



Piano Integrato di Attività e Organizzazione

PIAO 2023-2025

**(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 2023-2025, 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-Agenas, 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. Anche il 2023 potrà essere un anno "di primo avvicinamento" rispetto ad un nuovo assetto a regime che si consoliderà auspicabilmente dal 2024, da accompagnare con adeguati percorsi informativi e formativi sia all'interno sia all'esterno delle Aziende sanitarie.

INDICE

SEZIONE 1: Scheda anagrafica dell'amministrazione	7
SEZIONE 2: Valore pubblico, Performance e Anticorruzione	34
2.1 – Valore pubblico	38
2.2 – Performance	41
2.3 – Rischi corruttivi e trasparenza	91
SEZIONE 3: Organizzazione e Capitale Umano	93
3.1 – Struttura Organizzativa	93
3.2 – Organizzazione del lavoro agile	98
3.3 – Piano triennale dei fabbisogni del personale	99
SEZIONE 4: Monitoraggio	106

ALLEGATI SEZIONE 2: - Piano Azioni Positive ASL AL 2023-2025

- Anticorruzione e trasparenza

ALLEGATI SEZIONE 3: - Piano Organizzativo del Lavoro Agile ASL AL 2023

- Tabelle Piano Triennale Fabbisogno Personale 2021-2023 (Deliberazione 120 del 17.02.2023)

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 195 Comuni per una popolazione complessiva di 418.229 abitanti (dato BDDE Regione Piemonte al 31.12.2021), distribuiti su un territorio di 3.679 mq – densità media 113,37 – 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 28,36%.

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.

Ne scaturisce una serie di interventi, diretti a perseguire:

- l'unitarietà dell'intervento ospedaliero, attraverso la creazione di un modello di rete coordinato dei presidi ospedalieri esistenti;
- lo sviluppo e la qualificazione del sistema delle cure primarie, quale risposta appropriata ed alternativa ai ricoveri ospedalieri, da realizzare con un rafforzamento del ruolo del Distretto, a garanzia del coordinato e continuativo svolgimento dei percorsi di salute;
- la continuità assistenziale che garantisca un percorso di presa in carico e di assistenza socio/sanitaria, senza soluzione di continuità;
- la prevenzione e la promozione della salute, anche attraverso progetti di collaborazione intersettoriali;
- il rafforzamento di 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.

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 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.

1.1 Analisi del contesto

1.1.1- Analisi ambientale

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'ASO 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.

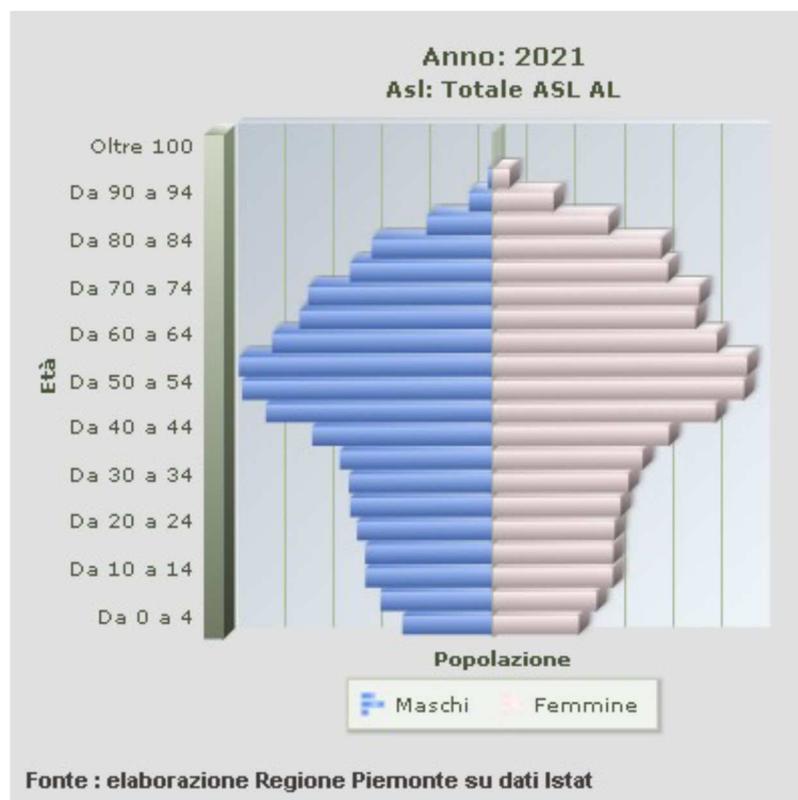
L'assistenza domiciliare per le malattie croniche nell'ASL AL rappresenta l'alternativa ai ricoveri ospedalieri inappropriati ed è una forma assistenziale in costante incremento, sia per la qualità di vita del paziente, sia per i vantaggi economici rispetto ad altre forme di ricovero anche extra ospedaliere.

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 2021.

TERRITORIO E POPOLAZIONE AL 31.12.2021

Distretto	Residenti	% ultra 65enni	Superfici e (kmq)	Densità demogr (ab/kmq)	Comuni	Pianura	Collina	Montagna
Acqui Terme - Ovada	65.893	31,09%	766,79	85,93	45	1	26	18
Alessandria - Valenza	146.640	27,24%	827,54	177,20	31	19	12	---
Casale Monferrato	77.192	28,78%	735,72	104,92	48	15	33	---
Novi Ligure - Tortona	128.504	27,99%	1.349,23	95,24	71	16	23	32
TOTALE ASL AL	418.229	28,36%	3.679,28	113,67	195	51	94	50



STRANIERI RESIDENTI AL 31.12.2021

Distretti	Maschi	Femmine	Totale	% su totale popolazione
AL - Acqui Terme/Ovada	2.988	3.263	6.251	9,5%
AL - Alessandria/Valenza	8.981	8.906	17.887	12,2%
AL - Casale M.To	3.287	3.557	6.844	8,9%
AL - Novi Ligure/Tortona	7.860	8.025	15.885	12,4%
Totale	23.116	23.751	46.867	11,2%

INDICATORI POPOLAZIONE – BDDE ANNO 2021

INDICATORE	ASL AL	REGIONE PIEMONTE
Indice di carico per donna feconda (*100)	16,7	17,87
Indice di dipendenza strutturale (*100)	64,26	61,73
Indice di fecondità (*100)	2,98	3,34
Indice di ricambio (*100)	179,34	156,13
Indice di struttura della pop attiva (*100)	166,49	152,57
Indice di vecchiaia (*100)	263,5	219,86
Rapporto di mascolinità (*100)	95,21	95,02
Tasso di natalità (*1000)	5,24	6,27
Tasso di mortalità (*1000)	14,99	13,25
Tasso di immigrazione (*1000)	37,97	36,51
Tasso di emigrazione (*1000)	34,2	34,66
Tasso migratorio netto (*1000)	3,77	1,84
Età media femmine	50,28	48,61
Età media maschile	47,13	45,60
Età media totale	48,75	47,15

MOVIMENTI ANAGRAFICI POPOLAZIONE RESIDENTE ASL AL - ANNO 2021			
	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
Nati	1.146	1.046	2.192
Morti	2.932	3.339	6.271
Iscritti da altri comuni	6.561	6.386	12.947
Iscritti dall'estero	1.395	1.285	2.680
Altri iscritti	179	75	254
Cancellati per altri comuni	6.124	6.039	12.163
Cancellati per l'estero	671	618	1289
Altri cancellati	471	382	853

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

CAUSE DI MORTE ANNO 2019	Maschi	Femmine	Totale
Malattie dell'apparato circolatorio	944	1.319	2.263
Tumori maligni	883	776	1.659
Malattie dell'apparato respiratorio	268	204	472
Disturbi psichici	89	182	271
Malattie del sistema nervoso	131	139	270
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche	123	130	253
Stati morbosi e maldefiniti	79	142	221
Malattie dell'apparato digerente	84	113	197
Traumatismi e avvelenamenti	116	78	194
Malattie infettive	73	79	152
Malattie dell'apparato genito-urinario	50	66	116
Tumori benigni, in situ, incerti	49	45	94
Malattie osteomuscolari e del connettivo	12	29	41
Malattie del sangue, degli organi emopoietici e disordini immunitari	16	19	35
Malformazioni congenite e cause perinatali	14	4	18
Malattie della pelle e del sottocutaneo	5	10	15
Complicanze della gravidanza, del parto e del puerperio	-	1	1
TOTALE ASL AL	2.936	3.336	6.272

ESENZIONI TICKET – RESIDENTI ASL AL (DICEMBRE 2022)

FASCIA ETA'	PATOLOGIE CRONICHE E INVALIDANTI		PATOLOGIE RARE		ESENTI INVALIDITA'	
	ESENTI	% SU POP ASLAL	ESENTI	% SU POP ASLAL	ESENTI	% SU POP ASLAL
01-04	449,00	3,6%	42,00	0,3%	16,00	0,1%
05-14	971,00	3,0%	259,00	0,8%	475,00	1,5%
15-44	11.218,00	9,3%	937,00	0,8%	2.069,00	1,7%
45-64	41.294,00	30,8%	1.009,00	0,8%	6.470,00	4,8%
65-74	34.626,00	62,5%	430,00	0,8%	4.573,00	8,3%
75 ed oltre	47.295,00	74,8%	325,00	0,5%	9.867,00	15,6%
TOTALE	135.853,00	32,5%	3.002,00	0,7%	23.470,00	5,6%

DETTAGLIO PRIME 15 TIPOLOGIE DI ESENZIONI PER PATOLOGIE CRONICHE

TIPO ESENZIONE	TOTALE	DI CUI PER >= 65 ANNI	% >= 65 ANNI SU TOTALE
0A31 - Ipertensione Arteriosa senza Danno d'Organo	28.513	21.190	74,3%
013 - DIABETE MELLITO	23.252	16.493	70,9%
048 - SOGGETTI AFFETTI DA NEO.M.	17.498	10.752	61,4%
0A02 - Malattie Cardiache e del Circolo Polmonare	10.249	6.975	68,1%
027 - IPOTIROIDISMO CONGENITO E ACQUISITO	6.494	2.538	39,1%
0031 - Ipertensione Arteriosa con Danno d'Organo	6.123	5.009	81,8%
056 - TIROIDITE DI HASHIMOTO	4.955	1.383	27,9%
007 - ASMA	4.567	814	17,8%
025 - IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE IIA E	3.762	2.497	66,4%
016 - EPATITE CRONICA (ATTIVA)	3.323	1.581	47,6%
019 - GLAUCOMA	2.992	2.376	79,4%
024 - INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA	2.541	2.165	85,2%
0C02 - Malattie delle Arterie, Arteriole, Capillari, Vene e Vasi Linfatici	2.022	1.314	65,0%
006 - ARTRITE REUMATOIDE	1.686	895	53,1%
023 - INSUFFICIENZA RENALE CRONICA	1.557	1.079	69,3%

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

Distretti:

Distretto Acqui Terme-Ovada:

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

Distretto Alessandria-Valenza:

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

Distretto Casale Monferrato:

- Casale Monferrato – Via Palestro 41

Distretto Novi Ligure – Tortona:

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

Dipartimento di Prevenzione:

- Sede Centrale: Via Venezia 6 – Alessandria

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

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

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

ASSISTENZA OSPEDALIERA

L'Azienda opera mediante n. 5 presidi a gestione diretta; i posti letto direttamente gestiti per attività ordinaria risultano pari a 795 unità, a seguito di temporanee variazioni per l'attivazione di posti letto per emergenza Covid-19.

