



ASL VCO
AZIENDA SANITARIA LOCALE
Verbano Cusio Ossola

Piano annuale della
performance
ASL VCO
Anno 2015

INDICE

1. PRESENTAZIONE

1.1 Principi generali

1.2 Scopo del Piano

1.3 Contenuti del Piano

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

2.1 Chi siamo

2.2 Cosa facciamo

2.3 Come operiamo

3. IDENTITA'

3.1 L'amministrazione in cifre

3.2 Missione

3.2.1 Visione

3.2.2 Valori fondanti

3.3 Albero della performance

4 ANALISI DEL CONTESTO

4.1 Analisi del contesto esterno

4.2 Analisi del contesto interno

4.2.1 L'organizzazione

4.2.2 Risorse umane

4.2.3 Risorse finanziarie

4.3 Punti di forza e di debolezza

5. OBIETTIVI STRATEGICI

6. DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI

7. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

7.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano

7.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

7.3 azioni per il miglioramento del ciclo di gestione delle performance

8. ALLEGATI TECNICI

1. PRESENTAZIONE

L'art. 10 del D. Lgs. n. 150 del 27.10.2009, prevede che al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance le amministrazioni pubbliche devono redigere un documento programmatico triennale denominato Piano della performance. Si tratta dello strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance. Per quanto attiene la redazione del documento sono stati forniti indirizzi da parte della Commissione per la Valutazione la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (CIVIT) con delibere nn: 6/2010; 89/ 2010; 104/ 2010; 112/2010; 1/2012.

La performance, come si desume dalla delibera CIVIT n. 112/2010, è il contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato), che un'azienda apporta, attraverso la propria azione, al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi ed, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'azienda è stata costituita.

La Regione Piemonte, con la D.G.R. n. 25-6944 del 23.12.2013, pur evidenziando che non ricorre per le aziende sanitarie l'obbligo di adottare gli strumenti operativi previsti dall'art. 10 del D.Lvo n. 150 (Piano della performance e Relazione sulla performance), ha ritenuto opportuno la predisposizione annuale di un provvedimento programmatico, denominato Piano annuale della performance (PAP), con il quale, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed il target sui quali si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance. Il PAP deve tener prioritariamente conto degli obiettivi direttamente assegnati dalla Regione al Direttore Generale e può contenere sia obiettivi strategici (di valenza pluriennale) sia obiettivi operativi (di valenza annuale) per ciascuno dei quali vanno definite le azioni, i tempi, le risorse e le responsabilità organizzative connesse al loro raggiungimento, nonché l'indicazione, almeno metodologica, degli obiettivi individuali assegnati ai dirigenti ed, eventualmente, al restante personale.

Il Piano dell'ASL VCO è un documento programmatico annuale in cui, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed i target. In sede di pianificazione strategica si è tenuto conto dello scenario normativo ed economico attuale, caratterizzato dalla necessità di garantire prestazioni e servizi efficaci ed appropriati, in un contesto sempre più complesso, sia in termini organizzativi, sia sotto il profilo della continua evoluzione tecnologica, sia per quanto riguarda la sostenibilità del sistema, a fronte di risorse sempre più scarse.

Nel documento sono definiti gli obiettivi strategici che l'Azienda si pone, che rappresentano il punto di partenza per la definizione e la negoziazione degli obiettivi annuali con i Responsabili di Struttura complessa e di Sos Dipartimentali e con le strutture in staff. Il documento si integra con gli obiettivi e le azioni contenuti nel "Piano triennale per la prevenzione della corruzione e trasparenza 2015-17". A questo proposito si osserva che l'azienda intende garantire la massima trasparenza dando applicazione ai principi contenuti nel D.L.vo n. 33/2013.

Nella definizione del Piano, in conformità a quanto previsto dalla delibera CIVIT n. 122/2010, si è inoltre tenuto conto del collegamento ed integrazione con il processo ed i documenti di programmazione economico-finanziaria e di bilancio, e della gradualità nell'adeguamento ai principi ed al miglioramento continuo.

Si rileva che, con deliberazione n. 12 dell'8.1.2015, in conformità alla normativa nazionale e regionale vigente, è stato costituito l'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.), in sostituzione al Nucleo di Valutazione aziendale, per lo svolgimento delle funzioni previste dall'art. 14 del D.L.vo n. 150/2009.

E' in fase di definizione il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SiMiVaP) aziendale.

1.1 Principi generali

Il **Piano** della performance dell'A.S.L. VCO, in coerenza alle previsioni del D.Lgs 150/2009, alle indicazioni fornite dalla CIVIT con delibera n. 122/2010, ed alla deliberazione della Giunta Regionale n. 25-6944 del 23.12.2013, si ispira ed attiene ai principi generali: trasparenza, immediata intelligibilità, veridicità e verificabilità, partecipazione, coerenza interna ed esterna, orizzonte pluriennale.

Per comprendere il contenuto di tali principi si rinvia a quanto disposto dalla delibera CIVIT n. 112/2010.

1. trasparenza: l'articolo 11, comma 8, del decreto prevede che l'azienda ha l'obbligo di pubblicare il Piano della performance sul proprio sito istituzionale in apposita sezione, di facile accesso e consultazione, denominata: "Trasparenza, valutazione e merito".

2.immediata intelligibilità: il Piano deve essere di dimensioni contenute e facilmente comprensibile anche agli stakeholder esterni inserendo, nella parte principale, contenuti facilmente accessibili e comprensibili, anche in termini di linguaggio utilizzato collocando, negli allegati, tutti i contenuti e gli approfondimenti tecnici.

3. veridicità e verificabilità: i contenuti del Piano devono corrispondere alla realtà e, per ogni indicatore, deve essere indicata la fonte di provenienza dei dati, che devono essere tracciabili.

4. partecipazione: il processo di sviluppo del Piano deve essere frutto di un percorso di coinvolgimento del personale dirigente che, a sua volta, deve favorire il coinvolgimento del personale afferente alla propria struttura organizzativa. Inoltre, deve essere favorita ogni forma di interazione con gli stakeholder esterni per individuarne e considerarne le aspettative ed attese.

5. coerenza interna ed esterna: i contenuti del Piano devono essere coerenti con il contesto di riferimento (coerenza esterna) e con gli strumenti e le risorse (umane, strumentali, finanziarie) disponibili (coerenza interna).

6. orizzonte pluriennale: la DGR n. 25-6944 del 23.12.2013 prevede che il documento può contenere sia obiettivi strategici (di valenza pluriennale) sia obiettivi operativi (di valenza annuale).

1.2 Scopo del Piano

Secondo quanto previsto dall'art. 10, 1° comma, del D.Lgs n. 150/2009, il Piano è redatto con lo scopo di assicurare *“la qualità, la comprensibilità e l'attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance”*, finalità ben delineate nella delibera n. 112 del 28 ottobre 2010.

La prima finalità del Piano è garantire la “qualità” della rappresentazione della performance dal momento che in esso è esplicitato il processo e la modalità con cui si è arrivati a formulare gli obiettivi dell'azienda nonché l'articolazione complessiva degli stessi.

Gli obiettivi (articolo 5, comma 2, del decreto 150) devono rivestire le seguenti caratteristiche ovvero devono essere:

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

La seconda finalità del Piano è quella di assicurare la comprensibilità della rappresentazione della performance: nel documento viene esplicitato il “legame” che sussiste tra i bisogni della collettività, la missione istituzionale, le aree strategiche, gli obiettivi e gli indicatori che l'Azienda intende perseguire.

Questo rende esplicita e comprensibile la performance attesa, ossia il contributo che l'Azienda sanitaria intende apportare attraverso la propria azione alla soddisfazione dei bisogni di salute della collettività.

La terza finalità del Piano è relativa all'attendibilità della rappresentazione della performance: e ciò si realizza solo se è verificabile, ex post, la correttezza metodologica del processo di pianificazione (principi, fasi, tempi, soggetti) e le risultanze (obiettivi, indicatori, target).

1.3 Contenuti del Piano

I **contenuti** del Piano sono i seguenti:

- gli obiettivi strategici definiti tenuto conto delle strategie aziendali, previa verifica delle risorse economiche assegnate;
- gli indirizzi per definire gli obiettivi operativi;
- preparazione della fase di negoziazione degli obiettivi operativi annuali da declinare, per l'anno 2015, ai Direttori di delle strutture complesse aziendali, al Responsabile f.f. della Soc SISTRPO nonché ai Responsabili delle strutture in Staff e di Supporto alla Direzione Generale e relativa assegnazione;
- gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione.
Non appena il sistema di misurazione verrà approvato i Direttori di Soc provvederanno a declinare tali obiettivi al personale dirigenziale e di comparto.

Inoltre il Piano, in conformità a quanto previsto dalla delibera CIVIT n. 112/2010, presenta i seguenti ulteriori contenuti:

- la descrizione dell'identità dell'Azienda e cioè di quegli elementi che consentono di identificare "chi è" (mandato istituzionale e missione) e "cosa fa" (declinazione della missione e del mandato in aree strategiche, obiettivi strategici ed operativi);
- le risultanze dell'analisi del contesto interno ed esterno all'Azienda;
- la descrizione del processo seguito per la realizzazione del Piano e delle azioni di miglioramento del ciclo di gestione delle performance.

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

2.1 Chi siamo

L'Azienda Sanitaria Locale del Verbano Cusio ed Ossola, nasce come ASL 14, dall'accorpamento, avvenuto il 1° gennaio 1995, delle 3 precedenti Unità Sanitarie Locali (l'Usl 55 di Verbania, 56 di Domodossola e 57 di Omegna). Ha sede legale ad Omegna, in via Mazzini 117.

L'ASL VCO è costituita con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale ai sensi della L.R. n°18 del 6 agosto 2007, della D.C.R. n°136-39452 del 22 ottobre 2007 e del D.P.G.R. n° 90 del 17 dicembre 2007. E' denominata ASL VCO dal 1° gennaio 2008.

La sede legale dell'azienda è ad Omegna, Via Mazzini n. 117. La rappresentanza dell'azienda è in capo al Direttore Generale.

Il **logo** dell'Azienda rappresenta le aree del Verbano, del Cusio e dell'Ossola (VCO) che, nelle loro specificità, si integrano costituendo un territorio unitario.

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



L'Azienda presenta un'estensione territoriale di circa 2.300 km quadrati, per il 96% montani, ha una densità abitativa media di 76 abitanti/Kmq e comprende 84 Comuni, distribuiti in maniera disomogenea sul territorio del Verbano, Cusio ed Ossola, per un totale di abitanti, al 31.12.2014, pari a 171.390.

Ai sensi dell'art. 5, commi 1 e 2, del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. il **patrimonio** dell'Azienda sanitaria è costituito da tutti i beni, mobili ed immobili, ad essa appartenenti, ivi compresi quelli trasferiti dallo Stato o dal altri enti pubblici, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio delle proprie attività o a seguito di atti di liberalità.

Ai sensi dell'art. 3, co. 1-quater, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. sono **organi dell'Azienda**:

- il Direttore Generale
- il Collegio Sindacale
- il Collegio di Direzione (come previsto dall'art. 4 del D.L. n. 158 del 13.9.2012, sostituito dalla legge di conversione n. 189 dell'8.11.2012).

Il **Direttore Generale** è responsabile della gestione complessiva dell'azienda, che egli esercita con atti e decisioni di rilevanza interna ed esterna di indirizzo, programmazione e controllo, con particolare riguardo alle strategie per la realizzazione della mission aziendale, alla definizione degli obiettivi gestionali, all'allocazione delle risorse ed alla valutazione dei risultati. E' coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario. A tale organo sono riservati tutti i poteri di gestione nonché la rappresentanza dell'azienda.

Il **Collegio Sindacale**, che dura in carica tre anni, è composto da cinque membri, di cui due designati dalla Regione, uno designato dal Ministro del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione Economica, uno dal Ministro della Sanità e uno dalla Conferenza dei Sindaci. Il Collegio Sindacale vigila sull'osservanza delle leggi e dei regolamenti, accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili.

La legge n. 189 dell'8.11.2012 ha sostituito l'art. 17 del D. Lgs. 502/92 e s.m.i. stabilendo che le Regioni prevedono l'istituzione, nelle aziende e negli enti del SSR, del **Collegio di Direzione**, quale organo dell'azienda, individuandone la composizione in modo da garantire la partecipazione di tutte le figure professionali presenti nell'azienda, e disciplinandone le competenze ed i criteri di funzionamento, nonché le relazioni con gli altri organi aziendali.

Il Collegio di direzione, in particolare, concorre al governo delle attività cliniche, partecipa alla pianificazione delle attività, incluse la ricerca, la didattica, i programmi di formazione e le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria.

La **Direzione aziendale**: ai sensi dell'art. 3, co. 1-quater e quinquies, del D.L. n. 502/92 e s.m.i., il Direttore Generale, nello svolgimento dei propri compiti, è coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario d'azienda, ciascuno per le proprie competenze. Entrambi sono nominati dal direttore generale e partecipano, unitamente al direttore che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'azienda, assumono diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono, esprimendo proposte e pareri, alla formazione delle decisioni della direzione generale.

Alla Direzione Aziendale, collegialmente, spetta la responsabilità complessiva della gestione aziendale ed il perseguimento della *mission* e degli obiettivi di tutte le varie articolazioni aziendali.

Il **governo strategico**, quale funzione esclusiva della Direzione Aziendale, è rivolto ad:

- elaborare le strategie aziendali e la loro esplicitazione attraverso gli strumenti della programmazione e gli atti di indirizzo, nel rispetto degli obiettivi assegnati dalla Regione;
- garantire, attraverso la funzione di indirizzo e controllo, un efficiente ed efficace espletamento delle attività (in modo da assicurare un'uniforme ed appropriata tutela della salute, nel rispetto dei diritti degli utenti) ed una efficiente allocazione delle risorse;
- definire, nel rispetto dei livelli di assistenza essenziali e garantiti, i volumi di produzione dei servizi sanitari che dovranno essere forniti dagli erogatori interni ed esterni all'azienda.

Il **governo clinico** è diretto alla definizione degli strumenti organizzativi e di gestione volti al miglioramento continuo della qualità e di adeguati standard assistenziali da parte dei professionisti e dell'organizzazione nel suo complesso che si realizzano, tra gli altri nella:

- pratica clinica basata sull'evidenza medica e scientifica, attraverso l'applicazione di linee guida;
- valutazione della performance clinica (audit clinico) volta ad una revisione sistematica dei casi clinici trattati, a fronte di uno standard di indicatori condivisi, al fine di individuare eventuali criticità dei comportamenti clinici o organizzativi e realizzare un processo di miglioramento continuo della performance dell'assistenza;
- gestione del rischio clinico;
- definizione di percorsi clinici con lo scopo di costruire l'assistenza, tenuto conto delle esigenze del paziente, gestendo tutti gli aspetti: clinici, organizzativi, relazionali, di integrazione multidisciplinare e interprofessionale.

Il P.S.S.R. 2012-15 ha inteso affrontare la questione del governo clinico non come contrapposizione tra clinici e manager, né come semplice approccio alla medicina basata sulle evidenze, ma come revisione delle organizzazioni sanitarie finalizzata, da un lato, all'integrazione tra professionisti sanitari, dall'altro, al ruolo di responsabilità che le professioni sanitarie devono avere nelle scelte aziendali.

Per quanto attiene il **governo economico finanziario** va osservato che l'azienda, nella realizzazione della propria attività di produzione, coinvolge e responsabilizza tutta la dirigenza al fine di perseguire un efficiente ed efficace utilizzo delle risorse ed applicare, con costanza, i principi dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni. Il governo complessivo dell'azienda implica un'integrazione tra la dimensione clinica e quella economica tenendo presente che la finalità istituzionale dell'azienda consiste nel garantire i LEA, in termini quali/quantitativi, senza trascurare l'aspetto legato alla sostenibilità economica. Attraverso gli strumenti della contabilità generale, la contabilità analitica ed il controllo di gestione viene garantito un costante monitoraggio dei risultati di gestione e dei costi, al fine di verificare la compatibilità con le risorse disponibili permettendo, in caso di criticità, l'attivazione di adeguati interventi correttivi.

Sono **organismi collegiali di direzione e partecipazione dell'azienda**: il Consiglio dei Sanitari, il Comitato di Dipartimento e la Conferenza di Partecipazione.

Sono **organismi locali politico istituzionali**: la Conferenza e la Rappresentanza dei Sindaci ed il Comitato dei Sindaci di Distretto.

Sono **organismi tecnici**: il Collegio Tecnico e l'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.). A questo proposito si segnala che l'art. 14 del DL.vo n. 150/2009 ha previsto che ogni amministrazione si dota di un Organismo Indipendente di Valutazione della Performance, che sostituisce i servizi di controllo interno, comunque denominati, di cui al DL.vo n. 286 del 30.7.1999, ed esercita, in piena autonomia, le attività di cui al comma 4 del medesimo articolo. Esercita, altresì, le attività di controllo

strategico di cui all'art. 6, comma 1, del Dl.gs n. 286/1999, e riferisce, in proposito, direttamente all'organo di indirizzo politico- amministrativo. In conformità al disposto dall'art. 14 del Dl.vo n. 150/2009, comma 4, richiamato dalla D.G.R. n. 25-6944 /2013, l'O.I.V.:

- a) monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza ed integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso;
- b) comunica tempestivamente le eventuali criticità riscontrate ai competenti organi interni di governo ed amministrazione, nonché alla Corte dei Conti, all'Ispettorato per la Funzione Pubblica ed alla Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche;
- c) valida la Relazione sulla performance e ne assicura la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale dell'amministrazione;
- d) garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione, nonché dell'utilizzo dei premi di cui al titolo III, secondo quanto previsto dal Dl.vo n. 150/2009, dai contratti collettivi nazionali, dai contratti integrativi, dai regolamenti interni all'amministrazione, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità;
- e) la DGR 25-6944 prevede che la competenza di cui al D. Lvo n. 150, punto e, relativa alla proposta della valutazione annuale dei dirigenti di vertice, non viene svolta, stante le caratteristiche istituzionali ed organizzative delle ASR;
- f) è responsabile della corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti dalla Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche;
- g) promuove ed attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza ed all'integrità di cui al presente titolo;
- h) verifica i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità.

