decreto Madia), ha valenza triennale con aggiornamento annuale e viene redatto sulla base di Linee guida nazionali che sono state pubblicate nella G.U. serie generale n. 173 del 27 luglio 2018 e vengono aggiornate annualmente a livello regionale.

Si compone di tabelle che proiettano l'andamento della spesa, sia in termini di personale effettivamente presente (FTE), che di dotazione organica e di una relazione sintetica del Direttore Generale che rappresenta le strategie di sviluppo del personale nel triennio di riferimento.

Viene approvato con Delibera dopo che i contenuti sono stati validati dall'Amministrazione Regionale.

Non è possibile per l'Azienda procedere autonomamente ad una programmazione per il triennio oggetto del presente PIAO 2025-2027 in quanto la materia è normata dalla Regione secondo quanto previsto dall'art. 6-ter del D.Lgs. 165/2001 e dal correlato D.M. 8 maggio 2018-

Pertanto l'aggiornamento sarà predisposto nei tempi e nei modi che saranno definiti da Regione Piemonte.

L'ultimo PTFP predisposto, allegato al presente P.I.A.O., è relativo al triennio 2023-2025 è stato trasmesso a Regione Piemonte in data 16.01.2025 per l'approvazione.

Il documento, una volta approvato, viene caricato in procedura SICO (Sistema Conoscitivo del personale dipendente dalle Amministrazioni pubbliche del Ministero dell'Economia e delle Finanze).

3.3.1 Consistenza di personale al 31 dicembre dell'anno precedente

La consistenza del personale dipendente (a tempo indeterminato e a tempo determinato) al 31.12.2023 era di circa 3650 unità.

Al 31.12.2024 l'ASL AL annovera poco meno di 3670 unità ripartite tra i diversi ruoli come segue:

RUOLO	Maschi	Femmine	TOTALE
Dirigenza ruolo sanitario	216	297	513
Comparto ruolo sanitario	322	1415	1737
TOTALE RUOLO SANITARIO	538	1712	2250
Dirigenza ruolo socio-sanitario	0	0	0
Comparto ruolo socio-sanitario	70	462	532
TOTALE RUOLO SOCIO-SANITARIO	70	462	532
Dirigenza ruolo Professionale	3	1	4
Comparto ruolo Professionale	1	0	1
TOTALE RUOLO PROFESSIONALE	4	1	5
Dirigenza ruolo tecnico	1	0	1
Comparto ruolo tecnico	194	135	329
TOTALE RUOLO TECNICO	195	135	330
Dirigenza ruolo amministrativo	5	13	18
Comparto ruolo amministrativo	127	404	531
TOTALE RUOLO AMMINISTRATIVO	132	417	549
TOTALE PERSONALE	939	2727	3666

Nel corso del 2024 sono state registrate 316 cessazioni, di cui, nello specifico:

- n. 255 del personale del comparto (di cui n. 165 relative al ruolo sanitario)
- n. 61 del personale della dirigenza (compresa Dirigenza Area Sanità e Dirigenza Area PTA).

Nell'anno 2024 si osserva una costante contrazione della Dirigenza Medica per la quale si conferma una difficoltà di reperimento delle professionalità necessarie, già riscontrata da anni, nonostante le numerose procedure assuntive espletate.

Per quanto riguarda l'analisi quali-quantitativa del personale le evidenze più significative sono riconducibili ai seguenti aspetti:

- il personale dirigente rappresenta il 14,62% del personale complessivo;
- le donne rappresentano $\frac{3}{4}$ del personale (74,38%);
- poco meno di due terzi del personale è sanitario (61,37%), più il 14,51% del ruolo sociosanitario; il resto amministrativo-tecnico e professionale (24,11%).

