



**RELAZIONE IN MERITO AGLI OBIETTIVI REGIONALI ED
AZIENDALI ANNO 2012**

Premessa

Per quanto attiene gli obiettivi anno 2012 si rileva che occorre distinguere tra:

1. obiettivi assegnati, per l'anno 2012, dalla Regione Piemonte al Direttore Generale;
2. obiettivi che la Direzione Generale ha declinato ai Responsabili delle Strutture Complesse Aziendali, al Responsabile f.f. della Soc SISTRPO nonché ai Responsabili delle Strutture in Staff e di Supporto alla Direzione Generale.

1. Obiettivi assegnati dalla Regione Piemonte al Direttore Generale

Con la DGR n. 16 - 5030 dell'11 dicembre 2012 sono stati assegnati gli obiettivi economici, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali delle aziende sanitarie per l'anno 2012, ai fini del riconoscimento della quota integrativa al trattamento economico per l'anno 2012.

E' stato inoltre richiesto di predisporre ed inviare alla Direzione Regionale Sanità, entro il 30/4/2013, una relazione in merito al raggiungimento degli obiettivi assegnati, trasmettendo copia della relazione alla Conferenza dei Sindaci per l'espressione, entro il 30 giugno, del parere di competenza, di cui all'art. 3 bis, comma 6, del D.lgs 30.12.1992 n. 502 e s.m.i., così come richiamato dal comma 2 dell'art. 7 della L.R. n. 18 del 6/8/2007. Di fatto, il regolamento dell'ASL VCO prevede che si tratta di una competenza spettante alla Rappresentanza dei Sindaci.

Gli obiettivi assegnati dalla Regione Piemonte sono i seguenti:

Obiettivo 1.	Perseguimento dell'equilibrio economico aziendale
Descrizione	La realizzazione dell'obiettivo comporta il perseguimento dell'equilibrio economico aziendale anche in coerenza con le indicazioni e con gli obiettivi assegnati con la DGR n. 2-4474 del 6/8/2012 di oggetto " <i>determinazione degli obiettivi economico-finanziari delle aziende sanitarie regionali per l'anno 2012</i> "

*

Obiettivo 2.	Adozione proposta di riorganizzazione della rete ospedaliera
Descrizione	La realizzazione dell'obiettivo comporta l'invio alla Direzione Regionale Sanità, da parte di ciascun Direttore Generale, di un documento inerente una proposta di riorganizzazione della rete ospedaliera aziendale.

L'obiettivo 1 si riferisce al perseguimento dell'equilibrio economico aziendale per l'anno 2012.

Questa azienda, tenuto conto di quanto previsto con circolare prot. n. 9125 del 20 marzo 2012 di oggetto '*formazione bilancio di previsione 2012*', ha proceduto all'invio delle previsioni economiche utilizzando l'applicativo contabile FEC, entro il 27 marzo 2012

tenendo conto, come richiesto dalla nota citata, di provvedere alla copertura finanziaria di tutti gli ammortamenti non sterilizzabili di competenza dell'anno (indipendentemente da quello di entrata in produzione del cespite), e di porre in essere tutte quelle azioni di razionalizzazione dei servizi al fine di realizzare un miglioramento dei livelli di assistenza e, contemporaneamente, una riduzione dei costi.

Successivamente la Regione, con circolare prot. n. 24859 del 28/9/2012, ha richiesto di riformulare il bilancio di previsione 2012 tenuto conto delle disposizioni, peraltro cogenti, contenute nell'allegato B alla DGR n. 2-4474 dell'agosto 2012, definite con riguardo agli aggregati di spesa di seguito riportati, nonché delle disposizioni contenute in normative nazionali (si richiama, in particolare, quanto disposto dall'art. 15, 13° comma, del D.L. 6.7.2012 n. 95 conv. nella legge n. 135 del 7.8.2012).

A)	Beni e servizi esclusi i farmaci
B)	Farmaci
C)	Assistenza sanitaria di base
D)	Specialistica
E)	Ospedaliera da privato case di cura e ospedaliera da privato presidi
F)	Integrativa e protesica
G)	Altra assistenza
H)	Altri servizi, godimento beni e servizi e servizi appaltati
I)	Risorse umane
L)	Altri aggregati o costi (in generale tutti i costi non ricompresi nelle lettere A-I non possono comportare costi > di quelli sostenuti nel 2011 salvo quelli derivanti da vincoli di legge).

In particolare, con la DGR n. 2-4474/2012 è stato richiesto alle ASR di riformulare il CE preventivo 2012 in base agli obiettivi economici assegnati con la citata DGR, assegnando all'ASL VCO un finanziamento ridotto di € 8.021.538 rispetto alla quota assegnata in sede di prima formulazione del Bilancio di Previsione 2012, che, peraltro, era già inferiore al fabbisogno.

Inoltre, con la citata DGR si è evidenziata la necessità, in sede di riformulazione del bilancio, di individuare le necessarie azioni riorganizzative utili a garantire i livelli di assistenza sanitaria previsti dalla normativa regionale con le risorse a disposizione, nel rispetto di quanto disposto dal DL n. 95 del 6/7/2012, conv. nella legge n. 135 del 7 agosto 2012, e dall'Addendum al Piano di Rientro. Per i presidi ospedalieri di Asl si è anche richiesto di garantire un budget di produzione pari alla produzione 2011.

Pur mettendo il massimo sforzo per predisporre un bilancio 2012 in equilibrio l'Azienda ha riformulato il documento (trasmettendolo in Regione) effettuando previsioni connotate da caratteristiche di attendibilità e prudenza che hanno portato a prevedere un risultato di gestione di - € 3.917 ed un risultato differenziale, tenuto conto delle poste non monetarie, di - € 4.431.

Nel corso dell'anno 2012 la Direzione Generale ha messo in atto una serie di azioni volte al perseguimento del miglioramento/recupero di questo risultato di gestione. Al fine di individuare e mettere in atto (in modo sinergico) le azioni più opportune per l'Azienda e muoversi verso il perseguimento degli obiettivi assegnati dalla Regione, e degli obiettivi aziendali, la Direzione ha realizzato un forte coinvolgimento di tutti i Direttori di

Dipartimento e dei Responsabili di Soc afferenti a ciascun Dipartimento, del Collegio di Direzione.

Analizzando il pre consuntivo dell'esercizio 2012, si registra un risultato di gestione di - € 2.954 ed un risultato differenziale, tenuto conto delle poste non monetarie, di - € 3.277.

Dall'analisi effettuata, distintamente per i principali fattori produttivi, si comprendono le ragioni di tale risultato e gli sforzi messi in atto per perseguirlo dando atto che, anche al fine di garantire i livelli di assistenza sanitaria previsti dalla normativa regionale, così come richiesto dalla citata DGR n. 2-4474, non si è potuto operare ulteriori rideterminazioni in diminuzione della spesa, pena la riduzione dei livelli assistenziali.

Inoltre, il risultato gestionale deve essere valutato tenendo conto che vi sono fattori che hanno contribuito a determinarlo, sia esterni che interni all'ASL. In effetti un'analisi ambientale porta ad evidenziare l'esistenza di punti di debolezza, alcuni legati al contesto esterno (sul quale, perciò, l'Asl non ha, sostanzialmente, margini di intervento o, comunque, sono molto scarsi), altri legati a criticità riferite al contesto interno, rispetto alle quali è possibile introdurre/potenziare processi correttivi (come, peraltro, è stato fatto per il 2012).