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

L'andamento dell'attività dell'anno 2022 è stato ancora condizionato, seppure in misura minore rispetto al 2021, dalle misure restrittive adottate per fronteggiare la pandemia da Covid 19.

Le tabelle 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 2022 con il confronto con l'anno precedente ed evidenziano un incremento sulle tre linee di attività (ricovero, ambulatoriale, pronto soccorso).

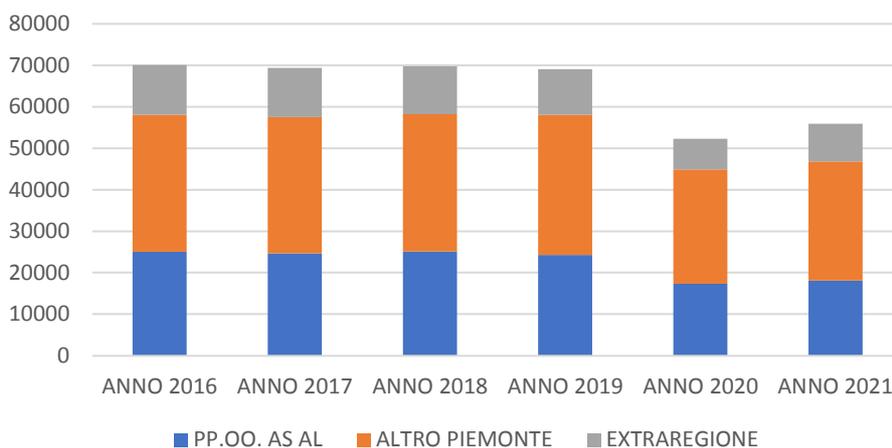
ATTIVITA' DI RICOVERO OSPEDALIERO - RIC. ORD. E DH (valore casi - €)

PP.OO.	ANNO 2022			ANNO 2021			ANNO 2019		
	Casi	Giornate	Valore	Casi	Giornate	Valore	Casi	Giornate	Valore
P.O. CASALE	8.324	53.086	25.958.585,49	7.776	50.942	24.382.725,40	9.495	61.766	26.426.826,03
P.O. TORTONA	3.154	21.115	11.678.397,20	2.088	20.866	9.800.663,60	4.293	27.458	13.879.998,20
P.O. NOVI LIGURE	7.787	40.660	20.563.873,60	7.596	40.838	21.573.281,80	9.047	47.178	23.128.825,70
P.O. ACQUI TERME	2.814	17.441	9.462.633,00	2.633	17.082	9.359.593,80	3.900	24.827	11.772.616,60
P.O. OVADA	944	12.606	3.434.282,20	926	12.879	3.505.548,60	1.173	17.460	4.714.866,20

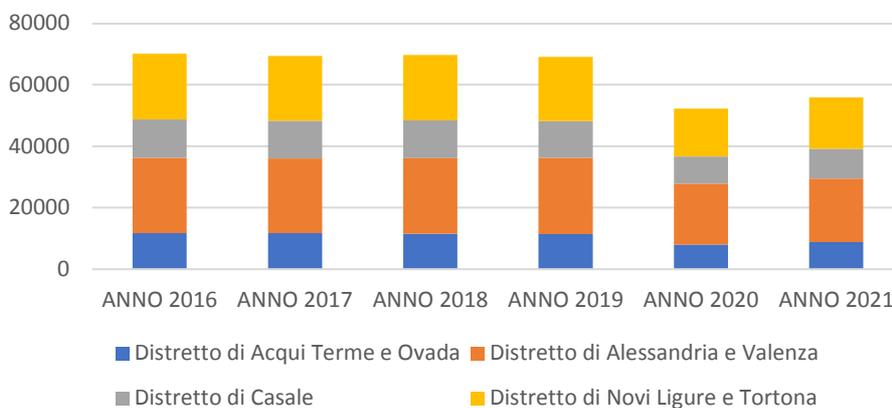
PRODUZIONE RICOVERI PP.OO. ASL AL

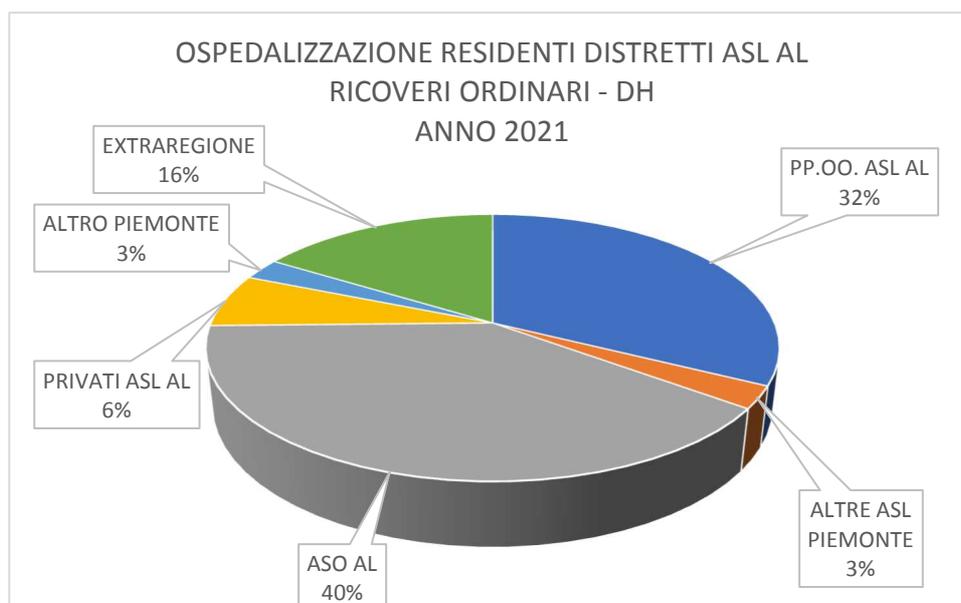


OSPEDALIZZAZIONE RESIDENTI ASL AL RICOVERI ORDINARI - DH



OSPEDALIZZAZIONE RESIDENTI DISTRETTI ASL AL RICOVERI ORDINARI - DH





Erogatori privati accreditati per attività di ricovero

Sono presenti sul territorio n. 3 strutture private accreditate articolate in complessive 4 case di cura con cui l'ASL AL, sulla base di provvedimenti regionali di approvazione regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati e conseguente assegnazione tetti di spesa per struttura, stipula accordi contrattuali per acquisto di prestazioni di ricovero acuti e post-acuti.

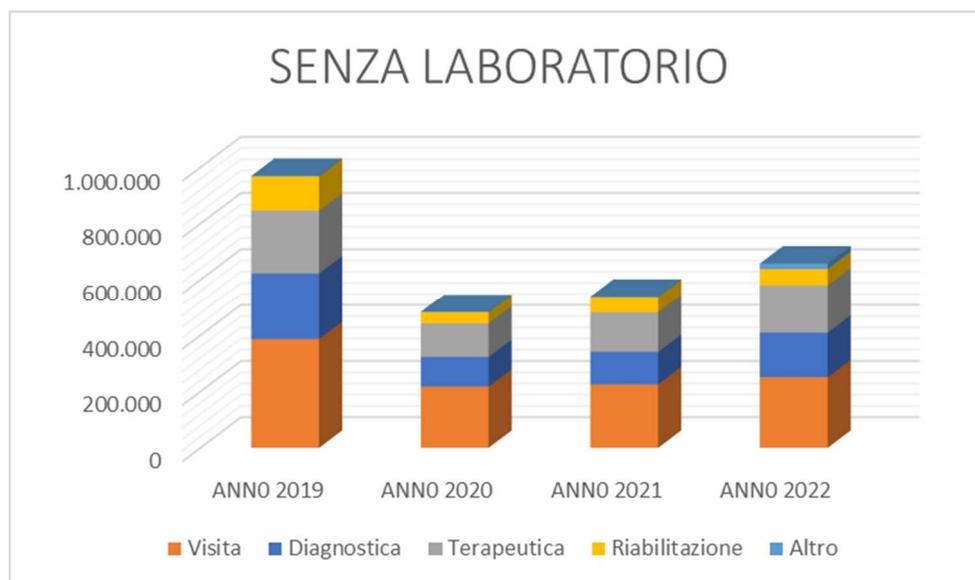
STRUTTURA	P.L. AUTORIZZATI	P.L. ACCREDITATI	P.L. CONTRATTATI
Policlinico di Monza S.p.A. - Clinica Città Alessandria e Clinica Salus	209	199	143
Casa di Cura Sant'Anna – Casale	80	72	72
Habilità S.p.A. – Casa di cura Villa Igea Acqui T.	80	80	61

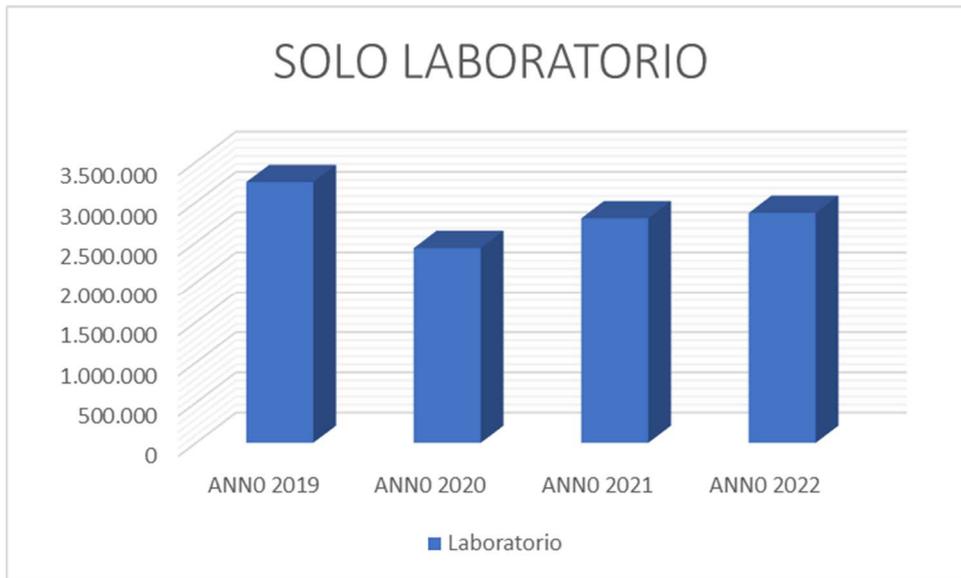
ATTIVITA' DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE (valore delle prestazioni - €)

	ANNO 2019		ANNO 2020		ANNO 2021		ANNO 2022	
	Quantita	Valore	Quantita	Valore	Quantita	Valore	Quantita	Valore
TOTALE ASL AL	4.218.823	44.741.825,90	2.914.924	27.728.244,43	3.340.221	33.474.366,19	3.525.349	36.331.757,51

ATTIVITA' PRESIDI OSPEDALIERI E DISTRETTI

N. PRESTAZIONI	ANNO 2019	ANNO 2020	ANNO 2021	ANNO 2022
TOTALE	4.218.823	2.914.924	3.340.221	3.525.349
Visita	386.574	217.496	225.519	250.948
Diagnostica	236.240	105.446	115.453	158.595
Laboratorio	3.249.126	2.431.166	2.800.548	2.867.274
Terapeutica	223.492	119.668	141.148	170.332
Riabilitazione	122.029	39.937	56.323	58.613
Altro	1.362	1.211	1.230	19.587





ACCESSI DEA / PRONTO SOCCORSO

TOTALE ASL AL			
COD URGENZA	ANNO 2019	ANNO 2021	ANNO 2022
BIANCO	3.778	1.745	2.382
VERDE	74.372	43.808	28.690
AZZURRO		39	28.550
ARANCIONE		10	14.193
GIALLO	16.595	12.283	8
ROSSO	733	1.160	1.733
NERO	6	6	4
Totale complessivo	95.484	59.051	75.560

Dal confronto dei dati di attività dell'ultimo biennio con il 2019, è evidente che gli effetti dell'emergenza sanitaria Covid-19 hanno pesantemente condizionato l'attività di ricovero, di specialistica ambulatoriale e di DEA/Pronto Soccorso.

