



Piano delle Performance Anno 2013



INDICE

1. PREMESSA	4
2. FINALITA' CONTENUTI E PRINCIPI GENERALI DEL PIANO	4
2.1 FINALITÀ.....	4
2.2 CONTENUTI	5
2.3 PRINCIPI GENERALI	6
3. STRUTTURA CONTENUTI E MODALITA' DI DEFINIZIONE DEL PIANO	8
3.1 SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER ESTERNI	8
3.1.1 CHI SIAMO.....	8
3.1.2. COSA FACCIAMO	12
3.1.3. COME OPERIAMO	14
3.2 IDENTITA'	16
3.2.1 L'AMMINISTRAZIONE IN CIFRE	16
➤ <i>TERRITORIO E POPOLAZIONE</i>	16
➤ <i>ASSISTENZA TERRITORIALE</i>	18
➤ <i>ASSISTENZA OSPEDALIERA</i>	21
➤ <i>PERSONALE DIPENDENTE</i>	25
➤ <i>RISORSE ECONOMICHE</i>	25
3.2.2 MANDATO ISTITUZIONALE E MISSIONE	28
3.2.3 ALBERO DELLA PERFORMANCE	32
3.3. ANALISI DEL CONTESTO	34
3.3.1 ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO	34
➤ <i>LO STATO DI SALUTE</i>	36
➤ <i>STILI DI VITA</i>	36
➤ <i>LA SITUAZIONE NUTRIZIONALE</i>	37
➤ <i>ABITUDINE AL FUMO</i>	37
➤ <i>CONSUMO DI ALCOL</i>	37
➤ <i>SICUREZZA E INCIDENTI</i>	37
➤ <i>INFORTUNI SUL LAVORO</i>	38
➤ <i>MALATTIE PROFESSIONALI</i>	38
➤ <i>FATTORI DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE</i>	38
➤ <i>INTERVENTI DI PREVENZIONE INDIVIDUALE</i>	39
➤ <i>LA MORTALITÀ</i>	40
➤ <i>L'OSPEDALIZZAZIONE</i>	41
➤ <i>FATTORI DI RISCHIO</i>	41
➤ <i>CRITICITÀ DEL CONTESTO ESTERNO</i>	42
➤ <i>PUNTI DI FORZA DEL CONTESTO ESTERNO</i>	42
3.3.2 ANALISI DEL CONTESTO INTERNO.....	43
3.3.3 L'ORGANIZZAZIONE.....	43

3.4 DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI	46
3.4.1 OBIETTIVI ASSEGNATI AL PERSONALE DIRIGENZIALE.....	47
3.4.2 PIANIFICAZIONE STRATEGICA, PROGRAMMAZIONE, BUDGETING E SISTEMA DEI CONTROLLI INTERNI	60
<i>Pianificazione Strategica</i>	<i>60</i>
<i>Programmazione.....</i>	<i>60</i>
<i>Processo di Budgeting</i>	<i>60</i>
<i>Sistema dei controlli interni.....</i>	<i>61</i>
3.4.3 ATTIVITA' DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI.....	66
4. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE	67
4.1 FASI, SOGGETTI E TEMPI DEL PROCESSO DI REDAZIONE DEL PIANO.....	67
4.2 COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA E DI BILANCIO	67
4.3 AZIONI PER IL MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE	68

1. PREMESSA

Di seguito viene proposto il **Piano della performance**, previsto all'art. 10 del D. Lgs. N. 150 del del 27.10.2009, predisposto tenuto conto degli indirizzi forniti dalla Commissione per la Valutazione la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (CIVIT) con delibera n. 112 del 28 ottobre 2010.

2. FINALITA' CONTENUTI E PRINCIPI GENERALI DEL PIANO

2.1 Finalità

La performance è il contributo 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 è stata costituita.

Il Piano della performance è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance così come previsto dal Titolo II del D. Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150; per la redazione dello stesso si fa riferimento alle prescrizioni ed agli indirizzi forniti dalla Commissione per la Valutazione la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (CIVIT) con delibera n. 112/2010 del 28 ottobre 2010.

Il Piano della performance (art. 10 c. 1 lett. A D. Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150) è il documento programmatico attraverso il quale, conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, sono individuati gli obiettivi, gli indicatori, i risultati attesi (target di riferimento), delle varie articolazioni organizzative dell'Azienda Sanitaria Locale VCO. Definisce, inoltre, gli elementi fondamentali su cui si imposterà la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance.

Trattandosi di un atto di programmazione di medio periodo, il Piano della performance è modificabile con cadenza annuale in relazione a:

- a) obiettivi definiti in sede di programmazione sanitaria regionale;
- b) modifiche del contesto interno ed esterno di riferimento;
- c) modifica della struttura organizzativa e, più in generale, delle modalità di organizzazione e funzionamento dell'Azienda Sanitaria (atto aziendale).

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". La delibera n. 112 del 28 ottobre 2010 si sofferma su ciascuna di queste tre finalità.

La **prima finalità** del Piano riguarda la verifica interna ed esterna della "qualità" del sistema di obiettivi o, più precisamente, del livello di coerenza con i requisiti metodologici che, secondo il decreto, devono caratterizzare gli obiettivi. L'articolo 5, comma 2, del decreto richiede, infatti che gli obiettivi siano:

- 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 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).

Oltre a questi aspetti direttamente richiamati nel decreto il Piano è uno strumento che può facilitare l'ottenimento di importanti vantaggi organizzativi e gestionali per l'Amministrazione. Esso può consentire di:

- individuare ed incorporare le attese dei portatori di interessi (stakeholder);
- favorire una effettiva accountability e trasparenza e rendere più efficaci i meccanismi di comunicazione interna ed esterna;
- migliorare il coordinamento tra le diverse funzioni e strutture organizzative.

2.2 Contenuti

Secondo quanto previsto dall'articolo 10, comma 1, del D.Lgs 150/2009, il Piano contiene:

- gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi;
- gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione;
- gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

Inoltre il Piano presenta i seguenti ulteriori contenuti:

- la descrizione delle caratteristiche dell'Azienda, ossia 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);
- l’analisi del contesto interno ed esterno all’Azienda. In particolare, attraverso l’analisi del contesto esterno si ricavano informazioni importanti sull’evoluzione dei bisogni di salute della popolazione e pertanto, sulla domanda di prestazioni sanitarie e, più in generale, sulle attese degli stakeholder;
 - il processo seguito per la realizzazione del Piano e delle azioni di miglioramento del ciclo di gestione delle performance.

2.3 Principi generali

Il Piano della performance dell’A.S.L. VCO, in coerenza alle previsioni del D.Lgs 150/2009 ed alle indicazioni fornite dalla CIVIT con delibera n. 122/2010, si ispira ed attiene ai seguenti **principi generali**:

1. trasparenza:

L’articolo 11, comma 3, del decreto richiede alle amministrazioni di garantire la massima Trasparenza in ogni fase del Ciclo di gestione della performance. L’A.S.L. pubblicherà pertanto il Piano della performance sul proprio sito istituzionale in apposita sezione, di facile accesso e consultazione, e denominata: “Trasparenza, valutazione e merito”. Inoltre, ai sensi dell’art.10, comma 2, del D.Lgs 150/2009, il Piano, attualmente in fase di proposta e sperimentazione, verrà trasmesso alla Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l’Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (CIVIT) ed al Ministero dell’Economia e delle Finanze. L’Azienda infine presenterà il Piano, nelle sedi e nelle forme ritenute più opportune, agli interlocutori e destinatari interni (Dirigenti, Rappr. sindacali) e portatori di interessi esterni (Conferenza dei Servizi, Organizzazioni sindacali, Tribunale del malato, ecc.).

2. immediata intelligibilità:

Al fine di garantire facilità di comprensione agli interlocutori interni ed ai portatori di interessi esterni il Piano viene proposto secondo una struttura multi-livello prevedendosi, pertanto, una parte principale del Piano e relativi allegati, nei quali ultimi sono esplicitati alcuni contenuti e approfondimenti tecnici.

3. veridicità e verificabilità:

Per ciascun indicatore individuato viene indicata la fonte di provenienza dei dati. I dati che alimentano gli indicatori sono tracciabili. Al fine di garantire la verificabilità del processo seguito, vengono inoltre definite le fasi, i tempi e le modalità del processo per la predisposizione del Piano e per la sua eventuale revisione infrannuale nel caso in cui intervenissero situazioni straordinarie. Vengono altresì individuati gli attori coinvolti (Direzione, Nucleo di valutazione aziendale, Dirigenti e Strutture).

4. partecipazione

Il processo di sviluppo del Piano deve essere frutto di un percorso di coinvolgimento di tutti i portatori di interessi interni ed esterni al sistema.

5. coerenza interna ed esterna

I contenuti del Piano devono essere coerenti con il contesto di riferimento (coerenza esterna) e con gli strumenti e le risorse (umane, strumentali, finanziarie) disponibili (coerenza interna). Il rispetto del principio della coerenza rende il Piano attuabile. L'analisi del contesto esterno garantisce la coerenza delle strategie ai bisogni ed alle attese dei portatori di interessi. L'analisi del contesto interno rende coerenti le strategie, gli obiettivi ed i piani operativi alle risorse strumentali, economiche ed umane disponibili.

6. orizzonte pluriennale

La norma prevede un arco temporale di riferimento triennale, con scomposizione in obiettivi annuali. In questa fase di sperimentazione l'arco di tempo considerato è annuale.

Nella definizione del Piano occorre, inoltre, come si desume dalla delibera n. 122/2010, tenere conto di due elementi:

A.	il collegamento e l'integrazione con il processo ed i documenti di programmazione economico-finanziaria e di bilancio
B.	la gradualità nell'adeguamento ai principi ed al miglioramento continuo.

Per quanto attiene il **punto A.**, secondo quanto previsto dall'art. 5, comma 1, e dall'art. 10, comma 1, lett. a), del decreto, la definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano deve avvenire in maniera integrata con il processo di programmazione economico finanziaria e di bilancio. Si tratta di un principio di fondamentale importanza perché un sistema di obiettivi è effettivamente sostenibile solo se è garantita la congruità tra le risorse effettivamente disponibili e le azioni da porre in essere per raggiungere gli obiettivi fissati.

Per quanto attiene il **punto B.**, tenuto conto che il livello di evoluzione dei sistemi di gestione della performance è molto diversificato tra le aziende, è opportuno che gli enti si adeguino agli indirizzi proposti secondo una logica di gradualità e di miglioramento continuo. Ogni criticità relativa all'attuazione di tali indirizzi nonché le azioni ed i tempi per un pieno adeguamento, vanno riportati nel Piano.

3. STRUTTURA CONTENUTI E MODALITA' DI DEFINIZIONE DEL PIANO

3.1 Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni

3.1.1 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 DCR n°136-39452 del 22 ottobre 2007 e del DPGR 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.



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 (riportati nell'allegato 2 del presente elaborato), distribuiti in maniera disomogenea sul territorio del Verbano, Cusio ed Ossola, per un totale di abitanti, al 31.12.2012, pari a 173.913.

Ai sensi dell'art. 5, co 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. L'Asl ha disponibilità secondo il regime della proprietà privata ferme restando le disposizioni di cui all'art. 830, 2° comma, del codice civile. Gli atti di trasferimento a terzi di diritti reali su immobili sono assoggettati a previa autorizzazione regionale. I beni mobili ed immobili che le aziende sanitarie utilizzano per il perseguimento dei propri fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile degli stessi, soggetti alla disciplina dell'art. 828, co. 2, del codice civile.

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 L. 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 e compete, anche attraverso l'istituzione dell'apposito servizio di controllo interno, di cui all'art. 20 del D. lgs. n. 29 del 3.2.1993 e s.m.i., verificare, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate, nonché l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa.

Il **Collegio Sindacale**, che dura in carica tre anni, è composto da cinque membri, di cui due designati dalla Regione, uno designato dal Ministro del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione Economica, uno dal Ministro della Sanità e uno dalla Conferenza dei Sindaci. Al Collegio Sindacale compete: la verifica dell'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico; la vigilanza sull'osservanza della legge; l'accertamento della regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, anche mediante l'effettuazione di periodiche verifiche di cassa; di riferire alla Regione, almeno trimestralmente, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità. Trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'azienda alla Conferenza dei Sindaci.

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

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

Nelle aziende ospedaliere universitarie il collegio di direzione partecipa alla pianificazione delle attività di ricerca e didattica nell'ambito di quanto definito dall'università; concorre, inoltre, allo sviluppo organizzativo e gestionale delle aziende, con particolare riferimento

all'individuazione di indicatori di risultato clinico-assistenziale e di efficienza, nonché dei requisiti di appropriatezza e di qualità delle prestazioni. Partecipa, altresì, alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati ed è consultato obbligatoriamente dal Direttore Generale su tutte le questioni attinenti al governo delle attività cliniche.

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

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

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

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

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

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

Il P.S.S.R. 2012-15, al par. 2.5, ha inteso affrontare la questione del governo clinico non come contrapposizione tra clinici e manager, né come semplice approccio alla medicina basata sulle evidenze, ma come revisione delle organizzazioni sanitarie finalizzata, da un lato, all'integrazione tra professionisti sanitari, dall'altro, al ruolo di responsabilità che le

professioni sanitarie devono avere nelle scelte aziendali. Come si legge nel Piano, se è vero che il fine di ogni organizzarne sanitaria è quello di tutelare la salute dei cittadini, occorre, però, adempiere a tale compito fornendo 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 meno consistenti.

Per quanto attiene il **governo economico finanziario** va osservato che l'azienda, nella realizzazione della propria attività di produzione, coinvolge e responsabilizza tutta la dirigenza al fine di perseguire un efficiente ed efficace utilizzo delle risorse ed applicare, con costanza, i principi dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni.

Il governo complessivo dell'azienda implica un'integrazione tra la dimensione clinica e quella economica tenendo presente che la finalità istituzionale dell'azienda consiste nel garantire i LEA, in termini quali/quantitativi, senza trascurare l'aspetto legato alla sostenibilità economica. Attraverso gli strumenti della contabilità generale, la contabilità analitica ed il controllo di gestione viene garantito un costante monitoraggio dei risultati di gestione e dei costi, al fine di verificare la compatibilità con le risorse disponibili permettendo, in caso di criticità, l'attivazione di adeguati interventi correttivi.

