



Piano delle Performance



Anno 2012

INDICE

1. PRESENTAZIONE DEL PIANO.....	3	4. ANALISI DEL CONTESTO.....	32
1.1 Finalità.....	3	4.1 Analisi del contesto esterno	32
1.2 Contenuti.....	4	4.2 Analisi del contesto interno.....	41
1.3 Principi generali.....	5		
2. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER ESTERNI.....	6	5. DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI.....	45
2.1 Chi siamo	6	5.1 Obiettivi assegnati al personale dirigenziale	45
2.2 Cosa facciamo.....	9	5.1.1 Il processo di budgeting.....	54
2.3 Come operiamo.....	12	5.1.2 Attività di monitoraggio degli obiettivi.....	55
3. IDENTITA'.....	14	6. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE.....	57
3.1 L'amministrazione in cifre	14	6.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano.....	57
3.2 Mandato istituzionale e missione	28	6.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio.....	57
3.3 Albero della performance	30	6.3 Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione della performance.....	58

1. PRESENTAZIONE DEL PIANO

1.1 Finalità

La performance è il contributo che un'azienda apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi ed, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali è stata costituita.

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

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

Il Piano della performance definisce, inoltre, gli elementi fondamentali su cui si imposterà la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance.

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

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

Nel Piano vengono evidenziati tutti i passaggi logici atti a garantire "la qualità, la comprensibilità e l'attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance", secondo quanto previsto dall'art. 10 comma 1 del D.Lgs 150/2009.

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

- a) rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;
- b) specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- c) tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- d) riferibili ad un arco temporale determinato, di norma corrispondente ad un anno;

- e) commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe;
- f) confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
- g) correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

La seconda finalità del Piano è quella di assicurare la comprensibilità della rappresentazione della performance. Nel Piano viene esplicitato il "legame" che sussiste tra i bisogni della collettività, la missione istituzionale, le aree strategiche, gli obiettivi che l'Azienda intende perseguire.

Questo rende esplicita e comprensibile la performance attesa, ossia il contributo che l'Azienda sanitaria intende apportare attraverso la propria azione alla soddisfazione dei bisogni di salute della collettività.

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

1.2 Contenuti

Secondo quanto previsto dall'articolo 10, comma 1, del D.Lgs 150/2009, all'interno del Piano vanno riportati:

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

Nel Piano sono presenti i seguenti ulteriori contenuti:

- la descrizione delle caratteristiche dell'Azienda, ossia quegli elementi che consentono di identificare "chi è" (mandato istituzionale e missione) e "cosa fa" (declinazione della missione e del mandato in aree strategiche, obiettivi strategici ed operativi)
- l'analisi del contesto interno ed esterno all'Azienda. In particolare, attraverso l'analisi del contesto esterno si ricavano informazioni importanti sull'evoluzione dei bisogni di salute della popolazione e pertanto, sulla domanda di prestazioni sanitarie e, più in generale, sulle attese degli stakeholder
- il processo seguito per la realizzazione del Piano e delle azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle performance.

1.3 Principi generali

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

- **Principio della trasparenza:**

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

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

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

Il processo di sviluppo del Piano deve essere frutto di un percorso di coinvolgimento di tutti i portatori di interessi interni ed esterni al sistema.
- **Principio dell'Orizzonte pluriennale**

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

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

2.1 Chi siamo

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

L'ASL VCO è costituita con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale ai sensi della L.R. n°18 del 6 agosto 2007, della DCR n°136-39452 del 22 ottobre 2007 e del DPGR n°90 del 17 dicembre 2007. Essa ha operato con la denominazione di Azienda Sanitaria Locale n° 14 del Verbano Cusio Ossola dal 01/01/1995 al 31/12/2007. E' denominata ASL VCO dal 1° gennaio 2008.

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 patrimonio dell'Azienda è costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad essa appartenenti come risultanti a libro cespiti.

L'azienda dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata, fermo restando che i beni immobili non possono essere sottratti alla loro destinazione senza il parere favorevole della Regione e nell'ambito delle regole di amministrazione e gestione del patrimonio dettate dalla Regione Piemonte.

Gli organi dell'A.S.L. sono il Direttore Generale e il Collegio Sindacale e, ai sensi della legge n. 189 dell'8.11.2012 (che ha sostituito il primo periodo dell'art. 3, comma 1 quater) il Collegio di Direzione.

Il Direttore Generale, nominato dalla Giunta Regionale, è il legale rappresentante dell'Azienda ed è responsabile della gestione complessiva e delle relazioni istituzionali.

Nello svolgimento dei propri compiti, è coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario d'azienda, da esso stesso nominati, ciascuno per le proprie competenze. Con essi costituisce la Direzione Aziendale che garantisce nella sua collegialità l'unitarietà delle funzioni di indirizzo, programmazione e controllo dell'azienda.

Il Collegio Sindacale è nominato dal Direttore Generale in base alla designazione delle Autorità competenti ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs 502/92. s.m.i.

Si compone di cinque membri, di cui due designati dalla Regione, uno designato dal Ministero del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione Economica, uno dal Ministero della Sanità e uno dalla Conferenza dei Sindaci.

Al Collegio Sindacale spetta il compito di verifica dell'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico, di vigilanza sull'osservanza della legge, di accertamento della regolare tenuta della contabilità e di garanzia di conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili.

Il Collegio di Direzione 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.

Il Collegio di Direzione, presieduto dal Direttore Generale, è composto dai Direttori Amministrativo e Sanitario, dai Direttori di Dipartimento, dal Direttore della Macrostruttura Presidio Unico Plurisede, dai Direttori dei Distretti e, in conformità a quanto previsto dalla circolare regionale prot. n. 20347 dell'1/6/2009, dal Responsabile SITRPO.

Il Consiglio dei sanitari è costituito ai sensi dell'art. 3 – comma 12 del D.Lgs. 502/92 s.m.i. e svolge le competenze previste dalle disposizioni nazionali e regionali.