INDICATORI PERSONALE DIPENDENTE ASL AL

Età media del personale (anni)	50,36
Età media dei dirigenti (anni)	51,93
% di dipendenti del comparto in possesso di laurea	65,34 %
% di dirigenti in possesso di laurea	100 %
Tempi di formazione (media per dipendente)	7,78 ore a dipendente
Tasso di assenze (comprese le assenze per malattia, maternità...)	21,00%
Tasso di infortuni su totale dipendenti	2,94%
Durata media infortuni – giornate medie	32,4
Stipendi medio lordo mensile percepito dai dipendenti – comparto (su 12 mensilità)	2.464,21
Stipendio medio lordo mensile percepito dai dipendenti – dirigenza (su 12 mensilità)	8.275,40
Stipendio medio lordo mensile percepito dai dipendenti – totale ponderato (su 12 mensilità)	3.317,87
% di personale a tempo indeterminato	99,01%
% di dirigenti donne	8,48 % sul totale 11,40 % sul totale donne
% di donne rispetto al totale del personale	74,38%
Età media del personale femminile (personale dirigente)	52,16
Età media del personale femminile (personale comparto)	51,48
% personale part-time su totale personale	7,61%
% personale femminile part-time su totale personale part-time	92,47%
% personale maschile part-time su totale personale part-time	7,52%

Alla data del 01.01.2025 l'ASL AL si avvale della collaborazione di n. 272 Medici di Medicina Generale, n. 31 Pediatri di Libera Scelta (totale MMG-PLS 303 al 01.01.2025), 121 Medici di Continuità Assistenziale (considerati tutti gli incarichi ovvero a 24h/12h settimanali e di sostituzione), n. 39 Medici Specialisti Ambulatoriali a tempo indeterminato, n. 1 Veterinario ambulatoriale a tempo determinato, n. 25 psicologi ambulatoriali (di cui 23 a tempo indeterminato, 1 a tempo determinato ed 1 con incarico di sostituzione). Inoltre sono presenti n. 9 Medici di Medicina Penitenziaria (considerati tutti gli incarichi ovvero a 24h/12h settimanali e di sostituzione) e n. 8 Medici per le Attività Territoriali Programmate.

PROGRAMMAZIONE STRATEGICA DELLE RISORSE UMANE

Il piano triennale del fabbisogno si inserisce in coerenza e a valle dell'attività di programmazione complessivamente intesa e deve svilupparsi nel rispetto dei vincoli finanziari.

Le attuali politiche del personale devono uscire da una logica di stretto governo dei flussi e da un approccio esclusivamente incrementale per attestarsi su una visione più efficiente, tendere a livelli di consistenze ottimali, puntando sulla corretta scelta delle professioni e delle relative competenze professionali per ottimizzare l'impiego di risorse pubbliche disponibili e erogare servizi migliori.

In quest'ottica dunque è necessario programmare e definire il proprio fabbisogno di risorse umane in correlazione con i risultati da raggiungere, col ripensamento di modelli organizzativi in considerazione dei processi di razionalizzazione e reingegnerizzazioni, ed in coerenza con le priorità strategiche.

Dato quanto sopra, in relazione alle dinamiche che contraddistinguono il contesto di riferimento l'ASL AL sta elaborando le proprie strategie in materia di capitale umano assegnando il personale secondo priorità strategiche e non ancorate alla allocazione storica e adottando un metodo di copertura di fabbisogno che miri ad acquisire le competenze necessarie in via di depauperamento individuando scelte di tipo qualitativo oltre che quantitativo.

In tale ottica, la necessaria analisi organizzativa e definizione della dotazione è ritenuta fondamentale per la definizione di adeguate politiche del personale da attuare in modalità integrata nell'ambito della "funzione personale" intesa in senso lato, gestione risorse e amministrazione sempre nei limiti dei tetti di spesa.

La Direzione Strategica ha, altresì, deciso di intraprendere un percorso per introdurre nell'organizzazione la cultura della "leadership" ritenendo che la stessa si configuri come uno dei fattori strategici per favorire il cambiamento. Le competenze manageriali sono imprescindibili e irrinunciabili in uno scenario sempre più complesso come quello attuale e le competenze di leadership rappresentano il valore aggiunto indispensabile per il futuro dell'organizzazione. Si sta pertanto definendo un percorso di rilevazione delle caratteristiche di Leadership con riferimento all'attribuzione di incarichi di ruoli apicali che sarà applicato con modalità coerenti con i vincoli normativi.