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

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

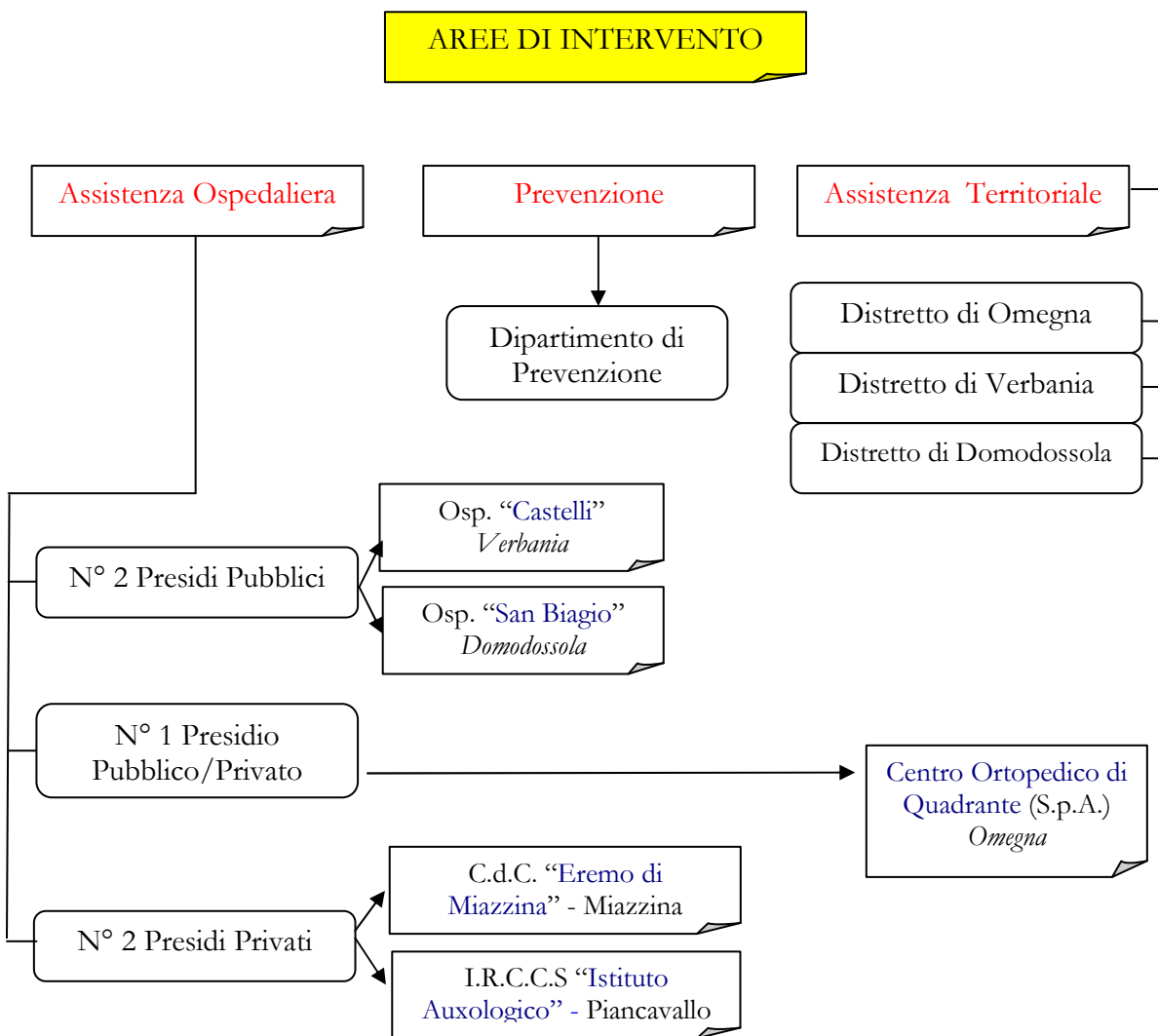
Sono **organismi tecnici**: il Collegio Tecnico ed il Nucleo di Valutazione (che verrà sostituito dall'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) non appena la Regione emanerà le linee guida in materia di applicazione del D.l.vo n. 150/2009 e s.m.i.

3.1.2. Cosa facciamo

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

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

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



Prevenzione

La prevenzione è realizzata attraverso una macrostruttura operativa dell’Azienda, il Dipartimento di Prevenzione, costituito da una pluralità di strutture che provvedono all’organizzazione ed alla gestione delle attività sanitarie, volte alla tutela della salute della

popolazione, da ottenersi mediante la prevenzione ed il monitoraggio di una serie di fattori di rischio. Le strutture afferenti il Dipartimento di Prevenzione sono:

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

Assistenza Ospedaliera

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

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

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

Nell'ambito dell'Ospedale Unico Plurisede è attivo un complesso di strutture di ricovero ordinario, di ricovero diurno e/o giornaliero, di ambulatori e piattaforme organizzate per l'erogazione di servizi sanitari diagnostici e terapeutici specialistici di tipo acuto e post acuto in elezione e in urgenza. E' diretto da un Direttore di Presidio nominato dal Direttore Generale. E' dotato di un apparato sanitario, tecnico e amministrativo di supporto per la gestione complessiva del Presidio e delle sedi operative dell'Ospedale Unico.

Assistenza Territoriale

L'Assistenza territoriale viene erogata attraverso tre distretti sanitari:

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

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

per un totale di 64.764 residenti (al 31/12/2012);

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

Ameno (NO) – Armeno (NO) – Arola – Casale Corte Cerro – Cesara – Germagno – Gravellona Toce – Loreglia – Madonna del Sasso – Massiola – Miasino (NO) – Nonio – Omegna – Orta San

Giulio (NO) – Pella (NO) – Pettenasco (NO) – Quarna Sopra – Quarna Sotto – S.Maurizio d'Opaglio (NO) – Valstrona

per un totale di 42.536 residenti (al 31/12/2012)

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

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

per un totale di 65.862 residenti (al 31/12/2012)

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

Il Distretto, per l'erogazione delle prestazioni presso le proprie sedi e sul territorio di competenza, si avvale di strutture organizzative articolate per aree di attività e che svolgono la loro attività presso i singoli Distretti, per organizzare la presa in carico della persona e dei suoi bisogni individuali e collettivi, e per erogare, con la collaborazione dei professionisti convenzionati e delle strutture organizzative specialistiche aziendali, le cure primarie e i servizi ad elevata integrazione sanitaria e socio-sanitaria. I Distretti operano in stretta integrazione con i soggetti gestori dei servizi socio-assistenziali, coordinando con dei Consorzi di Comuni per la gestione dei servizi socio-assistenziali (CISS) programmi e risorse. Assicurano percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali basati sul principio della continuità e del coordinamento degli interventi, promuovendo la multidisciplinarietà tra i ruoli professionali e tutte le strutture di produzione aziendali ed extra aziendali a carattere pubblico o privato accreditato.

3.1.3. Come operiamo

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

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

- nello sviluppo di un modello atto a garantire equità di accesso e omogeneità dei percorsi assistenziali, pur nell'ambito delle differenze insite tra i diversi ambiti territoriali;

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

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

A tal fine sono predisposti adeguati meccanismi di valutazione dei risultati raggiunti, coerenti con la valorizzazione dell'autonomia gestionale delle singole articolazioni organizzative e di riconoscimento formale dell'autonomia professionale e dei contributi di tutti gli operatori ai risultati aziendali.

L'unitarietà dell'azione organizzativa è perseguita e garantita dall'adozione di strumenti di normazione dell'articolazione dei ruoli e delle responsabilità (primo tra tutti il Piano di organizzazione), dei processi e delle disposizioni relative agli atti espressione dell'autonomia dei dirigenti.

L'Azienda impronta la propria organizzazione a principi di flessibilità, essenzialità e semplificazione, anche in considerazione delle alleanze strategiche, già attivate o in divenire, con i produttori di servizi sul territorio aziendale di appartenenza, pubblici, privati o del privato sociale e del volontariato, al fine di costruire un sistema di offerta il più possibile strutturato a rete, accessibile e adeguato alla domanda diversificata e complessa della popolazione di riferimento. L'organizzazione per processi interessa l'intera attività aziendale: si tratta dello strumento per realizzare operativamente i principi di razionalizzazione della struttura organizzativa, focalizzando l'attenzione sulle funzioni e le competenze dei professionisti e sui meccanismi di coordinamento e integrazione.

Il sistema di gestione per processi è sinergico al processo di accreditamento e, più in generale, al sistema di qualità aziendale e con questo opera al fine di declinare rispetto ai propri fruitori, ai livelli di qualità dei risultati e alle modalità più efficaci di realizzazione le modalità di svolgimento delle attività primarie e di supporto anche come condizione per la misurazione delle relative performance.

I processi aziendali una volta formalizzati assumono la forma di standard interni.

L'innovazione organizzativa e gestionale risponde a criteri di funzionalità, efficienza ed efficacia, per il miglioramento della qualità dei servizi e dell'apprendimento organizzativo.

La Direzione aziendale individua le specifiche responsabilità decisionali, di coordinamento e di controllo della funzione di innovazione organizzativa e gestionale dell'azienda, attraverso la

funzione di supervisione e coordinamento di tutti gli organismi aziendali a ciò specificamente preposti.

3.2 IDENTITA'

La definizione dell'identità dell'organizzazione costituisce la prima fase del percorso di costruzione del Piano e deve essere sviluppata, specie per quanto riguarda la missione e l'albero della performance, attraverso l'apporto congiunto dei seguenti attori:

vertici dell'amministrazione;

dirigenti o responsabili apicali dei vari settori organizzativi;

altri stakeholder interni (personale);

stakeholder esterni.

In altri termini, ciascuno di questi attori contribuisce, secondo momenti e iniziative di condivisione che vengono individuati dall'organizzazione – e ciascuno in funzione del proprio ruolo – alla esplicitazione dell'identità dell'organizzazione che servirà come punto di riferimento per lo sviluppo delle fasi successive del processo di definizione del Piano.

3.2.1 L'amministrazione in cifre

➤ 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 173.162 abitanti al 31.12.2012. La distribuzione della popolazione per fasce di età è la seguente:

DISTRETTO DOMODOSSOLA		0 - 4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80 - 84	85 - 89	90 - 94	95 - 99	100-112	TOT
tot. maschi	m	1.223	1.274	1.349	1.393	1.445	1.519	1.776	2.308	2.674	2.765	2.426	2.262	2.260	1.902	1.939	1.393	930	450	122	22	5	31.437
tot. Femmine	f	1.230	1.207	1.289	1.287	1.323	1.421	1.686	2.296	2.622	2.713	2.381	2.314	2.347	2.146	2.158	1.851	1.522	1.004	411	102	17	33.327
totale Dist. Domodossola	t	2.453	2.481	2.638	2.680	2.768	2.940	3.462	4.604	5.296	5.478	4.807	4.576	4.607	4.048	4.097	3.244	2.452	1.454	533	124	22	64.764
DISTRETTO OMEGNA		0 - 4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80 - 84	85 - 89	90 - 94	95 - 99	100-112	TOT
tot. Maschi	m	853	950	966	903	907	978	1.191	1.607	1.775	1.869	1.621	1.409	1.383	1.224	1.137	885	564	260	68	16	5	20.571
tot. femmine	f	849	939	886	859	923	955	1.148	1.524	1.744	1.796	1.569	1.503	1.461	1.298	1.300	1.171	980	674	303	71	12	21.965
totale Dist. Omegna	t	1.702	1.889	1.852	1.762	1.830	1.933	2.339	3.131	3.519	3.665	3.190	2.912	2.844	2.522	2.437	2.056	1.544	934	371	87	17	42.536
DISTRETTO VERBANIA		0 - 4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80 - 84	85 - 89	90 - 94	95 - 99	100-112	TOT
tot. maschi	m	1.346	1.432	1.415	1.428	1.422	1.486	1.731	2.207	2.761	2.930	2.479	2.155	2.111	1.879	1.844	1.371	902	505	158	27	3	31.592
tot. femmine	f	1.166	1.310	1.292	1.362	1.333	1.432	1.690	2.355	2.772	2.949	2.557	2.261	2.205	2.053	2.248	1.955	1.633	1.050	466	153	28	34.270
totale Distretto Verbania	t	2.512	2.742	2.707	2.790	2.755	2.918	3.421	4.562	5.533	5.879	5.036	4.416	4.316	3.932	4.092	3.326	2.535	1.555	624	180	31	65.862
TOTALE DISTRETTI		0 - 4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80 - 84	85 - 89	90 - 94	95 - 99	100-112	TOT
TOTALI ASL VCO MASCHI	m	3.422	3.656	3.730	3.724	3.774	3.983	4.698	6.122	7.210	7.564	6.526	5.826	5.754	5.005	4.920	3.649	2.396	1.215	348	65	13	83.600
TOTALE ASL VCO FEMMINE	f	3.245	3.456	3.467	3.508	3.579	3.808	4.524	6.175	7.138	7.458	6.507	6.078	6.013	5.497	5.706	4.977	4.135	2.728	1.180	326	57	89.562
TOTALI ASL VCO ANNO 2012	t	6.667	7.112	7.197	7.232	7.353	7.791	9.222	12.297	14.348	15.022	13.033	11.904	11.767	10.502	10.626	8.626	6.531	3.943	1.528	391	70	173.162

La popolazione esente da ticket per motivi di reddito, alla data del 09/10/2012, è pari a n. 93.037 esenzioni attive erogate mentre, per altri motivi (patologia), è pari a n. 69.895 esenzioni erogate.