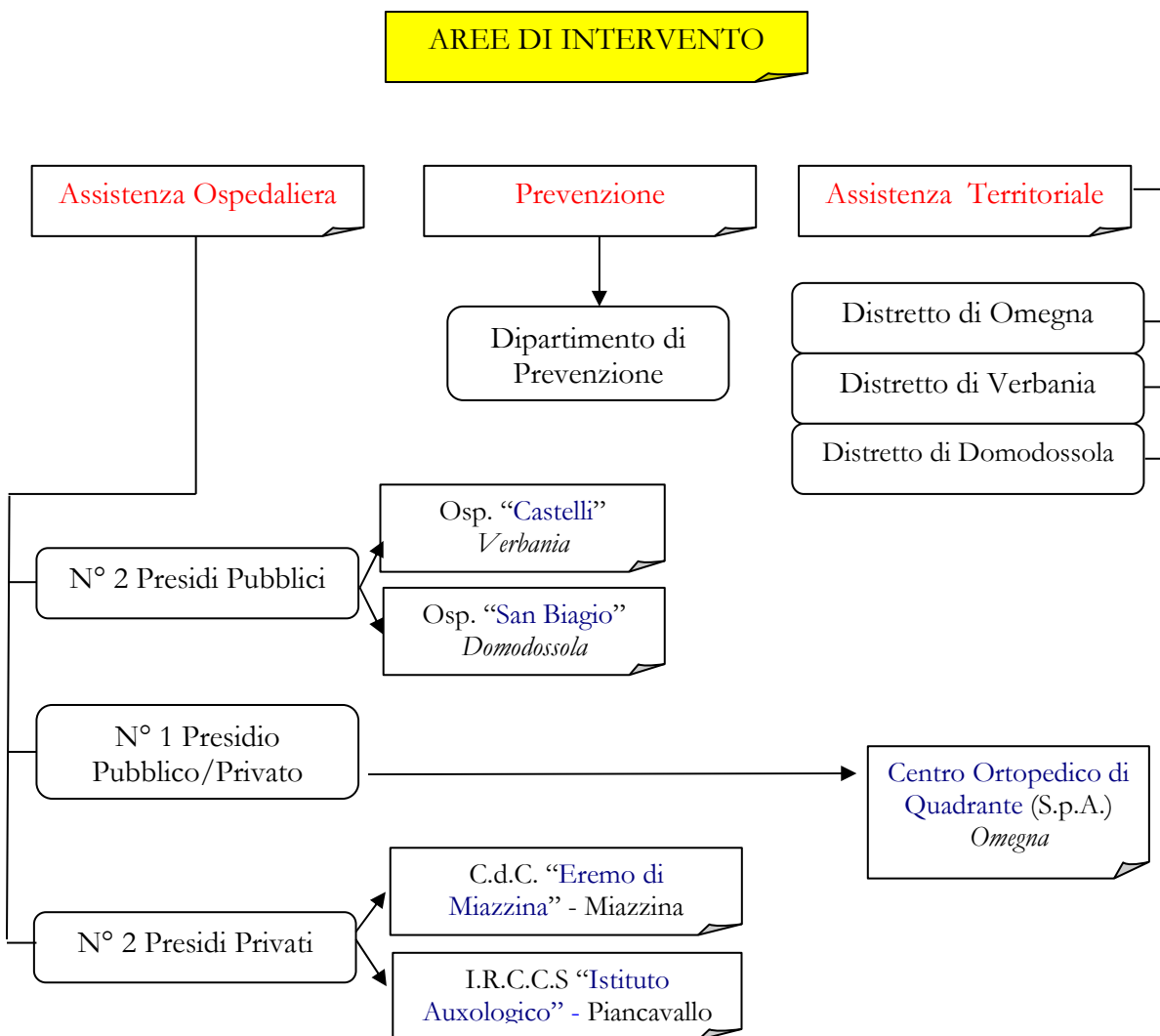
L'O.I.V. misura e valuta la performance organizzativa di ciascuna struttura aziendale sulla base degli obiettivi assegnati dalla Direzione Generale, proponendo la valutazione alla Direzione stessa.

2.2 Cosa facciamo

L’A.S.L. V.C.O. è inserita organicamente nel servizio sanitario regionale piemontese con la finalità di proteggere, promuovere e migliorare la salute della popolazione residente mediante programmi ed azioni coerenti con i principi e con gli obiettivi indicati dalla pianificazione sanitaria e socio assistenziale nazionale e regionale.

La missione dell’azienda è rispondere ai bisogni ed alle aspettative di salute dei cittadini gestendo con efficienza le risorse disponibili per garantire prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione efficaci ed appropriate, offerte con tempestività, rispetto della persona ed in condizioni di sicurezza.

Le aree di intervento dell’Azienda e l’assetto organizzativo possono essere così schematizzate:



Prevenzione

La prevenzione è realizzata attraverso una macrostruttura operativa dell'Azienda, il Dipartimento di Prevenzione, costituito da una pluralità di strutture che provvedono all'organizzazione ed alla gestione delle attività sanitarie, volte alla tutela della salute della popolazione, da ottenersi mediante la prevenzione ed il monitoraggio di una serie di fattori di rischio. Le strutture afferenti il Dipartimento di Prevenzione sono:

- Soc Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro;
- Soc Igiene e Alimenti e Nutrizione;
- Soc Igiene e Sanità Pubblica;
- Soc Servizio Veterinario Area A
- Soc Servizio Veterinario Area B
- Soc Servizio Veterinario Area C.

In staff alla direzione del Dipartimento di Prevenzione opera la Sos di Educazione alla Salute e la sezione della medicina dello sport.

Assistenza Ospedaliera

L'Assistenza ospedaliera viene erogata attraverso l'Ospedale Unico Plurisede articolato su due Presidi:

- l'Ospedale **Castelli di Verbania** sito in Via Fiume n. 18
- l'Ospedale **S. Biagio di Domodossola** sito in Piazza Vittime dei Lager Nazifascisti n.1.

A questi due presidi si aggiungono le strutture operative e professionali integrate presso l'Ospedale Madonna del Popolo di Omegna.

Assistenza Territoriale

L'Assistenza territoriale viene erogata attraverso tre distretti sanitari:

il **Distretto di Domodossola** a cui afferiscono i Comuni di:

Antrona Schieranco - Anzola d'Ossola - Baceno - Bannio Anzino - Beura Cardezza - Bognanco - Calasca Castiglione - Ceppo Morelli - Craveggia - Crevoladossola - Crodo - Domodossola - Druogno - Formazza - Macugnaga - Malesco - Masera - Montecrestese - Montescheno - Ornavasso - Pallanzeno - Piedimulera - Pieve Vergonte - Premia - Premosello Chiovenda - Re - Santa Maria Maggiore - Seppiana - Toceno - Trasquera - Trontano - Vanzone con San Carlo - Varzo - Viganella - Villadossola - Villette – Vigogna

per un totale di 64.312 residenti (al 31/12/2014);

il **Distretto di Omegna** a cui afferiscono i Comuni di:

Ameno (NO) - Armeno (NO) - Arola - Casale Corte Cerro - Cesara - Germagno - Gravellona Toce - Loreglia - Madonna del Sasso - Massiola - Miasino (NO) - Nonio - Omegna - Orta San Giulio (NO) - Pella (NO) - Pettenasco (NO) - Quarna Sopra - Quarna Sotto - S.Maurizio d'Opaglio (NO) – Valstrona

per un totale di 41.952 residenti (al 31/12/2014)

e il **Distretto di Verbania** a cui afferiscono i Comuni di:

Arizzano - Aurano - Baveno - Bee - Belgirate - Brovello Carpiugnino - Cambiasca - Cannero Riviera - Cannobio - Caprezzo - Cavaglio Spocchia - Cossogno - Cursolo Orasso - Falmenta - Ghiffa - Gignese - Gurro - Intragna - Mergozzo - Miazzina - Oggebbio - Premeno - San Bernardino Verbanò - Stresa - Trarego Viggiona - Verbania - Vignone

per un totale di 65.126 residenti (al 31/12/2014)

In quanto garante della salute dei cittadini residenti nel proprio territorio il Distretto è responsabile della valutazione del bisogno di salute e della domanda di servizi sanitari e ad elevata integrazione socio-sanitaria, rappresentando l'Azienda localmente in sede di programmazione e confronto con le Istituzioni locali.

2.3 Come operiamo

L'Azienda ispira la propria organizzazione a criteri di responsabilizzazione diffusa, di decentramento dei sistemi di gestione, di valorizzazione dell'autonomia gestionale delle singole articolazioni organizzative, di autonomia professionale degli operatori e di un generale orientamento alla flessibilità, limitando lo sviluppo verticale delle strutture e differenziando i livelli di responsabilità.

Il riferimento prioritario del disegno organizzativo è la persona con i suoi bisogni di salute. Operativamente tale principio si esprime:

- nello sviluppo di un modello atto a garantire equità di accesso e omogeneità dei percorsi assistenziali, pur nell'ambito delle differenze insite tra i diversi ambiti territoriali;
- nell'attività di deburocratizzazione e snellimento delle attività, nonché nella semplificazione dell'accesso alle prestazioni, con lo sviluppo di punti unici di accesso a prestazioni integrate (Sportello unico), localizzati nei Distretti, nelle sedi sub distrettuali e dei Consorzi Intercomunali dei servizi sociali, presso i Presidi Ospedalieri e presso le sedi operative di altre forme innovative di gestione delle cure primarie (Gruppi di Cure Primarie e le Case della Salute) grazie alla partecipazione attiva del personale medico convenzionato;
- nella definizione di procedure, protocolli e percorsi diagnostico-terapeutici per le patologie a maggiore rilevanza epidemiologica, che garantiscono nell'immediato un risvolto di omogeneità assistenziale dei servizi percepibile al cittadino-utente finale.

L'Azienda, nell'ottica del governo clinico, promuove la responsabilizzazione diffusa di tutti gli operatori ai vari livelli dell'organizzazione come strumento per garantire risultati visibili di qualità e appropriatezza dei servizi e di trasparenza ed efficacia dell'azione amministrativa.

L'Azienda impronta la propria organizzazione a principi di flessibilità, essenzialità e semplificazione, anche in considerazione delle alleanze strategiche, già attivate o in divenire, con i produttori di servizi sul territorio aziendale di appartenenza, pubblici, privati o del privato sociale e del volontariato, al fine di costruire un sistema di offerta il più possibile strutturato a rete, accessibile e adeguato alla domanda diversificata e complessa della popolazione di riferimento.

IL SISTEMA DELLE RELAZIONI ESTERNE AZIENDALI



Il processo di partecipazione messo in atto dall'Azienda afferisce ai seguenti soggetti portatori di interessi:

I cittadini singoli ed associati

L'azienda favorisce la partecipazione attiva del cittadino nella definizione delle scelte che riguardano la salute. La partecipazione è esercitata dal singolo cittadino e/o attraverso associazioni di tutela dei diritti o di volontariato: gli strumenti organizzativi con cui assicurare la partecipazione sono dati dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico.

La Regione Piemonte

Nello svolgimento della propria attività l'A.S.L. V.C.O. assume come riferimento le strategie, la programmazione, gli indirizzi, i vincoli definiti dalla Regione Piemonte. Il servizio sanitario regionale costituisce un sistema unitario nell'ambito del quale si integrano, in rete, i servizi e le attività delle aziende sanitarie.

Gli Enti Locali

L'Azienda persegue una sempre miglior relazione con gli Enti Locali anche nel rispetto della normativa regionale: la L.R. n. 18 del 6.8.2007 ribadisce il ruolo della Conferenza dei Sindaci. La funzione di indirizzo, a livello distrettuale, nell'area delle politiche sociali, sanitarie e socio sanitarie, è affidata al Comitato di Distretto.

Il terzo settore

Il terzo settore, che il PSSR 2012-15 definisce come un punto di forza del modello sociale della Regione, nelle sue molteplici tipologie ed articolazioni rappresenta per l'azienda un interlocutore privilegiato poiché costituito dal complesso di soggetti che concorrono alla gestione dei servizi e degli interventi per la salute delle persone.

Il personale che rappresenta la principale risorsa per l'azienda.

Le organizzazioni sindacali dei dipendenti aziendali

L'azienda riconosce il ruolo delle rappresentanze sindacali del personale e favorisce lo sviluppo e la trasparenza delle reciproche competenze e responsabilità.

I soggetti erogatori privati

L'azienda, nel rispetto delle indicazioni regionali, regola i propri rapporti con i produttori privati accreditati di prestazioni sanitarie, ubicati sul territorio del Verbano, Cusio ed Ossola, tramite la stipula di contratti ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.Lgs n. 502/92 e s.m.i.

3. IDENTITA'

La definizione dell'identità dell'organizzazione costituisce la prima fase del percorso di costruzione del Piano e definisce l'identità dell'organizzazione ossia "chi è", "che cosa deve fare", "come intende operare". L'articolazione comprende tre sottosezioni ovvero:

- l'amministrazione in cifre;
- il mandato istituzionale e la missione;
- l'albero della *performance*.

3.1 L'amministrazione in cifre

➤ *Personale dipendente*

	Numero unità di personale Anno 2013	Numero unità di personale Anno 2014
Dipendenti di ruolo	1.808	1.779
Incaricati	8	10
Supplenti	11	23

➤ *Territorio e popolazione*

L'Azienda presenta un'estensione territoriale di circa 2.300 km quadrati, per il 96% montani, ha una densità abitativa media di 76 abitanti/Kmq. e comprende 84 Comuni, per un totale di **171.390** abitanti al 31.12.2014, così ripartiti nei distretti di Domodossola, Omegna e Verbania:

Distretti	Residenti maschi	Residenti femmine	Totale popolazione residente al 31.12.2014
Domodossola	48,53	51,47	64.277
Omegna	48,31	51,69	41.952
Verbania	47,85	52,15	65.126
Totale	48,21	51,79	171.390

Si riporta la mappa della provincia del Verbano Cusio ed Ossola.



Immagine: Wikipedia

➤ **Assistenza territoriale**

La funzione di tutela della salute è garantita dai distretti (si rinvia **all'allegato 3**).

Sul territorio dell'azienda sono presenti:

n.1 presidio a gestione diretta (Hospice San Rocco);

n. 33 strutture convenzionate di cui: n. 25 di tipo residenziale e n. 7 di tipo semiresidenziale come risulta dallo schema che segue:

Strutture convenzionate:

Tipo struttura	Tipo assistenza											
	Attività clinica	Diagnostica strumentale e per immagini	Attività di laboratorio	Attività di consultorio familiare	Assistenza psichiatrica	Assistenza per tossicodipendenti	Assistenza AIDS	Assistenza idrotermale	Assistenza agli anziani	Assistenza ai disabili fisici	Assistenza ai disabili psichici	Assistenza ai malati terminali
Ambulatorio Laboratorio	Numero	.....	.....							
Struttura residenziale			.....		3	.....	.....		20	2	.....	0
Struttura semi residenziale			.....		.....	.....	.....		3	4	.....	.....
Altro tipo di struttura	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....				.....
Medico Singolo					.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

Gli istituti o centri di riabilitazione convenzionati ex art.26 L.833/78 ubicati sul territorio dell'ASL VCO sono 2 (la Fondazione Istituto Sacra Famiglia e l'Associazione Centri del VCO).

La tabella sottostante evidenzia i posti letto per anziani/Alzheimer autorizzati ed accreditati suddivisi per struttura:

POSTI LETTO R.S.A. / ALZHEIMER AUTORIZZATI E ACCREDITATI			
Legenda:			
RSA – Residenza sanitaria assistenziale			
NAT – Nucleo Alzheimer temporaneo			
CDAI – Centro Diurno Alzheimer Integrato.			
DISTRETTO DI DOMODOSSOLA	R.S.A.	N.A.T.	C.D.A.I.
Casa di Assistenza per anziani di Domodossola	39		
Casa di Riposo per anziani di Premosello	54	8	2
RAF Teresa Ceretti Villadossola	35		
Casa di Riposo Varzo	10		
Casa Anziani Montescheno	21		
Casa di Riposo Bannio Anzino	19		
Casa di Riposo Vanzone	10		
Casa Anziano Ornavasso	10		

Casa di Riposo Villa Presbitero di Vogogna	20		
R.S.A Donat Cattin Di Baceno	60		
R.S.A. di RE	20		
Totale	298	8	2
DISTRETTO DI VERBANIA			
	R.S.A.	N.A.T.	C.D.A.I.
R.S.A. San Rocco	50		
Istituto Sacra Famiglia	47		
Casa di Cura L'eremo di Miazzina	19		
Casa di Riposo Muller	68		
Relais dell'Arcadia	28		
Opera Pia Domenico Uccelli	82	20	2
Totale	294	20	2
DISTRETTO DI OMEGNA			
	R.S.A.	N.A.T.	C.D.A.I.
Casa di riposo S. Antonio di Ameno	40		
R.S.A. Massimo Lagostina Omegna	94	10	2
Villa Serena Orta S. Giulio	103		
Totale	237	10	2
Totale	829	38	6

Relativamente alla **medicina generale**, l'Azienda opera mediante n. 120 medici di base e n. 15 pediatri, operanti in medicina in associazione, di rete e di gruppo.

