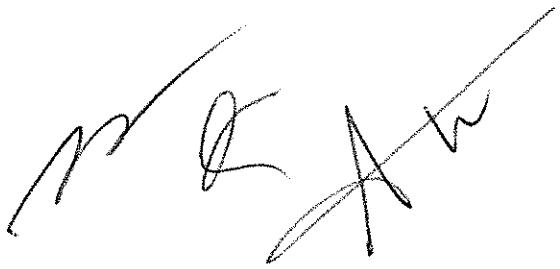


ALLEGATO A)

ALLA DELIBERAZIONE N. 815 DEL 10 NOVEMBRE 2017

COMPOSTO DA N. 103 PAGINE

A handwritten signature in black ink, appearing to read "M. S. A. M.", is positioned at the bottom left of the page.

AZIONI	OBIETTIVI	PAG
A1) Prevenire ed identificare eventuali comportamenti non conformi a leggi e regolamenti che abbiano impatto significativo in bilancio.	A1.1 Predisposizione di una procedura di raccolta, archiviazione e condivisione tra i referenti aziendali interessati, di leggi e regolamenti che riguardano l'azienda ed il settore sanitario e che abbiano impatto in bilancio.	5
	A1.2 Applicazione di una procedura di raccolta, archiviazione e condivisione tra i referenti aziendali interessati, di leggi e regolamenti che riguardano l'azienda ed il settore sanitario e che abbiano impatto in bilancio.	6
	A1.3 Predisposizione di procedure di controllo interno di conformità a leggi e regolamenti che abbiano impatto a bilancio. Tra gli altri si segnalano gli adempimenti derivanti dall'ultimi provvedimenti normativi: D.Lgs. 118/2011, Legge 190/2012, DL 174/2012 e Legge 213/2012, D.Lgs. 33/2013.	6
	A1.4 Applicazione di procedure di controllo interno di conformità a leggi e regolamenti che abbiano impatto a bilancio. Tra gli altri si segnalano gli adempimenti derivanti dall'ultimi provvedimenti normativi: D.Lgs. 118/2011, Legge 190/2012, DL 174/2012 e Legge 213/2012, D.Lgs. 33/2013.	6
	A1.5 Redazione e divulgazione di un codice di comportamento e accertamento che il personale ne sia adeguatamente informato e preparato.	7
	A1.6 Adozione di un sistema di monitoraggio e verifica del rispetto del codice di comportamento che preveda anche l'adozione di misure nei confronti del personale che venga meno agli obblighi codificati.	8
A2) Programmare, gestire e successivamente controllare, su base periodica ed in modo sistematico, le operazioni aziendali allo scopo di raggiungere gli obiettivi di gestione prefissati.	A2.1 Predisposizione di una procedura standardizzata di programmazione e controllo contabile e gestionale, che disciplini tra l'altro responsabilità e tempistiche finalizzate a: 1. definire e assegnare gli obiettivi strategici ed operativi regionali (incluso riparto del FSR e extrafondo); 2. definire gli obiettivi strategici ed operativi aziendali, bilanci di previsione annuale e pluriennale, coerenti con il punto 1; 3. concordare e adottare budget aziendali coerenti con le previsioni del consolidato regionale; 4. recepire i budget concordati mediante assegnazione degli stessi ai rispettivi centri di responsabilità aziendali.	9
	A2.2 Implementazione di un sistema informativo finalizzato a supportare in maniera efficiente la procedura standardizzata di programmazione e controllo contabile e gestionale coerente con gli obiettivi declinati nel PO 2013-2015.	10

	A2.3 Applicazione di una procedura standardizzata di programmazione e controllo contabile e gestionale, che disciplini tra l'altro responsabilità e tempistiche finalizzate a 1. definire e assegnare gli obiettivi strategici ed operativi regionali (incluso riparto del FSR e extrafondo); 2. definire gli obiettivi strategici ed operativi aziendali, bilanci di previsione annuale e pluriennale, coerenti con il punto 1; 3. concordare e adottare budget aziendali coerenti con le previsioni del consolidato regionale; 4. recepire i budget concordati mediante assegnazione degli stessi ai rispettivi centri di responsabilità aziendali.	10
	A2.4 Definire un modello di reporting e relativo piano di controllo finalizzato a monitorare le informazioni chiave per il raggiungimento degli obiettivi programmati.	65
	A2.5 Istituire momenti di controllo finalizzati all'analisi preventiva e successiva delle azioni, degli interventi e delle relative valorizzazioni economico, patrimoniali e finanziarie (almeno con cadenza trimestrale).	66
	A2.6 Identificare gli eventuali fattori ostativi, le responsabilità ed i possibili rimedi per la mancata o parziale attuazione degli obiettivi strategici (incluso l'eventuale riprogrammazione dei budget).	66
	A2.7 Verifica della corretta esecuzione delle procedure definite ai punti precedenti (es. A2.3)	66
A3) Disporre di sistemi informativi che consentano la gestione ottimale dei dati contabili e di formazione delle voci di bilancio.	A3.1 Aggiornamento del piano dei conti unico regionale coerente alla normativa vigente.	67
	A3.2 Applicazione del piano dei conti unico regionale coerente alla normativa vigente.	68
	A3.3 Predisposizione di una piattaforma informatica finalizzata al coordinamento, monitoraggio e vigilanza degli investimenti, acquisto beni e servizi, e rapporti intercompany.	69
	A3.4 Applicazione di una piattaforma informatica finalizzata al coordinamento, monitoraggio e vigilanza degli investimenti, acquisto beni e servizi, e rapporti intercompany	69
	A3.5 Implementare un sistema di integrazione e/o di raccordo tra contabilità generale e contabilità sezionali, eliminando eventuali gestioni extracontabili riducendo al minimo le cosiddette scritture di prima nota manuali.	69
	A3.6 Predisposizione di procedure e funzionigramma amministrativo-contabili per tutti i cicli contabili: ciclo passivo, ciclo attivo, ciclo di predisposizione del bilancio e dei modelli CE e SP, ciclo finanziario.	70

	A3.7 Applicazione di procedure e funzionigramma amministrativo-contabili per tutti i cicli contabili: ciclo passivo, ciclo attivo, ciclo di predisposizione del bilancio e dei modelli CE e SP, ciclo finanziario.	81
	A3.8 Definire le interrelazioni tra le diverse funzioni contabili (matrice delle relazioni) all'interno della singola azienda e nei confronti della altre strutture del SSR.	82
	A3.10 Mappatura degli applicativi IT in uso con lo scopo di verificarne la copertura funzionale rispetto alle esigenze di natura amministrativa contabile e definizione delle eventuali esigenze di sviluppo.	86
	A3.11 Avviare progetti di sviluppo (anche attraverso attivazione di bandi per l'acquisizione di forniture e servizi connessi allo sviluppo IT) propedeutici alla piena realizzazione del PAC.	87
	A3.12 Aggiornamento di procedure e meccanismi di riconciliazione tra il Bilancio di esercizio, modelli CE e SP, contabilità generale (Bilancio di verifica) e contabilità sezionali.	88
A4) Analizzare i dati contabili e gestionali per aree di responsabilità.	A4.1 Adottare un sistema di contabilità analitica coerente alle indicazioni regionali, all'organizzazione aziendale (centri di costo e responsabilità) e ai livelli essenziali di assistenza.	89
	A4.2. Implementazione di un sistema informativo finalizzato a supportare in maniera efficiente sistema di contabilità analitica coerente alle indicazioni regionali, all'organizzazione aziendale (centri di costo e responsabilità) e ai livelli essenziali di assistenza, coerente con gli obiettivi declinati nel PO 2013-2015.	89
	A4.3 Standardizzare le azioni aziendali di controllo volte ad accertare il raccordo tra la CoGe e la CoAn, nonché la coerenza di copertura dei costi per centri di costo.	93
	A4.4 Aggiornare il sistema di monitoraggio regionale/aziendale per centri di costo e centri di attività, correlando la spesa ad altre informazioni gestionali (esempio personale fte, numero posti letto, drg, ecc).	93
F6) Rilevare la competenza di periodo delle operazioni che hanno generato crediti e ricavi.	F6.1 Predisposizione di una procedura per la riconoscenza, archiviazione e monitoraggio di tutti i provvedimenti di assegnazione somme da Regione, Ministero ed altri enti.	98
	F6.2 Applicazione di una procedura per la riconoscenza, archiviazione e monitoraggio di tutti i provvedimenti di assegnazione somme da Regione, Ministero ed altri enti.	98
	F6.3 Monitoraggio periodico per la rilevazione della competenza di periodo delle operazioni che hanno generato crediti e ricavi effettuando test di cut off	98
	F6.4 Implementazione di un sistema di monitoraggio dei fondi finalizzati con evidenziazione delle somme assegnate, erogate utilizzate e non utilizzate	99
	F6.5 Verifica di accuratezza del calcolo dei ratei e risconti attivi e passivi.	101
	F6.6 Verifica della corretta esecuzione delle procedure definite ai punti precedenti (es. F6.2)	101
G4) Garantire che tutte le	G4.1 Verifica della congruità ed eventuale aggiornamento della	102

operazioni di cassa e banca siano corredate da documenti idonei, controllati ed approvati prima della loro rilevazione contabile.	<p>procedura che garantisca che ogni operazione di cassa e di banca sia accompagnata e comprovata da appositi documenti (quali reversali di incasso, mandati di pagamento, distinte di versamento in banca) e che tali documenti siano controllati e approvati prima della loro rilevazione.</p>	
	<p>G4.2 Applicazione della procedura che garantisce che ogni operazione di cassa e di banca sia accompagnata e comprovata da appositi documenti (quali reversali di incasso, mandati di pagamento, distinte di versamento in banca) e che tali documenti siano controllati e approvati prima della loro rilevazione.</p>	102
	<p>G4.3 Verifiche periodiche volte a riscontrare la corretta applicazione della procedura con predisposizione di relativo report delle risultanze delle verifiche.</p>	102

A1) Prevenire ed identificare eventuali comportamenti non conformi a leggi e regolamenti che abbiano impatto significativo in bilancio

A1.1 Predisposizione di una procedura di raccolta, archiviazione e condivisione tra i referenti aziendali interessati, di leggi e regolamenti che riguardano l'azienda ed il settore sanitario e che abbiano impatto in bilancio

1. OGGETTO

La presente procedura ha lo scopo di perfezionare i canali informativi per l'individuazione, l'archiviazione e la condivisione della normativa che abbia impatto sulle attività dell'Azienda, in particolar modo quelle inerenti l'esercizio delle funzioni contabili.

2. INDIVIDUAZIONE, ARCHIVIAZIONE E CONDIVISIONE DELLE NORME RILEVANTI PER L'AZIENDA

Il monitoraggio dell'evoluzione del quadro normativo regionale avviene in modo continuativo attraverso l'utilizzo della procedura di protocollazione e gestione documentale denominato ARCHIFLOW. La S.O.C. Affari Generali, Legali e Istituzionali riceve giornalmente le comunicazioni regionali in modo analogico e/o informatico contenenti anche delibere di Giunta Regionale (DGR) e determinate dirigenziali (DD), nonché le circolari esplicative correlate. Attraverso il sistema di protocollazione, provvede ad apporre la segnatura di protocollo, acquisendo gli atti informaticamente o tramite scansione ed individuando contestualmente competenze e conoscenze dei vari servizi aziendali. Viene inserita la data di scadenza ove prevista. La segreteria della Direzione Generale effettua il monitoraggio delle scadenze al fine di garantire il rispetto della tempistica. Fa seguito, nell'immediatezza, la trasmissione informatica attraverso il sistema di gestione documentale aziendale sopra citato della documentazione ai servizi interessati. È possibile monitorare in qualunque momento l'avvenuta lettura delle comunicazioni/informazioni trasmesse attraverso la funzionalità di storia del documento.

Oltre alla procedura sopra indicata, per assicurare i dovuti aggiornamenti normativi e giurisprudenziali nelle specifiche materie di competenza, per i Direttori/Responsabili delle strutture amministrative, territoriali e sanitarie interessate è stato attivato un sistema di informazione tramite News Letter che settimanalmente fa pervenire alla casella di posta elettronica del Direttore/Responsabile interessato, l'indicazione delle novità normative e giurisprudenziali pubblicate sul sito www.leggiditaliaprofessionale.it. Le leggi e/o sentenze di specifico interesse potranno poi essere visualizzate nella "Biblioteca virtuale Piemonte on-line" (applicazione "Leggi d'Italia") alla quale i Direttori/Responsabili interessati con apposita circolare sono stati invitati ad iscriversi al fine di ottenere le credenziali di accesso. Tale sito offre tutta una serie di informazioni e strumenti, tra i quali: ampie ed aggiornate raccolte di normativa, prassi e giurisprudenza; interpretazione delle norme a cura dei maggiori esperti del settore; procedure operative in materia di appalti, tributi, contabilità lavoro pubblico, ecc. .

3. ATTUAZIONE DEGLI ADEMPIMENTI RICHIESTI

Ciascun responsabile si fa carico di attuare gli adempimenti richiesti dalla normativa sopravvenuta. Laddove essi coinvolgano più servizi ed abbiano rilevanza generale è la stessa Direzione Generale a promuovere momenti di condivisione su segnalazione e con il supporto dei servizi interessati. La condivisione, nel caso di problematiche di ordine più generale o più complesse, può essere attuata anche mediante la costituzione di gruppi di lavoro. La S.O.C. Affari Generali, Legali e Istituzionali, per quanto di competenza, supporta i servizi aziendali nel porre in essere gli adempimenti necessari.

A1.2 Applicazione di una procedura di raccolta, archiviazione e condivisione tra i referenti aziendali interessati, di leggi e regolamenti che riguardano l'azienda ed il settore sanitario e che abbiano impatto in bilancio.

A1.4 Applicazione di procedure di controllo interno di conformità a leggi e regolamenti che abbiano impatto a bilancio. Tra gli altri si segnalano gli adempimenti derivanti dall'ultimi provvedimenti normativi: D.Lgs. 118/2011, Legge 190/2012, DL 174/2012 e Legge 213/2012, D.Lgs. 33/2013.

Con delibera n. 357 del 14/10/2015 (visibile e scaricabile dalla procedura ARCHIFLOW, dal sito intranet e dal sito internet "Regolamenti") è stato approvato l'aggiornamento del Manuale di gestione del sistema informativo di protocollo e gestione documentale.

Con nota prot.68945 del 19/10/2015 il Responsabile della SOC Affari Generali ha inviato una circolare esplicativa a tutte le strutture interessate e impartito direttive circa l'applicazione della procedura ARCHIFLOW che è interamente operativa.

A1.3 Predisposizione di procedure di controllo interno di conformità a leggi e regolamenti che abbiano impatto a bilancio.

1. IL CONTROLLO INTERNO DI REGOLARITÀ AMMINISTRATIVA

Il controllo di regolarità amministrativa si concretizza nel rilascio del parere di regolarità amministrativa, da parte del Responsabile del Procedimento, sulla proposta di determinazione e deliberazione.

Il Responsabile del Procedimento, con la sottoscrizione della proposta medesima, ne assicura:

- la regolarità formale
- la legittimità
- la compatibilità con le risorse assegnate (budget)
- la coerenza con i piani ed i programmi aziendali.

Il suddetto parere è riportato nel testo del provvedimento di deliberazione e determinazione.

Per quanto riguarda i soli atti deliberativi sussiste anche l'attestazione della regolarità contabile e le imputazioni a Bilancio derivanti dal provvedimento rilasciata dal Responsabile della SOC Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio.

3. IL CONTROLLO INTERNO DI REGOLARITÀ CONTABILE

Ai controlli di regolarità contabile provvede il Responsabile della S.O.C Gestione Economico-Finanziaria e Patrimonio.

Il Responsabile di tale struttura verifica la regolarità contabile delle proposte di determinazione attraverso gli strumenti del visto di regolarità contabile e attraverso il controllo costante e concomitante degli equilibri generali di bilancio.

Egli verifica:

- a) la disponibilità dello stanziamento di bilancio;
- b) la corretta imputazione;
- c) l'esistenza del presupposto dal quale sorge il diritto dell'obbligazione;
- d) la conformità alle norme fiscali;
- e) il rispetto delle competenze;
- f) il rispetto dell'ordinamento contabile;
- g) il rispetto del regolamento di contabilità;
- h) l'accertamento dell'entrata;
- i) la copertura nel bilancio pluriennale;
- j) la regolarità della documentazione;
- k) gli equilibri finanziari complessivi della gestione e dei vincoli di finanza pubblica.

I dirigenti non possono discostarsi dalle risultanze del parere di regolarità contabile.

Con Delibera n. 290 del 12/05/2017 è stato adottato il nuovo regolamento per l'adozione delle Deliberazioni e Determinazioni dirigenziali dell' ASL VCO.

A1.5 (già A1.4) Redazione e divulgazione di un codice di comportamento e accertamento che il personale ne sia adeguatamente informato e preparato.

1. CODICE DI COMPORTAMENTO DELL'ASL VCO

L'A.S.L. VCO ha adottato il proprio codice di comportamento con deliberazione n. 50 del 30/01/2015, cui è fatto rinvio.

2. STRUMENTI DI DIVULGAZIONE DEL CODICE DI COMPORTAMENTO DELL'ASL VCO

Nel provvedimento n. 50 del 30/01/2015 di approvazione del Codice di Comportamento dell'ASL VCO, ai fini di divulgazione dello stesso, si è disposto di:

Rispetto alle azioni indicate per la divulgazione di tale Codice, si acquisisce conferma di avvenuta ottemperanza alle istruzioni impartite nel dispositivo dell'atto, mediante comunicazioni interne agli atti del Responsabile per la trasparenza e l'anticorruzione.

- di dare atto che il codice di Comportamento Aziendale si applica a tutto il personale a tempo indeterminato, determinato, collaboratori o consulenti con qualsiasi tipologia di contratto o incarichi e a qualsiasi titolo, ai titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione delle autorità politiche, nonché nei confronti dei collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrice di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'amministrazione;
- di demandare alla SOC Gestione Personale e Formazione la tempestiva e capillare diffusione del codice di comportamento ai dipendenti, al fine di consentire l'immediata conoscenza dei contenuti dello stesso e consentire ai Dirigenti/Responsabili di porre in essere le attività di loro esclusiva competenza;
- di demandare ai Dirigenti/Responsabili di ciascuna struttura idonee azioni finalizzate a favorire da parte dei dipendenti una piena conoscenza e un pieno rispetto del codice;
- di demandare ai Dirigenti/Responsabili di ciascuna struttura, alle strutture di controllo interno e all'ufficio per i procedimenti disciplinari le attività di vigilanza sull'applicazione del presente Codice;
- di dare atto che il presente Codice verrà pubblicato sul sito internet dell'ASL VCO, nella sezione "Amministrazione Trasparente";
- di dare atto che il Responsabile della Prevenzione e Corruzione dell'ASL VCO con la collaborazione dell'Ufficio per i procedimenti disciplinari (UPD) svolge azioni di verifica annuali sul livello di attuazione del codice, sulla vigilanza da parte dei dirigenti responsabili di ciascuna struttura nel rispetto delle norme in esso contenute da parte del personale.

A1.6 (già A1.5) Adozione di un sistema di monitoraggio e verifica del rispetto del codice di comportamento che preveda anche l'adozione di misure nei confronti del personale che venga meno agli obblighi certificati.

1. SISTEMA DI MONITORAGGIO

Vigilano sull'applicazione del Codice di comportamento dei dipendenti: i Dirigenti responsabili di ciascuna struttura nonché (su segnalazione) il Servizio Ispettivo e l'Ufficio per i procedimenti disciplinari, sotto la supervisione dell'OIV. Le attività svolte dall'Ufficio per i procedimenti disciplinari si conformano alle eventuali ulteriori previsioni contenute nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione adottato dall'ASL VCO ai sensi dell'articolo 1, comma 2, della Legge 6 Novembre 2012, n.190.

L'Ufficio per i procedimenti disciplinari cura l'esame delle segnalazioni pervenute di violazione del Codice di Comportamento, la raccolta delle condotte illecite segnalate accertate e sanzionate.

Ai fini dello svolgimento delle attività previste l'Ufficio per i procedimenti disciplinari opera in raccordo con il Responsabile Aziendale della Prevenzione della Corruzione.

La commissione di illecito disciplinare o comunque l'esistenza di un procedimento disciplinare pendente viene valutata – anche in relazione alla tipologia di illecito – ai fini del conferimento di incarichi aggiuntivi e/o dell'autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali.

La violazione degli obblighi previsti dal Codice di comportamento integra condotte contrarie ai doveri d'ufficio. Ferme restando le ipotesi in cui la violazione delle disposizioni contenute nel Codice, nonché dei doveri e degli obblighi previsti dal Piano triennale di prevenzione della corruzione, da' luogo anche a responsabilità penale, civile, amministrativa o contabile del dipendente, essa è fonte comunque di responsabilità disciplinare accertata all'esito del procedimento disciplinare.

Ai fini della determinazione del tipo e dell'entità della sanzione disciplinare concretamente applicabile, la violazione è valutata in ogni singolo caso con riguardo alla gravità del comportamento e all'entità del pregiudizio, anche morale, derivatone al decoro o al prestigio dell'Azienda.

Le sanzioni applicabili sono quelle previste dalla Legge, dai Regolamenti nazionali ed aziendali e dai Contratti Collettivi Nazionali ed Aziendali.

A2) Programmare, gestire e successivamente controllare, su base periodica ed in modo sistematico, le operazioni aziendali allo scopo di raggiungere gli obiettivi di gestione prefissati

A2.1 Predisposizione di una procedura standardizzata di programmazione e controllo contabile e gestionale, che disciplini tra l'altro responsabilità e tempistiche finalizzate a:

1. definire e assegnare gli obiettivi strategici ed operativi regionali (incluso riparto del FSR e extrafondo);
2. definire gli obiettivi strategici ed operativi aziendali, bilanci di previsione annuale e pluriennale, coerenti con il punto 1;
3. concordare e adattare budget aziendali coerenti con le previsioni del consolidato regionale;
4. recepire i budget concordati mediante assegnazione degli stessi ai rispettivi centri di responsabilità aziendali.

Al fine di realizzare una gestione efficace ed efficiente delle risorse e di responsabilizzare l'intera struttura aziendale l'azienda adotta un processo attraverso il quale, nel quadro degli obiettivi, delle risorse, delle strategie e dei programmi previsti dagli atti di programmazione regionali ed aziendali, si pianificano, su base annuale, e con riferimento ai diversi soggetti cui sono conferiti incarichi di responsabilità, gli obiettivi da perseguire, le risorse a tal fine destinate. La verifica dei risultati e degli scostamenti, positivi o negativi, dalle previsioni di budget, costituisce elemento fondamentale per la valutazione dei Responsabili. Tale processo persegue l'intento di condurre ad unitarietà i molteplici processi operativi ed organizzativi e guidare le strutture verso il raggiungimento della missione aziendale. Di fondamentale importanza è l'utilizzo del sistema di reporting (mediante la predisposizione di report da parte della Soc Budget e Controllo aziendale), che consente di mettere a disposizione dell'Azienda una serie di informazioni indispensabili per confrontare gli obiettivi prefissati con i risultati conseguiti, permettendo, nel caso si evidenzino criticità, di introdurre tempestive azioni correttive.

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

- elabora le linee annuali sulla base della programmazione regionale e locale - indica la previsione di budget generale a disposizione per l'esercizio di riferimento – tiene conto della bilancio di previsione predisposto sulla base della quota di riparto FSR assegnato all'Azienda. Tutto ciò con lo stretto coinvolgimento del Collegio di Direzione;
- individua, per ogni struttura aziendale, eventuali aree critiche su cui lavorare;
- dispone una scheda obiettivi per ogni singola Struttura trasmettendola al Direttore della stessa chiedendo, se ritenuto opportuno, di effettuare osservazioni in merito (tali note verranno trasmesse all'Organismo Indipendente di Valutazione che ne terrà conto al momento della valutazione circa il raggiungimento di ciascun obiettivo);
- nella definizione della scheda tiene conto anche degli obiettivi annualmente assegnati al Direttore Generale;
- effettua un monitoraggio dei risultati. A questo proposito, a cadenza trimestrale, la SOC Budget e Controllo mette a disposizione della Direzione Generale e dei Responsabili delle strutture aziendali report al fine di verificare che l'andamento della gestione sia in linea con gli obiettivi previsti, dando la possibilità di adottare, in caso contrario, le necessarie azioni correttive. Qualora lo scostamento sia stato determinato dal sopraggiungere di condizioni esterne che hanno modificato la situazione originaria i Responsabili di struttura possono chiedere alla Direzione Generale l'attivazione della procedura di revisione dell'obiettivo a suo tempo assegnato, motivandone la richiesta. La procedura di revisione viene gestita direttamente dalla Direzione Generale che ne comunica l'esito all'Organismo Indipendente di Valutazione. Gli obiettivi possono essere modificati/integrati dalla Direzione Generale in corso d'anno, anche per effetto dell'assegnazione all'azienda degli obiettivi annuali da parte della Regione.

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

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

A2.2 Implementazione di un sistema informativo finalizzato a supportare in maniera efficiente la procedura standardizzata di programmazione e controllo contabile e gestionale coerente con gli obiettivi declinati nel PO 2013-2015.

FINALITA' DELLA PROCEDURA

La Regione Piemonte, con deliberazione n. 25-6992 del 30 dicembre 2013, ha approvato i Programmi Operativi 2013-2015, predisposti ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. n. 95/2012, convertito con modificazioni, nella L. n. 135/2012. La Regione, attraverso il programma operativo 2013-15 ha inteso proseguire e rafforzare l'azione di controllo della spesa sanitaria (peraltro già intrapresa con il Piano di Rientro 2010-12 – di cui alla DGR n. 1-415 del 2.8.2010 – ed integrato da un successivo addendum – di cui alla DGR n. 44-1615 del 28.2.2011 e n. 49-1985 del 29.4.2011) continuando a garantire i Livelli essenziali di assistenza.

La procedura in esame è volta a coordinare il flusso di raccolta dei dati e risultati riguardanti l'attuazione dei Programmi Operativi 2013-2015.

MODALITA' OPERATIVE

Occorre in primo luogo osservare che la Direzione Generale dell'ASL VCO mette in atto le azioni previste per ciascun intervento attraverso il coinvolgimento di tutte le strutture aziendali (sia sanitarie, amministrative, di staff).

Va precisato che con i Programmi Operativi 2013-2015, la Regione ha individuato una struttura regionale con il compito di sovraintendere all'intero Programma Operativo svolgendo attività di verifica trimestrale sull'operato delle singole aziende sanitarie piemontesi con riferimento all'attuazione degli interventi previsti dal documento. In particolare è stato, a suo tempo, istituito il Tavolo per il Governo del Programma Operativo al quale afferiscono i Responsabili del procedimento attuativo individuati nel programma operativo, previsti per ciascun intervento.

Ciò detto si evidenzia che la Direzione Generale collabora con il Tavolo regionale per il governo del programma operativo per realizzare il monitoraggio periodico circa il grado di attuazione del Piano, coinvolgendo i Direttori delle Strutture aziendali di volta in volta individuate in base alla tipologia di intervento da realizzare. In particolare, trimestralmente, i Direttori delle strutture coinvolte inviano all'area programmazione-controllo di gestione i dati di attività e spesa con riguardo ai singoli interventi evidenziando le azioni messe in atto rispetto agli obiettivi fissati ed ai risultati raggiunti. Ciò consente alla Direzione Amministrativa di evidenziare l'esistenza di eventuali criticità e, in tal caso, individuare, in sinergia con i Direttori delle strutture interessate, le necessarie azioni correttive. L'esito di tale monitoraggio viene condiviso dalla Direzione Generale con i componenti del Tavolo regionale per il governo del programma operativo.