Con riferimento alla strategia di copertura del fabbisogno, la Direzione ritiene fondamentale a seguito del PTFP, strumento programmatico per le esigenze di reclutamento e gestione delle risorse umane necessarie all'organizzazione, definire annualmente un piano occupazionale finalizzato a raccogliere in un documento organico le strategie di copertura di fabbisogno attraverso l'utilizzo di strumenti a disposizione al fine di cercare soluzioni adeguate per il miglioramento dell'erogazione dei servizi e perseguire efficienza ed efficacia.

Lo strumento annuale permette di prevedere, in termini temporali, quantitativi e qualitativi, quali saranno le necessità di risorse umane nel medio periodo e dove allocarle.

La strategia dell'ASL AL per la copertura del fabbisogno:

- soluzioni interne all'amministrazione (mobilità interna a bando), ove applicabile per profili;
- processi di mobilità esterna qualora sia necessario acquisire risorse con esperienza;
- stabilizzazioni, ove previste;
- concorsi;
- ricorso a forme flessibili di lavoro, in casi di particolare rilevanza professionale o necessità contingenti e temporanee.

Formazione del personale

Il Settore Formazione Professionale ha come riferimento inscindibile la formazione continua del personale impegnato nei processi aziendali a tutti i livelli; i principi della politica della formazione puntano a:

- Supportare le decisioni strategiche aziendali e gli obiettivi di ciascuna Struttura;
- Valorizzare le attitudini e capacità individuali e di gruppo;
- Agire come leva strategica al cambiamento ed al miglioramento continuo;
- Favorire l'integrazione e la crescita dei clienti interni.

I principi sopra enunciati sono coerenti con le indicazioni contenute nella recente Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione ad oggetto: "Valorizzazione delle persone e produzione di valore pubblico attraverso la formazione. Principi, obiettivi e strumenti".

L'intero percorso formativo pianificato per i dipendenti dell'Azienda Sanitaria è regolato da specifiche normative nazionali e regionali, in linea con la Direttiva Ministeriale sopra menzionata.

Si richiama a tale proposito la peculiarità delle Aziende Sanitarie rispetto alle altre amministrazioni pubbliche, soprattutto in merito all'obbligo di formazione continua dei professionisti sanitari di cui all'art. 16-quater del D.Lgs. n. 502 del 1992, quale requisito indispensabile per svolgere attività professionale.

Il Settore Formazione Professionale mantiene vivo un sistema in grado di:

- Pianificare la gestione e la formazione delle risorse umane nell'ottica di un miglioramento continuo;
- Monitorare l'efficacia e l'efficienza dei processi di erogazione del servizio offerto, anche attraverso verifiche effettuate durante lo svolgimento delle attività formative, al fine di garantire il rispetto dei parametri richiesti dall'accreditamento ECM;
- Presidiare il soddisfacimento del cliente interno, attraverso una puntuale valutazione della documentazione in uscita dei corsi;
- Valutare e utilizzare fornitori qualificati.

Il Settore Formazione Professionale per concretizzare la propria politica della qualità si impegna, come per tutti gli anni, anche per il 2024 a:

- Predisporre il Piano di formazione annuale, sulla base delle indicazioni della Direzione Strategica;
- Effettuare le analisi dei fabbisogni formativi;
- Pianificare ed erogare momenti formativi di particolare rilevanza e criticità rispettando competenze e professionalità acquisite;
- Sensibilizzare le risorse umane, a tutti i livelli, nei confronti degli obiettivi della qualità promuovendo l'attuazione di specifici programmi di formazione e valorizzando i risultati raggiunti;
- Dedicare particolare attenzione alle esigenze di formazione del personale sanitario cercando di soddisfare almeno una parte del debito formativo richiesto dall'ECM;

A questo proposito anche per l'anno 2025 sono stati inseriti nel Piano Formativo 169 corsi, numero - ad avviso del Comitato Scientifico Aziendale - sufficiente a contemperare sia le necessità delle singole Strutture, ottenute attraverso una puntuale raccolta del fabbisogno formativo effettuata a fine 2024, sia una serie di attività intersettoriali ed interprofessionali. Si cercherà di utilizzare strategie didattiche che consentano una partecipazione attiva da parte dei discenti in modo che venga valorizzata l'esperienza professionale dei discenti stessi, in considerazione del fatto che – secondo gli insegnamenti dell'andragogia – questo elemento è atto a migliorare il livello di partecipazione dei presenti in aula. Dei 169 corsi

inseriti ne sono stati effettuati 85 (50.30% del progettato). Nel Piano 2025 le proposte risultano essere 149.

