



ASL VCO

AZIENDA SANITARIA LOCALE

Verbano Cusio Ossola

Piano annuale della performance ASL VCO anno 2016

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 ED 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 tenere 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 delle strutture aziendali (ovvero delle Strutture complesse e delle Strutture Dipartimentali), sia sanitarie che amministrative. Il documento si integra con gli obiettivi e le azioni contenuti nel "Piano triennale per la prevenzione della corruzione e trasparenza 2016-18". 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.

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.

- 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".

-immediata intelligibilità: il Piano deve essere 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.

- 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.
- partecipazione.
- 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).
- orizzonte pluriennale: la DGR n. 25-6944 del 23.12.2013 prevede che il documento possa 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 una serie di 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

Il Piano riporta:

- gli obiettivi strategici definiti tenuto conto delle strategie aziendali, previa verifica delle risorse economiche assegnate;
- gli indirizzi con i quali sono stati definiti gli obiettivi operativi;
- l’illustrazione della fase precedente all’assegnazione degli obiettivi da parte del Direttore Generale ai Direttori delle strutture complesse aziendali ed ai Responsabili delle Sos dipartimentali, e la successiva assegnazione di tali obiettivi;
- gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell’amministrazione.

Non appena il nuovo sistema di misurazione e valutazione della performance, in via di definizione, verrà approvato, il Direttore Generale concorderà gli obiettivi con i Direttori di Dipartimento i quali, a loro volta, declineranno gli obiettivi ai Direttori di Struttura Complessa e questi, a cascata, li declineranno al personale dirigenziale e di comparto afferente alla medesima struttura.

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 31.12.2015**, di **170.655 (vedi capitolo 4.1)**.

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 tre membri, di cui uno designato dal Presidente della Giunta Regionale con funzioni di Presidente, uno dal Ministero dell'Economia e delle Finanze ed uno dal Ministro della Salute (art. 3-ter, del D.Lgs 502/92. s.m.i.).

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.

Il Collegio di Direzione.

Il Collegio di direzione è presieduto dal Direttore Generale o suo delegato ed è composto dai Direttori Amministrativo e Sanitario aziendali, dai Direttori di Dipartimento, dal Direttore dei Presidi Ospedalieri, dai Direttori dei Distretti e dal Direttore Di.P.Sa (circolare regionale prot. n. 20347 dell'1/6/2009).

Il Collegio 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;
- a 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;
- a 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;
- nella 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;
- nella gestione del rischio clinico;
- nella definizione di percorsi clinici.

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.

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.). L'art. 14 del D.Lgs. n. 150 del 27.10.2009 e s.m.i ha stabilito che, nel processo di misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale delle Amministrazioni Pubbliche, interviene l'Organismo Indipendente di Valutazione, O.I.V.

L'O.I.V. esercita, in piena autonomia, le attività previste al comma 4 dell'art. 14 del D.Lgs n. 150/2009 ovvero:

- 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 D.lvo 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.

L'organismo, per lo svolgimento delle funzioni sopra indicate, in conformità a quanto previsto dall'art. 14, co. 9,10 del D.Lgs n. 150/2009, si avvale del supporto della **Struttura Tecnica Permanente per la Misurazione della Performance** a cui afferiscono figure professionali operanti nelle strutture aziendali che mettono a disposizione le proprie competenze.

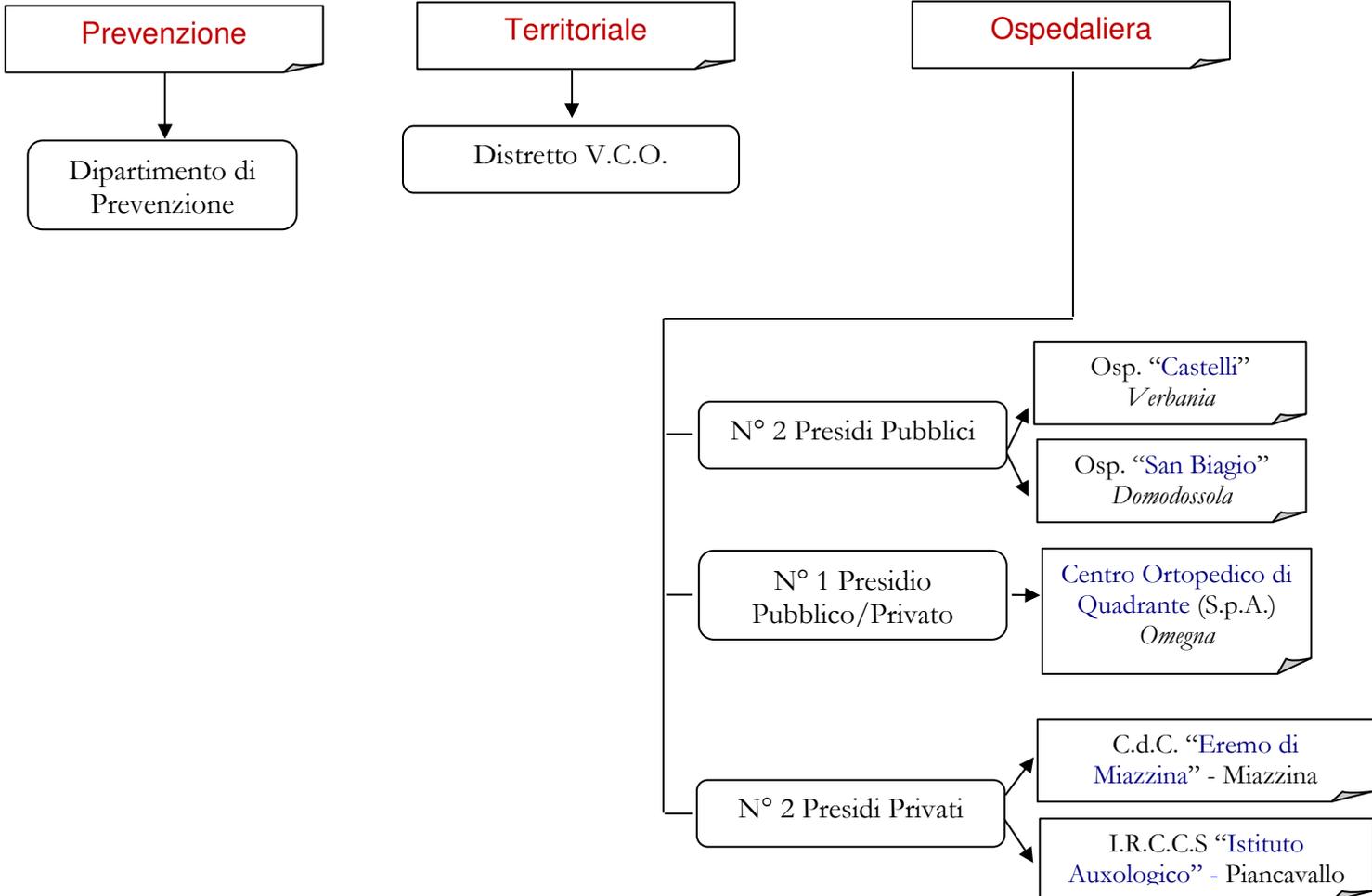
2.2 Cosa facciamo

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 quella di garantire il diritto alla salute, offrendo i servizi, le attività, le prestazioni necessarie per la promozione, la tutela, la prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie e la riabilitazione 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.

Le macro aree di intervento dell'Azienda (definite dalla D.G.R. n. 42-1921/2015 che ha dettato le linee guida per la predisposizione dell'atto aziendale vigente) e l'assetto organizzativo possono essere così schematizzate: area della prevenzione - area territoriale - area ospedaliera.

AREE DI INTERVENTO



Area della Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è la struttura operativa dell'A.S.L. che garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e della disabilità, miglioramento della qualità di vita. A tal fine il Dipartimento promuove azioni volte ad individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana ed animale, mediante iniziative coordinate con i distretti, con i dipartimenti dell'A.S.L., prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline (art. 7bis del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.).

In conformità a quanto disposto dal vigente atto aziendale, al Dipartimento di Prevenzione afferiscono le seguenti Strutture:

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

Assistenza Ospedaliera

Nell'ambito dell'ASL VCO sono presenti n. 2 Presidi ospedalieri a gestione diretta, "Castelli" di Verbania e "S. Biagio" di Domodossola.

Nell'ambito della programmazione regionale (DGR 600/2014 e DGR 914/2015) uno dei due ospedali sarà individuato come sede di un DEA di I° livello e uno come ospedale di base. La decisione è, a tutt'oggi, da definire in considerazione dell'avvio del percorso di costruzione di un Ospedale Unico iniziato con l'approvazione, in data 18 novembre 2015 (e successiva sottoscrizione in data 24 novembre) di un protocollo d'intesa tra la Regione Piemonte, i Comuni di Domodossola, Omegna, Ornavasso, Verbania, l'ASL VCO, la Conferenza dei Sindaci. Oggetto del protocollo è stata la definizione delle caratteristiche del nuovo ospedale e l'individuazione dell'ambito territoriale nel quale localizzarlo.

Con D.G.R. n. 1- 600 del 19.11.2014 e s.m.i., la Regione ha assegnato a questa azienda n. 25 strutture complesse ospedaliere, distinte per disciplina (**Allegato 1**), numero comprensivo di una struttura afferente al Centro Ortopedico di Quadrante (Ortopedia).

A questi due presidi si aggiunge la Struttura ospedaliera COQ-Ospedale Madonna del Popolo di Omegna (società mista pubblico-privata) e le strutture private accreditate ubicate sul territorio dell'ASL, Istituto Auxologico di Piancavallo e Casa di Cura Eremo di Miazzina.

Assistenza Territoriale

Il Distretto, quale articolazione territoriale ed organizzativa dell'ASL, svolge un ruolo essenziale nella governance del sistema territoriale realizzando una funzione di erogazione produttiva e di coordinamento della rete dei servizi e, contemporaneamente, una funzione di garanzia e di accompagnamento nell'accesso dei servizi.

Le attività territoriali delle Aziende Sanitarie si articolano, inoltre, con le attività svolte dai Dipartimenti di Salute Mentale, Serd, Materno Infantile e Prevenzione.

Il complesso di attività svolte nel territorio sono coordinate dal Distretto.