L'IMPATTO DELL'EMERGENZA SANITARIA COVID-19 SUL TERRITORIO E AZIONI INTRAPRESE

La Regione Piemonte, con D.G.R. 1-1979 del 23.09.2020 e successivi provvedimenti di aggiornamento, ha approvato il piano pandemico operativo covid-19 territoriale e ospedaliero con le seguenti finalità:

- Adeguare costantemente il piano pandemico anche in relazione alla preparazione delle strutture SSR in vista di una possibile ripresa con "terza ondata" epidemica;
- Ridefinire un'ulteriore strategia integrata di prevenzione, gestione e monitoraggio della infezione da Covid-19, attraverso una maggiore integrazione tra le strutture ospedaliere e territoriali
- Definire obiettivi e azioni al fine di rendere strutturale la risposta all'aumento significativo della domanda di assistenza legata all'eventuale prosieguo dell'emergenza sanitaria, da contemperarsi con la necessità di provvedere al graduale ripristino delle attività ordinarie, riportando a regime l'attività della rete ospedaliera e territoriale e mantenendone il più possibile le funzioni e la flessibilità alla rapida conversione delle stesse.

Le Aziende Sanitarie Regionali, tramite le Unità di Gestione Covid, sono tenute a dare attuazione alle indicazioni del Piano Pandemico nonché a tutte le indicazioni contenute in norme, linee guida, con il coordinamento e la supervisione del Dipartimento Interaziendale Funzionale a valenza regionale "Malattie ed Emergenze Infettive" (DIRMEI).

Nel recepire il Piano approvato dalla Regione Piemonte, l'ASL AL ha definito il "Piano Pandemico aziendale", con l'implementazione operativa di ulteriori azioni per la gestione dell'emergenza Covid-19 e con particolare riferimento all'obiettivo specifico individuato nell'ambito della DGR 15-2139 del 23.10.2020 di approvazione obiettivi di attività assegnati ai Direttori Generali/Commissari per l'anno 2020, denominato "Sviluppare il piano pandemico regionale a livello aziendale.

L'ASL AL ha inoltre adottato una procedura specifica denominata "Piano gestione pandemia COVID" con lo scopo di descrivere il modello e il percorso organizzativo al fine di poter fronteggiare in modo ottimale un eventuale aumento nel numero di nuove infezioni da SARS-COV-2. Per raggiungere tale scopo sono stati individuati i possibili scenari di aumento dell'epidemia da SARS-COV-2 ai quali corrispondono azioni mirate di risposta. Le azioni riguardano tutti gli aspetti organizzativi, tecnici e gestionali necessari a fronteggiare la pandemia. Gli scenari epidemiologici che determinano una riconversione modulare dei posti letti Covid sono stati definiti dal gruppo di lavoro costituito dalle Direzioni Aziendali sulla base degli andamenti epidemiologici locali.

Nonostante la fine dello stato di emergenza, l'infezione da SARS COV 2 richiede anche in fase interpandemica il mantenimento di attività per la gestione della diffusione del virus e la riduzione della gravità della malattia.

Le misure che le aziende devono essere in grado di assicurare sono:

- la disponibilità di un sistema di sorveglianza basato sulla effettuazione di tamponi antigenici o molecolari in grado di intercettare ed isolare i casi di malattia;
- la capacità di effettuare, qualora necessario, le attività di ricerca dei contatti e la gestione dei periodi contumaciali;
- la capacità di rendere disponibile la vaccinazione anti COVID 19 alla popolazione piemontese sulla base dei programmi nazionali così come articolati a livello regionale.

VACCINAZIONI ANTI COVID-19

TOTALE AL 31.12.22	CV ASLAL	CV ASOAL	TOT
1A DOSE	339.043	16.664	355.707
2A DOSE	312.803	16.306	329.109
3A DOSE	279.560	19.969	299.529
4A DOSE	80.501	1.135	81.636
5A DOSE	9.619	13	9.632
TOT	1.021.526	54.087	1.075.613

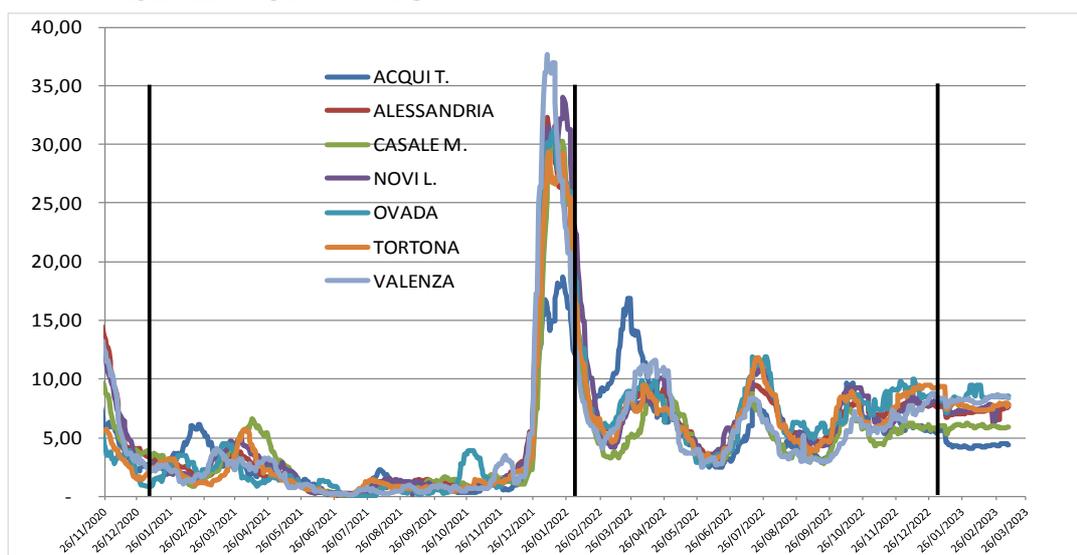
PRODUZIONE % su pop totale	ASLAL
1A DOSE	83,0%
2A DOSE	76,8%
3A DOSE	69,9%
4A DOSE	19,1%
5A DOSE	2,2%
TOT	251,0%

CV ADULTI	
CV DISTRETTUALI	10
ALTRI CV	7
CV ASO AL	1
CV TOT	18

CV PEDIATRICI	
CV DISTRETTUALI	6
ALTRI CV	3
CV ASO AL	1
CV TOT	10

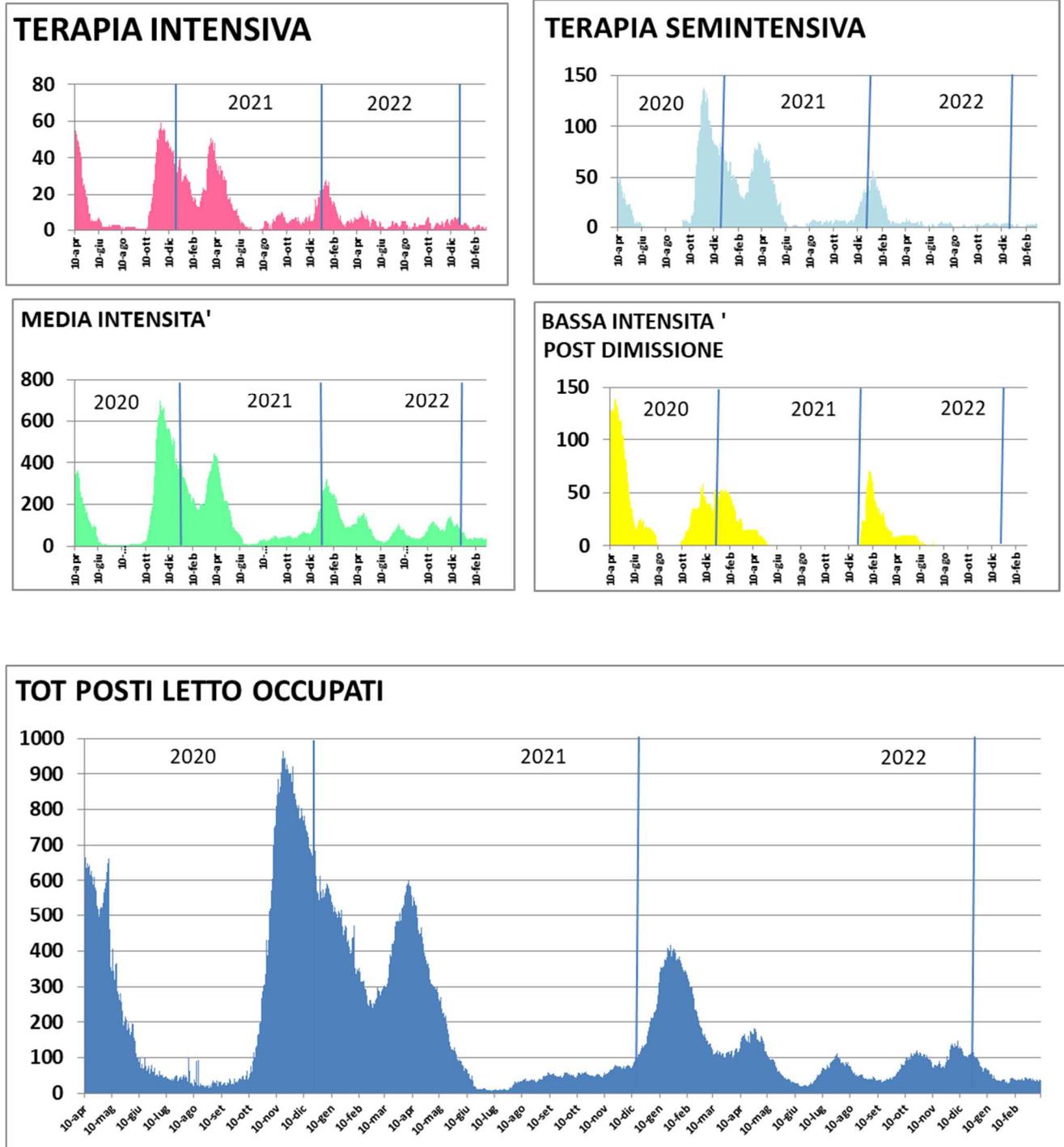
I grafici seguenti rappresentano la situazione dei pazienti positivi al Covid-19 e l'andamento dei posti letto occupati da pazienti Covid-19 positivi nelle province di Alessandria e Asti, compresi i Presidi dell'ASL AL, ASL AT, ASO AL e quelli attivati presso gli Istituti Privati accreditati ASL AL e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