A2.3 Applicazione di una procedura standardizzata di programmazione e controllo contabile e gestionale che disciplini, tra l'altro, responsabilità e tempistiche finalizzate a:

- 1. definire e assegnare gli obiettivi strategici ed operativi regionali (incluso riparto del FSR e extrafondo);**
- 2. definire gli obiettivi strategici ed operativi aziendali, bilanci di previsione annuale e pluriennale coerenti con il punto 1;**
- 3. concordare e adottare budget aziendali coerenti con le previsioni del consolidato regionale;**
- 4. recepire i budget concordati mediante assegnazione degli stessi ai rispettivi centri di responsabilità aziendali.**

La procedura A2.2 è applicata dagli anni 2014-15. L'area programmazione-controllo di gestione, in sinergia con le diverse strutture aziendali coinvolte nella messa in atto dei vari interventi, ha da sempre fornito il necessario supporto alla Direzione Generale per realizzare il monitoraggio periodico circa il grado di attuazione dei programmi operativi. Si rinvia al Piano della Performance annuale.

Piano annuale della Performance ASL VCO anno 2017

INDICE

1. PRESENTAZIONE

1.1 Principi generali

1.2 Scopo del Piano

1.3 Contenuti del Piano

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

2.1 Chi siamo

2.2 Cosa facciamo

2.3 Come operiamo

3. IDENTITA'

3.1 L'amministrazione in cifre

3.2 Missione

3.2.1 Visione

3.2.2 Valori fondanti

3.3 Albero della performance

4 ANALISI DEL CONTESTO

4.1 Analisi del contesto esterno

4.2 Analisi del contesto interno

4.2.1 L'organizzazione

4.2.2 Risorse umane

4.2.3 Risorse finanziarie

4.3 Punti di forza e di debolezza

5. OBIETTIVI STRATEGICI

6. DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI

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

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

7.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

7.3 azioni per il miglioramento del ciclo di gestione delle performance

8. ALLEGATI TECNICI

1. PRESENTAZIONE

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

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

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

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

Nel documento sono definiti gli obiettivi strategici che l'Azienda si pone, che rappresentano il punto di partenza per la definizione e la negoziazione degli obiettivi annuali con i Responsabili delle strutture aziendali (ovvero delle Strutture complesse e delle Strutture Dipartimentali), sia sanitarie che amministrative. Il documento s'integra con gli obiettivi e le azioni contenuti nel "Piano triennale per la prevenzione della corruzione e trasparenza 2016-18". A questo proposito si osserva che l'azienda intende garantire la massima trasparenza dando applicazione ai principi contenuti nel D.L.vo n. 33/2013.

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

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

1.1 Principi generali

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

- trasparenza: l'articolo 11, comma 8, del decreto prevede che l'azienda ha l'obbligo di pubblicare il Piano della

performance sul proprio sito istituzionale in apposita sezione, di facile accesso e consultazione, denominata “Trasparenza, valutazione e merito”.

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

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

- partecipazione.

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

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

1.2 Scopo del Piano

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

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

Gli obiettivi (articolo 5, comma 2, del decreto 150) devono rivestire una serie di caratteristiche ovvero devono essere:

- a) rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche e 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 a un arco temporale determinato, di norma corrispondente a 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, al triennio precedente;
- g) correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

La seconda finalità del Piano è di assicurare la comprensibilità della rappresentazione della performance: nel documento viene esplicitato il “legame” che sussiste tra i bisogni della collettività, la missione istituzionale, le aree strategiche, gli obiettivi e gli indicatori che l’Azienda intende perseguire. Questo rende esplicita e comprensibile la performance attesa, ossia il contributo che l’Azienda sanitaria intende apportare attraverso la propria azione alla soddisfazione dei bisogni di salute della collettività.

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

1.3 Contenuti del Piano

Il Piano riporta:

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

Non appena il nuovo sistema di misurazione e valutazione della performance, in via di definizione, sarà approvato,

il Direttore Generale concorderà gli obiettivi con i Direttori di Dipartimento i quali, a loro volta, declineranno gli obiettivi ai Direttori di Struttura Complessa e, questi, a cascata, li declineranno al personale dirigenziale e di comparto afferente alla medesima struttura.

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

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

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

2.1 Chi siamo

L'Azienda Sanitaria Locale del Verbano Cusio 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 a Omegna, in via Mazzini 117.

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

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

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



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

L'Azienda presenta un'estensione territoriale di circa 2.300 km quadrati, per il 96% montani, ha una densità abitativa media di 76 abitanti/Kmq e comprende 83 Comuni, distribuiti in maniera disomogenea sul territorio del Verbano, Cusio ed Ossola, per un totale di abitanti, al 31.12.2016, di 170.340 (vedi capitolo 4.1).

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

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

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

Il Direttore Generale è responsabile della gestione complessiva dell'azienda, che egli esercita con atti e decisioni di rilevanza interna ed esterna di indirizzo, programmazione e controllo, con particolare riguardo alle strategie per la realizzazione della missione 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 e la rappresentanza dell'azienda.

Il Collegio Sindacale, che dura in carica tre anni, è composto da tre membri, di cui uno designato dal Presidente della Giunta Regionale con funzioni di Presidente, uno dal Ministero dell'Economia e delle Finanze ed uno dal Ministro della Salute (art. 3-ter, del D.Lgs 502/92 s.m.i.).

Il Collegio Sindacale vigila sull'osservanza delle leggi e dei regolamenti, accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili.

Il Collegio di Direzione.

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

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

La Direzione aziendale: ai sensi dell'art. 3, co. 1-quater e quinques, del Dlvo 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 perseguitamento della *missione* 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 d'indirizzo, nel rispetto degli obiettivi assegnati dalla Regione;
- a garantire, attraverso la funzione d'indirizzo e controllo, un efficiente ed efficace espletamento delle attività (in modo da assicurare un'uniforme e appropriata tutela della salute, nel rispetto dei diritti degli utenti) e un'efficiente allocazione delle risorse;
- a definire, nel rispetto dei livelli di assistenza essenziali e garantiti, i volumi di produzione dei servizi sanitari che dovranno essere forniti dagli erogatori interni ed esterni all'azienda.

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

- nella pratica clinica basata sull'evidenza medica e scientifica, attraverso l'applicazione di linee guida;
- nella valutazione della performance clinica (audit clinico), volta a una revisione sistematica dei casi clinici trattati, a fronte di uno standard di indicatori condivisi, al fine di individuare eventuali criticità dei comportamenti, clinici o organizzativi, e realizzare un processo di miglioramento continuo della performance dell'assistenza;
- nella gestione del rischio clinico;
- nella definizione di percorsi clinici.

Per quanto attiene il **governo economico finanziario** va osservato che l'azienda, nella realizzazione della propria attività di produzione, coinvolge e responsabilizza tutta la Dirigenza al fine di perseguire un efficiente ed efficace utilizzo delle risorse e 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 LEA, in termini quali/quantitativi, senza trascurare l'aspetto legato alla sostenibilità economica.

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

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

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

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

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

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

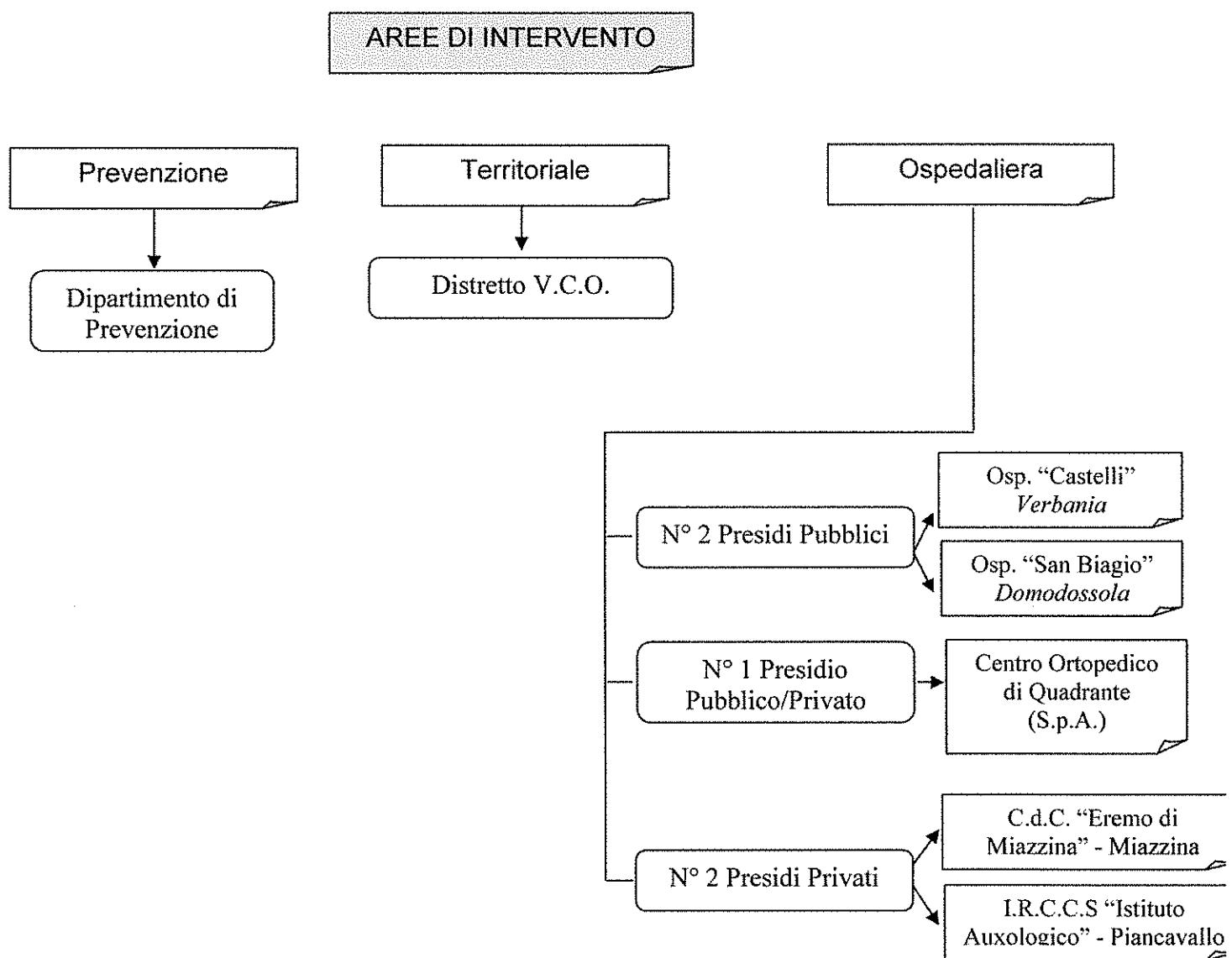
L'organismo, per lo svolgimento delle funzioni sopra indicate, in conformità a quanto previsto dall'art. 14, co. 9,10 del DLgs n. 150/2009, si avvale del supporto della **Struttura Tecnica Permanente per la Misurazione della Performance** a cui afferiscono figure professionali operanti nelle strutture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

2.2 Cosa facciamo

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

La missione dell'Azienda è di garantire il diritto alla salute, offrendo i servizi, le attività, le prestazioni necessarie per la promozione, la tutela, la prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie e la riabilitazione ma, nel contempo, assicurare che tali attività, servizi e prestazioni siano di qualità elevata e siano fornite nei modi, luoghi e tempi congrui per le effettive necessità della popolazione.

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



Area della Prevenzione

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

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

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

Assistenza Ospedaliera

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

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

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

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

Assistenza Territoriale

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Come operiamo

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

IL SISTEMA DELLE RELAZIONI ESTERNE AZIENDALI



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

I cittadini singoli ed associati

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

La Regione Piemonte

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

Gli Enti Locali

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

Il terzo settore

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

Il personale rappresenta la principale risorsa per l'azienda.

Le organizzazioni sindacali dei dipendenti aziendali

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

I soggetti erogatori privati

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

3. IDENTITA'

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

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

3.1 L'amministrazione in cifre

➤ Personale dipendente

	Numero unità di personale Anno 2013	Numero unità di personale Anno 2014	Numero unità di personale Anno 2015	Numero unità di personale Anno 2016
Dipendenti di ruolo	1.808	1.779	1.716	1.734
Incaricati	8	10	5	1
Supplenti	11	23	40	35
I dati si riferiscono al 31 dicembre di ciascun anno.				

➤ 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 83 Comuni, per un totale di **170.340** abitanti al 31.12.2016, così ripartiti tra maschi e femmine:

	Residenti maschi	Residenti femmine	Totale popolazione residente al 31.12.2016
Distretto VCO	82.538	87.802	170.340
	48,45%	51,55%	100%

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

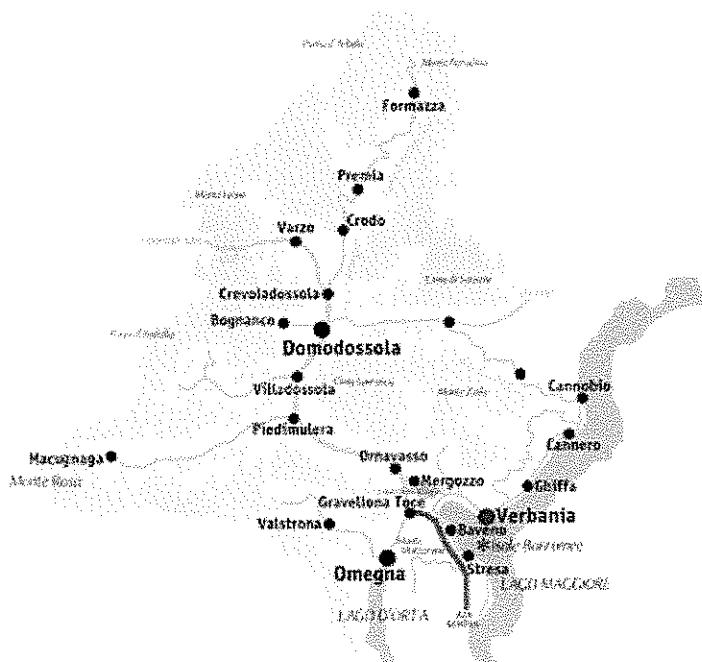


Immagine: Wikipedia

Le due principali cause di mortalità nel VCO sono rappresentate dalle malattie cardiocircolatorie e neoplastiche. Il tasso di mortalità per tumore dell'Azienda si è sempre collocato ad alti livelli in termini regionali. Ciò ha provocato un consistente e costante fenomeno migratorio verso altre Regioni, quasi esclusivamente la Lombardia e, soprattutto con Milano, più veloce da raggiungere rispetto a Torino.

➤ *Prevenzione*

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

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

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

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

Le strutture del Dipartimento di prevenzione e la loro distribuzione territoriale sono riportate al paragrafo 2.2.

➤ *Assistenza territoriale*

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

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

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

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

MMG/Pls	Distretto Verbano	Distretto Cusio	Distretto Ossola	ASL VCO
N° MMG di cui:	43	30	45	118
- medicina in associazione	0	9	8	17
- medicina in rete	12	11	22	45
- medicina di gruppo	11	4	2	17
Totale aggregazioni	23	24	32	79

MMG: N° ambulatori medici	91	62	109	262
MMG: N° ore apertura settimanali	688	484	699	1.871
N° Pls di cui:	5	4	6	15
- pediatri di gruppo	4	1	6	11
Totale aggregazioni	4	1	6	11
PLs: N° ambulatori medici	9	8	20	37
PLs: N° ore apertura settimanali	98	59	103	260
Nota: i dati si riferiscono al dicembre 2016.				

*

CONTINUITÀ'ASSISTENZIALE (Ex Guardia Medica)	
Distretti/ASLVCO	N° Postazioni
Verbanio	Cannobio Verbania Stresa
Totale	3
Cusio	Omegna
Totale	1
Ossola	Domodossola Premosello Chiovenda
Totale	2
ASL VCO	6
Nota: i dati si riferiscono al dicembre 2016.	

*

Strutture erogatrici dei servizi territoriali					
Distretti/ Asl VCO	Sede distrettuale	Sedi Sub distrettuali	Punti prelievi	Farmacie	Dispensari
Verbanio	1	2	2	26	6
Cusio	1	3	3	17	1
Ossola	1	5	7	33	9
ASL VCO	3	10	12	76	16
Nota: i dati si riferiscono al dicembre 2016.					

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

L'azienda opera mediante 1 presidio a gestione diretta (Hospice San Rocco) e 33 strutture convenzionate.

La tipologia delle strutture convenzionate ed il tipo di assistenza erogata dalle stesse è la seguente:

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

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

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

POSTI LETTO R.S.A. / ALZHAIMER AUTORIZZATI E ACCREDITATI			
	R.S.A.	N.A.T.	C.D.A.I.
Casa di Assistenza per anziani di Domodossola	39		
Casa di Riposo per anziani di Premosello	54	8	2
RAF Teresa Ceretti Villadossola	35		
Casa di Riposo Varzo	10		
Casa Anziani Montescheno	21		
Casa di Riposo Bannio Anzino	19		
Casa di Riposo Vanzone	10		
Casa Anziano Ornavasso	10		
Casa di Riposo Villa Presbitero di Vogogna	40		
R.S.A Donat Cattin Di Baceno	60		
R.S.A. di RE	30		

	R.S.A.	N.A.T.	C.D.A.I.
R.S.A. San Rocco	50		
Istituto Sacra Famiglia	57		
Casa di Cura L'eremo di Miazzina	19		
Casa di Riposo Muller	68		
Relais dell'Arcadia	80		
Opera Pia Domenico Uccelli	82	20	2

	R.S.A.	N.A.T.	C.D.A.I.
Casa di riposo S.Antonio di Ameno	40		
R.S.A. Massimo Lagostina Omegna	94	10	2
Villa Serena Orta S. Giulio	103		

Il numero di posti letto convenzionati per anziani non autosufficienti utilizzati, nel 2016, dall'ASL VCO sono 569, cui si aggiungono n. 38 posti letto NAT, per un totale di 607, pari all'1,38% rispetto alla popolazione ultra sessantacinquenne.

*

Il Distretto VCO agisce in stretta sinergia:

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

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

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

➤ **Assistenza ospedaliera**

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

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

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

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

Sono stati previsti i seguenti dipartimenti ospedalieri:

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

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

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

*

I posti letto:

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

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

Fonte: Controllo di Gestione Asl VCO				
Media pesata posti letto periodo 1.1.2016 - 31.12.2016				
Presidio	P.L. Ordinari	P.L. Diurni	P.L. Totali	
"Castelli" - Verbania	136	18	154	
"S. Biagio" – Domodossola	112	25	137	
Totale p. l. Presidi ASL VCO	248	43	291	
Centro Ortopedico di Quadrante (C.O.Q.) – Omegna	80	13	93	
Istituto Auxologico - Piancavallo	345	7	352	
Casa di Cura "L'Eremo" – Mazzina p.l. accreditati	220	/	220	

Totale posti letto	893	63	956	
(*) Si aggiungono n. 50 posti letto CAVS				

Dati di attività ospedaliera

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

2013	2014	2015	2016	Regionale 2014	Regionale 2015	Regionale 2016
153	151	150	146	149	141	138

Nota - Tasso di ospedalizzazione: N° ricoveri ospedalieri per 1.000 abitanti

Si segnalano alcuni dati di attività 2014, 2015 e 2016 con particolare riferimento alla degenza (ordinaria ed in DH) ed alla specialistica ambulatoriale:

		ANNO 2014			ANNO 2015		
		Verbania Omegna	Domodossola	TOTALI	Verbania+ Omegna	Domodossola	TOTALI
Degenza	PL	135	112	247	135	112	247
	CASI	5.203	4.728	9.931	5.128	4.782	9.910
	Valore	16.025.904	17.272.004	33.297.908	15.294.059	18.474.776	33.768.835
DH	PL	20	25	45	20	25	45
	CASI	1.293	1.884	3.177	1.224	1.931	3.155
	Valore	1.288.725	2.451.163	3.739.888	1.151.179	2.400.088	3.551.267

		ANNO 2016		
		Verbania Omegna	Domodossola	TOTALI
Degenza	PL	136	112	248
	CASI	5.050	4.813	9.863
	Valore	15.782.099	18.434.257	34.216.357
DH	PL	20	25	45
	CASI	1.210	1.958	3.168
	Valore	1.134.974	2.453.745	3.588.719

*

SPECIALISTICA AMBULATORIALE x RESIDENZA ASSISITITO

PRESTAZIONI							VALORI			
	C	C2	C4	C5	S	C	C2	C4	C5	S
DOMODOSSOLA	836.630	224.773			16.298	10.757.007	2.059.994			242.055
OMEGNA	457.658	72.481			3.535	4.547.237	823.325			67.798
VERBANIA	671.024	177.128			15.309	9.007.694	1.805.183			220.407
M. ATTIVA REGIONE	27.937	8.778			112	735.240	99.118			1.914
M. ATTIVA EXTRA/STRANIERI	22.989	28.678			99	294.047	298.994			1.618
SALDO C4/C5		375.943		32.036				3.451.030	569.998	
PRODUZIONE TOTALE	2.016.238	511.838	375.943	32.036	35.353	25.341.225	5.086.614	3.451.030	569.998	533.793

PRESTAZIONI							VALORI			
	C	C2	C4	C5	S	C	C2	C4	C5	S
DOMODOSSOLA	790.185	227.420			18.325	10.018.510	2.211.402			268.205
OMEGNA	430.114	88.523			3.888	4.276.715	926.178			76.381
VERBANIA	637.923	212.021			14.455	8.588.542	2.061.320			207.968
M. ATTIVA REGIONE	26.339	10.856			106	570.606	118.265			1.910
M. ATTIVA EXTRA/STRANIERI	23.135	37.432			124	267.243	381.452			1.500
SALDO C4/C5		600.791		163.919				5.725.189	821.043	
PRODUZIONE TOTALE	1.907.696	576.252	600.791	163.919	36.898	23.721.616	5.698.617	5.725.189	821.043	555.963

PRESTAZIONI							VALORI			
	C	C2	C4	C5	S	C	C2	C4	C5	S
DOMODOSSOLA	713.416	203.469			17.767	9.622.819	2.043.022			257.234
OMEGNA	378.759	76.007			3.906	3.895.747	815.668			79.075
VERBANIA	542.205	187.422			13.251	8.048.436	1.858.000			183.709
M. ATTIVA REGIONE	24.750	8.018			128	633.518	89.784			2.150
M. ATTIVA EXTRA/STRANIERI	20.682	27.686			116	267.189	297.052			1.508
SALDO C4/C5		594.634		180.133				3.468.769	448.968	
PRODUZIONE TOTALE	1.679.812	502.602	594.634	180.133	35.168	22.467.709	5.103.526	3.468.769	448.968	523.676

Flusso C: prestazioni ambulatoriali per esterni

Flusso C2: prestazioni ambulatoriali di pronto soccorso

Flusso C4: prestazioni per interni ricoverati (consulenze)

Flusso C5: fatturazione diretta tra aziende

Flusso S: screening tumori femminili e colon retto

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

<i>Fonte: CSI Piemonte Elaborazione: Soc Budget e Controllo</i>					
Territorio	2012	2013	2014	2015	2016
Regione:					
Casi	5.415	5.386	4.817	4730	4397
Valore (in migliaia di euro)	22.829	22.491	21.079	21300	19772
Extra regione:					
Casi	4.198	4.163	n.d. (*)	n.d. (*)	n.d. (*)
Valore (in migliaia di euro)	16.011	15.631	n.d. (*)	n.d. (*)	n.d. (*)
Totale casi (regione+extra regione)	9.613	9.549	n.d. (*)	n.d. (*)	n.d. (*)
Totale valore (regione+extra regione)	38.840	38.122	n.d. (*)	n.d. (*)	n.d. (*)
(*) n.d. - dato non disponibile					

Le cause che concorrono a determinare il fenomeno sono diverse: **geografiche, logistiche, culturali (circuiti formativi)**, essendo il Verbano Cusio e Ossola un'area di confine; **percorsi formativi/universitari; sanitarie**, legate all'assenza di talune specialità; **sanitarie**, legate alla forte attrattiva di talune strutture extraregionali.

Numerose azioni sono state messe in atto volte al controllo della mobilità passiva extraregionale. Ci si riferisce, in particolare: - al coinvolgimento/informazione dei MMG, Pediatri e Specialisti affinché dispongano delle corrette informazioni circa l'offerta sanitaria che i Presidi dell'ASL (e delle strutture convenzionate ubicate sul territorio) sono in grado di offrire potendo, in tal modo, prendere in carico, **in modo corretto ed appropriato**, il cittadino /paziente; - aggiornamento in merito ad una pronta comunicazione delle potenzialità aziendali, dal punto di vista quali/quantitativo; - predisposizione di protocolli di presa in carico dei cittadini per le patologie ad alta incidenza di mobilità passiva; - collocazione degli erogatori privati ubicati sul territorio dell'ASL in un'ottica di integrazione con la rete pubblica, ponendo attenzione all'appropriatezza delle risposte offerte da tali erogatori e richiedendo l'erogazione di prestazioni per le quali sussistono liste di attesa, al fine di contribuire a ridurre, laddove possibile, il ricorso anche a strutture extraregionali.

3.2 Missione

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

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

L'Azienda:

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

3.2.1 Visione

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

3.2.2 Valori fondanti

I valori fondanti che orientano e sostengono le azioni ed i comportamenti dei singoli operatori e dell’intera organizzazione, contenuti nel vigente atto aziendale, afferiscono alla:

- centralità del cittadino, quale titolare del diritto alla salute;
- continuità assistenziale dei percorsi di cura al fine di consentire la presa in carico globale dell’assistito e la massima integrazione dei singoli momenti del percorso di cura, organizzando l’accesso ai servizi sanitari da parte dei cittadini, come prevede il P.S.S.R. 2012-15, in un’ottica di equità di trattamento e di accesso ai servizi, da realizzare attraverso la massima semplificazione burocratico amministrativa;
- sistematica informazione al cittadino ed ai fruitori dei servizi sui loro diritti e opportunità;
- adozione di strumenti finalizzati allo sviluppo del processo di empowerment, come previsto dal P.S.S.R. 2012-15;
- collaborazione con le Istituzioni locali, le Organizzazioni Sindacali, le Associazioni rappresentative dei cittadini e del terzo settore;
- approccio integrato socio-sanitario alle problematiche di salute;
- tutela e cura delle persone più deboli o con disabilità, favorendo anche la loro integrazione nella vita quotidiana;
- contenimento dell’attività di ricovero (deospedalizzazione) evitandone l’uso improprio, da realizzare attraverso la continuità assistenziale, utile a garantire un percorso di presa in carico e di assistenza socio/sanitaria senza soluzioni di continuità;
- qualità dei servizi da realizzare lavorando sull’efficacia ed appropriatezza clinica, costruendo percorsi diagnostici terapeutici assistenziali improntati alla medicina basata sulle evidenze scientifiche, sulla sicurezza e sulla gestione del rischio, sull’appropriatezza organizzativa, sulla promozione della prevenzione;
- responsabilità ed autonomia dei professionisti mediate lo sviluppo del governo clinico;
- aggiornamento e sviluppo delle competenze professionali;
- sicurezza delle attività e degli ambienti di lavoro al fine di garantire la massima tutela per le persone che fruiscono dei servizi e per gli operatori;
- integrazione tra la dimensione clinica e quella economica, tenendo presente che la finalità istituzionale aziendale, in conformità a quanto emerge dal P.S.S.R. 2012-15, consiste nel garantire i LEA, in termini quali/quantitativi, razionalizzando il sistema attraverso la riduzione degli sprechi, delle diseconomie, delle duplicazioni di attività, ricercando, costantemente, la sostenibilità economica;
- messa in atto di azioni volte alla prevenzione ed alla repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione, ai sensi della L. n. 190 del 6.11.2012;
- trasparenza dell’attività amministrativa che, ai sensi della L. n. 190/2012, costituisce livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili, ai sensi dell’art. 117, 2° co, lettera m, della Costituzione, ed è assicurata mediante la pubblicazione, nel sito web istituzionale della pubblica amministrazione, delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi, secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione.