Azioni messe in atto nel corso del 2012

Questa Direzione Generale, sin dal momento del proprio insediamento, ha ritenuto di agire al fine di migliorare l'efficienza e l'appropriatezza, fattori che incidono in modo incisivo sul risultato economico, seppur non si può non rilevare che gli effetti richiedono un certo lasso di tempo per rendersi evidenti.

Gli obiettivi declinati dalla Regione con la DGR n. 2-4474/2012 si sono connotati per una forte componente di tipo economico, pur assegnando alle aziende sanitarie il compito di non diminuire le performance raggiunte. Con la citata D.G.R. n. 2-4474, con riguardo al bilancio 2012, si è richiesto: - di perseguire l'equilibrio economico finanziario; - di applicare le disposizioni vincolanti previste per i singoli aggregati di spesa stabilendo che, all'interno dell'equilibrio di bilancio, siano interamente ricompresi tutti gli ammortamenti netti di competenza dell'anno (ammortamenti al netto delle quote di sterilizzazione).

I vincoli di cui alla citata DGR 2-4474 trovano fondamento nella DGR n. 44-1615 del 28.2.2011 con la quale è stato adottato l'Addendum al Piano di Rientro, che ha previsto di azioni da adottare con riguardo a specifici fattori produttivi.

Nel corso del 2012 la Direzione Generale si è impegnata al fine di mettere in atto le azioni volte al contenimento delle voci di spesa maggiormente governabili, cercando di minimizzare i riflessi sui livelli dei servizi, sulle liste di attesa, tenendo conto dei vincoli posti dalla Regione dalla DGR n. 2-4474/2012.

Per realizzare ciò si è ritenuto di fondamentale importanza coinvolgere, in modo stretto, il Collegio di Direzione, i Direttori di Dipartimento, i Responsabili di Soc afferenti a ciascun Dipartimento.

In particolare le **principali azioni** che questa Azienda ha messo in atto nel 2012 sono le seguenti:

1. azioni riferite alle attività ospedaliere orientate a:

- a)** realizzare i seguenti obiettivi di mandato assegnati al Direttore Generale con DGR n. 9-3719 del 27/4/2012 che prevedono di:

➤ rendere operative le iniziative definite dal PSSR 2012-2015 e dalla programmazione regionale, anche decentrata a livello di area

sovrazonale, per la realizzazione della rete ospedaliera di afferenza.
➤ attuare la chiusura del punto nascita dell'Ospedale di Domodossola e l'attivazione del Laboratorio di Emodinamica.
realizzare il progetto di Ospedale Unico, articolato su due sedi, per i Presidi di Verbania e di Domodossola, pensato nell'ottica di realizzare una gestione per intensità di cura; concentrare su un presidio talune attività 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.

- b)** rispettare, per i presidi ospedalieri di Asl, per il 2012, un budget di produzione pari alla produzione 2011 (così come richiesto dalla DGR n. 2 - 4474/2012);
- c)** proseguire, per i presidi Asl, nel costante monitoraggio dell'appropriatezza rispetto ai valori soglia definiti dalla DGR n. 4-2495 del 3/8/2011 (monitoraggio che, negli anni, ha prodotto positivi risultati);
- d)** realizzare un maggior controllo delle attività, soprattutto di quelle riabilitative svolte dalle strutture private ubicate sul territorio dell'ASL, al fine di perseguire un riallineamento del tasso di ospedalizzazione aziendale allo standard regionale;
- e)** razionalizzare l'utilizzo delle risorse (strutturali e professionali) rendendo i costi medi di produzione a livelli compatibili con i sistemi di finanziamento attuali;
- f)** sviluppare, in maniera più significativa, l'organizzazione per processi, l'organizzazione per intensità di cura e promuovere la specializzazione delle diverse strutture produttive riorganizzate;
- g)** realizzare un forte coinvolgimento dei Direttori di Dipartimento, del Collegio di Direzione, per perseguire gli obiettivi di cui alla citata DGR n. 2-4474 e muoversi per il raggiungimento di obiettivi condivisi.

2. azioni riferite alle attività territoriali con l'obiettivo di concentrare l'attenzione sulla presa in carico dell'utente, facilitando l'accesso ai servizi, pur mantenendo la capillarità e la vicinanza con il territorio, ma gestendo le fasi acute dei percorsi dei pazienti presso le strutture produttive riorganizzate.

A livello territoriale le azioni che si sono realizzate afferiscono, tra le altre, (l'elencazione non è esaustiva), alle seguenti aree di attività:

- area Assistenza Primaria: con i Medici di Assistenza Primaria si è portato avanti il lavoro, svolto negli anni precedenti, orientato: a migliorare l'appropriatezza prescrittiva in ambito farmaceutico (che, peraltro, ha permesso all'Azienda di posizionarsi come la più virtuosa nell'area della federazione ed al secondo posto a livello Regionale), a realizzare un contenimento della spesa farmaceutica territoriale; a migliorare

l'appropriatezza per quanto attiene la richiesta di ricoveri in post-acuzie (presso le strutture: Eremo di Miazzina, IRRCS Piancavallo, Veruno) con la stretta collaborazione della SOC RRF. Ciò al fine di ottenere effetti economici di riduzione del costo nell'area della degenza di post-acuzie.

- area della Continuità Assistenziale: sono state riorganizzate (anche in ottemperanza a quanto disposto dalla DGR 2 - 4474/2012), le aree territoriali coperte dalle attuali postazioni chiudendo, dal 1° ottobre 2012, le seguenti postazioni: Vanzone, Baceno, S. Maria Maggiore, San Maurizio d'Opaglio e, da metà novembre, la centrale operativa, registrando un risparmio economico che è più incisivo per l'anno 2013 riguardando l'intero anno.
- area Convenzioni Strutture Residenziali per anziani: nell'area residenziale per anziani – posti letto di ricovero temporaneo sono state messe in atto più azioni tra le quali si segnala: - compartecipazione alla spesa, in conformità a quanto previsto dalla DGR n. 45-4248 del 30/7/2012, a decorrere dal 1° ottobre 2012; - revisione, per quanto attiene l'Hospice, dal 1° luglio, della convenzione in atto prevedendo la liquidazione dei posti effettivamente occupati (in tal modo si sono utilizzati, in media, n. 8 posti letto invece di 10).
- area convenzione ex art. 26 con gli Istituti Aias e Sacra Famiglia: nel 2012 è stato costituito un gruppo di lavoro, coordinato dal Direttore Sanitario aziendale, e che ha visto anche la presenza del Direttore Amministrativo, non solo al fine di verificare e migliorare l'appropriatezza delle prestazioni erogate ma anche per rivedere tutto il percorso, a partire dalla fase di accesso alle strutture, coinvolgendo anche le Soc RRF e Neuropsichiatria Infantile, e pervenire alla stipulazione di un nuovo contratto (gli incontri sono proseguiti anche nell'anno 2013 e hanno portato alla condivisione di un contratto da sottoscrivere con le strutture).
- area Assistenza ospedaliera erogata dall'Istituto Auxologico di Piancavallo e dalla Casa di cura privata accreditata l'Eremo di Miazzina: il medesimo gruppo di lavoro sopra indicato, ha anche effettuato un esame della prestazioni di ricovero di tipo riabilitativo erogate dall'Azienda a favore dei pazienti residenti nel territorio dell'Asl. Per tali prestazioni il tasso di ospedalizzazione supera la media regionale rappresentando un elemento di criticità. Il gruppo di lavoro ha ritenuto importante individuare azioni che abbiano come comune denominatore quello di intervenire sull'appropriatezza, lavorando sui percorsi riabilitativi, anche al fine di arrivare ad un progressivo riallineamento del tasso di ospedalizzazione aziendale allo standard regionale.