Al fine di garantire processi omogenei di distribuzione delle risorse e di equità nell'accesso e nell'utilizzazione dei servizi nell'atto aziendale vigente si è previsto un **unico distretto**, pur garantendo la specificità dei singoli territori articolando i Comitati dei Sindaci di Distretto nelle Aree del Verbano, Cusio ed Ossola.

A livello territoriale l'ASL VCO svolge la propria attività attraverso il Distretto VCO (struttura complessa) che agisce in stretta sinergia:

- con 2 strutture complesse: la Soc Gestione attività territoriali e la Soc Neuropsichiatria Infantile (quest'ultima afferisce al Dipartimento Materno Infantile), ciascuna delle quali svolge la propria attività di produzione;
- con i Dipartimenti territoriali, di Prevenzione, di Salute Mentale, delle Dipendenze e Materno Infantile;

- con i Dipartimenti di area ospedaliera;
- con gli Enti gestori dei Servizi socio assistenziali.

2.3 Come operiamo

I valori fondanti (contenuti nell'atto aziendale vigente) che orientano e sostengono le azioni ed i comportamenti dei singoli operatori e dell'intera organizzazione sono riportati al paragrafo 3.2.2 al quale si fa rinvio.

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 rappresentati, oltre che dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico, anche dalla Conferenza di Partecipazione.

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 determinante 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 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 prima fase del percorso di costruzione del Piano è rappresentata dalla definizione dell'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	Numero unità di personale Anno 2015
Dipendenti di ruolo	1.808	1.779	1.716
Incaricati	8	10	5
Supplenti	11	23	40
I dati si riferiscono al 31 dicembre.			

➤ *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 **170.655** abitanti al 31.12.2015, così ripartiti tra maschi e femmine:

	Residenti maschi	Residenti femmine	Totale popolazione residente al 31.12.2015
Distretto VCO	82.460	88.195	170.655
	48,32%	51,68%	100%

Si riporta la mappa della provincia del Verbano Cusio ed Ossola tenendo conto che il territorio dell'ASL VCO comprende anche 7 Comuni della Provincia di Novara.



Immagine: Wikipedia

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.

➤ *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 cronico 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 disuguaglianze di salute, in particolare in tema di malattie cronico 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.

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 al paragrafo 2.2.

➤ *Assistenza territoriale*

La funzione di tutela della salute è garantita dal distretto attraverso l'organizzazione dell'attività di assistenza primaria e residenziale.

Al fine di garantire processi omogenei di distribuzione delle risorse e di equità nell'accesso e nell'utilizzazione dei servizi si è previsto un **unico distretto**, pur garantendo la specificità dei singoli territori articolando i Comitati dei Sindaci di Distretto nelle Aree del Verbano, Cusio ed Ossola.

Per quanto attiene l'**organizzazione dell'assistenza primaria** si segnala quanto segue:

Punti di erogazione territoriali: ambulatori dei MMG, Pls e della guardia medica.

MMG/Pls	Distretto Verbano	Distretto Cusio	Distretto Ossola	ASL VCO
N° MMG di cui:	43	31	46	120
- medicina in associazione	0	9	8	17
- medicina in rete	11	11	22	44
- medicina di gruppo	12	4	2	18

Totale aggregazioni	23	24	32	79
MMG: N° ambulatori medici	76	53	83	212
MMG: N° ore apertura settimanali	663	541	710	1.914
N° Pls di cui:	5	4	6	15
- pediatri di gruppo	4	1	6	11
Totale aggregazioni	4	1	6	11
PLs: N° ambulatori medici	9	9	15	33
PLs: N° ore apertura settimanali	90	53	92	235
Nota: i dati si riferiscono al dicembre 2015.				

*

CONTINUITA' ASSISTENZIALE (Ex Guardia Medica)	
Distretti/ASLVCO	N° Postazioni
Verbano	Cannobio
	Verbania
	Stresa
Totale	3
Cusio	Omegna
	Totale
Ossola	Domodossola
	Premosello Chiovenda
Totale	2
ASL VCO	6
Nota: i dati si riferiscono al dicembre 2015.	

*

Strutture erogatrici dei servizi territoriali					
Distretti/Asl VCO	Sede distrettuale	Sedi Sub distrettuali	Punti prelievi	Farmacie	Dispensari
Verbano	1	2	2	26	6
Cusio	1	3	4	16	2
Ossola	1	5	7	31	8
ASL VCO	3	10	13	73	16
Nota: i dati si riferiscono al dicembre 2015.					

Per quanto riguarda l'organizzazione dell'assistenza residenziale si osserva che:

L'azienda opera mediante 1 presidio a gestione diretta (Hospice San Rocco) e 33 strutture convenzionate. La tipologia delle strutture convenzionate ed il tipo di assistenza erogata dalle stesse è la seguente:

N. 25 strutture residenziali	di cui: 3 per assistenza psichiatrica, 20 per assistenza agli anziani e 2 per assistenza ai disabili fisici)
N. 8 strutture semiresidenziali	di cui: 3 per assistenza agli anziani e 5 per assistenza ai disabili fisici).

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

La tabella sottostante evidenzia il numero di posti letto, autorizzati ed accreditati, suddivisi per struttura.

POSTI LETTO R.S.A. / ALZHEIMER AUTORIZZATI E ACCREDITATI			
	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	40		
R.S.A Donat Cattin Di Baceno	60		
R.S.A. di RE	20		

	R.S.A.	N.A.T.	C.D.A.I.
R.S.A. San Rocco	50		
Istituto Sacra Famiglia	57		
Casa di Cura L'eremo di Miazzina	19		
Casa di Riposo Muller	68		
Relais dell'Arcadia	18	Sospesi per lavori di ristrutturazione	
Opera Pia Domenico Uccelli	82	20	2

	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		

Il numero di posti letto convenzionati per anziani non autosufficienti utilizzati, nel 2015, dall'ASL VCO sono 569, cui si aggiungono n. 38 posti letto NAT, per un totale di 607, pari all'1,38% rispetto alla popolazione ultra sessantacinquenne.

*

Il Distretto VCO agisce in stretta sinergia:

- con 2 strutture complesse: la Soc Gestione attività territoriali e la Soc Neuropsichiatria Infantile (quest'ultima afferisce al Dipartimento Materno Infantile), ciascuna delle quali svolge la propria attività di produzione;
- con i Dipartimenti territoriali, di Prevenzione, di Salute Mentale e delle Dipendenze e Materno Infantile;
- con i Dipartimenti di area ospedaliera che articolano la loro attività nel territorio;
- con gli Enti gestori dei Servizi socio assistenziali.

La Soc Sert e la Soc Salute Mentale afferiscono a dipartimenti interaziendali.

In particolare, la Soc Sert afferisce al Dipartimento interaziendale strutturale Patologia delle Dipendenze, costituito in accordo con l'ASL di Biella, Novara e Vercelli, mentre la Soc Servizio Salute Mentale Territoriale afferisce al Dipartimento Interaziendale strutturale di Salute Mentale, costituito in accordo con l'ASL di Biella e Vercelli.

➤ Assistenza ospedaliera

Nell'ambito dell'ASL VCO sono presenti n. 2 Presidi ospedalieri a gestione diretta, "Castelli" di Verbania e "S. Biagio" di Domodossola. Nell'ambito della programmazione regionale (DGR 600/2014 e DGR 914/2015) uno dei due ospedali sarà individuato come sede di un DEA di I° livello e uno come ospedale di base. La decisione è, a tutt'oggi, da definire in considerazione dell'avvio del percorso di costruzione di un Ospedale Unico iniziato con la stipula dell'Intesa, in data 24.11.2015, tra Regione, Conferenza dei Sindaci VCO, Amministrazioni Comunali di Domodossola, Verbania, Ornavasso e Asl VCO.

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

N. 2	Presidi pubblici: Ospedale "Castelli" con sede a Verbania e Ospedale "San Biagio" con sede a Domodossola.
N. 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%.
N. 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.

In conformità a quanto disposto dall'art. 17 bis del D.Lgs n. 502/92 e s.m.i. l'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa dell'ASL VCO. Si rinvia al paragrafo 4.2.1.

Sono stati previsti i seguenti dipartimenti ospedalieri:

Dipartimenti aziendali ospedalieri	<ul style="list-style-type: none">- Dipartimento delle patologie mediche- Dipartimento delle patologie chirurgiche- Dipartimento dei Servizi diagnostici e terapie di supporto
---	--

Sono stati, inoltre, individuati i seguenti **dipartimenti interaziendali funzionali** con il coinvolgimento: dell'AOU "Maggiore della Carità" di Novara, dell'Asl di Biella, di Novara, di Vercelli e dell'ASL VCO.

<ul style="list-style-type: none">- Medicina dei Laboratori
<ul style="list-style-type: none">- Medicina fisica e riabilitativa

*

I posti letto:

- direttamente gestiti dai 2 Presidi dell'ASL VCO ovvero "Castelli" di Verbania e "San Biagio" di Domodossola, sono **291** (di cui 247 posti letto in Regime Ospedaliero e 44 in Day-Hospital);
- convenzionati sono pari a **631**.