Si precisa che:

- i dati sulla popolazione assistita e sulla sua scomposizione per fasce di età sono coerenti con quelli esposti nel quadro G del Modello FLS 11 (tenuto conto che quest'ultimo è riferito alla data del 21/01/2013)

Dal modello FLS 11 - ASLVCO - Sezione 'G - Assistibili'

FASCE DI ETÁ	NUMERO	MASCHI	FEMMINE
0 - 13 anni	19.685	10.152	9.533
14 - 64 anni	112.647	56.587	56.060
65 - 74 anni	20.985	9.860	11.125
74 anni e oltre	20.629	7.385	13.244
TOTALE	173.946	83.984	89.962

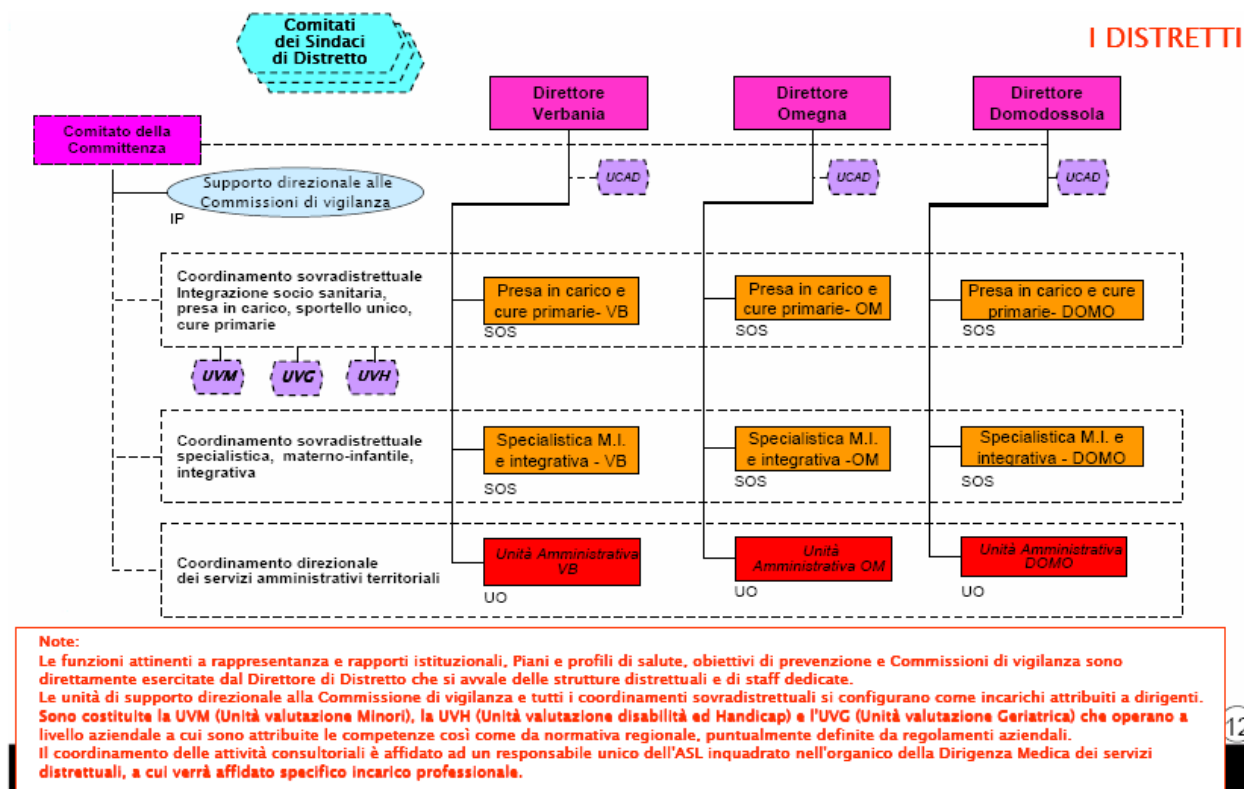
- i dati sulla popolazione esente da ticket sono coerenti con quelli esposti nel quadro H del modello FLS 11.

I dati relativi alla popolazione assistita differiscono da quelli ISTAT e da quelli utilizzati dalla Regione per il riparto del fabbisogno sanitario regionale standard.

In particolare la popolazione ISTAT è pari a 163.104 unità, la popolazione utilizzata dalla Regione per il riparto è pari a 173.674 unità.

➤ **Assistenza territoriale**

La funzione di tutela della salute è garantita dai distretti secondo lo schema seguente:



L'azienda opera mediante 1 presidio a gestione diretta (Hospice San Rocco) e 32 strutture convenzionate. La tipologia di strutture e il tipo di assistenza erogata sono riassunte nelle seguenti tabelle.

Per le strutture a gestione diretta:

Tipo struttura	Tipo assistenza											
	Attività clinica	Diagnostica strumentale e per immagini	Attività di laboratorio	Attività di consultorio familiare	Assistenza psichiatrica	Assistenza per tossicodipendenti	Assistenza AIDS	Assistenza idrotermale	Assistenza agli anziani	Assistenza ai disabili fisici	Assistenza ai disabili psichici	Assistenza ai malati terminali
Ambulatorio	Numero	.....	.....							
Laboratorio												
Struttura residenziale			.....		.....	.....	.....		.....	.....	.....	1
Struttura semi residenziale			.....		.....	.....	.....		.....	.....	.....	.....
Altro tipo di struttura					.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

Per le strutture convenzionate:

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

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

La tabella sottostante evidenzia i posti letto autorizzati ed accreditati divisi per struttura.

POSTI LETTO R.S.A. / ALZHEIMER AUTORIZZATI E ACCREDITATI			
DISTRETTO DI DOMODOSSOLA	R.S.A.	N.A.T.	C.D.A.I.
Casa di Assistenza per anziani di Domodossola	39		
Casa di Riposo per anziani di Premosello	54	8	2
RAF Teresa Ceretti Villadossola	35		
Casa di Riposo Varzo	10		
Casa Anziani Montescheno	20		
Casa di Riposo Bannio Anzino	19		
Casa di Riposo Vanzone	10		
Casa Anziano Ornavasso	10		
Casa di Riposo Villa Presbitero di Vogogna	20		

R.S.A Donat Cattin Di Baceno	60		
R.S.A. di RE	20		
DISTRETTO DI VERBANIA	R.S.A.	N.A.T.	C.D.A.I.
R.S.A. San Rocco	50		
Istituto Sacra Famiglia	47		
Casa di Cura L'eremo di Miazzina	19		
Casa di Riposo Muller	48		
Relais dell'Arcadia	28		
Opera Pia Domenico Uccelli	82	20	2
DISTRETTO DI OMEGNA	R.S.A.	N.A.T.	C.D.A.I.
Casa di riposo S.Antonio di Ameno	40		
R.S.A. Massimo Lagostina Omegna	94	10	2
Villa Serena Orta S. Giulio	103		

POSTI DI RICOVERO TEMPORANEO DEGENZA EXTRAOSPEDALIERA					
Distretto Omegna		Distretto Domodossola		Distretto Verbania	
VILLA SERENA	10	RSA BACENO	6	D.UCCELLI	10
LAGOSTINA	16	CASA ANZIANI Domodossola	10	RELAIS ARCADIA	4
		CASA ANZIANI Montescheno	1	S.ROCCO	10
		CASA PER ANZIANI Premosello	9	MULLER	4
Totale	26	Totale	26	Totale	28

Relativamente alla medicina generale, l'Azienda opera mediante 127 medici di base, che assistono complessivamente una popolazione pari a 150.946 unità e 15 pediatri che assistono complessivamente una popolazione in età pediatrica pari a 16.099 unità, per un totale di 167.045 assistiti (vedi tabella)

DISTRETTO DI DOMODOSSOLA		DISTRETTO DI OMEGNA		DISTRETTO DI VERBANIA		ASL VCO	
MMG	ASSISTITI	MMG	ASSISTITI	MMG	ASSISTITI	MMG	ASSISTITI
50	57.024	31	37.566	46	56.356	127	150.946
PLS	ASSISTITI	PLS	ASSISTITI	PLS	ASSISTITI	PLS	ASSISTITI
6	6.139	4	3.990	5	5.970	15	16.099

➤ **Assistenza ospedaliera**

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

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

N. 1	Presidio pubblico: Ospedale Unico organizzato nelle due sedi di Verbania (Ospedale "Castelli") e Domodossola (Ospedale "San Biagio")
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.

Il progetto di Ospedale unico, articolato sulle sedi di Verbania e di Domodossola, è pensato nell'ottica di:

- realizzare una gestione per intensità di cura;
- assicurare una flessibilità dell'offerta sempre garantendo, su entrambi i presidi, sia il supporto al Dea che l'attività ambulatoriale;
- raggiungere, conseguentemente, una maggior efficienza ed una conseguente razionalizzazione della spesa.

Nell'ambito dell'Ospedale Unico è attivo un complesso di strutture di ricovero ordinario, di ricovero diurno e/o giornaliero, di ambulatori e piattaforme organizzate per l'erogazione di servizi sanitari, diagnostici e terapeutici specialistici, di tipo acuto e post acuto, in elezione e in urgenza. L'ospedale è diretto da un Direttore di Presidio nominato dal Direttore Generale. E' dotato di un apparato sanitario, tecnico e amministrativo di supporto, per la gestione complessiva del Presidio e delle sedi operative dell'Ospedale Unico.

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

FUNZIONE DELLA PRODUZIONE DEI SERVIZI SANITARI

Dipartimenti aziendali strutturali

Dipartimento di Prevenzione

Dipartimento Salute mentale

Dipartimenti interaziendali con la partecipazione dell'ASL VCO

Dipartimento AFS2
Prevenzione secondaria dei tumori

Gruppi di progetto interaziendali con la partecipazione dell'ASL VCO

Radioterapia

I dipartimenti di patologia chirurgica, di patologia medica e di area critica sono costituiti ad interim, con mandato ai rispettivi direttori di presentare alla direzione aziendale, entro il termine di un anno, una proposta di evoluzione verso dipartimenti funzionali multidisciplinari di processo con riferimento ai più significativi PDTA non già ricompresi nei restanti dipartimenti funzionali.

STRUTTURE ORGANIZZATIVE DIPARTIMENTALI

Dipartimenti aziendali funzionali

Dipartimento di emergenza urgenza

Dipartimento delle patologie di area medica

Dipartimento delle patologie chirurgiche

Dipartimento di Area critica

Dipartimento materno infantile

Dipartimento delle patologie cardio e neuro vascolari

Dipartimento delle patologie oncologiche

Dipartimento dei servizi diagnostici

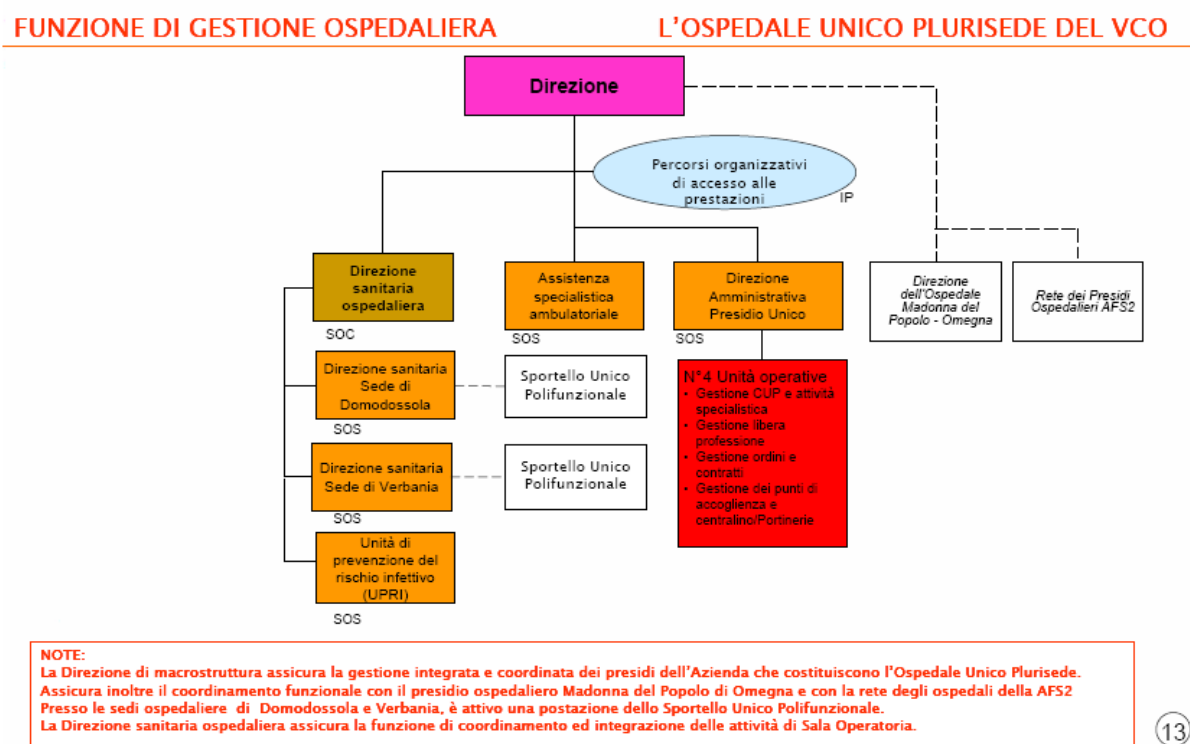
Dipartimento del farmaco

Dipartimento post-acuzie

Dipartimento delle Dipendenze

Dipartimento tecnico - amministrativo

La funzione di gestione ospedaliera è la seguente:



I posti letto direttamente gestiti sono pari a 343 unità (di cui 298 posti letto in Regime Ospedaliero e 45 in Day-Hospital), quelli convenzionati sono pari a 354 Unità. Di seguito è riportata una tabella riassuntiva con l'indicazione dei posti letto direttamente gestiti, suddivisi per presidi ospedalieri.

POSTI LETTO OSPEDALE UNICO ASL VCO

Descr Struttura	Cod Area	Descr Area	Cod Spec	Descr Specialità	Prg reparto	Letti RO	Letti DH	Letti Totali	
OSPEDALE UNICO PLURISEDE ASL 209	01	Area medica	08	Cardiologia	01	14	2	16	
	01	Area medica	24	Malattie infettive e tropicali	01	10	1	11	
	01	Area medica	26	Medicina generale	01	68	6	72	
	01	Area medica	29	Nefrologia	01	10	1	11	
	01	Area medica	32	Neurologia	01	16	1	17	
	01	Area medica	64	Oncologia	01	8	11	17	
	02	Area chirurgica	09	Chirurgia generale	01	35	2	37	
	02	Area chirurgica	14	Chirurgia vascolare	01	2	0	2	
	02	Area chirurgica	34	Oculistica	01	2	0	2	
	02	Area chirurgica	36	Ortopedia e traumatologia	01	32	3	35	
	02	Area chirurgica	38	Otorinolaringoiatria	01	5	1	6	
	02	Area chirurgica	43	Urologia	01	5	1	6	
	02	Area chirurgica	98	Day surgery	04	0	0	0	
	02	Area chirurgica	98	Day surgery	10	0	10	10	
	03	Area materno-infantile	31	Nido	03	29	0	29	
	03	Area materno-infantile	37	Ostetricia e ginecologia	03	19	1	20	
	03	Area materno-infantile	39	Pediatria	02	5	1	6	
	03	Area materno-infantile	62	Neonatologia	01	2	0	2	
	04	Area urgenze	49	Terapia intensiva e rianimazione	01	7	0	7	
	04	Area urgenze	50	Terapia intensiva/subintensiva cardiologica	01	5	0	5	
	06	Area psichiatria	40	Psichiatria SPDC	01	12	0	12	
	07	Area altro supporto ospedaliera	67	Libera Professione/Pensionanti multispecialistico	01	1	2	3	
	07	Area altro supporto ospedaliera	67	Libera Professione/Pensionanti multispecialistico	02	1	2	3	
	08	Area non acuzie	56	Recupero e riabilitazione funzionale 2 livello	01	14	0	14	
		Totale					298	45	343

Di seguito è riportata una tabella riassuntiva con l'indicazione dei posti letto convenzionati.