ATTUALMENTE POSITIVI PER 1000 ABITANTI ASL AL - "CENTRI ZONA"



PL OCCUPATI COVID19

PP.OO. ASLAL +ASO AL+ASL AT+PRIVATI ACCR.+CAVS



Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN)	Anno 2020	Anno 2021
Controlli, vigilanza e ispezioni in materia di sicurezza alimentare:	459	1046
Attività di controllo su acque per uso umano:	1875	1198
Sorveglianza nutrizionale		
– pareri su menù e tabelle dietetiche ristorazione scolastica:	284	221
– pareri su menù e tabelle dietetiche strutture socio-assistenziali:	80	137
Medicina dello Sport:		
Visite	2833	3252
Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP)	Anno 2020	Anno 2021
Vaccinazioni obbligatorie e raccomandate	100374	804539
Vaccinazioni antinfluenzali	89445	74808
Vaccinazioni medicina dei viaggi	250	860
Controlli, vigilanza ed ispezioni	520	1327
Sorveglianza malattie infettive – notifiche pervenute	575	181
Pareri edilizi	149	133
Provvedimenti e sanzioni	162	362
Conferenze dei servizi	195	208
Interventi di educazione sanitaria e promozione alla salute	35	30
Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro (SPRESAL)	Anno 2020	Anno 2021
Ditte vigilate	892	992
Interventi di vigilanza	892	992
Cantieri Edili sottoposti a vigilanza	232	247
Infortuni sul lavoro indagati	100	144
Malattie Professionali indagate	34	89
Punti di prescrizione impartiti (art. 21 D.Lgs. 758/94)	255	264
Numero verbali	152	215
Piani di lavoro e notifiche amianto valutati	902	1072
Numero sopralluoghi effettuati	656	672

<i>Servizio Veterinario</i>		
Sanità Animale – Area A	Anno 2020	Anno 2021
Allevamenti zootecnici e consistenza capi:	Allevamenti/Capi	Allevamenti/Capi
Bovini	714/41.115	684/40390
Ovini e caprini	817/16.477	859/17612
Suini	242/32.634	265/36118
Equidi	1.572/3.200	1877/4433
Conigli	6/1.949	7/2900
Avicoli a carattere commerciale (esclusi i famigliari)	43/336.883	73/300339
Api	Apiari 3.028	Apiari 3011
Attività S.C. Sanità Animale – Area A:		
Accessi dei veterinari di Area A in allevamenti per profilassi varie:	1.665	1629
Prove di stalla effettuate per profilassi varie	2.602	2617
Capi in allevamenti zootecnici provati	49.000	144233
Animali d'affezione – profilassi rabbia e lotta al randagismo		
Cani censiti in anagrafe	84.217	87812
Sedute di identificazione cani (veterinari ASL)	116	116
Cani identificati con microchip dal S. veterinario	2375	2035
Interventi di vigilanza per anagrafe canina	555	995
Passaporti per animali d'affezione rilasciati	560	939
Morsicature segnalate	131	165
Igiene degli alimenti di origine animale – Area B	Anno 2020	Anno 2021
Impianti di macellazione	43	41
Altri impianti riconosciuti C.E.	52	52
Verifiche negli stabilimenti di produzione	102	108
Verifiche negli esercizi al dettaglio	115	91
Visita ante e post mortem negli impianti di macellazione (bovini suini ed ovi-caprini)	11.456	10.862
Visita ante e post mortem negli impianti di macellazione: avicoli	2.443.433	2.594.643
Prelievo campioni alimenti	172	169
Sequestro merce	167 T	160T
Igiene degli allevamenti e produzioni zootecniche – Area C	Anno 2020	Anno 2021
Strutture sanitarie abilitate alla cura degli animali d'affezione	86	92
Altri impianti riconosciuti C.E.	176	178
Produzione primaria settore latte	79	81
Attività di vendita settore lattiero caseario	55	59
Ispezioni sottoprodotti Reg. CE 1069/2009	28	49
Campionamenti eseguiti su latte e prodotti a base di latte	36	29
Ispezioni effettuate presso OSM (operatori settore mangimi)	73	35
FARMACOSORVEGLIANZA VETERINARIA ispezioni effettuate	278	182
CERTIFICAZIONI PER EXPORT PRODOTTI ALIMENTARI	44	76
CERTIFICAZIONI PER EXPORT PRODOTTI INTERMEDI Reg. CE 1069/2009	146	113

Presidio Multizonale di Profilassi e Polizia Veterinaria	Anno 2020	Anno 2021
Animali selvatici inviati alla Facoltà di Medicina Veterinaria	29(+92 IZS)	27(+93IZS)
Esecuzione piani di profilassi-Test Brucellosi latte bovino di massa =		
Allevamenti	72	71
Distributori automatici	24	44
Prelievo campioni di latte =		
Bovino	150	160
Ovicaprino	64	56
Interventi di vigilanza =		
Alpeggi	15	10
Allevamenti	17	29
Canili+ Colonie feline	62+5 (+21 esposti)	21
Ritiro e distribuzione marche auricolari	18	20
Medicina Legale	Anno 2020	Anno 2021
Prestazioni monocratiche	9.152	9.190
Prestazioni collegiali	17.571	18.193

SCREENING ANNO 2022

INVITI (rispetto popolazione target)	CERVICE	116,9%
	MAMMELLA	106,2%
	COLON-RETTO	96,1%

COPERTURA (rispetto inviti)	CERVICE	47,5%
	MAMMELLA	63,5%
	COLON-RETTO	42,0%

Assistenza territoriale

Assistenza distrettuale – Medicina di base e Pediatria di Libera scelta (fonte dati Piani di Attività – anno 2021)

Ore apertura Guardia Medica	100.222
Sedi di Guardia Medica	15
Continuità Assistenziale – n.ro visite	74.989
Medici di Medicina Generale	309
- di cui operanti in medicina di associazione	8
- di cui operanti in medicina di rete	111
- di cui operanti in medicina di gruppo	123
MMG - Assistenza primaria -numero scelte	377.707
ADI – ADP numero interventi	24.505
Pediatri di Libera Scelta	36
- di cui operanti in medicina di associazione	9
- di cui operanti in medicina di gruppo	20
PLS - Assistenza primaria -numero scelte	34.308
Bilanci di Salute	20.006

Assistenza Farmaceutica

Farmacie convenzionate – N.ro	193
Dispensari farmaceutici – N.ro	39
Assistenza farmaceutica da farmacie convenzionate – Importo Bilancio Consuntivo 2021	58.073.623,86
Distribuzione diretta farmaci compresi pazienti cronici soggetti a piani terapeutici – importo (File F anno 2021)	44.430.403,15
Assistenza farmaceutica erogata in DPC – importo (File F anno 2021)	13.046.738,61

Assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori)

Sedi consultoriali	7
Prestazioni di consultorio – N.ro (flusso C anno 2022)	18.755

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 2021	
Utenti in carico nei CSM	3.646
Centri diurni – n.ro giornate	203
Assistenza residenziale – n.ro casi	221
Assistenza residenziale – n.ro giornate	65.538
Assistenza territoriale – n.ro prestazioni	103.772

Assistenza ai tossicodipendenti

SER.D	7
Centri Diurni per tossicodipendenti e alcolisti a gestione diretta	1
Fonte dati Piani di Attività – anno 2021	
Utenti in carico	1.976
Giornate di semiresidenzialità	3.588
Giornate di residenzialità	13.120

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 2022)	4.824

Cure domiciliari

ANNO 2022	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)	250	12,9%	280	4,7%	163	3,7%	505	11,4%	1.198	7,1%
	Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	1.006	52,0%	1.817	30,2%	2.635	59,3%	1.748	39,5%	7.206	42,9%
	Assistenza Domiciliare Programmata (ADP)	391	20,2%	1.526	25,4%	890	20,0%	1.605	36,2%	4.412	26,2%
	Cure Domiciliari Riabilitative RRF (SRD-RRF)		0,0%	1	0,0%		0,0%		0,0%	1	0,0%
	Servizio Infermieristico Domiciliare (SID)	286	14,8%	2.383	39,7%	752	16,9%	570	12,9%	3.991	23,7%
	Totale complessivo CASI	1.933	100,0%	6.007	100,0%	4.440	100,0%	4.428	100,0%	16.808	100,0%
ANNO 2022	CASI PER FASCIA ETA'	DISTRETTO									
		ACQUI TERME- OVADA		ALESSANDRIA- VALENZA		CASALE		NOVI LIGURE- TORTONA		Totale complessivo	
		CASI	%	CASI	%	CASI	%	CASI	%	CASI	%
	ADULTO	157	8,1%	606	10,1%	655	14,8%	384	8,7%	1.802	10,7%
	ANZIANO	1.761	91,1%	5.377	89,5%	3.765	84,8%	4.025	90,9%	14.928	88,8%
	MINORE	15	0,8%	24	0,4%	20	0,5%	19	0,4%	78	0,5%
	Totale complessivo	1.933	100,0%	6.007	100,0%	4.440	100,0%	4.428	100,0%	16.808	100,0%
ANNO 2022	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)	908	47,0%	4.700	78,2%	2.440	55,0%	2.523	57,0%	10.571	62,9%
	1 - CD integrate di Primo Livello	612	31,7%	728	12,1%	1.189	26,8%	1.076	24,3%	3.605	21,4%
	2 - CD integrate di Secondo Livello	264	13,7%	265	4,4%	416	9,4%	477	10,8%	1.422	8,5%
	3 - CD integrate di Terzo Livello	33	1,7%	43	0,7%	63	1,4%	69	1,6%	208	1,2%
	4 - CD integrate di Cure palliative terminali oncologico/ non oncologico	116	6,0%	271	4,5%	332	7,5%	283	6,4%	1.002	6,0%
	Totale complessivo	1.933	100,0%	6.007	100,0%	4.440	100,0%	4.428	100,0%	16.808	100,0%
ANNO 2022	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	2,91%		4,08%		5,71%		3,43%		4,00%	
	% CASI ANZIANI SU POPOLAZIONE > 65 ANNI	8,59%		13,52%		16,97%		11,20%		12,61%	

Assistenza semiresidenziale e residenziale anziani / disabili

	ASSISTENZA RESIDENZIALE ANNO 2022 - 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*	3.663	3.481	3.432	526.276	512.674
SEMIRESIDENZIALE ANZIANI**	25				
RESIDENZIALI DISABILI FISICI/ PSICHICI	584	523	502	141.286	136.128
SEMIRESIDENZIALE DISABILI FISICI/ PSICHICI	324	284	284	44.807	44.807
* COMPRENDE ATTIVITA' DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE A VALENZA SANITARIA - CAVS					
** CENTRI DIURNI PER ANZIANI: ATTIVITA' SOSPESA A SEGUITO PANDEMIA COVID-19					
Fonte dati: Mod. FIM HSP 24					

SEZIONE 2: Valore pubblico, Performance e Anticorruzione

Premessa

QUADRO EPIDEMIOLOGICO REGIONALE

Quasi la metà della popolazione piemontese ultra 75enne presenta una condizione di multicronicità o ha gravi limitazioni nelle attività abituali: in particolare, nel 2020 tale percentuale era del 46,4%, mentre si stima che nel 2021 sia circa il 44%, valore simile a quello delle altre regioni del Nord e inferiore alla media nazionale, dove quasi il 48% della popolazione si trova in queste condizioni.