MMG n. 120 di cui:	
n. 23	operanti in medicina in associazione
n. 47	operanti in medicina di rete
n. 17	operanti in medicina di gruppo

PLS n. 15 di cui:	
n. 4	operanti in medicina in associazione
n. 0	operanti in medicina di rete
n. 11	operanti in medicina di gruppo

➤ *Assistenza ospedaliera*

L'assistenza ospedaliera dell'A.S.L. V.C.O. si svolge nell'ambito degli stabilimenti facenti parte di un unico presidio denominato "Ospedale Unico Plurisede", organizzato nelle due sedi di Verbania e Domodossola, a cui si aggiungono le strutture operative e professionali integrate presso l'Ospedale Madonna del Popolo di Omegna.

Sul territorio del V.C.O. sono inoltre ubicati due Presidi privati convenzionati di tipo riabilitativo. Si rinvia allo schema riepilogativo che segue:

1	Presidio pubblico: Ospedale Unico organizzato nelle due sedi di Verbania (Ospedale "Castelli") e Domodossola (Ospedale "San Biagio")
1	Presidio pubblico/privato denominato "Centro Ortopedico di Quadrante Ospedale Madonna del Popolo di Omegna" (C.O.Q. S.p.A.), costituito in Società per azioni a capitale misto, pubblico/privato, di cui l'A.S.L. V.C.O. detiene la quota di maggioranza pari al 51%.
2	Presidi privati convenzionati di tipo riabilitativo: Casa di Cura "l'Eremo di

Miazzina” e Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico “S. Giuseppe” di Piancavallo.

Il progetto di Ospedale unico, articolato sulle sedi di Verbania e di Domodossola, è pensato nell’ottica di:
 - realizzare una gestione per intensità di cura; - assicurare una flessibilità dell’offerta sempre garantendo, su entrambi i presidi, sia il supporto al Dea che l’attività ambulatoriale; - raggiungere, conseguentemente, una maggior efficienza ed una conseguente razionalizzazione della spesa.

L’ASL si caratterizza per una organizzazione di tipo dipartimentale. L’individuazione dei Dipartimenti di questa ASL, il cui schema é di seguito riportato, è stata effettuata in connessione con la funzionalità dell’Azienda, avendo riguardo per la sua complessità, la sua estensione sul territorio, le sue caratteristiche geomorfologiche, il numero di strutture complesse presenti e gli obiettivi che queste ultime devono perseguire.

I **Dipartimenti** sono i seguenti:

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - emergenza e urgenza - patologie di area medica - patologie chirurgiche - area critica - materno infantile - patologie cardio e neurovascolari - patologie oncologiche - servizi diagnostici - farmaco - post acuzie - dipendenze. |
|---|

La funzione di gestione ospedaliera è rappresentata **nell’allegato 4**.

I posti letto direttamente gestiti sono pari a 291 unità (di cui 247 posti letto in Regime Ospedaliero e 44 in Day-Hospital), quelli convenzionati sono pari a 631.

Di seguito è riportata una tabella riassuntiva con l’indicazione dei posti letto (ordinari e diurni) per presidio ospedaliero.

<i>Fonte: Direzione Sanitaria</i>			
Presidio	P.L. Ordinari	P.L. Diurni	P.L. Totali
“Castelli” – Verbania	135	20	155
“S. Biagio” – Domodossola	112	24	136
Centro Ortopedico di Quadrante (C.O.Q.) – Omegna	80	13	93
Istituto Auxologico – Piancavallo	352	0	352
Casa di Cura “L’Eremo” – Miazzina	186	0	186
Totale	865	57	922

Dati di attività

Questa azienda ha posto particolare attenzione alla realizzazione di azioni volte all'incremento dell'appropriatezza dei ricoveri che hanno consentito di migliorare il tasso di ospedalizzazione aziendale (TO) come si evince dal trend evidenziato.

TO 2012	TO 2013	TO 2014	TO regionale 2012	TO regionale 2013
163	153	151	157	148

Per quanto attiene la produzione, il fabbisogno dell'ASL per gli anni 2013-2014 è il seguente:

Fabbisogno casi	2013	2014
ASL per i propri residenti	12.423	12.230
Coq	3.975	4.313
Miazzina	500	534
Piancavallo	710	763
Mobilità passiva regionale	5.386	4.817
Mobilità passiva fuori regione	4.163	4.163
Totale	27.157	26.820

Fabbisogno valori	2013	2014
ASL per i propri residenti	34.744.903	34.775.572
Coq	11.354.982	11.547.375
Miazzina	3.429.891	4.112.148
Piancavallo	2.759.395	2.971.375
Mobilità passiva regionale	22.491.038	21.078.675
Mobilità passiva fuori regione	15.630.600	15.630.600
Totale	90.410.808	90.115.745

La popolazione del Verbano Cusio e Ossola è soggetta ad un fenomeno migratorio che ha prodotto, negli anni, costi significativi di mobilità passiva extraregionale (principalmente verso la Regione Lombardia) che si sono mantenuti, sostanzialmente, costanti, negli anni.

Le cause che concorrono a determinare il fenomeno sono diverse: **geografiche, logistiche, culturali (circuiti formativi)**, essendo il Verbano Cusio e Ossola un'area di confine; **percorsi formativi/universitari; sanitarie**, legate all'assenza di talune specialità; **sanitarie**, legate alla forte attrattività di talune strutture extraregionali. In particolare va osservato che le due principali cause di mortalità nel VCO sono rappresentate dalle malattie cardiocircolatorie e neoplastiche. Il tasso di mortalità per tumore dell'Azienda si è sempre collocato ad alti livelli in termini regionali. Ciò ha provocato un consistente e costante fenomeno migratorio verso altre Regioni, quasi esclusivamente la Lombardia e, soprattutto con Milano, più veloce da raggiungere rispetto a Torino. Si consideri che talune strutture Lombarde risultano di forte richiamo, ovvero: S. Raffaele, Humanitas, Castellanza, Istituto Nazionale per la Cura dei Tumori, Istituto Europeo di Oncologia, Policlinico Mangiagalli; Policlinico S. Matteo di Pavia.

Numerose azioni sono state messe in atto volte al controllo della mobilità passiva extraregionale: coinvolgimento/informazione dei MMG, Pediatri e Specialisti affinché dispongano delle corrette informazioni circa l'offerta sanitaria che i Presidi dell'ASL (e delle strutture convenzionate ubicate sul territorio) sono in grado di offrire potendo, in tal modo, prendere in carico, **in modo corretto ed appropriato**, il cittadino /paziente; aggiornamento in merito ad una pronta comunicazione delle potenzialità aziendali, dal punto di vista quali/quantitativo; predisposizione di protocolli di presa in carico dei cittadini per le patologie ad alta incidenza di mobilità passiva; collocazione degli erogatori privati

ubicati sul territorio dell'ASL in un'ottica di integrazione con la rete pubblica, ponendo attenzione all'appropriatezza delle risposte offerte da tali erogatori e richiedendo l'erogazione di prestazioni per le quali sussistono liste di attesa, al fine di contribuire a ridurre, laddove possibile, il ricorso anche a strutture extraregionali.

Per quanto attiene la specialistica ambulatoriale (tutti i flussi escluso flusso c4) la produzione effettuata è la seguente:

	2013 casi	2013 valori	2014 casi	2014 valori
Produzione specialistica ASL VCO	2.025.905	29.929.850	2.219.520	28.080.536

➤ *Prevenzione*

La prevenzione e la promozione della salute sono materie multidimensionali,interdisciplinari e multiprofessionali e trovano la modalità operativa ed istituzionale ideale nella forma strutturale del Dipartimento, così come previsto dal decreto legislativo 502/92 e s.m.i., con almeno 6 Servizi ad alto livello di autonomia ancorchè collegati secondo buone prassi organizzative. E' necessaria una maggiore integrazione funzionale tra le varie discipline della prevenzione e della sicurezza tramite l'adozione di percorsi assistenziali trasversali, focalizzati alla presa in carico globale dei problemi sanitari delle collettività, come la sicurezza alimentare, la prevenzione primaria (stili di vita) e secondaria (screening) delle malattie cronic degenerative, la sicurezza degli ambienti di vita e di lavoro, il rapporto tra ambiente e salute e la gestione delle emergenze di sanità pubblica come ad esempio le problematiche connesse alle migrazioni d'altri paesi afflitti da guerre, da siccità e povertà crescenti.

Il rilancio delle politiche di prevenzione e promozione della salute passa attraverso un rilancio dei Dipartimenti di prevenzione. Investire sui dipartimenti di prevenzione e sulla prevenzione collettiva significa avviare un percorso di largo respiro di contrasto alle diseguaglianze di salute, in particolare in tema di malattie cronic degenerative (malattie cardiovascolari, tumori, obesità) e di consolidamento del primo livello essenziale di assistenza a garanzia dei singoli ed delle comunità.

Occorre perseguire sempre più nuove modalità di lavoro costruite sull'analisi epidemiologica dei problemi di salute, sull'appropriatezza degli interventi basati sulle evidenze scientifiche, sull'utilizzo delle banche dati e dei sistemi informativi disponibili, sulla categorizzazione e comunicazione del rischio,nonché sulla partecipazione dei cittadini.

Serve con urgenza rilanciare la programmazione sanitaria, qualificare gli investimenti nella ricerca scientifica applicata, migliorare la formazione degli operatori con una più efficace collaborazione tra le Università e le strutture più qualificate del Servizio Sanitario Nazionale.

Nella cornice del Piano Nazionale Prevenzione 2014-2018 e della positiva proposta dei Nuovi Lea per la prevenzione, i temi e le azioni preventive dei prossimi anni riguarderanno in modo particolare il rapporto tra salute e ambiente, le vecchie e nuove dipendenze, i rischi sul lavoro anche in funzione dell'invecchiamento della popolazione lavorativa ,l'alimentazione sicura, screening e vaccinazioni, promozione della salute, etc). I dipartimenti di prevenzione sono tenuti a declinare e valutare tali tematiche in modo moderno con una comunicazione innovativa e risorse umane sempre più qualificate . Bisogna ricordare sempre che investire in prevenzione vuol dire risparmiare costi umani, sanitari ed economici".

Le strutture del Dipartimento di prevenzione e la loro distribuzione territoriale sono riportate **nell'allegato 5**. La Direzione della Prevenzione è riportata **nell'allegato 6**.

3.2 Missione

La **missione** dell'Azienda, in linea con il P.S.S.R. 2012-15, è quella di garantire il diritto alla salute, offrendo i servizi, le attività, le prestazioni necessarie per la prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie e la riabilitazione delle disabilità ma, nel contempo, assicurare che tali attività servizi e prestazioni siano di qualità elevata e siano fornite nei modi, luoghi e tempi congrui per le effettive necessità della popolazione.

L'Asl VCO svolge la funzione preminente di tutela della salute e quella di erogazione dei servizi di assistenza primaria tramite i distretti, e dei servizi di assistenza specialistica tramite gli ospedali in rete. Le attività di promozione della salute e prevenzione primaria collettiva sono svolte dal Dipartimento di Prevenzione o mediante l'attivazione di programmi speciali finalizzati.

L'Azienda:

- opera secondo il modello della presa in carico del cittadino-utente riconoscendo la centralità del cittadino nell'ambito della costruzione dei propri processi, da realizzare mediante specifiche politiche di comunicazione orientate all'informazione ed alla partecipazione nella definizione delle scelte e nella valutazione dei risultati;
- svolge la propria attività anche in collaborazione ed alleanza con altri soggetti, privati e pubblici, per rispondere alla propria missione;
- persegue la valorizzazione del proprio capitale di tecnologie e di professionisti come competenze distintive, dedicate alla gestione e produzione di servizi sanitari.

3.2.1 Visione

La **visione** dell'Azienda si caratterizza per la capacità di sviluppare integrazioni, alleanze e sinergie all'interno del sistema sanitario regionale e con il contesto locale e sovrazonale, al fine di realizzare una rete integrata di servizi per la tutela della salute, in un'ottica di miglioramento continuo, di innovazione organizzativa, di sviluppo e valorizzazione delle professionalità.

3.2.2 Valori fondanti

I **valori fondanti** che orientano e sostengono le azioni ed i comportamenti dei singoli operatori e dell'intera organizzazione afferiscono alla:

- centralità del cittadino, quale titolare del diritto alla salute;
- continuità assistenziale dei percorsi di cura al fine di consentire la presa in carico globale dell'assistito e la massima integrazione dei singoli momenti del percorso di cura, organizzando l'accesso ai servizi sanitari da parte dei cittadini, come prevede il P.S.S.R. 2002-15, in un'ottica di equità di trattamento e di accesso ai servizi, da realizzare attraverso la massima semplificazione burocratico-amministrativa;
- sistematica informazione al cittadino ed ai fruitori dei servizi sui loro diritti e opportunità;
- adozione di strumenti finalizzati allo sviluppo del processo di *empowerment*, come previsto dal P.S.S.R. 2012-2015;
- trasparenza dei processi decisionali e dell'azione organizzativa, volti alla corretta comunicazione delle politiche sanitarie aziendali ed alla partecipazione;
- collaborazione con le Istituzioni locali, le Organizzazioni Sindacali, le Associazioni rappresentative dei cittadini e del terzo settore;
- approccio integrato socio-sanitario alle problematiche di salute;
- tutela e cura delle persone più deboli o con disabilità, favorendo anche la loro integrazione nella vita quotidiana;

- contenimento dell'attività di ricovero (deospedalizzazione) evitandone l'uso improprio, da realizzare attraverso la continuità assistenziale, utile a garantire un percorso di presa in carico e di assistenza socio/sanitaria senza soluzioni di continuità;
- qualità dei servizi da realizzare lavorando sull'efficacia ed appropriatezza clinica, costruendo percorsi diagnostici terapeutici assistenziali improntati alla medicina basata sulle evidenze scientifiche, sulla sicurezza e sulla gestione del rischio, sull'appropriatezza organizzativa, sulla promozione della prevenzione;
- responsabilità ed autonomia dei professionisti mediate lo sviluppo del governo clinico;
- aggiornamento e sviluppo delle competenze professionali;
- sicurezza delle attività e degli ambienti di lavoro al fine di garantire la massima tutela per le persone che fruiscono dei servizi e per gli operatori;
- integrazione tra la dimensione clinica e quella economica, tenendo presente che la finalità istituzionale aziendale, in conformità a quanto emerge dal P.S.S.R. 2012-15, consiste nel garantire i LEA, in termini quali/quantitativi, razionalizzando il sistema attraverso la riduzione degli sprechi, delle diseconomie, delle duplicazioni di attività, ricercando, costantemente, la sostenibilità economica.

L'azienda persegue la tutela della *privacy* e adotta specifiche norme interne che recepiscono i principi della legislazione vigente e disciplinano i meccanismi attuativi.

Trasparenza e prevenzione della corruzione

L'azienda intende:

- garantire la massima trasparenza in applicazione a quanto disposto dal D.Lgs n. 150/2000 e n. 33/2013. Il sito aziendale rappresenta lo strumento principale per fornire al cittadino le informazioni con particolare riguardo alla sezione amministrazione trasparente;
- adottare gli strumenti necessari per la prevenzione e la repressione della corruzione ed illegalità nella pubblica amministrazione in conformità a quanto disposto dalla legge n. 190/2012 e s.m.i.

A questo proposito va segnalato che, ad oggi l'ASL VCO ha provveduto: alla nomina dei responsabili della prevenzione della corruzione e della trasparenza; all'adozione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza 2015-17; alla realizzazione della mappatura dei processi a rischio corruzione nella ASL VCO; alla costituzione di un gruppo di lavoro per approfondire le situazioni a maggiore rischio; alla preparazione, in collaborazione con le AASSLL di Novara, Vercelli, Biella e l'Ospedale Maggiore di Novara, di un corso di formazione per tutto il personale delle Aziende; alla diffusione a tutto il personale dell'informativa relativa alle disposizioni del codice di comportamento dei pubblici dipendenti.

3.3 Albero della performance

L'Albero della Performance è una mappa logica che rappresenta, anche graficamente, i legami tra missione, linee strategiche, obiettivi strategici e obiettivi operativi e dimostra come gli obiettivi contribuiscono, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, al perseguimento della missione.

Pianificazione Strategica

Il potere di indirizzo, programmazione e controllo fa capo alla Direzione Strategica dell'Azienda costituita dal Direttore Generale, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, che operano unitariamente pur nel rispetto dei relativi ruoli e responsabilità.

Le aree strategiche sono condizionate dai necessari interventi rivolti, da un lato, al miglioramento clinico assistenziale ed organizzativo dei servizi offerti e, dall'altro, alla necessaria attenzione alla sostenibilità

del sistema, seguendo precise linee in coerenza con la programmazione regionale e tenendo conto di situazioni ed esigenze specifiche aziendali.

Le aree strategiche sono le seguenti:

Area Strategica 1: Riordino assistenza ospedaliera

Si intende: riordinare la rete ospedaliera in conformità a quanto disposto dalla DGR 1-600 del 19.11.2014 integrata dalla DGR n. 1-924 del 23.1.2015; realizzare una progressiva deospedalizzazione attraverso l'attuazione di politiche per limitare l'uso improprio del ricovero ospedaliero e generare appropriatezza, lavorando sui percorsi di continuità assistenziale; fornire piena collaborazione al fine di realizzare una rete ospedaliera integrata a livello sovrazonale.

Area Strategica 2: Riordino assistenza territoriale

Si intende riorganizzare i servizi territoriali al fine di adempiere al primario dovere della diffusione della medicina del territorio, anche attraverso l'integrazione dei servizi socio sanitari resi ai cittadini, creando un sistema dove il distretto assume una propria e forte identità. Il distretto diventa il luogo principale ove si definiscono le politiche per la salute a livello territoriale, che promuove la continuità assistenziale, ovvero la presa in carico del paziente dall'inizio sino al completamento del suo percorso di salute, senza alcuna soluzione di continuità nel ricevere le cure dai vari soggetti erogatori. Si intende promuovere/potenziare le forme aggregative multi professionali (MMG, PLS, Geriatri, infermieri territoriali, terapisti della riabilitazione, Assistenti sociali e OSS) per la presa in carico dei pazienti in ADI e lungo assistenza al fine di prevenire il fenomeno dei ricoveri ripetuti e realizzare sinergie con i Servizi di Prevenzione e con gli Enti Gestori nelle politiche orientate all'educazione alla salute, al fine di perseguire obiettivi di riduzione del danno e di promozione di stili di vita.