POSTI LETTO STRUTTURE PRIVATE CONVENZIONATE

Denominazione Struttura	Cod Area	Descrizione Area	Cod Spec	Descrizione Specialità	Letti RO	Letti DH	Letti Totali
CASA DI CURA L'EREMO DI MIAZZINA	08	Area non acuzie	56	Recupero e riabilitazione funzionale 1 livello	150	0	150
	08	Area non acuzie	60	Lungodegenza	120	0	120
	Totale				270	0	270
C.O.Q. OSPEDALE MADONNA DEL POPOLO	01	Area medica	26	Medicina generale	16	3	19
	02	Area chirurgica	09	Chirurgia generale	0	2	2
	02	Area chirurgica	34	Oculistica	0	1	1
	02	Area chirurgica	35	Odontoiatria e stomatologia	0	1	1
	02	Area chirurgica	36	Ortopedia e traumatologia	29	6	35
	08	Area non acuzie	56	Recupero e riabilitazione funzionale 2 livello	25	0	25
	Totale				70	13	83
CENTRO AUXOLOGICO ITALIANO	01	Area medica	26	Medicina generale	50	2	52
	01	Area medica	32	Neurologia	15	1	16
	03	Area materno-infantile	39	Pediatria	3	1	4
	08	Area non acuzie	56	Recupero e riabilitazione funzionale 2 livello	277	5	282
	Totale				345	9	354

**

➤ **Personale dipendente**

	Numero unità di personale Anno 2012	Numero unità di personale Anno 2013
Dipendenti di ruolo	1.869	1.810
Incaricati	1	9
Supplenti	16	11

*

	Numero unità di personale Anno 2012	Numero unità di personale Anno 2013
Ruolo Sanitario di cui:	1.303	1.265
Medici	305	299
Farmacisti/biologo/psicologi	36	35
Infermieri	777	750
Altro personale sanitario	118	114
Fisioterapisti/educatori	67	67
Ruolo Professionale di cui:	3	3
Dirigenti	3	3
Ruolo Tecnico di cui:	323	309
Dirigenti	2	2
Comparto	321 (di cui 170 OSS)	307 (di cui 168 OSS)
Ruolo Amministrativo di cui:	240	233
Dirigenti	8	8
Comparto	232	225
TOTALE RUOLI	1.869	1.810
Si devono anche considerare ulteriori 59 dipendenti distaccati al C.O.Q.		

➤ **Risorse economiche**

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.

Pre consuntivo 2012: risultato di gestione

Questa Azienda, nel rispetto di quanto previsto con nota prot. n. 2503 del 23.1.2013, ha trasmesso in Regione il pre consuntivo riferito all'anno 2012, registrando un risultato di gestione di - € 2.954 ed un risultato differenziale, tenuto conto delle poste non monetarie, di - € 3.277 come si evince dal prospetto che segue.

Voce di CE nuova aggregazione	BIVE IV TRIM.2012 Pre-consuntivo	
Ricavi gestione ordinaria		
Quota FSN	306.386	
di cui storno di quota di contributo da FSR in conto esercizio a contributo in c/ capitale utilizzata per immobilizzazioni	238	
quota FSN netto storno di quota di contributo da FSR in conto esercizio a contributo in c/capitale utilizzata per immobilizzazioni	306.148	
STP	13	
Altri Contributi da Regione	1.439	
Totale	307.600	
Altri Contributi da altri enti pubblici	1	
Contributi da privati	121	
Totale	307.722	
Ricavi per prestazioni	854	
Recuperi e rimborsi	4.875	
Ticket	4.950	
Ricavi vari	959	
Totale	11.638	
Ricavi intramoenia	3.032	
Totale ricavi gestione ordinaria	322.392	
Costi gestione ordinaria		
Acquisti e manutenzioni	41.680	
Assistenza sanitaria di base	20.164	
Farmaceutica	25.077	

Specialistica		5.499	
Riabilitativa		5.420	
Integrativa		2.816	
Ospedaliera da privato (case di cura)		12.563	
Ospedaliera da privato (presidi)		29.763	
Altra assistenza		22.731	
Altri servizi		24.316	
Godimento di beni e servizi		2.793	
Personale dipendente		96.421	
Spese amministrative e generali		6.437	
Servizi appaltati		10.964	
Accantonamenti		687	
Imposte e tasse		7.543	
Oneri finanziari		1.019	
Variazione delle rimanenze		413	
Compartecipazioni personale intramoenia		2.815	
Totale costi gestione ordinaria		319.121	
Risultato gestione ordinaria		3.271	
Ricavi straordinari		514	
Costi straordinari	-	473	
Mobilità attiva extra		30.873	
Mobilità passiva extra	-	21.005	
Mobilità attiva INTRA		13.093	
Mobilità passiva intra	-	26.906	
Costi capitalizzati E Rivalutazioni		5.238	
Ammortamenti	-	7.459	
Svalutazioni	-	100	
Risultato di gestione		- 2.954	
saldo ferie e straordinari maturati ma non goduti		/	
Poste non monetarie come da MEF		323	
Risultato differenziale	-	3.277	

*

Situazione finanziaria

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

Anticipazione ordinaria di tesoreria	€ 31.272.319
Anticipazione straordinaria di tesoreria	€ 3.448.731
Totale	€ 34.721.050

3.2.2 MANDATO ISTITUZIONALE E MISSIONE

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

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

L'Azienda:

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

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.

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

- centralità del cittadino, quale titolare del diritto alla salute;

- continuità assistenziale dei percorsi di cura al fine di consentire la presa in carico globale dell'assistito e la massima integrazione dei singoli momenti del percorso di cura, organizzando l'accesso ai servizi sanitari da parte dei cittadini, come prevede il P.S.S.R. 2002–15, in un'ottica di equità di trattamento e di accesso ai servizi, da realizzare attraverso la massima semplificazione burocratico–amministrativa;
- sistematica informazione al cittadino ed ai fruitori dei servizi sui loro diritti e opportunità;
- adozione di strumenti finalizzati allo sviluppo del processo di empowerment, come previsto dal P.S.S.R. 2012–2015;
- trasparenza dei processi decisionali e dell'azione organizzativa, volti alla corretta comunicazione delle politiche sanitarie aziendali ed alla partecipazione;
- collaborazione con le Istituzioni locali, le Organizzazioni Sindacali, le Associazioni rappresentative dei cittadini e del terzo settore;
- approccio integrato socio–sanitario alle problematiche di salute;
- tutela e cura delle persone più deboli o con disabilità, favorendo anche la loro integrazione nella vita quotidiana;
- contenimento dell'attività di ricovero (deospedalizzazione) evitandone l'uso improprio, da realizzare attraverso la continuità assistenziale, utile a garantire un percorso di presa in carico e di assistenza socio/sanitaria senza soluzioni di continuità;
- qualità dei servizi da realizzare lavorando sull'efficacia ed appropriatezza clinica, costruendo **percorsi** diagnostici terapeutici assistenziali improntati alla medicina basata sulle evidenze scientifiche, sulla sicurezza e sulla gestione del rischio, sull'appropriatezza organizzativa, sulla promozione della prevenzione;
- responsabilità ed autonomia dei professionisti mediate lo sviluppo del governo clinico;
- aggiornamento e sviluppo delle competenze professionali;
- sicurezza delle attività e degli ambienti di lavoro al fine di garantire la massima tutela per le persone che fruiscono dei servizi e per gli operatori;
- integrazione tra la dimensione clinica e quella economica, tenendo presente che la finalità istituzionale aziendale, in conformità a quanto emerge dal P.S.S.R. 2012–15, consiste nel garantire i LEA, in termini quali/quantitativi, razionalizzando il sistema attraverso la riduzione degli sprechi, delle diseconomie, delle duplicazioni di attività, ricercando, costantemente, la sostenibilità economica.

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

Le **linee strategiche aziendali** trovano il loro punto di riferimento nel P.S.S.R. 2012–2015 e sono dirette a riorientare l'azienda non solo sulla cura ma anche sulla prevenzione, sullo

sviluppo di politiche locali che favoriscano una miglior qualità di vita, di inclusione di tutti i cittadini, di educazione e formazione.

Le principali **linee strategiche aziendali** sono riferibili all'area della prevenzione, a quella territoriale ed ospedaliera, a cui si aggiunge una linea strategica che coinvolge tutte le aree ovvero:

1. Area della prevenzione.

Tale area intende 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.

2. Area Territoriale

Tale area 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;
- creare un sistema informativo in grado di supportare il governo del percorso di cura del paziente, dal suo ingresso in ospedale alla dimissione, e di seguire i progetti di cura territoriali;
- sviluppare sistemi organizzativi innovativi per la presa in carico dei pazienti cronici e fragili al fine del mantenimento presso il proprio domicilio, utilizzando anche le opportunità offerte dalle ICT (telemedicina, telesoccorso);
- 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;
- 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.

3. Area Ospedaliera

Tale area intende:

- mettere in atto, in modo completo, il modello di Ospedale Unico, articolato nelle sedi di Domodossola e Verbania, pensato nell'ottica di una gestione per intensità di cure, come previsto dal P.S.S.R. 2012-15;
- 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.

4. Linea comune alle tre aree

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.

3.2.3 ALBERO DELLA PERFORMANCE

L'Albero della Performance è un diagramma che rappresenta graficamente i legami tra missione, aree strategiche, obiettivi strategici e obiettivi operativi. In altri termini, tale diagramma dimostra come gli obiettivi, ai vari livelli e di diversa natura, contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, alla missione.

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

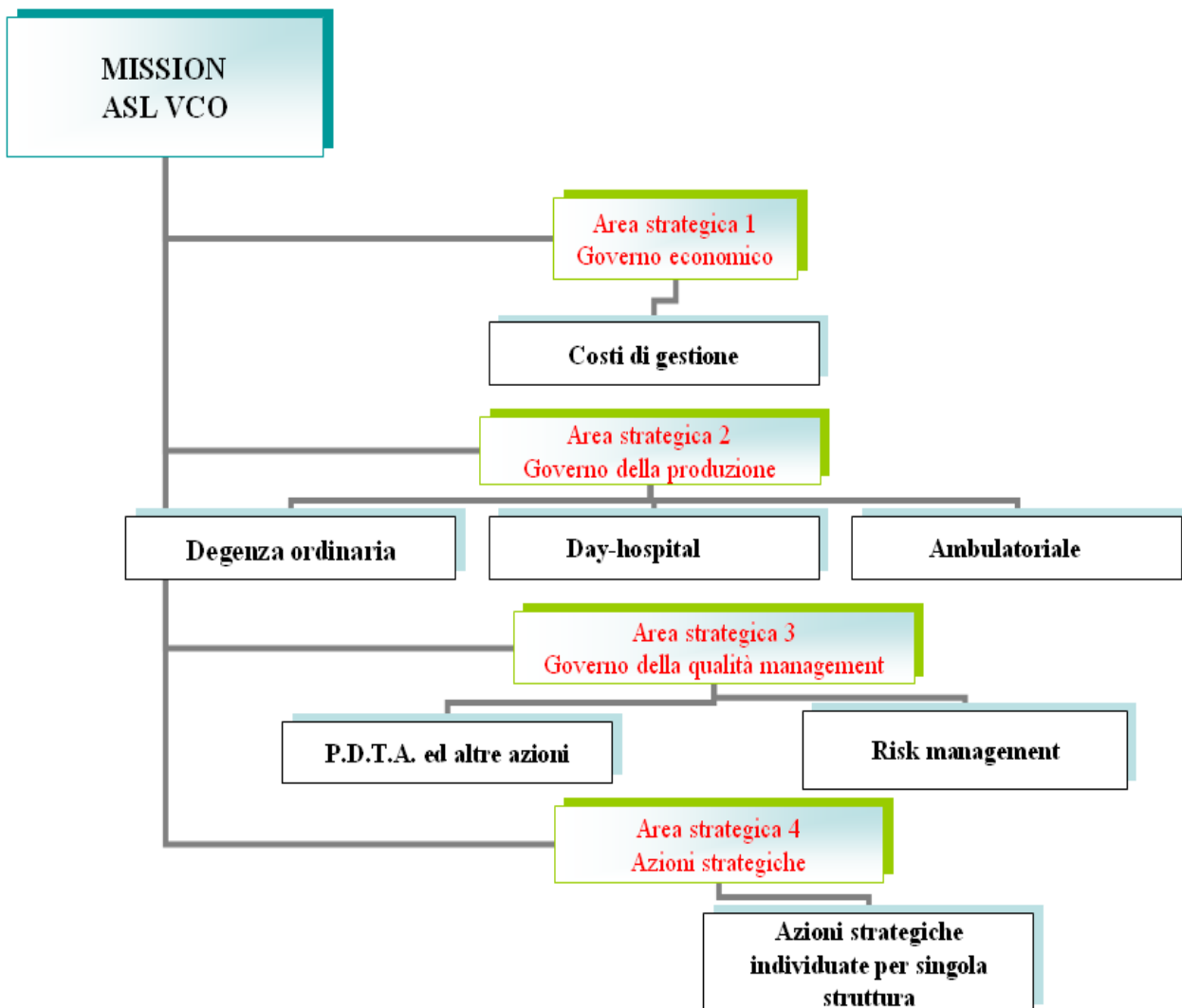
Gli obiettivi operativi sono dettagliati in Piani operativi in cui all'obiettivo vengono associati indicatori, target, orizzonte e articolazione temporale, responsabili e risorse assegnate.

La definizione del piano della performance è quindi sviluppata in base a diverse componenti che influenzano il mercato di riferimento.

Le aree strategiche individuate sono le seguenti:

- **Area Strategica 1: *Governo economico-finanziario***
Riguarda gli obiettivi di compatibilità economico finanziaria con il budget assegnato dall'Azienda.
- **Area Strategica 2: *Governo della produzione***
Riguarda le azioni atte a migliorare l'efficienza e l'efficacia dell'intero sistema sotto il profilo delle prestazioni erogate ai cittadini
- **Area Strategica 3: *Governo della qualità***
Riguarda le azioni atte a migliorare l'efficienza e l'efficacia dell'intero sistema sotto il profilo delle qualità
- **Area Strategica 4: *Azioni strategiche personalizzate***
Riguarda tutte quelle azioni strategiche atte a migliorare l'efficienza e l'efficacia dell'intero sistema tenuto conto delle particolari criticità rilevate in Azienda.