Tra le iniziative possiamo evidenziare i corsi di informatica da effettuare con la modalità formazione a distanza (FAD). Proseguono i momenti formativi trasversali che consisteranno sia in attività d'aula che in FAD, per rinfrescare le competenze sulle infezioni correlate all'assistenza (ICA), per l'anno 2024 si è raggiunto l'obiettivo posto dalla Regione Piemonte di numero formati. Questa attività ha comportato un notevole aggravio di lavoro che – unitamente alle problematiche di alcuni operatori della nostra SSA – ha causato un leggero calo delle attività messe in atto, calo causato anche dalla riduzione del budget attribuito dalla Direzione Generale.

Si sono comunque attivati i corsi rivolti al personale infermieristico delle varie Strutture interessate, per la corretta gestione degli accessi venosi usufruendo, come docenti, di infermieri che abbiano seguito gli specifici master in modo da attivare quel processo virtuoso per cui i formati in un certo campo si trasformano a loro volta in formatori dei colleghi; si sono completate le procedure di formazione dei direttori e degli istruttori di BLSO adulto situazione che consentirà di aumentare il numero dei corsi in questa materia per ottemperare alle indicazioni relative al fatto che, nei trasporti dei pazienti, il personale sanitario utilizzato per l'accompagnamento deve avere ricevuto da meno di 24 mesi una formazione in materia di rianimazione cardiopolmonare di base.

Si sono svolti inoltre corsi avanzati di RCP (ACLS, EPALS EPILS) rivolti a medici ed infermieri del Dipartimento Strutturale di Emergenza e Urgenza e DMI che proseguiranno anche per il 2025 con l'obiettivo di fornire idonei strumenti per gestire situazioni complesse in emergenza.

Si intende proseguire inoltre con attività di formazione rivolte anche alle Strutture esterne che insistono sul territorio di competenza della nostra ASL e sulle quali l'Azienda ha un compito di sorveglianza, formazione interrotta nel 2024 in quanto la Commissione di vigilanza sulle strutture private ha ritenuto di non effettuare tali attività nel corso del 2024. E' stato offerto ai neoassunti del ruolo amministrativo un corso per orientare sulle principali procedure in uso, necessità evidenziata da alcuni Dirigenti in apposite riunioni di progettazione, in considerazione del fatto che a seguito dei concorsi esperiti prenderanno servizio numerosi impiegati amministrativi, questa formazione verrà riproposta anche per l'anno 2025.

Si sono poi realizzati i corsi POCT (Point Of Care) un'analisi medica svolta in prossimità del sito di cura ed assistenza del paziente (il concetto trainante del POCT è quello di portare ed eseguire il test nel modo più comodo e immediato per il paziente. Ciò aumenta la probabilità che il paziente, il medico, ed il team assistenziale riceva i risultati più rapidamente), rivolti agli operatori dei Pronto Soccorso e Laboratorio di Acqui T.me e Tortona, sono stati formati n. 31 operatori tra tecnici sanitario di laboratorio e infermieri.

Per il prossimo anno verranno poi resi disponibili corsi sulla comunicazione e relazione con il paziente sia in forma residenziale sia in FAD.