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

Fonte: Direzione Sanitaria <i>I dati si riferiscono al dicembre 2015</i>			
Presidio	P.L. Ordinari	P.L. Diurni	P.L. Totali
"Castelli" - Verbania	135	20	155
"S. Biagio" - Domodossola	112	24	136

Totale p. I. Presidi ASL	247	44	291	
Centro Ortopedico di Quadrante (C.O.Q.) – Omegna	80	13	93	
Istituto Auxologico - Piancavallo		352	352	
Casa di Cura “L’Eremo” – Miazzina		186	186	*
Totale posti letto		922	922	
(*) Si aggiungono n. 50 posti letto CAVS				

Dati di attività ospedaliera

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 nella tabella:

2013	2014	2015	regionale 2012	regionale 2013
153	151	150	157	148
Nota- Tasso di ospedalizzazione: N° ricoveri ospedalieri per 1.000 abitanti				

Si segnalano alcuni dati di attività 2014 e 2015:

		ANNO 2014			ANNO 2015		
		Verbania Omegna	Domodossola	TOTALI	Verbania+ Omegna	Domodossola	TOTALI
Degenza	PL	135	112	247	135	112	247
	CASI	5.203	4.728	9.931	5.128	4.782	9.910
	Valore	16.025.904	17.272.004	33.297.908	15.294.059	18.474.776	33.768.835
DH	PL	20	25	45	20	25	45
	CASI	1.293	1.884	3.177	1.224	1.931	3.155
	Valore	1.288.725	2.451.163	3.739.888	1.151.179	2.400.088	3.551.267
Flusso C	Prestaz.	1.594.776	367.218	1.961.994	1.526.140	338.556	1.864.696
	Valore	15.925.302	8.637.376	24.562.678	14.473.085	7.738.739	22.211.824
Flusso C2	Prestaz.	176.397	171.115	347.512	231.907	175.781	407.688
	Valore	2.888.202	2.174.698	5.062.900	1.423.364	1.105.061	2.528.425
Flusso C4 erog	Prestaz.	148.882	203.370	352.252	233.982	342.005	575.987
	Valore	1.579.089	1.869.530	3.448.619	2.537.225	2.697.884	5.235.109
Flusso C5	Prestaz.	28.700	3.331	32.031	1.185	3.649	4.834
	Valore	114.715	455.180	569.894	58.130	102.645	160.775
Flusso S	Prestaz.	13.251	14.261	27.512	12.035	15.910	27.945
	Valore	205.447	227.197	432.644	190.209	250.274	440.483
Nota- Flusso C: prestazioni ambulatoriali per esterni – Flusso C2: prestazioni ambulatoriali di pronto soccorso – Flusso C4: prestazioni per interni ricoverati (consulenze) – Flusso C5: fatturazione diretta tra aziende – Flusso S: screening tumori femminili e colon retto.							

*

Occorre osservare che la popolazione del Verbano Cusio e Ossola utilizza anche strutture erogatrici fuori regione il che ha prodotto, negli anni, costi significativi di mobilità passiva extraregionale (principalmente verso la Regione Lombardia) che si sono mantenuti, sostanzialmente, costanti, negli anni. Ecco alcuni dati.

<i>Fonte: CSI Piemonte</i>				
<i>Elaborazione: Soc Budget e Controllo</i>				
Territorio	2011	2012	2013	2014

Regione:				
Casi	5.386	5.415	5.386	4.817
Valore (in migliaia di euro)	22.172	22.829	22.491	21.079
Extra regione:				
Casi	4.202	4.198	4.163	n.d. (*)
Valore (in migliaia di euro)	14.961	16.011	15.631	n.d. (*)
Totale casi (regione+extra regione)	9.588	9.613	9.549	n.d. (*)
Totale valore (regione+extra regione)	37.133	38.840	38.122	n.d. (*)
(*) n.d. - dato non disponibile				

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.

Numerose azioni sono state messe in atto volte al controllo della mobilità passiva extraregionale. Ci si riferisce, in particolare: - al 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.

3.2 Missione

La missione dell'Azienda, in linea con il P.S.S.R. 2012-15 e con il vigente atto aziendale, è quella di garantire il diritto alla salute, offrendo i servizi, le attività, le prestazioni necessarie per la promozione, tutela, prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie e la riabilitazione 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 e/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;
- 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, contenuti nel vigente atto aziendale, 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. 2012-15, 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. 2012-15;
- 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;
- messa in atto di azioni volte alla prevenzione ed alla repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione, ai sensi della L. n. 190 del 6.11.2012;
- trasparenza dell'attività amministrativa che, ai sensi della L. n. 190/2012, costituisce livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili, ai sensi dell'art. 117, 2° co, lettera m, della Costituzione, ed è assicurata mediante la pubblicazione, nel sito web istituzionale della pubblica amministrazione, delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi, secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione.

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

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 necessario 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: 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 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: 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 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'efficacia e l'efficienza 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.

*

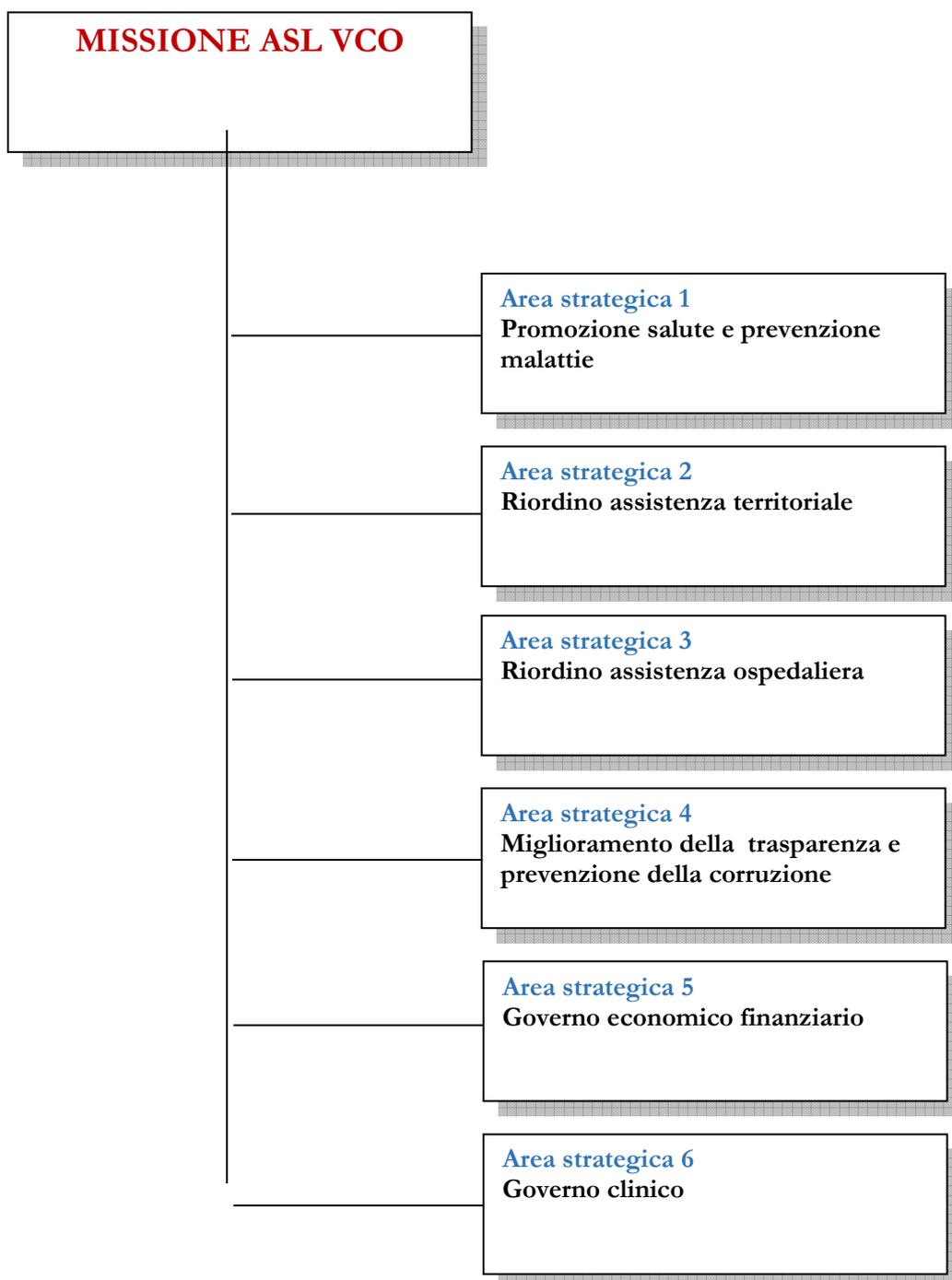
Le aree strategiche, a loro volta, sono state declinate in obiettivi strategici validi per il triennio 2015-17 (obiettivi definiti anche tenuto conto dei documenti di programmazione nazionali e regionali, integrati con le esigenze

strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno).

Gli obiettivi strategici vengono poi tradotti in obiettivi operativi annuali che vengono assegnati ai Direttori delle Strutture complesse aziendali e delle SOS dipartimentali. 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 2015**, pari a n. 170.655 abitanti, dati forniti dagli uffici anagrafe dei n. 84 Comuni che fanno parte dell'Azienda.

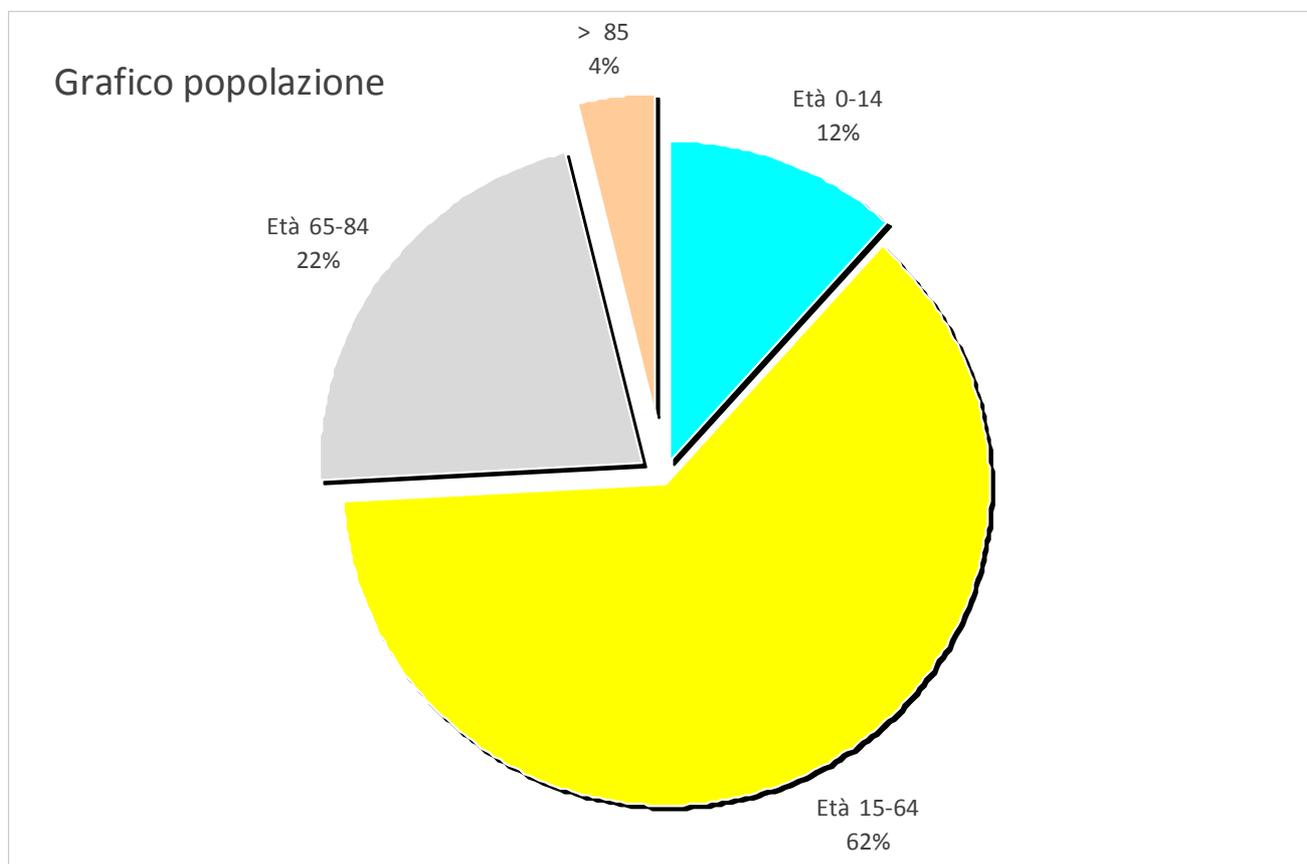
Popolazione ASL VCO: distribuzione per genere, età, distretto al 31.12.2015