Albero della Performance: il collegamento fra mandato istituzionale-missione e aree strategiche



3.3. ANALISI DEL CONTESTO

L'analisi del contesto è un processo conoscitivo che un'amministrazione pubblica dovrebbe compiere nel momento in cui definisce le proprie strategie ed ha lo scopo di:

- Fornire una visione integrata della situazione in cui l'amministrazione va ad operare;
- Stimare preliminarmente 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 i punti di debolezza che caratterizzano la propria organizzazione rispetto alle strategie da realizzare.

3.3.1 Analisi del contesto esterno

Si rappresentano i dati relativi alla popolazione residente nell'ASL VCO al 31 dicembre 2012, dati forniti dagli uffici anagrafe dei n. 84 Comuni che fanno parte dell'Azienda.

		Fasce d'età			
		0-14	15-64	>65	TOT.
		Valori assoluti			
Popolazione ASL VCO		20.976	109.969	42.217	173.162

Dall'analisi dei dati si evince che la popolazione ha una struttura per età particolarmente anziana: l'incidenza di over 65 è elevata: 24,38%.

L'importante presenza di anziani caratterizza la popolazione dell'ASL VCO, fattore comune alla maggior parte delle popolazioni italiane ed europee, con evidenti ricadute sul sistema sanitario.

Il miglioramento delle condizioni di vita e di salute nelle popolazioni ha modificato il profilo epidemiologico degli anziani: tradizionalmente venivano definiti anziani i soggetti con età di 65 anni e oltre; ora, si preferisce distinguere tra: "giovani vecchi" (tra i 65 ed i 74 anni); "vecchi vecchi" (tra i 75 e gli 84 anni); "grandi vecchi" (oltre gli 85 anni).

La composizione per sesso è squilibrata in favore delle donne, in particolare nella fascia di età over 75.

Sono stati, inoltre, valutati i seguenti indici distintamente per ciascun distretto: 2012

	Popolazione	Indice di vecchiaia	Indice di invecchiamento	Indice di femminilità	Indice di mortalità	Superficie terr. Km ²	Densità ab.Km ²
Distretto Domodossola	64.764	211	25	106	12,24	1.579,59	41
Distretto Omegna	42.536	183	23	106,78	12,51	272,63	156
Distretto Verbania	65.862	204	25	108,48	11,57	480,10	137
ASL VCO	173.162	201	24	107,13	12,05	2.332,32	74

Indice di vecchiaia: indica il numero di anziani (65 anni e oltre) presenti nella popolazione ogni 100 bambini (0 - 14 anni).

Indice di invecchiamento: indica il numero di anziani (65 anni e oltre) presenti nella popolazione ogni 100 abitanti.

Indice di femminilità: esprime il rapporto tra i sessi, evidenziando quante femmine sono presenti nella popolazione, ogni 100 maschi.

Indice di mortalità: esprime il numero di morti che si verificano in un anno ogni 1000 abitanti presenti nella popolazione.

	Popolazione	Indice di Natalità (%)	Indice di fecondità (%)	Indice di mortalità infantile (%)
Distretto Domodossola	64.764	7,36	44,95	0
Distretto Omegna	42.536	7,24	43,20	0
Distretto Verbania	65.862	7,28	43,86	0
ASL V.C.O.	173.162	7,30	44,10	0

Indice di natalità: è un indice di fecondità e di vitalità della popolazione. Esprime il numero di nascite che si verificano in un determinato periodo (generalmente un anno), ogni 1.000 abitanti mediamente presenti nella popolazione (P). P viene calcolato mediante la semi-somma della popolazione presente al 1° gennaio e al 31 dicembre.

Indice di fecondità: si calcola rapportando i nati, sia maschi che femmine, nell'anno ogni 1.000 femmine in età fertile, cioè compresa tra i 15 e i 44 anni.

Indice di mortalità infantile: è un indice sensibile delle condizioni sociali ed economiche di una collettività.

➤ *Lo stato di salute*

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

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

A riferire buone condizioni di salute sono in particolare le persone con meno di 50 anni, gli uomini, le persone con alto livello d'istruzione e senza difficoltà economiche, le persone senza patologie croniche.

Le donne hanno una percezione peggiore del proprio stato di salute (es: per motivi psicologici in media 2,0 giorni al mese di salute non positiva rispetto a 1,0 degli uomini).

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

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

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

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

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

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

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

➤ *Stili di vita*

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

Il 39% presenta un eccesso di peso (circa 47.000 persone stimate); pochi (10%) riferiscono adeguati consumi di frutta e verdura. Circa un quarto fuma sigarette (26% pari a 31.000 persone), con una significativa maggiore diffusione tra i giovani. 1 persona su 6, infine, beve in modo pericoloso per la salute (15% pari a oltre 18.000 persone).

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

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

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

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

➤ **La situazione nutrizionale**

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

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

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

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

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

I bambini dell’ASL VCO svolgono attività fisica insufficiente:

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

➤ **Abitudine al fumo**

Nell’ ASL VCO:

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

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

La media di sigarette fumate al giorno è 14.

➤ **Consumo di alcol**

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

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

➤ **Sicurezza e incidenti**

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

– Il 15% dichiara di aver guidato con un livello pericoloso di alcol nel sangue (entro un’ora dall’aver assunto 2 o più unità di bevande alcoliche). La percentuale è simile a quella regionale (13%).

– L’abitudine a guidare sotto l’effetto dell’alcol è più frequente negli uomini (20% rispetto al 6% delle donne).

– E’ elevato l’utilizzo del casco (97%) e della cintura di sicurezza anteriore (91%); l’uso della

cintura posteriore è invece meno diffuso (20%). L'andamento è analogo a quello regionale. Gli infortuni domestici, pur essendo frequenti, non sono percepiti come tali dalla maggior parte della popolazione.

- Sebbene gli infortuni domestici siano un importante problema sanitario, il rischio di infortunio domestico è considerato basso o assente dal 96% delle persone (93% in Piemonte).
- La percezione del rischio è lievemente maggiore negli uomini (97% rispetto al 94% delle donne).

➤ **Infortuni sul lavoro**

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

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

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

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

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

➤ **Malattie professionali**

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

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

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

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

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

➤ **Fattori di rischio cardiovascolare**

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

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

- L'87% delle persone si è sottoposto a misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni (85% in Piemonte).
- Il 23% delle persone a cui è stata misurata la pressione riporta di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa (21% in Piemonte); oltre i 50 anni gli ipertesi sono 42% della popolazione.
- Il 76% delle persone ipertese è in trattamento farmacologico (75% in Piemonte).
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, le persone ipertese riferiscono di aver ricevuto da un medico il consiglio di ridurre il consumo di sale (83%), controllare il proprio peso corporeo (85%) e svolgere regolare attività fisica (87%).

- L' 82% delle persone ha misurato almeno una volta la colesterolemia (79% in Piemonte).
- Il 22% di questi ha avuto una diagnosi di ipercolesterolemia (25% in Piemonte); oltre i 50 anni gli ipercolesterolemici aumentano al 34%.
- Il 30% degli ipercolesterolemici è in trattamento farmacologico (30% in Piemonte).

Le persone ipercolesterolemiche riferiscono di aver ricevuto il consiglio da un medico di ridurre il consumo di carne e formaggi (86%), di svolgere regolare attività fisica (82%), di aumentare il consumo di frutta e verdura (80%) e di controllare il proprio peso corporeo (78%). E' uno strumento semplice e obiettivo che il medico può utilizzare per stimare la probabilità del paziente di andare incontro ad un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi. Per calcolarlo è necessario conoscere il valore di 6 fattori di rischio: sesso, diabete, abitudine al fumo, età, colesterolemia, pressione arteriosa. Nell'ASL VCO la percentuale di persone di 35-69 anni cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare è del 3% (6% in Piemonte).

➤ *Interventi di prevenzione individuale*

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

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

- L'alta percentuale di esami eseguiti nell'ultimo anno (50%) mostra che esiste una quota di donne che effettua l'esame più frequentemente di quanto raccomandato.
- Lettera d'invito, consiglio dell'operatore sanitario, campagne informative sono strumenti efficaci giudicati molto importanti dalla maggior parte delle donne per l'esecuzione del Pap test; tra le donne raggiunte da questi interventi la percentuale di effettuazione dell'esame aumenta significativamente.
- Tra i fattori di non effettuazione dell'esame il più frequente è la non corretta percezione del rischio: il 44% ritiene di non averne bisogno.

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

- L'età media di effettuazione della prima mammografia preventiva è di 40 anni. Tra i 40 e i 49 anni il 61% delle donne dichiara di avere effettuato la mammografia preventiva.
- Lettera d'invito, consiglio dell'operatore sanitario e campagne informative sono strumenti efficaci per favorire l'adesione allo screening: la maggior parte delle donne li giudica molto importanti per l'esecuzione della mammografia e tra le donne raggiunte da questi interventi la percentuale di effettuazione dell'esame cresce notevolmente.

- Tra i fattori di non effettuazione dell'esame il più frequente è la non corretta percezione del rischio che gioca il ruolo principale: il 41% ritiene di non avere bisogno dell'esame
- Nell'ASL VCO l'8% delle persone di 50-69 anni riferisce di essersi sottoposto alla ricerca di sangue occulto nelle feci a scopo preventivo nell'ultimo biennio (11% in Piemonte) ed il 13% di aver effettuato una colonscopia preventiva negli ultimi 5 anni (10% in Piemonte).
- Esiste un ampio margine di migliorabilità: si stima che circa 9 persone su 10 non abbiano mai effettuato una ricerca del sangue occulto nelle feci e/o una colonscopia preventiva.
- Lettera d'invito, consiglio dell'operatore sanitario e campagne informative sono strumenti efficaci per favorire l'adesione alle linee guida: tra le persone raggiunte da questi interventi la percentuale di effettuazione è maggiore.
- La non effettuazione di almeno un test è associata soprattutto al fatto di non avere mai ricevuto indicazioni a farlo.

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

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

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

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

➤ *La mortalità*

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

mortalità generale (tutte le cause)

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

Si registrano anche aumenti non significativi delle mortalità per:

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

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

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

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

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

Si registrano anche aumenti non significativi delle mortalità per:

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

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

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

Si registrano anche aumenti non significativi delle mortalità per:

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

➤ *L'ospedalizzazione*

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

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

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

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

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

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

➤ *Fattori di rischio*

Conclusivamente si può osservare quanto segue:

la definizione delle priorità di intervento non può non prescindere:

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

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

➤ ***Criticità del contesto esterno***

- 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: sotto l’aspetto demografico la popolazione dell’ASI si presenta come popolazione anziana: la percentuale di persone con età maggiore o uguale a 65 anni corrisponde al 23% della popolazione totale. In questo contesto di allungamento della vita media si ha una crescita costante della prevalenza di patologie cronico degenerative con il conseguente elevato carico assistenziale. Le due principali cause di mortalità sono rappresentate dalle malattie cardiocircolatorie e neoplastiche.
- costi importanti di mobilità passiva. Le cause che concorrono a determinare questo fenomeno sono molteplici: a) geografiche, logistiche essendo il VCO un’area di confine; b) sanitarie dovute all’assenza di talune specialità; c) di bassa attrattività di alcune strutture sussistendo la fuga anche per specialità presenti in azienda.

➤ ***Punti di forza del contesto esterno***

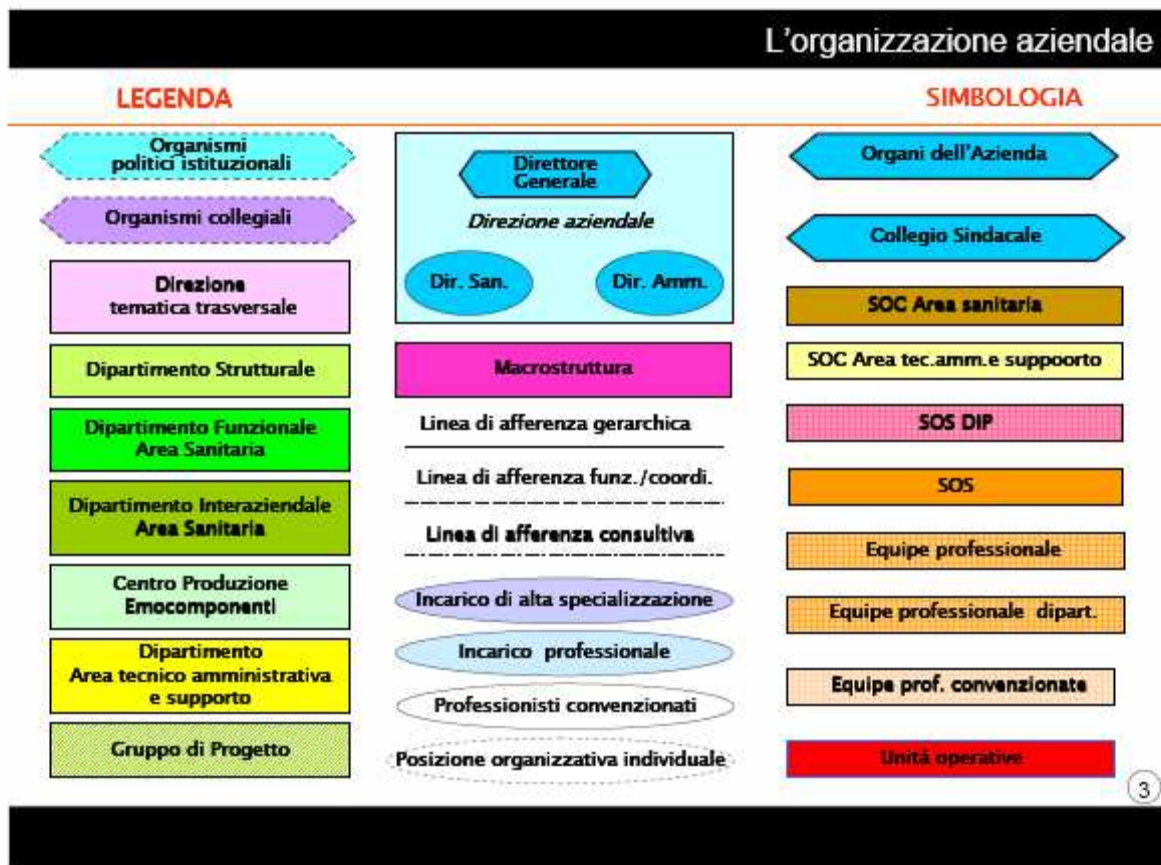
- Attaccamento della popolazione ai servizi (con numerose campagne di donazione)
- Presenza sul territorio di numerose associazioni di volontariato.

