



Piano delle Performance Anno 2014

INDICE

1. PRESENTAZIONE	4
2. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER ESTERNI	7
2.1 CHI SIAMO	7
2.2 COSA FACCIAMO	11
2.3 COME OPERIAMO	14
3. IDENTITA'	18
3.1 L'AMMINISTRAZIONE IN CIFRE	19
➤ <i>PERSONALE DIPENDENTE</i>	19
➤ <i>RISORSE ECONOMICHE</i>	20
➤ <i>TERRITORIO E POPOLAZIONE</i>	21
➤ <i>ASSISTENZA TERRITORIALE</i>	23
➤ <i>ASSISTENZA OSPEDALIERA</i>	26
3.2 MISSIONE	30
3.2.1 <i>Visione</i>	30
3.2.2 <i>Valori fondanti</i>	30
3.2.3 <i>Linee strategiche aziendali</i>	31
3.3 ALBERO DELLA PERFORMANCE	34
4. ANALISI DEL CONTESTO	36
4.1 ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO.....	36
➤ <i>LO STATO DI SALUTE</i>	38
➤ <i>STILI DI VITA</i>	38
➤ <i>LA SITUAZIONE NUTRIZIONALE</i>	39
➤ <i>ABITUDINE AL FUMO</i>	39
➤ <i>CONSUMO DI ALCOL</i>	39
➤ <i>SICUREZZA E INCIDENTI</i>	40
➤ <i>INFORTUNI SUL LAVORO</i>	40
➤ <i>MALATTIE PROFESSIONALI</i>	40
➤ <i>FATTORI DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE</i>	41
➤ <i>INTERVENTI DI PREVENZIONE INDIVIDUALE</i>	41
➤ <i>LA MORTALITÀ</i>	42
➤ <i>L'OSPEDALIZZAZIONE</i>	43
➤ <i>FATTORI DI RISCHIO</i>	44
➤ <i>CRITICITÀ DEL CONTESTO ESTERNO</i>	44
➤ <i>PUNTI DI FORZA DEL CONTESTO ESTERNO</i>	45
4.2 ANALISI DEL CONTESTO INTERNO	46
4.2.1 L'ORGANIZZAZIONE.....	46
4.2.2 RISORSE ECONOMICHE E STRUMENTALI.....	47
4.2.3 RISORSE UMANE.....	48
4.2.4 INDAGINE BENESSERE ORGANIZZATIVO.....	48
4.2.5 AZIONI PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PER LA TRASPARENZA	48

5. DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI.....	51
5.1 OBIETTIVI ASSEGNATI AL PERSONALE DIRIGENZIALE	51
5.2 PIANIFICAZIONE STRATEGICA, PROGRAMMAZIONE, BUDGETING E SISTEMA DEI CONTROLLI INTERNI.....	52
<i>Pianificazione Strategica.....</i>	<i>52</i>
<i>Programmazione.....</i>	<i>52</i>
<i>Processo di Budgeting</i>	<i>52</i>
<i>Sistema dei controlli interni.....</i>	<i>53</i>
ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI	56
6. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE	57
6.1 FASI, SOGGETTI E TEMPI DEL PROCESSO DI REDAZIONE DEL PIANO.....	57
6.2 COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA E DI BILANCIO	57
6.3 AZIONI PER IL MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE	58
7 ALLEGATI TECNICI.....	59
ALLEGATO 1 - L'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE	59
ALLEGATO 2 - PROCESSI AZIENDALI	60
ALLEGATO 3 - ANALISI RISORSE UMANE.....	61
ALLEGATO 4 - SCHEDA OBIETTIVI 2014	62
ALLEGATO 5: GRUPPO DI LAVORO.....	68

1. PRESENTAZIONE

Il **Piano della performance** è stato predisposto tenuto conto di quanto previsto dall'art. 10 del D. Lgs. N. 150 del 27.10.2009 e 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.

La **performance**, come si desume da uno dei documenti allegati alla delibera CIVIT n. 112/2010, è il contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un'azienda apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi ed, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'azienda è stata costituita. In sostanza il suo significato si lega strettamente all'esecuzione di un'azione, ai risultati della stessa ed alle modalità di rappresentazione.

Il paragrafo 2.1 della delibera n. 112/2010 definisce il Piano della Performance come lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance (art. 4 del D. Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150). Si tratta di un documento programmatico triennale in cui, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed i target.

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

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

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

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

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

ossia il contributo che l'Azienda sanitaria intende apportare attraverso la propria azione alla soddisfazione dei bisogni di salute della collettività.

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

Inoltre, oltre a questi aspetti richiamati nel decreto, il Piano, come previsto nella delibera n. 112/2010, è uno strumento che può facilitare l'ottenimento di importanti vantaggi, organizzativi e gestionali per l'organizzazione, ovvero può consentire di: - individuare le attese dei soggetti portatori di interessi ; - favorire un'effettiva trasparenza rendendo più efficaci i meccanismi di comunicazione interna ed esterna; - migliorare il coordinamento tra le diverse funzioni e strutture organizzative.

Secondo quanto previsto dall'articolo 10, comma 1, del D.Lgs 150/2009, i **contenuti** del Piano sono i seguenti:

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

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

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 principi generali:** trasparenza, immediata intelligibilità, veridicità e verificabilità, partecipazione, coerenza interna ed esterna, orizzonte pluriennale.

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

1. trasparenza – L'articolo 11, comma 8, del decreto prevede che l'azienda ha l'obbligo di pubblicare il Piano della performance sul proprio sito istituzionale in apposita sezione, di facile accesso e consultazione, denominata: "Trasparenza, valutazione e merito". Inoltre, ai sensi dell'art.10, comma 2, del D.Lgs 150/2009, il Piano verrà trasmesso alla Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (CIVIT) ed al Ministero dell'Economia e delle Finanze. Più in generale l'art. 11 del decreto

richiede alle aziende di garantire la massima trasparenza in ogni fase del Ciclo di gestione della performance e, quindi, anche del Piano. La garanzia della trasparenza e la comunicazione del Piano richiedono una specifica attenzione tenendo conto della tipologia di stakeholder ai quali il documento si rivolge.

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

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

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

5. coerenza interna ed esterna – I contenuti del Piano devono essere coerenti con il contesto di riferimento (coerenza esterna) e con gli strumenti e le risorse (umane, strumentali, finanziarie) disponibili (coerenza interna). Il rispetto del principio della coerenza rende il Piano attuabile.

6. orizzonte pluriennale – La norma prevede un arco temporale di riferimento triennale, con scomposizione in obiettivi annuali. L'arco di tempo considerato nel presente documento è annuale.

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

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

2.1 Chi siamo

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

L'ASL VCO è costituita con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale ai sensi della L.R. n°18 del 6 agosto 2007, della 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, distribuiti in maniera disomogenea sul territorio del Verbano, Cusio ed Ossola, per un totale di abitanti, al 31.12.2013, pari a 172.051.