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

3.3 Albero della performance

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

Pianificazione strategica

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

Le aree strategiche sono condizionate dai necessari interventi rivolti, da un lato, al miglioramento clinico assistenziale ed organizzativo dei servizi offerti e, dall'altro, alla necessaria attenzione alla sostenibilità del sistema, seguendo precise linee in coerenza con la programmazione regionale e tenendo conto di situazioni ed esigenze specifiche aziendali.

Le aree strategiche sono le seguenti:

Area Strategica 1: Promozione della salute e prevenzione malattie

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

Area Strategica 2: Riordino assistenza territoriale

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

Area Strategica 3: Riordino assistenza ospedaliera

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

Area Strategica 4: Miglioramento della trasparenza e prevenzione della corruzione

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

Area Strategica 5: Governo economico-finanziario

Si tratta di un vincolo più che di un obiettivo in quanto occorre razionalizzare il livello di spesa nell'ambito delle

risorse disponibili, pur garantendo i livelli essenziali di assistenza. Si ricomprende un monitoraggio di particolari fattori di spesa (vedi spesa farmaceutica) da realizzare mediante adeguate e mirate politiche di controllo della spesa.

Area Strategica 6: *Governo clinico*

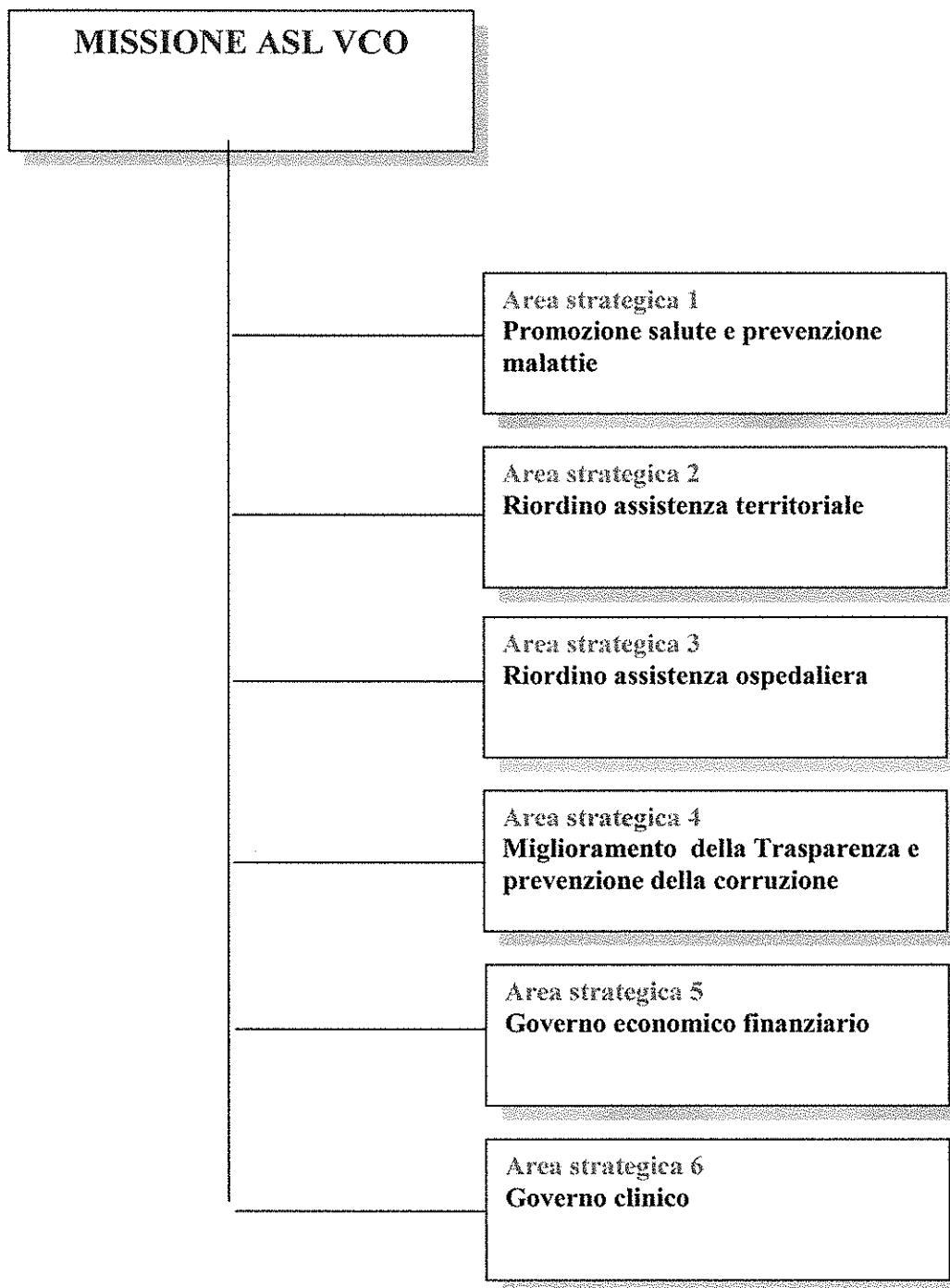
Riguarda le azioni atte a migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'intero sistema sotto il profilo delle qualità. In particolare, si intende perseguire l'appropriatezza delle prestazioni erogate (che riguarda tutte le aree della prevenzione, territoriale ed ospedaliera), contribuendo ad una maggior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

*

Le aree strategiche, a loro volta, sono state declinate in obiettivi strategici validi per il triennio 2016-18 (obiettivi definiti anche tenuto conto dei documenti di programmazione nazionali e regionali, integrati con le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno).

Gli obiettivi strategici vengono poi tradotti in obiettivi operativi annuali che vengono assegnati ai Direttori di Dipartimento, ai Direttori delle Strutture complesse aziendali, delle SOS dipartimentali, delle Sos in staff alla Direzione Generale. Nella scheda obiettivi viene indicato, per ciascun obiettivo, l'indicatore ed il target.

Albero della Performance: collegamento fra missione e aree strategiche



4. ANALISI DEL CONTESTO

Attraverso l'analisi del contesto si è inteso:

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

4.1 Analisi del contesto esterno

➤ *Popolazione*

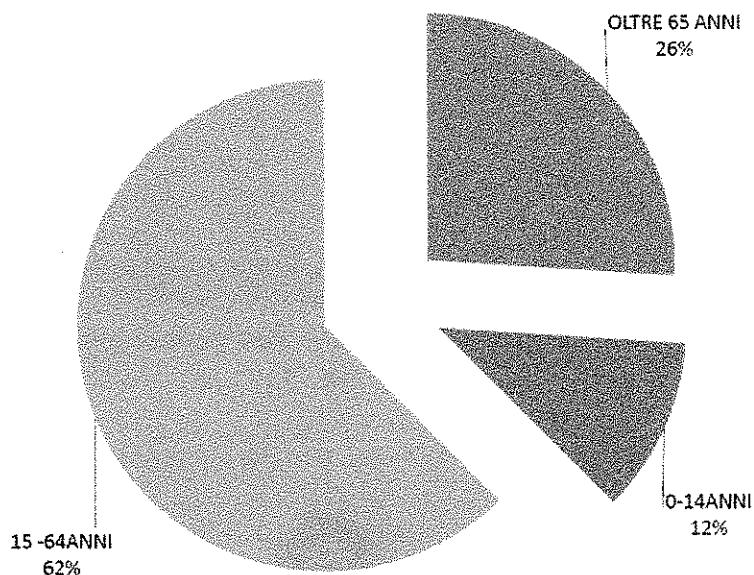
Si rappresentano i dati relativi alla **popolazione residente nell'ASL VCO al 31 dicembre 2016**, pari a n. 170.340 abitanti, dati forniti dagli uffici anagrafe dei n. 83 Comuni che fanno parte dell'Azienda.

Popolazione ASL VCO: distribuzione per genere, età, distretto al 31.12.2016

Fonte dati: Uffici Anagrafe Comuni ASL VCO

Distretto	POPOLAZIONE			Età 0-14			Età 15-64			Età 65-84			> 85		
	Totali	% Maschi	% Femmine	Totali	Maschi	Femmine	Totali	Maschi	Femmine	Totali	Maschi	Femmine	Totali	Maschi	Femmine
Verbano	64.650	48,05	51,95	7.458	51,70	48,30	40.369	49,92	50,08	14.126	44,27	55,73	2.697	29,66	70,34
Cusio	41.939	48,75	51,25	5.088	50,20	49,80	26.285	50,90	49,10	8.926	45,51	54,49	1.640	27,62	72,38
Ossola	63.751	48,67	51,33	7.147	50,75	49,25	39.669	50,69	49,31	14.455	45,35	54,65	2.480	29,68	70,32
ASL VCO (*)	170.340	48,45	51,55	19.693	50,97	49,03	106.323	50,45	49,55	37.507	44,98	55,02	6.817	29,18	70,82

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



Come si rileva dal grafico la percentuale di popolazione oltre 65 anni è pari al 26%.

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

➤ *Lo stato di salute*

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

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

• *Speranza di vita alla nascita*

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

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

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

- *Comportamenti della popolazione*

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

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

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

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

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

Nota: definizioni operative

Fumatore	Colui che dichiara di aver fumato nella sua vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20) e di essere fumatore
Guidatore con livelli rischiosi di alcol	Colui che dichiara di essersi messo alla guida di un veicolo a motore (auto o moto) negli ultimi 30 giorni, almeno 1 volta, dopo aver bevuto, nell'ultima ora, 2 unità alcoliche o più. Unità alcolica: 1 bicchiere di vino (12°) da 125 ml= 1 superalcolico (40°) da 40 ml = 1 birra (4,5°) da 330 ml.
Bevitore binge	Colui che dichiara di aver bevuto nell'ultimo mese, almeno 1 volta, 5 o più unità alcoliche in una sola occasione, se uomo; - 4 o più unità alcoliche in una sola occasione se donna.
Sedentario	Colui che dichiara di non fare un lavoro pesante e che, nel tempo libero, non svolge attività fisica moderata o intensa.
Fisicamente attivo	Colui che dichiara di svolgere un lavoro pesante, cioè un lavoro che richiede un

	notevole sforzo fisico e/o aderisce alle linee guida sull'attività fisica: 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana e/o attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni settimanali
Frutta verdure 5 porzioni	Il consumo giornaliero di frutta e verdura è misurato con il numero di porzioni di frutta e verdura che una persona dichiara di consumare abitualmente al giorno. E' raccomandato l'assunzione giornaliera di 400 gr di frutta o verdura, equivalente a 5 porzioni da 80 grammi

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

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

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

	Pressione alta	Colesterolo alto	Sintomi di depressione	Non in “buona salute”	Eccesso di peso	Molte difficoltà economiche
ASL VCO	25%	25%	4%	22%	38%	3%
Piemonte	21%	25%	6%	30%	37%	11%
Italia	20%	24%	7%	32%	42%	14%

Nota: definizioni operative

Pressione alta	Persone che riferiscono di aver ricevuto da un medico una diagnosi di ipertensione
Colesterolo alto	Persone che rispondono di avere il colesterolo nel sangue elevato secondo quanto è stato detto loro da un medico
Sintomi di depressione	E' una persona che nelle due settimane prima dell'intervista ha sperimentato sintomi di umore depresso e/o anedonia (perdita di interesse nelle attività della vita di tutti i giorni) in modo duraturo.
Non in “buona salute”	Persona in buono stato di salute è una persona , in età tra 18 e 69 anni, che alla domanda “come va in generale la sua salute” risponde male o molto bene.
Molte difficoltà economiche	Persona che dichiara la sussistenza di molte difficoltà economiche
Eccesso di peso	Persona sovrappeso è una persona con un indice di massa corporea compreso tra 25,0 e 29,9 kg/m ² calcolato da valori autoriferiti di peso e altezza.

- ***Morbilità***

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

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

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

Indicatori di ricovero ospedaliero anno 2011

Fonte: sito Regione Piemonte epidemiologia

CAUSE	VCO			Verbano			Ospedalizzazione Distretto Cusio			Ospedalizzazione Distretto Ossola		
	Sesso	Casi	Tasso St X	Sesso	Casi	Tasso St X	Sesso	Casi	Tasso St X	Sesso	Casi	Tasso St X
Tutte le cause	M	13.594	13.029,20	M	5.108	13.190,90	M	3.311	13.303,20	M	5.175	12.683,70
	F	15.140	13.788,30	F	5.987	14.499,20	F	3.663	13.526,50	F	5.490	13.264,50
Tumori	M	1.095	823,4	M	382	762,7	M	282	881,3	M	431	847,6
	F	849	575,5	F	339	646,6	F	211	574	F	299	506,1
Diabete	M	82	68,1	M	23	47,7	M	26	80,5	M	33	80,9
	F	55	33,5	F	25	37,4	F	18	44,6	F	12	21,8
Infarto miocardico acuto	M	312	247,3	M	116	245,3	M	67	226,1	M	129	264,6
	F	157	79,6	F	66	83	F	28	64,7	F	63	84,9
Malattie cerebrovascolari	M	416	293,3	M	165	308,1	M	86	264,5	M	165	295,2
	F	408	194,5	F	193	234	F	93	213,6	F	122	142,7
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	M	813	690,2	M	323	730	M	195	709,3	M	295	644,7
	F	1.078	775,4	F	435	809,5	F	263	810,5	F	380	722,8
Malattie dell'apparato respiratorio	M	983	1.027,90	M	355	1.033,30	M	244	1.041,60	M	384	1004,4
	F	840	806,5	F	300	807,7	F	177	766,1	F	363	824,2
Malattie dell'apparato digerente	M	1.591	1.558,80	M	610	1.637,40	M	408	1.676,70	M	573	1.401,90
	F	1.234	1.199,30	F	432	1.160,60	F	313	1.265,80	F	489	1.195,30

Cirrosi epatica	M	126	108,2	M	55	124,6	M	34	124,9	M	37	80,9
	F	83	62,5	F	40	73,4	F	16	52,9	F	27	58
Malattie del sistema	M	1.564	1.575,30	M	568	1.517,80	M	405	1.712,90	M	591	1.540,20
Osteomuscolare e del connettivo	F	1.784	1.441,70	F	773	1.632,10	F	420	1.385,70	F	591	1.287,20
Malattie dell'apparato genito-urinario	M	827	753,9	M	305	736,4	M	193	752,5	M	329	765,4
	F	1.055	1.026,70	F	401	1.030,50	F	233	883,1	F	421	1.123,90
Interruzione volontaria di gravidanza	M	/	/	M			M			M		
	F	226	345,6	F	88	371,9	F	59	337,7	F	79	325,6

• Mortalità

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

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

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

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

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

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

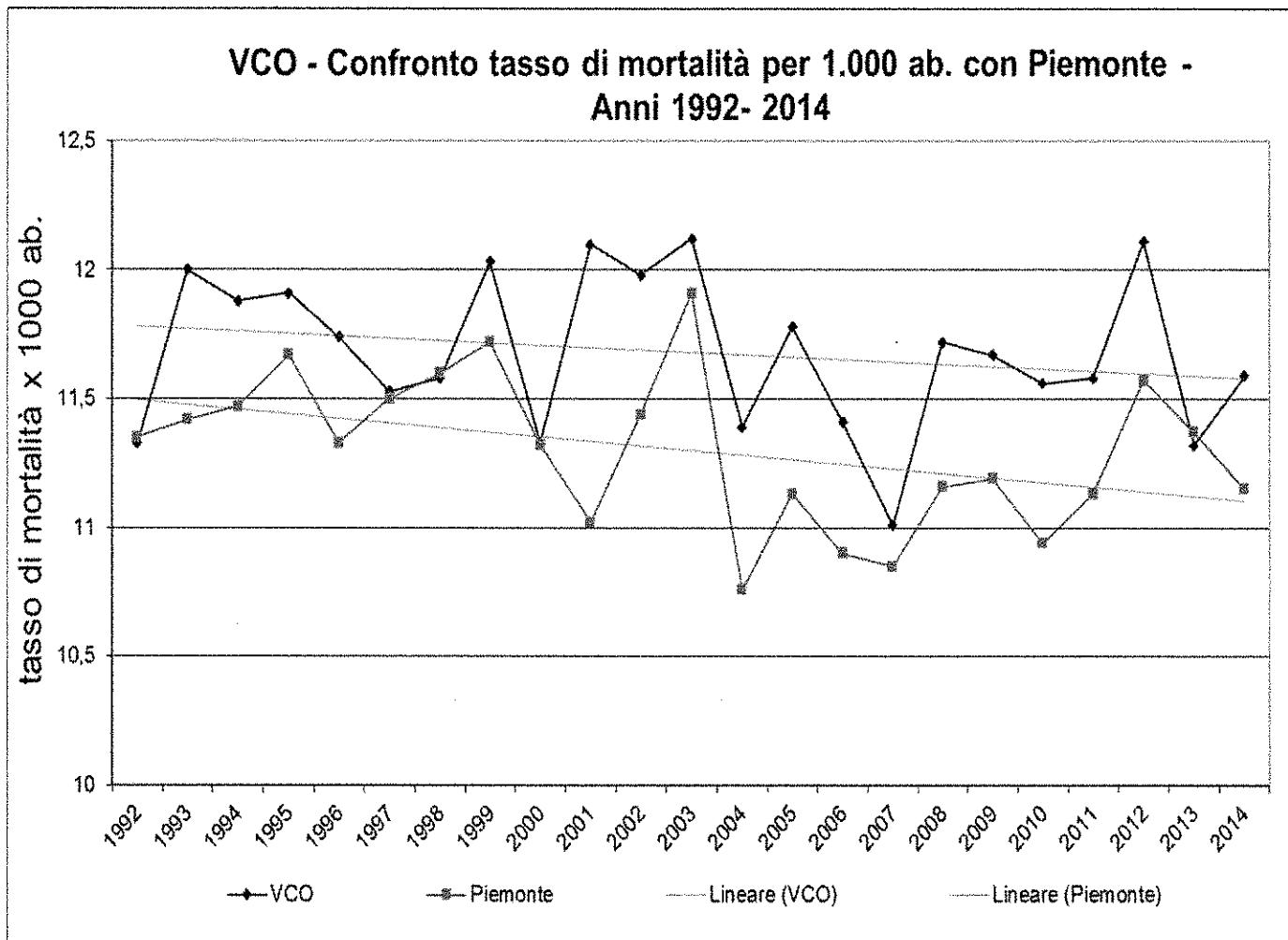
Tasso di mortalità anni 1980-2010 secondo le cause di morte

Fonte: sito Regione Piemonte epidemiologia

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

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

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



4.2 Analisi del contesto interno

L'analisi del contesto interno riguarda le seguenti dimensioni:

- organizzazione
- risorse umane
- risorse finanziarie.

4.2.1 Organizzazione

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

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

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

Dipartimenti aziendali territoriali:	- Dipartimento di Prevenzione - Dipartimento Materno Infantile
Dipartimenti interaziendali territoriali	- Dipartimento di Salute Mentale - Dipartimento delle Dipendenze
Dipartimenti aziendali ospedalieri	- Dipartimento delle patologie mediche - Dipartimento delle patologie chirurgiche - Dipartimento dei Servizi diagnostici e terapie di supporto

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

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

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

- Medicina dei Laboratori
- Medicina fisica e riabilitativa

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.2.2 Risorse umane

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

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

	Numero unità di personale al 31.12. 2013	Numero unità al personale al 31.12.2014	Numero unità al personale al 31.12.2015	Numero unità al personale al 31.12.2016
Ruolo Sanitario di cui:	1.265	1.243	1201	1.204
Medici	300	286	284	294
Farmacisti/biologo/psicologi	35	34	31	30
Infermieri	749	744	713	704
Altro personale sanitario	114	113	108	109
Fisioterapisti/educatori	67	66	65	67
Ruolo Professionale di cui:	3	3	3	3
Dirigenti	3	3	3	3
Ruolo Tecnico di cui:	309	305	295	311
Dirigenti	2	2	2	2
Comparto	307 (di cui 168 OSS)	303 (di cui 168 OSS)	293 (di cui 165 OSS)	309 (di cui 186 OSS)
Ruolo Amministrativo di cui:	231	228	217	216
Dirigenti	8	8	7	7
Comparto	223	220	210	209
TOTALE RUOLI	1.808 (*)	1.779	1.716	1.734

(*) in aggiunta a personale distaccato al COQ:	59	57	57	55
--	----	----	----	----

Analisi risorse umane

Analisi caratteri qualitativi/quantitativi al 31.12.2015 -

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

Analisi benessere organizzativo al 31.12.2015

Indicatori	Valore
Tasso di assenze (comprese assenze per malattia, maternità, ecc.)	8
Tasso di richieste di trasferimento	0,42
Tasso di infortuni	0,05
% di personale assunto a tempo indeterminato	2,42

Analisi di genere al 31.12.2015

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

Indagine benessere organizzativo

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

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

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

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

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

Il Gruppo ha deciso di adottare la metodologia elaborata dall'INAIL ed ha proceduto alla rilevazione del rischio in tutti i 116 gruppi omogenei di lavoratori dell'azienda coinvolgendo oltre 600 lavoratori.

La rilevazione nell'ASL VCO ha evidenziato:

GRUPPI OMOGENEI LAVORATORI E RISCHIO
- N. 62 con rischio basso (Verde)
- N. 54 con rischio medio (Giallo)
- Nessuno con rischio alto (Rosso)

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

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

Nei primi mesi dell'anno 2017 si è avviata una fase di valutazione approfondita dello stress lavoro correlato seguendo la metodologia proposta dall'INAIL.

4.2.3 Risorse finanziarie

Consuntivi 2014-16: risultati di gestione

Descrizione	Anno 2014	Anno 2015	Preconsuntivo 2016
Totale valore della produzione (A)	353.050.232	358.467.009	355.023.378
Totale costi della produzione (B)	346.192.472	353.405.693	354.236.401
DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A - B)	6.857.760	5.061.316	786.977
Totale proventi e oneri finanziari (C)	-323.624	-616.650	-338.821
Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	-100.683	741.666	500.000
Totale proventi e oneri straordinari (E)	374.932	1.226.754	803.256
Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	6.808.385	6.413.086	1.751.412
Totale imposte e tasse	6.808.385	6.834.541	6.611.636
RISULTATO DI ESERCIZIO	0	-421.455	-4.860.224

Bilancio di previsione 2017

Descrizione	Importo 2016
In migliaia /000	
Totale valore della produzione (A)	355.519.908
Totale costi della produzione (B)	360.341.924
DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A - B)	-4.822.016
Totale proventi e oneri finanziari (C)	-248.920
Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	200.000
Totale proventi e oneri straordinari (E)	-245
Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	-4.871.181
Totale imposte e tasse	6.837.640
RISULTATO DI ESERCIZIO	
	-11.708.821

Situazione finanziaria

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

Anticipazione ordinaria di tesoreria ANNO 2016	€ 29.027.750,83
Anticipazione ordinaria di tesoreria ANNO 2017	€ 29.430.301,50

4.3 Punti di forza e di debolezza

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

Punti di debolezza:

- Caratteristiche geografiche del territorio: rappresentano il primo elemento di criticità infatti la necessità di assicurare un'uniforme assistenza sanitaria di primo livello comporta un impegno, in termini organizzativi e di costi, nettamente superiore a quello di altre realtà territoriali. L'ampiezza e le caratteristiche montane del territorio obbligano ad una diffusione molto capillare dei servizi territoriali per garantire i servizi di base a tutta la popolazione della Provincia, con i relativi comprensibili riflessi in termini economici.
- Percentuale significativa di popolazione anziana. In questo contesto di allungamento della vita media si ha una crescita costante della prevalenza di patologie cronico degenerative con il conseguente elevato carico assistenziale.
- Costi importanti di mobilità passiva, in particolare extraregionale (Regione Lombardia). Le cause che concorrono a determinare il fenomeno sono diverse: geografiche, logistiche, culturali (circuiti formativi),

- essendo il Verbano Cusio e Ossola un'area di confine; percorsi formativi/universitari; sanitarie, legate all'assenza di talune specialità; sanitarie, legate alla forte attrattività di talune strutture extraregionali.
- Significativo di ospedalizzazione con particolare riferimento al settore riabilitativo, da sempre una criticità aziendale in considerazione della presenza, sul territorio, di un Istituto a carattere scientifico e di una casa di cura a valenza riabilitativa.

Punti di forza

- Attaccamento della popolazione ai servizi che si evidenzia con numerose campagne di donazione di fondi e attrezzature.
- Presenza sul territorio di numerose associazioni di volontariato attive in ambito sanitario.
- Azioni volte a potenziare i servizi territoriali ed assicurare la presa in carico del cittadino. Ciò al fine di offrire attività e forme di assistenza idonee a garantire risposte più adeguate ai bisogni della popolazione. Particolare attenzione è stata posta al potenziamento delle prestazioni domiciliari, dando importanza all'umanizzazione delle cure, per garantire un'assistenza qualificata e qualitativamente valida.
- Valorizzazione di modelli integrativi ospedale-territorio a supporto di una reale presa in carico del paziente realizzata anche attraverso un importante coinvolgimento dei MMG/Pls.
- Azioni volte a realizzare un passaggio da una modalità organizzativa prevalentemente fondata sull'efficienza ad una più orientata all'efficacia, all'output, attraverso la realizzazione di percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali interdisciplinari, in grado di realizzare la vera e completa presa in carico del paziente, dal momento del primo approccio alla struttura sanitaria sino al termine del suo iter.
- Razionalizzazione della spesa ottenuta attraverso un attento monitoraggio e perseguendo l'obiettivo dell'appropriatezza delle prestazioni erogate. La politica del farmaco realizzata ha consentito di ottenere positivi risultati in termini economici.
- Miglioramento dell'appropriatezza, in particolare di quella ospedaliera realizzata attraverso una riduzione delle prestazioni di ricovero e di Day Hospital (come richiesto a livello nazionale e regionale), ed un aumento delle prestazioni ambulatoriali.

5. OBIETTIVI STRATEGICI

Il processo di redazione del Piano si inserisce nell'ambito del processo di pianificazione strategica e programmazione dell'ASL VCO. La pianificazione strategica tiene anche conto dei Piani Socio Sanitari nazionali e regionali, degli obiettivi assegnati al Direttore Generale da parte della Regione (sia al momento della nomina, obiettivi di mandato, sia annualmente).