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, AO 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';
- 3 Aziende Ospedaliere e 3 Aziende Ospedaliere Universitarie;
- i Distretti;
- i Dipartimenti di Prevenzione e Servizi di Igiene e Sanità Pubblica;
- 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.

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'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.

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

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 di programmazione dell'assistenza territoriale nella Regione Piemonte:

- 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.

Nelle pagine seguenti sono descritti gli obiettivi strategici dell'ASL AL in relazione alle linee di intervento previste dall'attuale normativa e da obiettivi nazionali / regionali, successivamente delineati nello schema degli obiettivi triennali.

- Potenziamento dell'assistenza territoriale - programmazione relativa alle strutture di prossimità ed intermedie
- Sviluppo e aggiornamento del Piano cronicità aziendale
- Rafforzamento dell'assistenza domiciliare
- Centrale Operativa 116117: implementazione delle funzioni e delle attività
- Incremento attività in telemedicina
- Completamento interventi Piano Arcuri (posti letto terapia intensiva, posti letto terapia semintensiva, pronto soccorso)
- Sviluppo modello integrazione territorio-ospedale-territorio, reti, percorsi di salute ed appropriatezza clinica ed organizzativa
- Digitalizzazione nella sanità
- Completamento alimentazione fascicolo sanitario elettronico
- Boarding PS/DEA - percorsi PS/DEA – aree di degenza - revisione flussi/percorsi da PS/DEA ai reparti
- Revisione dei percorsi chirurgici, internistici e ambulatoriali
- Nuovo Sistema di Garanzia – NSG - monitoraggio indicatori
- Governo liste attesa ricoveri
- Screening – rispetto standard regionali
- Governo liste attesa specialistica ambulatoriale
- Transizione post-emergenza
- Piano vaccinale – implementazione attività vaccinale e rispetto standard regionali
- Piano regionale di prevenzione – monitoraggio e aggiornamento Piano locale della prevenzione
- Personale per il funzionamento dei servizi e formazione
- Efficientamento energetico: interventi di carattere strutturale con miglioramento dell'efficienza energetica
- Pari opportunità ed equilibrio di genere

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.

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.

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.

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.

Interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)

Missione 6 "Salute"

Milestones & Target

M6-C1-I1.2.2 Centrali Operative Territoriali (COT)

31/03/2022 Individuazione dei siti idonei (MLS ITA);

30/06/2022 Assegnazione codici CUP (T ITA);

30/09/2022 Definizione, con apposito atto normativo, della programmazione della rete assistenziale territoriale in coerenza con standard e modelli organizzativi definiti nella Riforma dell'Assistenza Territoriale (NO T/MLS)

31/12/2022 Assegnazione progetti idonei per indizione gara per l'implementazione delle COT (T ITA);

31/12/2022 Assegnazione codici CIG per la realizzazione delle COT (T ITA);

30/06/2023 Stipula contratti per le realizzazioni delle COT (T ITA);

31/03/2024 COT pienamente operative (T EU).

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

31/03/2022 Individuazione dei siti idonei (MLS ITA);

30/06/2022 Assegnazione codici CUP (T ITA);

31/12/2022 Definizione, con apposito atto normativo, della programmazione della rete assistenziale territoriale in coerenza con standard e modelli organizzativi definiti nella Riforma dell'Assistenza Territoriale (NO T/MLS)

31/03/2023 Approvazione progetti idonei per indizione gara per la realizzazione delle CC (T ITA);

31/03/2023 Assegnazione codici CIG per la realizzazione delle CC [almeno 1 CIG per ogni CUP] (T ITA);

30/09/2023 Stipula dei contratti per la realizzazione delle CC (T ITA);

31/03/2026 CC messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche (T EU).

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

31/03/2022 Individuazione dei siti idonei (MLS ITA);

30/06/2022 Assegnazione codici CUP (T ITA);

31/12/2022 Definizione, con apposito atto normativo, della programmazione della rete assistenziale territoriale in coerenza con standard e modelli organizzativi definiti nella Riforma dell'Assistenza Territoriale (NO T/MLS)

31/03/2023 Approvazione progetti idonei per indizione gara per la realizzazione degli HC (T ITA);

31/03/2023 Assegnazione codici CIG per la realizzazione degli HC (T ITA);

30/09/2023 Stipula delle obbligazioni giuridicamente vincolanti per la realizzazione degli HC (T ITA);

31/03/2026 HC rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche (T EU).

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

31/03/2023 Pubblicazione gare di appalto o AQ per interventi antisismici (T MEF);

30/09/2023 Sottoscrizione dei contratti (T MEF);

31/12/2023 Avvio dei lavori (T MEF);

30/06/2024 Verifica di Vulnerabilità sismica (NO T);

30/09/2024 Progettazione (NO T);

30/09/2025 Esecuzione dei lavori [da 31/3/2024] (NO T);

31/03/2026 Collaudo (NO T);

30/06/2026 Ultimazione lavori – Completamento intervento antisismico (T MEF).

CASE DELLA COMUNITA'

GANTT

Linee di attività		2022				2023				2024				2025				2026			
		T1	T2	T3	T4																
1	Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) ai progetti per la realizzazione delle Case della Comunità																				
2	Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione delle Case della Comunità																				
3	Definire, con apposito atto normativo, la programmazione della rete assistenziale territoriale in coerenza con standard e modelli organizzativi definiti nella Riforma dell'Assistenza Territoriale																				
4	Assegnazione dei codici CIG o convenzioni per la realizzazione delle Case della Comunità di almeno un CIG per ogni CUP (ossia si è avviata almeno una gara per l'opera ma non necessariamente tutte)																				
5	Stipula dei contratti per la realizzazione delle Case di Comunità																				
6	Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche																				



CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI

GANTT

Linee di attività		2022				2023				2024				2025				2026			
		T1	T2	T3	T4																
1	Assegnazione codici CUP (Codice Unico di Progetto) per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali																				
2	Assegnazione codici CUP (Codice Unico di Progetto) per l'interconnessione aziendale																				
3	Assegnazione dei progetti idonei per indizione della gara per l'implementazione delle Centrali Operative Territoriali																				
4	Definire, con apposito atto normativo, la programmazione della rete assistenziale territoriale in coerenza con standard e modelli organizzativi definiti nella Riforma dell'Assistenza Territoriale																				
5	Assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali																				
6	Assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per l'interconnessione aziendale																				
7	Stipula dei contratti per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali																				
8	Stipula dei contratti per interconnessione aziendale																				
9	Centrali operative pienamente funzionanti																				
10	Completamento del numero target di interventi per l'interconnessione aziendale																				



OSPEDALI DI COMUNITA'

GANTT

Linee di attività		2022				2023				2024				2025				2026			
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
1	Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) per la realizzazione degli Ospedali di Comunità																				
2	Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione degli Ospedali di Comunità																				
3	Definire, con apposito atto normativo, la programmazione della rete assistenziale territoriale in coerenza con standard e modelli organizzativi definiti nella Riforma dell'Assistenza Territoriale																				
4	Assegnazione dei codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione degli Ospedali di Comunità																				
5	Stipula delle obbligazioni giuridicamente vincolanti per la realizzazione degli Ospedali di Comunità																				
6	Ospedali di Comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche																				



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 multicronicità.

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 periodismo 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.

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

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.

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

COMPLETAMENTO INTERVENTI PIANO ARCURI (posti letto Terapia Intensiva, posti letto Terapia Semintensiva, Pronto Soccorso)

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

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

Considerato che il Ministero della Salute ha adottato con Decreto Direttoriale del 22/10/2021 il "Piano di riorganizzazione approvato dal Ministero della Salute/Regioni italiane", relativo ai piani di riorganizzazione presentati dalle Regioni e dalle Province Autonome in attuazione all'art. 2 del DL 34/2020, volti a rafforzare la capacità delle strutture ospedaliere del SSN ad affrontare le emergenze pandemiche attraverso l'incremento del numero di posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva, in attuazione a quanto disposto dalla Decisione di Esecuzione del Consiglio dell'Unione Europea relativa all'approvazione della valutazione del Piano di Ripresa e Resilienza (PNRR) dell'Italia per la Linea di Intervento 1.1 "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero", inserita nella MISSIONE 6 COMPONENTE 2 - Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale.

Tra quanto previsto nel già menzionato Piano straordinario, la tabella 2, dettaglia gli interventi e il relativo quadro economico, per i posti letto nelle ASR di terapia intensiva e semi intensiva mentre la Tabella 3 dettaglia gli interventi e il relativo quadro economico per l'adeguamento dei Pronti Soccorso delle Aziende.

Alla luce della rilevanza strategica della realizzazione degli interventi programmati si ritiene opportuno prevedere uno specifico obiettivo riferito al completamento degli interventi previsti per la realizzazione dei posti letto di terapia intensiva e di terapia semi intensiva nonché degli interventi previsti di adeguamento dei Pronto Soccorso.

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 AGENAS 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 inappropriata 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 programmatici 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

DIGITALIZZAZIONE NELLA SANITA'

COMPLEMENTAMENTO 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 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

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

E' 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 1°/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.

In particolare, nel documento riferito al sovraffollamento si esplicita che il termine boarding si riferisce al prolungato stazionamento in PS dei pazienti già valutati e in attesa di un posto letto per il ricovero.

Considerata la DGR n. 7-3088 del 16 aprile 2021 con la quale 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

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 supervisor /coordinatori.

TEAM C

Obiettivo:

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

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*

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*

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.

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.

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.

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 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 seguenti 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 colorettales (due anni per il FIT e solo una volta a 58 anni per la sigmoidoscopia).

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".

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.

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.

TRANSIZIONE POST-EMERGENZA

Nonostante la fine dello stato di emergenza, l'infezione da SARS COV 2 richiede anche in fase interpandemica il mantenimento di attività per la gestione della diffusione del virus e la riduzione della gravità della malattia.