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. 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.

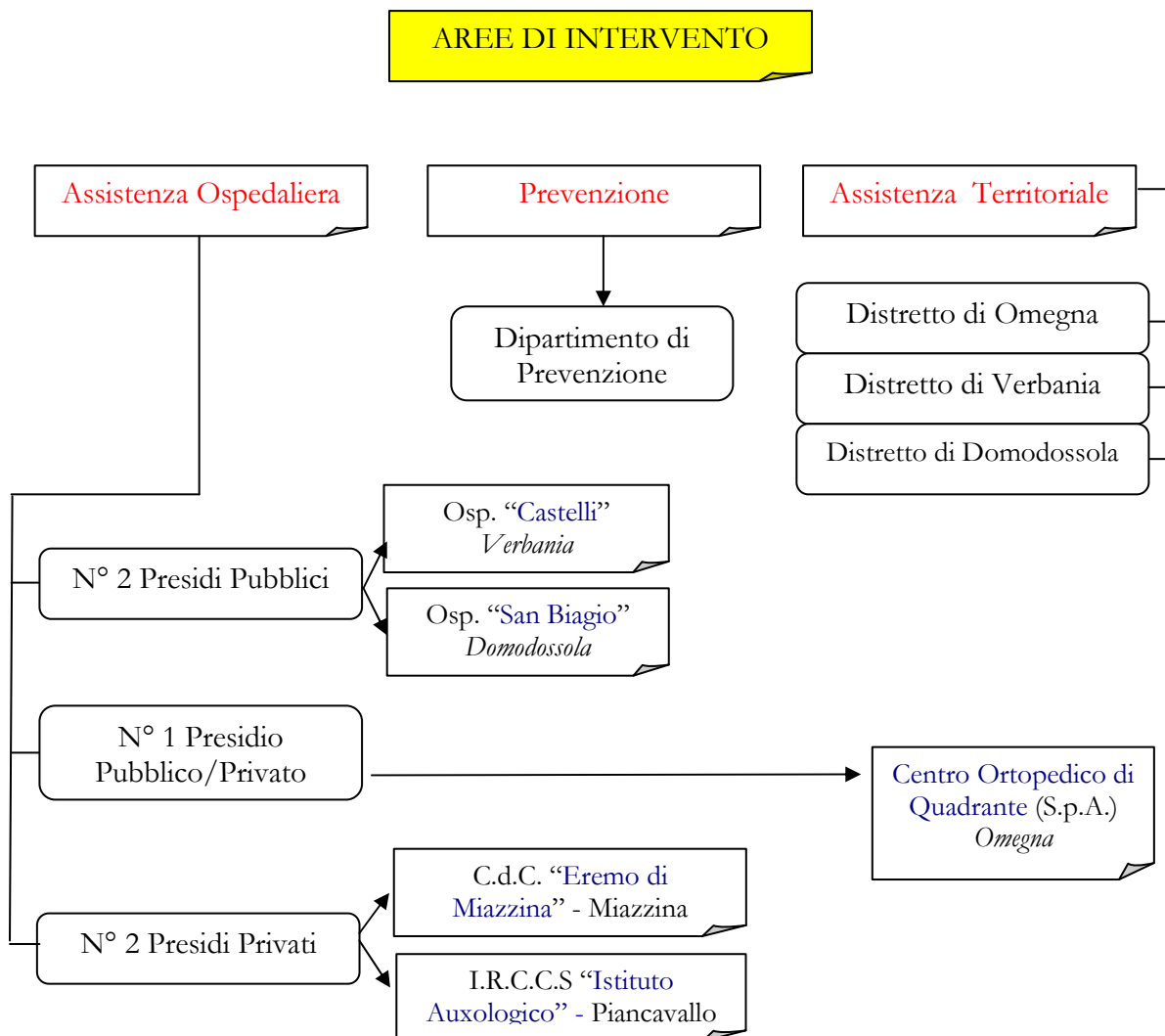
Sono **organismi tecnici**: il Collegio Tecnico ed il Nucleo di Valutazione. Il Nucleo verrà sostituito dall'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) non appena l'ANAC esprimerà il proprio parere in merito alla proposta presentata dall'Azienda.

2.2 Cosa facciamo

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

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

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



Prevenzione

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

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

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 64.595 residenti (al 31/12/2013);

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 42.105 residenti (al 31/12/2013)

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 – Miazina – Oggebbio – Premeno – San Bernardino Verbania – Stresa – Tarego Viggiona – Verbania – Vignone

per un totale di 65.351 residenti (al 31/12/2013)

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 i 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.

2.3 Come operiamo

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

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

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

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

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.

Il sistema delle relazioni esterne aziendali

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

I cittadini singoli ed associati

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

La Regione Piemonte

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

Gli Enti Locali

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

Il terzo settore

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

Le organizzazioni sindacali dei dipendenti aziendali

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

I soggetti erogatori privati

L'azienda, nel rispetto delle indicazioni regionali, regola i propri rapporti con i produttori privati accreditati di prestazioni sanitarie, ubicati sul territorio del Verbano, Cusio ed Ossola,

tramite la stipula di contratti ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.Lgs n. 502/92 e s.m.i. Tali contratti, predisposti tenendo conto dell'importo del budget definito a livello regionale, sono diretti a definire la tipologia quantitativa e qualitativa dei servizi necessari ed appropriati per rispondere ai bisogni di salute della popolazione.

3. IDENTITA'

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

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

3.1 L'amministrazione in cifre

➤ *Personale dipendente*

	Numero unità di personale Anno 2013	Numero unità di personale Anno 2014
Dipendenti di ruolo	1.810	1.808
Incaricati	9	10
Supplenti	11	7

*

	Numero unità di personale Anno 2013	Numero unità di personale Anno 2014
Ruolo Sanitario di cui:	1.265	1.265
Medici	299	300
Farmacisti/biologi/psicologi	35	35
Infermieri	750	740
Altro personale sanitario	114	123
Fisioterapisti/educatori	67	67
Ruolo Professionale di cui:	3	3
Dirigenti	3	3
Ruolo Tecnico di cui:	309	309
Dirigenti	2	2
Comparto	307	307 <i>(di cui 168 OSS)</i>
Ruolo Amministrativo di cui:	233	231
Dirigenti	8	8
Comparto	225	223
TOTALE RUOLI	1.810	1.808

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.