Area Strategica 3: Promozione della salute e prevenzione malattie

Il fine è quello di rilanciare il ruolo del Dipartimento di Prevenzione quale modello di integrazione di tutti i servizi territoriali sanitari e sociali operanti nella prevenzione ed identificare in tale struttura - come previsto dal D.Lgs 502/92 e s. m. i. - il riferimento del S.S.N. che assicura l'applicazione dell'art. 32 della Costituzione. La tutela della salute collettiva viene garantita perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita e dando attuazione al primo livello essenziale di Assistenza Sanitaria Collettiva in Ambiente di Vita e di Lavoro che comprende tutte le attività preventive rivolte ai singoli ed alle collettività.

Area Strategica 4: Miglioramento della trasparenza e prevenzione della corruzione

Si tratta di migliorare la trasparenza della comunicazione nei confronti degli stakeholder interni ed esterni e l'accessibilità ai servizi anche al fine di prevenire fenomeni corruttivi.

Area Strategica 5: Governo economico-finanziario

Si tratta di un vincolo più che di un obiettivo in quanto occorre razionalizzare il livello di spesa nell'ambito delle risorse disponibili, pur garantendo i livelli essenziali di assistenza. Si ricomprende un monitoraggio di particolari fattori di spesa (vedi spesa farmaceutica) da realizzare mediante adeguate e mirate politiche di controllo della spesa.

Area Strategica 6: Governo clinico

Riguarda le azioni atte a migliorare l'efficienza e l'efficacia dell'intero sistema sotto il profilo delle qualità. In particolare, si intende perseguire l'appropriatezza delle prestazioni erogate (che riguarda tutte le aree della prevenzione, territoriale ed ospedaliera), contribuendo ad una maggior efficacia nell'uso dei servizi sanitari ed all'ottimizzazione delle risorse economiche, peraltro sempre più scarse, ricercando, costantemente, la sostenibilità economica, applicando i principi del governo clinico al fine di perseguire un miglioramento costante della qualità.

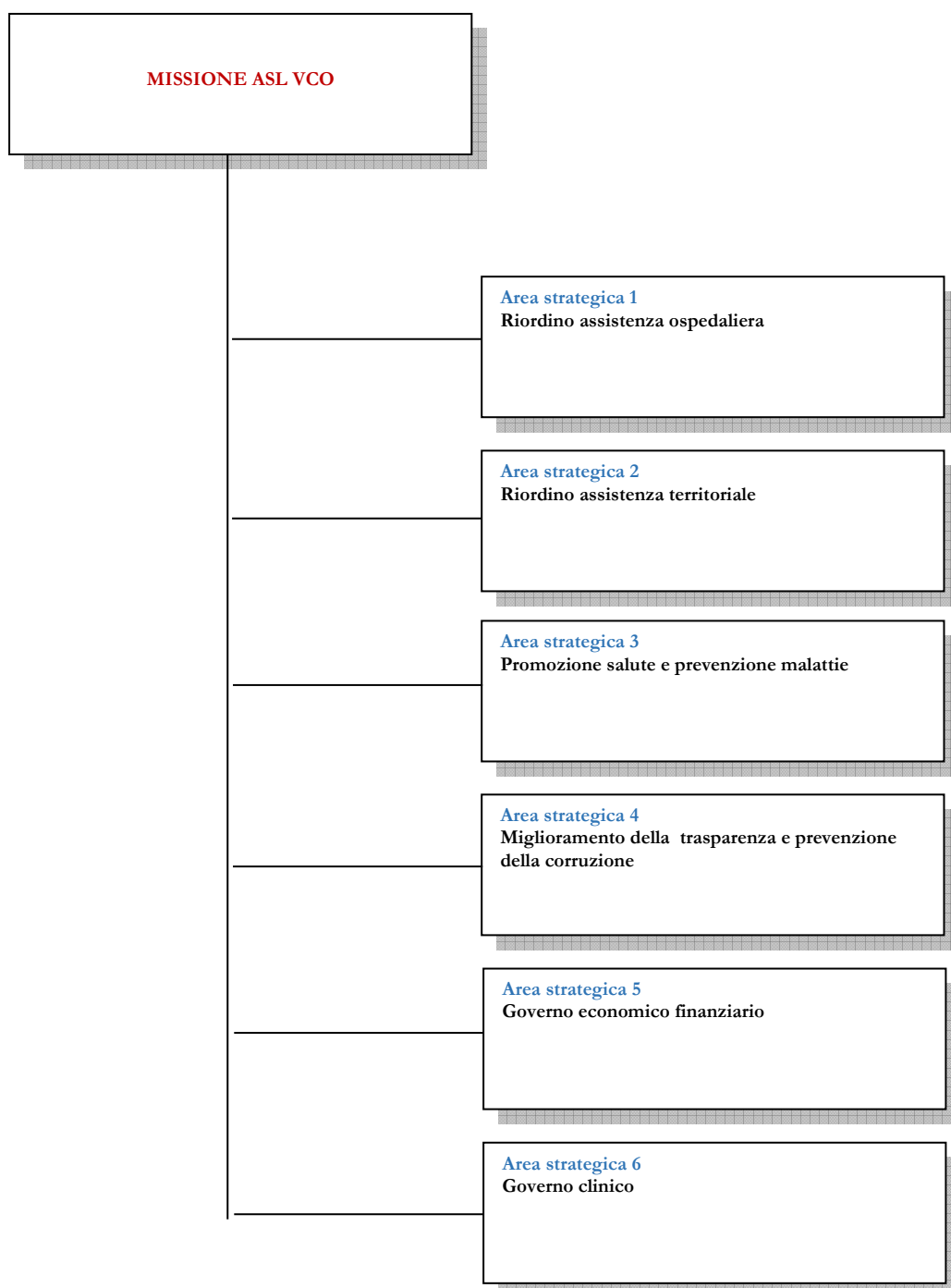
*

Le aree strategiche, a loro volta, sono state declinate in obiettivi strategici validi per il triennio 2015-17 (obiettivi definiti anche tenuto conto dei documenti di programmazione nazionali e regionali, integrati con le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno).

Gli obiettivi strategici vengono poi tradotti in obiettivi operativi annuali che vengono assegnati, previa condivisione, con i Direttori di Strutture complesse aziendali, con il Responsabile ff Sitrpo, con i Responsabili delle strutture in Staff e di Supporto alla Direzione Generale. Nella scheda obiettivi viene indicato, per ciascun obiettivo l'indicatore ed il target.

E' in fase di costruzione il sistema di misurazione e valutazione della performance che l'azienda utilizzerà al fine della valutazione annuale della performance organizzativa ed individuale.

Albero della Performance: collegamento fra missione e aree strategiche



4. ANALISI DEL CONTESTO

Attraverso l'analisi del contesto si è inteso:

- fornire una visione integrata della situazione in cui l'amministrazione opera;
- valutare le potenziali interazioni e sinergie con i soggetti coinvolti nella attuazione delle strategie che si intendono realizzare;
- verificare i vincoli e le opportunità offerte dall'ambiente di riferimento;
- verificare i punti di forza e di debolezza che caratterizzano la propria organizzazione rispetto alle strategie da realizzare.

4.1 Analisi del contesto esterno

➤ *Popolazione*

Si rappresentano i dati relativi alla **popolazione residente nell'ASL VCO al 31 dicembre 2014**, pari a n. 171.390 abitanti, dati forniti dagli uffici anagrafe dei n. 84 Comuni che fanno parte dell'Azienda.

Popolazione ASL VCO: distribuzione per genere, età, distretto al 31.12.2014

Fonte: dati Istat al 31.12.14

Distretto	POPOLAZIONE			Età 0-14			Età 15-64			Età 65-84			> 85		
	Totale	% Maschi	% Femmine	Totale	% Maschi	% Femmine	Totale	% Maschi	% Femmine	Totale	% Maschi	% Femmine	Totale	% Maschi	% Femmine
Verbano	65.126	47,85	52,15	7.753	51,97	48,03	40.717	49,61	50,39	14.087	43,88	56,12	2.569	29,27	70,73
Cusio	41.952	48,31	51,69	5.281	50,52	49,48	26.350	50,25	49,75	8.781	44,93	55,07	1.540	26,75	73,25
Ossola	64.312	48,53	51,47	7.408	50,89	49,11	40.358	50,5	49,5	14.248	44,97	55,03	2.298	28,2	71,8
ASL VCO (*)	171.390	48,21	51,79	20.442	51,2	48,8	107.425	50,1	49,9	37.116	44,55	55,45	6.407	28,28	71,72

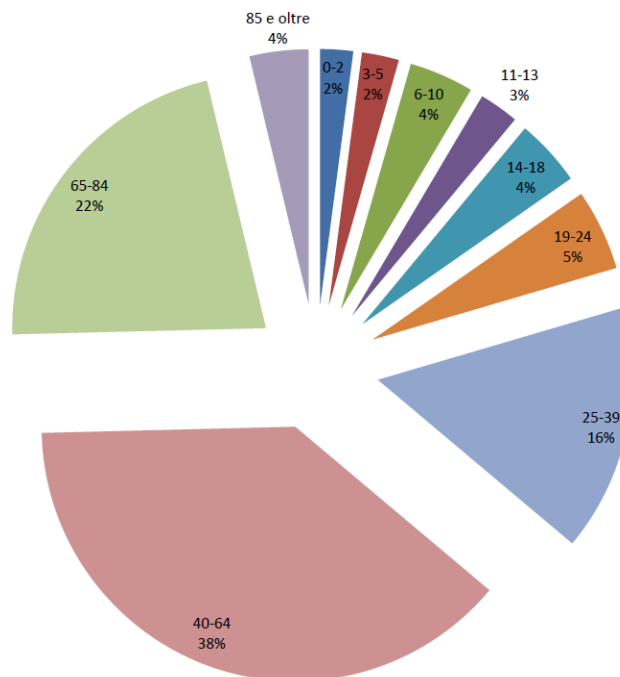
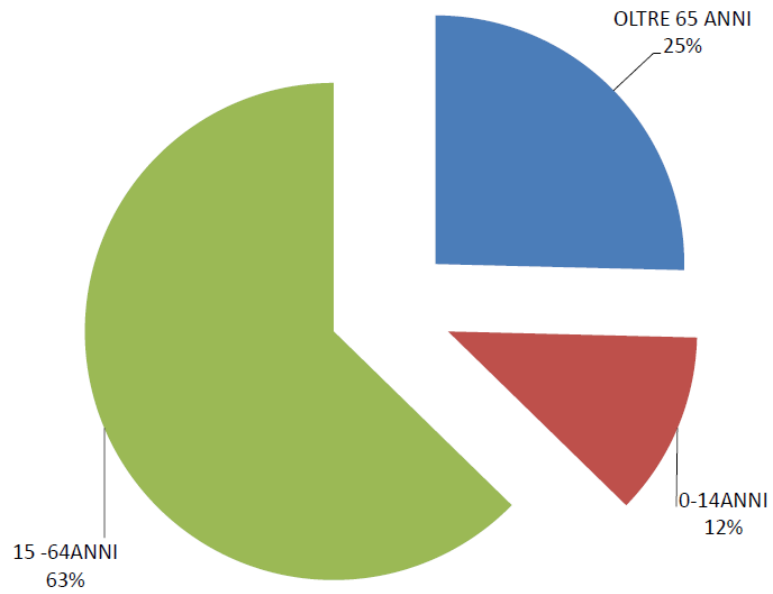
Nota:

(*) sono compresi i Comuni della Provincia Novara che afferiscono all'ASL VCO.

Regione Piemonte	4.424.467	48,37	51,63	570.868	51,49	48,51	2.771.059	49,86	50,14	923.575	45,11	54,89	158.965	30,29	69,71
Italia	60.795.612	48,53	51,47	8.383.122	51,45	48,55	39.193.416	49,78	50,22	11.288.679	44,97	55,03	1.930.395	31,13	68,87

Dai grafici che seguono si rileva la distribuzione della popolazione residente, per fasce di età:

Tabella 2a: grafici popolazione



Dall'analisi dei dati si evince che la popolazione ha una struttura per età particolarmente anziana: l'incidenza di over 65 è elevata: 25 %. L'indice di vecchiaia al dicembre 2015 è 213.

In questo contesto di allungamento della vita media si ha una crescita costante della prevalenza di patologie cronico degenerative, con il conseguente elevato carico assistenziale. Le due principali cause di mortalità sono rappresentate dalle malattie cardiocircolatorie e neoplastiche: il tasso di mortalità per tumori si è sempre collocato ai massimi livelli regionali. Questo ha provocato un consistente e costante fenomeno migratorio verso altre Regioni (particolarmente la Lombardia) anche comprensibile tenuto conto della vicinanza con tale Regione e, soprattutto, con Milano (più veloce da raggiungere rispetto a Torino).

La composizione per sesso vede una prevalenza delle donne, in particolare nella fascia di età over 75. Sono stati, inoltre, valutati i seguenti indici:

	Tasso natalità	Indice vecchiaia
Distretto		
Verbano	6,6	214,8
Cusio	7,7	195,4
Ossola	6,3	223,3
ASL VCO	6,8	212,9
Regione Piemonte	7,8	189,6
Italia	8,3	157,7

Lo stato di salute

La salute percepita individualmente è correlata alla presenza di patologie croniche o ai rispettivi fattori di rischio.

Il 72% degli intervistati giudica buona o molto buona la propria salute (68% in Piemonte).

A riferire buone condizioni di salute sono in particolare le persone con meno di 50 anni, gli uomini, le persone con alto livello d'istruzione e senza difficoltà economiche, le persone senza patologie croniche. Le donne hanno una percezione peggiore del proprio stato di salute (es: per motivi psicologici in media 2,0 giorni al mese di salute non positiva rispetto a 1,0 degli uomini).

Il 4% delle persone manifesta sintomi di depressione (7% in Piemonte); questa sintomatologia si manifesta con frequenza significativamente maggiore nelle donne, nelle persone con età più avanzata, con molte difficoltà economiche, senza lavoro continuativo o con patologie croniche.

Tra le persone con sintomi di depressione il 64% descrive il proprio stato di salute in termini non positivi rispetto al 27% delle persone senza sintomi.

Circa la metà (52%) delle persone con sintomi di depressione si è rivolto ad un operatore sanitario, mentre 1 su 3 (33%) non cerca nessun aiuto.

Per quanto riguarda le dipendenze patologiche, come a livello nazionale, si ha una diffusione sempre maggiore dell'uso di cocaina e di eroina (assunta per via inalatoria, spesso per ridurre gli effetti indesiderati della cocaina).

Riduzione dei prezzi e capillarizzazione della distribuzione, accompagnate da un'immagine della droga, non tossicomania e disperazione, ma svago e miglioramento delle prestazioni (come i personaggi di spettacolo, industria e politica) rendono il prodotto appetibile.

Nelle tre sedi del Ser.T. affluiscono pazienti con ogni tipologia di dipendenza patologica.

I tabagisti, i giocatori patologici e gli adolescenti fino ai 24 anni, beneficiano di percorsi assistenziali differenziati e vengono ricevuti su appuntamento per garantire la riservatezza e per evitare contatti con persone che potrebbero iniziarli ad altri consumi.

➤ Stili di vita

Nell'ASL VCO le persone residenti di età compresa tra 18 e 69 anni sono circa 120.000; circa il 27% pratica un livello adeguato di attività fisica, ma il 35% (circa 42.000 persone) è inattivo.

Il 39% presenta un eccesso di peso (circa 47.000 persone stimate); pochi (10%) riferiscono adeguati consumi di frutta e verdura. Circa un quarto fuma sigarette (26% pari a 31.000 persone), con una significativa maggiore diffusione tra i giovani. 1 persona su 6, infine, beve in modo pericoloso per la salute (15% pari a oltre 18000 persone).

La sedentarietà aumenta all'aumentare dell'età ed è più diffusa nelle donne e nelle persone con difficoltà economiche e con alto livello di istruzione.

Solo 1 persona su 5 (21%) riferisce che un medico o un operatore sanitario si è informato sull'attività fisica praticata; il 18% ha ricevuto il consiglio di praticarla regolarmente.

Nell'ASL VCO il 4% risulta sottopeso, il 57% normopeso, il 31% sovrappeso e l'8% obeso.

L'eccesso ponderale (sovrappeso+obesità) aumenta in modo significativo con l'età ed è più frequente negli uomini e nelle persone con basso livello di istruzione.

➤ *La situazione nutrizionale*

Solo il 10% della popolazione intervistata riferisce il consumo di almeno 5 porzioni di frutta o verdura al giorno raccomandato ("five a day"); 4 persone su 10 (42%) consumano almeno 3 porzioni al giorno.

L'abitudine a mangiare frutta e verdura è più diffusa nelle persone con 50 anni ed oltre (13%), nelle donne (12%) e nelle persone senza difficoltà economiche (13%).

Nell'ASL VCO il 4% dei bambini di 8-9 anni è risultato obeso, il 21% sovrappeso, il 75% normopeso (o sottopeso). 1 bambino su 4 presenta un eccesso di peso.

Il 50% delle madri di bambini sovrappeso ritiene che il proprio figlio abbia il giusto peso.

Sono molto diffuse tra i bambini abitudini alimentari che predispongono all'aumento di peso e sfavoriscono crescita armonica.

I bambini dell'ASL VCO svolgono attività fisica insufficiente:

La scuola riveste un ruolo chiave nella promozione della sana alimentazione e dell'attività fisica degli alunni, e dei loro genitori.