3.3.2 Analisi del contesto interno

L'analisi del contesto interno riguarda le seguenti quattro dimensioni:

- organizzazione
- risorse economiche e strumentali
- risorse umane
- "salute finanziaria"

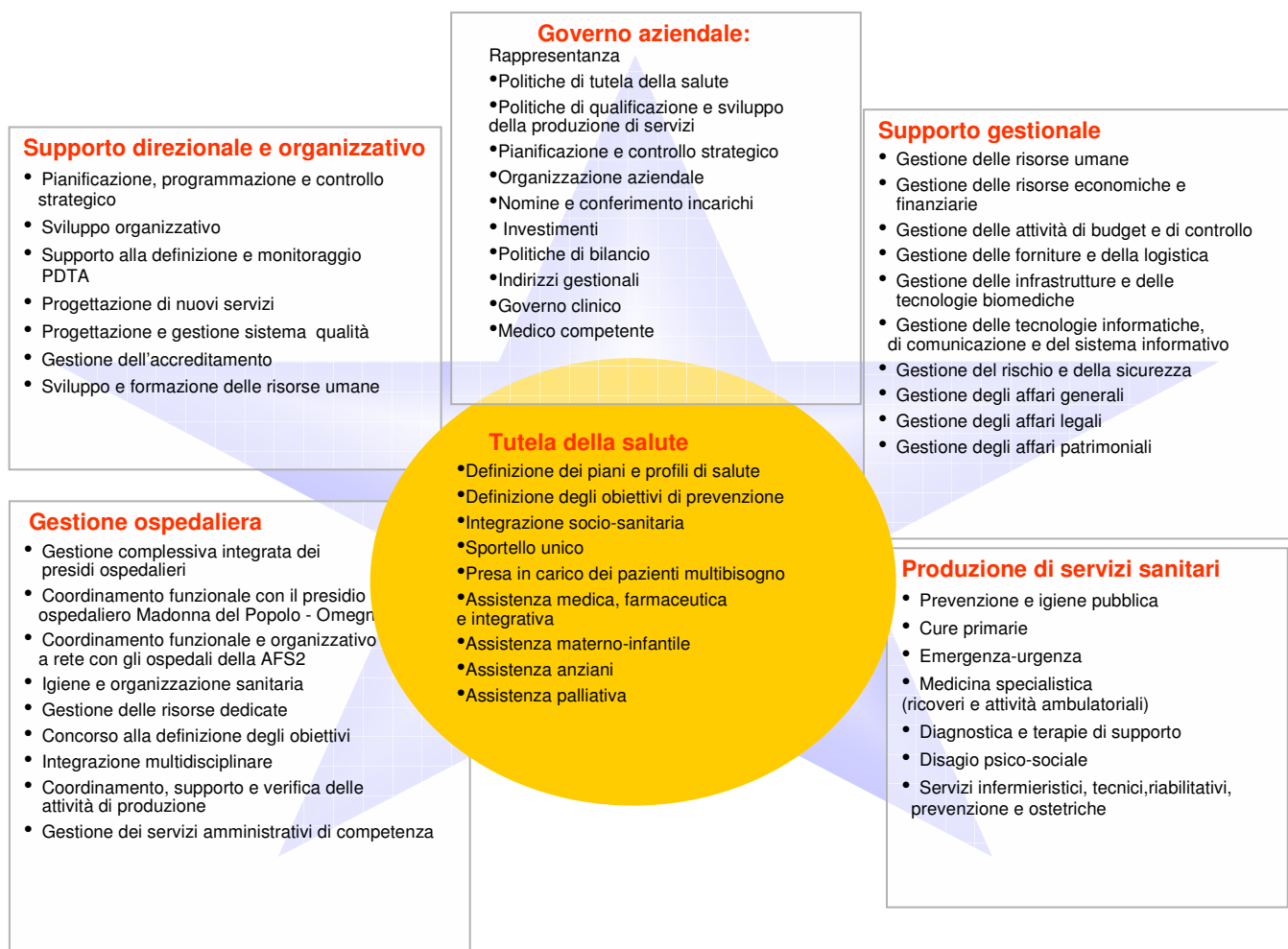
3.3.3 L'organizzazione



Come risulta dal Piano di organizzazione aziendale ad oggi vigente il modello organizzativo dell'azienda si basa sulla distinzione tra le seguenti macro funzioni:

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

La figura che segue rappresenta i processi più significativi che caratterizzano l'azienda nel suo complesso sia ciascuna macroarea di attività.



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

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

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

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

- macrostrutture (Distretti ed Ospedale unico plurisede)
- strutture organizzative complesse (S.O.C.)
- strutture organizzative semplici (S.O.S.)
- equipe professionali (E.P.)

- e) unità operativa (U.O.)
- f) strutture dipartimentali
- g) direzioni tematiche trasversali
- h) gruppi di progetto.

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).

Analisi caratteri qualitativi/quantitativi

Indicatori	Valore
Età media del personale (anni)	48
Età media dei dirigenti (anni)	51

Analisi benessere organizzativo

Indicatori	Valore
Tasso di assenze (comprese assenze per malattia, maternità, ecc.)	33
Tasso di richieste di trasferimento	0,5
Tasso di infortuni	0,06
% di personale assunto a tempo indeterminato	99,32

Analisi di genere

Indicatori	Valore
% di donne rispetto al totale del personale	77,04
% di personale donna assunto a tempo indeterminato	99,16
Età media del personale femminile (personale dirigente)	49
Età media del personale femminile (personale)	47

Dall'analisi del contesto aziendale emergono punti di forza e punti di debolezza.

➤ **Punti di forza:**

Si è lavorato al fine di realizzare il riordino degli ospedali di Verbania e di Domodossola per la realizzazione dell'ospedale unico plurisede ponendo particolare attenzione al raggiungimento

degli orientamenti e delle metodologie legate al governo clinico quale strumento per tradurre nella pratica clinica i temi della medicina basata sulle evidenze, dell'appropriatezza e dell'efficacia.

Si è inoltre agito per 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.

Inoltre si sta tendendo ad un passaggio da una modalità organizzativa prevalentemente fondata sull'efficienza ad una più orientata all'efficacia, all'output, attraverso la realizzazione di percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali interdisciplinari in grado di permettere la vera e completa presa in carico del paziente, dal momento del primo approccio alla struttura sanitaria sino al termine del suo iter.

➤ **Punti di debolezza:**

- disavanzo economico.
- significativo tasso di ospedalizzazione che presenta elementi di criticità in particolare con riguardo all'area riabilitativa.
- necessità di frazionamento dei servizi per assicurare la funzionalità di tutti i presidi.

3.4 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.

Dopo aver definito le aree strategiche sono stati individuati una serie di obiettivi inseriti in una scheda obiettivi e concordati tra la Direzione Generale ed i Responsabili delle strutture complesse aziendali.

Secondo la logica del Piano della Performance ogni obiettivo strategico è articolato in obiettivi operativi, per ciascuno dei quali sono state definite le azioni, i tempi, le risorse e le responsabilità organizzative connesse al loro raggiungimento. Il tutto è sintetizzato all'interno delle apposite schede che individuano in generale:

- l'obiettivo operativo, a cui si associano, rispettivamente, uno o più indicatori; ad ogni indicatore è attribuito un target (valore atteso);
- le azioni da porre in essere con la relativa tempistica.

Tali obiettivi vengono declinati e assegnati a tutte le strutture attraverso una fase di concertazione ed approfondimento con tutti i Direttori, definendo gli indicatori e le tempistiche di raggiungimento.

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

3.4.1 OBIETTIVI ASSEGNATI AL PERSONALE DIRIGENZIALE

La scheda utilizzata per assegnare gli obiettivi 2013 ai Responsabili di Struttura sanitaria è la seguente:

SOC: _____

OBIETTIVI 2013

		Descrizione obiettivo	Indicatore	Risultato 2012	Obiettivo 2013	Fonte dati	Period. controllo	Peso	
Governo economico									
GOVERNO PRODUZIONE	Gestione produzione								
	Ricoveri ordinari								
	D-H								
	Ambulatoriale								

		Descrizione obiettivo	Indicatore	Risultato 2012	Obiettivo 2013	Fontedati	Period.controllo	Peso
Efficienza								
Azioni strategiche								
Accreditamento								
RISK MANAGEMENT	Rischio clinico							
	Rischio infettivo							

La scheda obiettivi per l'area ospedaliera per l'anno 2013 prevede due parti descritte di seguito:

LA PRIMA PARTE comprende:	
1.1	Governo economico
1.2	Governo produzione

1.1 Governo economico	
Contenimento spesa per beni e servizi	<p>Si riferisce al budget assegnato alla struttura per l'anno 2013 (attiene ai costi di gestione, escluso il personale, esclusi i costi ribaltati della Direzione Generale).</p> <p>Si è dovuto procedere, per l'anno 2013, ad un ridimensionamento dell'importo del budget rispetto al 2012.</p> <p>Si tratta di una decisione obbligata e scaturita dal fatto che la Regione (monitorata costantemente dal Ministero attraverso il Piano di Rientro), per fronteggiare la difficile situazione economica in cui si trova ha assegnato, per l'anno 2013, minori risorse rispetto all'anno precedente.</p> <p>In particolare si segnala, <u>tra gli obiettivi di mandato prioritari assegnati al Direttore Generale</u>, il seguente: <i>"Riduzione del costo complessivo di funzionamento dell'Azienda sanitaria per gli anni 2012 e 2013".</i></p>
Fonte dati spesa	Report messi a disposizione dalla Soc Budget e Controllo
Andamento costi	Attraverso i report messi a disposizione della Soc Budget e Controllo si potrà monitorare l'andamento della spesa segnalando alla Direzione Generale l'esistenza di eventuali criticità al fine di individuare, laddove possibile, tempestive azioni correttive.

*

Adesione target di spesa	Tenuto conto che una delle voci di spesa che più incidono sul bilancio è rappresentata da quella farmaceutica , al fine di una razionalizzazione di tale spesa da attuarsi soprattutto migliorando l'<u>appropriatezza</u> , è stato individuato questo obiettivo.
Coordinamento	Il coordinamento di questo obiettivo verrà realizzato dal Direttore del Dipartimento del Farmaco Dr.ssa Poggi che contatterà i Responsabili di Soc al fine di agire in modo sinergico e secondo un indirizzo condiviso.

1.2 Governo della produzione	
Gestione produzione	Si fa riferimento al valore della produzione di ciascuna Struttura (degenza ordinaria, Day Hospital, ambulatoriale). Si è richiesto di mantenere la produzione nei limiti dell'anno 2012
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.

Ricoveri ordinari	Comprende i seguenti parametri: -Peso medio DRG; -Tasso occupazione posti letto; -Degenza media; -Appropriatezza: Rispetto soglie di cui alla DGR n. 4-2495/2011; -SDO con intervento chirurgico
DH	Riguarda i n. casi in regime di Day-Hospital (unità)
Ambulatoriale	Comprende i seguenti parametri: - N° prestazioni ambulatoriali (flusso C); -Valorizzazione prestazioni 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.

LA SECONDA PARTE comprende:		
2.1	Efficienza	
2.2	Azioni strategiche	
2.3	Accreditamento	
2.4	Risk Management	

*

2.1 Efficienza	
Messa in atto interventi richiesti da ASA per il contenimento dei tempi di attesa”	Il coordinamento di tale obiettivo verrà realizzato dal Responsabile ASA, Dr. De Stefano, che indicherà ai Responsabili di Soc le azioni da mettere in atto.
Contenimento spesa consulenti esterni	Tenuto conto dell'esigenza di razionalizzare la spesa per consulenti esterni verrà realizzato uno stretto monitoraggio.

2.2 Azioni Strategiche	
Descrizione	Sono state individuate specifiche azioni per ciascuna Struttura tenuto conto: <ul style="list-style-type: none"> - sia di esigenze particolari; - sia degli obiettivi di mandato assegnati al Direttore Generale
Coordinamento	Per quanto attiene le azioni specifiche assegnate alle varie Soc si invitano i Responsabili di Struttura ad individuare le modalità ritenute più opportune per dare applicazione all’obiettivo. Tali azioni andranno condivise, prima della loro realizzazione, con la Direzione Generale. La Direzione fisserà specifici incontri per discutere le linee generali

2.3 Accreditemento	
Descrizione	A tale sezione afferiscono una serie di obiettivi (alcuni afferenti all’area ospedaliera, altri territoriale) riferiti: <ul style="list-style-type: none"> a) alla predisposizione e/o applicazione di specifici percorsi (PDTA) (richiesti a livello regionale o individuati a livello aziendale) ovvero: <ul style="list-style-type: none"> ➤ PDTA tumori della laringe; ➤ PDTA tumori del colon retto; ➤ PDTA tumore della mammella; ➤ PDTA frattura di femore nell’anziano; ➤ PDTA ictus b) alla validazione/applicazione delle seguenti procedure operative: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Interruzione farmacologica della gravidanza; ➤ Servizio Trasporto Emergenza Neonatale (STEN) e Servizio trasporto in utero (STAM);

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Accoglienza e dimissione ambulatorio di urologia; visita urologica e biopsia prostatica; refertazione della biopsia prostatica c) alla stesura del protocollo di coordinamento di interventi psico-oncologici d) all'identificazione di 1 Dirigente responsabile della qualità/rischio (se non già identificato) e) alla raccolta di dati per il monitoraggio dei percorsi di cura f) al rispetto delle tempistiche nell'erogazione di consulenze/referti secondo disposizioni e norme.
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.

2.4 Risk management	
Rischio clinico	Riguarda la messa in atto degli interventi previsti dall'Unità di Rischio Clinico
Coordinamento	Anche per l'anno 2013 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 2013.

**

La scheda obiettivi per l'area territoriale per l'anno 2013 prevede due parti descritte di seguito:

LA PRIMA PARTE comprende:	
1.1	Governo economico
1.2	Governo produzione

1.1 Governo economico

Contenimento spesa per beni e servizi	<p>Si riferisce al budget assegnato alla struttura per l'anno 2013 (attiene ai costi di gestione, escluso il personale, escluso i costi ribaltati della Direzione Generale).</p> <p>Si è dovuto procedere, per l'anno 2013, ad un ridimensionamento dell'importo del budget rispetto al 2012.</p> <p>Si tratta di una decisione obbligata e scaturita dal fatto che la Regione (monitorata costantemente dal Ministero attraverso il Piano di Rientro), per fronteggiare la difficile situazione economica in cui si trova ha assegnato, per l'anno 2013, minori risorse rispetto all'anno precedente.</p> <p>In particolare si segnala, <u>tra gli obiettivi di mandato prioritari assegnati al Direttore Generale</u>, il seguente: <i>"Riduzione del costo complessivo di funzionamento dell'Azienda sanitaria per gli anni 2012 e 2013".</i></p>
Fonte dati spesa	Report messi a disposizione dalla Soc Budget e Controllo
Andamento costi	Attraverso i report messi a disposizione della Soc Budget e Controllo si potrà monitorare l'andamento della spesa segnalando alla Direzione Generale l'esistenza di eventuali criticità al fine di individuare, laddove possibile, tempestive azioni correttive.