Consuntivo 2013: risultato di gestione

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

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

Situazione finanziaria

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

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

➤ 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 **172.051** abitanti al 31.12.2013. La distribuzione della popolazione residente, per fasce di età, è la seguente:

Distretto di 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	>99	TOT
Maschi	1.210	1.265	1.340	1.401	1.442	1.454	1.746	2.201	2.615	2.801	2.499	2.241	2.235	2.043	1.851	1.483	935	451	143	17	5	31.378
Femmine	1.204	1.217	1.265	1.314	1.322	1.394	1.602	2.138	2.581	2.720	2.507	2.285	2.297	2.241	2.082	1.882	1.542	1.055	463	87	19	33.217
Totale	2.414	2.482	2.605	2.715	2.764	2.848	3.348	4.339	5.196	5.521	5.006	4.526	4.532	4.284	3.933	3.365	2.477	1.506	606	104	24	64.595

Distretto di 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	>99	TOT
Maschi	811	913	973	916	875	942	1.123	1.484	1.787	1.840	1.618	1.447	1.341	1.257	1.117	942	586	272	78	15	2	20.339
Femmine	808	924	902	872	875	926	1.082	1.421	1.705	1.808	1.633	1.502	1.414	1.346	1.270	1.192	988	684	338	57	19	21.766
Totale	1.619	1.837	1.875	1.788	1.750	1.868	2.205	2.905	3.492	3.648	3.251	2.949	2.755	2.603	2.387	2.134	1.574	956	416	72	21	42.105

Distretto di 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	>99	TOT
Maschi	1.249	1.415	1.401	1.423	1.436	1.517	1.603	2.064	2.642	2.863	2.583	2.165	2.085	1.978	1.745	1.459	899	519	169	25	2	31.242
Femmine	1.196	1.271	1.304	1.351	1.359	1.414	1.582	2.252	2.651	3.006	2.576	2.327	2.143	2.137	2.157	2.000	1.615	1.095	507	132	34	34.109
Totale	2.445	2.686	2.705	2.774	2.795	2.931	3.185	4.316	5.293	5.869	5.159	4.492	4.228	4.115	3.902	3.459	2.514	1.614	676	157	36	65.351

TOTALE ASL VCO	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	>99	TOT
Maschi	3.270	3.593	3.714	3.740	3.753	3.913	4.472	5.749	7.044	7.504	6.700	5.853	5.661	5.278	4.713	3.884	2.420	1.242	390	57	9	82.959
Femmine	3.208	3.412	3.471	3.537	3.556	3.734	4.266	5.811	6.937	7.534	6.716	6.114	5.854	5.724	5.509	5.074	4.145	2.834	1.308	276	72	89.092
Totale	6.478	7.005	7.185	7.277	7.309	7.647	8.738	11.560	13.981	15.038	13.416	11.967	11.515	11.002	10.222	8.958	6.565	4.076	1.698	333	81	172.051

La popolazione assistibile è pari a **173.946** persone, così suddivise:

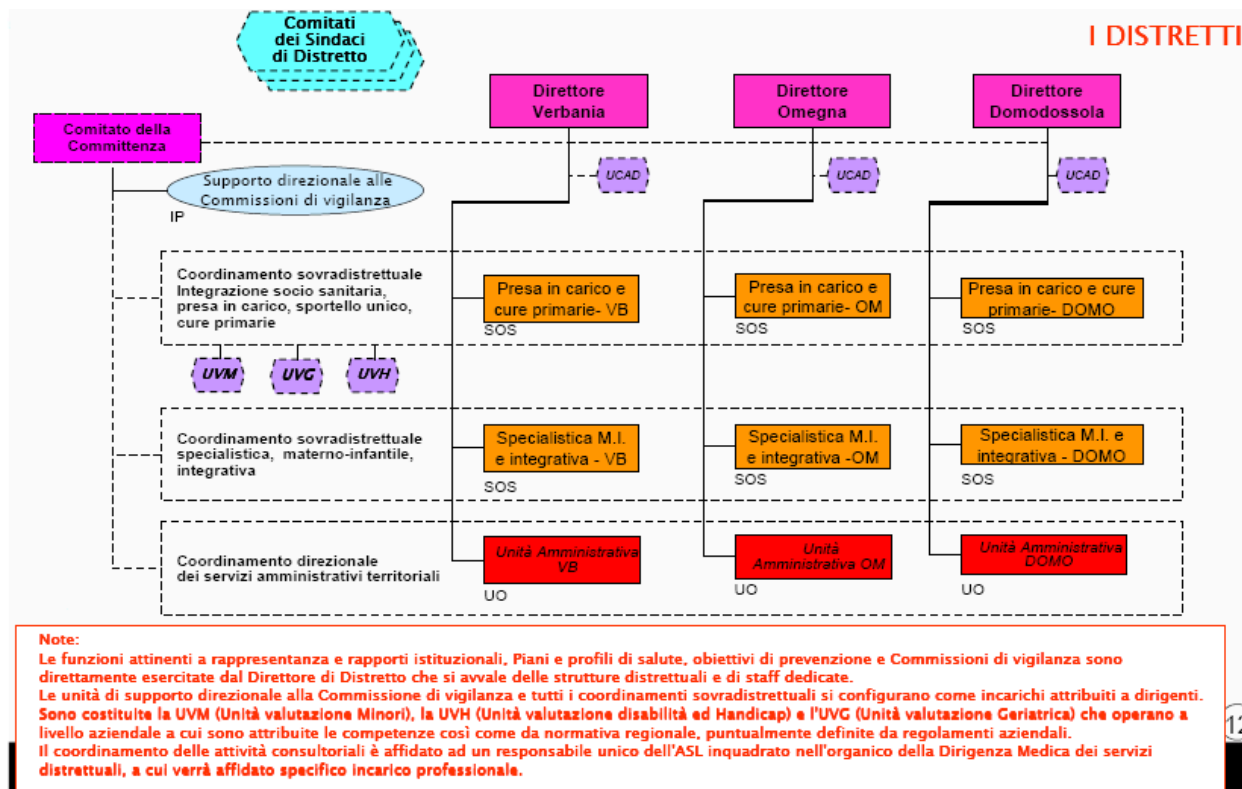
Distribuzione della popolazione assistibile dell'ASL VCO per fasce d'età

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

I dati relativi alla popolazione assistita possono differire sia da quelli ISTAT che da quelli utilizzati dalla Regione per il riparto del fabbisogno sanitario regionale standard.

➤ **Assistenza territoriale**

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



Sul territorio dell'azienda sono presenti:

- n.1 presidio a gestione diretta (Hospice San Rocco);
- n.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 Laboratorio	Numero	.....	.....							
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 Laboratorio	Numero	.....	.....							
Struttura residenziale			.....		3	.....	.....		20	2	.....	0
Struttura semi residenziale			.....		.....	.....	.....		3	4	.....	.....
Altro tipo di struttura	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Medico Singolo					.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

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

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

POSTI LETTO R.S.A. / ALZHEIMER AUTORIZZATI E ACCREDITATI			
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		

DISTRETTO DI DOMODOSSOLA	R.S.A.	N.A.T.	C.D.A.I.
	297	8	2
DISTRETTO DI VERBANIA	R.S.A.	N.A.T.	C.D.A.I.
	274	20	2
DISTRETTO DI OMEGNA	R.S.A.	N.A.T.	C.D.A.I.
	237	10	2
TOTALE GENERALE	808	38	6

Legenda: **RSA** – Residenza sanitaria assistenziale, **NAT** – Nucleo Alzheimer temporaneo
CDAI – Centro Diurno Alzheimer Integrato.