➤ *Abitudine al fumo*

Nell'ASL VCO:

- il 49% degli intervistati non fuma*;
- il 27% fuma** (Piemonte 29%);
- il 24% è un ex fumatore*** (Piemonte 21%).

L'abitudine al fumo è più frequente negli uomini rispetto alle donne (35% rispetto a 18%).

La media di sigarette fumate al giorno è 14.

➤ *Consumo di alcol*

Il 15% delle persone può essere considerato un consumatore a rischio (13% in Piemonte); in particolare:

- il 4% è un bevitore "binge" (ha bevuto in una sola occasione 6 o più unità di bevande alcoliche almeno una volta nell'ultimo mese), modalità diffusa tra i giovani e tra gli uomini.
- il 5% è un forte bevitore (più di 3 unità/giorno se uomo o più di 2 unità/giorno se donna), valore che aumenta a 13% se si considera la nuova definizione INRAN (più di 2 unità/giorno se uomo o più di 1 unità/giorno se donna).
- il 10% consuma alcol prevalentemente fuori pasto.

➤ *Sicurezza e incidenti*

Guidare con livelli eccessivi di alcol nel sangue è diffuso. L'utilizzo dei dispositivi di sicurezza è elevato per casco e cintura anteriore, ma è basso per la cintura posteriore.

- Il 15% dichiara di aver guidato con un livello pericoloso di alcol nel sangue (entro un'ora dall'aver assunto 2 o più unità di bevande alcoliche). La percentuale è simile a quella regionale (13%).
- L'abitudine a guidare sotto l'effetto dell'alcol è più frequente negli uomini (20% rispetto al 6% delle donne).
- E' elevato l'utilizzo del casco (97%) e della cintura di sicurezza anteriore (91%); l'uso della cintura

posteriore è invece meno diffuso (20%). L'andamento è analogo a quello regionale.

Gli infortuni domestici, pur essendo frequenti, non sono percepiti come tali dalla maggior parte della popolazione.

- Sebbene gli infortuni domestici siano un importante problema sanitario, il rischio di infortunio domestico è considerato basso o assente dal 96% delle persone (93% in Piemonte).

- La percezione del rischio è lievemente maggiore negli uomini (97% rispetto al 94% delle donne).

➤ **Infortuni sul lavoro**

Servizi, Metalmeccanica e Costruzioni sono i comparti più rappresentati dell'ASL VCO; il Distretto di Domodossola è un polo con maggior prevalenza delle Costruzioni.

Nel VCO il 95% delle aziende ha meno di 10 addetti; il 53% delle aziende ha 0-1 addetti.

In 2 casi su 3 (66%) le ditte interessate da almeno un infortunio appartenevano ai comparti Costruzioni, Servizi e Metalmeccanica.

L'8% degli infortuni definiti positivamente (ovvero riconosciuti dall'INAIL) è rappresentato da infortuni in itinere.

Il trend degli infortuni è in diminuzione nei Settori Costruzioni e Metalmeccanica.

➤ **Malattie professionali**

In Italia, le malattie muscolo-scheletriche rappresentano il 42% delle malattie professionali denunciate, seguite da ipoacusia e sordità (26%) e da malattie dell'apparato respiratorio (11%).

Nel VCO (2005) i settori più colpiti sono: Costruzioni (40%) e Metalmeccanico (20%), ma con un calo del 13% rispetto al 2004.

Nel VCO, le patologie professionali denunciate più frequentemente (2005) sono;

- ipoacusia e sordità (oltre il 50%)
- tumori (24%)

malattie derivanti dalla postura e dai movimenti ripetuti (20%, ma in costante aumento).

➤ **Fattori di rischio cardiovascolare**

I fattori di rischio cardiovascolare sono molto diffusi: circa il 23% della popolazione con età compresa tra 18 e 69 anni soffre di ipertensione (corrispondenti ad una stima di oltre 27000 persone) ed il 22% ha elevati livelli di colesterolo nel sangue (oltre 26.000 persone stimate).

Poco diffuso è il calcolo del punteggio del rischio cardiovascolare individuale.

- L'87% delle persone si è sottoposto a misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni (85% in Piemonte).

- Il 23% delle persone a cui è stata misurata la pressione riporta di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa (21% in Piemonte); oltre i 50 anni gli ipertesi sono 42% della popolazione.

- Il 76% delle persone ipertese è in trattamento farmacologico (75% in Piemonte).

- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, le persone ipertese riferiscono di aver ricevuto da un medico il consiglio di ridurre il consumo di sale (83%), controllare il proprio peso corporeo (85%) e svolgere regolare attività fisica (87%).

- L'82% delle persone ha misurato almeno una volta la colesterolemia (79% in Piemonte).

- Il 22% di questi ha avuto una diagnosi di ipercolesterolemia (25% in Piemonte); oltre i 50 anni gli ipercolesterolemici aumentano al 34%.

- Il 30% degli ipercolesterolemici è in trattamento farmacologico (30% in Piemonte).

Le persone ipercolesterolemiche riferiscono di aver ricevuto il consiglio da un medico di ridurre il consumo di carne e formaggi (86%), di svolgere regolare attività fisica (82%), di aumentare il consumo di frutta e verdura (80%) e di controllare il proprio peso corporeo (78%).

E' uno strumento semplice e obiettivo che il medico può utilizzare per stimare la probabilità del paziente di andare incontro ad un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi. Per calcolarlo è necessario conoscere il valore di 6 fattori di rischio: sesso, diabete, abitudine al fumo, età, colesterolemia, pressione arteriosa.

Nell'ASL VCO la percentuale di persone di 35-69 anni cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare è del 3% (6% in Piemonte).

➤ *Interventi di prevenzione individuale*

L'adesione alla diagnosi precoce dei tumori dell'utero e della mammella nelle donne è elevata; è in aumento la percentuale delle persone che si sono sottoposte al test del sangue occulto nelle feci. Ancora bassa è l'adesione alla vaccinazione antinfluenzale tra i soggetti affetti da patologie croniche sotto ai 65 anni. Oltre 4 donne su 10 non conoscono il proprio stato immunitario nei confronti della rosolia.

Nell'ASL VCO l'87% delle donne di 25-64 anni ha effettuato un Pap test preventivo nel corso degli ultimi 3 anni, come raccomandato dalle linee guida (82% in Piemonte); questo risultato comprende sia le adesioni allo screening organizzato sia le adesioni spontanee.

- L'alta percentuale di esami eseguiti nell'ultimo anno (50%) mostra che esiste una quota di donne che effettua l'esame più frequentemente di quanto raccomandato.

- Lettera d'invito, consiglio dell'operatore sanitario, campagne informative sono strumenti efficaci giudicati molto importanti dalla maggior parte delle donne per l'esecuzione del Pap test; tra le donne raggiunte da questi interventi la percentuale di effettuazione dell'esame aumenta significativamente.

- Tra i fattori di non effettuazione dell'esame il più frequente è la non corretta percezione del rischio: il 44% ritiene di non averne bisogno.

Nell'ASL VCO il 73% delle donne di 50-69 anni ha effettuato una mammografia preventiva nel corso degli ultimi 2 anni, come previsto dalle linee guida (71% in Piemonte); il valore comprende sia la quota di adesione allo screening organizzato (attivo nella nostra ASL dal 1996) sia l'adesione spontanea.

- L'età media di effettuazione della prima mammografia preventiva è di 40 anni. Tra i 40 e i 49 anni il 61% delle donne dichiara di avere effettuato la mammografia preventiva.

- Lettera d'invito, consiglio dell'operatore sanitario e campagne informative sono strumenti efficaci per favorire l'adesione allo screening: la maggior parte delle donne li giudica molto importanti per l'esecuzione della mammografia e tra le donne raggiunte da questi interventi la percentuale di effettuazione dell'esame cresce notevolmente.

- Tra i fattori di non effettuazione dell'esame il più frequente è la non corretta percezione del rischio che gioca il ruolo principale: il 41% ritiene di non avere bisogno dell'esame

Nell'ASL VCO l'8% delle persone di 50-69 anni riferisce di essersi sottoposto alla ricerca di sangue occulto nelle feci a scopo preventivo nell'ultimo biennio (11% in Piemonte) ed il 13% di aver effettuato una colonscopia preventiva negli ultimi 5 anni (10% in Piemonte).

- Esiste un ampio margine di migliorabilità: si stima che circa 9 persone su 10 non abbiano mai effettuato una ricerca del sangue occulto nelle feci e/o una colonscopia preventiva.

- Lettera d'invito, consiglio dell'operatore sanitario e campagne informative sono strumenti efficaci per favorire l'adesione alle linee guida: tra le persone raggiunte da questi interventi la percentuale di effettuazione è maggiore.

- La non effettuazione di almeno un test è associata soprattutto al fatto di non avere mai ricevuto indicazioni a farlo.

Sotto ai 65 anni la vaccinazione antinfluenzale è raccomandata nelle persone portatrici di patologie croniche; nell'ASL VCO, sotto ai 65 anni solo 4 persone su 10 (41%) portatrice di patologia cronica dichiara di essersi vaccinata (33% in Piemonte).

In Piemonte, anche se generalmente bassa, l'effettuazione della vaccinazione varia a seconda della patologia cronica riferita (valore massimo osservato: 37% tra i diabetici ed i cardiopatici).

La vaccinazione antirosolia è efficace nella prevenzione della rosolia congenita; nell'ASL VCO tra le donne in età fertile (18-49 anni) il 33% è vaccinata, il 25% non è vaccinata ma è immune in quanto positiva al rubeotest, l'1% è suscettibile all'infezione in quanto non vaccinata e con un rubeotest negativo, il 41% non conosce il proprio stato immunitario.

A livello regionale, le donne suscettibili o con stato immunitario sconosciuto sono il 44%.

➤ *La mortalità*

In sintesi, tutti gli eccessi statisticamente significativi di mortalità del Distretto di Domodossola rispetto alla Regione Piemonte riguardano solo il sesso maschile:

mortalità generale (tutte le cause)

malattie evitabili (soprattutto quelle evitabili mediante interventi di igiene e assistenza sanitaria).

Si registrano anche aumenti non significativi delle mortalità per:

malattie dell'apparato cardiocircolatorio (entrambi i sessi), tumori maligni (entrambi i sessi), cause accidentali (entrambi i sessi), malattie dell'apparato respiratorio (solo i maschi), malattie dell'apparato digerente (solo i maschi).

Si hanno anche aumenti della mortalità evitabile per tumori maligni dell'apparato digerente, dell'apparato respiratorio e per malattie dell'apparato circolatorio e malattie ischemiche del cuore su dati riferiti all'ASL VCO.

Nel distretto di Omegna quasi tutti gli eccessi statisticamente significativi di mortalità rispetto alla Regione Piemonte riguardano il sesso maschile:

- mortalità generale (tutte le cause)
- malattie dell'apparato cardiocircolatorio
- malattie fumo correlate
- malattie evitabili (soprattutto quelle evitabili mediante interventi di prevenzione primaria).

Nel sesso femminile si ha un aumento statisticamente significativo della mortalità per malattie dell'apparato cardiocircolatorio.

Si registrano anche aumenti non significativi delle mortalità per:

- tumori maligni (solo i maschi), cause accidentali (solo i maschi), malattie dell'apparato respiratorio (solo i maschi), malattie dell'apparato digerente (solo le femmine).

Gli eccessi statisticamente significativi di mortalità del Distretto di Verbania rispetto alla Regione Piemonte riguardano:

- tumori maligni (entrambi i sessi)
- malattie evitabili (solo nel sesso maschile e soprattutto quelle evitabili mediante interventi di prevenzione primaria).

Si registrano anche aumenti non significativi delle mortalità per:

- tutte le cause (solo i maschi), malattie dell'apparato cardiocircolatorio (solo i maschi), malattie dell'apparato respiratorio (solo le femmine), malattie dell'apparato digerente (entrambi i sessi), malattie fumo-correlate (entrambi i sessi), malattie alcol-correlate (entrambi i sessi).

➤ *L'ospedalizzazione*

Nel Distretto di Domodossola vi è un aumento significativo dell'ospedalizzazione degli uomini rispetto alla media regionale di circa il 10%, con significativa riduzione della letalità intraospedaliera di oltre il 15%.

Anche per le donne vi è un aumento significativo dell'ospedalizzazione rispetto alla media regionale di circa il 3%, con significativa riduzione della letalità intraospedaliera di oltre il 20%.

Nel Distretto di Omegna vi è un aumento significativo dell'ospedalizzazione degli uomini del 4% nel 2007. Letalità intraospedaliera significativamente ridotta di quasi il 30% sia nel 2006 che nel 2007.

Anche per le donne vi è un aumento significativo dell'ospedalizzazione rispetto alla media regionale di circa il 5% nel 2007; significativa riduzione della letalità intraospedaliera di oltre il 25% in entrambi gli anni.

Nel Distretto di Verbania vi è un aumento significativo dell'ospedalizzazione rispetto alla media regionale di oltre il 10% in entrambi gli anni e significativa riduzione della letalità intraospedaliera di oltre il 15% nel 2007.

Anche per le donne vi è un aumento significativo dell'ospedalizzazione rispetto alla media regionale di circa il 10% in entrambi gli anni, con significativa riduzione della letalità intraospedaliera di circa il 20%.

➤ **Fattori di rischio**

Conclusivamente si può osservare quanto segue:

la definizione delle priorità di intervento non può non prescindere:

- in casi di fattori di rischio, dalla loro diffusione e pericolosità
- in caso della mortalità e dei ricoveri, dalla gravità e dal “peso” della patologia o gruppo di patologie.

Per definire il “peso” di una patologia o di un gruppo di patologie un criterio potrebbe essere il numero di decessi o di ricoveri; un altro criterio potrebbe essere la valutazione degli anni di vita persi, espresso come tasso standardizzato, in modo da poter paragonare la realtà dei vari Distretti con altre realtà territoriali o con la Regione Piemonte.

4.2 Analisi del contesto interno

L'analisi del contesto interno riguarda le seguenti dimensioni:

- organizzazione
- risorse umane
- risorse finanziarie

4.2.1 L'organizzazione

L'organizzazione aziendale è rappresentata nell'allegato E all'atto aziendale attualmente in vigore (**allegato 1** al presente elaborato).

Il modello organizzativo dell'azienda si basa sulla distinzione tra le seguenti macro funzioni (**Allegato 2**):

- funzione di governo dell'azienda
- funzione di tutela della salute dei cittadini
- funzione di gestione ospedaliera
- funzione di produzione dei servizi
- funzione di supporto.

Le unità operative di line e di supporto nello svolgimento delle loro funzioni presso le sedi operative territoriali ed ospedaliere dell'azienda sono supportate, sotto il profilo tecnico amministrativo, dalla funzione di direzione della macrostruttura operativa di riferimento (Distretti ed ospedale unico plurisede) alla quale si rapportano sotto il profilo igienico-sanitario e di gestione del rischio (**Allegato 7**).

Le funzioni sono articolate in **strutture organizzative**, che rappresentano un'articolazione interna dell'azienda, per le quali è identificata una responsabilità univocamente definita.

La struttura organizzativa svolge funzioni di governo di processi semplici e/o complessi, anche a forte valenza interfunzionale e gestionale. Ad essa è attribuita autonomia decisionale e la responsabilità di gestione delle risorse assegnate per il perseguimento ed il raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Direzione aziendale.

Le tipologie di strutture organizzative individuate nell'ambito del Piano di organizzazione sono le seguenti:

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">a) macrostrutture (Distretti ed Ospedale unico plurisede)b) strutture organizzative complesse (S.O.C.)c) strutture organizzative semplici (S.O.S.)d) equipe professionali (E.P.)e) unità operativa (U.O.)f) strutture dipartimentalig) direzioni tematiche trasversalih) gruppi di progetto. |
|---|



Strutture in staff ed amministrative.

L'ambito di analisi "**risorse umane**" evidenzia le conoscenze, le capacità, le attitudini e i comportamenti, il turn over e i valori dominanti dei soggetti che operano all'interno dell'organizzazione (si tratta dei dati più recenti disponibili). Si rinvia al paragrafo 4.22.

4.2.2 Risorse umane

	Numero unità di personale Anno 2013	Numero unità di personale Anno 2014
Ruolo Sanitario di cui:	1.265	1.243
Medici	300	286
Farmacisti/biologi/psicologi	35	34
Infermieri	749	744
Altro personale sanitario	114	113
Fisioterapisti/educatori	67	66
Ruolo Professionale di cui:	3	3
Dirigenti	3	3
Ruolo Tecnico di cui:	309	305
Dirigenti	2	2
Comparto	307	303
Ruolo Amministrativo di cui:	231	228
Dirigenti	8	8
Comparto	223	220
TOTALE RUOLI	1.808 (*)	1.779 (**)
Si devono anche considerare ulteriori: (*) 59 dipendenti distaccati al C.O.Q. (**) 57 dipendenti distaccati al C.O.Q.		

Analisi risorse umane

Analisi caratteri qualitativi/quantitativi

Indicatori	Valore
Età media del personale (anni)	49
Età media dei dirigenti (anni)	52

Analisi benessere organizzativo

Indicatori	Valore
Tasso di assenze (comprese assenze per malattia, maternità, ecc.)	8
Tasso di richieste di trasferimento	0,42
Tasso di infortuni	0,05
% di personale assunto a tempo indeterminato	12,12

Analisi di genere

Indicatori	Valore
% di donne rispetto al totale del personale	76,95
% di personale donna assunto a tempo indeterminato	80
Età media del personale femminile (personale dirigente)	50
Età media del personale femminile (personale)	49

Indagine benessere organizzativo

Il Decreto Legislativo 81/2008 e s.m.i. ha individuato lo stress lavoro correlato come un rischio oggetto della valutazione, da attuarsi secondo i contenuti dell'Accordo Europeo del 2004 (recepito nel nostro paese in forma di accordo interconfederale il 9 giugno 2008). Le modalità di valutazione sono state individuate dalla Commissione Consultiva Permanente e diffuse con circolare del 18/11/2010 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

La valutazione dello stress lavoro correlato è, dunque, un obbligo del datore di lavoro ai sensi del D.L.vo 81/2008 e s.m.i.