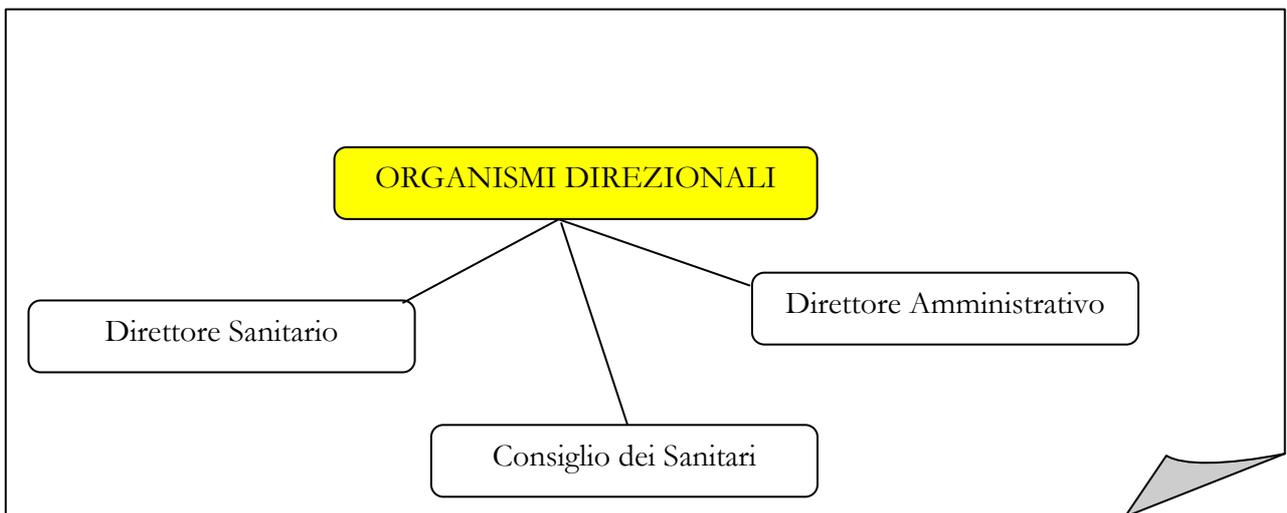
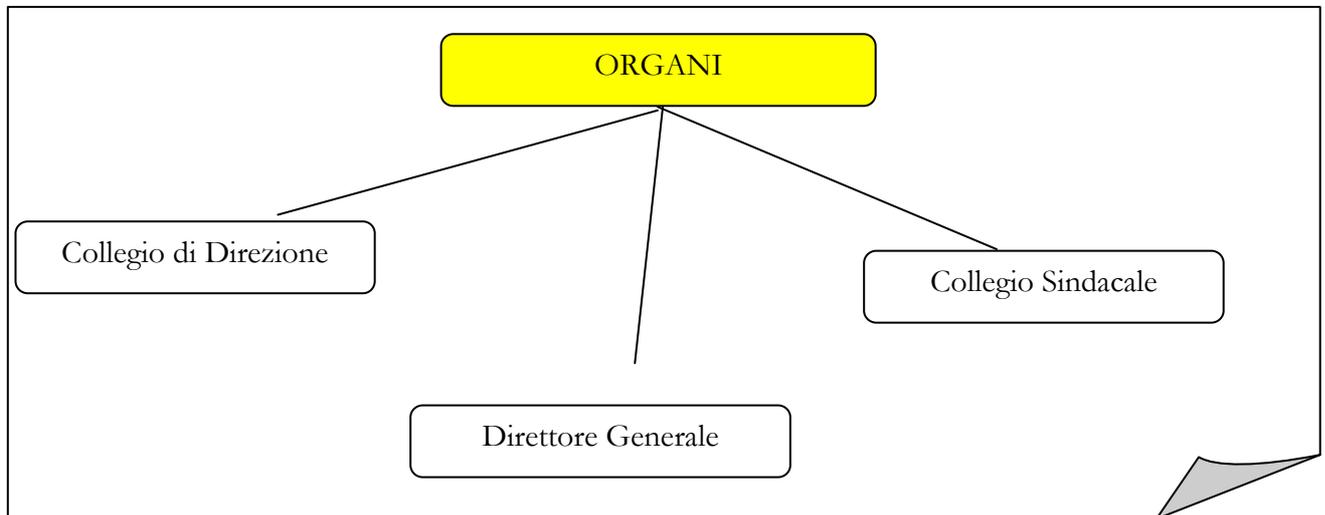
Il Consiglio è presieduto dal Direttore Sanitario dell'azienda e la composizione è disciplinata dal predetto Decreto Legislativo e dalle disposizioni della Regione. Le modalità di funzionamento sono normate da apposito regolamento aziendale.

In particolare, è un organismo con funzioni consultive in materia tecnica e sanitaria, esercitate mediante l'espressione di parere obbligatorio sul Piano Strategico Aziendale e sul Piano di Organizzazione e sulle loro eventuali modifiche

Il Collegio di Direzione e il Consiglio dei Sanitari e altri organismi collegiali costituiti dalla Direzione aziendale sono organismi collegiali di direzione dell'azienda

Sul sito dell'ASL: www.aslvco.it è possibile trovare tutte le informazioni dettagliate sugli organi, sull'organizzazione, sui servizi offerti dall'azienda, sulle modalità di prenotazione, sui servizi per i cittadini e tutte le informazioni inerenti le attività svolte sul territorio.