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

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

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

Area Strategica 1: Promozione della salute e prevenzione malattie

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

Area Strategica 2: Riordino assistenza territoriale

OBIETTIVI STRATEGICI	
Obiettivo	Riordino rete territoriale a seguito DGR n. 26-1653 del 29.6.2015. Messa in atto azioni previste nel PAT.
Indicatore	Messa in atto azioni
Obiettivo	Rafforzamento continuità ospedale-territorio

Area Strategica 3: Riordino assistenza ospedaliera

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

Area Strategica 4: Miglioramento della trasparenza e prevenzione della corruzione

OBIETTIVI STRATEGICI	
Obiettivo	Messa in atto azioni previste nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza (P.T.P.C.T.) dell'ASL VCO triennio 2017.-2019.
Indicatore	Realizzazione azioni

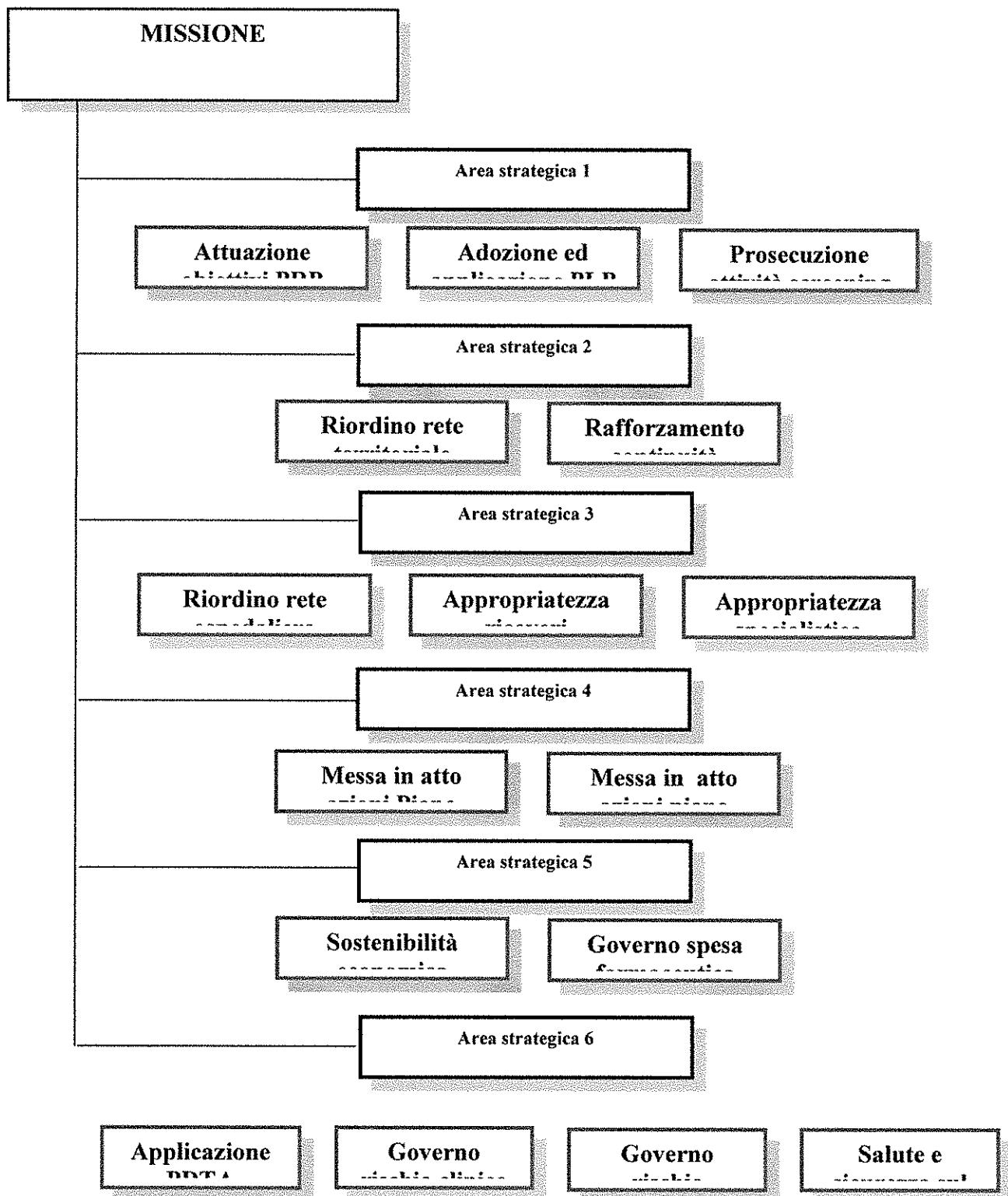
Area Strategica 5: *Governo economico-finanziario*

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

Area Strategica 6: *Governo clinico*

OBIETTIVI STRATEGICI	
Obiettivo	Applicazione PDTA con particolare attenzione ai percorsi definiti nell'ambito della Rete Oncologia Piemontese.
Indicatore	Indicatori di riferimento per ogni PDTA
Obiettivo	Governo rischio clinico
Indicatore	Relazione circa la messa in atto di azioni
Obiettivo	Governo rischio infettivo
Indicatore	Rispetto parametri regionali
Obiettivo	Messa in atto interventi per la salute e sicurezza del lavoro
Indicatore	Relazione circa la messa in atto azioni

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



6. DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI

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

Secondo la logica del Piano della Performance, ad ogni area strategica corrispondono obiettivi strategici, questi ultimi articolati in obiettivi operativi, riportati all'interno delle apposite schede (Allegato 3) che individuano l'obiettivo operativo, a cui si associa un indicatore ed un target (valore atteso).

Sistema di misurazione e valutazione della Performance

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

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

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

- elabora le linee annuali sulla base della programmazione regionale e locale - indica la previsione di budget generale a disposizione per l'esercizio di riferimento – richiama gli obiettivi strategici da perseguire. Tutto ciò con lo stretto coinvolgimento del Collegio di Direzione;
- individua, per ogni struttura aziendale (Dipartimento, Sos Dipartimentale, Soc, Sos in staff alla Direzione Generale), eventuali aree critiche su cui lavorare o aree da potenziare;
- richiede ai Direttori di Dipartimento, di Sos Dipartimentali, di Soc e di Sos in staff alla Direzione Generale, entro il 31 gennaio di ogni anno, una relazione in merito al grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati nell'anno precedente, nonché una proposta di 2 - 3 obiettivi specifici di struttura per il nuovo anno;
- predisponde una scheda obiettivi per ogni singolo Dipartimento/Struttura (anche tenuto conto di quanto previsto nel Piano della Performance) trasmettendola ai singoli Direttori chiedendo, se ritenuto opportuno, di effettuare osservazioni in merito (tali note verranno trasmesse all'Organismo Indipendente di Valutazione che ne terrà conto al momento della valutazione circa il raggiungimento di ciascun obiettivo);
- organizza un incontro a livello Dipartimentale e con quelle Strutture che non afferiscono ad un ambito dipartimentale, per un confronto in merito alla scheda obiettivi, raccogliendo eventuali osservazioni;
- raccoglie le schede obiettivi firmate ed assume l'atto deliberativo;
- effettua un monitoraggio dei risultati. A questo proposito, a cadenza trimestrale, la Sos in Staff alla Direzione Generale Controllo di Gestione mette a disposizione della Direzione Generale e dei Direttori dei Dipartimenti/Sos Dipartimentali, Soc e Sos in staff alla Direzione Generale alcuni 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. Collaborazione viene fornita anche dalla Struttura funzionale Tecnica permanente per la misurazione della performance. Qualora lo scostamento sia stato determinato dal sopraggiungere di condizioni esterne che hanno modificato la situazione originaria, i Direttori di Dipartimento/Struttura possono chiedere alla Direzione Generale l'attivazione della procedura di revisione dell'obiettivo a suo tempo assegnato, motivandone la richiesta. La procedura di revisione viene gestita direttamente dalla Direzione Generale che ne comunica l'esito all'Organismo Indipendente di Valutazione. Gli obiettivi possono essere modificati/integrati dalla Direzione Generale in corso d'anno, anche per effetto dell'assegnazione, al Direttore Generale, degli obiettivi annuali da parte della Regione.

Nell'ambito della scheda obiettivi assegnata ad ogni Direttore di Dipartimento, di Sos Dipartimentale, di Soc, di Sos in staff al Direttore Generale a ciascun obiettivo è attribuito assegnato un peso; la somma totale del peso di tutti gli obiettivi è pari a 100.

L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.), l'anno successivo a quello di riferimento, valuta il raggiungimento degli obiettivi assegnati, annualmente, ai singoli Direttori di Dipartimento, di Sos Dipartimentale, di Soc, di Sos in staff al Direttore Generale. Per effettuare la valutazione l'OIV utilizza la reportistica resa dalla Sos in Staff alla Direzione Generale Controllo di Gestione e dalla struttura funzionale Tecnica Permanente per la misurazione della performance (costituita con atto deliberativo n. 126 del 31.3.2015), tiene conto della relazione trasmessa da ciascun Direttore, delle informazioni ed elaborazioni fornite dai soggetti titolati a detenerle o produrle, della relazione predisposta dai Coordinatori eventualmente individuati, degli indicatori e standard che costituiscono parte integrante della scheda obiettivi.

Sulla scorta delle informazioni così ottenute l'OIV valuta il grado di raggiungimento degli obiettivi effettuando, eventualmente a sorteggio, verifiche dirette rispetto ai dati rilevati ed alla documentazione pervenuta. Nel caso di difformità tra questi ultimi e gli esiti delle verifiche si dovrà analizzare lo scostamento riscontrato.

La valutazione finale di risultato è espressa come percentuale complessiva di raggiungimento, ottenuta effettuando la somma delle percentuali di raggiungimento dei singoli obiettivi moltiplicato per il valore in "peso" rispettivamente assegnato. La valutazione potrà concludersi in 4 modalità differenti: 1. obiettivo raggiunto; 2. obiettivo parzialmente raggiunto (in termini percentuali); 3. obiettivo non raggiunto per cause non imputabili alla Struttura, debitamente motivate; 4. obiettivo non raggiunto. Terminata la valutazione gli esiti del controllo vengono trasmessi dalla segreteria al Direttore Generale che, in base alle risultanze, assume gli atti di competenza.

Si rinvia all'atto deliberativo n. 133 del 1° aprile 2015 avente ad oggetto l'approvazione del Regolamento per il funzionamento dell'O.I.V. dell'ASL VCO.

Dopo che il Direttore Generale ha preso formalmente atto delle risultanze del lavoro dell'OIV le stesse vengono trasmesse all'Ufficio Personale che provvederà ad erogare, per quell'anno, il saldo degli incentivi, di norma entro il 30 giugno di ciascun anno.

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

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

Il processo di redazione del Piano della performance si inserisce nell'ambito del più ampio processo di pianificazione strategica e programmazione dell'Azienda. La Direzione Generale, in armonia con gli atti di programmazione sanitaria regionale e nazionale, ed in relazione alle proprie strategie, previa verifica delle risorse economiche assegnate, ha definito il Piano della Performance per l'anno 2017. Un ulteriore documento strategico di cui si è tenuto conto nella redazione del Piano della Performance è il Piano triennale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza (P.T.P.C.T.) dell'ASL VCO triennio 2017-2019 (adottato con atto deliberativo n. 42 del 31.1.2017).

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

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

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

7.2 Coerenza con la programmazione economico - finanziaria e di bilancio

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

L'integrazione ed il collegamento tra la pianificazione della performance ed il processo di programmazione e di

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

Il bilancio di previsione per l'anno 2017 è già stato adottato. Il servizio economico finanziario, tenuto conto dei dati di bilancio, assegna il budget agli ordinatori di spesa.

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

7.3 Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione delle performance

Il Piano verrà aggiornato annualmente ma, eventualmente, anche nel corso dell'anno nel caso in cui dovessero intervenire disposizioni in merito ad un nuovo assetto organizzativo.

Tale piano tiene inoltre conto di quanto previsto nel Piano della trasparenza al fine di individuare le aree chiave di misurazione del rapporto con i cittadini e fornire trasparenza come massima leggibilità di tali informazioni da parte dei vari soggetti portatori di interessi.

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

8. ALLEGATI TECNICI

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

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

Allegato 2: Elenco Strutture aziendali (complesse, semplici dipartimentali, semplici, in staff alla Direzione Generale).

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

**

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

*

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

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

STRUTTURE IN STAFF AL DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE			
SOC SANITARIE			SOS

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

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

SIAN	
SPRESAL	
UROLOGIA	
SOC INTERAZIENDALE	
MEDICINA LEGALE	

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

*

Allegato 3 – Scheda obiettivi prevista per i Direttori di Dipartimento, per i Direttori di SOC, di Sos Dipartimentali, di Sos in staff alla Direzione Generale per l'anno 2017

La scheda obiettivi per i Direttori di Dipartimento per l'anno 2017 è strutturata nelle seguenti sezioni:

1	Gestione organizzativa
2	Progetti formativi/operativi
3	Governo clinico
4	Anticorruzione

*

La scheda obiettivi per le strutture sanitarie (Soc, Sos Dipartimentali e Sos in staff alla Direzione Generale) per l'anno 2017 è strutturata nelle seguenti sezioni:

1	Equilibrio economico finanziario
2	Governo produzione
3	Obiettivi specifici di Struttura
4	Efficienza
5	Reclami
6	Azioni strategiche/Applicazione disposizioni regionali e/o nazionali
7	Risk management
8	Qualità
9	Prevenzione corruzione/miglioramento trasparenza

sezioni di seguito descritte:

Governo economico	
Equilibrio economico finanziario	Si riferisce al budget assegnato alla struttura per l'anno 2017 (attiene ai costi di gestione, escluso il personale, ed ai costi ribaltati della Direzione Generale).
Fonte dati spesa	Report messi a disposizione dalla Sos in staff al Direttore Generale Controllo di Gestione
Andamento costi	Attraverso i report messi a disposizione dalla Sos in staff al Direttore Generale, Controllo di Gestione, 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.
Messa in atto azioni Piano Efficientamento 2017 con attenzione alla spesa farmaceutica e per beni e servizi, sanitari e non sanitari	Tenuto conto che una delle voci di spesa che più incidono sul bilancio è rappresentata da quella farmaceutica, al fine di una razionalizzazione di tale spesa da attuarsi soprattutto migliorando <u>l'appropriatezza</u> , è stato individuato questo obiettivo.
Coordinamento	Il coordinamento di questo obiettivo verrà realizzato dal Direttore del Dipartimento del Farmaco che contatterà i Responsabili di Soc al fine di agire in modo sinergico e secondo un indirizzo condiviso.

*

Governo della produzione	
Gestione produzione	Si fa riferimento al valore della produzione di ciascuna Struttura (degenza ordinaria, Day Hospital, ambulatoriale).
Fonte dati	Report messi a disposizione dalla Sos in staff al Direttore Generale Controllo di Gestione
Andamento parametri	Attraverso i report messi a disposizione della Sos in staff al Direttore Generale Controllo di Gestione 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; - Scheda di dimissione ospedaliera: applicazione del Decreto Ministero Salute n. 261 del 7.12.2016.
Ambulatoriale	Comprende il N° di prestazioni ambulatoriali (flusso C).
Fonte dati	Report messi a disposizione dalla Sos in staff al Direttore Generale Controllo di Gestione
Andamento parametri	Attraverso i report messi a disposizione dalla Sos in staff al Direttore Generale Controllo di Gestione si potrà monitorare l'andamento dei parametri riferiti ai ricoveri ordinare ed all'attività ambulatoriale, segnalando alla Direzione Generale l'esistenza di eventuali criticità al fine di individuare, laddove possibile, tempestive azioni correttive.

*

Obiettivi specifici di Soc	
Descrizione	Questi obiettivi specifici sono stati proposti dai Direttori di Struttura.
	*

Efficienza	
Efficienza	Il coordinamento di tale obiettivo verrà realizzato dal Responsabile Gestione Attività territoriali che indicherà ai Responsabili di Soc le azioni da mettere in atto per mantenere i tempi di attesa previsti per le classi U e B e per la messa in atto delle azioni proposte dalla Commissione Ospedale Territorio.
	*

Reclami	
Reclami	Il coordinamento di tale obiettivo verrà realizzato dal Responsabile URP
	*

Azioni strategiche aziendali/Applicazione disposizioni regionali e/o nazionali	
Descrizione	Sono state individuate le seguenti azioni:
	<ul style="list-style-type: none"> - Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali emessa in atto delle azioni definite dal Gruppo di Progetto aziendale “Flussi” - Riordino del flusso della specialistica ambulatoriale al fine di diminuire il numero di prestazioni non accettate in Regione. - Collaborazione nell’applicazione dell’atto aziendale vigente e nella messa in atto delle azioni/indirizzi formulati dal Dipartimento di afferenza. - Messa in atto delle azioni definite dai gruppi di progetto aziendali: Gruppo coordinamento Ospedale, Territorio, Gruppo Flussi, Gruppo Informatizzazione territorio. - Azioni specifiche per taluni settori.

Risk management	
Rischio clinico	Riguarda la messa in atto delle indicazioni regionali per la gestione del rischio clinico e delle disposizioni dell’Unità Gestione Rischio clinico dell’ASL VCO, con il coordinamento del Dipartimento di afferenza.
Coordinamento	Il coordinamento verrà effettuato dal Responsabile dell’equipe professionale Qualità Accreditamento.
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 2017.
Salute e sicurezza lavoro	Riguarda gli interventi da mettere in atto nel 2017 in qualità di Dirigente e/o richiesti dal dirigente delegato con particolare attenzione, per quanto attiene il rischio antincendio, alla riduzione della consistenza degli archivi

	cartacei (smaltimento).
Coordinamento	Il coordinamento di tale obiettivo verrà realizzato dal Responsabile della Struttura Prevenzione Protezione e dal Responsabile della Struttura Programmazione Gestione attività tecniche e manutenzione.

*

Qualità	
Descrizione	Si tratta di specifici obiettivi che afferiscono all'area qualità.
Coordinamento	Il coordinamento di questi obiettivi verrà realizzato dal Responsabile della EP Organizzazione, Qualità, Accreditamento.

*

Prevenzione corruzione/miglioramento trasparenza	
Descrizione	Messa in atto azioni previste nel Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la trasparenza (P.T.P.C.T.) dell'ASL VCO triennio 2017-2019.
Coordinamento	Il coordinamento di questi obiettivi verrà realizzato dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza.

*

La scheda obiettivi per l'area amministrativa per l'anno 2017 è strutturata nelle seguenti sezioni:

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

1	Equilibrio economico finanziario
2	Obiettivi specifici di Struttura
3	Azioni strategiche aziendali/Applicazione disposizioni regionali e/o nazionali
4	Salute/Sicurezza lavoro
5	Prevenzione corruzione/miglioramento trasparenza

A2.4 (già A2.2) Definire un modello di reporting e relativo piano di controllo finalizzato a monitorare le informazioni chiave per il raggiungimento degli obiettivi programmati.

Il modello di reporting aziendale poggia su un piano di Centri di Costo e su un piano dei conti di costo e di ricavo coincidente con le voci del bilancio CE regionale.

I reporting di riferimento ha cadenza trimestrale ed espone i dati di spesa e di ricavo di ogni singola Struttura Aziendale, in aggiunta ad altri indicatori specifici per la struttura per quanto attiene l'attività svolta dalla stessa (produzione) e le risorse umane dedicate.

La redazione del report prevede i seguenti step: importazione dei dati economici, gestionali e di attività del periodo in esame, da fonti interne per quanto riguarda i dati di spesa, e da fonti esterne (CSI – Piemonte) per quanto riguarda i dati di attività.

Si procede quindi all'aggiornamento automatico dei report, suddivisi per centro di responsabilità, su cui vengono esposti gli obiettivi assegnati in modo da consentire ai Responsabili di controllare il grado di raggiungimento dell'obiettivo, con riguardo ad un certo ambito temporale (trimestrale).

Infine, si invia la reportistica ai vari centri di responsabilità.

A2.5 (già A2.3) Istituire momenti di controllo finalizzati all'analisi preventiva e successiva delle azioni, degli interventi e delle relative valorizzazioni economico, patrimoniali e finanziarie (almeno con cadenza trimestrale).

Il sistema dei controlli finalizzati all'analisi preventiva e successiva delle azioni rappresenta un sistema complesso e coordinato di strumenti e di documenti integrati ed ispirati ai principi di coerenza con gli obiettivi aziendali e di coinvolgimento delle varie strutture aziendali. Il sistema è finalizzato al monitoraggio e alla valutazione dei risultati, dei rendimenti e dei costi dell'attività amministrativa; il tutto in proporzione alle risorse disponibili, per garantire conformità, regolarità e correttezza dell'azione dell'Azienda attraverso un sistema integrato di controlli interni. I controlli vengono esercitati sia in fase preventiva che in fase successiva all'adozione dell'atto ed è finalizzato a garantire la legittimità, la regolarità e la correttezza dell'azione amministrativa. In linea generale, il controllo preventivo sulle azioni che impattano sul bilancio aziendale, è assicurato dalla necessaria attestazione di copertura economica relativa alle determinazioni di spesa dei responsabili dei vari servizi aziendali: antecedentemente all'adozione dell'atto, infatti, deve essere acquisito il parere obbligatorio attestante la capienza del budget a disposizione di un determinato servizio da parte del Responsabile della S.O.C. Gestione Economico- Finanziaria e Patrimonio.

Nell'ambito delle azioni sviluppate nel P.A.C. dell'ASL VCO, verranno illustrati in dettaglio i controlli effettuati, in particolare, dal servizio Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio relativi ai processi aziendali impattanti sulla spesa. Per ciò che riguarda l' ambito dei controlli successivi, in generale viene perseguita la finalità di monitoraggio ex post del dato e di verifica della regolarità-correttezza delle procedure degli atti adottati.

Nel seguito del P.A.C. vengono illustrati in dettaglio, in analogia a quanto esposto per ciò che concerne i controlli preventivi, i vari controlli successivi eseguiti sui principali processi aziendali .I controlli interni, siano essi preventivi o successivi, devono essere improntati ai principi di indipendenza, di imparzialità, trasparenza e di tempestività al fine di assicurare adeguate azioni correttive in caso di necessità.

A2.6 (già A2.4) Identificare gli eventuali fattori ostacoli, le responsabilità ed i possibili rimedi per la mancata o parziale attuazione degli obiettivi strategici (incluso l'eventuale riprogrammazione dei budget).

L'identificazione di eventuali fattori che ostacolino il raggiungimento degli obiettivi avviene secondo i seguenti passi logici:

1. confronto tra dato di previsione e obiettivo, ed eventuale segnalazione di scostamenti negativi
2. analisi delle criticità: esame approfondito dei dati, interessamento e confronto con il Responsabile su possibili cause e rimedi della mancata attuazione degli obiettivi strategici
3. interessamento della Direzione Generale per eventuali correzioni sugli obiettivi assegnati
4. conferma o riformulazione dell'obiettivo.

A2.7 Verifica della corretta esecuzione delle procedure definite ai punti precedenti (es. A.2.3)

Il processo di assegnazione e verifica sugli obiettivi aziendali è stato effettuato secondo le procedure che vengono definite nel piano delle performance con rendicontazione nella relazione annuale performance.

A3) Disporre di sistemi informativi che consentano la gestione ottimale dei dati contabili e di formazione delle voci di bilancio

A3.1 Aggiornamento del Piano dei Conti unico regionale coerente alla normativa vigente

Lo schema base di un impianto contabile di tipo economico patrimoniale è rappresentato dal piano dei conti. Tale impostazione risponde alle esigenze di tipo informativo e conoscitivo che la Regione e le aziende intendono perseguire. Il piano dei conti è costituito da un documento contenente tutti i conti utilizzati dall'azienda per effettuare le rilevazioni in partita doppia. In particolare, definisce la classificazione di tutti gli elementi dello Stato Patrimoniale (attività, passività e patrimonio netto) e di tutte le voci del conto economico (costi e ricavi) che caratterizzano la gestione dell'azienda stessa. La struttura del codice del piano dei conti è libera e definibile dall'Ente e permette la stesura di un bilancio di esercizio a norma di legge. I codici del piano dei conti sono composti da una parte descrittiva che ha scopo informativo, e da una parte numerica di sette cifre che ha scopo di identificare il conto nei software di contabilità distinguendolo in modo univoco.

Per ogni singola voce del piano dei conti va specificato la natura contabile: patrimoniale, economica, conto d'ordine, la sezione e la tipologia (debito, credito, rateo, risconto, scorta, rimanenza, costi, ricavi, immobilizzi, cassa, IVA, abbuoni, ammortamenti, ecc.), oltre all'informazione sulla data di attivazione ed eventuale data di disattivazione e anche il codice di tesoreria su cui effettuare pagamenti o riscossioni (questo garantisce l'automaticismo in fase di emissione ordinativi).

Per ottenere gli automatismi sulle chiusure di bilancio si predispongono i collegamenti tra i conti: un conto di costo va associato ad un conto tipo scorta, un conto di immobilizzo ai conti di ammortamento e fondo ammortamento.

La scelta e l'impostazione del piano dei conti costituisce il fondamento attraverso il quale si articola la funzione del bilancio nelle sue particolarità e nelle sue generalità.

Le modifiche al piano vengono recepite dalla S.O.C Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio, che procede all'aggiornamento proposto rispetto allo stato dell'arte comunicando ai servizi aziendali interessati le modifiche che possono riguardare la soppressione di conti, l'istituzione di nuovi, modifiche nella descrizione e nel contenuto degli stessi, raggruppamenti, scorpori tra conti.

Le ASR possono liberamente apportare, a soli fini di rilevazione interna, delle modifiche agli schemi regionali, per esempio aggiungendo classificazioni più specifiche, che tuttavia a livello di rendicontazione esterna dovranno essere ricondotti agli schemi di bilancio regionale.

In una prima casistica, le modifiche e l'aggiornamento proposto riguardano solamente conti la cui movimentazione è di esclusiva competenza della struttura S.O.C Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio, che provvederà al concreto aggiornamento del Piano dei Conti. È il caso tipico di aggiornamenti a livello di conti cassa, conti non monetari (es. ammortamenti, fondi rischi e oneri ecc...).

Nel caso in cui, invece, l'aggiornamento riguardi casistiche più complesse, quali ad esempio modifiche a livello di classi merceologiche, o cambi di conti in cui sono interessati i centri ordinatori di spesa, la struttura Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio collabora con i responsabili dei servizi coinvolti, illustrando le modifiche al sistema dei conti che devono essere attuate a partire dai servizi ordinatori di spesa. Il caso tipico è rappresentato dai conti di acquisto beni/servizi.

Di seguito è riportato come esempio uno screenshot dell'anagrafica del piano dei conti.

Piano dei Conti-Gestione

Progressivo PdC	1	Codice conto:	3100116
Descrizione:	Medicinali con AIC di fascia A impiegati nella produzione di ricoveri e prestazioni		
Padre:	31001	ACQUISTI DI ESERCIZIO	
Natura contabile:	Economico	Tipo:	Costi
Liv. chiusura:		Sezione:	Dare
Stato d'uso:	<input checked="" type="radio"/> Aperto <input type="radio"/> Chiuso		
Data attivazione:	01/01/2001	disattivazione:	/ /
Scorta:	1210117	Prodotti farmaceutici (esclusi classe H e nota CUF)	
Conti d'Ordine			
Nuovo conto:			
<input checked="" type="radio"/> Dettaglio da CD GE a CD AN.		<input type="radio"/> Bilancio Prev. Ecol. da CD AN. a CD GE.	
Fat. Prod.:	100116	Storico	
<input type="button" value="Conferma"/> <input type="button" value="Elimina"/> <input type="button" value="Pulisci"/> <input type="button" value="Esci"/>			

Per ogni voce del piano dei conti è inoltre possibile associare una voce del piano dei fattori produttivi (centri di costo) per garantire la costante e continua riconciliazione verso la contabilità analitica.

La tenuta della contabilità analitica per centri di costo, da parte delle Aziende Sanitarie, è stata resa obbligatoria dal D.lgs. 502/92, obbligo ribadito dall'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 all'art. 3 c. 7 (*Le Regioni si impegnano ad adottare una contabilità analitica per centri di costo, che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati in ciascuna azienda sanitaria locale, azienda ospedaliera, azienda ospedaliera universitaria e ciò costituisce adempimento cui sono tenute le Regioni per l'accesso al maggior finanziamento di cui alla presente intesa*).

I centri di costo sono le unità di base in cui viene suddivisa l'azienda per l'analisi degli andamenti economico-gestionali. Le unità di base devono essere determinate con riferimento ad aree omogenee di attività in cui si articolano le competenze istituzionali di ciascuna azienda.

L'ASL VCO, con delibera n. 429 del 12 novembre 2015, ha adottato un nuovo Atto Aziendale, approvato dalla Regione con D.G.R. n. 53-2487 del 23 novembre 2015, a seguito del quale è stato introdotto a partire dal 1 gennaio 2017, un nuovo piano dei centri di costo che recepisce le modifiche organizzative dell'Atto stesso.

I centri di costo sono utilizzati oltre che nel sistema degli approvvigionamenti (gestione ordini), anche nella procedura contabilità (per esempio per dettagliare le scritture contabili) e nella gestione degli iter dei documenti contabili (fatture di acquisto).

A3.2 Applicazione del piano dei conti unico regionale coerente alla normativa vigente.

L'applicativo informatico ad oggi in uso, OLIAMM, permette all'ente di definire i conti che sono necessari per assolvere le esigenze informative di bilancio aziendale e di darne concreta applicazione.

Il Piano dei conti regionale è costituito da:

- il quadro dei conti (l'elenco di tutti i conti, tra loro coordinati e collegati, che formano il sistema delle scritture complesse che compongono la contabilità generale);
- le note illustrate (l'elenco delle regole e delle procedure che spiegano il funzionamento dei conti e precisano i valori che entrano a farvi parte).