**ALLEGATO 3.1 – POLA – PIANO ORGANIZZATIVO DEL LAVORO AGILE
anno 2024**

ALLEGATO 3.2 – Tabelle Piano triennale fabbisogno di personale

SEZIONE 4: Monitoraggio

Monitoraggio sottosezioni Valore pubblico e Performance

Il monitoraggio della performance, ai sensi dell'art. 6 del D.Lgs. 150/2009, è garantito dall'Organismo Indipendente di Valutazione che valuta il processo di budget, in quanto parte del Ciclo della Performance; verifica l'effettiva funzionalità del processo correlato agli obiettivi, dalla sua definizione fino alla valutazione finale, a garanzia del rispetto delle regole e della correttezza della metodologia adottata dall'Azienda. In particolare, a inizio d'anno esamina il processo di formulazione del Budget e, a fine anno, il grado di raggiungimento degli obiettivi generali e specifici, evidenziando eventuali criticità del processo di valutazione. Comunque durante l'anno l'OIV verifica l'andamento della performance attraverso gli strumenti e i dati forniti dai sistemi di controllo strategico e di gestione, segnalando la necessità o l'opportunità di interventi correttivi.

La S.C. Programmazione Controllo Sistema Informativo elabora i dati di attività, costo e i flussi informativi e supporta i valutatori e l'OIV nei monitoraggi e nelle valutazioni. Provvede anche all'invio periodico ai Centri di Responsabilità dei dati di monitoraggio degli obiettivi definiti nelle schede di budget e supporta la Direzione e i referenti dei singoli obiettivi nell'attuare eventuali azioni di miglioramento.

Ai sensi dell'art. 10 del D.Lgs. 150/2009, entro il 30 giugno di ogni anno viene approvata la Relazione sulla Performance, validata dall'OIV, che evidenzia, rispetto all'anno precedente, i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse.

Con deliberazione n. 904 del 21.11.2022 è stata approvata la procedura aziendale finalizzata alla misurazione della performance aziendale e alla conseguente valutazione di obiettivi definiti dalla direzione strategica.

La procedura è pertanto funzionale alla verifica periodica dell'andamento complessivo dell'ASL AL e all'analisi dell'eventuale scostamento rispetto ai valori obiettivo definiti.

E' altresì funzionale al possibile riconoscimento dei saldi intermedi infrannuali per quanto riguarda la retribuzione di risultato correlata alla performance organizzativa

L'OIV mensilmente fornisce riscontro alla Direzione Generale circa la coerenza metodologica del processo e valida la coerenza degli esiti della performance dell'ASL AL sulla base degli indicatori e dei target definiti con la procedura aziendale sopra richiamata, che risultano come segue con decorrenza dal provvedimento di approvazione del P.I.A.O. 2023/2025.

Valutazione infrannuale dell'andamento della performance aziendale

Indicatori performance gestionale	Target atteso	Range tolleranza	Fonte
Tempestività pagamenti dell'ultimo trimestre disponibile	< 60 giorni	10%	SEF
N. mensile medio di ricoveri DO+DH dell'ultimo semestre disponibile	>1750	10%	CDG
Valore medio DO mensile dell'ultimo semestre disponibile	>3600	10%	CDG
Durata media degenza DO mensile dell'ultimo semestre disponibile	<9	10%	CDG
N. mensile medio intereventi di sala operatoria (RO+DS)	>850	10%	CDG
N. mensile di accessi al PS dell'ultimo semestre disponibile	>5900	10%	CDG
% passaggi DEA/PS seguiti da ricovero dell'ultimo semestre disponibile	<15,5%	10%	CDG
% abbandoni durante attesa presa in carico DEA/PS (codici arancione-azzurro) dell'ultimo semestre disponibile	<3%	10%	CDG
% SDO chiuse correttamente dell'ultimo semestre disponibile	>95%	10%	CDG
N. mensile medio di prestazioni ambulatoriali per esterni dell'ultimo semestre disponibile	>280000	10%	CDG
Tasso di ospedalizzazione *1000 abitanti dell'ultimo semestre disponibile (solo regionale)	<65	10%	CDG
Tempi attesa prestazioni specialistiche PNGLA monitorate (classe U-B-D) entro soglia	>80%	10%	CDG
Casi ADI per residente (*1000) dell'ultimo semestre disponibile	>25	10%	CDG
N. giornate residenziale anziani per residente ultra 65a dell'ultimo semestre disponibile	>2	10%	DISTRETTI
Vaccinazioni pediatriche obbligatorie: % copertura popolazione target (3° anno) dell'ultimo semestre disponibile	95%	10%	DIP. PREVENZION

Rilevazione della soddisfazione dell'utenza

In collaborazione con società esperta nel settore, l'Asl AL sta implementando un sistema di Customer Satisfaction rivolto agli utenti per valutare il gradimento dei servizi ambulatoriali e dei reparti di degenza.