Anche per il 2012, ha operato il gruppo di lavoro, istituito nel maggio 2011 con l'insediamento della nuova Direzione Generale, per monitorare costantemente l'andamento della spesa, al fine di individuare la presenza di criticità ed apportare, tempestivamente, le necessarie azioni correttive. Il gruppo risulta composto: dal Direttore dell'Ospedale Unico Plurisede, dal Direttore del Dipartimento Farmaceutico, dai Direttori di Distretto, dal Responsabile della Soc Gestione delle risorse economiche e finanziarie, dal Responsabile della Soc Gestione Budget e Controllo, dal Responsabile della Soc Gestione delle Risorse, dal Direttore del Dipartimento Tecnico Amministrativo.

Inoltre, anche per il 2012, è stato assegnato:

- ✚ il budget di spesa ai soggetti ordinatori (direzione sanitaria, distretti, farmacia economato provveditorato, tecnico ecc), con il coordinamento e controllo del Responsabile della Gestione della Soc Gestione risorse economiche e finanziarie;
- ✚ il "target" di spesa farmaceutica ai Responsabili di Soc ospedaliere e di altre Soc non ospedaliere, da parte del Direttore del Dipartimento del Farmaco al fine di monitorare mensilmente (anche attraverso l'invio ai Responsabili, da parte della Soc Farmacia, di idonea reportistica) e perseguire l'obiettivo legato al contenimento dei consumi di farmaci e dei dispositivi medici (come richiesto con DGR 2-4474/2012);
- ✚ il budget ai Direttori di Soc/Sos dipartimentale nella fase di definizione degli obiettivi concordati per l'anno 2012, budget soggetto a monitoraggio trimestrale sulla base di report predisposti dal Responsabile della Gestione Budget e Controllo e trasmessi a ciascun Direttore di Dipartimento e a ciascun Responsabile di Soc/Sos dipartimentale.

L'obiettivo 2 si riferisce all'adozione di una proposta di riorganizzazione della rete ospedaliera aziendale.

L'assistenza ospedaliera dell'A.S.L. V.C.O. si realizza attraverso l'attività svolta dall'Ospedale Unico, organizzato nelle due sedi di Verbania e Domodossola, a cui si aggiunge: l'attività delle strutture operative e professionali integrate presso l'Ospedale Madonna del Popolo di Omegna, l'attività del C.O.Q. e l'attività dei 2 Presidi privati ubicati sul territorio dell'A.S.L.

L'Ospedale Unico articolato su due sedi

L'ASL si caratterizza per una organizzazione di tipo **dipartimentale**. L'individuazione dei Dipartimenti di questa ASL 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.

L'Ospedale Unico, ubicato su più sedi, come si evince dal P.S.S.R. 2012/15, è inquadrato come **ospedale di cardine**. 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 ed in urgenza. L'Ospedale Unico è diretto da un Direttore di Presidio nominato dal Direttore Generale.

Il **numero di posti letto** del Presidio unico ubicato sulle sedi di Domodossola e Verbania è il seguente:

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	18	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	
	05	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

Per quanto attiene **l'attività di ricovero** si segnala l'andamento riferito all'anno 2012 (rapportato ad altri anni), con riguardo a taluni **parametri** ritenuti significativi:
Tasso di ospedalizzazione (casi/popolazione x 1.000):

T.O. Aziendale				T.O Regionale	T.O Regionale
2009	2010	2011	2012	2009	2010
188	180	172	168	177	161

Bassi livelli di ospedalizzazione rappresentano un indice di appropriatezza di ricovero ospedaliero e del funzionamento dei servizi alternativi al ricovero. Occorre osservare che questa azienda ha posto **particolare attenzione al problema dell'appropriatezza** mettendo in atto una serie di azioni che hanno portato, negli anni, ad una graduale ma significativa diminuzione del T.O. a livello aziendale, come si rileva dal trend sopra evidenziato.

Da segnalare talune criticità, sulle quali si sta lavorando, per quanto attiene le seguenti discipline:

Disciplina	T.O. Aziendale				T.O Regionale	T.O Regionale
	2009	2010	2011	2012	2009	2010
RRF	12,88	12,60	12,25	11,52	7,90	7,04
Chirurgia Generale	23,72	22,80	21,77	21,71	20,56	15,33
Cardiologia	11,91	11,60	11,20	10,91	8,68	7,76
Ortopedia e traumatologia	26,35	24,67	23,61	24,13	18,57	14,21

Degenza media e Tasso di occupazione anno 2012

			DEGENZA MEDIA		TASSO OCCUPAZIONE	
			ASL	REGIONE	ASL	REGIONE
AREA MEDICA	Y08	CARDIOLOGIA E UTIC	6,26	6,47	86,47	82,37
	Y24	MALATTIE INFETTIVE	11,03	11	95,49	60
	Y26	MEDICINA	15,35	11	92,9	85
	Y29	NEFROLOGIA	8,93	10	83,2	85
	Y32	NEUROLOGIA	9,7	11	95,87	85
	Y56	RRF	31	30	42,12	90
	Y64	ONCOLOGIA	7,68	9	137,11	85
AREA MATERNO INFANTILE	Y37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	3,22	4	59,36	85
	Y39	PEDIATRIA, NEONATOLOGIA E NIDO	3,76	4,86	38	85
AREA DISAGIO PSICOSOCIALE	U40	SPDC	10,03	12	76,98	85
AREA DIAGNOSTICA E TERAPIE DI SUPPORTO	Y49	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	8,31	13	101,56	75
AREA CHIRURGICA	Y09	CHIRURGIA GENERALE E VASCOLARE	7,12	7,95	86,84	85
	Y34	OCULISTICA	3,27	4	6,69	85
	Y36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	5,98	9	69,19	85
	Y38	ORL	3,11	5	58,8	85
	Y43	UROLOGIA	4,07	7	91,97	85

Produzione Ospedaliera: riepilogo

ATTIVITA' OSPEDALIERA: CONFRONTO PRODUZIONE ANNI 2011 E 2012	VALORI	
	2011	2012
SDO	43.291.117	41.701.494
SPECIALISTICA AMBULATORIALE	41.579.442	42.906.570
SCREENING	396.688	559.162
TOTALE ATTIVITA'	85.267.247	85.167.226

ATTIVITA' OSPEDALIERA	CASI	
	2011	2012
SDO	15.539	15.072
SPECIALISTICA AMBULATORIALE (Flussi C, C2, C4, C5)	3.308.650	3.331.102
SCREENING	27.176	36.791
TOTALE ATTIVITA'	3.351.365	3.382.965

Attività di ricovero presso il Presidio Unico articolato su due sedi:

CONFRONTO ESERCIZI 2011 E 2012

		DEGENZA ORDINARIA	CASI		VALORI	
		SOC	2011	2012	2011	2012
AREA MEDICA	Y08	CARDIOLOGIA E UTIC	944	919	3.622.671	3.573.627
	Y24	MALATTIE INFETTIVE	321	301	1.275.145	1.345.185
	Y26	MEDICINA	1.434	1.411	4.737.994	4.693.221
	Y29	NEFROLOGIA	331	329	1.213.032	1.202.514
	Y32	NEUROLOGIA	533	540	1.720.943	1.751.708
	Y56	RRF	53	35	378.803	285.309
	Y64	ONCOLOGIA	469	379	1.666.040	1.348.959
AREA MATERNO INFANTILE	Y37	OSTETRICA E GINECOLOGIA	1.194	1.277	2.078.326	2.073.933
	Y39	PEDIATRIA, NEONATOLOGIA E NIDO	1.339	1.329	1.415.317	1.471.536
AREA DISAGIO PSICOSOCIALE	U40	SPDC	329	335	813.956	835.034
AREA DIAGNOSTICA E TERAPIE DI SUPPORTO	Y49	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	121	130	1.502.225	1.502.104
	Y69	RADIODIAGNOSTICA	-	-	-	-
AREA CHIRURGICA	Y09	CHIRURGIA GENERALE E VASCOLARE	1.656	1.606	6.090.954	5.926.423
	Y34	OCULISTICA	16	15	29.602	23.519
	Y36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1.271	1.327	4.862.024	5.077.224
	Y38	ORL	318	343	1.140.619	1.079.356
	Y43	UROLOGIA	357	407	1.459.586	1.694.325
	Q	LIBERA PROFESSIONE	7	5	7.291	5.956
TOTALI			10.693	10.688	34.014.528	33.889.933

		DAY HOSPITAL	CASI		VALORI	
		SOC	2011	2012	2011	2012
AREA MEDICA	Y08	CARDIOLOGIA E UTIC	136	120	535.420	429.192
	Y24	MALATTIE INFETTIVE	9	9	5.432	23.819
	Y26	MEDICINA	540	460	1.441.186	1.142.815
	Y29	NEFROLOGIA	116	49	119.075	63.203
	Y32	NEUROLOGIA	16	19	21.457	24.307
	Y56	RRF	-	-	-	-
	Y64	ONCOLOGIA	927	723	3.076.907	1.785.498
AREA MATERNO INFANTILE	Y37	OSTETRICA E GINECOLOGIA	395	252	400.020	274.743
	Y39	PEDIATRIA, NEONATOLOGIA E NIDO	50	22	47.102	22.157
AREA DISAGIO PSICOSOCIALE	U40	SPDC	-	-	-	-
AREA DIAGNOSTICA E TERAPIE DI SUPPORTO	Y49	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	-	-	-	-
	Y69	RADIODIAGNOSTICA	-	118	-	363.415
AREA CHIRURGICA	Y09	CHIRURGIA GENERALE E VASCOLARE	781	845	932.621	1.068.974
	Y34	OCULISTICA	608	517	680.348	573.178
	Y36	ORTOPEDIA E	392	419	652.210	700.357

	TRAUMATOLOGIA				
Y38	ORL	432	429	580.159	565.163
Y43	UROLOGIA	440	397	782.878	771.823
Q	LIBERA PROFESSIONE	4	5	1.774	2.917
TOTALI		4.846	4.384	9.276.589	7.811.561

*

Attività ambulatoriale (Flussi C, C2, C4, C5)

CONFRONTO DATI - ESERCIZI 2011 E 2012

SOC		PRESTAZIONI	VALORE	PRESTAZIONI	VALORE	
		2011	2012	2011	2012	
Q	LIBERA PROFESSIONE	8.517	681.449	12.185	967.850	
YPA	SPECIALISTICA CONVENZIONATA	68.090	2.042.488	65.624	1.974.308	
DISTRETTI	M	DISTRETTO VERBANIA	4.285	138.285	4.991	150.145
	N	DISTRETTO DOMODOSSOLA	3.950	131.935	4.404	147.208
	O	DISTRETTO OMEGNA	2.687	78.958	2.744	74.430
Z	DEA E PRONTO SOCCORSO	164.997	3.914.698	179.000	4.162.103	
AREA MEDICA	Y08	CARDIOLOGIA E UTIC	41.636	932.009	29.316	767.467
	Y19	DIABETOLOGIA	27.509	422.807	26.170	418.413
	Y21	GERIATRIA	16.780	446.042	16.582	444.820
	Y24	MALATTIE INFETTIVE	7.572	128.457	7.858	135.311
	Y26	MEDICINA	34.657	767.002	50.302	843.325
	Y29	NEFROLOGIA	70.444	5.516.457	72.958	5.426.045
	Y32	NEUROLOGIA	15.500	321.907	13.965	306.915
	Y56	RRF	115.821	2.620.903	111.062	2.630.451
	Y64	ONCOLOGIA	20.845	517.084	21.660	506.904
Y99	CURE PALLIATIVE	749	19.213	688	17.650	
AREA MATERNO INFANTILE	Y33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	12.371	332.622	11.991	329.757
	Y37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	11.683	351.250	10.618	321.124
	Y39	PEDIATRIA, NEONATOLOGIA E NIDO	7.364	168.946	6.395	155.662
AREA DISAGIO PSICOSOCIA LE	T02	PSICOLOGIA	4.114	91.523	4.907	108.610
	T18	SERT	16.357	343.665	18.691	412.601
	U40	SPDC	15	300	11	220
	UTE	PSICHIATRICO TERRITORIALE	11.828	250.598	10.667	223.412
AREA DIAGNOSTIC A E TERAPIE DI SUPPORTO	Y03	ANATOMIA PATOLOGICA	16.474	742.036	16.828	713.718
	Y17	SIMT	29.918	1.230.238	45.268	1.473.230
	Y49	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	7.402	272.920	7.853	267.238
	Y69	RADIODIAGNOSTICA	107.911	5.421.437	109.804	5.919.257

	Y70	RADIOTERAPIA	21.601	1.168.838	25.831	1.434.437
	Y98	LABORATORIO ANALISI	2.374.772	9.414.632	2.365.049	9.050.630
AREA CHIRURGICA	Y09	CHIRURGIA GENERALE E VASCOLARE	12.439	334.014	12.470	334.714
	Y34	OCULISTICA	12.980	914.145	13.502	1.380.045
	Y36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	21.557	592.320	21.103	594.078
	Y38	ORL	21.650	436.279	16.320	400.009
	Y43	UROLOGIA	8.558	257.265	8.789	255.364
	Y58	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	5.617	576.720	5.496	559.119
		TOTALI	3.308.650	41.579.442	3.331.102	42.906.570

Attività Flusso S (screening)

CONFRONTO DATI - ESERCIZI 2011 E 2012

ATTIVITA' SCREENING	PRESTAZIONI	VALORE	PRESTAZIONI	VALORE
	I		ONI	
Ospedaliera	21.101	322.562	28.670	457.460
Territoriale	6.075	74.126	8.121	101.702
TOTALE ATTIVITA' SCREENING	27.176	396.688	36.791	559.162

Mobilità passiva

Si rileva che la popolazione del Verbano Cusio ed Ossola è soggetta ad un fenomeno migratorio che ha prodotto, negli anni, costi importanti di mobilità passiva. Le cause che concorrono a determinare il fenomeno sono molteplici: - geografiche, logistiche (essendo il VCO area di confine); - sanitarie (dovute all'assenza di talune specialità); - di bassa attrattività di alcune strutture (sussistendo la fuga anche per specialità presenti in azienda). L'andamento della mobilità passiva, distintamente per la mobilità passiva regionale ed extra regionale) negli anni 2009-2012 viene di seguito riportato.