➤ *Organi ed Organismi istituzionali ed elettivi*

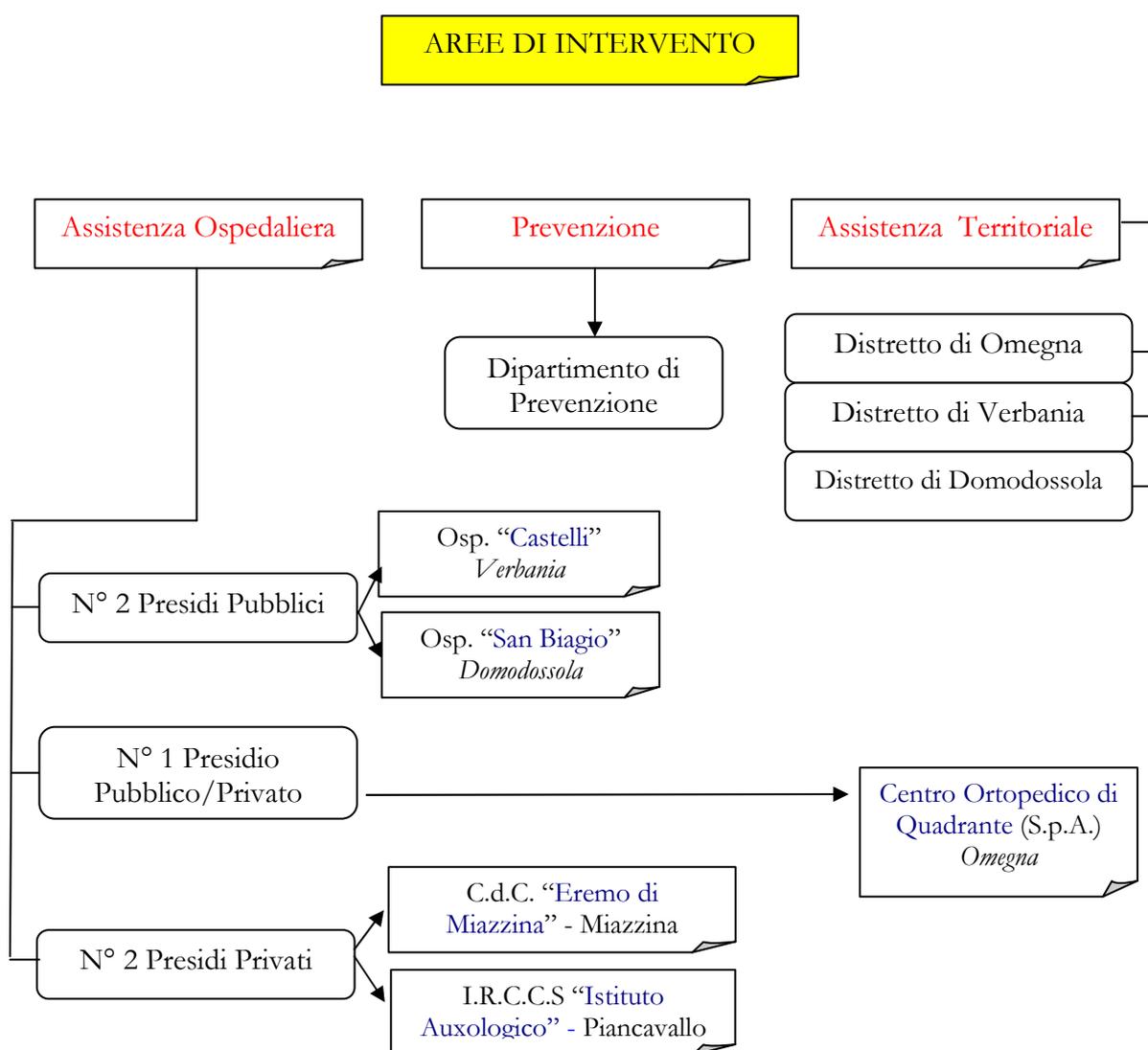


2.2 Cosa facciamo

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

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

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



➤ **Prevenzione**

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

- **S. Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro;**
- **S. Igiene e Alimenti e Nutrizione;**
- **S. Igiene e Sanità Pubblica;**
- **S. Attività di Prevenzione Veterinaria**

➤ **Assistenza Ospedaliera**

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

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

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

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

E' diretto da un Direttore di Presidio nominato dal Direttore Generale.

E' dotato di un apparato sanitario, tecnico e amministrativo di supporto per la gestione complessiva del Presidio e delle sedi operative dell'Ospedale Unico.

➤ **Assistenza Territoriale**

L'Assistenza territoriale viene erogata attraverso tre distretti sanitari:

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

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

per un totale di 65.202 residenti (al 31/12/2011);

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

Ameno (NO) - Armeno (NO) - Arola - Casale Corte Cerro - Cesara - Germagno - Gravellona Toce - Loreglia - Madonna del Sasso - Massiola - Miasino (NO) - Nonio - Omegna - Orta San Giulio (NO) - Pella (NO) - Pettenasco (NO) - Quarna Sopra - Quarna Sotto - S.Maurizio d'Opaglio (NO) – Valstrona

per un totale di 42.811 residenti (al 31/12/2011)

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

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

per un totale di 65931 residenti (al 31/12/2011)

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

Il Distretto, per l'erogazione delle prestazioni presso le proprie sedi e sul territorio di competenza si avvale di strutture organizzative articolate per aree di attività e che svolgono la loro attività presso i singoli Distretti, per organizzare la presa in carico della persona e dei suoi bisogni individuali e collettivi, e per erogare, con la collaborazione dei professionisti convenzionati e delle strutture organizzative specialistiche aziendali, le cure primarie e i servizi ad elevata integrazione sanitaria e socio-sanitaria. I Distretti operano in stretta integrazione con i soggetti gestori dei servizi socio-assistenziali, coordinando con dei Consorzi di Comuni per la gestione dei servizi socio-assistenziali (CISS) programmi e risorse.

Assicurano percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali basati sul principio della continuità e del coordinamento degli interventi, promuovendo la multidisciplinarietà tra i ruoli professionali e tutte le strutture di produzione aziendali ed extra aziendali a carattere pubblico o privato accreditato.

2.3 Come operiamo

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

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

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

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

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

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

L'Azienda impronta la propria organizzazione a principi di flessibilità, essenzialità e semplificazione, anche in considerazione delle alleanze strategiche, già attivate o in divenire, con i produttori di servizi sul territorio aziendale di appartenenza, pubblici, privati o del privato sociale e del volontariato, al fine di costruire un sistema di offerta il più possibile strutturato a rete, accessibile e adeguato alla domanda diversificata e complessa della popolazione di riferimento.