*

Adesione target di spesa	Tenuto conto che una delle voci di spesa che più incidono sul bilancio è rappresentata da quella farmaceutica , al fine di una razionalizzazione di tale spesa da attuarsi soprattutto migliorando l'<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.

1.2 Governo della produzione	
Gestione attività	Si fa riferimento al valore della produzione di ciascuna Struttura (ambulatoriale). Si è richiesto di mantenere la produzione nei limiti dell'anno 2012 .
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.

*

LA SECONDA PARTE comprende:		
2.1	Azioni strategiche	
2.2	Accreditamento	
2.3	Risk Management	

2.1 Azioni Strategiche	
Descrizione	Sono state individuate specifiche azioni per ciascuna Struttura tenuto conto: <ul style="list-style-type: none"> - sia di esigenze particolari; - sia degli obiettivi di mandato assegnati al Direttore Generale
Coordinamento	Per quanto attiene le azioni specifiche assegnate alle varie Soc si invitano i Responsabili di Struttura ad individuare le modalità ritenute più opportune per dare applicazione all'obiettivo. Tali azioni andranno condivise, prima della loro realizzazione, con la Direzione Generale.

*

2.2 Accreditamento	
Descrizione	A tale sezione afferiscono una serie di obiettivi (alcuni afferenti all'area ospedaliera, altri territoriale) riferiti: <ul style="list-style-type: none"> g) alla predisposizione e/o applicazione di specifici percorsi (PDTA) (richiesti a livello regionale o individuati a livello aziendale) ovvero: <ul style="list-style-type: none"> ➤ PDTA tumori della laringe;

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ PDTA tumori del colon retto; ➤ PDTA tumore della mammella; ➤ PDTA frattura di femore nell'anziano; ➤ PDTA ictus <p>h) alla validazione/applicazione delle seguenti procedure operative:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Interruzione farmacologica della gravidanza; ➤ Servizio Trasporto Emergenza Neonatale (STEN) e Servizio trasporto in utero (STAM); ➤ Accoglienza e dimissione ambulatorio di urologia; visita urologica e biopsia prostatica; refertazione della biopsia prostatica <p>i) alla stesura del protocollo di coordinamento di interventi psico-oncologici</p> <p>j) all'identificazione di 1 Dirigente responsabile della qualità/rischio (se non già identificato)</p> <p>k) alla raccolta di dati per il monitoraggio dei percorsi di cura</p> <p>l) al rispetto delle tempistiche nell'erogazione di consulenze/referti secondo disposizioni e norme.</p>
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.

2.3 Risk management	
Rischio clinico	Riguarda la messa in atto degli interventi previsti dall'Unità di Rischio Clinico .
Coordinamento	Anche per l'anno 2013 i Responsabili di Soc/Sos dovranno segnalare all'Unità di Rischio Clinico eventuali eventi avversi o potenzialmente avversi. Rispetto a tali eventi il Responsabile della SOC ALP, (coordinatore dell'obiettivo) dopo aver istruito la relativa istruttoria individuerà i conseguenti interventi che dovranno essere messi in atto.

**

La scheda obiettivi per l'area amministrativa per l'anno 2013 è così costituita:

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

Sezioni	Descrizione	Peso
1.	Gestione Ordinaria	
2.	Attività di Complemento	
3.	Governo economico	
	Totale	

Sezione 1: Gestione ordinaria

La sezione 1. comprende :

Gli obiettivi specifici di ciascuna Struttura:

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

Sezione 2: Attività di complemento

La sezione 2. comprende:

1.	Obiettivi comuni a tutte le strutture
2.	Obiettivi specifici per ciascuna Struttura

1. Gli obiettivi comuni a tutte le Strutture sono stati individuati sia tenendo conto degli obiettivi di mandato assegnati dalla Regione al Direttore Generale al momento della nomina sia tenendo conto della necessità, rilevata dal Direttore Amministrativo, di rivedere, agendo in modo sinergico, alcuni processi amministrativi, anche incidendo sugli aspetti organizzativi.

2. Gli obiettivi specifici per ciascuna Struttura sono stati individuati tenendo conto di esigenze particolari e/o eventuali criticità.

Sezione 3: Governo economico

La sezione 3. comprende:

1.	Contenimento spesa per beni e servizi
2.	Monitoraggio costi gestori della spesa

3. Governo economico

Contenimento spesa per beni e servizi	<p>Si riferisce al budget assegnato alla struttura per l'anno 2013 (attiene ai costi di gestione, escluso il personale, esclusi i costi ribaltati della Direzione Generale).</p> <p>Si è dovuto procedere, per l'anno 2013, ad un ridimensionamento dell'importo del budget rispetto al 2012.</p> <p>Si tratta di una decisione obbligata e scaturita dal fatto che la Regione (monitorata costantemente dal Ministero attraverso il Piano di Rientro), per fronteggiare la difficile situazione economica in cui si trova ha assegnato, per l'anno 2013, minori risorse rispetto all'anno precedente.</p> <p>In particolare si segnala, tra gli obiettivi di mandato prioritari assegnati al Direttore Generale, il seguente:</p> <p><i>"Riduzione del costo complessivo di funzionamento dell'Azienda sanitaria per gli anni 2012 e 2013".</i></p>
Monitoraggio costi gestori della spesa	Si riferisce alle Strutture (SOC Forniture e Logistica, I.T.B., I.C.T.) che devono effettuare il monitoraggio del budget assegnato ai gestori della spesa.
Fonte dati spesa	Report messi a disposizione dalla Soc Budget e Controllo
Andamento costi	Attraverso i report messi a disposizione della Soc Budget e Controllo si potrà monitorare l'andamento della spesa segnalando alla Direzione Generale l'esistenza di eventuali criticità al fine di individuare, laddove possibile, tempestive azioni correttive.

Ogni Responsabile di Struttura qualora verifichi la difficoltà a perseguire un obiettivo deve, tempestivamente, contattare il Direttore Amministrativo illustrando la/e criticità per individuare azioni correttive o per verificare la possibilità di una eventuale rimodulazione dell'obiettivo.

Con la DGR n. 9-3719 del 27.4.2012 nel nominare il Direttore Generale dell'ASL VCO, sono stati assegnati, ai sensi dell'art. 3 bis, comma 5, del D.lgs n. 502/92 e s.m.i., **gli obiettivi di mandato** individuati nell'allegato A alla medesima DGR ovvero:

1.	Attivare gli adempimenti necessari per la costituzione della Federazione sovrazonale di afferenza, ai sensi dell'art. 23 della l.r. n. 18/2007, con particolare riferimento alla definizione dei contenuti dello Statuto ed alla nomina dell'Amministratore Unico designato dal Presidente della Giunta Regionale.
2.	Contribuire alla realizzazione delle strutture di funzionamento della Federazione sovrazonale di afferenza sia conferendo alla stessa, attraverso i previsti accordi contrattuali, le funzioni operative previste dalla legge regionale n. 3/2012, sia

	trasferendo le risorse che l'Amministratore Unico della Federazione sovrazonale richiederà ai Soci per lo svolgimento di tali funzioni operative.
3.	Riduzione, rispetto al 2011, del costo complessivo di funzionamento dell'Azienda sanitaria per gli anni 2012 e 2013, in base alle indicazioni che saranno definite, con apposita deliberazione della Giunta Regionale, per ciascuna azienda sanitaria.
4.	Rendere operative le iniziative definite dal PSSR 2012-2015 e dalla Programmazione regionale, anche decentrata a livello di area sovrazonale, per la realizzazione della rete ospedaliera di afferenza.
5.	Attuare il censimento dell'amianto nel territorio di competenza secondo le indicazioni che saranno definite da Regione-ARPA con apposita deliberazione della Giunta Regionale.
6.	Attuare la chiusura del punto nascita dell'Ospedale di Domodossola e l'attivazione del Laboratorio di Emodinamica compresa la sua localizzazione.
7.	Realizzare il progetto di Ospedale Unico, articolato su due sedi, per i Presidi di Verbania e di Domodossola secondo le indicazioni regionali.

Pertanto, nel declinare gli obiettivi 2013 ai Responsabili di Struttura si è anche tenuto conto degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione per l'anno 2013 richiedendo un contributo per la realizzazione degli stessi.

3.4.2 PIANIFICAZIONE STRATEGICA, PROGRAMMAZIONE, BUDGETING E SISTEMA DEI CONTROLLI INTERNI

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.

Pianificazione Strategica

Il Direttore Generale, in sinergia con il Direttore Amministrativo e Sanitario, nel rispetto dei principi ed obiettivi regionali, elabora e definisce le linee strategiche per il governo locale dei servizi sanitari.

Tale processo si articola nelle seguenti fasi:

- individuazione delle aree di bisogno e domanda dei servizi;
- individuazione degli obiettivi (a medio/lungo termine) prioritari di intervento nel quadro delle indicazioni della programmazione nazionale e regionale;
- valutazione delle risorse necessarie al raggiungimento degli obiettivi nei limiti delle disponibilità effettive;
- attivazione dei programmi di intervento predisposti;
- controllo dei risultati conseguiti a conferma o modifica del processo, in relazione agli indici di scostamento o meno verificati nel raffronto obiettivi/risultati.

Programmazione

L'azienda utilizza gli strumenti di programmazione e controllo volti a realizzare un processo continuo di allocazione e monitoraggio di attività e di risorse in relazione alle strategie ed agli obiettivi aziendali.

La programmazione ed il controllo si sviluppano in stretto raccordo con i contenuti della pianificazione strategica, al fine di assicurare il massimo grado di coerenza tra gli indirizzi generali e la compatibilità degli obiettivi operativi. La programmazione fa anche riferimento agli atti ed indirizzi nazionali e regionali: in tale ambito assumono rilevanza strategica il P.S.N. ed il P.S.S.R. 2012-15.

La L.R. n. 18 del 6.8.2007 dispone che la programmazione socio-sanitaria a livello locale si realizza attraverso i seguenti strumenti:

- a) Profilo e Piano di Salute (PEPS);
- b) Piano Attuativo Locale (PAL);
- c) Piano di Zona (PdZ)
- d) Relazione Socio Sanitaria Aziendale.

Processo di Budgeting

Al fine di realizzare una gestione efficace ed efficiente delle risorse dell'Azienda e di responsabilizzare l'intera struttura aziendale viene adottato il processo di budget. Si tratta di

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

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

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

- elabora le linee annuali sulla base della programmazione regionale e locale, ed indica la previsione di budget generale a disposizione per l'esercizio di riferimento e gli obiettivi da perseguire;
- definisce, per ogni struttura complessa, le principali aree critiche per le proposte di budget;
- predispone una proposta di budget che è oggetto di negoziazione con i singoli Direttori di SOC;
- effettua il controllo dei risultati: 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. Il Nucleo di Valutazione valuta il raggiungimento degli obiettivi assegnati, annualmente, ai singoli Direttori di Soc. L'erogazione degli incentivi è legata al raggiungimento dei risultati.

Sistema dei controlli interni

Il sistema di programmazione, valutazione e controllo afferisce ad un unico processo che richiede la partecipazione di più strutture e quindi deve essere gestito in modo integrato fra tutti gli attori del processo.

La materia dei controlli interni risente significativamente delle disposizioni dettate dal D.Lgs. n. 286 del 30.7.1999 e s.m.i. che prevede un sistema di controllo articolato e differenziato su 4 livelli di intervento: il controllo strategico, il controllo di gestione, il controllo di regolarità amministrativa e contabile e la valutazione del personale dirigente. Il D.Lgs n. 286/1999 ha subito importanti modifiche con l'emanazione del D.Lgs n. 150/2009, attuativo della L. n. 15/2009 (c.d. riforma Brunetta) che, nel quadro della nuova disciplina sulla misurazione e valutazione della performance delle amministrazioni pubbliche, all'art. 14, ha disposto la costituzione, l'organizzazione ed il funzionamento, presso ciascuna amministrazione pubblica, dell'Organismo Indipendente di Valutazione della performance, in sostituzione del servizio di

controllo interno di cui al D.Lgs n. 286/1999. Si rinvia a quanto precisato al paragrafo 8.2 del presente elaborato.

Controllo strategico

Preliminarmente a tale controllo vi è la definizione delle scelte strategiche aziendali mediante la definizione di un Piano, previa effettuazione di un'analisi ambientale interna ed esterna all'azienda, e tenendo conto degli obiettivi e delle linee formulate dalla Regione. Il dinamismo ambientale e le determinanti dell'incertezza relativi all'evoluzione della tecnologia e della domanda richiedono di definire una mappa delle priorità strategiche ed organizzative che sia coerente con le esigenze di flessibilità e di integrazione organizzativa.

A ciò segue la realizzazione di tali strategie attraverso precise scelte organizzative e, solo a questo punto, interviene il controllo strategico al fine di verificare la congruenza tra obiettivi a medio/lungo termine, definiti dalla programmazione strategica, ed i risultati conseguiti introducendo, in caso di rilevate criticità, azioni correttive.

L'Azienda definisce i propri obiettivi di salute riferiti ad un orizzonte di medio lungo termine compatibilmente con i vincoli in termini economico finanziari. Tale attività, di diretta competenza del Direttore Generale, è esercitata in stretta sinergia con i Direttori, Amministrativo e Sanitario, e richiede la collaborazione dei Dirigenti della diverse aree, in un'ottica unitaria, con un supporto informativo fornito dalla SOC Budget e Controllo. Tale supporto informativo è volto alla verifica, in via preventiva e consuntiva, dell'adeguatezza delle scelte compiute, assicurando la congruenza tra risultati conseguiti e risorse assegnate bilanciando, da un lato, le priorità cliniche, dall'altro le esigenze economico finanziarie.

Controllo di Gestione

E' finalizzato alla verifica dell'efficacia, efficienza ed economicità della gestione al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati conseguiti.

Lo strumento di base del controllo di gestione è costituito dalla contabilità analitica che ha come fine, come previsto dall'art. 30 della L.R. n. 8 del 18.1.1995, quello di : - effettuare un'analisi comparativa dei costi, rendimenti e risultati per un efficace controllo di gestione; - elaborare indicatori di produttività; - misurare il contributo di una singola unità organizzativa al risultato globale dell'azienda.