Le misure che l'azienda deve essere in grado di assicurare sono:

- la disponibilità di un sistema di sorveglianza basato sulla effettuazione di tamponi antigenici o molecolari in grado di intercettare ed isolare i casi di malattia;
- la capacità di effettuare, qualora necessario, le attività di ricerca dei contatti e la gestione dei periodi contumaciali;
- la capacità di rendere disponibile la vaccinazione anti COVID 19 alla popolazione piemontese sulla base dei programmi nazionali così come articolati a livello regionale.

Risultano essenziali tali obiettivi:

- presenza sul territorio delle ASL, anche mediante collaborazione con ASO-ASOU, di strutture in grado di assicurare la disponibilità per l'effettuazione di tamponi antigenici/molecolari ai fini di sorveglianza di sanità pubblica, per la popolazione piemontese;
- disponibilità di risorse umane e informatiche per assicurare la gestione dei periodi contumaciali e ove necessario, la ricerca attiva dei contatti stretti; l'azienda deve disporre di un piano per fronteggiare un eventuale richiesta di aumento in tempi brevi di personale;
- organizzazione di centri vaccinali e coordinamento delle attività degli MMG/PLS per la somministrazione di vaccini COVID 19 sulla base dei programmi nazionali

Con Lettera prot.n. 10361/A1409B del 17.03.2021 il Settore Prevenzione e Veterinaria della Direzione Sanità e Welfare della Regione Piemonte stabiliva una serie di indirizzi operativi per l'attività delle ASL nell'ambito dell'Emergenza Corona virus (con particolare riferimento ai Servizi Veterinari, Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione, Servizi di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro, Servizi di Igiene e Sanità Pubblica, e Servizi di Medicina Legale).

In particolare, venivano individuate una serie di attività differibili, al fine di garantire un impiego delle risorse umane dei Dipartimenti di Prevenzione tale da consentire il massimo supporto richiesto alle ASL per il controllo della diffusione dell'epidemia.

Le attività individuate come non differibili comprendevano quelle che, se non svolte, avrebbero comportato ricadute sul livello di protezione dei cittadini, sulla salute e il benessere degli animali, o un elevato impatto economico negativo per le imprese.

Con D.G.R n.7-3122 del 34.04.2021 la Regione Piemonte ha recepito il "Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale" e approvato il "Piano strategico-operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale" (PanFlu 2021-2023). Suddetta DGR, tra l'altro, dispone che le ASR e le altre Strutture del SSR debbano mettere in atto le indicazioni contenute nel Piano "PanFlu 2021-2023", con il supporto e sotto la supervisione e il monitoraggio del Dipartimento Interaziendale Funzionale a valenza regionale "Malattie ed Emergenze Infettive".

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.

PERSONALE PER IL FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI E FORMAZIONE

Il ruolo dei professionisti in ambito sanitario e socio sanitario è fondamentale per affrontare i bisogni della popolazione assicurando i livelli qualitativi adeguati di assistenza. In tale ambito, occorre una attenta pianificazione del fabbisogno, volta al corretto bilanciamento delle varie figure professionali e ad una congrua distribuzione delle risorse. Altresì è anche indispensabile lo sviluppo di un piano di formazione costruito sui reali bisogni formativi, in funzione degli obiettivi tecnici e gestionali da raggiungere.

Le risorse umane all'interno delle Aziende sanitarie costituiscono l'ambito di riferimento più strategico del sistema.

A seguito della emergenza COVID, a partire dal mese di febbraio 2020, per rispondere alle esigenze dei servizi sanitari sono state emanate a livello nazionale diverse disposizioni normative che hanno individuato strumenti ed azioni, anche innovativi, e risorse straordinarie aggiuntive per sostenere il sistema. In particolare, i decreti legge 27 marzo 2020, n. 18, convertito nella legge 24 aprile 2020, n. 27 e s.m.i., 19 maggio 2020, n. 34, convertito nella legge 17 luglio 2020, n. 77 e 14 agosto 2020, n. 104, convertito nella legge 13 ottobre 2020, n. 126, sono intervenuti prevedendo nuove modalità di inserimento dei professionisti nel sistema sanitario e stanziamenti dedicati al potenziamento dei servizi sanitari in termini di personale.

Il decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75 ha novellato in più punti il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165; in particolare ha modificato e integrato gli art. 6 e 6 bis e ha introdotto l'art. 6 ter, apportando sostanziali modifiche alla materia dei fabbisogni di personale, con lo scopo di innovare la logica e la metodologia per la loro determinazione da parte delle singole amministrazioni, e stabilendo l'obbligo per le medesime di adottare il Piano triennale dei fabbisogni di personale (PTFP).

Sulla scorta di quanto sopra viene formulato il piano dei fabbisogni di personale regionale e aziendale, che tiene conto delle nuove strutture territoriali da attivare.

Per lo sviluppo della qualità dei servizi sanitari è indispensabile il contributo apportato dai diversi professionisti che operano nei diversi ambiti della Sanità. Essi rappresentano sia l'interfaccia tra il sistema ed i cittadini, sia la risorsa più importante del sistema sanitario nel suo complesso.

Al fine di migliorare il livello qualitativo delle prestazioni sanitarie e la professionalità degli operatori preposti, con particolare attenzione alle realtà territoriali, assume particolare rilevanza la formazione continua, che si rivolge a tutto il personale che opera all'interno del SSR (Formazione continua) e al personale sanitario - dipendente e convenzionato - appartenente al SSR (Educazione continua in medicina), in coerenza con il sistema nazionale.

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

- Ricepire il presente atto generale di programmazione
- Definire il fabbisogno di personale e le modalità di reclutamento
- Definire e sviluppare a livello regionale e aziendale la formazione dei professionisti
- Definire e sviluppare i progetti regionali in tema di benessere organizzativo
- Implementare e valutare le funzioni e le attività previste ed attuare gli adeguamenti necessari.

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.

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 realizzate 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 2023 – 2025 muove dalle iniziative già realizzate o avviate dall'ASL AL in attuazione delle indicazioni normative nazionali e regionali in materia di pari opportunità e si contestualizza inoltre nella programmazione strategica dell'ASL AL di cui al presente P.I.A.O.

Il documento allegato alla presente sezione, denominato "Piano Azioni Positive dell'ASL AL – Triennio 2023-2025" 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 2022 – 2024 e considerando altresì iniziative in corso di realizzazione.

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 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 2023

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 2023 il termine per l'approvazione del bilancio preventivo, consolidato nel corso degli ultimi anni alla data del 31 dicembre dell'anno precedente, risulta prorogato alla data di approvazione del presente documento in quanto la Deliberazione di Giunta del provvedimento di assegnazione dei contributi regionali è tuttora in fase di istruttoria.

Le scelte strategiche e gli obiettivi esposti nel presente documento saranno oggetto di raccordo con le risorse che verranno definitivamente assegnate per l'anno in corso.

2.2.2 Misurazione e risultati attesi per gli obiettivi strategici

PERFORMANCE PIAO 2023 2025 - SCHEMA DEGLI OBIETTIVI				ANNO DI RIFERIMENTO		
MACROAREA-OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET	2023	2024	2025
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
RETE TERRITORIALE	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
	COT - Centrale Operativa Territoriale	Avviare almeno una COT	100%	x		
	Assistenza domiciliare: raggiungere target previsto da DM77	Numero di cittadini over 65 con presa in carico ADI	10%	x	x	x
	CRONICITA' - Sviluppo PSDTA regionali del Piano Regionale Cronicità	numero PSDTA sviluppati/PSDTA richiesti dal Piano	75%	x		
	REVISIONE RETE EMERGENZA - 118 (CON ASO)	Piano revisione	Rispetto tempistica cronoprogramma	x	x	
	INCONTRI COMITATI DISTRETTO	n. incontri periodici	Almeno 1 per anno	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		
	NSG: Ricoveri ripetuti in Psichiatria	D27C - Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	indice 2023<2022	x		
	Vaccinazioni obbligatorie pediatriche	Indicatori di copertura popolazione target	Rispetto standard nazionali	x	x	x
Screening oncologici - Prevenzione Serena	Indicatori invito popolazione target e adesione	Rispetto standard regionali	x	x	x	

PERFORMANCE PIAO 2023 2025 - SCHEMA DEGLI OBIETTIVI				ANNO DI RIFERIMENTO		
MACROAREA-OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET	2023	2024	2025
RETE OSPEDALIERA	Completamento interventi in merito a terapie intensive; terapie sub-intensive; pronto soccorso (Piano Arcuri)	Tempistica del cronoprogramma	Rispetto tempistica cronoprogramma	x		
	P.O. Acqui T. - Realizzazione SPA Hospital	Tempistica del cronoprogramma	Rispetto tempistica cronoprogramma		x	x
	P.O. Acqui T. - Realizzazione Hospice	Tempistica del cronoprogramma	Rispetto tempistica cronoprogramma		x	x
	P.O. Casale M. - Operatività Blocchetto operatorio	Tempistica del cronoprogramma	Rispetto tempistica cronoprogramma	x		
	P.O. Casale M. - Prericovero centralizzato	Tempistica del cronoprogramma	Rispetto tempistica cronoprogramma	x		
	P.O. Tortona - Avvio attività Riabilitazione - Piattaforma ambulatoriale	Tempistica del cronoprogramma	Rispetto tempistica cronoprogramma	x	x	
	P.O. Tortona - Avvio attività Chirurgia robotica	Tempistica del cronoprogramma	Rispetto tempistica cronoprogramma		x	
	Piano sostituzione tecnologie obsolete (RM-TC)	Tempistica del cronoprogramma	Rispetto tempistica cronoprogramma	x	x	
	ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI TEAM C: percorsi chirurgici re-ingegnerizzati	Almeno due specialità su tutti i presidi	entro il 31.12.2023	x		
	ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI TEAM M: - Percorso di gestione cronicità - Revisione flussi/percorsi da PS al reparto di Medicina	Tempistica del cronoprogramma	Rispetto tempistica cronoprogramma	x		
	ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI TEAM A: - Modello di erogazione della attività ambulatoriale ad alta integrazione territorio-ospedale - Piano di implementazione telemedicina e DDI	Tempistica del cronoprogramma	Rispetto tempistica cronoprogramma	x		