Mobilità passiva	CASI			
	2009	2010	2011	2012
Regionale	5.758	5.512	5.386	5.415
Extra Regionale	4.484	4.278	4.202	4.202

o

Mobilità Passiva	VALORIZZAZIONE
-------------------------	-----------------------

	2009	2010	2011	2012
Regionale	23.465.322	23.285.707	22.172.365	22.829.308
Extra Regionale	14.944.246	15.607.500	14.960.597	14.960.597

Per quanto attiene l'attività ospedaliera l'Azienda, nel corso del 2012, ha inoltre **messo in atto le seguenti ulteriori azioni volte a:**

- realizzare la gestione per intensità di cura;
- incrementare l'appropriatezza dei ricoveri, nel rispetto dei valori soglia definiti dalla DGR n. 4-2495 del 3 del 3.8.2011 e dalla normativa vigente, limitando l'uso improprio del ricovero ospedaliero (con particolare riguardo alle attività di riabilitazione che rappresentano un elemento di criticità per l'azienda), promuovendo il passaggio dal ricovero ordinario a quello diurno, dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale e, in generale, dal ricovero all'assistenza residenziale e domiciliare. L'obiettivo è quello di ottenere un ugual beneficio a minor costo, generando appropriatezza e contribuendo, in tal modo, alla razionalizzazione nell'uso dei servizi sanitari ed all'ottimizzazione delle risorse economiche, peraltro sempre più scarse, e riallineare il tasso di ospedalizzazione aziendale allo standard regionale (sul tema dell'appropriatezza si effettueranno, di seguito, ulteriori considerazioni in merito alle modalità di monitoraggio);
- sviluppare un sistema di monitoraggio e controllo dei vari aspetti di inappropriata al fine di contenere e ridurre tale fenomeno. La Struttura Budget e Controllo, partendo dai database contenente i dati delle SDO, sia regionali che extraregionali, ha consentito ai vari Responsabili delle strutture coinvolte di conoscere, con cadenza trimestrale, l'andamento dei vari parametri sottoposti a monitoraggio;
- diminuire l'utilizzo improprio della specialistica e della diagnostica per abbattere le liste di attesa ed ottimizzare l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali;
- rispettare, per i presidi ospedalieri di Asl, per il 2012, un budget di produzione pari alla produzione 2011 (così come richiesto dalla DGR n. 2 -4474/2012);
- diminuire la degenza media, con particolar riguardo alla Soc Medicina Interna, che presenta, nel 2012, una degenza media 15,35 a fronte dello standard regionale di 11 (criticità riscontrata anche negli anni pregressi). Gli interventi che sono stati avviati nel corso del 2012 per contribuire ad una riduzione sono stati i seguenti: - accelerazione e snellimento delle procedure operative per le dimissioni protette; - revisione, da parte del Direttore della SOC Medicina, delle procedure diagnostiche terapeutiche (al fine di recuperare efficienza temporale) e dei criteri per la dimissione dei pazienti; - individuazione, da parte del Direttore della SOC Medicina, di criteri condivisi con il DEA sulla necessità di ricovero dei pazienti visti al DEA; - accordi tra la SOC Medicina ed i Servizi per le attività di diagnostica e consulenza, in aggiunta a quelli già oggi definiti;
- razionalizzare l'utilizzo delle risorse (strutturali e professionali), rendendo i costi medi di produzione a livelli compatibili con i sistemi di finanziamento attuali;
- puntare l'attenzione sul miglioramento continuo della qualità mediante l'applicazione degli strumenti del governo clinico;

- realizzare, da ultimo ma non in ordine di importanza, un forte coinvolgimento dei Direttori di Dipartimento, del Collegio di Direzione per perseguire gli obiettivi di cui alla citata DGR 2-4474/2012 e muoversi per il raggiungimento di obiettivi condivisi.

Particolare attenzione è stata posta, per quanto attiene l'ambito ospedaliero, alla realizzazione della gestione per intensità di cure. L'ospedale per intensità di cura non è una rigida organizzazione articolata, come da tradizione, in Reparti o Unità Operative in base alla patologia o alla disciplina medica, ma un contesto di cura articolato in aree omogenee, che ospita i pazienti in base alla gravità del caso clinico e del livello di complessità assistenziale. L'ospedale per intensità di cura considera la centralità del paziente come elemento guida: attorno al paziente ruota l'organizzazione, si muovono i professionisti e si aggregano le tecnologie. Con tale modello è possibile coniugare elementi quali la sicurezza, l'efficienza, l'efficacia, l'economicità, spesso ritenuti tra loro incompatibili. L'ospedale diviene un centro ad alta intensità di relazioni professionali, che favorisce l'interprofessionalità, l'intedisciplinarietà, il dialogo e l'integrazione tra le diverse componenti professionali necessarie per trattare le patologie dei pazienti presi in carico e ricoverati in uno stesso contesto, sulla base del livello di bisogno assistenziale. Al medico è affidata la responsabilità del percorso diagnostico e terapeutico, al personale infermieristico è assegnata la gestione assistenziale per tutto il periodo di ricovero.

Per quanto attiene la realizzazione del progetto per intensità di cure i principali step sono i seguenti (il primo è già stato realizzato ed il secondo è in via di realizzazione):

I° step - è rappresentato dalla riorganizzazione di tutti reparti di degenza in unità operative multispecialistiche, ovvero l'aggregazione di due o più reparti specialistici in un unico setting di ricovero, con 20 o più posti letto disponibili.

Ad oggi resta da attuare una sola aggregazione, già progettata, e di immediata realizzazione.

Accanto a tale importante opera riorganizzativa è stata potenziata l'attività di presa in carico dei pazienti in regime diversi dal ricovero ordinario: Day Hospital, Day Surgery, attività ambulatoriale.

II° step - tale step del progetto sarà realizzabile in ambito chirurgico sul presidio di Domodossola al verificarsi di alcune condizioni organizzative, attraverso la riorganizzazione dell'area dipartimentale, in tre setting multidisciplinari distinti di presa in carico/cura, a differente livello di intensità di cura:

- un reparto ad alta intensità di cura;
- un reparto a media intensità di cura;
- un reparto a bassa intensità di cura.

Analogamente, sul presidio di Verbania, sarà possibile attivare, nell'ambito dello stesso setting di cura, tre diverse aree, a differente intensità di cura (alta, media e bassa intensità di cura), attraverso un utilizzo differenziato dei posti letto disponibili su base settimanale.

Il progetto fino ad ora realizzato è stato accompagnato dalla progressiva riorganizzazione delle attività assistenziali dal modello "*compiti e funzioni*" al modello "*piccola equipe*", che garantisce la presa in carico giornaliera di 10/12 pazienti da parte di un "*team*" composto, per turno, da un Infermiere e da un Operatore di supporto. Con tale approccio viene assicurata una reale presa in carico del paziente e dei suoi bisogni di cura.