Fonte dati: Uffici Anagrafe Comuni ASL VCO

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	64.980	47,97	52,03	7.638	51,82	48,18	40.598	49,81	50,19	14.102	44,14	55,86	2.642	29,03	70,97
Cusio	41.717	48,45	51,55	5.210	50,23	49,77	26.082	50,44	49,56	8.854	45,43	54,57	1.571	26,42	73,58
Ossola	63.958	48,59	51,41	7.253	50,85	49,15	39.956	50,55	49,45	14.378	45,16	54,84	2.371	29,44	70,56
ASL VCO (*)	170.655	48,32	51,68	20.101	51,06	48,94	106.636	50,24	49,76	37.334	44,84	55,16	6.584	28,55	71,45

(*) Compresi i 7 Comuni della Provincia Novara che afferiscono all'ASL VCO

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



Come si può constatare dalla tabella e dal grafico sopra proposti, la percentuale di popolazione anziana è particolarmente significativa. In particolare, la popolazione di età compresa tra 65 e 84 anni rappresenta il 22% mentre quella oltre gli 85 è del 4%.

Per l'ASL VCO l'indice di vecchiaia (ovvero il rapporto tra popolazione di 65 e più anni e popolazione di età compresa tra 0-14 anni moltiplicato per 100) è di 218 (219 distretto Verbano, 200 Distretto Cusio e 231 Distretto Ossola) mentre il tasso di natalità (ovvero il rapporto tra il numero dei nati vivi dell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente moltiplicato per 1.000) è 6,23 (5,95 distretto Verbano, 6,38 Distretto Cusio e 6,41 Distretto Ossola).

➤ *Lo stato di salute*

Gli indicatori relativi allo stato di salute, unitamente agli indicatori demografici, rappresentano elementi fondamentali per la definizione del profilo epidemiologico di una comunità locale e, in particolare, della Provincia del Verbano, Cusio ed Ossola.

Nei paragrafi che seguono, anche attraverso la rappresentazione di specifici indicatori, si rappresentano i problemi di salute della popolazione dell'ASL V.C.O. da cui scaturiscono i conseguenti bisogni sanitari ed assistenziali.

- **Speranza di vita alla nascita**

Riveste un ruolo di primaria importanza l'indicatore relativo alla **speranza di vita alla nascita** che indica il numero medio di anni che una persona può aspettarsi di vivere al momento della sua nascita in base ai tassi di mortalità registrati nell'anno preso in esame. Rappresenta uno dei parametri più significativi delle condizioni sociali, economiche, ambientali e sanitarie dell'area territoriale considerata.

Tale indicatore non solo riveste rilevanza sotto il profilo demografico ma rappresenta, in maniera sintetica, lo stato di salute della popolazione (il V.C.O.) e lo stato di sviluppo dell'area esaminata (provincia del V.C.O.). Come si rileva dalla tabella che segue con riferimento all'intera ASL V.C.O. la speranza di vita alla nascita è di 79,1 per i maschi e 84,4 per le femmine (sostanzialmente sovrapponibile per i distretti del Verbano, Cusio ed Ossola), a fronte di un dato regionale di 79,3 per i maschi e 84,2 per le femmine, e nazionale di 79,8 per i maschi e 84,6 per le femmine.

Fonte: <i>Sito Regione Piemonte Epidemiologia anni 1980-2010</i>	Speranza di vita alla nascita	
	Distretto	Maschi
Verbano	79,1	84,4
Cusio	79,2	84,5
Ossola	79,0	84,5
ASL VCO	79,1	84,4
Regione Piemonte	79,3	84,2
Italia	79,8 <i>(Istat 2013)</i>	84,6 <i>(Istat 2013)</i>

- **Comportamenti della popolazione**

Nella tabella che segue si esaminano gli **stili di vita della popolazione** (abitudine al fumo, consumi di alcol, attività fisica, abitudini alimentari, indicando, per ciascuna categoria esaminata, la definizione operativa), e si raffronta il dato dell'ASL VCO con quello della Regione Piemonte e dell'Italia.

Esaminando detti stili di vita, tra il dato dell'ASL VCO e quello regionale e nazionale si evidenzia un certo allineamento, eccetto per le seguenti categorie:

- guidatori con livelli rischiosi di alcol: per l'ASL VCO si registra il 17%, contro l'11% regionale e il 9% nazionale;
- fisicamente attivi: per l'ASL VCO si registra il 20%, contro il 33% regionale e nazionale;
- consumo giornaliero di 5 porzioni di frutta e verdura: per l'ASL VCO si registra il 6%, contro l'11% regionale ed il 10% nazionale.

Fonte: PASSI ambito temporale 2009-2012 – Stili di vita della popolazione

	Fumatori	Guidatori con livelli rischiosi di alcol	Bevitori binge	Sedentari	Fisicamente attivi	Frutta verdure 5 porzioni
ASL VCO	27%	17%	9%	29%	20%	6%
Piemonte	28%	11%	9%	29%	33%	11%
Italia	28%	9%	9%	31%	33%	10%

Nota: definizioni operative

Fumatore	Colui che dichiara di aver fumato nella sua vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20) e di essere fumatore
Guidatore con livelli rischiosi di alcol	Colui che dichiara di essersi messo alla guida di un veicolo a motore (auto o moto) negli ultimi 30 giorni, almeno 1 volta, dopo aver bevuto, nell'ultima ora, 2 unità alcoliche o più. Unità alcolica: 1 bicchiere di vino (12°) da 125 ml= 1 superalcolico (40°) da 40 ml = 1 birra (4,5°) da 330 ml.
Bevitore binge	Colui che dichiara di aver bevuto nell'ultimo mese, almeno 1 volta, 5 o più unità alcoliche in una sola occasione, se uomo; - 4 o più unità alcoliche in una sola occasione se donna.
Sedentario	Colui che dichiara di non fare un lavoro pesante e che, nel tempo libero, non svolge attività fisica moderata o intensa.
Fisicamente attivo	Colui che dichiara di svolgere un lavoro pesante, cioè un lavoro che richiede un notevole sforzo fisico e/o aderisce alle linee guida sull'attività fisica: 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana e/o attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni settimanali
Frutta verdure 5 porzioni	Il consumo giornaliero di frutta e verdura è misurato con il numero di porzioni di frutta e verdura che una persona dichiara di consumare abitualmente al giorno. E' raccomandato l'assunzione giornaliera di 400 gr di frutta o verdura, equivalente a 5 porzioni da 80 grammi

Nella tabella che segue si esaminano una serie di **fattori di rischio** (pressione alta, colesterolo alto, sintomi di depressione, eccesso di peso, “non in buona salute” indicando, per ciascuna categoria esaminata, la definizione operativa), e si raffronta il dato dell'ASL VCO con quello della Regione Piemonte e dell'Italia. Esaminando tali fattori di rischio, tra il dato dell'ASL VCO e quello regionale e nazionale, si evidenzia un certo allineamento eccetto per le seguenti categorie:

- pressione alta: per l'ASL VCO si registra il 25%, contro il 21% regionale ed il 20% nazionale;
- sintomi di depressione: per l'ASL VCO si registra il 4%, contro il 6% regionale ed il 7% nazionale;
- “non in buona salute”: per l'ASL VCO si registra il 22%, contro il 30% regionale ed il 32% nazionale;
- eccesso di peso: per l'ASL VCO si registra il 38%, allineato ad un 37% regionale, contro un 42% nazionale;
- molte difficoltà economiche: per l'ASL VCO si registra il 3%, contro un 11% regionale ed un 14% nazionale.

Fonte: PASSI ambito temporale 2009-2012 - Situazioni di rischio

	Pressione alta	Colesterolo alto	Sintomi di depressione	Non in "buona salute"	Eccesso di peso	Molte difficoltà economiche
ASL VCO	25%	25%	4%	22%	38%	3%
Piemonte	21%	25%	6%	30%	37%	11%
Italia	20%	24%	7%	32%	42%	14%
Nota: definizioni operative						
Pressione alta	Persone che riferiscono di aver ricevuto da un medico una diagnosi di ipertensione					
Colesterolo alto	Persone che rispondono di avere il colesterolo nel sangue elevato secondo quanto è stato detto loro da un medico					
Sintomi di depressione	E' una persona che nelle due settimane prima dell'intervista ha sperimentato sintomi di umore depresso e/o anedonia (perdita di interesse nelle attività della vita di tutti i giorni) in modo duraturo.					
Non in "buona salute"	Persona in buono stato di salute è una persona , in età tra 18 e 69 anni, che alla domanda "come va in generale la sua salute" risponde male o molto bene.					
Molte difficoltà economiche	Persona che dichiara la sussistenza di molte difficoltà economiche					
Eccesso di peso	Persona sovrappeso è una persona con un indice di massa corporea compreso tra 25,0 e 29,9 kg/m2 calcolato da valori autoriferiti di peso e altezza.					

• **Morbilità**

Per quanto attiene le principali cause di ricovero, nella tabella che segue è riportato il tasso di ospedalizzazione, anno 2011, per 100.000 abitanti, dell'ASL VCO e dei 3 distretti del Verbano, Cusio ed Ossola diviso per maschi e femmine.