PERFORMANCE PIAO 2023 2025 - SCHEMA DEGLI OBIETTIVI				ANNO DI RIFERIMENTO		
MACROAREA-OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET	2023	2024	2025
RETE OSPEDALIERA	Efficiente utilizzo posti letto area medica	Degenza media ricoveri area medica	indice 2023<2022	x		
	PS/DEA - Boarding: Riduzione tempo attesa pl in DEA/PS	Ora decisione ricovero - ora ricovero	<2h	x	x	x
	PS/DEA - Percorsi di fast-track	n. percorsi di fast-track attivati / n. fast track previsti	100%	x		
	PS/DEA - Tempi permanenza in PS/DEA	Tempi permanenza in PS/DEA (codici rosso-azzurro-arancione-verde)	Entro standard regionali	x	x	x
	Miglioramento della qualità della assistenza nei reparti di terapia intensiva	Prevalenza di infezioni da MDR in degenza – pazienti non Covid (T.I. H Novi)	indice 2023<2022	x		
	Miglioramento della qualità della assistenza nei reparti di terapia intensiva	Mediana della durata della terapia antibiotica empirica – pazienti non Covid (T.I. H Tortona)	indice 2023<2022	x		
	NSG: Appropriatezza colecistectomie laparoscopiche	H05Z - Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	indice 2023<2022	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
P.E.I.M.A.F. - Piano Emergenza Interno Massiccio Afflusso di Feriti	Piano di gestione della maxi-emergenza	31.12.2023	x			
TEMPI ATTESA PRESTAZIONI	Governo Tempi attesa specialistica ambulatoriale (prestazioni PNGLA) ed Interventi chirurgici (PNGLA)	Tempi attesa	Rispetto standard previsti dal PNGLA / miglioramento su anno precedente	x	x	x
TELEMEDICINA	Incremento attività in telemedicina / telerefertazione	produzione anno x/anno precedente	20%	x	x	x
	Attivazione telefarmacia	n. ore apertura settimanale	n.5 h/settimanali (n.1h giornaliera dal lun al ven) a partire dal mese di marzo	x		

PERFORMANCE PIAO 2023 2025 - SCHEMA DEGLI OBIETTIVI				ANNO DI RIFERIMENTO		
MACROAREA-OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET	2023	2024	2025
APPROPRIATEZZA FARMACEUTICA	NSG - D14C: Miglioramento appropriatezza farmaceutica	D14C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici	indice 2023<2022	x		
AREA PREVENZIONE PIANO NAZIONALE / REGIONALE DELLA PREVENZIONE (PNP)	Piano Regionale di Prevenzione	Percentuale di indicatori di programma e di processo, aventi un valore atteso locale per il 2023, che raggiungono lo standard atteso	>60%	x		
	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 2023>2022	x		
	NSG: Stili di vita	P14C - Indicatore composito sugli stili di vita	indice 2023>2022	x		
	Monitoraggio e aggiornamento del piano strategico e operativo di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale (PANFLU)	Documento riepilogativo delle misure messe in atto per lo sviluppo delle azioni previste dal PanFlu	Riscontro entro scadenze previste da Regione Piemonte	x		
	Piano di emergenza nucleare	Procedure operative per la gestione del flusso delle informazioni e gli interventi prioritari da disporre per ridurre al massimo gli effetti di una eventuale emergenza nucleare sulla salute della popolazione e sull'ambiente	31.12.2023	x		
RICERCA - IRCCS	Aumentare studi clinici ASL AL	numero anno x / anno precedente	almeno 1 studio in più	x	x	x
SVILUPPO ORGANIZZATIVO - FORMAZIONE	Attivazione di un corso di formazione dal titolo 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 31.12.2023	x		
GOVERNO CLINICO / PERCORSI ACCREDITAMENTO	Accreditamenti secondo livello (Accreditation Canada)	Conseguimento secondo livello AC	100%	x		
	Accreditamento istituzionale	Completare percorsi in atto	100%	x		
	Mappatura dei rischi (Rischio Clinico) e piano di azioni proattive	Piano Gestione Rischio Clinico	entro 31.12.2023			

PERFORMANCE PIAO 2023 2025 - SCHEMA DEGLI OBIETTIVI				ANNO DI RIFERIMENTO		
MACROAREA-OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET	2023	2024	2025
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.	SI	x		
	Fascicolo Sanitario Elettronico a) distribuzione degli strumenti di firma digitale per digitalizzare (LDO, VPS, RIS-PACS, AP, e tutti i restanti referti ambulatoriali) b) assicurare alimentazione dei documenti FSE firmati digitalmente	a) distribuzione strumenti firma digitale b) alimentazione FSE con documenti firmati digitalmente	a) >95% b) 85%	x		
	Rilascio gratuito delle credenziali SPID e attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico. Attivazione di postazioni Fastweb presso le sedi Distrettuali, con eventuale potenziamento del personale addetto al rilascio	N. SPID attivati	1.500	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	Realizzazione materiale informativo e attivazione 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: somministrazione questionario di analisi benessere organizzativo ed implementazione dello Sportello di Ascolto	a) Somministrazione questionario di analisi b) Apertura Sportello	a) Somministrazione questionario ad almeno il 10% dei dipendenti e analisi esiti b) ≥ 1 Distretto	x	x	x
	Sostenere lo sviluppo di conoscenze e competenze del personale dell'ASL AL	Attivazione Corso di formazione su tematiche Comitato Unico di Garanzia	≥ 1 edizione	x	x	x
	Promuovere lo studio di fattibilità circa l'attivazione di misure volte a favorire la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro	Stesura studio di fattibilità	SI		x	

PERFORMANCE PIAO 2023 2025 - SCHEMA DEGLI OBIETTIVI				ANNO DI RIFERIMENTO		
MACROAREA-OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET	2023	2024	2025
RISPARMIO ENERGETICO	INTERVENTI DI CARATTERE STRUTTURALE CON MIGLIORAMENTO DELL'EFFICIENZA ENERGETICA DEGLI EDIFICI E DEGLI IMPIANTI:	a) RIDUZIONE GARANTITA DEI CONSUMI ENERGETICI (ELETTRICI E TERMICI)	-27%	AGGIUDICAZIONE ATTIVAZIONE DEL CONTRATTO; RILIEVO DATI PER COSTITUZIONE BASE-LINE INIZIALE	REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI IMPIANTISTICI, EDILI	X
	a) INDIZIONE DI GARA, AGGIUDICAZIONE E ATTIVAZIONE DELLA PROPOSTA DI PARTENARIATO PUBBLICO PRIVATO RELATIVA AL "SERVIZIO ENERGIA PER GLI STABILI DI PROPRIETA' ASL AL MEDIANTE UN ENERGY PERFORMANCE CONTRACT"	b) RIDUZIONE ATTESA DEI CONSUMI	GAS METANO: -5% ENERGIAELETTRICA: -8%	a) APPROVAZIONE E AGGIUDICAZIONE DELLA PROPOSTA b) REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI	X	
	b) INTERVENTI DI RIQUALIFICAZIONE IMPIANTISTICA PRESSO P.O. S.S. ANTONIO E MARGERITA DI TORTONA NON IN AMBITO PPP)					
	INTERVENTI DI CARATTERE STRUTTURALE CON MIGLIORAMENTO DELL'EFFICIENZA ENERGETICA DEGLI EDIFICI E DEGLI IMPIANTI: 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%	X		
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			
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. (delibera 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.

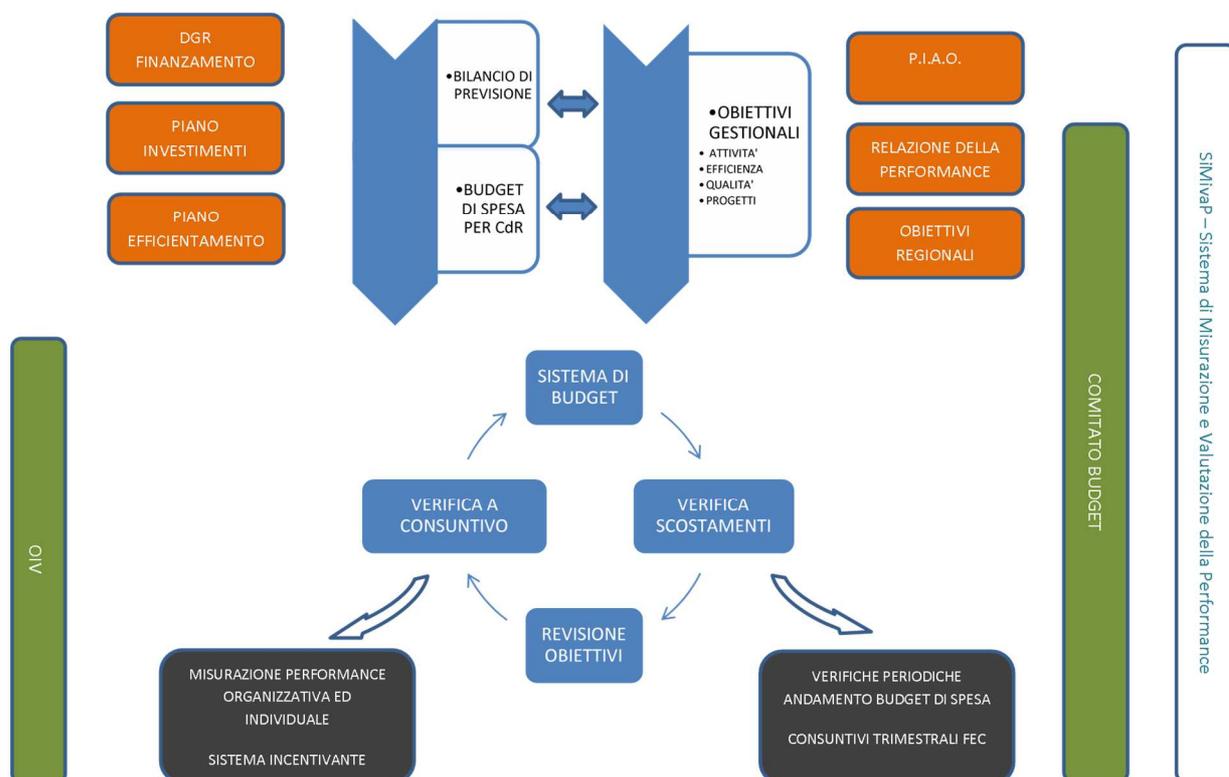
La modifica degli obiettivi di budget in corso d'anno è possibile ma, al contempo, deve essere ritenuto uno strumento eccezionale. Eventuali modifiche debbono essere conseguenti all'analisi degli scostamenti di cui al punto precedente.

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
	BUDGET DI SPESA PER CDR		COMITATO BUDGET
			DIPARTIMENTI - 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.

La valutazione della performance individuale riguarda tutto il personale dipendente, con rapporto di lavoro sia a tempo indeterminato che a tempo determinato; il periodo di riferimento della valutazione è quello intercorrente fra il 1° gennaio e il 31 dicembre di ogni anno.

Il personale della Dirigenza dell'Area Sanità e della Dirigenza Amministrativa, Tecnica e Professionale è sottoposto anche ad una verifica intermedia, relativa al primo semestre di ciascun anno, riguardante:

- lo stato di attuazione degli obiettivi di budget assegnati alla Struttura di afferenza in riferimento agli indicatori individuati (performance organizzativa), con possibilità di porre in essere azioni correttive in caso di scostamenti rispetto ai risultati attesi;
- i comportamenti, i risultati e i contributi dei singoli Dirigenti (performance individuale), al fine di verificare se essi siano in linea con le attese o se vi siano aspetti da migliorare in vista della valutazione finale annuale.