I cittadini che usufruiscono di prestazioni saranno contattati tramite SMS e potranno rispondere al questionario con risposte ad Emoticons.

La Direzione Generale deciderà semestralmente o annualmente quali servizi analizzare comparando le diverse attività aziendali.

È in corso il completamento delle attività di programmazione informatica che consentirà l'interoperabilità dei dati delle prestazioni monitorate, cui seguirà la fase di testing della durata di circa 30 giorni, dopodiché andrà a regime il sistema di rilevazione della soddisfazione degli utenti su un campione di attività individuato dalla Direzione Aziendale.

Monitoraggio Sezione "Rischi corruttivi e trasparenza"

Collaborano all'aggiornamento ed al monitoraggio dell'applicazione della sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" i dirigenti tenuti a relazionare annualmente al R.P.C.T. sull'attività anticorruzione svolta, sull'applicazione di quanto previsto dalla sezione citata e sul rispetto di quanto previsto per gli obblighi di trasparenza.

L'aggiornamento della sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" viene effettuato sulla base di quanto contenuto nelle relazioni dei dirigenti, degli esiti del monitoraggio e in dipendenza dell'evoluzione organizzativa e delle modifiche delle competenze aziendali e normative.

Il monitoraggio sul rispetto di quanto previsto dalla sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" e sulle misure di prevenzione viene svolto dal R.P.C.T., almeno una volta nel corso dell'anno con i dirigenti tenuti a relazionare al R.P.C. e con eventuali approfondimenti specifici su aree a maggior rischio, salvo naturalmente situazioni eccezionali come quella dovuta all'emergenza pandemica.

Monitoraggio Sezione "Organizzazione e capitale umano"

Con riferimento alle risorse umane di una azienda sanitaria, si rappresentano di seguito i principali strumenti di monitoraggio che ne guidano l'agire.

L'art. 6, comma 2, del D.Lgs. n. 165/2001, come sostituito dall'art. 4 del D.Lgs. n. 75/2017, al fine di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, stabilisce l'obbligo per le amministrazioni pubbliche di adottare il piano triennale dei fabbisogni di personale in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate dal Ministero per la semplificazione e la pubblica amministrazione ai sensi dell'art. 6 ter dello stesso D.Lgs. n. 165/2001. Tale strumento di programmazione deve svilupparsi in maniera coerente con il ciclo della programmazione dell'Ente, in linea con gli obiettivi generali e le priorità strategiche individuati, nonché nel rispetto dei vincoli economici. Non è pertanto difficile comprendere la complessità del percorso di predisposizione di uno strumento di programmazione qual è il PTFP, la cui elaborazione, per quanto siano state fatte analisi di natura preventiva, non può che richiedere approfondimenti e verifiche in itinere, anche in relazione alle proposte e alle segnalazioni da parte dei vari attori coinvolti nel processo di programmazione ed erogazione dei servizi. Sebbene il PTFP si sviluppi in una prospettiva triennale, esso viene adottato annualmente con la conseguenza che di anno in anno esso viene modificato in relazione alle mutate esigenze di contesto normativo, organizzativo e funzionale.

Di anno in anno la Regione Piemonte adotta un provvedimento con cui vengono definite le disposizioni nei confronti delle aziende ed enti del Servizio Sanitario Regionale riguardanti il personale dipendente, il personale a rapporto di lavoro autonomo e il personale specialista ambulatoriale interno. Con tale provvedimento vengono impartite indicazioni sul reclutamento del personale nelle sue varie forme e si definiscono gli obiettivi di costo per il personale del SSR, il quale viene poi successivamente ridistribuito per le singole aziende.