Per l'ASL VCO, con riguardo al numero di casi, si segnalano le seguenti principali cause di ricovero (rinviando alla tabella 13 per un'analisi completa e per verificare gli andamenti per ogni singolo distretto):

- malattie del sistema osteomuscolare e del connettivo;
- malattie dell'apparato digerente;
- tumori;
- malattie del sistema nervoso e degli organi di senso;
- malattie dell'apparato respiratorio;
- malattie dell'apparato genito-urinario;
- malattie cerebro vascolari;
- infarto miocardico acuto.

Indicatori di ricovero ospedaliero anno 2011
Fonte: sito Regione Piemonte epidemiologia

CAUSE	Ospedalizzazione ASL			Ospedalizzazione Distretto			Ospedalizzazione Distretto Cusio			Ospedalizzazione Distretto Ossola		
	VCO			Verbano			Sesso	Casi	Tasso St x 100.000	Sesso	Casi	Tasso St x 100.000
	Sesso	Casi	Tasso St x 100.000	Sesso	Casi	Tasso St x 100.000						
Tutte le cause	M	13.594	13.029,20	M	5.108	13.190,90	M	3.311	13.303,20	M	5.175	12.683,70
	F	15.140	13.788,30	F	5.987	14.499,20	F	3.663	13.526,50	F	5.490	13.264,50
Tumori	M	1.095	823,4	M	382	762,7	M	282	881,3	M	431	847,6
	F	849	575,5	F	339	646,6	F	211	574	F	299	506,1
Diabete	M	82	68,1	M	23	47,7	M	26	80,5	M	33	80,9
	F	55	33,5	F	25	37,4	F	18	44,6	F	12	21,8
Infarto miocardico acuto	M	312	247,3	M	116	245,3	M	67	226,1	M	129	264,6
	F	157	79,6	F	66	83	F	28	64,7	F	63	84,9
Malattie cerebrovascolari	M	416	293,3	M	165	308,1	M	86	264,5	M	165	295,2
	F	408	194,5	F	193	234	F	93	213,6	F	122	142,7
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	M	813	690,2	M	323	730	M	195	709,3	M	295	644,7
	F	1.078	775,4	F	435	809,5	F	263	810,5	F	380	722,8
Malattie dell'apparato respiratorio	M	983	1.027,90	M	355	1.033,30	M	244	1.041,60	M	384	1004,4
	F	840	806,5	F	300	807,7	F	177	766,1	F	363	824,2
Malattie dell'apparato digerente	M	1.591	1.558,80	M	610	1.637,40	M	408	1.676,70	M	573	1.401,90
	F	1.234	1.199,30	F	432	1.160,60	F	313	1.265,80	F	489	1.195,30
Cirrosi epatica	M	126	108,2	M	55	124,6	M	34	124,9	M	37	80,9
	F	83	62,5	F	40	73,4	F	16	52,9	F	27	58
Malattie del sistema osteomuscolare e del connettivo	M	1.564	1.575,30	M	568	1.517,80	M	405	1.712,90	M	591	1.540,20
	F	1.784	1.441,70	F	773	1.632,10	F	420	1.385,70	F	591	1.287,20
Malattie dell'apparato genito-urinario	M	827	753,9	M	305	736,4	M	193	752,5	M	329	765,4
	F	1.055	1.026,70	F	401	1.030,50	F	233	883,1	F	421	1.123,90
Interruzione volontaria di gravidanza	M	/	/	M			M			M		
	F	226	345,6	F	88	371,9	F	59	337,7	F	79	325,6

- **Mortalità**

Nella tabella che segue si riporta il tasso di mortalità per 100.000 abitanti (anni 1980-2010) per gruppi di patologie, suddiviso per maschi e femmine, con riguardo all'intera ASL VCO ed ai distretti del Verbano, Cusio ed Ossola.

La prima causa di morte è rappresentata dalle malattie dell'apparato cardiocircolatorio, che rappresentano il 33% delle cause di morte degli uomini ed il 49% delle cause di morte delle donne. Si differenzia in modo sensibile il territorio del Cusio poiché le percentuali sono il 34,68% per gli uomini ed il 54% per le donne.

La seconda causa di morte sono i tumori maligni, che rappresentano il 31,23% delle cause di morte degli uomini ed il 26,67% delle donne. In questo caso le differenze significative si osservano nel territorio dell'Ossola dove si registra una percentuale inferiore per gli uomini 29,81% e superiore per le donne 27,96%. Occorre osservare che 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, quasi esclusivamente la Lombardia, e, soprattutto con Milano, più veloce da raggiungere rispetto a Torino. Le cause che concorrono a determinare il fenomeno della mobilità passiva sono diverse: geografiche, logistiche, culturali (circuiti formativi), essendo il Verbano Cusio e Ossola un'area di confine; percorsi formativi/universitari; sanitarie, legate sia all'assenza di talune specialità ma anche alla forte attrattività di talune strutture extraregionali.

Le cause di morte per malattie fumo correlate rappresentano il 16,24% delle cause di morte per gli uomini e il 8,24% per le donne. Tali percentuali sono sostanzialmente identiche nei tre distretti.

Le cause di morte per malattie alcol correlate sono il 2,57% per gli uomini e l'1,17% per le donne. Sono significativamente rappresentate nel territorio dell'Ossola dove si registra il 3,20% degli uomini e l'1,28% delle donne.

La percentuale di morti per malattie evitabili è complessivamente del 33,85%, ma per gli uomini è del 44,23% e per le donne è del 22,87%.

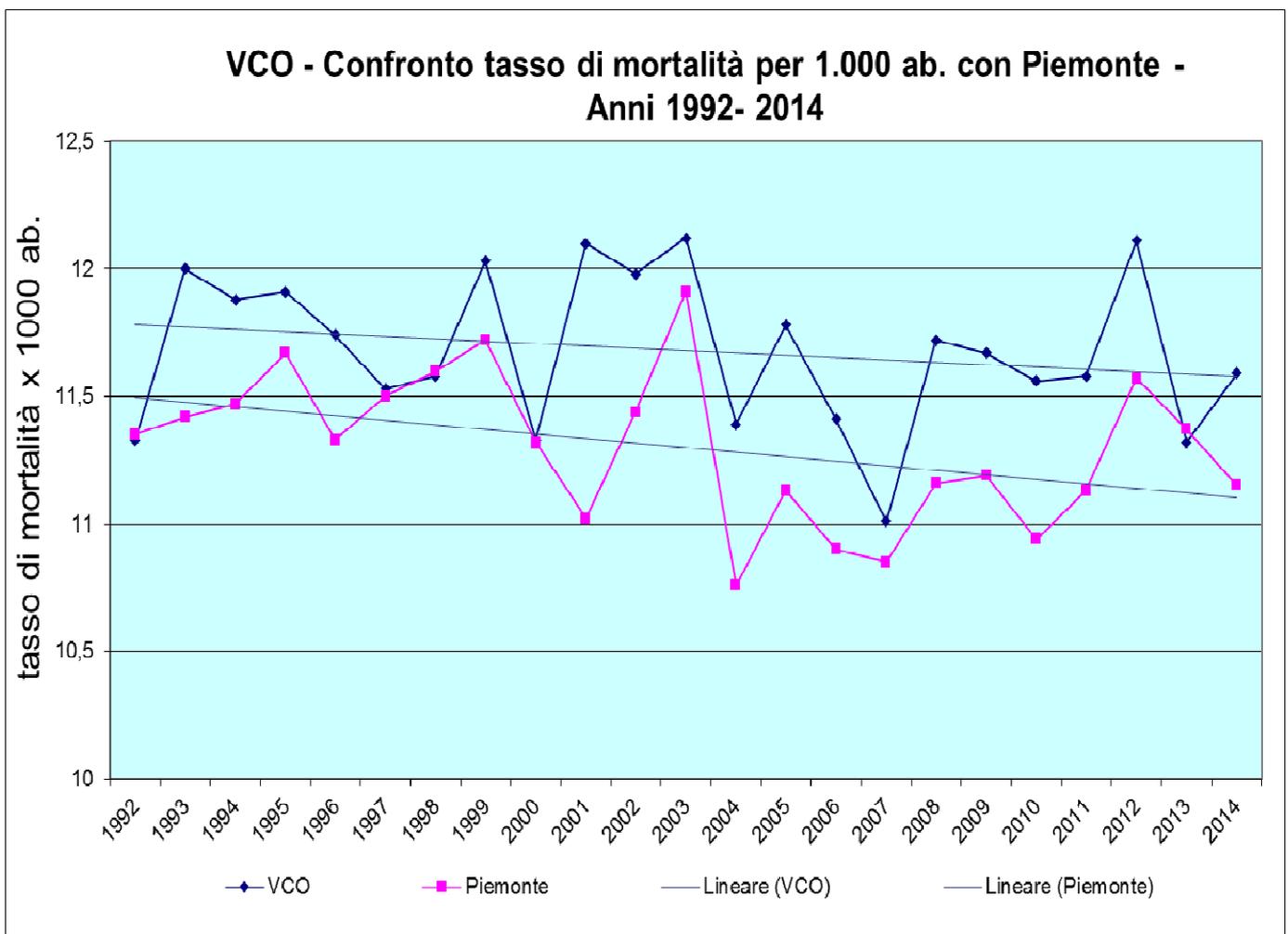
Tasso di mortalità anni 1980-2010 secondo le cause di morte