L'Azienda ASL VCO recepisce e dà attuazione agli aggiornamenti del Piano dei Conti proposti dalla Regione Piemonte, in coerenza con l'evoluzione normativa e con le modifiche rese necessarie dalla progressiva armonizzazione dei bilanci a seguito, in particolare, del D.lgs. 118/2011.

Sulla base degli aggiornamenti periodici di cui alla precedente procedura A3.1, si dà applicazione al piano dei conti che viene movimentato da ogni singolo operatore, ciascuno per la propria parte di competenza, a partire dalla fase di ordine. L'ordine identifica un articolo afferente ad una classe merceologica di riferimento a cui è collegato un determinato conto di bilancio.

La fase successiva è rappresentata dalla gestione del documento di trasporto o della bolla fittizia (una sorta di "bolla virtuale" creata dai servizi ordinatori a fronte di acquisti di servizi senza documento di trasporto).

La bolla, sia essa reale o fittizia, è l'elemento base su cui viene movimentato il piano dei conti e con la quale se ne dà concreta attuazione. Al momento di ricevimento della fattura elettronica, nella maggior parte dei casi, l'operatore andrà solamente a collegare la bolla precedentemente caricata al fine di creare la scrittura di prima nota.

Per ciò che riguarda le operazioni di chiusura e assestamento si ricorre all'utilizzo di scritture di prima nota di esclusiva competenza della S.O.C. Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio.

A3.3 Predisposizione di una piattaforma informatica finalizzata al coordinamento, monitoraggio e vigilanza degli investimenti, acquisto di beni e servizi, e rapporti intercompany.

A3.4 Applicazione di una piattaforma informatica finalizzata al coordinamento, monitoraggio e vigilanza degli investimenti, acquisto di beni e servizi, e rapporti intercompany.

L'Azienda utilizza il software Amministrativo contabile OLIAMM che consente la gestione di acquisti di beni e servizi ed investimenti. La contabilità dei cespiti è gestita dalla procedura OLIAMM per quanto concerne i beni mobili e dalla procedura ASSIOMA per la gestione dei beni immobili.

Sarà necessario prevedere l'acquisto di una piattaforma informatica in grado di soddisfare tutti gli interventi indicati nelle suddette azioni.

A3.5 Implementare un sistema di integrazione e/o di raccordo tra contabilità generale e contabilità sezionali, eliminando eventuali gestioni extracontabili riducendo al minimo le cosiddette scritture di prima nota manuali.

A3.5.1 Integrazione e raccordo con il sottosistema contabile del personale.

Il programma informatico relativo al costo del personale è gestito da una software house diversa (C.S.I. Piemonte) rispetto alla procedura di contabilità generale (OLIAMM di Engineering). Il dialogo tra i due sistemi richiede una serie complessa di operazioni e di integrazioni che rendono laborioso e difficile il relativo processo. In particolare il primo agisce prevalentemente in contabilità finanziaria e l'altro in contabilità generale, per cui la possibile intersezione dei due software si può realizzare ma a patto di operazioni complesse e con un dispiego notevole di tempo e risorse con risultati non sempre attendibili e certamente intempestivi. Pertanto si procede nel modo seguente: la S.O.C. Gestione Personale e Formazione carica on-line i dati stipendiali sul sistema informativo C.S.I.

Quest'ultimo produce mensilmente reports di sintesi che la S.O.C. Gestione Personale e Formazione rielabora in un prospetto excel che fornisce il dettaglio dei costi, delle ritenute, degli oneri e dell'importo netto da erogare ai dipendenti che invia alla S.O.C. Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio che procede manualmente alla registrazione delle scritture contabili.

Per quanto attiene la contabilità analitica per centri di costo il Controllo di Gestione scarica mensilmente dal C.S.I. il flusso degli stipendi e lo incrocia con i dati elaborati da un programma predisposto ad hoc, che viene alimentato dagli operatori addetti alla gestione del personale dell'Azienda (DIPSA ex SITPRO), ufficio rilevazione presenze, dipartimento di prevenzione, dipartimento salute mentale) i quali registrano eventuali spostamenti del personale in altri centri di costo. Tale procedimento permette di imputare il costo del personale a ciascun centro di costo in modo preciso e tempestivo.

A3.5.2 Integrazione e raccordo con il sottosistema contabile dei magazzini.

La gestione dei magazzini avviene tramite la procedura di contabilità generale OLIAMM.

Tale sistema prevede la gestione dei beni a partire dagli ordini, al ricevimento, allo stoccaggio, ai pagamenti. Pertanto partendo dall'acquisto il programma gestisce conseguentemente il carico dei beni ai magazzini. I beni vengono alimentati fisicamente e valorizzati con il metodo del prezzo medio ponderato. All'apertura dell'esercizio i valori registrati alla fine dell'esercizio precedente vengono imputati come costi, mentre i valori di magazzino contabilizzati in sede di chiusura di bilancio, originano e determinano le relative scritture di ricavo in contabilità generale. Ovviamente i valori di apertura e chiusura di magazzino sono rappresentati in bilancio come variazione di costi e attualmente le scritture contabili vengono

effettuate manualmente dalla S.O.C. Economico Finanziaria e Patrimonio non essendoci una gestione informatizzata delle scorte di reparto.

La rilevazione del materiale scaricato dai magazzini centrali ai reparti viene effettuata al 31.12 di ogni anno in quanto, non essendoci una gestione informatizzata delle scorte di reparto, risulterebbe troppo impegnativo per i reparti effettuare rilevazioni mensili o trimestrali.

A3.5.3 Integrazione e raccordo con il sottosistema contabile degli ordini.

Come precedentemente esposto, il software di contabilità OLIAMM gestisce l'intera fase dell'acquisizione dei fattori produttivi compresi gli ordini ai fornitori, i relativi ricevimenti e le connesse fatture. Il legame "ordine – ricevimento" permette di chiudere totalmente o parzialmente l'ordine al fornitore, mentre il legame "fattura – ricevimento" consente di generare la scrittura in contabilità. Il citato legame permette anche di rispettare la competenza economica utilizzando la data del ricevimento. In carenza di fatturazione l'ordine collegato al ricevimento permette, in fase di chiusura, di generare automaticamente le fatture da ricevere, che contabilizzano costi d'esercizio in assenza del documento fiscale (ma in presenza di merce o servizio ricevuto) e di rispettare la competenza economica in ragione di esercizio.

A3.5.4 Integrazione e raccordo con il sottosistema contabile dei cespiti.

La contabilità dei cespiti è gestita dalla procedura OLIAMM per quanto concerne i beni mobili e dalla procedura ASSIOMA per la gestione dei beni immobili.

Al momento della chiusura del bilancio vengono inserite manualmente le scritture di ammortamento e sterilizzazione in contabilità generale. La struttura competente (S.O.C. Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio), trimestralmente e al momento della chiusura del bilancio, verifica in particolare che i valori originari dei cespiti iscritti nel relativo libro coincidano perfettamente con gli stessi valori iscritti nella contabilità generale. Per eccesso di rigore vengono controllati anche i meccanismi automatici (quote di ammortamento e fondi ammortamento). Effettuate le verifiche si procede manualmente alle scritture in contabilità per la rilevazione dell'ammortamento dell'anno, la sterilizzazione delle quote di ammortamento dei cespiti finanziati e per le dismissioni (storno di fondi e contributi in conto capitale, minusvalenze e plusvalenze).

A3.6 (già A3.4) Predisposizione di procedure e funzionigramma amministrativo-contabili per tutti i cicli contabili: ciclo passivo, ciclo attivo, ciclo di predisposizione del bilancio e dei modelli CE e SP. Ciclo finanziario

1. PREMESSA

Vi sono principi inderogabili che condizionano l'efficacia delle procedure organizzative contabili e amministrative:

Principio della separazione funzionale

La separazione delle funzioni operative, di custodia, di registrazione e di controllo si formalizza mediante organigrammi, funzionigrammi e mansionari.

Principio della contrapposizione operativa

Occorre prevedere l'attribuzione dei compiti a persone o a organi diversi qualora il loro svolgimento, affidato a un unico operatore, potrebbe comportare il rischio di errori (fortuiti) e irregolarità (dolose). Ne consegue che le procedure devono essere progettate in modo che certe operazioni o processi vengano svolti in modo indipendente da persone che non svolgano funzioni incompatibili, con l'osservanza dei seguenti principi di base:

- evitare che un'unica persona possa eseguire un'operazione o un processo di operazioni dall'inizio alla fine;
- evitare che chi ha accesso ai beni materiali possa anche effettuare registrazioni contabili;
- evitare che chi ha mansioni di controllo svolga anche mansioni operative.

Tali principi comportano, ad esempio:

- che le diverse fasi della gestione delle giacenze siano affidate a singole persone responsabili, incaricate del ricevimento delle materie prime, del controllo e della loro movimentazione all'interno del magazzino e tra il magazzino e i reparti produttivi;
- nell'area degli approvvigionamenti la separazione dei compiti tra chi provvede alla richiesta di approvvigionamento di beni e servizi, chi provvede all'emissione degli ordini, chi controlla e contabilizza le merci ricevute, chi controlla e registra le fatture e ne autorizza il pagamento;
- per la gestione delle risorse finanziarie deve essere prevista la separazione tra i compiti di chi gestisce i fondi, chi autorizza e approva i pagamenti, chi li controlla.

I settori della S.O.C. Economico Finanziaria e Patrimonio, sono quattro e precisamente:

SEZIONE 1	CICLO PASSIVO (FORNITORI E PERSONE FISICHE)
SEZIONE 2	CICLO ATTIVO (CLIENTI)
SEZIONE 3	FISCALE
SEZIONE 4	BILANCIO E CONTO CAPITALE

SEZIONE 1 CICLO PASSIVO (FORNITORI E PERSONE FISICHE)

Funzioni fornitori:

- a) Archiviazione mandati ;
- b) Gestione anagrafica fornitori;
- c) Gestione pagamenti fornitori ed emissione ordinativi di pagamento;
- d) Importazione fatture dalla piattaforma SDI, previo controllo dati fattura e contestuale inserimento nel protocollo IVA e scritture in PN;
- e) Trasmissione fatture ai servizi competenti per la liquidazione;
- f) Gestione pagamenti relativi ai pignoramenti c/o terzi;
- g) Rapporti con i fornitori sullo stato dei pagamenti;
- h) Gestione casella posta certificata;
- i) Verifica cessioni di credito;
- j) Effettuazione controllo Equitalia.
- m) richiesta DURC in relazione a cessionarie del credito

SEZIONE 2 CICLO ATTIVO (CLIENTI)

Funzioni:

- a) Archiviazione reversali;
- b) Gestione anagrafica clienti
- c) Emissione delle reversali di incasso;
- d) Controllo congruenza provvisori di entrata Tesoreria e reversali emesse;
- e) Fatturazione delle prestazioni attive;
- f) Gestione attività di recupero dei crediti (solleciti) non affidata espressamente ad altre strutture aziendali, con riferimento a tutte le fatture attive emesse (sia dalla SOC GEP che da altri es. casse);
- g) Gestione contabile delle riscossioni relative alla libera professione e le consulenze e gestione del programma informatico della Libera Professione con riguardo alla ripartizione al personale dipendente;
- h) Rendicontazione degli incassi con contestuale segnalazione alle altre strutture aziendali per i successivi adempimenti;
- i) Liquidazione e predisposizione versamenti periodici IVA

SEZIONE 3 FISCALE

Funzioni persone fisiche:

- a) Assolvimento degli adempimenti fiscali e tributari;
- b) Predisposizione del modello 770;
- c) predisposizione documentazione per dichiarazioni annuali IVA, IRAP, IRES da inviare allo studio incaricato alla trasmissione e relative scritture contabili;
- d) Liquidazione e predisposizione versamenti periodici IRPEF, IRAP, IRES;
- e) Compilazione certificazioni fiscali con esclusione di quelle relative al personale dipendente e convenzionato;
- f) Corresponsione emolumenti per docenze esterne, consulenze, co.co.co, membri commissioni concorso e commissioni in genere, borse di studio, collegio sindacale, direzione generale;
- g) Imputazione contabile e pagamento stipendi e altri emolumenti al personale dipendente e convenzionato (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di guardia medica, medici specialisti ambulatoriali) e relativi versamenti;
- h) Imputazione contabile e pagamento mensile competenze alle farmacie convenzionate.

SEZIONE 4 BILANCIO e CONTO CAPITALE

Funzioni:

- a) Gestione dei finanziamenti vincolati e progetti regionali;
- b) Gestione fondi sperimentazioni cliniche, donazioni;

- c) Predisposizione di Bilanci di verifica periodici;
- d) Predisposizione, elaborazione e invio bilancio di previsione e consuntivo;
- e) Gestione dei rapporti con la Tesoreria;
- f) Gestione dei rapporti con il Collegio Sindacale
- g) Tenuta delle scritture contabili obbligatorie e del relativo libro giornale;
- h) Gestione del budget di spesa assegnati alle strutture aziendali.

1 - CICLO PASSIVO

Il ciclo passivo sorge con un'autorizzazione di spesa assunta con un atto formale: deliberazione del Direttore Generale o Determina Dirigenziale.

La liquidazione delle spese consiste nel riconoscimento del preciso ammontare della somma da erogare, del beneficiario e della causale, sulla scorta dei documenti e dei titoli comprovanti il diritto acquisito del creditore.

La liquidazione viene effettuata, secondo il principio di contrapposizione operativa previsto dalla DGR 29-24445 del 28/04/1998, dal dirigente della Struttura competente titolare del budget attraverso i seguenti adempimenti informatici ed amministrativi:

- a) inserimento delle registrazioni informatiche necessarie (inserimento ordini, bolle, ricevimenti, liquidazione);
- b) trasmissione iter di liquidazione firmato dal Dirigente responsabile del servizio liquidatore o suo delegato o determina dirigenziale di liquidazione alla S.O.C. Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio.

Con l'inserimento delle registrazioni informatiche vengono inserite le seguenti informazioni:

- eventuali estremi del Codice Identificativo di Gara e del Codice Unico di Progetto;
- estremi dell'autorizzazione di spesa dalla quale si risale alla delibera del Direttore Generale o Determina del Dirigente Responsabile della struttura deputata alla gestione del budget;
- periodo di competenza della spesa e indicazione dei centri di costo afferenti;
- importo da pagare al fornitore;
- scadenza del pagamento secondo i termini contrattuali.

L'inserimento delle registrazioni informatiche consiste in:

- registrazioni di ordini e bolle o di bolle fittizie per l'acquisto di beni o servizi
- registrazioni di prima nota

L'ordine al fornitore è il documento con cui richiedere merci o servizi ad un fornitore che solo successivamente consegnerà o erogherà.

L'ordine deve essere inserito nel sistema informatico prima della comunicazione al fornitore della necessità di approvvigionare l'ASL di un bene o di un servizio.

L'ordine, creato con la procedura OLIAMM, deve essere timbrato e firmato in modo leggibile da un responsabile di Servizio o suo delegato.

La bolla (documento di trasporto) deve essere inserita non appena la merce, una volta consegnata, è stata verificata per il carico a magazzino.

La bolla e la bolla fittizia devono essere inseriti il prima possibile, e comunque entro 10 giorni dalla registrazione della fattura.

Il Servizio Liquidatore è tenuto a svolgere le verifiche previste dalla legge relative al pagamento (tracciabilità e CIG/CUP) e/o in materia contributiva (ad es. DURC). In particolare è compito del Servizio Liquidatore verificare lo stato di regolarità contributiva del fornitore nel momento della liquidazione. La fattura liquidata viene trasmessa alla S.O.C. Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio con iter di liquidazione timbrato e firmato dal Responsabile della struttura o suo delegato.

Nel momento precedente all'acquisizione del documento di acquisto dallo SDI alla contabilità dell'Azienda, la SOC Gestione Economico-Finanziaria e Patrimonio effettua i seguenti passaggi:

- controllo che la fattura elettronica sia di propria competenza (il sistema SDI acquisisce le fatture esclusivamente sulla base del codice univoco: può accadere che il codice univoco sia stato erroneamente digitato dal fornitore e che la fattura non sia destinata alla nostra Azienda)
- controllo che importo fattura e IVA corrisponda a quanto esposto nella fattura elettronica;
- nel caso in cui si rilevi un errore, la fattura viene respinta con motivazione
- se i controlli vanno a buon fine si procede a:
 1. protocollare la fattura con indicazione del centro destinatario/servizio liquidatore
 2. collegare l'ordine alla fattura
 3. effettuare la registrazione in prima nota
 4. inviare la fattura al servizio liquidatore con ITER di trasmissione

Se l'ordine non corrisponde all'importo della fattura:

- l'importo della fattura è superiore rispetto all'ordine la SOC Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio effettua ugualmente il collegamento fattura/ordine e generazione prima nota, inoltra il documento al servizio liquidatore il quale sa se occorre richiedere una nota di credito (p.e.: mancata contabilizzazione di uno sconto, oppure variazione del prezzo del prodotto) o rettificare l'importo dell'ordine.

Nel caso in cui si debba richiedere una nota di credito la fattura verrà liquidata su due righe di liquidazione, una della quale verrà bloccata in attesa di collegamento con la nota di credito e il pagamento avverrà solo per la parte liquidata.

Qualora non sia possibile identificare l'ordine e la bolla da collegare alla fattura, la SOC Gestione Economico-Finanziaria e Patrimonio non effettua il collegamento fattura/ordine. La fattura viene comunque inviata al servizio liquidatore competente che provvederà ad effettuare il collegamento con l'ordine e la liquidazione e a trasmettere con iter di liquidazione alla SOC Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio.

Il processo di liquidazione deve ultimarsi nel più breve tempo possibile. La liquidazione informatica trasmessa con IITER di liquidazione firmato in originale dal Responsabile del servizio liquidatore o suo delegato costituiscono autorizzazione per la SOC Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio per il pagamento.

La S.O.C. Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio controlla per ogni iter di liquidazione ricevuto dai servizi liquidatori che i documenti trasmessi abbiano la scrittura di prima nota.

Le fatture relative all'acquisizione di cespiti sono soggette ad un processo di liquidazione più articolato.

L'acquisizione di tali beni avviene in presenza di finanziamenti in conto capitale (regionali, donazioni) o da autofinanziamento (storno quota contributo indistinto destinata ad investimenti)

Gli investimenti in conto capitale richiedono, a seconda della tipologia del cespote, la registrazione a livello inventoriale da parte della SOS Patrimonio. Nel caso si tratti di cespiti che richiedono anche un collaudo (per esempio le apparecchiature elettromedicali) è necessario che la struttura liquidatrice, prima di procedere alla trasmissione dell'IITER di liquidazione alla SOC Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio, verifichi l'avvenuto collaudo del cespote. A questo punto la SOC Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio prima di provvedere al pagamento, effettua i seguenti controlli:

- verifica della correttezza dell'autorizzazione e del conto di imputazione in prima nota
- verifica corrispondenza tra importo fattura e cespiti caricati
- verifica inadempienza contributiva con EQUITALIA

La fase finale del processo di liquidazione consiste nella stampa, da parte della struttura liquidatrice, di elenchi di liquidazione da trasmettere, debitamente sottoscritti dal responsabile della struttura, alla SOC Gestione Economico-Finanziaria e Patrimonio. I documenti che attestano la procedura di acquisizione del bene e/o del servizio (es. contratto stipulato, documento di trasporto, collaudo, proroghe, ecc.) devono essere conservati a cura della struttura liquidatrice, titolare di budget. Per la stessa ragione non debbono essere inviati alla SOC Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio stampe relative a ordini, movimenti di carico di magazzino, DURC, ecc. Tale documentazione è anch'essa a cura della struttura liquidatrice.

La liquidazione relative alle competenze spettanti a personale dipendente avviene tramite la trasmissione da parte della S.O.C. Gestione Personale e Formazione di un prospetto excel che fornisce il dettaglio dei costi, delle ritenute, degli oneri e dell'importo netto da erogare ai dipendenti alla S.O.C Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio che procede manualmente alla registrazione delle scritture contabili. Tale prospetto è accompagnato da una lettera sottoscritta dal Responsabile della struttura liquidatrice che sintetizza gli importi relativi a compenso netto da erogare al personale dipendente e relativi contributi.

La liquidazione relativa alle competenze delle Farmacie Convenzionate (S.C. Farmacia Territoriale) vengono formalizzate attraverso l'invio tramite mail di tabulati riepilogativi. I ruoli del Tesoriere sono sottoscritti dal Direttore della Farmacia Territoriale e dal Direttore del Distretto.

La liquidazione relativa alle competenze dei Medici convenzionati e SUMAI avviene attraverso determinate dirigenziali sulla base delle quali la SOC Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio effettua le registrazioni in prima nota e il relativo pagamento.

Prima di procedere al pagamento delle competenze al personale dipendente, alle farmacie convenzionate e ai medici convenzionati e SUMAI la SOC Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio effettua la verifica di EQUITALIA per i pagamenti superiori ai 10.000,00 euro.

A seguito dell'invio delle liquidazioni sopradescritte, la SOC Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio emette gli ordinativi di pagamento e (per quanto riguarda gli adempimenti previdenziali, contributi e fiscali) trasmette i modelli telematici entro i termini di legge (di norma, entro il giorno 15 del mese successivo a quello di riferimento).

I processi informatici a supporto delle procedure amministrative che l'azienda utilizza sono forniti dall'applicativo informatico denominato OLIAMM (ditta Engineering) che gestisce e integra dal punto di vista informatico diverse strutture e servizi.

I processi amministrativo-contabili collegati dal medesimo applicativo sono:

- contabilità generale,
- contabilità analitica,

- gestione approvvigionamenti/ordini d'acquisto,
- magazzini,
- fatturazione attiva,
- budget.

Il sistema contabile informatizzato che l'Azienda possiede svolge tutte le fasi interamente proceduralizzabili: permette di effettuare registrazioni, archiviazioni di dati, estrae la stessa tipologia di dati utilizzando criteri reimpostati diversi, ordina, sintetizza e permette di preparare rendiconti. L'automazione del sistema amministrativo-contabile permette di perseguire i seguenti vantaggi:

- le registrazioni contabili in partita doppia non vengono effettuate manualmente: è la procedura software a registrare automaticamente la prima nota una volta impostati i conti di bilancio. I registri obbligatori si alimentano automaticamente (una sola registrazione alimenta tutti i libri obbligatori);
- il software limita l'utilizzo di supporti cartacei;
- il sistema garantisce che le registrazioni in dare siano sempre uguali a quelle in avere poiché non accetta registrazioni sbilanciate;
- lo stesso importo presente negli archivi della procedura informatizzata può essere utilizzato per molteplici scopi: una registrazione relativa a crediti di natura commerciale può essere utilizzata per calcolare il totale della sezione "dare", il saldo del cliente al quale la registrazione si riferisce nonché il valore da riportare nello stato patrimoniale;
- il sistema informatizzato dispone di specifiche procedure di controllo che facilitano l'individuazione di registrazioni errate o fraudolente.

Il software non può in alcun modo però sostituire integralmente chi effettua le registrazioni. Gli operatori infatti, non solo dettagliano le regole (normative, fiscali, tributarie, contabili) alle quali le procedure informatizzate debbono attenersi ma talvolta debbono decidere su quali conti intervenire e per quale importo. La correttezza nella tenuta dei conti dipende quindi dalla conoscenza ragionistica e dalla capacità professionale di chi effettua le registrazioni.

La registrazione delle fatture e dei documenti passivi prevede l'inserimento dei seguenti dati:

- *Causale contabile*: identifica la tipologia di spesa (es.: fatture, rimborsi, fitti, ecc.)
- *Data Registrazione*: è la data in cui la fattura viene registrata nel protocollo fatture. Questa data può essere la stessa della data di registrazione della prima nota, ma può anche essere diversa.
- *Tipo Movimento*: il tipo movimento è collegato alla causale;
- *Data Registrazione della prima nota*: è la data in cui viene registrata la prima nota, può coincidere con la data di registrazione della fatture oppure essere diversa;
- *Numero registrazione*: il numero della registrazione è dato in automatico
- *Gestione Bollo*: E' possibile indicare un codice di esenzione bollo che verrà registrato sul mandato/reversale in fase di pagamento/incasso; è presente nell'anagrafica fornitore
- *Centro destinatario*: serve per selezionare il servizio liquidatore. Quest'informazione è particolarmente importante per poter inviare correttamente le fatture tramite iter di trasmissione, per creare l'iter procedurale di liquidazione dei documenti passivi;

Nella testata della registrazione contabile sono raggruppate le informazioni principali della fattura del fornitore :

- la data di emissione della fattura, il numero della fattura del fornitore, il codice del fornitore, l'importo totale della fattura, gli imponibili e le relative aliquote IVA e/o esenzioni, il conto di contropartita, la modalità di pagamento, la banca di appoggio.

Visualizzazione singolo documento-EURO

Causale:	FTACQEL	FATTURE PASSIVE ELETTRONICHE		Passivo	
Data registrazione:	18/01/2017	Utente:	MANIO	Ufficio: 1	Fattura
Tipo:	FE	FATTURE ELETTRONICHE		Anno: 2017	Num. reg.: 1000
Centro destinatario:	MOP01	Sub Distretto Verbania		Iter	<input type="button" value="Macro"/> <input type="button" value="Ricerca"/>
Fornitore/cliente:	175621 LINDE MEDICALE S.R.L.	Sede:		CF/PI: 01550070617	
Documento			Protocollo Generale		
Numero:	16/335743	Data:	31/12/2016	Numero:	Data: // /
Importo:	EURO 36.40	Modalita' pagam		<input type="button" value="Ordini"/> <input type="button" value="Iva"/> <input type="button" value="Liq/Scad"/> <input type="button" value="Prima nota"/> <input type="button" value="Ritenute"/> <input type="button" value="Cassa Econ."/>	
Periodo-data inizio:	//	data fine:	//	<input type="button" value="Dettaglio"/> <input type="checkbox"/> Interessi di ritardo pagati	
Stato:	Aperta	Blocco-data inizio:	//	data fine:	//
Motivo Blocco:					
Descrizione:	NOLEGGIO SATURIMETRO DIC.				

Elaborazione Splitpayment

Nella mappa di dettaglio della registrazione contabile, sono presenti le righe del movimento contabile, ovvero tutti i conti movimentati in Dare ed in Avere che compongono la registrazione contabile.

Prima Nota-EURO

Fattura	FTACQEL	Tipo:	FE	Anno:	2017	Num. reg.:	1500	Data registrazione:	23/01/2017
Data registrazione:	23/01/2017	N. prima nota:	2652	Num. Ibg.:		<input type="button" value="Tutta PN"/>			
Ditta:	1770 SANOFI SPA	Totale documento: 168.41							
Riga	Conto	Descrizione	Descrizione movimento		D/A	Importo			
1	2750501	Debiti verso fornitori entro l'anno Medicinali con AIC di fascia A in distrib	FATTURE PASSIVE/ORDINI 7	A	168.41				
2	3100118		FATTURE PASSIVE/ORDINI 7	D	168.41				
N.righe:		2	< > (R) ↑ ↓		< > (R) ↑ ↓				
N.riga:					Saldo: 0.00				
Conto:									
Descrizione:			Tab.Gen						
Importo:			G Dare G Avere		<input type="button" value="Centri di costi"/> <input type="button" value="Costi 2016"/>				
Periodicità-data inizio:		//	data fine:	//					

Il processo di liquidazione di una fattura è soggetto ad una molteplicità di fattori e situazioni difficilmente prevedibili. A fronte di uno stesso ordine è possibile avere diverse fatture e diverse bolle o in altri casi una sola fattura può essere collegata a più ordini.

Di seguito si dettaglia la tipologia di documenti collegati ad una fattura.

L'ordine è il documento con cui si richiede la merce o il servizio al fornitore che successivamente consegnerà/erogherà.

La bolla è il documento di trasporto con cui il fornitore consegna la merce (DDT).