L'organizzazione aziendale è orientata all' integrazione delle attività in base ai percorsi assistenziali e a favorire la cooperazione e la corresponsabilità in un contesto di diffusa fiducia professionale. Il modello organizzativo garantisce pertanto l'immediata individuazione delle responsabilità e limita il numero dei livelli gerarchici.

L'organizzazione per processi è lo strumento per realizzare operativamente i principi di razionalizzazione della struttura organizzativa, focalizzando l'attenzione sulle funzioni e le competenze dei professionisti e sui meccanismi di coordinamento e integrazione.

L'organizzazione per processi interessa l'intera attività aziendale. La Direzione aziendale individua le specifiche responsabilità decisionali, di coordinamento e di controllo dei processi organizzativi e gestionali dell'azienda, affidate a gruppi multiprofessionali e multidisciplinari che operano adottando il lavoro per progetti e che si avvalgono della supervisione e del coordinamento degli organismi aziendali a ciò specificamente preposti.

L'Azienda si dota di strumenti e risorse per l'analisi e la riprogettazione organizzativa al fine di descrivere, standardizzare, formalizzare e diffondere i processi aziendali, evidenziando le interfacce organizzative e i relativi livelli di responsabilità.

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

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

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

La Direzione aziendale individua le specifiche responsabilità decisionali, di coordinamento e di controllo della funzione di innovazione organizzativa e gestionale dell'azienda, attraverso la funzione di supervisione e coordinamento di tutti gli organismi aziendali a ciò specificamente preposti.

3. IDENTITÀ

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

- vertici dell'amministrazione;
- dirigenti o responsabili apicali dei vari settori organizzativi;
- altri stakeholder interni (personale);
- stakeholder esterni.

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

3.1 L'amministrazione in cifre

► Territorio e popolazione

L'Azienda presenta un'estensione territoriale di circa 2.300 km quadrati, per il 96% montani, ha una densità abitativa media di 76 abitanti/Kmq. e comprende 84 Comuni, per un totale di 173.944 abitanti al 31.12.2011. La distribuzione della popolazione per fasce di età è la seguente:

DISTRETTO DOMODOSSOLA		0 - 4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80 - 84	85 - 89	90 - 94	95 - 99	100-112	TOT
tot. maschi	m	1200	1292	1349	1378	1441	1569	1888	2396	2684	2784	2360	2238	2268	1841	1947	1329	912	415	95	26	5	31417
tot. Femmine	f	1182	1187	1319	1268	1311	1484	1728	2355	2622	2676	2338	2309	2404	2052	2126	1816	1526	1011	374	119	15	33222
totale Dist. Domodossola	t	2382	2479	2668	2646	2752	3053	3616	4751	5306	5460	4698	4547	4672	3893	4073	3145	2438	1426	469	145	20	64639
DISTRETTO OMEGNA																							
tot. Maschi	m	899	949	951	884	915	997	1270	1654	1818	1872	1602	1388	1396	1181	1173	838	538	251	71	15	5	20667
tot. femmine	f	887	939	893	870	913	999	1219	1563	1841	1734	1550	1472	1488	1234	1354	1160	996	639	279	97	17	22144
totale Dist. Omezna	t	1786	1888	1844	1754	1828	1996	2489	3217	3659	3606	3152	2860	2884	2415	2527	1998	1534	890	350	112	22	42811
DISTRETTO VERBANIA																							
tot. maschi	m	1344	1431	1426	1399	1424	1494	1786	2322	2813	2949	2404	2090	2160	1804	1869	1328	892	490	143	20	20	31608
tot. femmine	f	1199	1284	1328	1314	1311	1483	1813	2456	2802	2921	2465	2238	2227	1993	2311	1905	1606	1020	437	163	47	34323
totale Distretto Verbania	t	2543	2715	2754	2713	2735	2977	3599	4778	5615	5870	4869	4328	4387	3797	4180	3233	2498	1510	580	183	67	65931
TOTALE DISTRETTI																							
TOTALI ASL VCO MASCHI	m	3443	3672	3726	3661	3780	4060	4944	6372	7315	7605	6366	5716	5824	4826	4989	3495	2342	1156	309	61	30	83692
TOTALE ASL VCO FEMMINE	f	3268	3410	3540	3452	3535	3966	4760	6374	7265	7331	6353	6019	6119	5279	5791	4881	4128	2670	1090	379	79	89689
TOTALI ASL VCO anno 2011	t	6711	7082	7266	7113	7315	8026	9704	12746	14580	14936	12719	11735	11943	10105	10780	8376	6470	3826	##	440	109	173381

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

Si precisa che:

- i dati sulla popolazione assistita e sulla sua scomposizione per fasce di età sono coerenti con quelli esposti nel quadro G del Modello FLS 11 (tenuto conto che quest'ultimo è riferito alla data del 09/10/2012)

G - ASSISTIBILI			
FASCE DI ETA'	NUMERO	MASCHI	FEMMINE
POPOLAZIONE DI ETA' 0 - 13 anni	21326	11016	10310
POPOLAZIONE DI ETA' 14 - 64 anni	112036	56312	55724
POPOLAZIONE DI ETA' 65 - 74 anni	20617	9633	10984
POPOLAZIONE DI ETA' 74 anni e oltre	20225	7105	13120
TOTALE	174204	84066	90138