Fonte: sito Regione Piemonte epidemiologia

CAUSE	Mortalità ASL VCO			Mortalità Distretto Verbania			Mortalità Distretto Omegna			Mortalità Distretto Ossola		
	Sesso	Numero medio annuale	Tasso St x	Sesso	Casi	Tasso St x	Sesso	Casi	Tasso St x	Sesso	Casi	Tasso St x
			100.000			100.000			100.000			
Apparato cardiocircolatorio	M	329,3	220,5	M	123,7	211,7	M	83,3	232,6	M	122,3	222,5
	F	462,3	144	F	176,3	134,1	F	127	160,1	F	159	143
Tumori maligni	M	310,7	218,3	M	122	225,2	M	76	229,1	M	112,7	205,5
	F	251	118,5	F	103,3	123,6	F	56	105,6	F	91,7	120,7
Cause accidentali	M	44	42,2	M	13,7	35,6	M	9	35,2	M	21,3	52,9
	F	29,3	15,4	F	10,7	15,5	F	9,7	18,8	F	9	13
Apparato respiratorio	M	72,3	47,9	M	25,7	42,8	M	18	54,4	M	28,7	49,5
	F	62,7	19,4	F	29	21,1	F	12,7	18,5	F	21	18,2
Apparato digerente	M	38,3	26,7	M	17	30,4	M	7	19,1	M	14,3	27,5
	F	40	15,2	F	18,7	17,5	F	6,7	11,3	F	14,7	15,4
Suicidi	M	13	13,4	M	3,7	9,7	M	2	8,7	M	7,3	19,9
	F	5,7	4,6	F	2,3	3,7	F	1,3	6,3	F	2	4,3
Malattie fumo-correlate	M	161,6	111,6	M	61,7	110,8	M	40,7	120,4	M	59,3	107,7
	F	79,3	30,3	F	33,6	30,4	F	19,3	31	F	26,4	29,4
Malattie alcol-correlate	M	25,6	22,1	M	9,3	20,9	M	4,2	14,8	M	12,1	27,7
	F	11	6,6	F	4,4	6,3	F	2,5	7,6	F	4,2	6,2
Malattie evitabili	M	220	188,5	M	86	196,5	M	48,3	167,6	M	85,7	193,9
	F	107,7	84,6	F	36,7	73,4	F	27,3	92,4	F	43,7	91
Malattie evitabili con interventi prevenzione primaria	M	133,7	116,4	M	52	119,8	M	28	100,2	M	53,7	122,9
	F	38,3	31,7	F	13,7	28	F	9,3	34,5	F	15,3	33,3
Malattie evitabili con diagnosi precoce e terapia	M	21,3	17,9	M	8,3	19,5	M	5,7	18,5	M	7,3	16,2
	F	35,3	27,6	F	14	28,2	F	7,3	23,2	F	14	29,9
Malattie evitabili con igiene ed assistenza sanitaria	M	65	54,2	M	25,7	57,2	M	14,7	48,9	M	24,7	54,7
	F	34	25,3	F	9	17,1	F	10,7	34,7	F	14,3	27,8

Nella tabella che segue si evidenzia, graficamente, il confronto (anni 1992-2014) del tasso di mortalità dell'ASL (per 1.000 abitanti) rispetto all'andamento regionale. Nella Provincia il tasso di mortalità ha largamente seguito la curva regionale, però sempre al di sopra di quella.

**Tabella 15: confronto tasso di mortalità per 1.000 ab. ASL VCO – Piemonte
Anni 1992-2014**



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

Relativamente **all'organizzazione aziendale** l'atto aziendale vigente è stato adottato con deliberazione n. 429 del 12.11.2015, approvato dalla Giunta regionale con DGR n. 53-2487 del 23.11.2015.

Per definire, schematicamente, l'organizzazione aziendale, occorre precisare che l'organizzazione dipartimentale, in conformità a quanto disposto dall'art. 17 bis del D.Lgs n. 502/92 e s.m.i., rappresenta il modello applicato in azienda. Si tratta di una aggregazione di strutture organizzative omologhe, omogenee, affini o complementari, che perseguono comuni finalità e, pur conservando ciascuno la propria autonomia, sono tra loro interdipendenti. Il modello dipartimentale assicura il coordinamento e l'integrazione tra le funzioni che concorrono ad una specifica area di risultato, mediante un uso efficace ed efficiente delle risorse.

Come risulta dall'organigramma aziendale del vigente atto aziendale i Dipartimenti sono i seguenti:

Dipartimenti aziendali territoriali:	<ul style="list-style-type: none">- Dipartimento di Prevenzione- Dipartimento Materno Infantile
Dipartimenti interaziendali territoriali	<ul style="list-style-type: none">- Dipartimento di Salute Mentale- Dipartimento delle Dipendenze
Dipartimenti aziendali ospedalieri	<ul style="list-style-type: none">- Dipartimento delle patologie mediche- Dipartimento delle patologie chirurgiche- Dipartimento dei Servizi diagnostici e terapie di supporto

Il **Dipartimento di Salute Mentale**, in accordo con l'ASL di Biella e di Vercelli, è costituito, strutturalmente, per il governo e la gestione delle attività nell'intero territorio delle tre aziende sanitarie.

Il **Dipartimento delle Dipendenze**, in accordo con l'Asl di Biella, Novara e Vercelli, è costituito, strutturalmente, per il governo e la gestione delle attività nell'intero territorio delle aziende coinvolte.

Sono stati, inoltre, individuati i seguenti **dipartimenti interaziendali funzionali** con il coinvolgimento: dell'AOU "Maggiore della Carità" di Novara, dell'Asl di Biella, di Novara, di Vercelli e dell'ASL VCO.

<ul style="list-style-type: none">- Medicina dei Laboratori
<ul style="list-style-type: none">- Medicina fisica e riabilitativa

In conformità a quanto disposto dalla Regione con D.G.R. n. 42-1921 del 27.7.2015 e come previsto nel vigente atto aziendale, **l'articolazione organizzativa delle strutture operative** è la seguente:

➤ strutture complesse
➤ strutture semplici a valenza dipartimentale
➤ strutture semplici.

Le **strutture complesse** costituiscono articolazioni organizzative alle quali è attribuita la responsabilità di organizzazione, direzione e gestione delle risorse umane, strutturali, tecniche e finanziarie a ciascuna assegnate. Il numero di strutture complesse è stato calcolato tenuto conto degli standard minimi stabiliti dall'art. 12, co. 1, lett. b, del Patto per la Salute 2010-12).

Le **strutture semplici a valenza dipartimentale** sono articolazioni organizzative con specifiche responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie costituite limitatamente:

- all'esercizio di funzioni sanitarie strettamente riconducibili alle discipline ministeriali di cui al DM 30.1.1998 e s.m.i., la cui complessità organizzativa non giustifica l'attivazione di strutture complesse;
- al fine di organizzare e gestire, in modo ottimale, spazi ed attrezzature utilizzate da più unità operative e personale eterogeneo, appartenente a strutture complesse diverse.

Le **strutture semplici** costituiscono articolazioni organizzative interne delle strutture complesse alle quali è attribuita la responsabilità della gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie.

Le strutture semplici svolgono un'attività specifica e pertinente a quelle della struttura complessa di cui costituiscono articolazione ma non complessivamente coincidente con le attività di detta struttura complessa.

Per l'elencazione delle strutture aziendali complesse, semplici e semplici dipartimentali **si rinvia all'Allegato 2**.

Gruppi di progetto - Come indicato nella D.G.R. n. 42-1921 del 27.7.2015 nei casi in cui manchino i requisiti per l'organizzazione dipartimentale ma sia opportuno il coordinamento di attività, anche di più strutture complesse, si dovrà ricorrere, quale modalità organizzativa tipica, ai **gruppi di progetto**, anche per l'attuazione di programmi nazionali o regionali, oltre che aziendali, specificandone la composizione, le caratteristiche e gli obiettivi.

I gruppi di progetto vengono altresì costituiti per lo sviluppo di nuovi modelli organizzativi ed operano limitatamente nel tempo, concludendo il loro mandato all'avvio operativo di tale modello organizzativo. I responsabili dei gruppi di progetto partecipano, senza diritto di voto, alle riunioni del Collegio di Direzione. Questa forma di coordinamento non dà luogo alla costituzione di una struttura organizzativa e non comporta maggior onere a carico del bilancio dell'Azienda.

4.2.2 Risorse umane

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).

La dotazione del **personale dipendente** negli ultimi anni è così costituita:

	Numero unità di personale al 31.12. 2013	Numero unità al personale al 31.12.2014	Numero unità al personale al 31.12.2015
Ruolo Sanitario di cui:	1.265	1.243	1201
Medici	300	286	284
Farmacisti/biologo/psicologi	35	34	31
Infermieri	749	744	713
Altro personale sanitario	114	113	108
Fisioterapisti/educatori	67	66	65
Ruolo Professionale di cui:	3	3	3
Dirigenti	3	3	3
Ruolo Tecnico di cui:	309	305	295
Dirigenti	2	2	2
Comparto	307 (di cui 168 OSS)	303 (di cui 168 OSS)	293 (di cui 165 OSS)
Ruolo Amministrativo di cui:	231	228	210
Dirigenti	8	8	7
Comparto	223	220	210
TOTALE RUOLI	1.808 (*)	1.779	1716
(*) di cui distaccati al COQ:	59	57	57

Analisi risorse umane

Analisi caratteri qualitativi/quantitativi al 31.12.2015 -

Indicatori	Valore
Età media del personale (anni)	51
Età media dei dirigenti (anni)	53

Analisi benessere organizzativo al 31.12.2015

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	2,42

Analisi di genere al 31.12.2015

Indicatori	Valore
% di donne rispetto al totale del personale	77
% di personale donna assunto a tempo indeterminato	98
Età media del personale femminile (personale dirigente)	51
Età media del personale femminile (personale totale)	50

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 del 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 ed ha proceduto alla rilevazione del rischio in tutti i 116 gruppi omogenei di lavoratori dell'azienda coinvolgendo oltre 600 lavoratori.

La rilevazione nell'ASL VCO ha evidenziato:

GRUPPI OMOGENEI LAVORATORI E RISCHIO
- N. 62 con rischio basso (Verde)

- N. 54 con rischio medio (Giallo)
- Nessuno con rischio alto (Rosso)

Successivamente il gruppo ha provveduto, in accordo con la Direzione Generale, ad individuare le misure correttive ritenute necessarie per ridurre i fattori di rischio.

In data 17 agosto 2015 è stato formalmente approvato il Documento di valutazione del rischio stress lavoro correlato nell'ASL VCO e successivamente è stato dato mandato ai responsabili di attuare le azioni di rispettiva competenza.

Entro fine anno 2016 si procederà, alla luce delle azioni intraprese, ad avviare una nuova rilevazione e misurazione del rischio.

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.

Di seguito si riportano i dati relativi ai consuntivi 2013-2014-2015 ed il bilancio di previsione 2016.