L'obiettivo della valutazione del rischio è quello di individuare le principali fonti di stress presenti all'interno dell'organizzazione e di valutarne gli effetti, al fine di programmare adeguate strategie preventive e di controllo.

Nel caso dell'ASL VCO, la valutazione risponde alla necessità di implementare le politiche di riduzione del rischio, promuovendo lo sviluppo di strategie di miglioramento continuo per il benessere dei lavoratori e dell'organizzazione nel suo complesso.

La Direzione Generale dell'ASL VCO, con Deliberazione n° 350 del 14/08/2014, ha costituito un gruppo multidisciplinare di valutazione e gestione rischio stress lavoro correlato (Gruppo di Gestione della Valutazione) con il compito di individuare un metodo validato in letteratura, sperimentato e atto ad assolvere agli obblighi di legge e di iniziare un percorso di valutazione che veda, contestualmente alla misurazione dello stress nelle varie unità produttive dell'azienda, l'indicazione di momenti correttivi e del loro monitoraggio nel tempo.

Il Gruppo ha deciso di adottare la metodologia elaborata dall'INAIL e sono in corso le procedure preliminari e le prime rilevazioni pilota presso il DEA, la Centrale di sterilizzazione di Verbania e la Medicina legale.

4.2.3 Risorse finanziarie

L'ASL elabora i propri bilanci in ottemperanza alle disposizioni regionali in materia di contabilità ed ai principi contabili nazionali e alle disposizioni civilistiche, oggetto di recente rivisitazione da parte del legislatore con il D. Lgs 118/2011. La valutazione delle voci di bilancio viene 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 di esercizio si compone di Stato Patrimoniale, Conto Economico e Nota Integrativa.

Oltre al Bilancio consuntivo annuale, l'ASL predispone bilanci trimestrali in conformità alle disposizioni regionali.

Consuntivo 2013: risultato di gestione

Questa Azienda, nel rispetto di quanto previsto dalla Regione Piemonte con note prot. n. 11364/DB2000 del 22.05.2014 e prot. n. 20371/DB2000 del 02.10.2014, ha adottato il Bilancio consuntivo anno 2013 con delibera n. 418 del 31.10.2014 che registra un risultato di pareggio come si evince dal prospetto che segue:

Descrizione	Importo 2013	Importo 2012	Variazione Importo 2013 - 2012
Totale valore della produzione (A)	363.258.375	373.687.994	-10.429.619
Totale costi della produzione (B)	355.190.685	367.693.926	-12.503.241
DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A - B)	8.067.690	5.994.068	2.073.622
Totale proventi e oneri finanziari (C)	-986.105	-1.017.713	31.608
Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	845.771	-1.215.180	2.060.951
Totale proventi e oneri straordinari (E)	-889.448	69.316	-958.764
Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	7.037.908	3.830.491	3.207.417
Totale imposte e tasse	7.037.908	7.008.498	29.410
RISULTATO DI ESERCIZIO	0	-3.178.007	3.178.007

Chiusura 2014

Il conto consuntivo 2014 chiude a pareggio.

Situazione finanziaria

Per fronteggiare carenze di liquidità l'ASL sta utilizzando anticipazioni del tesoriere:

Anticipazione ordinaria di tesoreria	€ 31.244.035
Anticipazione straordinaria di tesoreria	€ 3.448.731
Totale	€ 34.692.766

4.3 Punti forza e di debolezza

Dall'analisi del contesto aziendale, interno ed esterno, emergono punti di forza e punti di debolezza di seguito riportati.

Punti di debolezza:

- caratteristiche geografiche del territorio: rappresentano il primo elemento di criticità infatti la necessità di assicurare un'uniforme assistenza sanitaria di primo livello comporta un impegno, in termini organizzativi e di costi, nettamente superiore a quello di altre realtà territoriali. L'ampiezza e le caratteristiche montane del territorio obbligano ad una diffusione molto capillare dei servizi territoriali per garantire i servizi di base a tutta la popolazione della Provincia, con i relativi comprensibili riflessi in termini economici.
- percentuale significativa di popolazione anziana. In questo contesto di allungamento della vita media si ha una crescita costante della prevalenza di patologie cronico degenerative con il conseguente elevato carico assistenziale. Le due principali cause di mortalità sono rappresentate dalle malattie cardiocircolatorie e neoplastiche.
- costi importanti di mobilità passiva, in particolare extraregionale (Regione Lombardia). Le cause che concorrono a determinare il fenomeno sono diverse: geografiche, logistiche, culturali (circuiti formativi), essendo il Verbano Cusio e Ossola un'area di confine; percorsi formativi/universitari; sanitarie, legate all'assenza di talune specialità; sanitarie, legate alla forte attrattività di talune strutture extraregionali.

Punti di forza

- attaccamento della popolazione ai servizi (con numerose campagne di donazione)
- presenza sul territorio di numerose associazioni di volontariato
- razionalizzazione della spesa ottenuta grazie al contenimento di alcune voci (tra le altre, la farmaceutica territoriale. La politica del farmaco realizzata ha consentito di ottenere positivi risultati)
- azioni volte a potenziare i servizi territoriali ed assicurare la presa in carico del cittadino. Ciò al fine di offrire attività e forme di assistenza idonee a garantire risposte più adeguate ai bisogni della popolazione. Particolare attenzione è stata posta al potenziamento delle prestazioni domiciliari, dando importanza all'umanizzazione delle cure per garantire un'assistenza qualificata e qualitativamente valida.
- azioni volte a realizzare un passaggio da una modalità organizzativa prevalentemente fondata sull'efficienza ad una più orientata all'efficacia, all'output, attraverso la realizzazione di percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali interdisciplinari in grado di permettere la vera e completa presa in carico del paziente, dal momento del primo approccio alla struttura sanitaria sino al termine del suo iter.
- miglioramento dell'appropriatezza, in particolare di quella ospedaliera realizzata attraverso una riduzione delle prestazioni di ricovero e di Day Hospital (come richiesto a livello nazionale e regionale), ed un aumento delle prestazioni ambulatoriali. Riduzione del tasso di ospedalizzazione (con un recupero anche per quanto attiene il RRF) che è da sempre una criticità aziendale in considerazione della presenza sul territorio di un Istituto a carattere scientifico e di una casa di cura a valenza riabilitativa.
- Valorizzazione di modelli integrativi ospedale-territorio a supporto di una reale presa in carico del paziente realizzata anche attraverso un importante coinvolgimento dei MMG/Pls.

5. OBIETTIVI STRATEGICI

Il processo di redazione del Piano si inserisce nell'ambito del processo di pianificazione strategica e programmazione dell'ASL VCO. La pianificazione strategica tiene anche conto dei Piani Socio Sanitari nazionali e regionali, degli obiettivi assegnati al Direttore Generale da parte della Regione e dagli obiettivi economico finanziari assegnati a livello regionale.

Con la nomina dei nuovi Direttori Generali con DGR n. 37-1365 del 27.4.2015 sono stati individuati dalla Regione gli **obiettivi di mandato** ovvero:

1.	Adeguamento della rete ospedaliera attraverso la completa attuazione, con riferimento all'Azienda di competenza ed in integrazione con le altre aziende presenti nell'area omogenea di afferenza, degli obiettivi previsto dalla DGR 1-600/2014 e 1-924/2015 in merito alla rimodulazione della rete ospedaliera nei termini di efficienza, appropriatezza ed equità, con particolare riferimento alla rideterminazione del numero di discipline e relativi posti letto.
2.	Sviluppo della rete delle prestazioni ambulatoriali secondo una logica di appropriatezza e nella prospettiva di integrazione ospedale territorio e di area omogenea, anche ai fini del miglioramento delle liste di attesa.
3.	Riqualificazione della rete territoriale attraverso la completa attuazione, con riferimento all'azienda di competenza ed in integrazione con le altre aziende presenti nell'area omogenea di afferenza, degli obiettivi previsti dalla DGR 1-600/2014 e dei futuri provvedimenti di Giunta in materia di riqualificazione della rete territoriale, con particolare riferimento alla continuità assistenziale
4.	Equilibrio economico finanziario
5.	Realizzazione ed implementazione del Programma delle attività territoriali –distrettuali (PAT)
6.	Attuazione, con riferimento all'azienda di competenza ed in integrazione con le altre aziende presenti nell'area omogenea di afferenza, di tutti i macro obiettivi e di tutti gli obiettivi centrali del Piano regionale di Prevenzione 2014-18 approvato con DGR 40-854 del 29.12.2014.

Gli obiettivi strategici, tenuto conto delle aree strategiche individuate e degli obiettivi di mandato, sono i seguenti:

Area Strategica 1: Riordino assistenza ospedaliera

OBIETTIVI STRATEGICI	2015
Obiettivo	Riordino rete ospedaliera a seguito delle DD.GG.RR. n.. 1-600/2014 e 1-924/2015
Indicatore	Evidenza documentale rispetto tempi presentazione
Obiettivo	Appropriatezza ricoveri ospedalieri
Indicatore	Standard DGR 4-2495/2011
Obiettivo	Appropriatezza prestazioni specialistica ambulatoriale
Indicatore	DGR n. 15-7486/2014

Area Strategica 2: Riordino assistenza territoriale

OBIETTIVI STRATEGICI	2015
Obiettivo	Riordino rete territoriale a seguito DGR n.. 26-1653 del 29.6.2015.
Indicatore	Evidenza documentale rispetto tempi presentazione
Obiettivo	Rafforzamento continuità ospedale-territorio

Area Strategica 3: Promozione della salute e prevenzione malattie

OBIETTIVI STRATEGICI	2015
Obiettivo	Attuazione obiettivi del Piano regionale della prevenzione 2014-18
Indicatore	Attuazione

Obiettivo	Adozione ed applicazione Piano locale della prevenzione in coerenza con gli indirizzi del Piano regionale di prevenzione 2014-18
Indicatore	Piano
Obiettivo	Prosecuzione attività di screening
Indicatore	Tasso di adesione nei tre programmi

Area Strategica 4: Miglioramento della trasparenza e prevenzione della corruzione

OBIETTIVI STRATEGICI	2015
Obiettivo	Messa in atto azioni previste nel Programma per la trasparenza e l'integrità 2015-17
Indicatore	Realizzazione azioni
Obiettivo	Messa in atto azioni previste nel Piano triennale 2015/17 di prevenzione della corruzione dell'ASL VCO.
Indicatore	Realizzazione azioni

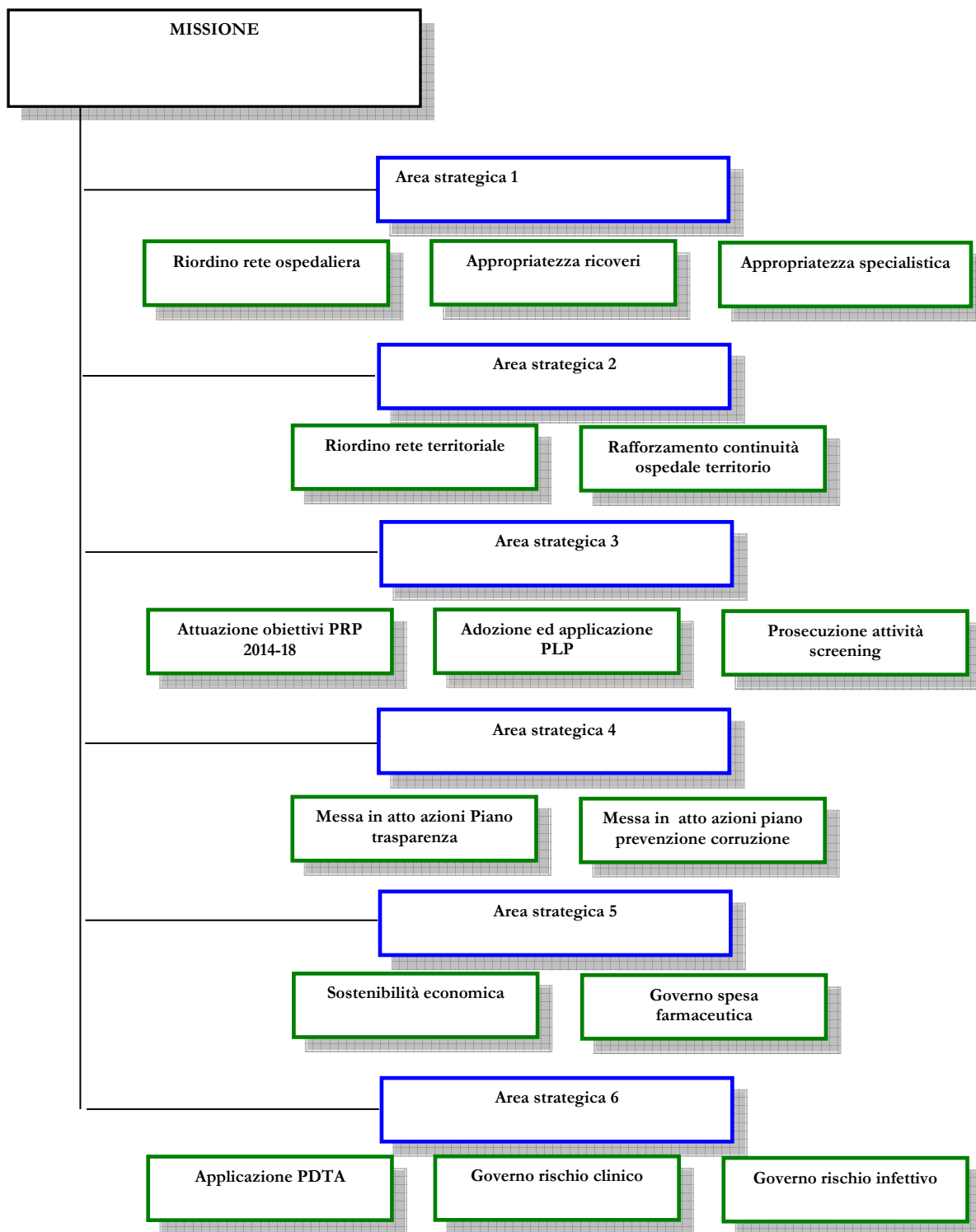
Area Strategica 5: Governo economico-finanziario

OBIETTIVI STRATEGICI	2015
Obiettivo	Messa in atto azioni per perseguire la sostenibilità economica
Indicatore	Pareggio bilancio
Obiettivo	Governo spesa farmaceutica e dispositivi medici
Indicatore	Rispetto budget spesa

Area Strategica 6: Governo clinico

OBIETTIVI STRATEGICI	2015
Obiettivo	Applicazione PDTA significativi per l'azienda
Indicatore	Indicatori di riferimento per ogni PDTA
Obiettivo	Governo rischio clinico
Indicatore	Messa in atto azioni
Obiettivo	Governo rischio infettivo
Indicatore	Rispetto parametri regionali

Albero della Performance: il collegamento fra missione aree strategiche ed obiettivi strategici



6. DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI

Come si è detto l'Albero della Performance è un diagramma che rappresenta graficamente i legami tra missione, aree strategiche, obiettivi strategici e obiettivi operativi.

Secondo la logica del Piano della Performance, ad ogni area strategica corrispondono obiettivi strategici, questi ultimi articolati in obiettivi operativi, riportati all'interno delle apposite schede che individuano in generale l'obiettivo operativo, a cui si associa un indicatore ed un target (valore atteso). Si rinvia **all'allegato 8** che riporta la scheda che verrà utilizzata per gli obiettivi anno 2015.

Processo di Budgeting

Al fine di realizzare una gestione efficace ed efficiente delle risorse e di responsabilizzare l'intera struttura aziendale l'azienda adotta il processo di budget ovvero uno strumento attraverso il quale, nel quadro degli obiettivi, delle risorse, delle strategie e dei programmi previsti dagli atti di programmazione regionali ed aziendali, si pianificano, su base annuale, e con riferimento ai diversi soggetti cui sono conferiti incarichi di responsabilità, gli obiettivi da perseguire, le risorse a tal fine destinate e gli effetti sul sistema premiante. La verifica dei risultati e degli scostamenti, positivi o negativi, dalle previsioni di budget, costituisce elemento fondamentale per la valutazione dei Responsabili.

Tale processo persegue l'intento di condurre ad unitarietà i molteplici processi operativi ed organizzativi e guidare le strutture verso il raggiungimento della missione aziendale. Di fondamentale importanza è l'utilizzo del sistema di reporting che consente di mettere a disposizione dell'Azienda una serie di informazioni, indispensabili per confrontare gli obiettivi prefissati con i risultati conseguiti, permettendo, nel caso si evidenzino criticità, di introdurre tempestive azioni correttive.

Il processo di budget si articola in una serie di fasi attraverso le quali la Direzione Generale:

- elabora le linee annuali sulla base della programmazione regionale e locale, ed indica la previsione di budget generale a disposizione per l'esercizio di riferimento e gli obiettivi da perseguire;
- definisce, per ogni struttura complessa, le principali aree critiche per le proposte di budget;
- predispone, una proposta di budget che forma oggetto di negoziazione con i singoli Direttori di SOC;
- effettua il controllo dei risultati. A questo proposito, a cadenza trimestrale, la SOC Budget e Controllo mette a disposizione della Direzione Generale e dei Responsabili delle strutture aziendali report al fine di verificare che l'andamento della gestione sia in linea con gli obiettivi previsti, dando la possibilità di adottare, in caso contrario, le necessarie azioni correttive. Qualora dai report risulti uno scostamento rispetto al dato atteso è possibile, da parte dei Responsabili di Struttura, adottare le necessarie azioni correttive. Qualora lo scostamento sia stato determinato dal sopraggiungere di condizioni che hanno modificato la situazione originaria, i Responsabili di struttura possono chiedere alla Direzione Generale l'attivazione della procedura di revisione, motivandone la richiesta. La revisione può essere attivata nel caso in cui un obiettivo non possa essere raggiunto a causa di un fattore esterno non imputabile al Responsabile. La procedura di revisione dell'obiettivo viene gestita direttamente dalla Direzione Generale che ne comunica l'esito all'Organismo Indipendente di Valutazione. Gli obiettivi possono essere modificati dalla Direzione Generale anche per effetto dell'assegnazione all'azienda degli obiettivi regionali.