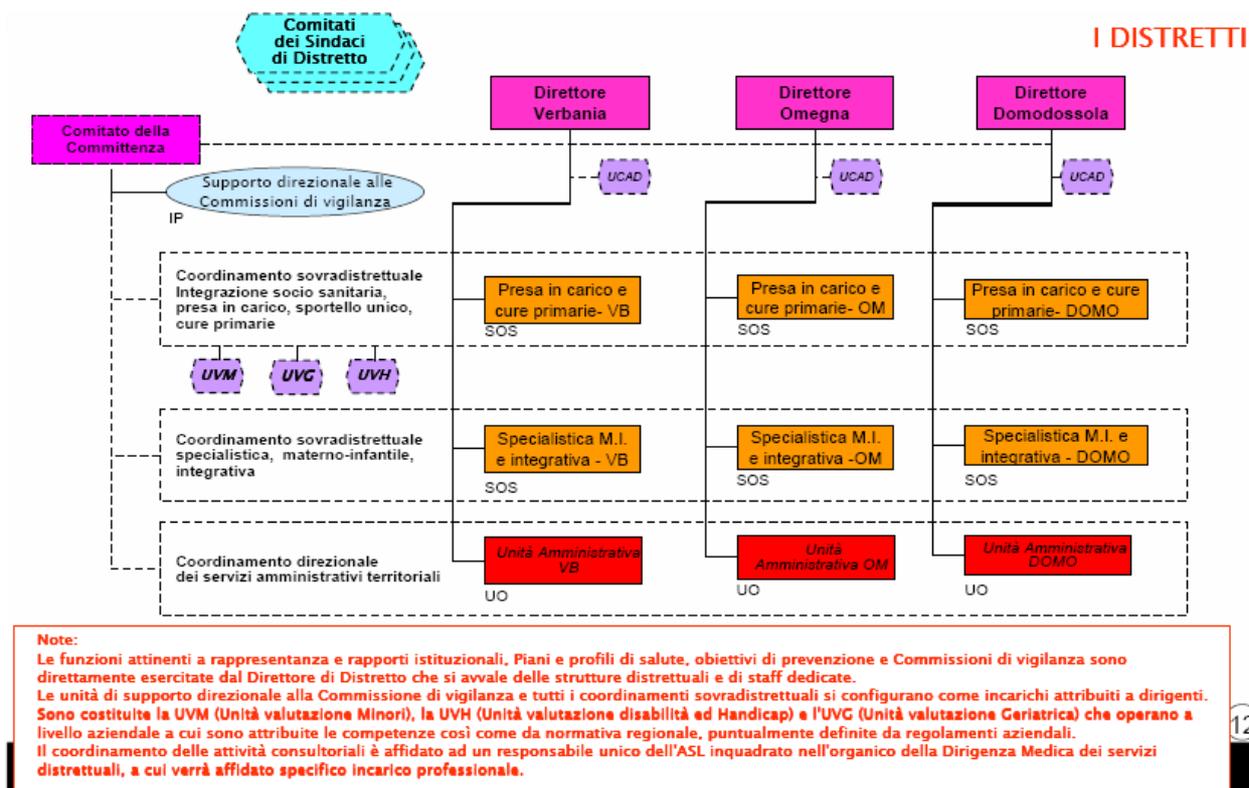
- i dati sulla popolazione esente da ticket sono coerenti con quelli esposti nel quadro H del modello FLS 11.

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

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

➤ **Assistenza territoriale**

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



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

Per le strutture a gestione diretta:

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

Per le strutture convenzionate:

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

Gli istituti o centri di riabilitazione convenzionati ex art.26 L.833/78 ubicati sul territorio dell'ASL VCO sono 2 (Sacra Famiglia e AIAS).

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

POSTI LETTO R.S.A. / ALZHEIMER AUTORIZZATI E ACCREDITATI			
DISTRETTO DI DOMODOSSOLA	R.S.A.	N.A.T.	C.D.A.I.
Casa di Assistenza per anziani di Domodossola	39		
Casa di Riposo per anziani di Premosello	54	8	2
RAF Teresa Ceretti Villadossola	35		
Casa di Riposo Varzo	10		
Casa Anziani Montescheno	20		
Casa di Riposo Bannio Anzino	19		
Casa di Riposo Vanzone	10		
Casa Anziano Ornavasso	10		
Casa di Riposo Villa Presbitero di Vogogna	20		
R.S.A Donat Cattin Di Baceno	60		
R.S.A. di RE	20		
DISTRETTO DI VERBANIA	R.S.A.	N.A.T.	C.D.A.I.
R.S.A. San Rocco	50		
Istituto Sacra Famiglia	47		
Casa di Cura L'eremo di Miazzina	19		
Casa di Riposo Muller	48		
Relais dell'Arcadia	28		
Opera Pia Domenico Uccelli	82	20	2
DISTRETTO DI OMEGNA	R.S.A.	N.A.T.	C.D.A.I.
Casa di riposo S. Antonio di Ameno	40		
R.S.A. Massimo Lagostina Omegna	94	10	2
Villa Serena Orta S. Giulio	103		

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

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

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

➤ Assistenza ospedaliera

L'assistenza ospedaliera è garantita attraverso i seguenti Presidi:

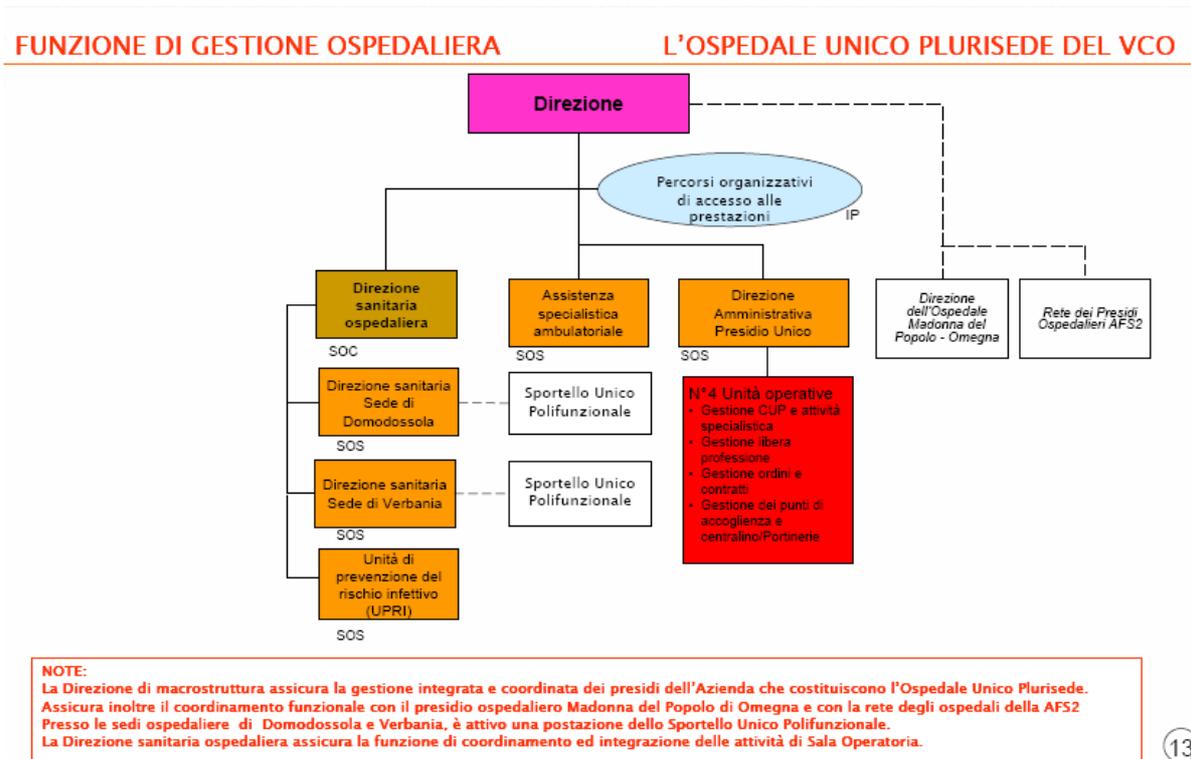
N. 2	Presidi pubblici: Ospedale "Castelli" di Verbania e Ospedale "San Biagio" di Domodossola
N. 1	Presidio pubblico/privato denominato "Centro Ortopedico di Quadrante" (C.O.Q.), oggetto di sperimentazione gestionale, costituito in Società mista, di cui l'Asl VCO detiene la quota di maggioranza pari al 51%.
N. 2	Presidi privati convenzionati di tipo riabilitativo: la Casa di Cura "Eremo di Miazzina" e l'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico "S. Giuseppe" di Piancavallo.

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



Le strutture operative del Presidio Ospedaliero assicurano la diagnosi e la cura di malattie che necessitano interventi d'urgenza e che richiedono il supporto dei reparti specialistici e di base, il tutto modulato sulle potenzialità delle singole strutture e sui bisogni del territorio-popolazione. Si erogano perciò prestazioni sanitarie in area medica e chirurgica sia in regime di ricovero ordinario che in ricovero ordinario a ciclo diurno (Day Hospital, Day Surgery e One Day Surgery) sia in elezione (programmato) che da DEA/Pronto Soccorso, oltre che prestazioni ambulatoriali.

La funzione di gestione ospedaliera è la seguente:



I posti letto direttamente gestiti sono pari a 343 unità (di cui 298 posti letto in Regime Ospedaliero e 45 in Day-Hospital), quelli convenzionati sono pari a 354 Unità.

Di seguito è riportata una tabella riassuntiva con l'indicazione dei posti letto direttamente gestiti, suddivisi per presidi ospedalieri.

POSTI LETTO OSPEDALE UNICO ASL VCO

Descr Struttura	Cod Area	Descr Area	Cod Spec	Descr Specialità	Prg reparto	Letti RO	Letti DH	Letti Totali	
OSPEDALE UNICO PLURISEDE ASL 209	01	Area medica	08	Cardiologia	01	14	2	16	
	01	Area medica	24	Malattie infettive e tropicali	01	10	1	11	
	01	Area medica	26	Medicina generale	01	66	6	72	
	01	Area medica	29	Nefrologia	01	10	1	11	
	01	Area medica	32	Neurologia	01	16	1	17	
	01	Area medica	64	Oncologia	01	8	11	17	
	02	Area chirurgica	09	Chirurgia generale	01	35	2	37	
	02	Area chirurgica	14	Chirurgia vascolare	01	2	0	2	
	02	Area chirurgica	34	Oculistica	01	2	0	2	
	02	Area chirurgica	36	Ortopedia e traumatologia	01	32	3	35	
	02	Area chirurgica	38	Otorinolaringoiatria	01	5	1	6	
	02	Area chirurgica	43	Urologia	01	5	1	6	
	02	Area chirurgica	98	Day surgery	04	0	0	0	
	02	Area chirurgica	98	Day surgery	10	0	10	10	
	03	Area materno-infantile	31	Nido	03	29	0	29	
	03	Area materno-infantile	37	Ostetricia e ginecologia	03	19	1	20	
	03	Area materno-infantile	39	Pediatria	02	5	1	6	
	03	Area materno-infantile	62	Neonatologia	01	2	0	2	
	04	Area urgenze	49	Terapia intensiva e rianimazione	01	7	0	7	
	04	Area urgenze	50	Terapia intensiva/subintensiva cardiologica	01	5	0	5	
	05	Area psichiatria	40	Psichiatria SPDC	01	12	0	12	
	07	Area altro supporto ospedaliera	67	Libera Professione/Pensionanti multispecialistico	01	1	2	3	
	07	Area altro supporto ospedaliera	67	Libera Professione/Pensionanti multispecialistico	02	1	2	3	
	08	Area non acuzie	56	Recupero e riabilitazione funzionale 2 livello	01	14	0	14	
		Totale					298	45	343