Strutture per disabili, distribuzione e n° di posti:

	DOMODOSSOLA	OMEGNA	VERBANIA	TOTALE ASL
RAF	10		56	66
RSH			16	16
GRUPPO APPARTAM	23		3	26
COMUNITA' ALLOG			24	24
CENTRO DIURNO	20	10	32	62

Relativamente alla medicina generale, nell'Azienda operano 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		TOT. ASL VCO	
MMG	ASSISTITI	MMG	ASSISTITI	MMG	ASSISTITI	MMG	ASSISTITI
46	57.024	28	37.566	48	56.356	122	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:

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

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

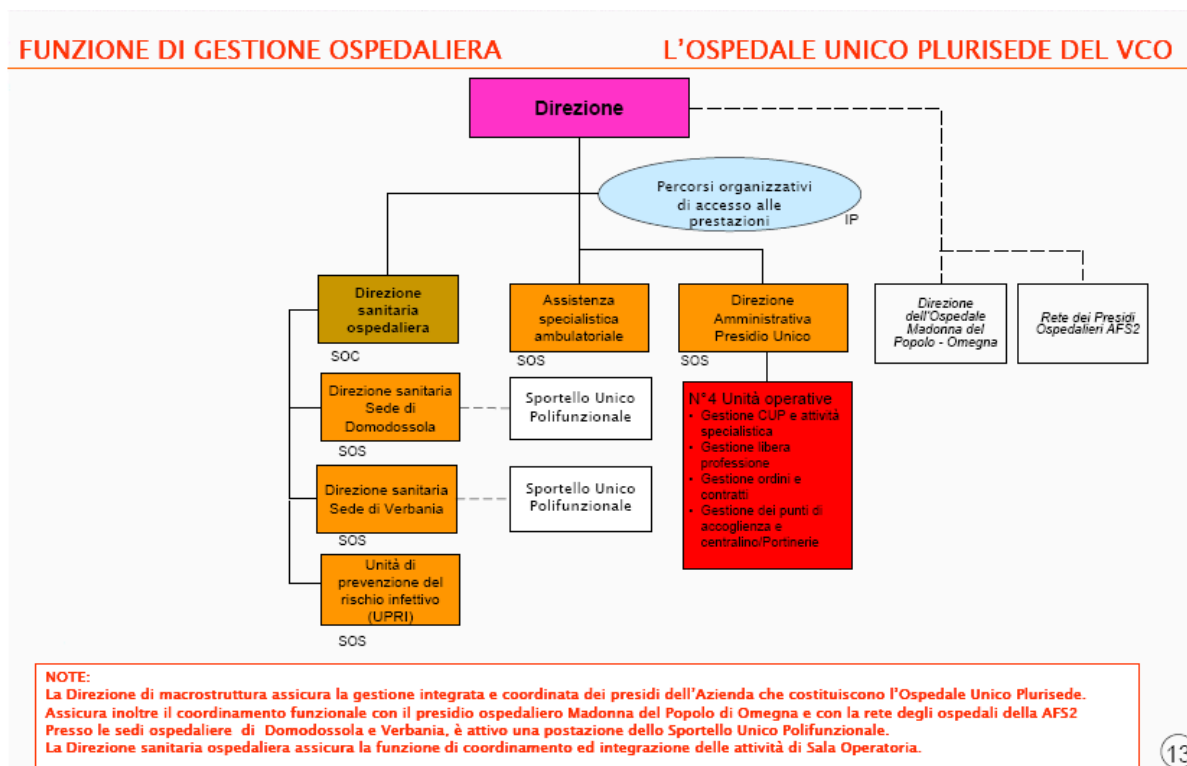
Nell'ambito dell'Ospedale Unico è attivo un complesso di strutture di ricovero ordinario, di ricovero diurno e/o giornaliero, di ambulatori e piattaforme organizzate per l'erogazione di servizi sanitari, diagnostici e terapeutici specialistici, di tipo acuto e post acuto, in elezione e in urgenza. L'ospedale 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.

I Dipartimenti sono i seguenti:

- emergenza e urgenza
- patologie di area medica
- patologie chirurgiche
- area critica
- materno infantile
- patologie cardio e neurovascolari
- patologie oncologiche
- servizi diagnostici
- farmaco
- post acuzie
- dipendenze.

La funzione di gestione ospedaliera è 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

**

3.2 MISSIONE

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

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

L'Azienda:

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

3.2.1 Visione

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

3.2.2 Valori fondanti

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

- centralità del cittadino, quale titolare del diritto alla salute;
- continuità assistenziale dei percorsi di cura al fine di consentire la presa in carico globale dell'assistito e la massima integrazione dei singoli momenti del percorso di cura, organizzando l'accesso ai servizi sanitari da parte dei cittadini, come prevede il P.S.S.R. 2002-15, in un'ottica di equità di trattamento e di accesso ai servizi, da realizzare attraverso la massima semplificazione burocratico-amministrativa;
- sistematica informazione al cittadino ed ai fruitori dei servizi sui loro diritti e opportunità;

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

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

3.2.3 Linee strategiche aziendali

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.

3.3 ALBERO DELLA PERFORMANCE

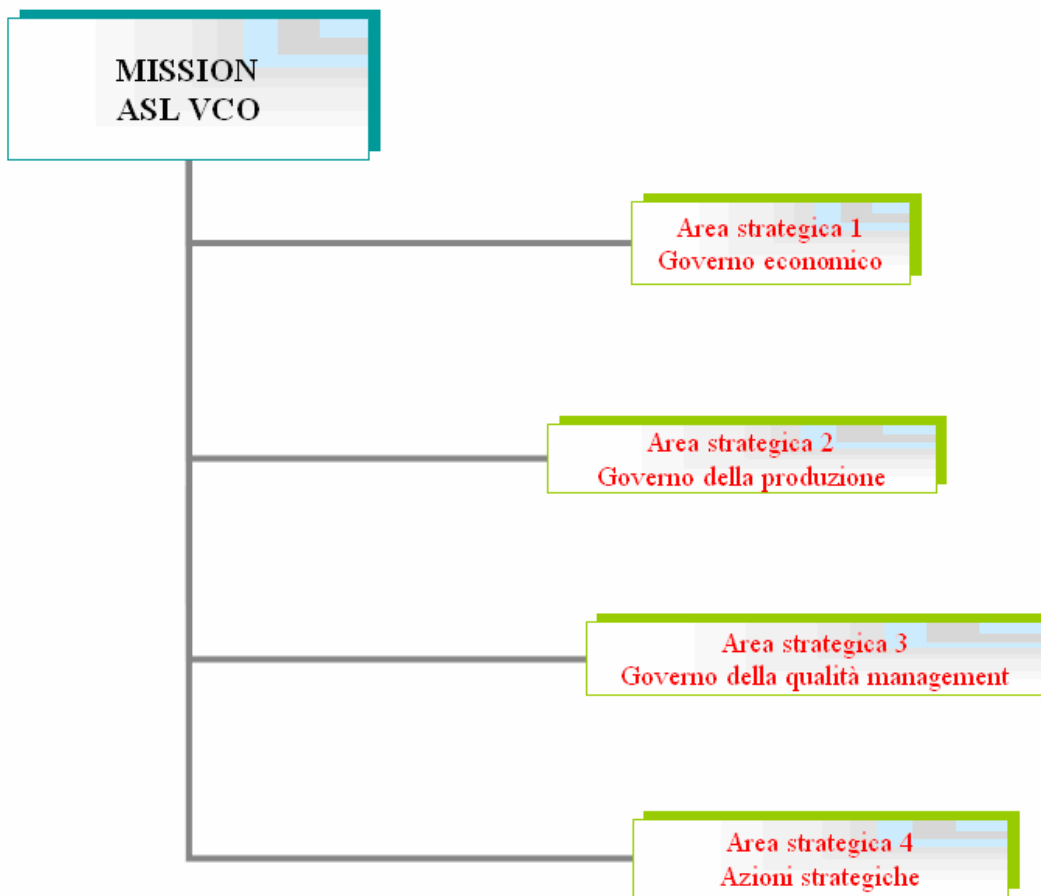
L'Albero della Performance è una mappa logica che rappresenta, anche graficamente, i legami tra missione, aree strategiche, obiettivi strategici e obiettivi operativi e dimostra come gli obiettivi contribuiscono, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, al perseguimento della missione.