A ciascun obiettivo è assegnato un peso; la somma totale del peso di tutti gli obiettivi assegnati a ciascun Responsabile di struttura è stato posto pari a 100.

L'Organismo Indipendente di Valutazione valuta, quindi, il raggiungimento degli obiettivi assegnati, annualmente, ai singoli Direttori di Soc. L'erogazione degli incentivi è legata al raggiungimento dei risultati.

La scheda utilizzata per concordare gli obiettivi per l'anno 2015 ai Responsabili di Struttura sanitaria è riportata **nell'allegato 8** al presente elaborato, distintamente per l'area ospedaliera-territoriale e per quella amministrativa.

E' in via di definizione il nuovo sistema di valutazione della performance organizzativa ed individuale.

7. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

7.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano.

Il processo di redazione del Piano della performance si inserisce nell'ambito del più ampio processo di pianificazione strategica e programmazione dell'Azienda. La Direzione Generale, in armonia con gli atti di programmazione sanitaria regionale e nazionale, ed in relazione alle proprie strategie, previa verifica delle risorse economiche assegnate, ha definito il Piano della Performance per il triennio 2015-18, che verrà integrato ed aggiornato annualmente. Si è ancora in attesa degli obiettivi assegnati dalla Regione ai Direttori Generali. Un ulteriore documento strategico di cui si è tenuto conto nella redazione del Piano della Performance è il Programma Triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza adottato con atto n. 53 del 3.2.2015.

Il processo di definizione del Piano ha seguito alcune fasi logiche:

- definizione dell'identità dell'organizzazione;
- analisi del contesto interno ed esterno;
- definizione degli obiettivi strategici in base alle strategie aziendali e relativi indicatori e standard;
- indicazioni linee di indirizzo per la declinazione degli obiettivi strategici in obiettivi operativi. Questi ultimi verranno assegnati attraverso un processo di negoziazione con i Dirigenti responsabili di Struttura Complessa, con il Responsabile della Soc Sitrho, con i Responsabili delle strutture in staff e di supporto alla Direzione Generale.
- comunicazione del Piano all'interno ed all'esterno.

Il Piano della performance, deliberato dal Direttore Generale, verrà inserito nel sito internet nella sezione amministrazione trasparente e verrà presentato agli stakeholder, in modo ufficiale, in occasione della giornata sulla trasparenza.

7.2 Coerenza con la programmazione economico- finanziaria e di bilancio

Secondo quanto previsto dall'articolo 5, comma 1, e dall'articolo 10, comma 1, lett. a), del D.Lgs 150/2009, la definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano della performance avviene in maniera integrata con il processo di programmazione e di bilancio di previsione. Ciò è di fondamentale importanza perché la sostenibilità di tutto il sistema è strettamente connessa solo se le risorse realmente disponibili sono congrue rispetto alle azioni da realizzare per perseguire gli obiettivi.

L'integrazione ed il collegamento tra la pianificazione della performance ed il processo di programmazione e di bilancio viene realizzata tramite: - un coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti nei due processi (dal Servizio Economico e Finanziario al Controllo di Gestione, ai responsabili delle singole Strutture aziendali sanitarie e non sanitarie); - l'utilizzo di strumenti integrati dei due processi, primo fra tutti il supporto della contabilità analitica per centri di costo e la contabilità economico finanziaria.

Il bilancio di previsione per l'anno 2015 è già stato adottato. Il servizio economico finanziario, tenuto conto dei dati di bilancio, assegna il budget agli ordinatori di spesa.

Nell'ambito della negoziazione degli obiettivi con i Responsabili di Struttura la Soc Budget e controllo assegna un budget per beni e servizi a ciascun responsabile e il Responsabile del Dipartimento del Farmaco assegna un target di spesa.

7.3 Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione delle performance

Il Piano verrà aggiornato annualmente (anni 2016 e 2017) ma anche nel corso dell'anno in funzione dell'assegnazione di obiettivi regionali (a tutt'oggi gli obiettivi per l'anno 2015 non sono stati ancora assegnati ai Direttori Generali), nonché di segnalazioni emerse dopo il confronto con tutti i portatori di interessi, e nel caso in cui dovessero intervenire disposizioni in merito ad un nuovo assetto organizzativo. Tale piano tiene inoltre conto di quanto previsto nel Piano della trasparenza al fine di individuare le aree chiave di misurazione del rapporto con i cittadini e fornirne trasparenza come massima leggibilità di tali informazioni da parte dei vari soggetti portatori di interessi.

L'intento è quello di costruire un documento che sia sempre più allineato agli indirizzi normativi proposti, operando in una logica di gradualità e di miglioramento continuo.

E' stato costituito OIV e la struttura permanente e si sta rivedendo tutto il sistema di misurazione della performance.

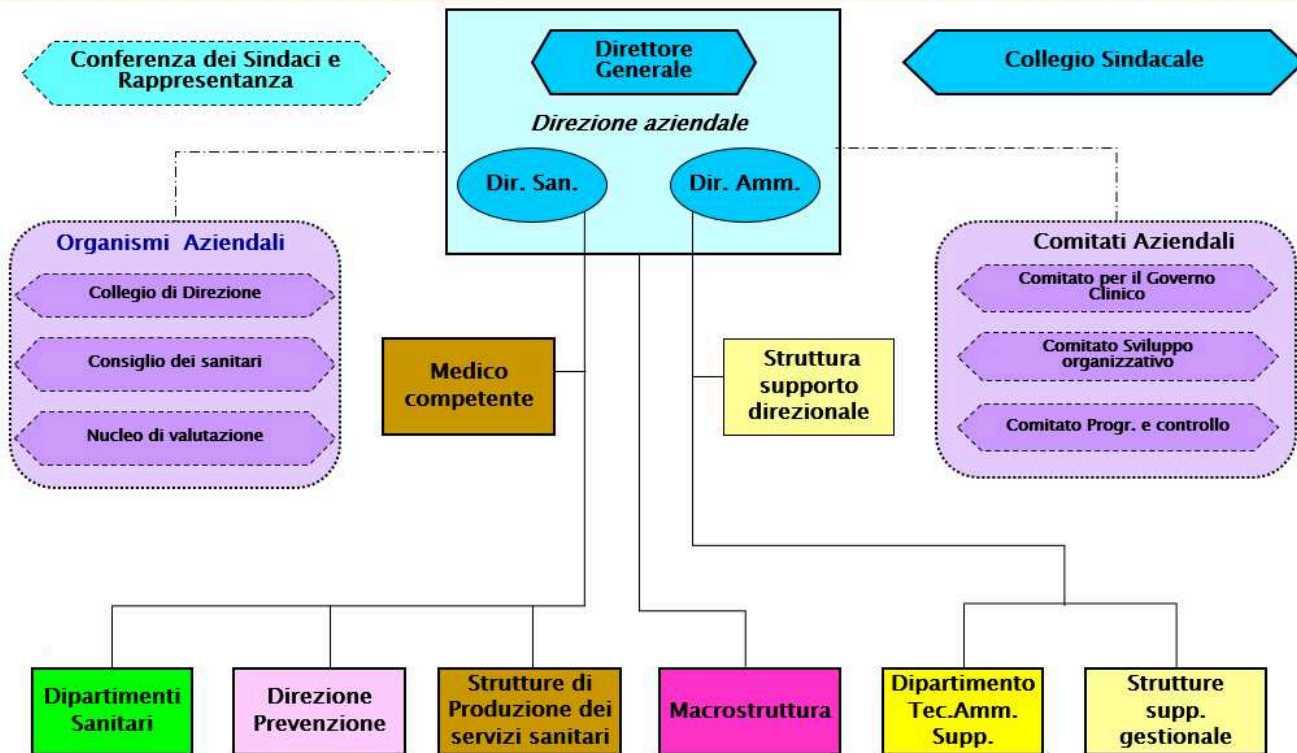
8. ALLEGATI TECNICI

Allegato 1 – L'organizzazione aziendale

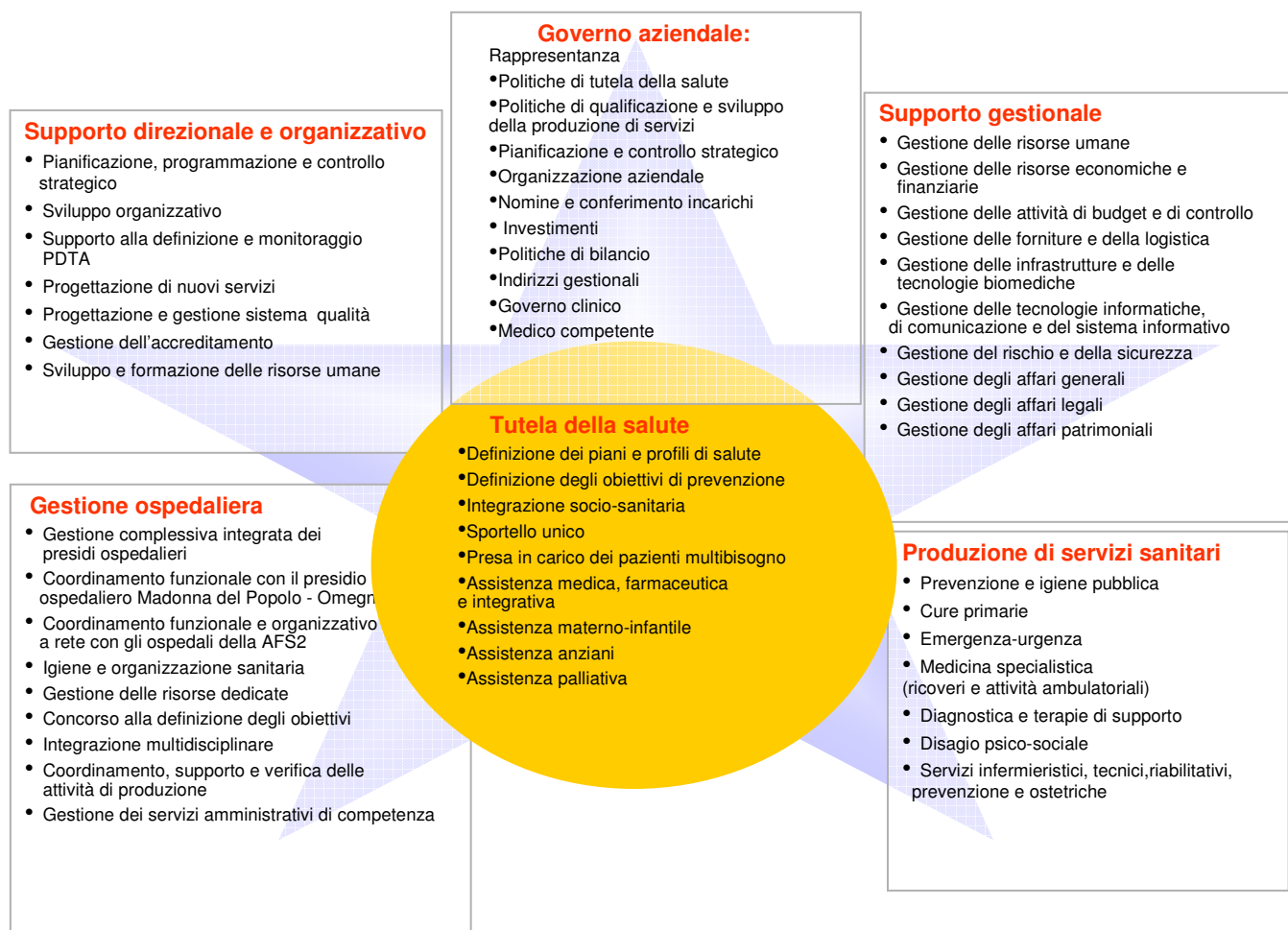
L'organizzazione aziendale

FUNZIONE DI GOVERNO AZIENDALE

LA DIREZIONE AZIENDALE



Allegato 2 – Funzioni aziendali

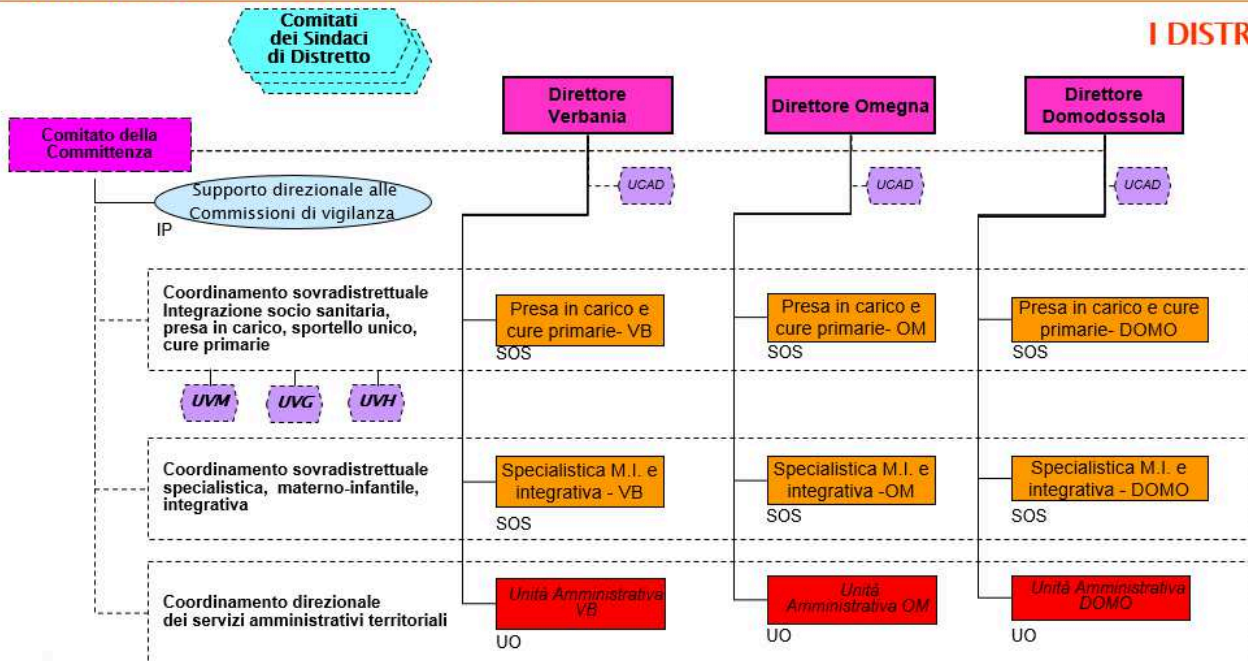


Allegato 3 – Funzione di tutela della salute: i Distretti

L'organizzazione aziendale

FUNZIONE DI TUTELA DELLA SALUTE

I DISTRETTI



Note:

Le funzioni attinenti a rappresentanza e rapporti istituzionali, Piani e profili di salute, obiettivi di prevenzione e Commissioni di vigilanza sono direttamente esercitate dal Direttore di Distretto che si avvale delle strutture distrettuali e di staff dedicate.

Le unità di supporto direzionale alla Commissione di vigilanza e tutti i coordinamenti sovradistrettuali si configurano come incarichi attribuiti a dirigenti. Sono costituite la UVM (Unità valutazione Minori), la UVH (Unità valutazione disabilità ed Handicap) e l'UVG (Unità valutazione Geriatrica) che operano a livello aziendale a cui sono attribuite le competenze così come da normativa regionale, puntualmente definite da regolamenti aziendali.

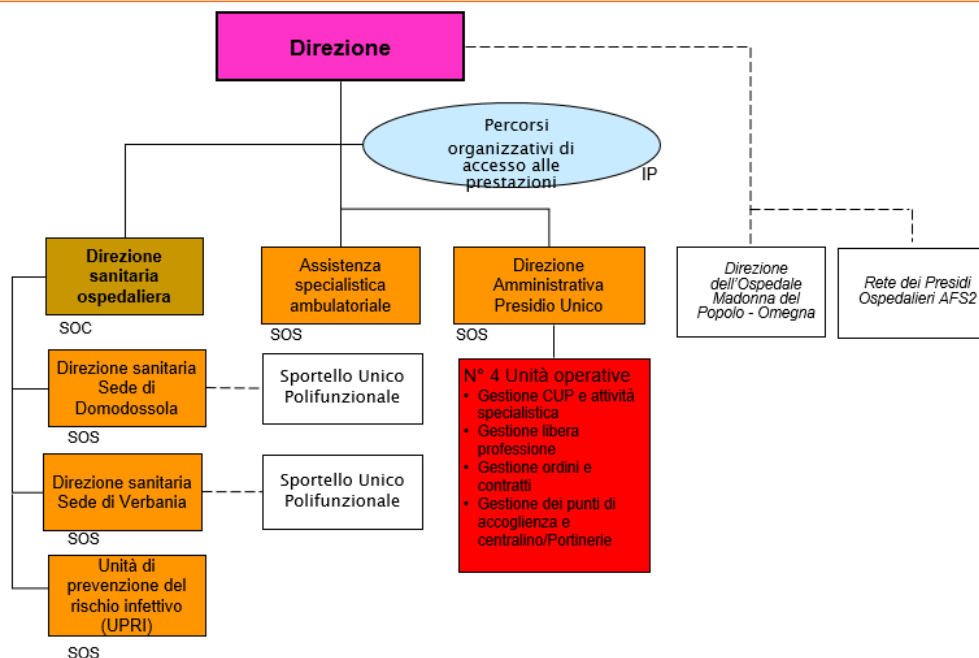
Il coordinamento delle attività consultoriali è affidato ad un responsabile unico dell'ASL inquadrato nell'organico della Dirigenza Medica dei servizi distrettuali, a cui verrà affidato specifico incarico professionale.