Accanto alle attività di riorganizzazione sono in fase di attivazione:

- il progetto Bed management finalizzato a "facilitare" l'utilizzo dei posti letto;

il progetto continuità assistenziale volto ad ottimizzare il percorso di dimissione del paziente "difficile".

Il Centro Ortopedico di Quadrante di Omegna (C.O.Q. S.p.A.)

L'art. 9-bis del D.lvo n. 502/92 e s.m.i. ha previsto che le Regioni possano autorizzare programmi di sperimentazione aventi ad oggetto nuovi modelli gestionali che prevedano forme di collaborazione tra strutture del SSN e soggetti privati, anche attraverso la costituzione di società miste a capitale pubblico e privato. La Giunta Regionale, con DGR n. 52-3036 del 21.5.2001, approvò il progetto di sperimentazione gestionale per la gestione delle attività sanitarie del Presidio ospedaliero di Omegna, prevedendo la costituzione di una società per azioni, a capitale misto pubblico e privato, a maggioranza pubblica (51%). La costituzione della S.p.A., denominata "Centro Ortopedico di Quadrante Ospedale Madonna del Popolo di Omegna" (C.O.Q. s.p.a.), è avvenuta in data 19.7.2012 fra l'ASL VCO e la società a responsabilità limitata Casa di Cura S. Rita, in raggruppamento d'impresa con Generale de Santè. Al programma veniva assegnato, quale obiettivo finale, lo sviluppo di attività specialistiche di ricovero ordinario e diurno, nonché ambulatoriali, con particolare riferimento alle specializzazioni in ortopedia, recupero e riabilitazione funzionale, medicina e lungodegenza. La sperimentazione gestionale è stata, negli anni, ripetutamente prorogata.

Una svolta si è realizzata nel dicembre 2012 quando la Regione, **con D.G.R. n. 69-519, ha autorizzato la trasformazione della gestione sperimentale dei servizi in gestione ordinaria**, ai sensi dell'art. 23, comma 6, della L.R. n. 12/2008 e s.m.i., stabilendo che:

- ❖ la struttura "Ospedale Madonna del Popolo" di Omegna resta, a tutti gli effetti, un ospedale pubblico che va ad integrarsi nella rete dei servizi ospedalieri e territoriali dell'A.S.L. V.C.O., quale presidio ospedaliero a prevalente profilo ortopedico-riabilitativo che deve tendere sempre più alla connotazione monospecialistica di cui al P.S.S.R. 2012/15;
- ❖ la Società C.O.Q. S.p.A., cui spetta la gestione della struttura, deve operare nel rispetto delle condizioni e della programmazione definite a livello regionale e locale, garantendo il perseguimento della mission pubblica della società, la cui maggioranza del capitale azionario è imputabile al patrimonio pubblico e la cui gestione incide sui bilanci pubblici;
- ❖ le attività oggetto di conversione sono quelle di cui all'attuale dotazione di posti letto attivati ovvero 93;
- ❖ nello svolgimento della propria attività la società è soggetta ai vincoli ed ai controlli dei soci e, circa le modalità approvvigionamento, deve essere considerata "organismo di diritto pubblico" ai sensi della normativa vigente in materia di contratti pubblici;
- ❖ si prevede, per il personale assunto dalla società, che il reclutamento ed il conferimento di incarichi avvenga nel rispetto dei principi di trasparenza, pubblicità ed imparzialità, in coerenza con quanto previsto dalla normativa vigente;
- ❖ la società deve perseguire il pareggio di bilancio, assicurando la sostenibilità economico finanziaria della gestione;
- ❖ la società deve sottoporre al processo di accreditamento, ai sensi della normativa vigente, le attività sanitarie svolte dalla medesima presso il presidio ospedaliero di Omegna;
- ❖ in sede di revisione dello statuto e degli atti e patti parasociali dovranno essere adottate previsioni che garantiscano che l'assetto, l'organizzazione ed il funzionamento della società risultino coerenti con il ruolo di interesse pubblico ad essa attribuito e con le responsabilità dell'ASL VCO di programmazione e di governo dei servizi sanitari. In particolare l'ASL VCO deve: - mantenere la maggioranza

pubblica del capitale sociale e nella composizione degli organi; - provvedere ad un'integrazione funzionale del presidio nell'ambito delle strutture che insistono sul territorio di competenza, al fine di programmare strategicamente l'offerta congiunta delle prestazioni sanitarie sul territorio per migliorare la qualità delle stesse e contenere i costi, ottimizzando la sinergia delle risorse; - disciplinare le forme di risoluzione del rapporto contrattuale.

**

2. Obiettivi concordati dalla Direzione Generale con i Responsabili di Struttura

Nell'anno 2012 è stato predisposto il Piano delle Performance con il quale, ai sensi dell'art. 10, co.1, lett. A, del D.l.vo n. 150/2009, in conformità alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, sono stati individuati gli obiettivi, gli indicatori, i risultati attesi da parte delle varie articolazioni organizzative dell'ASL VCO.

Per quanto attiene la scheda obiettivi 2012 assegnata al personale sanitario, nell'ambito della stessa sono state individuate le seguenti aree strategiche:

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

Gli obiettivi operativi sono sviluppati per area strategica così come di seguito descritto:

Area strategica 1: governo economico finanziario

Si riferisce al budget assegnato alla struttura per l'anno 2012 (attiene ai costi di gestione, escluso il personale, compresi i costi ribaltati della Direzione Generale). Tali costi devono essere = o comunque < al dato di costo 2011.

Tenuto conto che una delle voci di spesa che più incidono sul bilancio è rappresentata da quella **farmaceutica**, al fine di una razionalizzazione di tale spesa da attuarsi soprattutto migliorando l'appropriatezza, sono stati individuati i seguenti obiettivi, coordinati dal Responsabile del Dipartimento del Farmaco, assegnati a tutte le Soc:

- adesione al prontuario aziendale/regionale;
- adesione target di spesa.
- Sono stati poi individuati alcuni obiettivi da attribuire a determinate Strutture anche alla luce del costo elevato dei farmaci utilizzati, che riguardano:

- ✓ la "definizione di protocolli/linee guida per talune patologie" (Soc Malattie Infettive, Soc Medicina, Soc Oncologia).

Area strategica 2: governo della produzione

Si fa riferimento al valore della produzione di ciascuna Struttura (degenza ordinaria, DH, ambulatoriale). Si è richiesto di mantenere la produzione nei limiti dell'anno 2011 ammettendo una tolleranza in analogia con le indicazioni regionali.

Gli obiettivi ricompresi in questa area afferiscono:

- all'attività di degenza ordinaria (devono essere = al dato 2011)
- all'attività di DH (devono essere = al dato 2011)
- all'attività ambulatoriale (devono essere = al dato 2011)

Sono stati individuati altri parametri di seguito riportati ovvero:

- nell'ambito dei ricoveri ordinari (N. dimessi (unità); SDO con intervento chirurgico; peso medio DRG; appropriatezza: rispetto soglie di cui alla DGR n. 4-2495/2011)
- nell'ambito dell'attività di DH (N. casi (unità))
nell'ambito dell'attività ambulatoriale (n° prestazioni flusso C; valorizzazione prestazioni flusso C); nonché la messa in atto di interventi richiesti dalla Soc ASA per il contenimento dei tempi di attesa.