La bolla viene registrata nel momento del ricevimento di un ordine;

La DDT va caricata sempre in quanto :

- carica le giacenze di magazzino o addebita il costo nel caso di merce in transito
- Impegna i budget
- Registra in contabilità il costo sia per la coge che la coan
- Attiva la gestione inventariale per i Cespiti
- E' il documento sulla quale viene predisposta la liquidazione

Pagamenti da Prima Nota. Per alcune tipologie di pagamenti (es.. stipendi al personale, farmacie convenzionate, medici CNU e SUMAI) dove non esiste fattura o documento, la registrazione del costo a bilancio avviene attraverso delle scritture contabili di prima nota inserite manualmente nella procedura OLIAMM.

Prima nota-Gestione - Movimento-EURO

Causale:	P.N.	PRIMA NOTA		<input type="checkbox"/> Data contabile	<input type="checkbox"/> Mov. Mag.	
Anno/Num. Prima Nota:	2017	9677	Data reg.:	23/02/2017	N. lib. gior.	
Riga	Conto	Descrizione	Tes.	Descrizione movimento	D/A	Importo
1	3100404	Ass.farmaceutica erogata da f:		FARMACIE CONVENZIONA	D	1 951 951,64
2	3101801	Assistenza integrativa compres		FARMACIE CONVENZIONA	D	71 767,75
3	3101840	Costo per servizi di distribuzion		FARMACIE CONVENZIONA	D	10 189,43
4	3101802	Assistenza integrativa NON co		FARMACIE CONVENZIONA	D	18 870,69
5	3100151	Acquisto di beni per assistenza		FARMACIE CONVENZIONA	D	14 901,32
6	3100479	Costi serv.distr.delle farmacie=I		FARMACIE CONVENZIONA	D	46 101,99
7	2750703/32200	UFFICIO IVA = SPLIT PAYME		FARMACIE CONVENZIONA	A	12 222,59
8	2751022/131324	ASSOFARM = FARMACIE CO		FARMACIE CONVENZIONA	A	69,00

N.riga:	N.righe:	13	Saldo:	-0,00
Conto:			Tes.:	
Cod. Gest.:				
CUP:				
CIG:				
Codicefor/cli:		Sede:	<input type="checkbox"/>	Modalita' pag./isc.:
Descrizione:			<input type="checkbox"/> Tab.Gen	
Importo:	<input type="checkbox"/> Date <input type="checkbox"/> Avvec		<input type="checkbox"/> Conta di conti	<input type="checkbox"/> Documenti
Periodicità-data inizio:	/ /	data fine:	/ /	<input type="checkbox"/> Costi 2016

Pratica Esci

Con una successiva registrazione di prima nota si chiude il debito e si registra l'uscita di cassa.

Prima nota-Gestione - Movimento-EURO

In Ordinat.	P.N.	PRIMA NOTA	<input type="checkbox"/> Extra contabile	Mov. Man.		
Anno/Num. Prima Nota:	2017	9673	Data reg.: 23/02/2017	N. lib. gior.		
Riga	Conto	Descrizione	Tes.	Descrizione movimento	D/A	Importo
1	2750540/100050 1240231	FARMACIE CONVENZIONATI Pagamenti per prestazioni da s...		FARMACIE CONVENZIONATA FARMACIE CONVENZIONATA	D/A	2 064 881.78 2 064 881.78
<input type="button" value="P"/> <input type="button" value="M"/> <input type="button" value="T"/> <input type="button" value="P"/> <input type="button" value="M"/> <input type="button" value="T"/>						
N.riga:		N.righe:	2	Saldo:	0.00	
Conto:				Tes.:		
Cod. Gest.:						
CUP:						
CIG:						
Codicefor/cli:			Sede:	Modalita' pag./risc.:		
Descrizione:				<input type="button" value="Tess.Gen."/>		
Importo:		<input type="radio"/> Date <input type="radio"/> Avrete		<input type="button" value="Carta di credito"/>	<input type="button" value="Bonifico bancario"/>	
Periodicità-data inizio:	/ /	data fine:	/ /		<input type="button" value="Costi 2016"/>	
<input type="button" value="Preisci"/> <input type="button" value="Esci"/>						

L'ordinativo di pagamento rappresenta il documento finale attraverso il quale è possibile pagare il fornitore. Tale documento può essere generato da documenti contabili (fatture, documenti non fiscali) oppure da registrazioni di prima nota (pagamento stipendi, farmacie, medici CNU).

La tabella "Associazione Conti Tesoriere" permette al programma informatico di rilevare il conto di Tesoreria e il codice SIOPE legato a ogni singola contropartita contabile. L'ordinativo di pagamento viene trasmesso al Tesoriere secondo le modalità stabilite nella convenzione che regola il servizio di Tesoreria. Gli ordinativi di pagamento vengono emessi sulla base della data fattura salvo i casi di particolare urgenza.

2. CICLO ATTIVO

Le entrate dell'Azienda si suddividono in tre macrocategorie:

- finanziamenti erogati dalla Regione per la spesa corrente,
- finanziamenti in conto capitale erogati dalla Regione e da altri enti,
- entrate proprie.

Le somme derivanti da entrate proprie derivanti da prestazioni di assistenza sanitaria, medicina legale, dipartimento di prevenzione, libera professione vengono generalmente introitate anticipatamente o contestualmente alla fruizione delle stesse.

L'incasso di dette somme avviene attraverso il pagamento diretto presso gli sportelli dell'Istituto Tesoriere, i punti gialli ubicati presso i presidi ospedalieri, i conti correnti postali e il sistema di home banking (pagamento ticket on line). Il settore che si occupa del ciclo attivo nell'ambito della SOC Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio emette le opportune fatture/ricevute, e provvede a registrare la tipologia delle prestazioni erogate. In contabilità generale vengono inoltre registrati crediti e ricavi imputandoli ai conti di bilancio. L'entrata viene infine perfezionata con l'emissione dell'ordinativo di riscossione, con il quale si chiude il credito e si registra l'incasso.

Esistono inoltre rimborsi non soggetti a fatturazione (rimborsi assicurativi, rimborsi sinistri, rimborsi infortuni, ecc.) per i quali vengono creati appositi documenti attivi che consentono, nell'ambito della contabilità generale, la contabilizzazione del ricavo/credito e l'indicazione del cliente.

I documenti attivi che, anche in seguito a opportuno sollecito di pagamento, rimangono insoluti, sono oggetto di recupero crediti, da parte della S.O.C. Affari Generali, Legali e Istituzionali dell'Azienda.

La fonte di entrata più consistente per l'Azienda è rappresentata dall'erogazione dei finanziamenti regionali che vengono iscritti a credito verso Regione e debitamente incassati sul conto di tesoreria unica.

3. CICLO DI PREDISPOSIZIONE DEL BILANCIO

Principi contabili di redazione del bilancio

La redazione del bilancio avviene seguendo i seguenti principi contabili:

1) Utilità del bilancio di esercizio

Il bilancio di esercizio deve essere predisposto in modo da essere di concreta utilità per il maggior numero di destinatari, i quali nell'attendibilità e imparzialità dei dati in esso contenuti, devono trovare la base comune per la composizione di interessi contrapposti. L'informazione patrimoniale, finanziaria ed economica esposta nel bilancio deve essere completa e deve scaturire da un insieme unitario ed organico di documenti.

2) Prevalenza della sostanza sulla forma

Per ciascuna operazione aziendale, è indispensabile conoscere la sostanza economica dello stesso qualunque ne sia la sua origine (contrattuale, legislativa, ecc.) affinché il bilancio possa assicurare chiarezza di redazione ed una rappresentazione veritiera e corretta della situazione patrimoniale e finanziaria e del risultato economico dell'esercizio.

3) Comprensibilità (chiarezza)

Il bilancio di esercizio deve essere comprensibile, analitico e corredata dalla nota integrativa, in modo da facilitarne la comprensione e l'intelligibilità della simbologia contabile;

4) Neutralità

Il bilancio di esercizio si fonda sui principi contabili indipendenti e imparziali verso tutti i destinatari. La neutralità deve inoltre sussistere durante il procedimento formativo del bilancio, soprattutto nei casi di valutazioni soggettive quali, ad esempio, stime per la svalutazione dei crediti e per la determinazione della vita economica degli impianti;

5) Prudenza

Il principio della prudenza è basato sulla regola secondo la quale gli utili non realizzati non devono essere contabilizzati mentre tutte le perdite, anche se non sono definitivamente realizzate, devono essere riflesse in bilancio. A tale principio deve uniformarsi il procedimento valutativo di formazione del bilancio. Il principio della prudenza deve valutare le incertezze e i rischi connessi con l'andamento aziendale al fine di effettuare ragionevoli stanziamenti in previsione di perdite potenziali da sostenersi nel realizzo dell'attivo del bilancio e nella definizione di passività reali e potenziali;

6) Periodicità della misurazione del risultato economico e del patrimonio

Il bilancio di esercizio si riferisce a un determinato periodo amministrativo (o esercizio) e non all'intera vita aziendale;

7) Comparabilità dei dati

La comparabilità dipende dall'esistenza di fatti economici simili contabilizzati in bilancio con gli stessi criteri. La comparabilità dei bilanci deve permettere confronti sia tra le diverse Aziende, che tra quelli riferiti alla stessa Azienda, nel tempo: in questo ultimo caso, la comparabilità temporale dei bilanci dipende dalla forma di presentazione e dalla costanza dei criteri di valutazione adottati. I mutamenti strutturali e gli eventi di natura straordinaria, devono essere chiaramente evidenziati;

8) Omogeneità

L'omogeneità riguarda l'unità di moneta (moneta di conto) che esprime i diversi componenti attivi e passivi del capitale;

9) Continuità di applicazione dei principi contabili e dei criteri di valutazione

La continuità di applicazione dei principi contabili e dei criteri di valutazione è essenziale ai fini della comparabilità dei bilanci. Il cambiamento dei principi contabili e dei criteri di valutazione può essere effettuato solo eccezionalmente e, comunque, motivazione ed effetto del cambiamento stesso, devono essere evidenziati;

10) Competenza

L'effetto delle operazioni e degli altri eventi deve essere contabilmente rilevato e attribuito all'esercizio al quale tali operazioni ed eventi si riferiscono, e non a quello in cui si concretizzano le relative variazioni numerarie.

11) Significatività e rilevanza dei fatti economici ai fini della loro presentazione in bilancio

Il bilancio deve indicare le informazioni che hanno un effetto significativo e rilevante sui dati di bilancio o sul processo decisionale dei destinatari. Gli arrotondamenti, le semplificazioni, gli errori materiali sono tecnicamente inevitabili, ma non devono avere un effetto rilevante sui dati di bilancio;

12) Il costo come criterio base delle valutazioni del bilancio di esercizio

Il costo è il criterio che lascia il minor margine di soggettività ed è di facile applicabilità, tuttavia non deve essere considerato come valore inderogabile di bilancio, in quanto il costo è uno dei termini usati per la misurazione del valore da iscrivere nel bilancio stesso;

13) Conformità ai corretti principi contabili

Il procedimento adottato per la preparazione del bilancio deve essere in grado di fornire i dati necessari alla predisposizione del bilancio stesso, in modo corretto e completo;

14) Funzione informativa e completezza della nota integrativa al bilancio e delle altre informazioni necessarie

Il bilancio di esercizio deve evidenziare, attraverso la nota integrativa, tutte le informazioni complementari necessarie per la comprensibilità e l'attendibilità del bilancio stesso;

15) Verificabilità dell'informazione

L'informazione patrimoniale, economica e finanziaria esposta nel bilancio deve essere verificabile attraverso un'indipendente ricostruzione del procedimento contabile, tenendo conto anche degli elementi soggettivi.

Bilancio di previsione annuale

Il bilancio di previsione annuale, preventivo economico relativo all'anno di riferimento, è composto dai seguenti documenti:

- 1) Conto Economico preventivo, redatto secondo lo schema di cui all'art. 26 D.lgs. 118/2011 e smi;
- 2) Conto Economico di dettaglio, redatto secondo lo schema CE di cui al DM 15/06/2012;
- 3) LA programmatico;
- 4) Piano dei flussi di cassa prospettici;
- 5) Piano degli investimenti;
- 6) Relazione e nota illustrativa del Direttore Generale.

Il bilancio viene adottato con delibera del Direttore Generale entro il 31 dicembre dell'anno precedente (salvo diverse indicazioni regionali). Viene trasmesso al Collegio Sindacale che redige apposita relazione.

Bilancio consuntivo d'esercizio

Il bilancio consuntivo d'esercizio rappresenta, con il risultato economico, la situazione patrimoniale e finanziaria.

Il bilancio consuntivo d'esercizio, è composto dai seguenti documenti contabili:

- 1) Stato Patrimoniale;
- 2) Conto Economico;
- 3) Nota integrativa;
- 4) Rendiconto finanziario.

Il bilancio viene adottato con delibera del Direttore Generale entro il 30 aprile dell'anno successivo (salvo diverse indicazioni regionali). Viene trasmesso al Collegio Sindacale che redige apposita relazione.

La predisposizione del *bilancio di previsione*, dei *bilanci di verifica periodici* e del *bilancio consuntivo* inizia dal recepimento, da parte della SOC Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio, di tutte le informazioni relative ai costi e ai ricavi fornite dal sistema amministrativo-contabile e dalle altre strutture aziendali.

La SOC Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio predispone dei report che vengono trasmessi alle strutture aziendali titolari di budget, in cui si evidenziano i diversi conti di bilancio su cui grava la spesa delle strutture destinatarie, richiedendo a dette strutture una previsione di spesa in ragione d'anno o, se si tratta di bilanci di verifica relativi a periodi più brevi, una situazione delle spese il più possibile aggiornata e coerente.

Relativamente al *bilancio di previsione* annuale si evidenzia la spesa presunta, tenendo conto delle necessità che si manifesteranno nell'esercizio successivo.

Nei *bilanci di verifica trimestrali* (mensili) i servizi devono confermare i dati presenti nella procedura amministrativo-contabile ed eventualmente integrarli con costi e ricavi di competenza del periodo in oggetto ma non ancora registrati in procedura dagli operatori (es. ordini aperti, fatture da ricevere, merce in magazzino non ancora "caricata").

Per quanto riguarda le entrate, è necessario analizzare le indicazioni regionali inerenti la contabilizzazione del finanziamento indistinto e vincolato, inoltre tenere conto dei ricavi di periodo non ancora conseguiti ma, secondo il principio della competenza, pertinenti al periodo considerato: si tratta delle entrate proprie dell'Azienda quali tickets,

proventi dell'attività libero-professionale, degli addebiti diretti alle altre aziende sanitarie (fatturazione di prestazioni sanitarie ad altre aziende che si avvalgono dell'Azienda per prestazioni a pazienti il cui DRG risulta a carico di queste ultime).

La SOC Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio provvede ad elaborare un prospetto riepilogativo dei costi e dei ricavi tenendo conto sia dei dati disponibili sul bilancio che delle indicazioni fornite dalle strutture aziendali titolari di budget. Tale prospetto è poi condiviso con la Direzione Generale, che formulerà osservazioni ed eventuali chiarimenti laddove se ne rendesse necessario.

A questo punto la SOC Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio provvede all'importazione dei dati, in forma analitica, sulla procedura regionale F.E.C. (Flussi Economico-Contabili) in cui è necessario inserire tutti i sottoconti di bilancio relativi ai costi e ai ricavi (conto economico).

Il Direttore Generale, con l'ausilio della SOC Gestione Economico-Finanziaria e Patrimonio, redige una relazione relativa ai fatti della gestione che hanno condotto a determinati risultati, illustrando le risultanze maggiormente significative e relazionando in merito ai principali scostamenti rispetto sia alla previsione annuale che al contabilizzato dell'esercizio precedente (stesso trimestre di riferimento). Tale relazione viene inviata in Regione, a corredo delle risultanze contabili.

Per la redazione del bilancio consuntivo la procedura risulta analoga a quella dei bilanci di verifica. La SOC Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio provvede ad effettuare nella procedura amministrativo-contabile le scritture di rettifica necessarie per imputare poste di bilancio per le quali non esiste al momento della rilevazione un documento comprovante l'esistenza.

Lo Stato Patrimoniale viene compilato dall'Azienda soltanto in fase di redazione del Bilancio Consuntivo.

Tutti i documenti contabili vengono inviati al Collegio Sindacale, che redige un verbale attestante la corrispondenza del bilancio alle norme di legge e alle risultanze delle scritture contabili, la conformità delle scritture contabili ai fatti di gestione, la correttezza dei principi contabili seguiti nelle rilevazioni.

4. CICLO FINANZIARIO

Le entrate dell'Azienda si possono dividere in tre macrocategorie:

- finanziamenti da Regione per spesa corrente;
- finanziamenti in conto capitale da Regione e altri enti;
- entrate proprie.

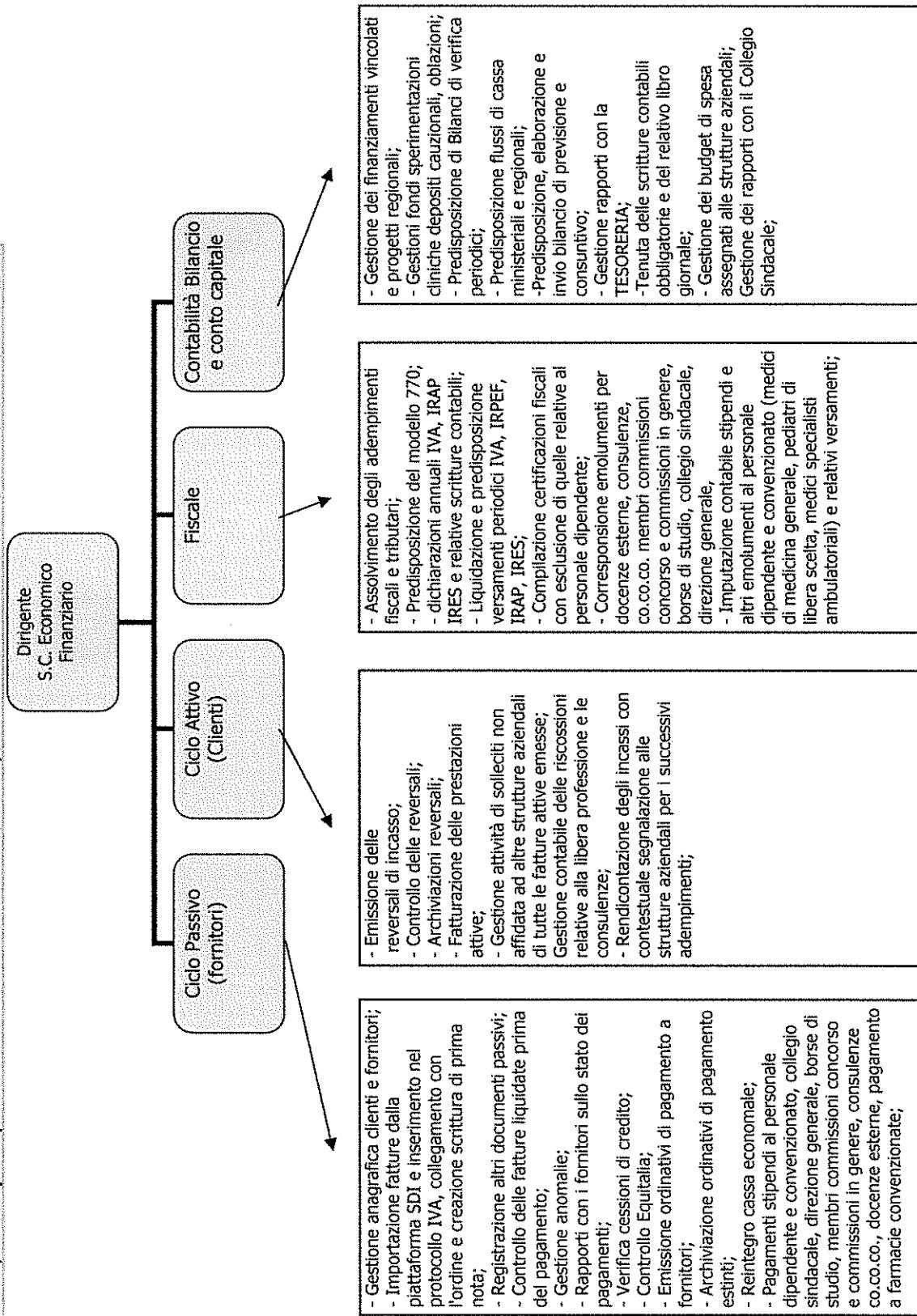
I finanziamenti da Regione per spesa corrente si riferiscono ai trasferimenti per parte corrente rapportati alla quota capitaria assegnata all'Azienda. Gli importi sono erogate in quote mensili (aconto e saldo) e costituiscono l'entrata principale dell'Azienda con la quale vengono pagate le competenze per il personale dipendente, i fornitori, le case di cura, i medici convenzionati, le farmacie convenzionate, i contributi e le ritenute obbligatorie etc.

Nei finanziamenti in conto capitale da Regione e altri enti sono finalizzati all'acquisto di attrezature o all'esecuzione di lavori edili. Tali somme costituiscono una gestione separata dalle entrate correnti e sono erogate, in acconto e a saldo a rendicontazione ultimata.

Le entrate proprie (ticket principalmente, e entrate varie) costituiscono parte integrante delle entrate correnti e possono essere utilizzate dall'Azienda senza vincoli di destinazione per fare fronte alle spese.

A3) Disporre di sistemi informativi che consentano la gestione ottimale dei dati contabili e di formazione delle voci di bilancio

A3.7 Applicazione di procedure e funzionigramma amministrativo-contabili per tutti i cicli contabili: ciclo passivo, ciclo attivo, ciclo di predisposizione del bilancio e dei modelli CE e SP, ciclo finanziario.



A3.8 Definire le interrelazioni tra le diverse funzioni contabili (matrice delle relazioni) all'interno della singola azienda e nei confronti delle altre strutture del SSR

MESSENGER	GEP	FORNITURE LOGISTICA	ICT	ITB	FARMACIA OSPEDALIERA	FARMACIA TERRITORIALE	DSO	GAT	DSM	SERD	AGLI	GRU	MEDICINA LEGALE	
ACQUISTO DI BENI E SERVIZI														
A. ACQUISTO DI BENI														
Acquisto beni sanitari	•	•					•			•	•			
Acquisto beni non sanitari	•	•												
B. ACQUISTO DI SERVIZI														
Acquisto servizi sanitari	•	•								•	•			
Acquisto servizi non sanitari	•	•					•			•	•			
CONVENZIONI CON STRUTTURE ACCREDITATE														
Prestazioni privati accreditati/IRCSS	•									•	•			
Prestazioni residenzialità anziani	•									•	•			
Prestazioni residenzialità e semiresidenzialità disabili	•									•	•			
Prestazioni residenzialità minori	•									•	•			
Prestazioni residenzialità utenti affetti da dipendenze patologiche	•									•				
Prestazioni residenzialità utenti affetti da patologie psichiatriche	•									•				
CONVENZIONI CON FARMACIE CONVENZIONATE														
Rilevazione, liquidazione e pagamento forniture gestite dalle farmacie convenzionate										•	•			
CONVENZIONI NAZIONALI UNICHE														
Rilevazione, liquidazione e pagamento medici convenzionati										•				
ACQUISTO IMMOBILIZZAZIONI														
Cespii patrimoniali	•	•												
Lavori in corso	•									•				
GEP	Gestione Economico Patrimoniale Tecnologie dell'Informazione e della Comunicazione Infrastrutture Tecnologie Bio-mediche Gestione Attività Territoriali										AGLI	Affari Generali Legali e Istituzionali		
ITC											GRU	Gestione Risorse Umane		
ITB											GAT	Gestione Attività Territoriali		

UFFICIO TITOLARE DEL CONTRIBUTO	DSO	DIP. PREVENZIONE	COQ/CMA CANNOBIO	GAT	ISTITUTO TESORIERE	CG	GEP	UFFICIO ATTIVO
CONTRIBUTI E PRESTAZIONI FINANZIATI DAL FONDO SANITARIO REGIONALE (FSR)								
A. CONTRIBUTI INDISTINTE PER FUNZIONI ASSEGNAME DALLA PROGRAMMAZIONE REGIONALE								
Erogazione delle quote mensili in acconto del contributo	•							
Rilevazione del contributo in via definitiva	•							
B. RICAVI PER PRESTAZIONI A PAZIENTI OGGETTO DI FLUSSI INFORMATIVI								
flussi informativi relativi a prestazioni intra-regionali e extra regionale in compensazione:								
Ricoveri (RO e DH)	•							
Assistenza specialistica ambulatoriale	•	•						
Assistenza farmaceutica	•	•						
Medicina di base (MMG, PLS, MCA)	•	•						
Prestazioni termali	•	•						
Trasporti in ambulanza ed elisoccorso	•	•						
Fille F farmaci	•	•						
altri flussi informativi nazionali e regionali								
Assistenza riabilitativa	•							
Assistenza integrativa e protesica	•	•						
Assistenza socio-sanitaria residenziale e semi-residenziale	•	•						
Cessione emocomponenti ed emoderivati	•	•						
C. DATI DI PRODUZIONE RELATIVI AD ATTIVITA' IN COMPENSAZIONE INTERAZIENDALE NON REGOLATI DIRETTAMENTE								
Prestazioni sanitarie erogate ad altre aziende sanitarie con regolazione in compensazione unica regionale	•							
D. RIMBORSO DI COSTI PER ATTIVITA' DI INTERESSE REGIONALE A CARICO DEL FSR								
Progetti regionali finanziati	•							
CONTRIBUTI IN CONTO ESERCIZIO SOGGETTE A RENDICONTAZIONE EXTRA FSR								
Contributi di terzi (EE, PP, o privati) non già compresi nelle quote indistinte e vincolate assegnate con riparto a destinazione vincolata destinati all'attuazione di progetti finalizzati	•							
COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA (TICKET)								
Pagamento tramite conto corrente postale	•							
Pagamento in contanti	•	•						
Pagamento tramite POS	•	•						

CG Controllo di gestione

- Gestione Economico Patrimoniale
- Tecnologie dell'Informazione e della Comunicazione
- Infrastrutture Tecnologie Biomediche
- Gestione Attività Territoriali

GEP
ITC
ITB
GAT

ESERCIZIO DI ESERCIZIO FINANZIARIO	GE P	C G	FORNITUR E LOGISTICA	FARMACI A	DS O	GA T	REPART I	SERVIZI EROGATOR I	SERVIZI FRUITOR I	ISTITUTO TESORIER E	UFFICI O LEGALE	SERVIZI LIQUIDATOR I	UFFICIO TITOLARE DEL CONTRIBUT O
Immobilizzazioni	•	•	•	•	•	•	•						
Rimanenze	•	•	•	•	•	•	•						
Crediti verso clienti	•							•					•
Crediti e debiti verso regione e verso enti pubblici	•												•
Crediti e debiti verso Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione	•							•	•				
Disponibilità liquide	•							•					
Ratei e risconti attivi	•												
Patrimonio netto	•												
Fondi per rischi ed oneri	•								•				
Debiti	•									•			
Risconti Passivi	•												•

A3.10 (già A3.7) Mappatura degli applicativi IT in uso con lo scopo di verificare la copertura funzionale rispetto alle esigenze di natura amministrativa contabile e definizione delle eventuali esigenze di sviluppo

1. PREMESSA

Il presente documento elenca le procedure software utilizzate nell'azienda ASL VCO .
Sono stati raggruppati per area funzionale e riportando il nome del prodotto commerciale e le funzioni gestite.

2. AREA AMMINISTRATIVO CONTABILE

Quest'area risulta sostanzialmente coperta in modo adeguato e con prodotti completi ed aggiornati nella maggioranza dei casi.