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

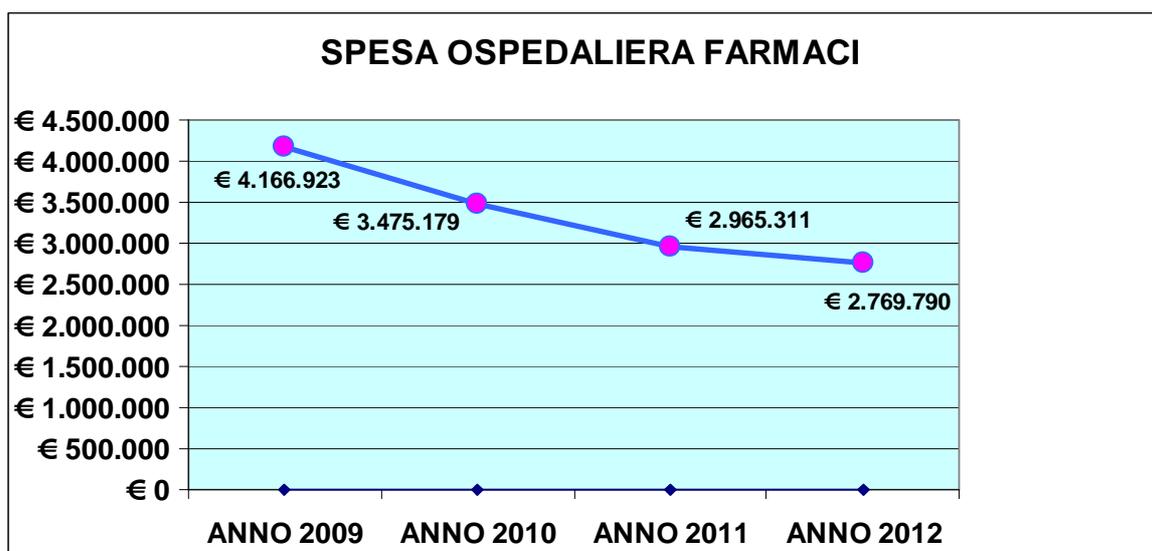
POSTI LETTO STRUTTURE PRIVATE CONVENZIONATE

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

➤ *L'assistenza farmaceutica*

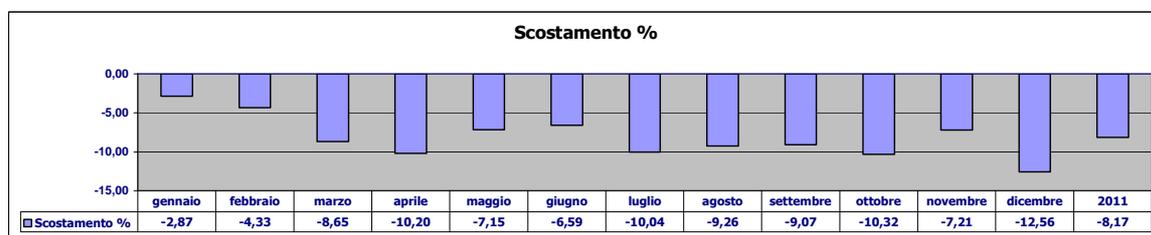
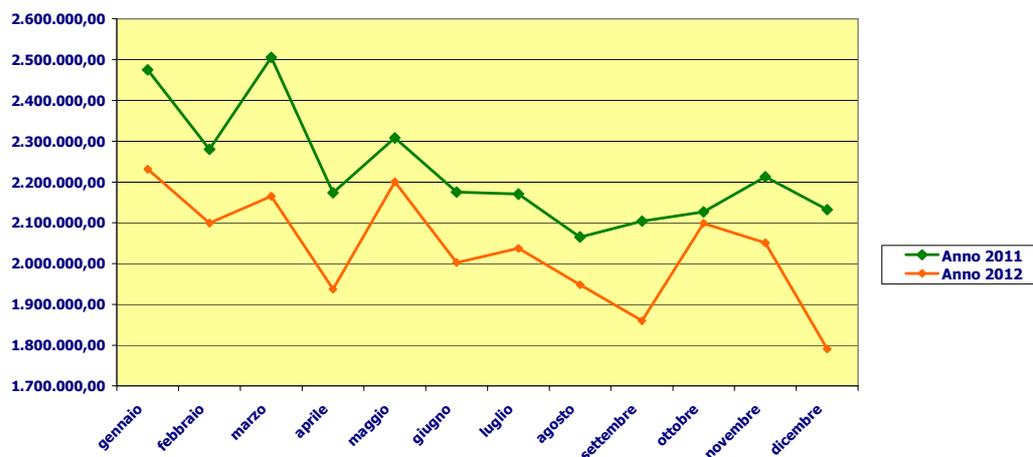
La Regione, con la DGR n. 2-4474/2012, ha previsto che le aziende sanitarie: - proseguano con le attività già definite a livello regionale per incentivare l'appropriatezza prescrittiva e la gestione del rischio clinico con riferimento all'uso dei farmaci; - garantiscano la continuità assistenziale dell'erogazione del 1° ciclo terapeutico completo in conseguenza della dimissione da ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale (DL 347/2011 art. 8, comma 1) e la messa a regime dell'erogazione nell'ambito dell'assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale; - realizzino un costante monitoraggio del corretto uso dei farmaci e l'adesione dei propri centri specialistici alle linee guida regionali sull'appropriatezza riguardanti le aree più critiche dal punto di vista economico; - favoriscano le prescrizioni di medicinali a brevetto scaduto e biosimilari; - promuovano, in ambito specialistico ospedaliero, le iniziative di promozione dell'appropriatezza d'uso con riguardo a terapie antitumorali, immunosoppressive.