La base di partenza è rappresentata dagli obiettivi annuali assegnati dai documenti di programmazione nazionali e regionali, integrati con le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno e quindi tradotti in obiettivi strategici. Tali obiettivi vengono poi declinati in obiettivi operativi assegnati ai Dirigenti.

Le aree strategiche individuate dall'azienda per l'anno 2014, che confermano quelle previste per l'anno 2013, 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 specifiche***
Riguarda tutte quelle azioni specifiche per ciascuna struttura aziendale atte a migliorare l'efficienza e l'efficacia dell'intero sistema tenuto conto delle particolari criticità rilevate.

Albero della Performance: collegamento fra missione e aree strategiche



4. ANALISI DEL CONTESTO

Attraverso l'analisi del contesto si è inteso:

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

4.1 Analisi del contesto esterno

Si rappresentano i dati relativi alla popolazione residente nell'ASL VCO al 31 dicembre 2013, dati forniti dagli uffici anagrafe dei n. 84 Comuni che fanno parte dell'Azienda.

	Fasce d'età			
	0-14	15-64	> 65	TOTALE
Popolazione ASL VCO	20.668	108.448	42.935	172.051

Dall'analisi dei dati si evince che la popolazione ha una struttura per età particolarmente anziana: l'incidenza di over 65 è elevata: 24,95%.

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.

La composizione per sesso vede una prevalenza delle donne, in particolare nella fascia di età over 75.

Sono stati, inoltre, valutati i seguenti indici distintamente per ciascun distretto: anno 2013

	Popolazione	Indice di: vecchiaia	Indice di: invecchiamento	Indice di: femminilità	Indice di: mortalità	Superficie terr. Km ²	Densità ab.Km ²
Distretto Domodossola	64.595	217	25	105,86	12,11	1.579,59	41
Distretto Omegna	42.105	185	23	107,02	10,69	272,63	154
Distretto Verbania	65.351	204	24	109,18	11,38	480,10	136
<i>ASL VCO</i>	172.051	204	24	107,39	11,48	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	64.595	6,52	40,77	0
Distretto Omegna	42.105	6,52	40,11	0
Distretto Verbania	65.351	6,98	43,17	0
<i>ASL V.C.O.</i>	172.051	6,70	41,52	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 18000 persone).

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

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

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

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

➤ **La situazione nutrizionale**

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

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

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

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

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

I bambini dell'ASL VCO svolgono attività fisica insufficiente:

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

➤ **Abitudine al fumo**

Nell' ASL VCO:

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

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

La media di sigarette fumate al giorno è 14.

➤ **Consumo di alcol**

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

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

uomo o più di 1 unità/giorno se donna).

– il 10% consuma alcol **prevalentemente fuori pasto**.

➤ **Sicurezza e incidenti**

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

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

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

– E' elevato l'utilizzo del casco (97%) e della cintura di sicurezza anteriore (91%); l'uso della cintura posteriore è invece meno diffuso (20%). L'andamento è analogo a quello regionale.

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

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

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

➤ **Infortuni sul lavoro**

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

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

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

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

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

➤ **Malattie professionali**

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

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

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

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

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

➤ **Fattori di rischio cardiovascolare**

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

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

- L'87% delle persone si è sottoposto a misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni (85% in Piemonte).
- Il 23% delle persone a cui è stata misurata la pressione riporta di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa (21% in Piemonte); oltre i 50 anni gli ipertesi sono 42% della popolazione.
- Il 76% delle persone ipertese è in trattamento farmacologico (75% in Piemonte).
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, le persone ipertese riferiscono di aver ricevuto da un medico il consiglio di ridurre il consumo di sale (83%), controllare il proprio peso corporeo (85%) e svolgere regolare attività fisica (87%).
- L'82% delle persone ha misurato almeno una volta la colesterolemia (79% in Piemonte).
- Il 22% di questi ha avuto una diagnosi di ipercolesterolemia (25% in Piemonte); oltre i 50 anni gli ipercolesterolemici aumentano al 34%.
- Il 30% degli ipercolesterolemici è in trattamento farmacologico (30% in Piemonte).

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

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

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

➤ **Interventi di prevenzione individuale**

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

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

- L'alta percentuale di esami eseguiti nell'ultimo anno (50%) mostra che esiste una quota di donne che effettua l'esame più frequentemente di quanto raccomandato.
- Lettera d'invito, consiglio dell'operatore sanitario, campagne informative sono strumenti efficaci giudicati molto importanti dalla maggior parte delle donne per l'esecuzione del Pap

test; tra le donne raggiunte da questi interventi la percentuale di effettuazione dell'esame aumenta significativamente.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

➤ **La mortalità**

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

mortalità generale (tutte le cause)

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

Si registrano anche aumenti non significativi delle mortalità per:

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

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

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

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

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

Si registrano anche aumenti non significativi delle mortalità per:

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

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

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

Si registrano anche aumenti non significativi delle mortalità per:

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

➤ ***L'ospedalizzazione***

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

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

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

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

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

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

➤ ***Fattori di rischio***

Conclusivamente si può osservare quanto segue:

la definizione delle priorità di intervento non può non prescindere:

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

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

Esiti valutazione qualità percepita

➤ ***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. 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.

4.2 Analisi del contesto interno

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

- organizzazione
- risorse economiche e strumentali
- risorse umane
- indagine benessere organizzativo.