Consuntivo 2013: risultato di gestione

Il Bilancio consuntivo anno 2013 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
-------------------------------	----------	-------------------	------------------

Consuntivo 2014: risultato di gestione

Descrizione	Importo 2014	Importo 2013	Variazione Importo 2014 - 2013
Totale valore della produzione (A)	353.050.232	363.258.375	-10.208.143
Totale costi della produzione (B)	346.192.472	355.190.685	-8.998.213
DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A - B)	6.857.760	8.067.690	-1.209.930
Totale proventi e oneri finanziari (C)	-323.624	-986.105	662.481
Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	-100.683	845.771	-946.454
Totale proventi e oneri straordinari (E)	374.932	-889.448	1.264.380
Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	6.808.385	7.037.908	-229.523
Totale imposte e tasse	6.808.385	7.037.908	-229.523
RISULTATO DI ESERCIZIO	0	0	0

Consuntivo 2015: risultato di gestione

Descrizione	Importo 2015	Importo 2014	Variazione Importo 2015 - 2014
Totale valore della produzione (A)	358.467.009	353.050.232	5.416.777
Totale costi della produzione (B)	353.405.693	346.192.472	7.213.221
DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A - B)	5.061.316	6.857.760	-1.796.444

Totale proventi e oneri finanziari (C)	-616.650	-323.624	-293.026
Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	741.666	-100.683	842.349
Totale proventi e oneri straordinari (E)	1.226.754	374.932	851.822
Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	6.413.086	6.808.385	-395.299
Totale imposte e tasse	6.834.541	6.808.385	26.156
RISULTATO DI ESERCIZIO	-421.455	0	-421.455

Il bilancio consuntivo 2015 è stato approvato dalla Regione con DGR n. 69-3807 del 4 agosto 2016 con la presa d'atto che "la perdita derivante dalla parziale copertura nel bilancio regionale 2015 relativa ai costi sostenuti per indennizzi ex legge n. 210/1992 (pari ad € 124.215,71) e per le spese socio sanitarie aggiuntive ai LEA sanitari nazionali (pari ad € 297.239,67) sarà finanziata con le risorse finanziarie di competenza del bilancio regionale 2016".

Bilancio di previsione 2016

Descrizione	Importo 2016
	In migliaia /000
Totale valore della produzione (A)	352.437
Totale costi della produzione (B)	353.425
DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A - B)	-988
Totale proventi e oneri finanziari (C)	-129
Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	0
Totale proventi e oneri straordinari (E)	0
Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	-1.117
Totale imposte e tasse	6.709
RISULTATO DI ESERCIZIO	-7.826

Situazione finanziaria

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

Anticipazione ordinaria di tesoreria	€ 29.027.750,83
--------------------------------------	-----------------

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.
- 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.
- Significativo di ospedalizzazione con particolare riferimento al settore riabilitativo, 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.

Punti di forza

- Attaccamento della popolazione ai servizi che si evidenzia con numerose campagne di donazione di fondi e attrezzature.
- Presenza sul territorio di numerose associazioni di volontariato attive in ambito sanitario.
- 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.
- 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.
- 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 realizzare la vera e completa presa in carico del paziente, dal momento del primo approccio alla struttura sanitaria sino al termine del suo iter.
- Razionalizzazione della spesa ottenuta attraverso un attento monitoraggio e perseguendo l'obiettivo dell'appropriatezza delle prestazioni erogate. La politica del farmaco realizzata ha consentito di ottenere positivi risultati in termini economici.
- 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.

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 (sia al momento della nomina, obiettivi di mandato, sia annualmente).

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

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: *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 2: *Riordino assistenza territoriale*

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

Area Strategica 3: 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 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

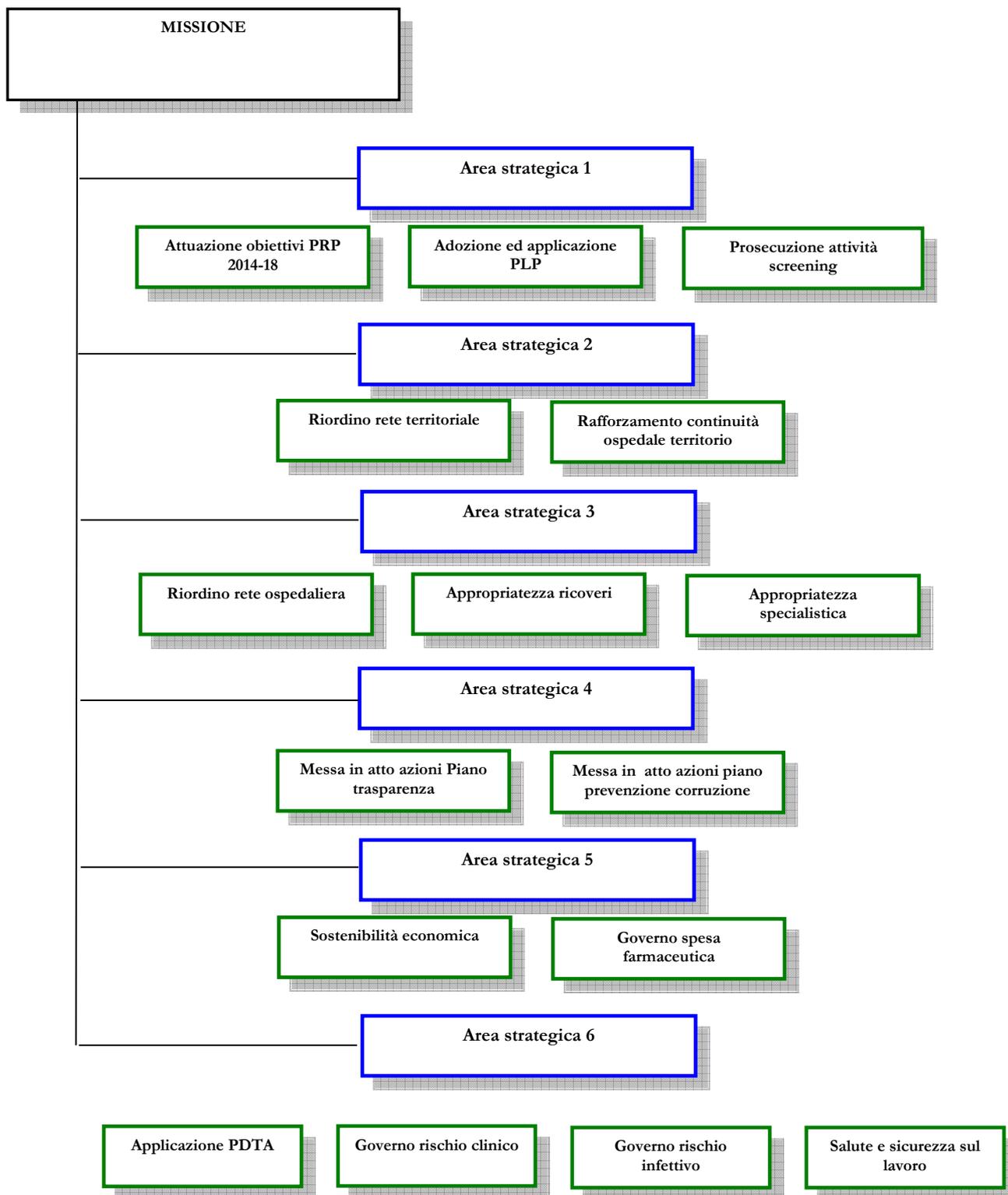
Area Strategica 5: Governo economico-finanziario

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	Relazione circa la m
Obiettivo	Governo rischio infettivo
Indicatore	Rispetto parametri regionali
Obiettivo	Messa in atto interventi per la salute e sicurezza del lavoro
Indicatore	Relazione circa la messa in atto azioni

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 (**Allegato 3**) che individuano l'obiettivo operativo, a cui si associa un indicatore ed un target (valore atteso).

Processo di Budgeting

Al fine di realizzare una gestione efficace ed efficiente delle risorse e di responsabilizzare l'intera struttura aziendale l'azienda adotta un processo 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. 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 (mediante la predisposizione di report da parte della Soc Budget e Controllo aziendale), 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, annualmente, la Direzione Generale:

- elabora le linee annuali sulla base della programmazione regionale e locale - indica la previsione di budget generale a disposizione per l'esercizio di riferimento – richiama gli obiettivi strategici da perseguire. Tutto ciò con lo stretto coinvolgimento del Collegio di Direzione;
- individua, per ogni struttura aziendale, eventuali aree critiche su cui lavorare;
- dispone una scheda obiettivi per ogni singola Struttura trasmettendola al Direttore della stessa chiedendo, se ritenuto opportuno, di effettuare osservazioni in merito (tali note verranno trasmesse all'Organismo Indipendente di Valutazione che ne terrà conto al momento della valutazione circa il raggiungimento di ciascun obiettivo);
- effettua un monitoraggio 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 lo scostamento sia stato determinato dal sopraggiungere di condizioni esterne che hanno modificato la situazione originaria i Responsabili di struttura possono chiedere alla Direzione Generale l'attivazione della procedura di revisione dell'obiettivo a suo tempo assegnato, motivandone la richiesta. La procedura di revisione viene gestita direttamente dalla Direzione Generale che ne comunica l'esito all'Organismo Indipendente di Valutazione. Gli obiettivi possono essere modificati/integrati dalla Direzione Generale in corso d'anno, anche per effetto dell'assegnazione all'azienda degli obiettivi annuali da parte della Regione.

Nell'ambito della scheda obiettivi assegnata ad ogni Responsabile di Struttura (complessa o SOS dipartimentale) ciascun obiettivo è assegnato un peso; la somma totale del peso di tutti gli obiettivi è pari a 100.

L'Organismo Indipendente di Valutazione l'anno successivo a quello di riferimento, valuta il raggiungimento degli obiettivi assegnati, annualmente, ai singoli Direttori di Struttura e trasmette la propria proposta alla Direttore Generale. Dopo che il Direttore Generale ha preso formalmente atto delle risultanze del lavoro dell'OIV, trasmette tali risultanze all'Ufficio Personale che provvederà ad erogare, per quell'anno, il saldo degli incentivi.

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 l'anno 2016. Si è tenuto conto degli obiettivi assegnati dalla Regione ai Direttori Generali per l'anno 2016, **Allegato 4**. 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.

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

- definizione dell'identità dell'organizzazione;
- analisi del contesto interno ed esterno;
- conferma degli obiettivi strategici in base alle strategie aziendali e relativi indicatori e standard;
- indicazioni in merito alle linee di indirizzo per la declinazione degli obiettivi strategici in obiettivi operativi;
- comunicazione del Piano.

Il Piano della performance verrà inserito nel sito internet nella sezione Amministrazione Trasparente.