Area strategica 3: governo della qualità

A tale sezione afferiscono una serie di obiettivi riferiti:

- a)** alla predisposizione e/o applicazione di specifici percorsi (PDTA) (richiesti a livello regionale o individuati a livello aziendale) ovvero:
 - PDTA tumori della laringe;
 - PDTA tumori del colon retto;
 - PDTA tumore della mammella;
 - PDTA frattura di femore nell'anziano;
 - PDTA ictus
- b)** alla validazione/applicazione delle seguenti procedure operative:
 - Interruzione farmacologica della gravidanza;
 - Servizio Trasporto Emergenza Neonatale (STEN) e Servizio trasporto in utero (STAM);
 - Accoglienza e dimissione ambulatorio di urologia; visita urologica e biopsia prostatica; refertazione della biopsia prostatica
- c)** alla stesura del protocollo di coordinamento di interventi psico-oncologici
- d)** all'identificazione di 1 Dirigente responsabile della qualità/rischio (se non già identificato)
- e)** alla raccolta di dati per il monitoraggio dei percorsi di cura
- f)** al rispetto delle tempistiche nell'erogazione di consulenze/referti secondo disposizioni e norme.
- g)** al rischio clinico: messa in atto interventi previsti dall'Unità di Rischio Clinico
- h)** al governo del rischio infettivo: realizzazione azioni di contenimento del rischio infettivo definite dall'UPRI.

Il coordinamento degli obiettivi **di cui ai punti a, f** è stato assegnato al Responsabile della EP Organizzazione, Qualità, Accreditamento.

Rispetto al rischio clinico, di cui al punto g) il coordinamento dell'obiettivo è stato assegnato al Responsabile della SOC ALP che, dopo aver istruito la relativa istruttoria, individuerà i conseguenti interventi che dovranno essere messi in atto.

Rispetto al governo del rischio infettivo, di cui al punto h) il coordinamento dell'obiettivo è stato assegnato al Responsabile UPRI che indicherà ai Responsabili di SOC le azioni da realizzare nel corso dell'anno 2012.

Area strategica 4: azioni strategiche personalizzate

Per la maggior parte delle SOC aziendali si è individuata come azione strategica: *"l'utilizzo della cartella clinica informatizzata di ricovero ed ambulatoriale..."*, obiettivo ritenuto strategico per l'Azienda. Sono poi state individuate, per talune Strutture, azioni strategiche particolari tenuto conto:

- sia di esigenze specifiche;
- sia degli obiettivi di mandato assegnati al Direttore.

Per quanto attiene le esigenze specifiche si segnala:

- la raccolta dati per il monitoraggio dei percorsi aziendali
- la rimodulazione attività della Soc Neuropsichiatria Infantile e della Soc RRF per il recupero di prestazioni da strutture esterne
- l'effettuazione controlli sull'appropriatezza delle prestazioni riabilitative presso strutture ubicate sul territorio
- il monitoraggio appropriatezza richieste diagnostiche
- la collaborazione al monitoraggio dei PDTA aziendali.

Per quanto attiene gli obiettivi di mandato assegnati al Direttore Generale si segnala:

- L'attivazione degli adempimenti necessari per la costituzione della Federazione sovrazonale di afferenza, ai sensi dell'art. 23 della l.r. n. 18/2007, con particolare riferimento alla definizione dei contenuti dello Statuto ed alla nomina dell'Amministratore Unico designato dal Presidente della Giunta Regionale
- La realizzazione delle strutture di funzionamento della Federazione sovra zonale di afferenza sia conferendo alla stessa, attraverso i previsti accordi contrattuali, le funzioni operative previste dalla legge regionale n. 3/2012, sia trasferendo le risorse che l'Amministratore Unico della Federazione sovra zonale richiederà ai Soci per lo svolgimento di tali funzioni operative
- La riduzione, rispetto al 2012, del costo complessivo di funzionamento dell'Azienda sanitaria per gli anni 2012 e 2013, in base alle indicazioni che saranno definite, con apposita deliberazione della Giunta Regionale, per ciascuna azienda sanitaria
- Rendere operative le iniziative definite dal PSSR 2012-2015 e dalla Programmazione regionale, anche decentrata a livello di area sovrazonale, per la realizzazione della rete ospedaliera di afferenza
- Attuare il censimento dell'amianto nel territorio di competenza secondo le indicazioni che saranno definite da Regione-ARPA con apposita deliberazione della Giunta Regionale
- Attuare la chiusura del punto nascita dell'Ospedale di Domodossola e l'attivazione del Laboratorio di Emodinamica compresa la sua localizzazione

- Realizzare il progetto di Ospedale Unico, articolato su due sedi, per i Presidi di Verbania e di Domodossola secondo le indicazioni regionali.

**

Per quanto attiene gli obiettivi assegnati al personale amministrativo la scheda obiettivi ha previsto l'individuazione di n. **2 sezioni**, la sezione gestione ordinaria e la sezione delle attività di complemento.

sezione 1	Gestione ordinaria (comprende obiettivi specifici per la Struttura)
sezione 2	Attività di complemento (comprende sia obiettivi comuni a tutte le strutture che obiettivi specifici a ciascuna struttura)

La sezione 1. comprende :

1.	Obiettivi specifici per ciascuna Struttura
<p>Gli obiettivi specifici a tutte le Strutture sono stati individuati tenendo conto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - delle proposte obiettivi avanzate dai Servizi; - dei problemi segnalati dalle Strutture nel mese di aprile su specifica richiesta del Direttore Generale. 	

La sezione 2. comprende:

1.	Obiettivi comuni a tutte le strutture
2.	Obiettivi specifici per ciascuna Struttura
<p>1. Gli obiettivi comuni a tutte le Strutture sono stati individuati <u>sia</u> tenendo conto degli obiettivi di mandato assegnati dalla Regione al Direttore Generale al momento della nomina <u>sia</u> tenendo conto della necessità, rilevata dal Direttore Amministrativo, di rivedere, agendo in modo sinergico, alcuni processi amministrativi, anche incidendo sugli aspetti organizzativi. Tali obiettivi comuni sono i seguenti:</p>	
<p>➤ Revisione di almeno n. 1 processo amministrativo (individuato dal Direttore Amministrativo) che preveda sinergie tra le Strutture per recuperare le inefficienze ed attuare una reale integrazione tra Servizi, anche evitando duplicazioni di lavoro.</p> <p>Si tratta di un obiettivo attraverso il quale si intende rivedere, in modo graduale, i processi amministrativi in atto in azienda per verificare l'esistenza di criticità ed apportare i necessari correttivi utili ad evitare duplicazioni di lavoro tra le Strutture integrandosi in modo sinergico.</p> <p>Si è ritenuto di iniziare la revisione di alcuni processi che si è riscontrato presentano aree di inefficienza o comunque spazi di miglioramento ovvero:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acquisizione di beni in comodato d'uso e di beni in donazione: revisione 	

dell'intero processo al fine di semplificare il processo di acquisizione.