4.2.1 L'organizzazione

L'organizzazione aziendale è rappresentata nell'allegato E all'atto aziendale attualmente in vigore.

Si rinvia all'allegato 1 al presente elaborato.

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 contenuta **nell'allegato 2**, a cui si fa rinvio, 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:

- a) macrostrutture (Distretti ed Ospedale unico plurisede)
- b) strutture organizzative complesse (S.O.C.)

- c) strutture organizzative semplici (S.O.S.)
- d) equipe professionali (E.P.)
- e) unità operativa (U.O.)
- f) strutture 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).

Si rinvia **all'allegato 3** al presente elaborato.

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:

-
- 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.

4.2.2 Risorse economiche e strumentali

Si rinvia al paragrafo 3.1 del presente elaborato.

4.2.3 Risorse umane

Si rinvia al paragrafo 3.1 del presente elaborato.

4.2.4 Indagine benessere organizzativo

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

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

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

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

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

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

4.2.5 azioni per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza

La legge 190/2012 reca disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione.

La norma prevede che tutte le amministrazioni individuino un soggetto responsabile di tale attività e adottino il piano triennale di prevenzione della corruzione.

In attuazione della L 190/2012 sono stati emanati i seguenti provvedimenti:

- D.lgs 33 del 14/03/2013 su riordino in materia di trasparenza e pubblicità nella P.A.
- D.lgs 39 del 19/04/2013 su modifica della disciplina degli incarichi dirigenziali e resp. amm. di vertice.
- DPR 62 del 16/04/2013 codice di comportamento dei dipendenti pubblici.

Ad oggi nella nostra Azienda si è proceduto:

Alla nomina dei responsabili: 1) della prevenzione della corruzione e 2) della trasparenza.

All'adozione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza.

Alla realizzazione della mappatura dei processi a rischio corruzione nella ASL VCO.

Alla costituzione di un gruppo di lavoro per approfondire le situazioni a maggiore rischio (è da sottolineare che comunque il rischio rilevato è globalmente basso).

E' in preparazione, in collaborazione con le AASSLL di Novara, Vercelli, Biella e l'Ospedale Maggiore di Novara, un corso di formazione per tutto il personale delle Aziende.

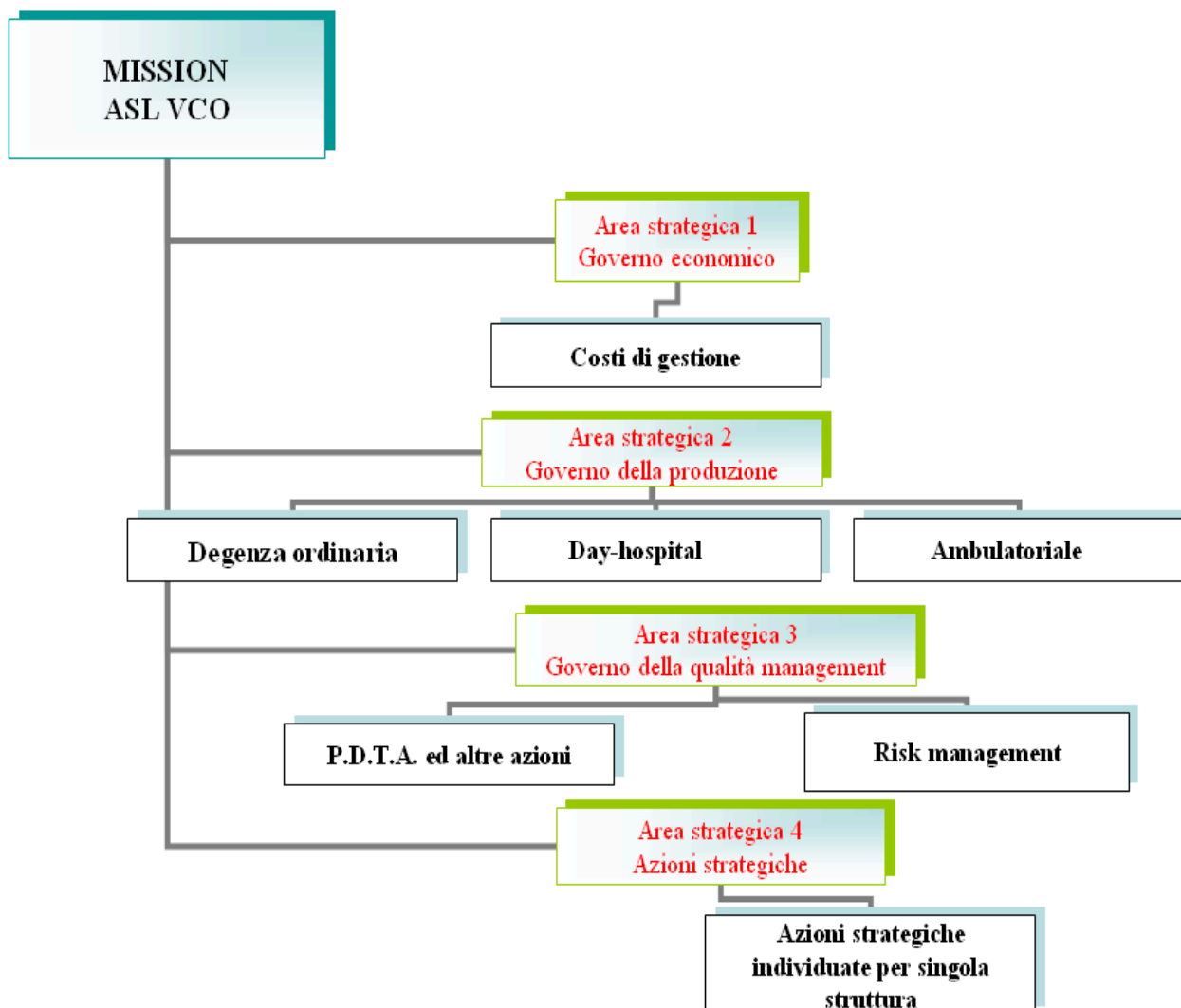
E' stata inoltre diffusa a tutto il personale l'informativa relativa alle disposizioni del codice di comportamento dei pubblici dipendenti.

5. OBIETTIVI STRATEGICI

Gli obiettivi strategici, tenuto conto delle aree strategiche individuate, si distinguono in:

- obiettivi di compatibilità economico finanziaria con il budget assegnato dall'Azienda
- obiettivi riguardanti il governo della produzione al fine di migliorare l'efficienza e l'efficacia dell'intero sistema sotto il profilo delle prestazioni erogate ai cittadini
- obiettivi volti a migliorare l'efficienza e l'efficacia dell'intero sistema sotto il profilo della qualità
- obiettivi volti a superare particolari criticità evidenziate nell'ambito delle diverse strutture aziendali.