OLIAMM: Gestione Amministrativo - contabile e Logistica:

- Contabilità generale

CICLO PASSIVO

- Gestione magazzini economici e farmaceutici
- Richieste a magazzino e proposte d'ordine
- Gestione ordini
- Gestione ricevimenti
- Gestione fatture Fornitori
- Liquidazioni
- Gestione cassa ed ordinativi di pagamento

CICLO ATTIVO

- Fatturazione attiva
- Liquidazioni
- Gestione cassa ed ordinativi di riscossione

GESTIONE PATRIMONIALE DEI BENI MOBILI

GESTIONE CASSA ECONOMALE

- ASSIOMA: Gestione patrimoniale degli immobili

3. AREA DEL PERSONALE

- DIAPASON: Gestione del personale:
 - Rilevazione presenze (comprensivo dei Conguagli variabili)
 - Gestione assenze (comprensivo della certificazione assenze)
 - Gestione timbratori
- CRED-NET: gestione Utenze applicativi aziendali

4. AREA ISTITUZIONALE

- ARCHIFLOW: gestione del protocollo aziendale, delibere e determini
- Gestione componenti tecnologiche del sito internet aziendale

5. AREA DIAGNOSTICA SANITARIA

Quest'area funzionale è gestita in modo completo e con prodotti di recente tecnologia. Le funzioni che hanno una ricaduta amministrativo contabile vengono adeguate nel tempo a seconda delle esigenze aziendali.

- DNLAB/DN-TERR/DNWEB: LIS - Gestione Laboratorio Analisi
- DNWEB: LIS - Gestione richieste da Reparto
- DN-TERR: LIS – Gestione prestazioni per esterni, gestione ricetta dematerializzata, gestione integrata pagamenti, invio referti al portale per scarico, invio referti al FSE
- ARMONIA: Anatomia Patologica - Gestione Anatomia Patologica
- SPARTITO: Anatomia Patologica - Gestione richieste da reparto
- SYNPSE: RIS/PACS - Gestione Sistema radiodiagnostica strumentale
- SYNCROMED: RIS/PACS – Gestione richieste da Reparto

6. AREA SANITARIA

Quest'area funzionale è gestita e utilizza prodotti di recente tecnologia. Le funzioni che hanno una ricaduta amministrativo contabile vengono adeguate nel tempo a seconda delle esigenze aziendali. Sono stati implementate le integrazioni con il Gestore Pagamenti Aziendale integrato col Gestore Pagamenti Regionale, le integrazione per la gestione delle ricette elettroniche e de materializzate.

- PHI: Software di gestione Cartella Clinica di reparto, Cartella Clinica Ambulatoriale, Cartella Infermieristica integrato con i sistemi amministrativo- sanitari CUP, ADT, GPA, FSE e di diagnostica strumentale LIS, RIS
- PSWEB: cartella emergenza
- XMPI: anagrafe assistiti aziendale
- ADT: Accettazione Dimissione e Trasferimenti ricoveri
- ASTER: Software di gestione Vaccinazioni
- ASTER: gestione attività domiciliari, residenziali e semiresidenziali
- WBS: gestione CUP
- MYSTAR Connect: cartella clinica diabetologica
- MEDWARE: cartella clinica di gestione nefrologia e dialisi
- EDF: gestione movimenti di file F con aggiornamento automatico delle giacenze nei magazzini farmaceutici

A3.11 (già A3.8) Attivazione progetti di sviluppo (anche attraverso attivazione di bandi per l'acquisizione di forniture e servizi connessi allo sviluppo IT)

1. PROGETTI REGIONALI

In accordo con l'Assessorato alla Sanità ed in collaborazioni con il CSI Piemonte sono in fase di sviluppo due progetti: l'integrazione con il **Fascicolo Sanitario Elettronico** e relative funzioni ad esso collegate (consegna referti radiologia via web, consegna referti ambulatoriali via web, etc) e la Gestione della Ricetta Elettronica dematerializzata. Alcuni progetti sono già avviati ed in corso di estensione.

2. CONSERVAZIONE LEGALE SOSTITUTIVA

Sarà necessario estendere a tutti i software amministrativi (mandati di pagamento e reversali) e sanitari (referti di laboratorio analisi, anatomia patologica, lettera di dimissione e referti ambulatoriali) che fanno uso della firma digitale, la funzionalità di archiviazione legale sostitutiva oggi già presente in azienda nel settore della radiodiagnostica (referti ed immagini).

A3.12 (già A3.9) Aggiornamento di procedure e meccanismi di riconciliazione tra il Bilancio di esercizio, modelli CE e SP, contabilità generale (Bilancio di verifica) e contabilità sezionali

Le Aziende del SSR recepiscono e danno attuazione agli aggiornamenti del piano dei conti proposto dalla Regione Piemonte, in coerenza con l'evoluzione normativa e con le modifiche rese necessarie dalla progressiva armonizzazione dei bilanci a seguito, in particolare, del D.Lgs. 118/2011 e del Decreto Ministeriale del 20 marzo 2013.

La S.O.C. Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio è deputata alla redazione del Bilancio di Esercizio dell'A.S.L. VCO. Lo strumento amministrativo-contabile utilizzato è OLIAMM di Engineering, da cui si estrapola il Bilancio di Verifica, che è costruito sulla base del *Piano dei Conti regionale*.

Il Bilancio di Verifica viene inserito nella procedura contabile regionale (F.E.C.) che origina in automatico il Bilancio di Esercizio (composto da Stato Patrimoniale, Conto Economico e Nota Integrativa).

A4) Analizzare i dati contabili e gestionali per aree di responsabilità

A4.1 Adottare un sistema di contabilità analitica coerente alle indicazioni regionali, all'organizzazione aziendale (centri di costo e responsabilità) e a livelli essenziali di assistenza

L'Azienda ASL VCO possiede un consolidato sistema di contabilità analitica molto dettagliato e flessibile che consente di avere una chiara e definita situazione economica e operativa, coerentemente sia all'organizzazione aziendale (centri di costo e responsabilità) sia ai livelli essenziali di assistenza (utili alla redazione annuale dei modelli PIA, LA e CP). Il sistema è composto da varie procedure che interagiscono tra loro per fornire i dati necessari alle elaborazioni. Il principale sistema è OLIAMM per la gestione economica e di magazzino, integrato con le procedure sotto riportate e con i dati forniti dai database regionali, accessibili tramite i vari cruscotti a disposizione. Tutte queste informazioni vanno a generare il datawarehouse aziendale.

A4.2 Implementazione di un sistema informativo finalizzato a supportare in maniera efficiente un sistema di contabilità analitica coerente alle indicazioni regionali, all'organizzazione aziendale (centri di costo responsabilità) e ai livelli di assistenza, coerenti con gli obiettivi declinati nei P.O. 2013/2015

ELABORAZIONE CONTABILITÀ ANALITICA

Il processo di elaborazione della reportistica della contabilità analitica prodotta e messa a disposizione degli utenti, come la Direzione Generale, i Direttori delle varie strutture e chiunque, a vario titolo, è abilitato alla consultazione è rappresentata nello schema 2.

Tramite Software appositamente prodotto viene realizzata la gestione del personale per centro di costo, tenendo conto anche delle situazioni in cui il tempo lavoro viene suddiviso su più centri di costo. Si tiene conto inoltre delle aspettative, che non vengono caricate sui CDC ma sui costi generali d'azienda. Vengono importati i costi per ogni voce stipendiale e quadrati con i mandati che l'ufficio stipendi fornisce alla Gestione Economico Finanziaria per il pagamento. Tali dati provengono da CSI Piemonte e vengono integrati con le informazioni provenienti dalla gestione stipendi e dai vari uffici amministrativi che forniscono gli spostamenti del personale e la gestione del tempo lavoro.

Questo processo genera una serie di tabelle che vengono memorizzate nel server MySQL del Controllo di Gestione e costituiscono l'archivio storico del costo del personale.

Il software di importazione e controllo, anche questo sviluppato appositamente, importa tre file in formato testo contenenti i movimenti di contabilità, gli scarichi di magazzino e il valore dei cespiti dal server OLIAMM che gestisce il sistema informatico centrale. Esegue tutti i controlli di correttezza sui record, come per esempio prime note senza CDC ecc, restituendo il report degli errori. Questi vengono inviati agli appositi uffici per la correzione.

Il processo viene reiterato fino a che non esistono più anomalie. Le tabelle così costruite vengono memorizzate sul server MYSQL. In seguito vengono caricati i dati di produzione, come SDO, flussi di specialistica, di farmaceutica ecc., della mobilità passiva regionale ed extraregionale, che vengono utilizzati per attribuire i costi ai distretti a cui appartengono gli assistiti. L'elaborazione genera alcune tabelle che verranno memorizzate sul server MySQL.

Il programma unisce le tabelle così memorizzate costruendo una tabella contenente tutte le informazioni base per la contabilità analitica (mov_grz).

Il successivo passo consiste nel ribaltare i costi dei servizi ospedalieri di supporto sui CDC di produzione, i costi dei reparti comuni di degenza ecc., eccezion fatta per la direzione generale. Durante le fasi di calcolo vengono attivati dei processi di controllo della congruenza dei valori ribaltati con quelli originali (mov_pul). Viene poi mandata in esecuzione una procedura di allineamento ai valori di bilancio. Che genera la tabella finale (mov_spl) che costituisce la base dati per le elaborazioni.

Il software di elaborazione della contabilità analitica si collega alle tabelle generate ed a quelle presenti nel server MySQL ed elabora diversi tipi di report.

Contabilità analitica senza ribaltamento dei costi della Direzione Generale, contabilità analitica con ribaltamento della Direzione Generale, per cdr, per dipartimenti, per strutture ecc. Viene elaborata anche una Contabilità apposita per il monitoraggio degli obiettivi economici.

Accanto a questi report vengono prodotti i report analitici di confronto con l'anno precedente, per avere un termine di confronto con la situazione storica e per controllare fattore per fattore gli scostamenti, i report che riportano i prodotti consumati per cdc in ordine decrescente di spesa per consentire ai gestori del budget di sapere per quale prodotto si è avuto un incremento o un risparmio di spesa.

Tutti i report vengono memorizzati su server MySQL in formato Microsoft.snp.

Un apposito software consente poi di selezionarli, convertirli in un formato universale (pdf) e salvati in un sistema MySQL su server INTRANET.

Gli utenti possono accedere a tutta la reportistica prodotta dall'anno 2000 ad oggi direttamente dai PC della rete aziendale. Questo avviene per effetto di un programma (sito) sviluppato in HTML e PHP. All'atto del collegamento il sito chiede all'utente di identificarsi tramite nome utente e password. Poi mediante delle facili opzioni di scelta si seleziona l'anno, l'area, il tipo di report, uno o più e si visualizza il risultato. Il report selezionato può essere consultato,

memorizzato o stampato. Naturalmente ciascun utente può accedere solo all'area a cui è abilitato e visualizzare la reportistica di sua competenza.

PIANI DI ATTIVITA'

I Piani di attività sono uno strumento informativo Regionale per la raccolta di dati economici e di produzione.

La raccolta dati è realizzata tramite una procedura informatica via Internet composta da numerosi modelli tabellari da riempire con i numeri richiesti e che devono quadrare con il bilancio e tra di loro.

Il sistema di calcolo è per lo più automatizzato con programmi appositamente sviluppati ma una parte è necessariamente manuale, in quanto la procedura non consente l'importazione di tabelle già predisposte rendendo lento e farraginoso il lavoro di compilazione.

Come si evince dallo schema 3, dopo aver ricevuto la comunicazione che la procedura è stata aperta per le rilevazioni dalla Regione, tramite un software appositamente sviluppato, si procede alla raccolta dei dati provenienti dai vari settori aziendali scaricando i modelli che dovranno essere compilati. Siccome i modelli sono file di tipo xlsx (nuovo formato Excel) vengono convertiti in xls (vecchio formato Excel) per consentirne l'apertura da parte di quegli utenti che usano ancora versioni vecchie.

Tali modelli vengono automaticamente caricati sul SERVER INTRANET in apposite cartelle, accessibili solo agli operatori abilitati.

I settori aziendali interessati alla compilazione sono i seguenti:

- Distretto
- Dipartimento di Prevenzione
- Dipartimento di salute Mentale
- Assistenza Sociale
- Sert
- Medicina Legale
- Personale

Gli operatori trovano, nelle loro cartelle, anche i modelli compilati precedentemente, in modo da poter operare confronti sui dati ed intercettare eventuali errori mediante l'analisi dello scostamento rispetto alle rilevazioni precedenti.

In seguito, dopo la chiusura della contabilità analitica per centri di costo, un apposito software riclassifica i centri di costo secondo i raggruppamenti PIA, creando un archivio di dati con conto economico, centro di costo, settore PIA (es. Ospedale, Territorio ecc.).

Questi valori, che ovviamente concordano con il bilancio aziendale, vengono caricati manualmente nei modelli regionali. A questo punto termina la prima fase del lavoro, che è praticamente automatizzata e quindi con bassissima probabilità di errore.

La seconda parte della procedura (ribaltamenti ecc.) viene realizzata su modelli Excell o Access predeterminati e i risultati caricati nella procedura.

ELABORAZIONI SDO

Il processo di produzione della reportistica SDO prodotta e messa a disposizione degli utenti, come la Direzione Generale, i Direttori delle varie strutture e chiunque, a vario titolo, è abilitato alla consultazione è schematizzata nello schema 1.

Da gennaio 2016 il metodo di trasferimento delle schede di ricovero, dall'accettazione alla Regione, che avveniva tramite tabelle in formato testo, è stato sostituito da file in metalinguaggio XML.

Questo formato non è direttamente elaborabile e quindi è necessario trasformare i file in modo tale da ricostruire le tabelle originali in formato testo.

A questo provvede un programma, sviluppato da questo ufficio, che consente lo scarico dei due file xml di produzione e anagrafica dall'accettazione e la loro conversione in 25 file in formato csv. Lo scarico dei file csv dei ritorni corretti e del file csv degli errori dal database regionale. I file di ritorno delle sdo corrette accettate forniscono un numero di informazioni molto ridotto, rispetto a quelle contenute nelle SDO complete. Per questo il programma mette in collegamento queste tabelle con quelle scaricate dall'accettazione per ricostruire l'informazione in modo completo e sicuro.

Il file degli errori consente di controllare quante SDO non sono state accettate ed il motivo dell'errore. Questo consente poi la loro correzione e rinvio in Regione.

Le tabelle così ricostruite vengono caricate e storizzate sul server MySQL del Controllo di Gestione e entrano a far parte del patrimonio informativo aziendale.

Il Software di elaborazione della reportistica, sviluppato dal Controllo di Gestione, Provvede a produrre tutta la reportistica aziendale ed a memorizzarla sul serve My SQL, per costituire un archivio di dati elaborati. La reportistica sviluppata è ampia ed esaustiva e prende in considerazione tutti i parametri sanitari necessari per una corretta valutazione dell'andamento della produzione. I report elaborati sono i seguenti:

- Attivita_DH
- Attivita_DH_ASL
- Attivita_ric_ordinario
- Attivita_ric_ordinario_asl
- Confronto_anni
- Confronto_anni_ASL
- Elenco_DRG_per_MDC
- Elenco_DRG_per_MDC_ASL_dh
- Elenco_DRG_per_MDC_ASL_do
- Fabbisogno
- Fatturato
- Fatturato_asl
- Fatturato_trattati
- Inappropriatezza_ASL
- Mob_pas_dest_DH
- Mob_pas_dest_DO
- Mob_pas_fabb_DH
- Mob_pas_fabb_DO
- Monitoraggio_inappropriatezza_2010
- Primi_30_drg_finito
- Primi_30_drg_pesi
- Raffronto
- Raffronto_dh
- Riassunto_asl
- Riassunto_fatturazione_per_asl
- Riepilogo_dimessi
- Riepilogo_n_casi

Tutta la reportistica viene caricata in un sever su un database denominato INTRANET tramite un programma apposito, sviluppato da questo ufficio, che provvede a prelevare dal server MySQL i report in formato snp e convertirli in formato universale pdf, definirne i nomi secondo una precisa logica adatta alla ricerca automatica. E a memorizzarle secondo le aree di degenza come sotto rappresentato:

- AREA CHIRURGICA
- AREA CRITICA
- AREA DIAGNOSTICA E TERAPIE DI SUPPORTO
- AREA DISAGIO PSICOSOCIALE
- AREA MATERNO INFANTILE
- AREA MEDICA
- AREE DEL SUPPORTO DIREZIONALE E GESTIONALE
- ASL
- CENTRO ORTOPEDICO DI QUADRANTE
- COMMITTENZA
- EMERGENZA URGENZA
- FEDERAZIONE SOVRAGONALE PIEMONTE NORD EST
- FUNZIONE DI GOVERNO AZIENDALE
- FUNZIONE DI TUTELA DELLA SALUTE
- GESTIONE OSPEDALIERA OSPEDALE UNICO PLURISEDE
- LIBERA PROFESSIONE
- PREVENZIONE
- RIEPILOGO

Tramite il sito internet, Sviluppato dal Controllo di Gestione, è possibile accedere al database INTRANET da un qualsiasi PC della rete aziendale. Il programma di gestione del sito autentica l'utente mediante la seguente maschera

CONTROLLO DI GESTIONE



Reportistica Aziendale

Inserire le proprie credenziali per accedere alla reportistica

Username:

Password:

Area:

Anno:

2003



... i report rappresentano lo strumento base di verifica dell'andamento del SISTEMA di GESTIONE per OBIETTIVI ...

Per ulteriori informazioni:

Tel 010 - 8165 - 8120 - 8395 Fax 6371
E-mail: controllo.gestione@aslvco.it



Riconosciuto l'utente abilitato, esso può passare alla consultazione della reportistica a lui visibile tramite una maschera di selezione come segue:

CONTROLLO DI GESTIONE



Selezione report

Tipo report: Dal: Al: CdC: 

... i report rappresentano lo strumento base di verifica dell'andamento del SISTEMA di GESTIONE per OBIETTIVI ...

Per ulteriori informazioni:

Tel 010 - 8165 - 8120 - 8395 Fax 6371
E-mail: controllo.gestione@aslvco.it



Il report selezionato sarà visibile a video, stampabile o memorizzabile su PC.

Questo sistema di gestione, completamente automatico consente di evitare errori di distribuzione dei report e l'eliminazione dei documenti cartacei.

La ricerca avviene in un archivio di migliaia di report prodotti dall'anno 2000 ad oggi.

ELABORAZIONE REPORT SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Il processo di elaborazione della reportistica relativa alla specialistica ambulatoriale inizia con lo scarico da SERVER CEDFLUSSI dei dati di produzione reali inviati in Regione e relativi ai seguenti flussi:

- Flusso C : Prestazioni specialistiche per pazienti esterni.
- Flusso C2: Prestazioni DEA e PS.
- Flusso C4: Prestazioni per pazienti interni ricoverati.
- Flusso C5: Prestazioni a fatturazione diretta tra aziende.
- Flusso F : Farmaceutica distribuzione diretta
- Flusso S: Screening mammografico e colon retto.

I dati, in formato txt, vengono caricati da un software appositamente sviluppato da questi uffici e processati record per record. In primo luogo vengono evidenziate le matricole di produzione nuove e, mediante un processo di controllo, separati i record corretti da quelli che presentano errori; questi vengono memorizzati in apposite tabelle su SERVER MySQL nel database CED per essere utilizzati nelle successive elaborazioni.

Successivamente vengono scaricati su un apposito PC gli stessi dati, messi a disposizione dalla Regione su un apposito sito tramite SDS flussi informativi basi dati sanità, in formato txt, ma solo i record corretti ed accettati come validi. Il programma di elaborazione importa ed elabora tali flussi con lo stesso procedimento visto in precedenza.

L'operazione successiva consiste nel fornire al sistema le informazioni sulle matricole mancanti. I codici e le descrizioni vengono richiesti agli uffici competenti che li forniscono in tempo reale. Si procede poi alla stampa o alla memorizzazione, in formato pdf, dei report di confronto tra i dati inviati e quelli accettati dalla Regione. Questi valori, prestazioni ed importi, costituiscono la perdita di informazione tra la linea di produzione e la Regione. Questi dati vengono inviati agli appositi uffici per la valutazione del processo di generazione ed invio e per cercare di ridurre il numero di record scartati.

Di seguito, in modo del tutto automatico vengono elaborati i report per cdr e memorizzati in formato Microsoft snp su SERVER MySQL in un apposito database denominato REPORTS.

Terminata la produzione dei report per tutte le strutture aziendali, mediante una procedura appositamente sviluppata, questi vengono convertiti in formato pdf e memorizzati su SERVER INTRANET, dove sono consultabili collegandosi su apposito sito con un PC della rete aziendale ed accedendo mediante username e password.

I report così prodotti riportano l'elenco delle prestazioni eseguite, dettagliate per codice DM96 con quantità ed importo. Di seguito viene riportato, per ambulatorio di produzione, il numero di prestazioni errate e di quelle non riconosciute dalla Regione.

A4.3 (ex A4.2) Standardizzare le azioni aziendali di controllo volte ad accertare il raccordo tra la CoGe e la CoAn, nonchè la coerenza di copertura dei costi per centri di costo.

Nel processo descritto dettagliatamente al punto A4.2, si esegue una rigorosa quadratura tra contabilità analitica e bilancio. Tale operazione è assicurata dal software stesso che provvede ad allineare correttamente i costi ed i ricavi ai valori dei conti di bilancio. Inoltre esiste un fattore di controllo che consente di verificare manualmente lo sbilanciamento.

Se il valore è inferiore ad una cifra limite, molto contenuta, viene accettato, altrimenti si esegue la ricerca dell'eventuale errore. La sua correzione consente poi la quadratura.

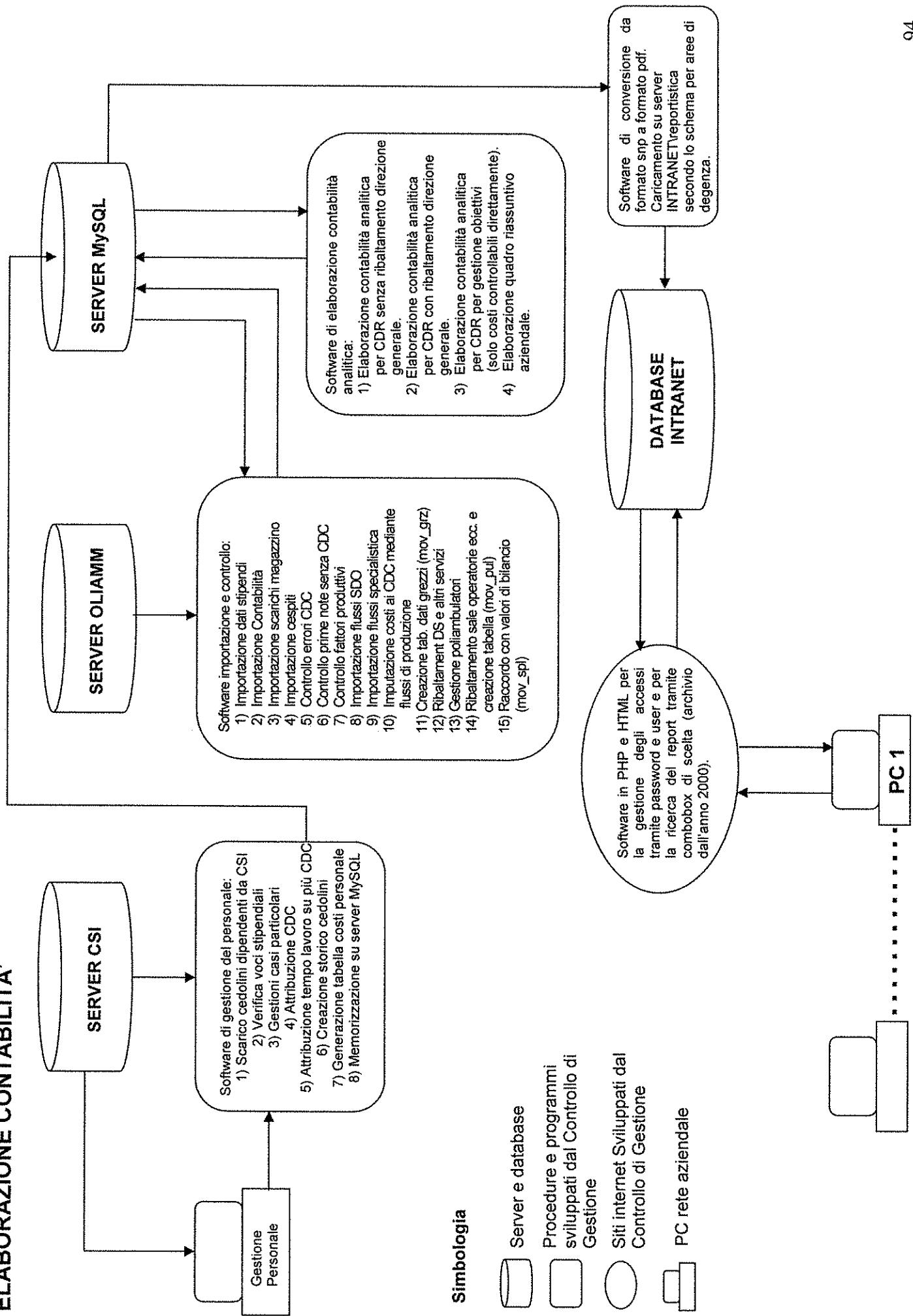
A4.4 (ex A4.3) Aggiornare il sistema di monitoraggio regionale/aziendale per centri di costo e centri di attività, correlando la spesa ad altre informazioni gestionali (esempio personale fte, numero posti letto, drg, ecc)

Il processo di elaborazione della contabilità analitica e della produzione tiene ovviamente conto di tutte le variabili disponibili in azienda. Quindi dei posti letto in degenza o day hospital, dei flussi di produzione, dei flussi della gestione del personale, della farmaceutica, del bilancio ecc.

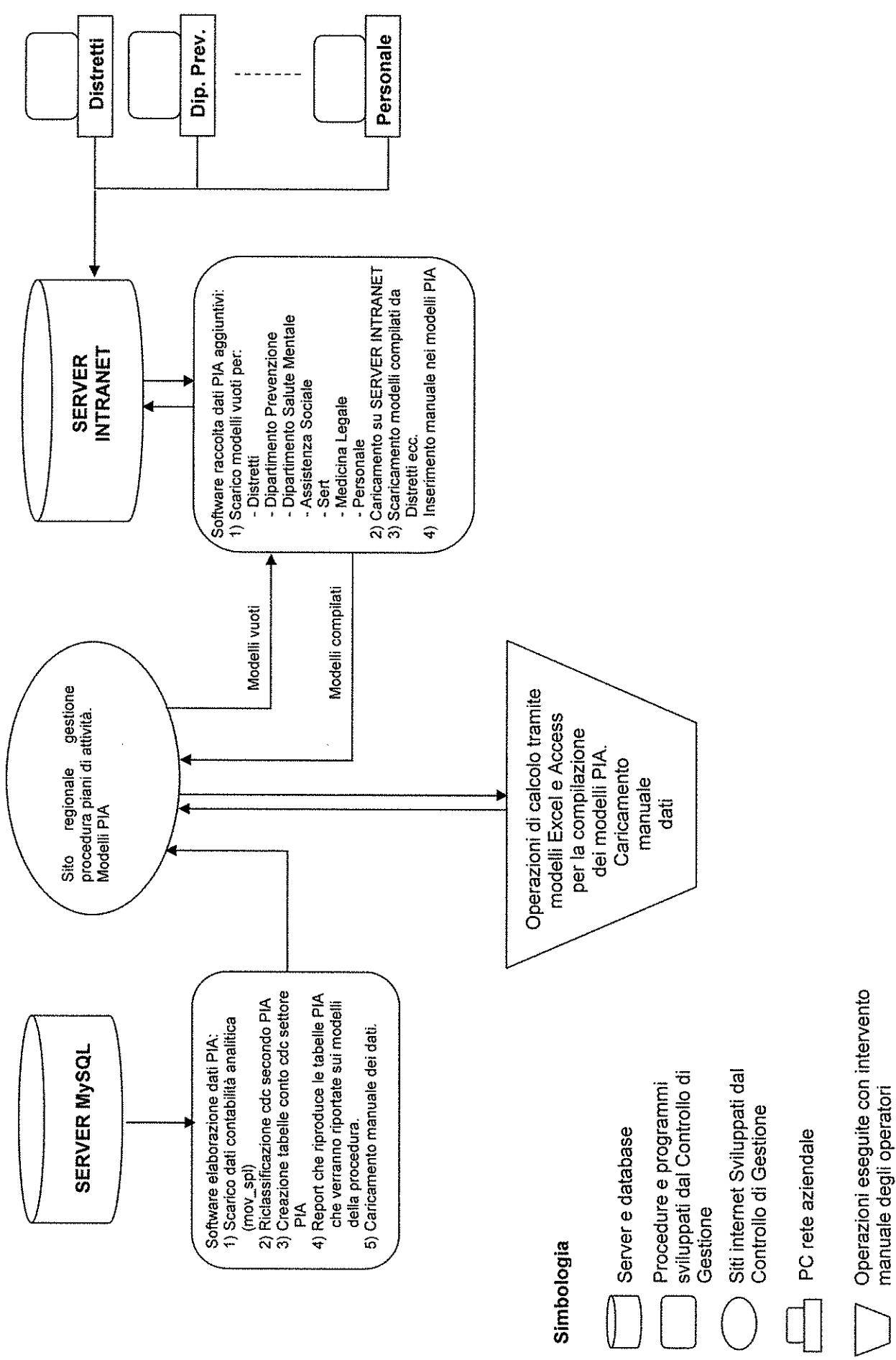
Il modello adottato consente la valutazione delle performance dei vari centri di responsabilità in modo separato o come parte di un sistema che vede il distretto come responsabile della gestione dei budget per l'acquisto delle prestazioni per i propri assistiti, con la possibilità di finanziare i vari settori e di verificarne l'efficienza controllandone il saldo. In questo modello gli ospedali, la specialistica, la prevenzione ecc sono visti come unità produttive ed il distretto come gestore della spesa per la salute dei propri assistiti.