La valutazione annuale della performance individuale viene effettuata utilizzando schede differenziate per la Dirigenza e per il personale del Comparto, con riferimento ai diversi incarichi/ruoli rivestiti ed alle relative funzioni e viene effettuata in relazione a specifici item (con i relativi elementi di valutazione descritti nelle diverse schede), per ciascuno dei quali può essere espresso un punteggio al quale corrisponde il seguente giudizio sintetico:

- punti da 0 a 4 = insufficiente
- punti 5 = migliorabile
- punti 6 = sufficiente
- punti 7 = discreto
- punti 8 = buono
- punti 9 = ottimo
- punti 10 = eccellente.

Il punteggio finale corrisponde alla somma dei punteggi ottenuti per i singoli parametri, su una base teorica massima di 50 punti assegnabili.

In base al punteggio totale ottenuto, i dipendenti vengono classificati in una delle seguenti cinque fasce di merito:

FASCIA DI MERITO	PUNTEGGIO TOTALE	LIVELLO DI PERFORMANCE INDIVIDUALE
Prima fascia	da 48 a 50	livello di Performance eccellente
Seconda fascia	da 43 a 47	livello di Performance ottimo
Terza fascia	da 37 a 42	livello di Performance buono
Quarta fascia	da 28 a 36	livello di Performance adeguato
Quinta fascia	≤ 27	livello di Performance migliorabile

Qualunque sia il punteggio totale e la fascia di merito corrispondente, la valutazione annuale è negativa se viene attribuito a due o più item un punteggio insufficiente (≤ 4), che deve essere obbligatoriamente motivato.

La valutazione annuale negativa configura la fattispecie di "insufficiente rendimento" ai fini dell'applicazione dell'art. 55-quater, comma 1, lett. f) quinquies del D.Lgs. 165/2001.

La valutazione di tutto il personale riferita a ciascun anno, da effettuarsi nel corso dell'anno successivo, consentirà di erogare ai dipendenti valutati positivamente i premi correlati alla Performance e la maggiorazione del premio individuale/retribuzione di risultato per i

dipendenti che otterranno le valutazioni più elevate, sulla base dei criteri definiti in sede di contrattazione integrativa aziendale, così come previsto dai vigenti CC.CC.NN.L. delle diverse Aree.

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

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 ha lo scopo di definire criteri idonei a garantire che alla significativa differenziazione dei giudizi, nella performance organizzativa ed individuale, corrisponda anche un'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) 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.

Allegato 2.1 – Piano Azioni Positive dell’ASL AL Triennio 2023-2025

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 il cui testo definitivo è stato adottato con Deliberazione n. 711 del 6.10.2015, con il recepimento integrale delle prescrizioni regionali in merito, e successivamente modificato con Deliberazione n. 656 del 28.09.2017.

Ulteriori modifiche all'Atto Aziendale ASL AL sono state proposte con i seguenti provvedimenti:

- Deliberazione n. 352 del 25.05.2020 - Istituzione della SSD Mesotelioma, del Dipartimento Funzionale Transmurale del Mesotelioma e Patologie ambientali e del Dipartimento Interaziendale Funzionale Attività Integrate Ricerca e Innovazione"
- Deliberazione n. 411 del 18.06.2020 – Riorganizzazione Area DEA-P.S.
- Deliberazione n. 435 del 25.06.2020 – Istituzione del Dipartimento funzionale inter-aziendale "Percorso Nascita"
- Deliberazione n. 725 del 22.10.2020 – Struttura Semplice Dipartimentale Malattie Infettive
- Deliberazione n. 177 del 26.02.2021 – Istituzione S.S. "Tecnologie Biomediche e Telemedicina" e S.S. "Gestione Sanitaria Approvvigionamento e Distribuzione (GESAD)"
- Deliberazione n. 856 del 21.10.2021 – Istituzione S.S. "Gestione Sanitaria Approvvigionamento e Distribuzione (GESAD)"
- Deliberazione n. 664 del 04.08.2022 – Atto aziendale ASL AL adottato con deliberazione n. 711 del 06.10.2015 e s.m.i. – Modifiche ed integrazioni

Il Piano di Organizzazione Aziendale disciplina in sintesi:

- a) l'individuazione delle strutture organizzative;
- b) la declaratoria delle loro competenze;
- c) la dotazione organica complessiva;
- d) 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.

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

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, trasversali 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.

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.

L'ASL AL comprende:

- n.2 Presidi Ospedalieri di I livello, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti a Casale Monferrato ed a Novi Ligure
- n.2 Presidi Ospedalieri di base a Tortona ed Acqui Terme
- n.1 Presidio Ospedaliero per zone particolarmente disagiate a Ovada

L'Atto Aziendale e il Piano di Organizzazione ASL AL sono, al momento della redazione del presente P.I.A.O., in fase di revisione e aggiornamento.

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

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

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.

È stato pertanto sviluppato il Piano Organizzativo del Lavoro Agile 2023 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 temperamento 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.

L'ultimo PTFP approvato, allegato al presente P.I.A.O. e relativo al triennio 2021-2023, è stato adottato con Delibera n. 120 del 17/02/2023, in ottemperanza alla D.G.R. n. 46-6202 del 07.12.2022.

Non è possibile procedere ad una programmazione per il triennio oggetto del presente PIAO 2023-2025 in quanto la materia è normata dalla Regione Piemonte; occorre inoltre considerare l'assenza di indicazioni sulle risorse economiche da assegnare per il bilancio di previsione 2023.

Il documento è stato 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 31.12.2021 era pari a 3.766 unità.

Al 31.12.2022 l'ASL AL annovera poco meno di 3.700 unità ripartite tra i diversi ruoli come segue:

RUOLO	N° persone		TOTALE
	maschi	femmine	
Dirigenza ruolo sanitario	244	280	524
Comparto ruolo sanitario	340	1466	1806
Totale ruolo sanitario	584	1746	2330
Dirigenza ruolo Professionale	5	1	6
Comparto ruolo Professionale	1		1
Totale ruolo Professionale	6	1	7
Dirigenza ruolo Tecnico	1		1
Comparto ruolo Tecnico	240	560	800
Totale ruolo Tecnico	241	560	801
Dirigenza ruolo Amministrativo	2	13	15
Comparto ruolo Amministrativo	110	400	510
Totale ruolo Amministrativo	112	413	525
Totale personale	943	2721	3663

Nel corso del 2022 sono state registrate 360 cessazioni, di cui 288 di personale del comparto, in particolare n. 170 sono relative al ruolo sanitario e n. 69 del personale della dirigenza medica.

Tra il 2021 e il 2022 si è registrata quindi una diminuzione complessiva di più di 100 unità nonostante il cospicuo numero di procedure concorsuali espletate. Nel periodo si osserva una perdurante contrazione della Dirigenza Medica per la quale si evidenzia una difficoltà di reperimento delle professionalità necessarie, nonostante siano state espletate 40 procedure assuntive.

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

- il personale dirigente rappresenta il 14,9% del personale complessivo;
- le donne rappresentano tre quarti del personale (74,28%);
- poco meno di due terzi del personale è sanitario (63,6%), il resto amministrativo-tecnico e professionale (36,4%)

Indicatori personale dipendente ASL AL:	
Età media del personale (anni)	49,79
Età media dei dirigenti (anni)	52,09
% di dipendenti del comparto in possesso di laurea	22,29%
% di dirigenti in possesso di laurea	100%
Tempi di formazione (media per dipendente)	0,89
Tasso di assenze (comprese le assenze per malattia, maternità)	22,16
Tasso di infortuni su totale dipendenti	5,35
Durata media infortuni - giornate medie	34,4
Stipendio medio lordo mensile percepito dai dipendenti - comparto (su 12 mensilità)	2.521,28
Stipendio medio lordo mensile percepito dai dipendenti - dirigenza (su 12 mensilità)	7.664,25
Stipendio medio lordo mensile percepito dai dipendenti - totale ponderato (su 12 mensilità)	3.287,87
% di personale a tempo indeterminato	96,78%
% di dirigenti donne	8% sul totale
	10,8% sul totale donne
% di donne rispetto al totale del personale	74,24%
Età media del personale femminile (personale dirigente)	50,15
Età media del personale femminile (personale comparto)	49,89
% personale part-time su totale personale	9,17%
% personale femminile part-time su totale personale part-time	91,96%
% personale maschile part-time su totale personale part-time	8,03%

Alla data del 01.01.2023 l'ASL AL si avvale altresì della collaborazione di n. 272 Medici di Medicina Generale, n. 33 Pediatri di Libera Scelta (totale MMG-PLS 305 al 01.01.2023), 112 Medici di Continuità Assistenziale (considerati tutti gli incarichi ovvero a 24h/12h settimanali e 60h mensili), n. 42 Medici Specialisti Ambulatoriali, n. 2 Veterinari ambulatoriali, n. 23 psicologi ambulatoriali e n. 2 Medici Medicina dei Servizi. Inoltre sono presenti n. 12 Medici di Medicina Penitenziaria (considerati tutti gli incarichi ovvero a 24h/12h settimanali e 60h mensili) e n. 13 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.

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 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.

Il Settore Formazione Professionale essendo certificato UNI EN ISO 9001:2015 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 Sistema di Gestione per la Qualità, conforme alle norme UNI EN ISO 9001:2015, rappresenta lo strumento fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi di qualità definiti.

Il Settore Formazione Professionale per concretizzare la propria politica della qualità si impegna, come per tutti gli anni, anche per il 2023 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 2023 sono stati inseriti nel Piano Formativo 174 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 2022, 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.

Tra le iniziative possiamo evidenziare i corsi di informatica (MS excel) che – per il secondo anno consecutivo – proseguono nell'operazione di perfezionamento delle competenze digitali. Il personale afferente ai corsi suddetti a seguito di segnalazione da parte dei Dirigenti, è selezionato attraverso un test d'ingresso che consente di dividere i gruppi in base alle conoscenze già possedute. Sono poi in fase di potenziamento i momenti formativi trasversali che consisteranno sia in attività d'aula che in FAD (formazione a distanza), per

rinfrescare le competenze sulle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e verranno attivati percorsi, 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 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 vigilanza (RSA, Strutture per pazienti psichiatrici ecc.) per illustrare pratiche di corretta gestione dei pazienti. Durante il 2023 verrà attivato il controllo sulle scadenze relative alla formazione da norma – in particolare su quella prevista dal D. Lgs. 81/08 – in modo da poter avere uno scadenziario aggiornato e poter quindi inviare agli opportuni refresh coloro che necessitano di tale aggiornamento.

Verrà 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 nella seconda metà dell'anno 2022 e nei primi mesi del 2023 ha preso servizio un cospicuo numero di assistenti amm.vi.

Si proseguirà inoltre con la formazione del personale delle SS.CC. Tecnico ed ELAP attraverso la somministrazione di corsi specifici relativi alla gestione del cantiere in ospedale, alle procedure attuative per la predisposizione delle gare d'appalto, MEPA e SINTEL e al nuovo codice appalti.

**ALLEGATO 3.1 – POLA – PIANO ORGANIZZATIVO DEL LAVORO AGILE
anno 2023**

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 aggiornati come segue con decorrenza dal provvedimento di approvazione del presente P.I.A.O.:

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.

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.