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 assicurata solo nell'ipotesi in cui 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 2016 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 ed 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 ma, eventualmente, anche nel corso dell'anno, in funzione delle segnalazioni emerse dopo il confronto con tutti i portatori di interessi oppure 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 fornire 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.

8. ALLEGATI TECNICI

Allegato 1: Elenco Soc Ospedaliere di cui alla DGR 1-600 del 19.11.2004 e s.m.i.

All. 1: Tabella regionale di sintesi delle Strutture ospedaliere assegnate ai sensi della DGR n. 1-600/2014 integrata dalla DGR n. 1-924/2015				
Area	Specialità	Spoke 1° livello sede Dea 1° livello	Ospedale di base sede di PS	Discipline da assegnare ai presidi Asl
		All'Asl è stato assegnato un Dea 1° livello ed un PS da definire tra Domodossola e Verbania.		
Medica	Cardiologia	1		
	Geriatria			1
	Medicina Generale	1	1	
	Nefrologia Dialisi			1
	Neurologia	1		
	Oncologia			1
Chirurgica	Chirurgia Generale	1	1	
	Oculistica			1
	ORL			1
	Ortopedia (1 Soc COQ)	1	1	1
	Urologia			1
Materno infantile	Ostetricia	1		
	Pediatria	1		
Emergenza	MCAU	1		
	Terapia intensiva/rianimazione /anestesia	1		
Post acuzie	RRF			1
Diagnostica e supporto	Anatomia e istologia patologica			1
	Direzione Sanitaria			1
	Farmacia Ospedaliera			1
	Laboratorio Analisi			1
	Radiologia	1		
Totale		10	3	12
Totale Soc area ospedaliera		25		

Allegato 2: Elenco Strutture aziendali (complesse, semplici dipartimentali, semplici).

PROSPETTO RIEPILOGATIVO IN CONFORMITA' ALL'ATTO AZIENDALE VIGENTE	
Soc sanitarie (compreso Coq)	34
SOC amministrative	4
Totale SOC	38
SOS sanitarie	27
SOS amministrative	12
SOS Dipartimentali	11
Totale SOS/Sos Dip.	50

**

SOS IN STAFF AL DIRETTORE GENERALE	
Controllo di gestione	
Prevenzione e Protezione	

*

STRUTTURE IN STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE	
SOC AMMINISTRATIVA	SOS
AFFARI GENERALI LEGALI E ISTITUZIONALI	<ul style="list-style-type: none"> - Contenzioso e supporto legale-assicurazioni - Organi/Organismi collegiali/protocollo – URP – Ufficio Stampa - Attività libero professionale

*

STRUTTURE IN STAFF AL DIRETTORE AMMINISTRATIVO	
SOC AMMINISTRATIVE	SOS
GESTIONE PERSONALE E FORMAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> - politiche del personale e relazioni sindacali - Acquisizione e amministrazione del personale (dipendente e convenzionato) - Formazione
ACQUISTI, TECNOLOGIE, INGEGNERIA CLINICA, RETI	<ul style="list-style-type: none"> - Acquisizione beni servizi e lavori, logistica e servizi economici - Programmazione e gestione attività tecniche e manutenzione - Gestione infrastrutture e tecnologie reti e applicativi
GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA E PATRIMONIO	<ul style="list-style-type: none"> - Bilancio e contabilità generale - Patrimonio e gestione contratti

*

STRUTTURE IN STAFF AL DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE	
SOC SANITARIE	SOS

DIREZIONE PRESIDIO DOMODOSSOLA E VERBANIA	- Gestione attività del Presidio San Biagio - Gestione attività del presidio Castelli – Unità prevenzione rischio infettivo presidi
DISTRETTO VCO	-Gestione amministrativa distrettuale -Nucleo controllo ricoveri esterni, Commissione di vigilanza
GESTIONE ATTIVITA TERRITORIALI	- Assistenza primaria - Specialistica - Assistenza residenziale e semi residenziale - Cure palliative e hospice - Assistenza integrativa e protesica - Assistenza penitenziaria
FARMACIA OSPEDALIERA	-Farmacia Territoriale
DIPSA	/
/	Psicologia

*

STRUTTURE AFFERENTI AI DIPARTIMENTI AZIENDALI ED INTERAZIENDALI	
SOC	SOS
ANATOMIA PATOLOGICA	
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	- Rianimazione
CARDIOLOGIA	- UTIC -Cardiologia interventistica emodinamica
CHIRURGIA GENERALE 1	- Senologia
CHIRURGIA GENERALE 2	
GERIATRIA	
LABORATORIO ANALISI	
MEDICINA CHIRURGIA D'URGENZA	- Osservazione breve intensiva (OBI) Verbania - Osservazione breve intensiva (OBI) Domodossola
MEDICINA INTERNA 1	- Allergologia
MEDICINA INTERNA 2	
NEFROLOGIA DIALISI	- Dialisi territoriale
NEUROLOGIA	- Gestione Stroke Unit
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	
OCULISTICA	
ONCOLOGIA	- Ematologia
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA 1	
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA 2	
OSTETRICIA GINECOLOGIA	
OTORINOLARINGOIATRIA	
PEDIATRIA	-Assistenza Neonatologica e Nido
RADIOLOGIA	- Radiologia interventistica
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	
SERD	
SERVIZIO SALUTE MENTALE TERRITORIALE	- Gestione attività riabilitativa - Gestione attività di salute mentale ambulatoriale e domiciliare
SERVIZIO VETERINARIO AREA A	

SIAN	
SPRESAL	
UROLOGIA	
SOC INTERAZIENDALE	
MEDICINA LEGALE	

*

SOS DIPARTIMENTALI SANITARIE	
ATTIVITA' CONSULTORIALE	
DAY SURGERY MULDISCIPLINARE	
ENDOSCOPIA DELL' APPARATO DIGERENTE	
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	
MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA	
RADIOTERAPIA	
SERVIZIO VETERINARIO AREA B	
SERVIZIO VETERINARIO AREA C	
SIMT	
SISP	
SPDC	

*

Allegato 3 – Scheda obiettivi prevista per le SOC e le SOS Dipartimentali ASL VCO per l'anno 2016

La scheda obiettivi per le strutture sanitarie per l'anno 2016 è strutturata nelle seguenti sezioni:

1	Equilibrio economico finanziario
2	Governo produzione
3	Obiettivi specifici di Struttura
4	Efficienza
5	Obiettivi di mandato e/o azioni strategiche
6	Risk management
7	Qualità
8	Prevenzione corruzione/miglioramento trasparenza

Governo economico	
Contenimento spesa per beni e servizi	Si riferisce al budget assegnato alla struttura per l'anno 2016 (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 l' <u>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.

Obiettivi specifici di Soc	
Descrizione	Sono state individuate specifiche azioni per ciascuna Struttura.

Efficienza	
Mantenimento tempi di attesa previsti per le classi previsti per le classi U e B	Il coordinamento di tale obiettivo verrà realizzato dal Responsabile ASA, che indicherà ai Responsabili di Soc le azioni da mettere in atto.

Obiettivi di mandato e/o azioni strategiche	
Descrizione	Sono state individuate le seguenti azioni: <ul style="list-style-type: none"> - Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali - Riordino del flusso della specialistica ambulatoriale al fine di diminuire il numero di prestazioni non accettate in Regione. - Cartella elettronica di ricovero ed ambulatoriale: compilazione del referto della prestazione erogata sia con riguardo alle consulenze specialistiche per interni e per urgenze sia con riguardo alle prestazioni per esterni.

Risk management	
Rischio clinico	Riguarda la messa in atto degli interventi previsti dall'Unità di Rischio Clinico
Coordinamento	Anche per l'anno 2016 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 2016.
Salute e sicurezza lavoro	Riguarda gli interventi da mettere in atto nel 2016 in qualità di Dirigente e/o richiesti dal dirigente delegato.
Coordinamento	Il coordinamento di tale obiettivo verrà realizzato dal Responsabile Prevenzione Protezione e Medico Competente.

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.
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.

Prevenzione corruzione/miglioramento trasparenza	
Descrizione	Messa in atto azioni previste nel Piano triennale di Prevenzione della Corruzione e della trasparenza.
Coordinamento	Il coordinamento di questi obiettivi verrà realizzato dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e dal Responsabile della Trasparenza.

*

La scheda obiettivi per l'area amministrativa per l'anno 2016 è strutturata nelle seguenti sezioni:

Per l'area amministrativa, rispetto alla scheda prevista per le strutture sanitarie, sono state individuate 6 sezioni, di seguito individuate:

1	Equilibrio economico finanziario
2	Obiettivi specifici di Struttura
3	Obiettivi di mandato e/o azioni strategiche
4	Risk management
5	Prevenzione corruzione
6	Miglioramento trasparenza.

**

Allegato 4 – Obiettivi assegnati dalla Regione al Direttore Generale per l’anno 2016

Ob. 1	Rete H-T	
Ob. 1.1	Piano di riduzione SC ospedaliera e non ospedaliera	
Ob. 1.2	Centralizzazione delle chiamate di C.A.	
Ob. 2	Tempi di attesa	
Ob. 2.1	Tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	
Ob. 3	Fondo di riequilibrio: Attuazione Piano di efficientamento da Fondo di riequilibrio	
Ob. 4	Umanizzazione: valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle strutture di ricovero delle ASR	
Ob. 5	Rete Laboratori Analisi	
Ob. 5.1	Rete laboratorio analisi: Hub & Spoke	
Ob. 5.2	Rete laboratorio analisi: gare centralizzate	
Ob. 6	Piano di assistenza territoriale (PAT)	
Ob. 7	Esiti	
Ob. 7.1	Tempestività interventi di frattura femore > 65	
Ob. 7.2	Proporzione parti con taglio cesareo primario	
Ob. 7.3	Tempestività nell’effettuazione di PTCA	
Ob. 8	Assistenza farmaceutica: assistenza farmaceutica territoriale ed ospedaliera. Appropriately prescriptive e riduzione della variabilità	
Ob. 9	Rete oncologica	
Ob. 9.1	Dipartimento funzionale interregionale interaziendale di rete oncologica	
Ob. 9.2	Screening oncologici – Prevenzione serena	
Ob. 10	Rete trapianti: Incremento donazioni d’organo	
Ob. 11	GdP Antincendio e Antisismica: rispetto della normativa antincendio e antisismica	