Allegato 4 – Funzione di gestione ospedaliera: l’Ospedale Unico Plurisede

L’organizzazione aziendale

FUNZIONE DI GESTIONE OSPEDALIERA

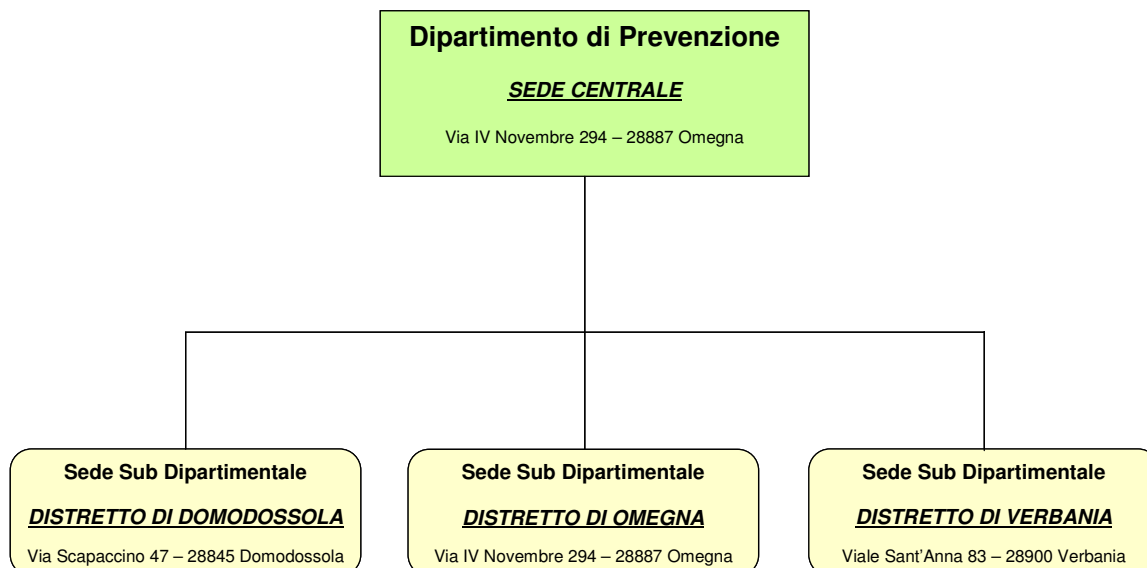
L’OSPEDALE UNICO PLURISEDE DEL VCO



NOTE:

La Direzione di macrostruttura assicura la gestione integrata e coordinata dei presidi dell’Azienda che costituiscono l’Ospedale Unico Plurisede. Assicura inoltre il coordinamento funzionale con il presidio ospedaliero Madonna del Popolo di Omegna e con la rete degli ospedali della AFS2. Presso le sedi ospedaliere di Domodossola e Verbania, è attivo una postazione dello Sportello Unico Polifunzionale. La Direzione sanitaria ospedaliera assicura la funzione di coordinamento ed integrazione delle attività di Sala Operatoria.

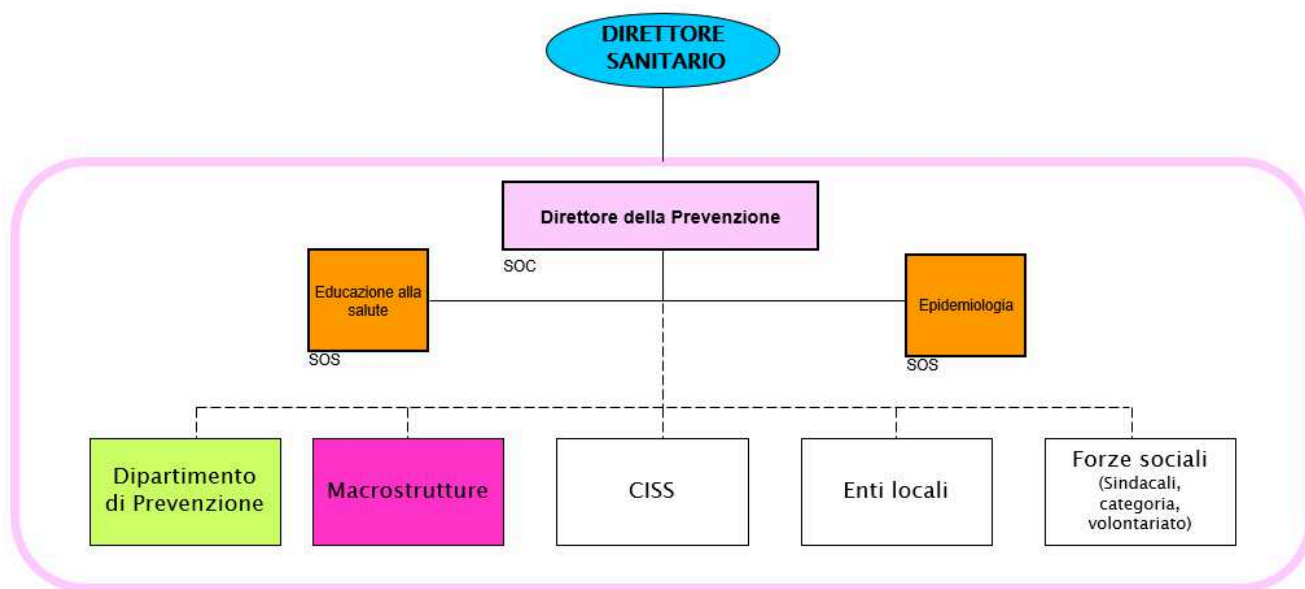
Allegato 5 – Distribuzione territoriale sedi Dipartimento di Prevenzione



Allegato 6 – Direzione della Prevenzione

L'organizzazione aziendale

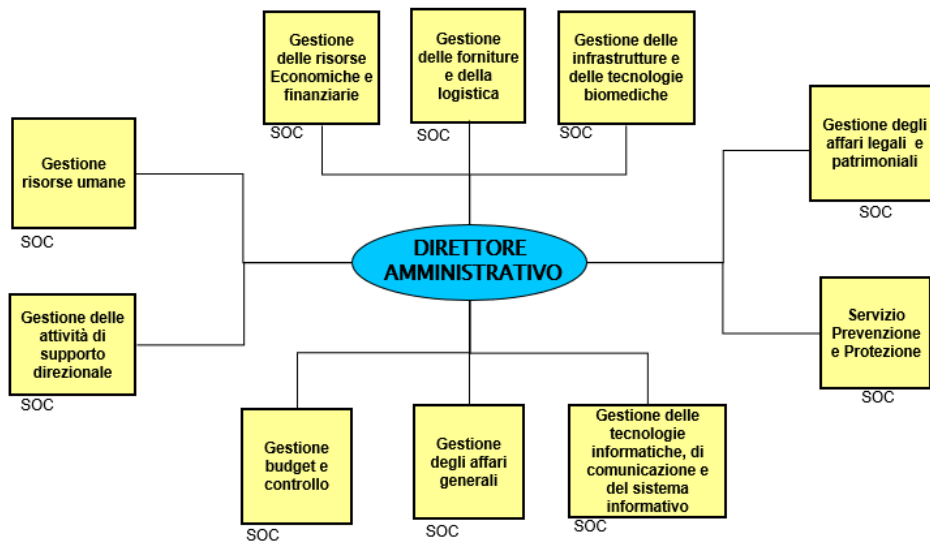
Direzione della Prevenzione



Allegato 7 – Funzioni di supporto direzionale e gestionale

FUNZIONI DI SUPPORTO DIREZIONALE E GESTIONALE

AREE DEL SUPPORTO DIREZIONALE E GESTIONALE



Allegato 8 – Scheda obiettivi prevista per l'anno 2015

La scheda obiettivi per l'area ospedaliera per l'anno 2015 è così strutturata:

	Governo economico	
	Governo produzione	
	Efficienza	
	Azioni di cui al programma Operativo Aziendale 2015 e azioni strategiche	
	Qualità	
	Risk management	

Governo economico	
Contenimento spesa per beni e servizi	Si riferisce al budget assegnato alla struttura per l'anno 2015 (attiene ai costi di gestione, escluso il personale, ed ai costi ribaltati della Direzione Generale).
Fonte dati spesa	Report messi a disposizione dalla Soc Budget e Controllo
Andamento costi	Attraverso i report messi a disposizione della Soc Budget e Controllo si potrà monitorare l'andamento della spesa segnalando alla Direzione Generale l'esistenza di eventuali criticità al fine di individuare, laddove possibile, tempestive azioni correttive.
Adesione target spesa farmaceutica	Tenuto conto che una delle voci di spesa che più incidono sul bilancio è rappresentata da quella farmaceutica , al fine di una razionalizzazione di tale spesa da attuarsi soprattutto migliorando <u>l'appropriatezza</u> , è stato individuato questo obiettivo.
Coordinamento	Il coordinamento di questo obiettivo verrà realizzato dal Direttore del Dipartimento del Farmaco che contatterà i Responsabili di Soc al fine di agire in modo sinergico e secondo un indirizzo condiviso.

Governo della produzione	
Gestione produzione	Si fa riferimento al valore della produzione di ciascuna Struttura (degenza ordinaria, Day Hospital, ambulatoriale).
Fonte dati	Report messi a disposizione dalla Soc Budget e Controllo
Andamento parametri	Attraverso i report messi a disposizione della Soc Budget e Controllo si potrà monitorare l'andamento della produzione segnalando alla Direzione Generale l'esistenza di eventuali criticità al fine di individuare, laddove possibile, tempestive azioni correttive.
Degenza ordinaria	Comprende i seguenti parametri: -Peso medio DRG; -Tasso occupazione posti letto; -Degenza media; -Appropriatezza: rispetto soglie di cui alla DGR n. 4-2495/2011.
Day Hospital	Riguarda i n. casi in regime di Day-Hospital (unità)
Ambulatoriale	Comprende il N° di prestazioni ambulatoriali (flusso C).
Fonte dati	Report messi a disposizione dalla Soc Budget e Controllo
Andamento parametri	Attraverso i report messi a disposizione della Soc Budget e Controllo si potrà monitorare l'andamento dei parametri riferiti ai ricoveri ordinari, DH ed all'attività ambulatoriale segnalando alla Direzione Generale l'esistenza di eventuali criticità al fine di individuare, laddove possibile, tempestive azioni correttive.

Efficienza

Messa in atto interventi richiesti da ASA per il contenimento dei tempi di attesa”	Il coordinamento di tale obiettivo verrà realizzato dal Responsabile ASA, che indicherà ai Responsabili di Soc le azioni da mettere in atto.
---	--

Azioni di cui al programma operativo aziendale e azioni specifiche

Descrizione	Sono state individuate specifiche azioni per ciascuna Struttura tenuto conto: <ul style="list-style-type: none">- sia degli obiettivi ricompresi nel Programma Operativo 2013-15- sia di esigenze particolari.
--------------------	---

Qualità

Descrizione	Monitoraggio costante dei percorsi e delle procedure già in atto e/o redazione di percorsi e delle procedure da implementare su disposizioni aziendali/regionali/nazionali. A tale sezione afferiscono anche una serie di obiettivi (alcuni afferenti all'area ospedaliera, altri territoriale) specificamente individuati per talune strutture.
Coordinamento	Il coordinamento di questi obiettivi verrà realizzato dal Responsabile della EP Organizzazione, Qualità, Accredimento che contatterà i Responsabili di Soc coinvolti al fine di agire in modo sinergico e secondo un indirizzo condiviso.

Risk management

Rischio clinico	Riguarda la messa in atto degli interventi previsti dall'Unità di Rischio Clinico Revisione schede informative su consenso ed invio all'Unità di Gestione del rischio clinico
Coordinamento	Anche per l'anno 2015 i Responsabili di Soc/Sos dovranno segnalare all'Unità di Rischio Clinico eventuali eventi avversi o potenzialmente avversi. Rispetto a tali eventi il Responsabile della SOC ALP, (coordinatore dell'obiettivo) dopo aver istruito la relativa istruttoria individuerà i conseguenti interventi che dovranno essere messi in atto.
Rischio infettivo	Riguarda la messa in atto degli interventi previsti dall'UPRI
Coordinamento	Il coordinamento di tale obiettivo verrà realizzato dal Responsabile UPRI che indicherà ai Responsabili di Soc le azioni da realizzare nel corso dell'anno 2015.

**

La scheda obiettivi per l'area territoriale per l'anno 2015 è così strutturata:

	Governo economico	
	Governo produzione	
	Azioni di cui al programma Operativo Aziendale 2014 e azioni specifiche	
	Qualità	
	Risk management	

Governo economico	
Contenimento spesa per beni e servizi	Si riferisce al budget assegnato alla struttura per l'anno 2015 (attiene ai costi di gestione, escluso il personale, escluso i costi ribaltati della Direzione Generale).
Fonte dati spesa	Report messi a disposizione dalla Soc Budget e Controllo
Andamento costi	Attraverso i report messi a disposizione della Soc Budget e Controllo si potrà monitorare l'andamento della spesa segnalando alla Direzione Generale l'esistenza di eventuali criticità al fine di individuare, laddove possibile, tempestive azioni correttive.
Adesione target di spesa	Tenuto conto che una delle voci di spesa che più incidono sul bilancio è rappresentata da quella farmaceutica , al fine di una razionalizzazione di tale spesa da attuarsi soprattutto migliorando l'appropriatezza , è stato individuato questo obiettivo.
Coordinamento	Il coordinamento di questo obiettivo verrà realizzato dal Direttore del Dipartimento del Farmaco che contatterà i Responsabili di Soc al fine di agire in modo sinergico e secondo un indirizzo condiviso.

Governo della produzione	
Gestione attività	Si fa riferimento al valore della produzione
Fonte dati	Report messi a disposizione dalla Soc Budget e Controllo
Andamento parametri	Attraverso i report messi a disposizione della Soc Budget e Controllo si potrà monitorare l'andamento della produzione segnalando alla Direzione Generale l'esistenza di eventuali criticità al fine di individuare, laddove possibile, tempestive azioni correttive.

*

Azioni di cui al programma Operativo Aziendale 2013-15 e azioni strategiche	
Descrizione	Sono state individuate specifiche azioni per ciascuna Struttura tenuto conto: <ul style="list-style-type: none"> - sia degli obiettivi ricompresi nel Programma Operativo 2013-15 - sia di esigenze particolari.

Qualità	
Descrizione	Monitoraggio costante dei percorsi e delle procedure già in atto e/o redazione di percorsi e delle procedure da implementare su disposizioni aziendali/regionali/nazionali. A tale sezione afferiscono anche una serie di obiettivi afferenti

	all'area territoriale) specificamente individuati per talune strutture.
Coordinamento	Il coordinamento di questi obiettivi verrà realizzato dal Responsabile della EP Organizzazione, Qualità, Accredimento che contatterà i Responsabili di Soc coinvolti al fine di agire in modo sinergico e secondo un indirizzo condiviso.

Risk management	
Rischio clinico	Riguarda la messa in atto degli interventi previsti dall'Unità di Rischio Clinico . Revisione schede informative su consenso ed invio all'Unità di Gestione del rischio clinico.
Coordinamento	Anche per l'anno 2015 i Responsabili di Soc/Sos dovranno segnalare all'Unità di Rischio Clinico eventuali eventi avversi o potenzialmente avversi. Rispetto a tali eventi il Responsabile della SOC ALP, (coordinatore dell'obiettivo) dopo aver istruito la relativa istruttoria individuerà i conseguenti interventi che dovranno essere messi in atto.

**

La scheda obiettivi per l'area amministrativa per l'anno 2015 è così strutturata:

Sono state individuate 3 sezioni, la sezione gestione ordinaria, la sezione programma operativo aziendale 2015 e attività di complemento e quella riferita al governo economico.

Sezioni	Descrizione
1.	Gestione Ordinaria
2.	Programma operativo aziendale 2015 e attività di complemento
3.	Governo economico

Sezione 1: Gestione ordinaria

La sezione 1. comprende :

Gli obiettivi specifici di ciascuna Struttura:

sono stati individuati tenuto conto anche tenuto conto delle proposte obiettivi avanzate dai Servizi.

Sezione 2: Programma operativo aziendale 2015 e attività di complemento

La sezione 2. comprende:

	Obiettivi relativi al Programma operativo aziendale 2015 e attività di complemento
	Obiettivi specifici per ciascuna Struttura

Obiettivi definiti tenuto conto del relativi al Programma operativo aziendale 2015.
Obiettivi specifici per ciascuna Struttura: sono stati individuati tenendo conto di esigenze particolari e/o eventuali criticità.

Sezione 3: Governo economico

La sezione 3. comprende:

	Contenimento spesa per beni e servizi
	Monitoraggio costi gestori della spesa

Governo economico	
Contenimento spesa per beni e servizi	Si riferisce al budget assegnato alla struttura per l'anno 2015 (attiene ai costi di gestione, escluso il personale, esclusi i costi ribaltati della Direzione Generale).
Monitoraggio costi gestori della spesa	Si riferisce alle Strutture (SOC Forniture e Logistica, I.T.B., I.C.T.) che devono effettuare il monitoraggio del budget assegnato ai gestori della spesa.
Fonte dati spesa	Report messi a disposizione dalla Soc Budget e Controllo
Andamento costi	Attraverso i report messi a disposizione della Soc Budget e Controllo si potrà monitorare l'andamento della spesa segnalando alla Direzione Generale l'esistenza di eventuali criticità al fine di individuare, laddove possibile, tempestive azioni correttive.