La percentuale di attuazione di ciò che è stato descritto è del 100% e funzionante in azienda da molto tempo.

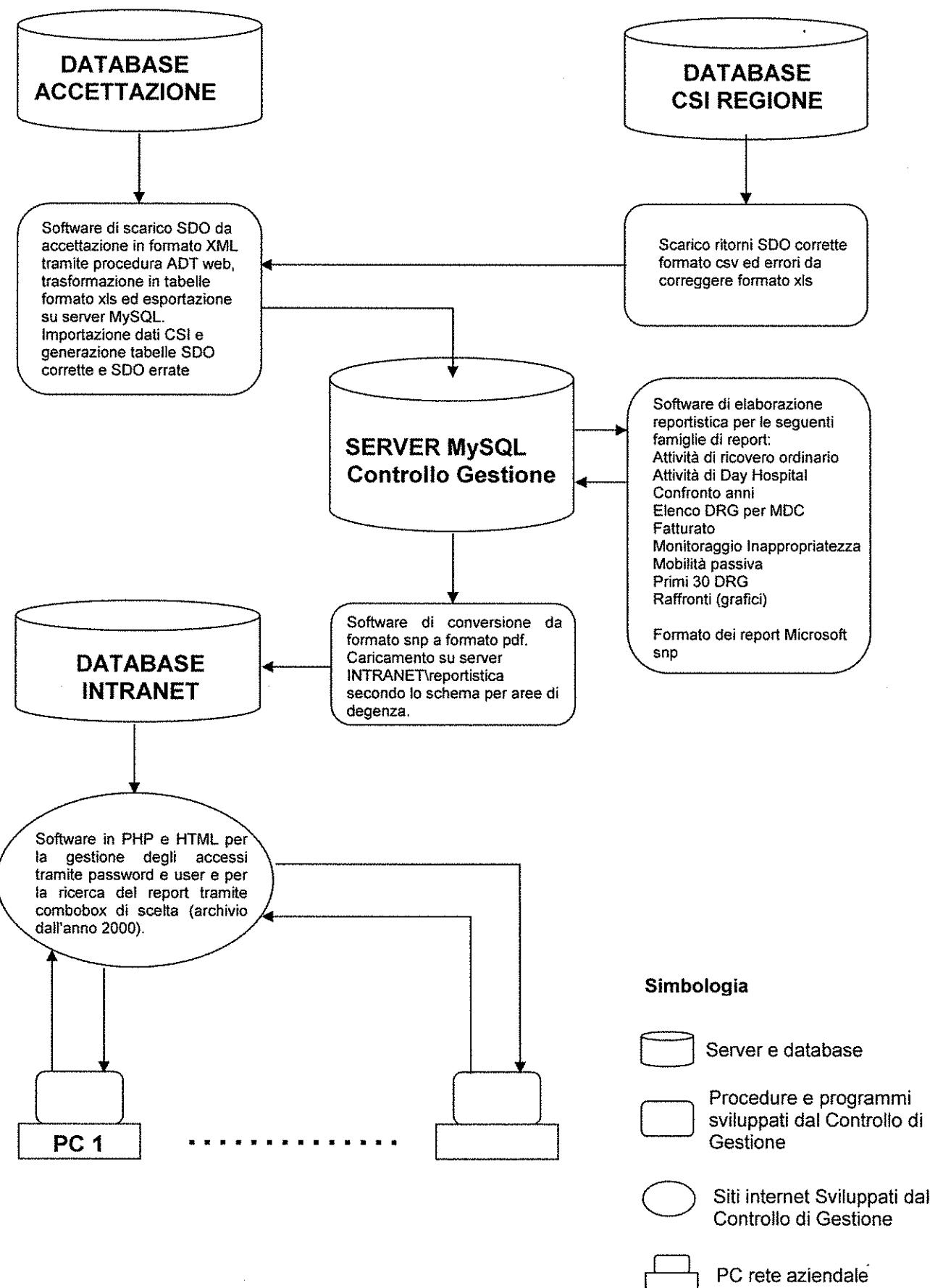
ELABORAZIONE CONTABILITÀ



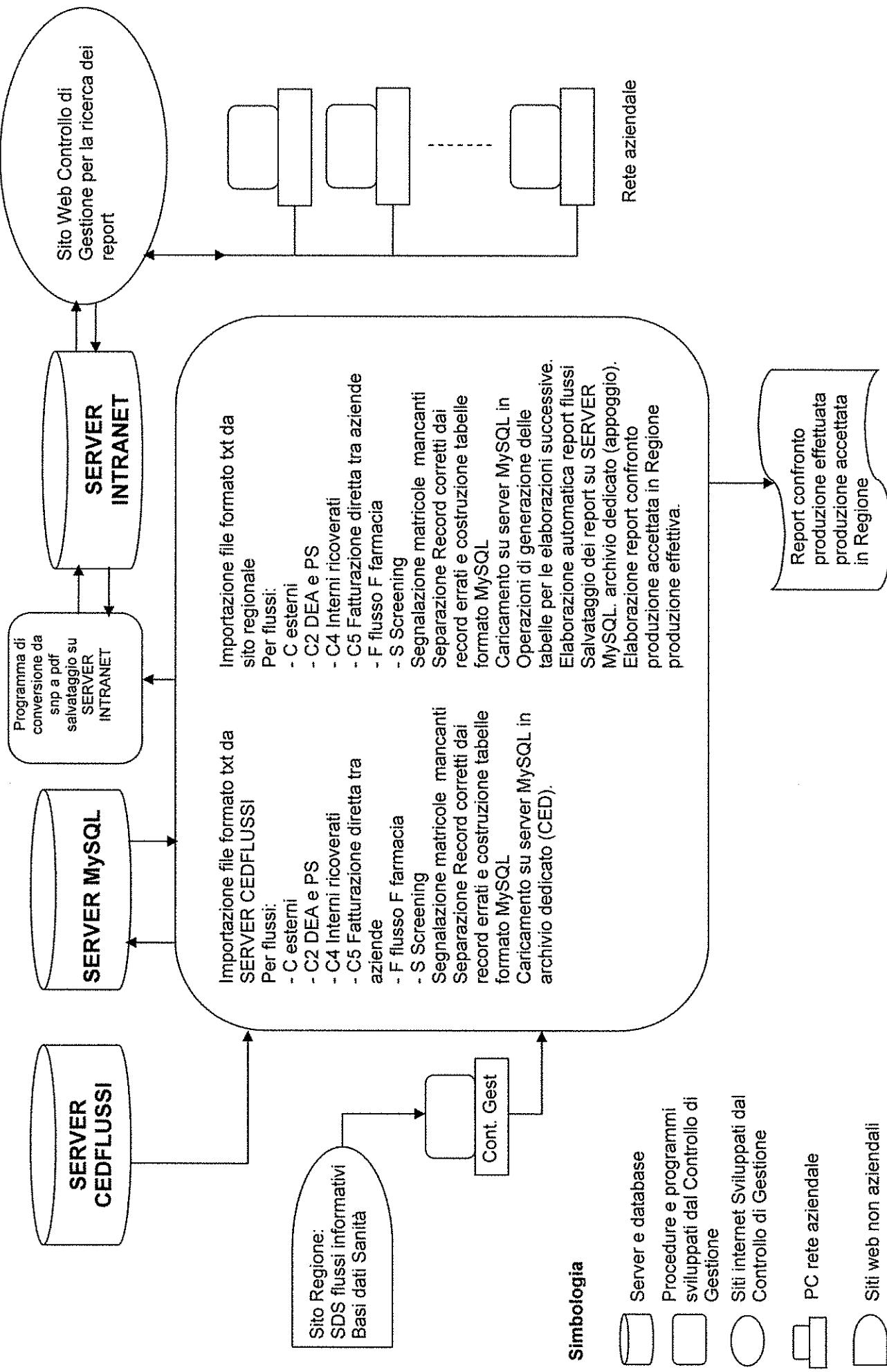
ELABORAZIONE DATI PER PIANI DI ATTIVITA' E COMPIILAZIONE PROCEDURA PIA



ELABORAZIONI SDO



ELABORAZIONE REPORTISTICA SPECIALISTICA AMBULATORIALE



F6) Rilevare la competenza di periodo delle operazioni che hanno generato crediti e ricavi

F6.1 Predisposizione di una procedura per la riconoscenza, archiviazione e monitoraggio di tutti i provvedimenti di assegnazione somme da Regione, Ministero ed altri enti

Secondo la regolazione vigente, la Regione effettua l'allocazione delle risorse finanziarie alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere sulla base delle risorse rese disponibili per il finanziamento del SSR. Tali risorse costituiscono il Fondo Sanitario Regionale di parte corrente (FSR) articolato in quota **indistinta** e quota **vincolata** sulla base di indirizzi specifici di destinazione.

La quota indistinta viene assegnata in via preventiva, al fine dell'allestimento degli strumenti della programmazione aziendale, ed in via definitiva al termine dell'esercizio, al fine dell'allestimento degli strumenti di consuntivazione e bilancio;

La quota a destinazione vincolata viene assegnata alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere per finanziare le spese da esse sostenute per il perseguimento di attività di interesse regionale a carico del FSR (progetti).

Vengono inoltre attribuite con Delibera Regionale alle diverse Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione secondo la seguente articolazione per tipologia i seguenti contributi: contributi in Conto Capitale (erogati solo a fronte della presentazione di documentazione di spese quali fatture dei fornitori) per la realizzazione di opere o l'acquisto di beni strumentali che abbiano effetti durevoli sull'azienda sanitaria; vengono iscritti altresì i ricavi per prestazioni a pazienti regionali ed extraregionali oggetto di flussi informativi sistematici, riferiti ad attività rivenienti da procedure standardizzate (SDO/DRG, assistenza ambulatoriale, etc.) e ricavi per prestazioni ed attività relative ad altre Aziende regionali ad attività in compensazione interaziendale non regolati direttamente tra le Aziende;

Di ogni tipologia di contributo, ad eccezione dei ricavi derivanti da compensazioni interaziendali, la SOC Economico Finanziaria e Patrimoniale provvede ad acquisire ed ad archiviare la documentazione regionale di assegnazione, quella successiva di riparto ed eventualmente di modifica; contestualmente all'acquisizione della documentazione di riparto viene generato un movimento di prima nota che apre un credito e registra parallelamente un ricavo a conto economico stabilendo gli importi effettivi da considerare ai fini degli strumenti di consuntivazione e del bilancio d'esercizio.

F6.2 Applicazione di una procedura per la riconoscenza, archiviazione e monitoraggi di tutti i provvedimenti di assegnazione somme da Regione, Ministero ed altri enti.

La SOC Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio predisponde schede extra contabili per ogni tipo di finanziamento (indistinto, vincolato e di conto capitale) che riporta gli estremi del documento di assegnazione e gli importi assegnati. Le schede vengono tenute costantemente aggiornate con gli incassi effettuati nell'esercizio o in esercizi successivi.

F6.3 (già F6.2) Monitoraggio periodico per la rilevazione della competenza di periodo delle operazioni che hanno generato crediti e ricavi effettuando i testi di cut off

La principale forma e modalità di monitoraggio periodico per la rilevazione della competenza di periodo delle operazioni è rappresentato dalla richiesta di conferma saldi a clienti.

La conferma dei saldi è quel processo di ottenimento e di valutazione di una diretta comunicazione fornita da una parte terza in risposta a una richiesta di informazioni riguardanti una particolare voce che influenza le asserzioni contenute nel bilancio d'esercizio, al fine di perseguire gli obiettivi di esistenza e di cut-off.

La richiesta di conferma ai clienti può essere normalmente omessa nei casi in cui le valutazioni di rischio e significatività evidenzino che:

- I crediti verso clienti sono di importo non significativo rispetto al totale di bilancio;
- Il livello di rischio inherente e di controllo sono modesti e l'evidenza raccolta in altri test di sostanza è sufficiente a ridurre il rischio di revisione a un livello accettabilmente basso.

La richiesta di conferma può articolarsi secondo le seguenti 3 forme:

1. Positiva: si chiede al cliente di indicare se è d'accordo sull'ammontare dovuto all'impresa revisionata, esplicitamente indicato nella richiesta di conferma. In questo modo si richiede una risposta sia nel caso in cui il cliente ritenga corretto il saldo, sia in caso contrario;
2. Negativa: si chiede che i clienti dell'impresa revisionata rispondano solo nel caso di disaccordo con l'ammontare del debito;
3. In Bianco: senza dare al cliente alcuna informazione del proprio saldo a credito, gli si chiede pertanto di indicare quello risultante nella sua contabilità; tale procedura, indubbiamente efficace in quanto costringe il cliente a dover

recuperare le informazioni rilevanti, ha come inconveniente un tasso di risposta minore perché costringe il cliente a lavorare di più.

L'estensione della richiesta dipende dal piano di campionamento adottato: tipico è l'utilizzo del campionamento monetario e l'utilizzo di diverse modalità di stratificazione della popolazione (sia monetarie che per natura dei crediti), con evidenza quindi del top stratum. La selezione dei crediti da confermare avviene considerando i saldi più elevati o con maggiore movimentazione, i crediti più vecchi, i crediti con saldo avere, alcuni crediti con saldo zero o non movimentati nel periodo.

La data alla quale è richiesta la conferma del saldo può essere diversa dalla data di chiusura dell'esercizio.

Successivamente, si provvede a riconciliare il saldo confermato alla data di verifica con quello contabilizzato alla data di chiusura dell'esercizio, analizzando i movimenti contabili intervenuti nel periodo in esame e sulla base dei documenti di supporto (bolle, fatture, note di accredito); normalmente tale riconciliazione dei saldi è svolta a campione.

A seguito delle risposte pervenute ai clienti, si possono individuare differenze tra il saldo di cui è stata richiesta la conferma e il saldo confermato dal cliente.

F6.4 (già F6.3) Implementazione di un sistema di monitoraggio dei fondi finalizzati con evidenziazione delle somme assegnate, erogate utilizzate e non utilizzate.

1. PREMESSA

La procedura descrive il sistema di monitoraggio dei fondi finalizzati all'interno della ASL VCO, con evidenziazione delle somme assegnate, erogate utilizzate e non utilizzate.

Secondo la normativa vigente, la Regione effettua l'allocazione delle risorse finanziarie alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere sulla base delle risorse rese disponibili per il finanziamento del SSR.

Il procedimento ha l'obiettivo di disciplinare:

- Il monitoraggio dell'attribuzione dei fondi finalizzati all'ASL VCO con indicazione separata delle somme erogate utilizzate e non utilizzate;
- l'adeguatezza dell'informativa di dettaglio fornita in Nota Integrativa nel rispetto dei principi contabili.

2. MODALITA' OPERATIVE

L'ASL VCO recepisce ed iscrive in bilancio per competenza i fondi vincolati e finalizzati grazie all'emanazione della Determina Regionale, Statale, Comunale a seconda della fonte di provenienza dei suddetti fondi.

Per ciò che concerne le donazioni devolute da terzi (società, associazione e/o privato cittadino) a beneficio dell'Azienda vengono accolte mediante Determina Aziendale. In particolare per donazione s'intende, ai sensi dell'articolo 769 C.C. "...il contratto col quale, per spirto di liberalità, una parte arricchisce l'altra, disponendo a favore di questa di un suo diritto o assumendo verso la stessa un'obbligazione". L'ASL VCO accetta le donazioni in seguito a una valutazione multidisciplinare tramite la quale accerta la finalità lecita della donazione, la compatibilità della stessa con l'interesse pubblico e con i fini istituzionali dell'Ente e la sostenibilità, in caso di cespiti, degli oneri derivanti dai costi di manutenzione e di installazione. In mancanza di una precisa indicazione da parte del donatore, rispetto alla destinazione del bene o della cifra elargita (donazioni liberali non finalizzate), l'Azienda destinerà la donazione al fine istituzionale indicato come prioritario.

Le principali voci di bilancio che accolgono i contributi sono:

CONTO	DESCRIZIONE
4500141	CONTRIBUTO REGIONALE PER UTILIZZO FONDI VINCOLATI PREGESSI
4500142	ALTRI CONTRIBUTI CORRENTI DA FONDI REGIONALI
4500129	ALTRI CONTRIBUTI REGIONALI VINCOLATI IN C/ESERCIZIO
4500110	CONTRIBUTI IN CONTO ESERCIZIO DA PRIVATI
4500114	CONTRIBUTI IN C/ESERCIZIO DA ISTITUZIONI SOCIALI

L'Azienda Sanitaria Locale VCO riguardo i contributi vincolati in c/esercizio assegnati dalla Regione o da altri Enti, precedentemente mediante l'utilizzo dell'istituto contabile del risconto, monitorava e, conseguentemente, rimandava agli esercizi successivi la parte eventualmente non utilizzata onde verificarne l'effettivo utilizzo dei summenzionati contributi. I principi di armonizzazione contabile contenuti nel decreto legislativo 118/2011 hanno progressivamente ridotto il ricorso, da parte dell'ASL VCO, di questi istituti contabili, in favore di una gestione improntata all'accantonamento dei fondi eventualmente non utilizzati, anziché al risconto del ricavo stesso come avveniva in precedenza. Per quanto riguarda i contributi in c/capitale indicazioni più operative si annoverano nell'articolo 29 del presente d.lgs. 118/2011 lettera c) secondo il quale "i contributi in conto capitale da regione sono rilevati sulla base del provvedimento di

assegnazione. I contributi sono iscritti in un'apposita voce di patrimonio netto, con contestuale rilevazione di un credito verso la regione".

La Regione Piemonte mediante istruzioni operative in sede di predisposizione del Consuntivo, emana generalmente delle linee guida per la contabilizzazione dei contributi ricevuti da parte delle ASR distinguendo tra:

- **Contributi vincolati e finalizzati assegnati nel 2011 e anni precedenti:** i contributi utilizzati , provenienti da assegnazioni 2011 ed anni precedenti, sono da contabilizzarsi nel conto 4500141.
- **Contributi vincolati e finalizzati assegnati successivamente l'anno 2011:** i contributi vincolati e finalizzati assegnati dalla Regione nel corso con altri provvedimenti dovranno essere contabilizzati nel conto 4500129-4500142, mentre i contributi statali e di altri enti assegnati direttamente alle ASR andranno iscritti nei conti competenti (4500106,7,8,9,14,56...). L'ASL VCO nel contabilizzare i contributi vincolati e finalizzati ricevuti (sia da Regione che da terzi) applica le regole previste dal decreto legislativo 118/2011 procedendo all'iscrizione dell'intera assegnazione nei conti di ricavo, la spesa sostenuta nei rispettivi conti e la quota non impiegata nell'esercizio negli specifici conti di accantonamento.

La Regione Piemonte nel sopra citato compendio di linee guida fornisce indicazioni precise in tema di contabilizzazione dei contributi ricevuti dalle Aziende Sanitarie Locali come si evince dai successivi punti:

- la spesa sostenuta nei rispettivi conti: come da decreto legislativo 118/2011, le quote di contributi assegnate e non utilizzate nell'esercizio in corso devono essere accantonate nel medesimo esercizio in un apposito fondo in stato patrimoniale per essere rese disponibili negli esercizi successivi di effettivo utilizzo.

CONTO	DESCRIZIONE
3101622	Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione per quota F.S. vincolato
3101623	Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati
3101624	Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici per ricerca
3101625	Accantonamenti per quote inutilizzate contributi vincolati da privati

- a fine esercizio tali accantonamenti alimenteranno i nuovi conti di fondo oneri:

CONTO	DESCRIZIONE
2670101	Fondo per quote inutilizzate contributi da Regione per quota F.S. vincolato
2670102	Fondo per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati
2670103	Fondo per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici per ricerca
2670104	Fondo per quote inutilizzate contributi vincolati da privati

- Se i contributi provengono da assegnazioni precedenti (non prima dell'esercizio 2011 per i quali è in essere ancora il risconto) ma vengono utilizzati nell'esercizio in corso iscrivendo le spese nei rispettivi conti di costo, la ASL VCO dovrà parimenti ridurre il fondo per la parte utilizzata e in contropartita inserire una componente positiva in uno dei sottoconti di seguito indicati in base alla provenienza del contributo:

SOTTO - CONTO	DESCRIZIONE
4860101	Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione per quota F.S. vincolato
4860102	Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati
4860103	Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti per ricerca
4860104	Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da privati

Per quanto riguarda il monitoraggio delle somme erogate utilizzate e non utilizzate si rimanda alla tabella del resoconto finale annuale dei contributi vincolati della procedura F1.2.

F6.5 (già F6.4) Verifica di accuratezza del calcolo dei ratei e risconti attivi e passivi

Le operazioni di calcolo dei risconti e ratei attivi e passivi sono improntate ad un rigoroso rispetto della competenza economica di manifestazione delle operazioni, scindendo, in linea generale, le parti di competenza afferenti ai singoli esercizi in modo puntuale.

Le operazioni di imputazione di ratei e risconti sono effettuate dall'applicativo informatico OLIAMM in via totalmente automatica; è cura dell'operatore inserire correttamente la competenza economica dell'operazione.

Nelle aziende del SSR, in generale, i ratei e i risconti non costituiscono una grandezza significativa sul totale del bilancio, anche se sono previsti sistemi di controllo di accuratezza attraverso stampe dall'applicativo informatico che consentono di monitorare il rateo o il risconto nella sua manifestazione economica a cavallo dei due o più esercizi.

L'esempio principale è costituito dai contributi vincolati assegnati dalla Regione o da altri enti, il cui risconto per la parte eventualmente non utilizzata va monitorato nel tempo onde verificarne l'effettivo utilizzo.

E' da segnalare che i principi di armonizzazione contabile contenuti nel dl 118/2011 hanno progressivamente ridotto il ricorso, da parte delle ASR, a questi istituti contabili, in favore di una gestione improntata all'accantonamento dei fondi eventualmente non utilizzati, anziché al risconto del ricavo stesso come avveniva in precedenza.

I ratei e i risconti, ai sensi dell'art. 2427 cc, sono illustrati analiticamente nelle relative tabelle di nota integrativa.

F6.6 Verifica della corretta esecuzione delle procedure definite ai punti precedenti (es. F6.2)

La procedura illustrata al punto F6.2 viene puntualmente verificata in occasione dei bilanci di verifica trimestrali e in fase di redazione del bilancio consuntivo.

G4) Garantire che tutte le operazioni di cassa e banca siano corredate da documenti idonei, controllati ed approvati prima della loro rilevazione contabile

G4.1 Verifica della congruità ed eventuale aggiornamento della procedura che garantisca che ogni operazione di cassa e di banca sia accompagnata e comprovata da appositi documenti (quali reversali di incasso, mandati di pagamento, distinte di versamento in banca) e che tali documenti siano controllati e approvati prima della loro rilevazione

1. I DOCUMENTI RELATIVI ALLE OPERAZIONI DI CASSA

Le operazioni di cassa e tesoreria sono tutte accompagnate da documenti che comprovano tutti i movimenti (incassi e pagamenti): i documenti sono controllati e firmati nelle singole fasi del processo dai funzionari addetti alla verifica degli stessi e firmati, nell'atto del mandato di pagamento o della reversale di incasso, dal Responsabile della S.O.C. Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio o suo collaboratore delegato e dal Direttore Amministrativo.

L'applicativo OLIAMM in uso, peraltro, non consente la generazione di flussi di incasso o di pagamento che non siano accompagnati da documenti attestanti l'operazione contabile.

Si elencano le principali fattispecie di documenti contabili:

- distinte ordinativi di riscossione
- ordinativi di riscossione
- distinte ordinativi di pagamento
- mandati di pagamento
- provvisori di entrata che la tesoreria rilascia a fronte di versamenti
- provvisori di uscita (rimborsi ticket/fatture all'utenza)

2. I CONTROLLI SULLE OPERAZIONI DI CASSA

La S.O.C. Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio procede periodicamente alla verifica che tutti gli ordinativi di incasso o pagamento siano stati registrati ed eseguiti dall'Istituto Tesoriere.

Nel caso in cui risultino inevasi reversali o mandati si prende contatto con il Tesoriere per le opportune verifiche.

L'Istituto Tesoriere provvede, con cadenza mensile, a trasmettere alla S.O.C. Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio l'elenco dei provvisori di entrata/uscita non ancora regolarizzati.

L'Istituto Tesoriere comunica tempestivamente alla S.O.C. Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio eventuali pagamenti non andati a buon fine (iban errato, chiusura conto corrente).

G4.2 Applicazione della procedura che garantisce che ogni operazione di cassa e di banca sia accompagnata e comprovata da appositi documenti (quali reversali di incasso, mandati di pagamento, distinte di versamento in banca) e che tali documenti siano controllati e approvati prima della loro rilevazione.

Giornalmente la SOC Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio procede alla stampa dei provvisori di entrata/uscita caricati dalla Tesoreria tramite l'home banking e predisponde gli ordinativi di riscossione/pagamento. Quando l'ordinativo viene regolarizzato il provvisorio viene cancellato dal sistema.

E' possibile stampare in ogni momento l'elenco dei provvisori non ancora regolarizzati. La verifica viene comunque effettuata almeno trimestralmente per le riconciliazioni necessarie alla predisposizione della verifica trimestrale di cassa.

G4.3 (già G4.2) Verifiche periodiche volte a riscontrare la corretta applicazione della procedura con predisposizione di relativo report delle risultanze della verifiche

Alla data attuale il collegamento tra il provvisorio di entrata e di uscita e la relativa reversale e mandato viene effettuato manualmente dagli operatori della S.O.C. Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio che indicano nella descrizione dell'ordinativo il numero del provvisorio di riferimento.

Il Tesoriere provvede ad agganciare i provvisori emessi ai corrispondenti ordinativi.

Essendo in fase di avvio la procedura dell'ordinativo (incasso e pagamento) informatico il sistema integrato di gestione del conto di tesoreria consentirà lo scarico di ogni provvisorio di tesoreria sull'applicativo di contabilità in uso presso l'ASL VCO.

Attualmente sono possibili stampe di controllo periodico, a cadenza ad esempio mensile, che consentono di verificare quali operazioni di banca risultino ancora da regolarizzare.

La procedura è ripetuta, in ogni caso, almeno in coincidenza con le chiusure trimestrali di cassa per le opportune riconciliazioni.

Le stampe prodotte consentono un immediato riscontro delle operazioni ancora in sospeso a chiusura del periodo di riferimento.