Il controllo di gestione, attraverso la SOC Budget e Controllo, supporta:

- la Direzione Generale (ciò in quanto il sistema di informazioni che alimenta il controllo di gestione, reporting, alimenta anche il processo decisionale per il controllo strategico);
- i Direttori di Struttura, verificando il raggiungimento degli obiettivi assegnati a ciascuna struttura e le motivazioni di eventuali scostamenti;
- il sistema di valutazione dei dirigenti e dei responsabili di struttura;
- il Responsabile della qualità aziendale in quanto può misurare la qualità dei servizi erogati da un'unità organizzativa. In particolare, l'art. 32 della L.R. n. 8 del 18.1.1995 prevede che il Direttore Generale debba garantire il controllo di gestione attraverso modalità che consentano l'integrazione tra il sistema della contabilità analitica ed il sistema degli indicatori di qualità previsto dall'art. 14 del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.

Controllo di regolarità amministrativa e contabile

Si tratta di una tipologia di controllo chiamato a garantire la legittimità, la regolarità e la correttezza dell'azione amministrativa. Tale controllo è demandato al Collegio Sindacale, così come disposto dall'art. 3-ter del D.Lgs 502/92. s.m.i. il D.Lgs. 502/92 e s.m.i. (si rinvia al paragrafo 4.2 del presente elaborato).

La valutazione del personale dirigente

L'azienda adotta strumenti (tenuto conto della normativa vigente e dei contratti collettivi nazionali di lavoro) per valutare le competenze (di tipo tecnico, professionale, gestionale, relazionale, organizzativo) dei Dirigenti. La valutazione compete al Collegio Tecnico ed al Nucleo di Valutazione (all'O.I.V. quando verrà istituito in sostituzione del Nucleo di Valutazione).

La L. n 189 dell'8.11.2012 ha sostituito il 5° co. dell'art. 15 del D.Lgs. 02/92 e s.m.i., prevedendo che i dirigenti medici e sanitari sono sottoposti:

- ad una verifica annuale correlata alla retribuzione di risultato, secondo le modalità definite dalle Regioni, le quali tengono conto anche dei principi di cui al titolo II° del D.Lgs. n. 150 del 27.10.2009 e s.m.i., realizzata dal Nucleo di Valutazione;
- nonché ad una valutazione, al termine dell'incarico, attinente alle attività professionali, ai risultati raggiunti ed al livello di partecipazione ai programmi di formazione continua, effettuata dal Collegio Tecnico, nominato dal Direttore Generale e presieduto dal Direttore di Dipartimento, con le modalità definite dalla contrattazione nazionale.

Trattando il tema della valutazione dirigenziale occorre richiamare il **D.Lgs. n. 150 del 27.10.2009** che ha disciplinato l'attuazione della Legge n. 15 del 04.03.2009 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni. In particolare, ha regolamentato il sistema di valutazione delle strutture e dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche il cui rapporto di lavoro è disciplinato dall'art. 2, co.2, del D.Lgs. n. 165 del 30.3.2001 (applicabile anche aziende del SSN), al fine di assicurare elevanti standard qualitativi ed economici del servizio, tramite la valorizzazione dei risultati e della performance organizzativa ed individuale.

In particolare l'art. 31 del medesimo decreto prevede una specifica disposizione per quanto attiene gli Enti del SSN stabilendo che le Regioni devono prevedere che le amministrazioni del SSN adeguino i propri ordinamenti ai principi contenuti in una serie di articoli del D.Lgs. n. 150 (ovvero: 2° co. art. 17; art. 18; 1° e 2° co. degli articoli 23 e 24; articoli 25 e 26; 1° co. art. 27). Premesso ciò, occorre segnalare che la Regione ha emanato la D.G.R. n. 23-1332 del 29/12/2010, di oggetto "*D.Lgs. n. 150/2009: attuazione e disciplina del Servizio Sanitario Regionale*", con la quale, considerata l'applicazione particolarmente delicata ed impegnativa di quanto previsto dal citato decreto, nonché le profonde innovazioni che lo stesso è destinato a produrre nel Servizio Sanitario, ha previsto, di evidenziare le verifiche e le azioni da perseguire per giungere, oltre al recepimento della norma, anche all'assunzione di linee guida regionali in materia, al fine di rendere la realizzazione della riforma omogenea su tutto il territorio

regionale. Con successiva circolare prot. n. 20278/DB2008 del 21/7/2011 la Regione, richiamando l'attuale momento della Sanità piemontese, nonché la scelta di realizzare un nuovo assetto territoriale ed organizzativo delle Aziende, ha disposto il rinvio dell'emanazione delle linee regionali di indirizzo per la realizzazione dei principi della riforma voluta dal D.Lgs. n. 150 del 27.10.2009 al momento in cui detta rivisitazione dell'assetto delle aziende si sia pienamente realizzato.

L'art. 15, co. 5, del D.Lgs. n. 502/92 s.m.i. prevede che i dirigenti medici e sanitari siano sottoposti ad una verifica annuale correlata alla retribuzione di risultato, secondo le modalità definite dalle regioni, le quali tengono anche conto dei principi del titolo II del D.lgs n. 150 del 27.10.2009 e s.m.i., nonché ad una valutazione al termine dell'incarico, attinente alle attività professionali, ai risultati raggiunti ed al livello di partecipazione ai programmi di formazione continua, effettuata dal Collegio Tecnico.

Gli organismi preposti alla verifica e valutazione del personale dirigente sono:

- **il Collegio Tecnico;**
- **il Nucleo di Valutazione** (che verrà sostituito dall'Organismo Indipendente di Valutazione, O.I.V., non appena la Regione emanerà apposite linee guida in merito all'applicazione del D.Lgs. n. 150 del 27.10.2009 e s.m.i.).

Le procedure di valutazione, come previsto dai CCNLL, devono essere improntate alla trasparenza di criteri e risultati, ad una informazione adeguata e ad una partecipazione del valutato, anche attraverso la comunicazione de il contraddittorio.

Ai sensi dell'art. 15, co. 5, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i., il **Collegio Tecnico** è nominato dal Direttore Generale e presieduto dal Direttore di Dipartimento cui afferisce la struttura in cui opera il dirigente valutato con le modalità definite dalla contrattazione nazionale.

In caso di assenza di organizzazione dipartimentale, come previsto nel regolamento aziendale, il Collegio Tecnico sarà presieduto dal Direttore Sanitario Aziendale (per il personale dirigenziale Medico e Veterinario e sanitario non medico), e dal Direttore Amministrativo aziendale (per il personale dirigenziale professionale, tecnico, amministrativo). A garanzia della collegialità del suddetto organo esso è formato da ulteriori due componenti. Nel caso di valutazione di responsabile di Soc, entrambi i componenti devono essere individuati fra personale esterno, ovvero dipendente da altra azienda sanitaria locale. Nei restanti casi, entrambi i componenti potranno essere individuati anche all'interno dell'Azienda.

Compete al Collegio Tecnico:

- l'ordinaria verifica triennale di tutti i Dirigenti alla scadenza dell'incarico conferito (sia sulle attività professionali che sui risultati raggiunti), ai fini della conferma, revoca o attribuzione di nuovo incarico di maggior rilievo ovvero, per i dirigenti non titolari di Struttura Complessa, per il passaggio alla fascia superiore dell'indennità di esclusività;
- la verifica di fine incarico sui responsabili di strutture semplici o complesse ai fini dell'eventuale conferma, revoca o conferimento di nuovo incarico;

- la verifica sui dirigenti neo assunti (dal 6.12.1996) per il riconoscimento della posizione minima contrattuale (equiparazione) al termine del quinquennio, nonché per la possibile assegnazione ad incarichi di maggior rilievo (gestionali o professionali).

Si rinvia al regolamento aziendale.

La Direzione Generale, per la valutazione ed il controllo dell'attuazione, della coerenza e della compatibilità degli obiettivi aziendali in attuazione delle direttive, e sulla base degli atti di programmazione dell'Azienda, si avvale delle funzioni del **Nucleo di Valutazione**, ai sensi dell'art. 6 del D. Lgs. n. 286 del 30.7.1999.

Il Nucleo di valutazione, nominato dal Direttore Generale, supporta l'attività di programmazione strategica e di indirizzo politico amministrativo della Direzione Aziendale mediante la propria attività di valutazione e verifica dei risultati di gestione dei dirigenti di struttura complessa e semplice; procede alla verifica e valutazione del personale dirigenziale, secondo quanto previsto dalla normativa e dai contratti collettivi nazionali di lavoro.

Svolge la propria attività sulla base di uno specifico regolamento a cui si fa rinvio.

Il nucleo di valutazione acquisisce i dati e le informazioni necessarie per lo svolgimento dei propri compiti, principalmente, dalla struttura aziendale Budget e Controllo ma anche dalle altre articolazioni e servizi aziendali in base alle specifiche necessità.

Come previsto dalla D.G.R. n. 80-1700 dell'11/12/2000 è composto da esperti multidisciplinari, interni ed esterni all'azienda. Al fine di garantire una sufficiente oggettività di giudizio i componenti esterni devono rappresentare almeno il 60% del nucleo. Del nucleo non può far parte nessun dirigente della struttura Budget e Controllo.

Il 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). Tale organismo non è a tutt'oggi costituito in quanto si è in attesa dell'emanazione, da parte della Regione Piemonte, di linee guida in merito all'applicazione del D.Lgs. n. 150/2009.

Pertanto, nel rispetto di quanto disposto dalla Regione Piemonte con circolare prot. n. 20278/DB2008 del 20.07.2011, il nucleo di valutazione attuale resta in carica sino al momento della creazione dell'O.I.V. e dell'individuazione regionale dei criteri e delle modalità di funzionamento di tale organismo.

3.4.3 ATTIVITA' DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI

E' attivo un monitoraggio trimestrale circa il grado di perseguimento degli obiettivi 2012 di ciascuna Struttura secondo le seguenti modalità:

- esaminando i report della Soc Budget e Controllo relativamente: ai dati di spesa, ai dati di produzione, ai parametri riferiti ai ricoveri ordinari, all'attività di DH ed ambulatoriale
- prendendo atto delle osservazioni presentate dai Coordinatori di taluni obiettivi circa il grado di perseguimento degli obiettivi specificando in quali Soc sussistono specifici problemi.

Gli obiettivi di spesa e di produzione sono soggetti a monitoraggio trimestrale realizzato attraverso i report prodotti dalla Struttura Budget e Controllo. In tal modo, qualora dai report risulti uno scostamento rispetto al dato atteso, è possibile, da parte dei Responsabili di Struttura, adottare le necessarie azioni correttive.

Qualora lo scostamento sia stato determinato dal sopraggiungere di condizioni che hanno modificato la situazione originaria i Responsabili di struttura possono chiedere alla Direzione Generale l'attivazione della procedura di revisione, motivandone la richiesta. La revisione potrà essere attivata nel caso in cui un obiettivo non possa essere raggiunto a causa di un fattore esterno non imputabile al Responsabile. La procedura di revisione dell'obiettivo verrà gestita direttamente dalla Direzione Generale che ne comunicherà l'esito al Nucleo di Valutazione.

Gli obiettivi potranno essere modificati dalla Direzione Generale anche per effetto dell'assegnazione all'azienda degli obiettivi regionali.

Nell'ambito di ciascuna struttura il Responsabile svolge la medesima attività di valutazione e revisione trimestrale degli obiettivi e provvede ad incontrare i propri collaboratori per segnalare eventuali scostamenti che potrebbero portare ad un insoddisfacente raggiungimento degli obiettivi a fine anno.

La valutazione finale circa il raggiungimento degli obiettivi viene svolta dal Nucleo di Valutazione che utilizza, tra l'altro, i report inviati dalla Soc Budget e Controllo (per quanto attiene obiettivi di costo o di produzione) e tutta la restante documentazione a supporto per la verifica (relazioni, documenti aziendali ecc). Il Nucleo, con riguardo a taluni obiettivi che parrebbero non raggiunti, può chiedere chiarimenti al Responsabile di Struttura.

La percentuale di raggiungimento complessiva si ottiene effettuando la somma delle percentuali di raggiungimento di ciascun obiettivo moltiplicate per il loro peso.

Il Nucleo di Valutazione compila una tabella di sintesi con l'elenco dei Direttori di Struttura e la relativa percentuale di raggiungimento degli obiettivi che trasmette alla Direzione Generale.

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

4.1 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. Il punto di partenza è costituito dagli obiettivi strategici di indirizzo definiti nel Piano Sanitario Regionale.

La Direzione Generale, in armonia con gli atti di programmazione sanitaria regionale ed in relazione alle proprie strategie, definisce il Piano della Performance, integrato ed aggiornato annualmente.

Le strategie (Aree strategiche) sono quindi declinate in obiettivi strategici e obiettivi operativi. Tali obiettivi, e i relativi indicatori e standard, vengono assegnati attraverso un processo di negoziazione con i Dirigenti responsabili di Struttura Complessa.

Il Piano della performance, deliberato dal Direttore Generale, verrà pubblicato e pubblicizzato entro il 31 dicembre 2013. L'approvazione formale del Piano è la conclusione di un percorso articolato che passa anche attraverso la presentazione agli stakeholder esterni, così come previsto dalla norma, per raccogliere le loro istanze in merito alle priorità strategiche dell'Azienda.

4.2 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 deve avvenire in maniera integrata con il processo di programmazione e di bilancio di previsione. L'integrazione e il collegamento tra la pianificazione della performance e il processo di programmazione e di bilancio viene realizzata tramite: un parallelo percorso annuale di programmazione e di pianificazione delle performance, un coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti nei due processi (dal Servizio Economico e Finanziario al Controllo di Gestione, al Nucleo Interno di Valutazione e alle 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).

Il fine è quello di creare un valido strumento che costituisca la base per la valutazione delle scelte strategiche aziendali ed il ribaltamento degli obiettivi economici alle varie strutture aziendali.

4.3 Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione delle performance

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

Il Piano verrà comunque revisionato nel corso dell'anno 2014 in funzione dell'assegnazione degli obiettivi regionali, nonché del confronto con tutti i portatori di interessi e nel caso in cui dovessero intervenire situazioni straordinarie. Tale piano verrà inoltre integrato con il piano della trasparenza al fine di individuare le aree chiave di misurazione del rapporto con i cittadini e fornirne trasparenza come massima leggibilità di tali informazioni da parte dei vari stakeholder.

Inoltre, affinché la procedura del ciclo della performance possa migliorare la sua significatività e la sua attitudine a svolgere il ruolo di strumento di governo, di trasparenza e di responsabilizzazione, si individua la necessità di porre in atto azioni di verifica della performance aziendale e individuale.

Quest'ultima prevede un disegno di attuazione particolarmente articolato che coinvolgerà tutti gli attori aziendali nell'ottica di raggiungere un programma di valutazione fortemente condiviso mirato alla crescita individuale e alla valorizzazione delle risorse umane, patrimonio aziendale.

*