- Inventario beni aziendali (mobili, immobili): revisione dell'intero processo al fine di migliorarne l'efficienza attraverso il coinvolgimento di tutte le Strutture direttamente coinvolte.
- Monitoraggio della spesa trimestrale: rivalutazione dell'intero processo per recuperare le inefficienze riscontrate con particolare riguardo alla verifica dell'inserimento dei ricevimenti entro il termine di scadenza del trimestre con l'indicazione corretta dei centri di costo.

➤ **Partecipazione ad incontri organizzati dal Direttore Amministrativo per realizzare un confronto utile a creare una maggior integrazione tra le strutture amministrative e migliorare il funzionamento dei processi amministrativi aziendali.**

L'obiettivo vuole mettere in evidenza l'importanza di considerare ogni Struttura amministrativa (ma ciò ovviamente vale anche per l'ambito sanitario) come parte integrante dell'Azienda e non come entità a sé stante. Da qui la necessità di lavorare in modo integrato e sinergico anche per realizzare processi amministrativi efficaci individuando il lavoro di gruppo ed il confronto come modalità privilegiata per perseguire tale finalità.

➤ **Rilevazioni richieste dalla Regione o da altri Enti: applicazione modalità operativa che prevede che, per ciascuna rilevazione, venga nominato un Coordinatore il quale individui i Responsabili coinvolti e, nel corso di uno o più incontri, definisca, in modo sinergico, i rispettivi compiti, predisponendo un crono programma.**

Tenuto conto che, con sempre maggior frequenza, la Regione (ma talvolta anche il Ministero, la Corte dei Conti ecc) richiede, spesso in tempi ristretti, rilevazioni/ricognizioni su tematiche che coinvolgono in larga misura le Strutture Amministrative il Direttore Amministrativo provvederà, al momento in cui perviene la richiesta, ad individuare un Coordinatore della rilevazione (individuato nell'ambito dei Responsabili di Soc Amministrative che, tenuto conto dell'oggetto della rilevazione, risulta maggiormente coinvolto).

Il Coordinatore, dopo aver chiarito con la Regione eventuali dubbi interpretativi, riunirà i Responsabili di Struttura amministrativa (i quali potranno, se necessario, coinvolgere i loro Collaboratori) condividendo il contenuto della rilevazione e prevedendo un crono programma delle azioni che ciascun Responsabile dovrà realizzare. Il numero degli incontri verrà fissato dal Coordinatore tenuto conto delle esigenze che possono emergere e della difficoltà della rilevazione.

Sarà cura del Coordinatore verificare la congruenza del risultato finale sempre avvalendosi della stretta collaborazione di tutti coloro i quali hanno fornito dati/informazioni/report.

Tutto ciò al fine di perseguire alcuni importanti obiettivi ovvero: operare in modo sinergico, integrato e collaborativo al fine di evitare duplicazioni di lavoro e garantire (proprio attraverso un lavoro di gruppo) la verifica della congruità del risultato finale della ricognizione.

➤ **Rispetto del budget assegnato dalla Soc Gestione delle Risorse Economiche e Finanziarie per l'anno 2012.**

Si è dovuto procedere, per l'anno 2012, ad un ridimensionamento dell'importo del budget rispetto al 2011. **Si tratta di una decisione obbligata** e scaturita dal fatto che la Regione (monitorata costantemente dal Ministero attraverso il Piano di Rientro), per fronteggiare la difficile situazione economica in cui si trova ha assegnato,

per l'anno 2012, minori risorse rispetto all'anno precedente. Tra **gli obiettivi di mandato prioritari assegnati al Direttore Generale** per il 2012, si segnala il seguente:

"Riduzione del costo complessivo di funzionamento dell'Azienda sanitaria per gli anni 2012 e 2013".

- **Integrazione dell'attività della Struttura con gli adempimenti richiesti dall'avvio della Federazione sovrazonale (Soc. Forniture e Logistica, Soc ICT, Soc ALP).**

Tra gli obiettivi di mandato assegnati al Direttore Generale si segnalano i seguenti:

- *"Attivare gli adempimenti necessari per la costituzione della Federazione sovrazonale di appartenenza, ai sensi dell'art. 23 della l.r. n. 18/2007, con particolare riferimento alla definizione dei contenuti dello Statuto ed alla nomina dell'Amministratore Unico designato dal Presidente della Giunta Regionale";*
- *"Contribuire alla realizzazione delle strutture di funzionamento della Federazione sovra zonale di appartenenza sia conferendo alla stessa, attraverso i previsti accordi contrattuali, le funzioni operative previste dalla legge regionale n. 3/2012, sia trasferendo le risorse che l'Amministratore Unico della Federazione sovra zonale richiederà ai Soci per lo svolgimento di tali funzioni operative".*

Con atto deliberativo del Direttore Generale n. 265 del 19/9/2012 si è preso atto degli obiettivi concordati, nel periodo giugno-settembre 2012, dal Direttore Generale (in sinergia con il Direttore Amministrativo e Sanitario), con i Responsabili delle strutture Complesse Aziendali, con il Responsabile f.f. della Soc SITRPO nonché con i Responsabili delle Strutture in Staff e di Supporto alla Direzione Generale.

Gli obiettivi sono stati concordati con le seguenti Strutture aziendali:

ANATOMIA PATOLOGICA
ANESTESIA RIANIMAZIONE
CARDIOLOGIA UTIC INTERVENTISTICA
CHIRURGIA GENERALE E VASCOLARE
CPE DOMODOSSOLA
CURE PALLIATIVE
DIABETOLOGIA
DIREZIONE SANITARIA
DIPARTIMENTO PREVENZIONE
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE
DISTRETTO DOMODOSSOLA
DISTRETTO OMEGNA
DISTRETTO VERBANIA
EDUCAZIONE SANITARIA
ENDOSCOPIA DIGESTIVA
FARMACIA
GERIATRIA
LABORATORIO ANALISI

MALATTIE INFETTIVE
MEDICINA
MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA
MEDICINA LEGALE
NEFROLOGIA
NEUROLOGIA
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
OCULISTICA
ONCOLOGIA
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
OSTETRICIA GINECOLOGIA
OTORINOLARINGOIATRIA
PEDIATRIA
PSICOLOGIA
RADIODIAGNOSTICA
RADIOTERAPIA
RRF
SERT
SIMT VERBANIA
SITRPO
UROLOGIA
AFFARI GENERALI
AFFARI LEGALI E PATRIMONIALI
ATTIVITA' DI SUPPORTO DIREZIONALE
BUDGET E CONTROLLO
FORNITURE E LOGISTICA
INFRASTRUTTURE E TECNOLOGIE BIOMEDICHE
MEDICO COMPETENTE
PREVENZIONE E PROTEZIONE
RISORSE ECONOMICO FINANZIARIE
RISORSE UMANE
TECN. INFORMATICHE COMUNICAZIONE E SISTEMA INFORMATIVO

Il Nucleo di Valutazione Aziendale, così come costituito con deliberazione del Direttore Generale n. 460 del 13/9/2011, integrata con deliberazione n. 266 del 20/9/2012, ha provveduto ad effettuare la verifica annuale del raggiungimento degli obiettivi anno 2012.

Con comunicazione prot. n. 59154 del 30/9/2013 il Nucleo ha provveduto a trasmettere le proprie determinazioni alla Direzione Generale, ricomprese nei verbali appositamente predisposti.

**