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



5. DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI

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

Secondo la logica del Piano della Performance, ad ogni area strategica corrispondono obiettivi strategici, questi ultimi articolati in obiettivi operativi, 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).

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

5.1 OBIETTIVI ASSEGNATI AL PERSONALE DIRIGENZIALE

La scheda utilizzata per concordare gli obiettivi per l'anno 2014 ai Responsabili di Struttura sanitaria è riportata **nell'allegato 4** al presente elaborato, distintamente per l'area ospedaliera, territoriale ed amministrativa.

5.2 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, ha elaborato e definito le linee strategiche per il governo locale dei servizi sanitari, articolando tale processo 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.

Processo di Budgeting

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

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

Anche per il 2014 il processo di budget si è articolato in una serie di fasi attraverso le quali la Direzione Generale ha:

- elaborato le linee annuali sulla base della programmazione regionale e locale, ed indicato la previsione di budget generale a disposizione per l'esercizio di riferimento e gli obiettivi da perseguire;
- definito, per ogni struttura complessa, le principali aree critiche per le proposte di budget;
- predisposto una proposta di budget che ha formato oggetto di negoziazione con i singoli Direttori di SOC;
- effettuato il controllo dei risultati. A questo proposito, a cadenza trimestrale, la SOC Budget e Controllo mette a disposizione della Direzione Generale e dei Responsabili delle strutture aziendali report al fine di verificare che l'andamento della gestione sia in linea con gli obiettivi previsti, dando la possibilità di adottare, in caso contrario, le necessarie azioni correttive. Il Nucleo di Valutazione valuta, quindi, il raggiungimento degli obiettivi assegnati, annualmente, ai singoli Direttori di Soc. L'erogazione degli incentivi è legata al raggiungimento dei risultati.

Sistema dei controlli interni

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

Rispetto alla materia dei controlli interni si richiamano le 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.

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. 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 delle 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 il cui fine, come previsto dall'art. 30 della L.R. n. 8 del 18.1.1995, è 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.

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).

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 L. n 189 dell'8.11.2012 ha sostituito il 5° co. dell'art. 15 del D.Lgs. 502/92 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 (all'O.I.V. quando verrà istituito in sostituzione del 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 realizzare la riforma in modo omogeneo 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.

Attività di monitoraggio degli obiettivi

E' attivo, in azienda, un monitoraggio trimestrale circa il grado di perseguimento degli obiettivi 2013 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.

Qualora dai report risulti uno scostamento rispetto al dato atteso è possibile, da parte dei Responsabili di Struttura, adottare le necessarie azioni correttive.

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

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

6.1 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.

6.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

Secondo quanto previsto dall'articolo 5, comma 1, e dall'articolo 10, comma 1, lett. a), del D.Lgs 150/2009, la definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano della performance avviene in maniera integrata con il processo di programmazione e di bilancio di previsione. L'integrazione ed il collegamento tra la pianificazione della performance ed 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 e la declinazione degli obiettivi economici alle varie strutture aziendali.

6.3 Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione delle performance

Il Piano delle performance viene sistematicamente aggiornato ed individuati, in un'ottica di miglioramento continuo delle prestazioni, i necessari correttivi.

Il Piano viene comunque revisionato nel corso dell'anno in funzione dell'eventuale assegnazione di obiettivi regionali, nonché del confronto con tutti i portatori di interessi e nel caso in cui dovessero intervenire situazioni straordinarie. Tale piano viene 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 soggetti portatori di interessi.

*

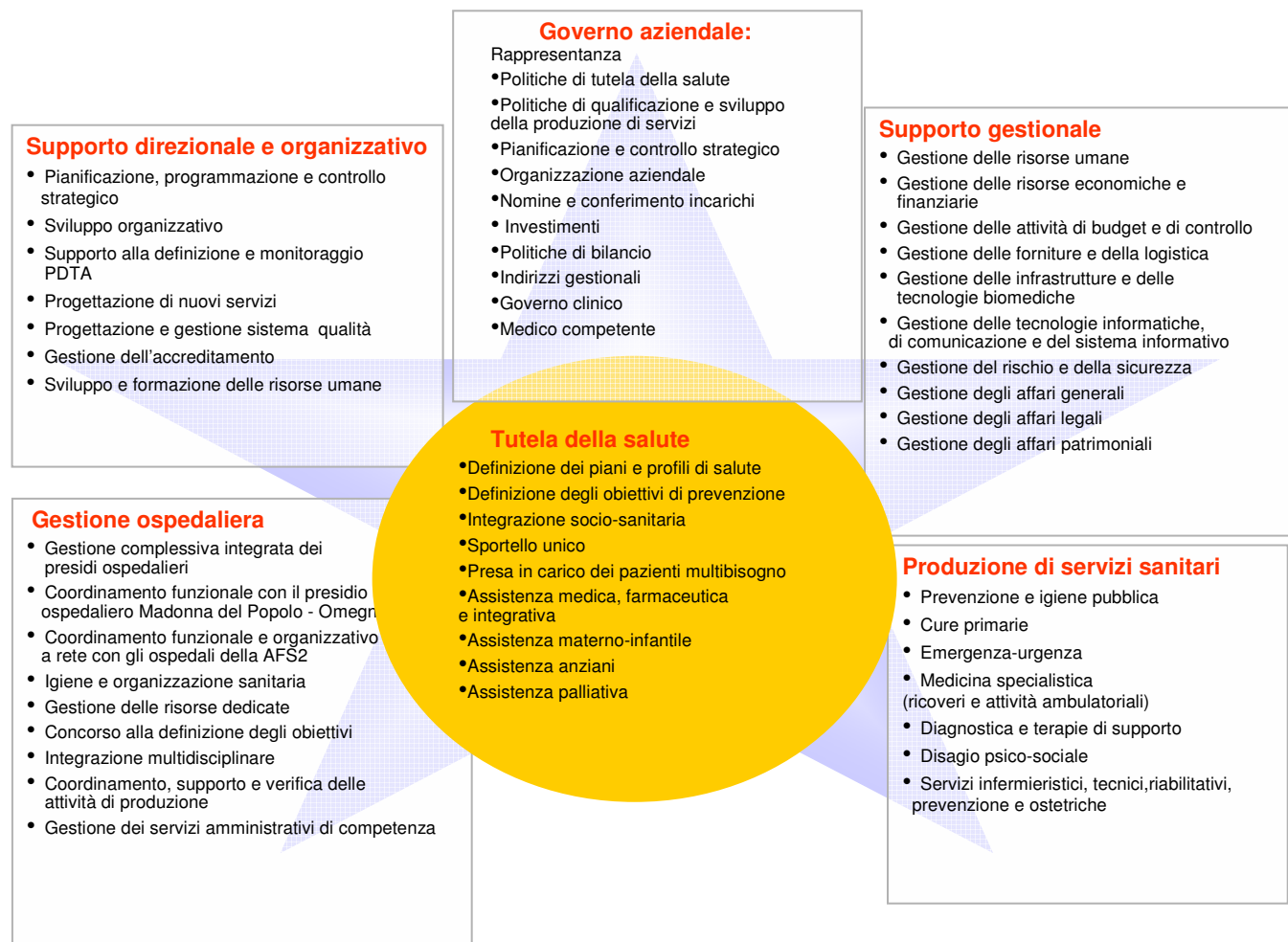
7 Allegati tecnici

ALLEGATO 1 - L'organizzazione aziendale



ALLEGATO 2 – Processi aziendali

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



ALLEGATO 3 - Analisi risorse umane

Analisi caratteri qualitativi/quantitativi

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

Analisi benessere organizzativo

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

Analisi di genere

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

ALLEGATO 4 - Scheda obiettivi 2014

La scheda obiettivi per l'area ospedaliera per l'anno 2014 è così strutturata:

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

Governo economico	
Contenimento spesa per beni e servizi	Si riferisce al budget assegnato alla struttura per l'anno 2014 (attiene ai costi di gestione, escluso il personale, ed ai costi ribaltati della Direzione Generale).
Fonte dati spesa	Report messi a disposizione dalla Soc Budget e Controllo
Andamento costi	Attraverso i report messi a disposizione della Soc Budget e Controllo si potrà monitorare l'andamento della spesa segnalando alla Direzione Generale l'esistenza di eventuali criticità al fine di individuare, laddove possibile, tempestive azioni correttive.
Adesione target spesa farmaceutica	Tenuto conto che una delle voci di spesa che più incidono sul bilancio è rappresentata da quella farmaceutica , al fine di una razionalizzazione di tale spesa da attuarsi soprattutto migliorando l'<u>appropriatezza</u> , è stato individuato questo obiettivo.
Coordinamento	Il coordinamento di questo obiettivo verrà realizzato dal Direttore del Dipartimento del Farmaco Dr.ssa Poggi che contatterà i Responsabili di Soc al fine di agire in modo sinergico e secondo un indirizzo condiviso.

*

Governo della produzione	
Gestione produzione	Si fa riferimento al valore della produzione di ciascuna Struttura (degenza ordinaria, Day Hospital, ambulatoriale).
Fonte dati	Report messi a disposizione dalla Soc Budget e Controllo
Andamento parametri	Attraverso i report messi a disposizione della Soc Budget e Controllo si potrà monitorare l'andamento della produzione segnalando alla Direzione Generale l'esistenza di eventuali criticità al fine di individuare, laddove possibile, tempestive azioni correttive.
Degenza ordinaria	Comprende i seguenti parametri: -Peso medio DRG; -Tasso occupazione posti letto; -Degenza media; -Appropriatezza: rispetto soglie di cui alla DGR n. 4-

	2495/2011.
Day Hospital	Riguarda i n. casi in regime di Day-Hospital (unità)
Ambulatoriale	Comprende il N° di prestazioni ambulatoriali (flusso C).
Fonte dati	Report messi a disposizione dalla Soc Budget e Controllo
Andamento parametri	Attraverso i report messi a disposizione della Soc Budget e Controllo si potrà monitorare l'andamento dei parametri riferiti ai ricoveri ordinari, DH ed all'attività ambulatoriale segnalando alla Direzione Generale l'esistenza di eventuali criticità al fine di individuare, laddove possibile, tempestive azioni correttive.

*

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

*

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

*

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

*

Risk management	
Rischio clinico	Riguarda la messa in atto degli interventi previsti dall'Unità di

	Rischio Clinico Revisione schede informative su consenso ed invio all'Unità di Gestione del rischio clinico
Coordinamento	Anche per l'anno 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 2014.

**

La scheda obiettivi per l'area territoriale per l'anno 2014 è così strutturata:

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

Governo economico	
Contenimento spesa per beni e servizi	Si riferisce al budget assegnato alla struttura per l'anno 2014 (attiene ai costi di gestione, escluso il personale, escluso i costi ribaltati della Direzione Generale).
Fonte dati spesa	Report messi a disposizione dalla Soc Budget e Controllo
Andamento costi	Attraverso i report messi a disposizione della Soc Budget e Controllo si potrà monitorare l'andamento della spesa segnalando alla Direzione Generale l'esistenza di eventuali criticità al fine di individuare, laddove possibile, tempestive azioni correttive.
Adesione target di spesa	Tenuto conto che una delle voci di spesa che più incidono sul bilancio è rappresentata da quella farmaceutica , al fine di una razionalizzazione di tale spesa da attuarsi soprattutto migliorando l'<u>appropriatezza</u> , è stato individuato questo obiettivo.
Coordinamento	Il coordinamento di questo obiettivo verrà realizzato dal Direttore del Dipartimento del Farmaco che contatterà i Responsabili di Soc al fine di agire in modo sinergico e secondo un indirizzo condiviso.

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

*

Azioni di cui al programma Operativo Aziendale 2014 e azioni strategiche	
Descrizione	<p>Sono state individuate specifiche azioni per ciascuna Struttura tenuto conto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sia degli obiettivi ricompresi nel Programma Operativo 2013-15 - sia di esigenze particolari.

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

Risk management	
Rischio clinico	<p>Riguarda la messa in atto degli interventi previsti dall'Unità di Rischio Clinico.</p> <p>Revisione schede informative su consenso ed invio all'Unità di Gestione del rischio clinico.</p>
Coordinamento	Anche per l'anno 2014 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 2014 è così strutturata:

Sono state individuate 3 sezioni, la sezione gestione ordinaria, la sezione programma operativo aziendale 2014 e attività di complemento e quella riferita al governo economico.

Sezioni	Descrizione
1.	Gestione Ordinaria
2.	Programma operativo aziendale 2014 e attività di complemento
3.	Governo economico

Sezione 1: Gestione ordinaria

La sezione 1. comprende :

Gli obiettivi specifici di ciascuna Struttura:

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

Sezione 2: Programma operativo aziendale 2014 e attività di complemento

La sezione 2. comprende:

	Obiettivi relativi al Programma operativo aziendale 2014 e attività di complemento
	Obiettivi specifici per ciascuna Struttura

Obiettivi definiti tenuto conto del relativi al Programma operativo aziendale 2014.

Obiettivi specifici per ciascuna Struttura: sono stati individuati tenendo conto di esigenze particolari e/o eventuali criticità.

Sezione 3: Governo economico

La sezione 3. comprende:

	Contenimento spesa per beni e servizi
	Monitoraggio costi gestori della spesa

Governo economico

Contenimento spesa per beni e servizi	Si riferisce al budget assegnato alla struttura per l'anno 2014 (attiene ai costi di gestione, escluso il personale, esclusi i costi ribaltati della Direzione Generale).
--	---

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

*

ALLEGATO 5: Gruppo di lavoro

Responsabile	Ruolo assunto nel processo	Competenze	Ruolo Interno Struttura	Ruolo Esterno Struttura
Supporto Direzionale	Coordinamento		x	