Per quanto attiene la **distribuzione diretta** si segnalano i seguenti risultati:

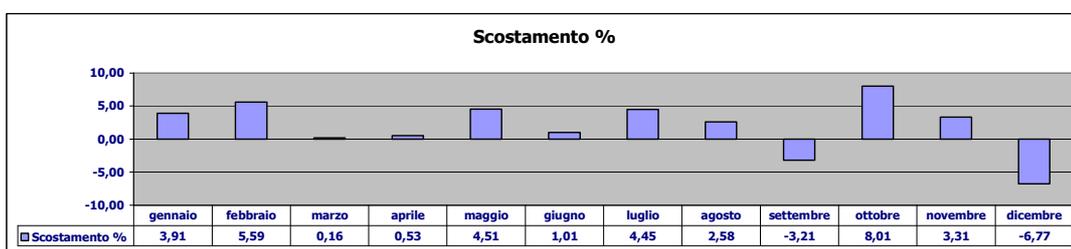
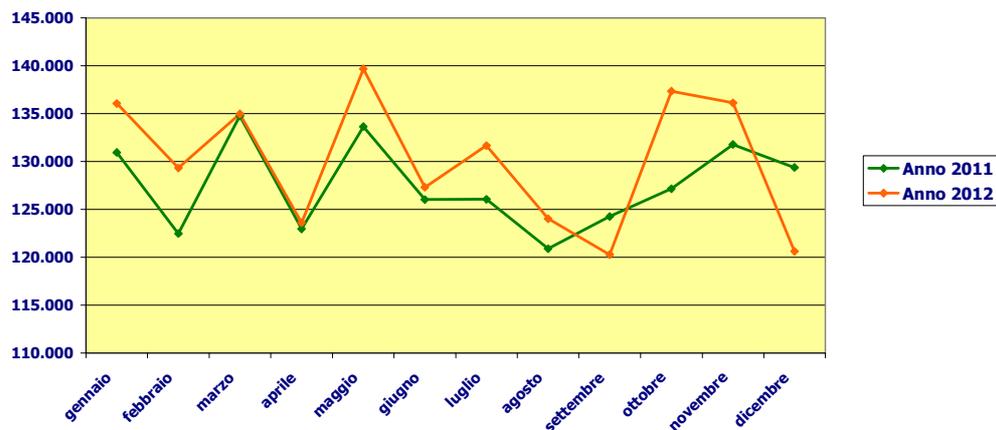


Per quanto attiene la **spesa farmaceutica territoriale** si segnalano i seguenti risultati:

ASL VCO SPESA NETTA 2011 vs 2012



ASL VCO Numero Ricette



➤ *Personale*

La dotazione effettiva, al 31/12/2012, dell'A.S.L. V.C.O. è pari a n. 1869 dipendenti, di cui 319 a tempo parziale. Questa dotazione è così articolata:

	Numero unità di personale Anno 2012
Dipendenti di ruolo	1.869
Incaricati	1
Supplenti	16

	Numero unità di personale Anno 2012
Ruolo Sanitario di cui:	1.303
Medici	305
Farmacisti/biologo/psicologi	36
Infermieri	777
Altro personale sanitario	118
Fisioterapisti/educatori	67
Ruolo Professionale di cui:	3
Dirigenti	3
Ruolo Tecnico di cui:	323
Dirigenti	2
Comparto	321 (di cui 170 OSS)
Ruolo Amministrativo di cui:	240
Dirigenti	8
Comparto	232
TOTALE RUOLI	1.869

Nel corso del 2012 si sono registrate cessazioni per n. 57 unità di personale. Sono state avviate e concluse n. 2 procedure concorsuali (n. 1 posto Dirigente Medico Ortopedia Traumatologia e n. 1 posto Dirigente Medico Medicina e Chirurgia d'Urgenza) assumendo n. 2 unità di personale a tempo indeterminato, nel rispetto del 50% del turnover 2012. Si è proceduto ad effettuare assunzioni di personale a tempo determinato nel rispetto del tetto di spesa.

➤ *Risorse economiche*

L'ASL elabora i propri bilanci in ottemperanza alle disposizioni regionali in materia di contabilità ed ai principi contabili nazionali e alle disposizioni civilistiche, oggetto di recente rivisitazione da parte del legislatore con il D. Lgs 118/2011. La valutazione delle voci di bilancio è stata inoltre effettuata ispirandosi ai principi civilistici ed ai criteri generali di prudenza e competenza. Il Bilancio è redatto con chiarezza e rappresenta in modo veritiero e corretto la situazione patrimoniale e finanziaria della società ed il risultato economico dell'esercizio.

Il bilancio di esercizio si compone di Stato Patrimoniale, Conto Economico e Nota Integrativa. Oltre al Bilancio consuntivo annuale, l'ASL predispone bilanci trimestrali in conformità alle

disposizioni regionali.

L'ultimo bilancio di esercizio approvato dalla Regione è quello del 2010.

Per quanto attiene l'esercizio 2012 di seguito si riportano le risultanze del conto economico:

Voce di CE nuova aggregazione	PREVISIONE 2012
Quota FSN	306.386
di cui storno di quota di contributo da FSR in conto esercizio a contributo in c/capitale utilizzata per immobilizzazioni	820
Quota FSN netto storno di quota di contributo da FSR in conto esercizio a contributo in c/capitale utilizzata per immobilizzazioni	305.566
STP	13
Altri Contributi da Regione	1.266
	306.845
Altri Contributi da altri enti pubblici	2
Contributi da privati	154
	307.001
Ricavi per prestazioni	872
Recuperi e rimborsi	4.899
Ticket	5.104
Ricavi vari	949
	11.824
Ricavi intramoenia	3.081
Totale ricavi gestione ordinaria	321.906
Acquisti e manutenzioni	42.679
Assistenza sanitaria di base	20.054
Farmaceutica	25.287
Specialistica	5.525
Riabilitativa	5.397
Integrativa	2.895
Ospedaliera da privato (case di cura)	12.563
Ospedaliera da privato (presidi)	29.822
Altra assistenza	22.740
Altri servizi	24.223
Godimento di beni e servizi	2.823
Personale dipendente	96.863
Spese amministrative e generali	6.570
Servizi appaltati	10.841
Accantonamenti	623
Imposte e tasse	7.497
Oneri finanziari	570
Variazione delle rimanenze	100
Compartecipazioni personale intramoenia	2.490
Totale costi gestione ordinaria	319.562
Risultato gestione ordinaria	2.344

	Ricavi straordinari	408
	Costi straordinari	- 626
	Mobilità attiva extra	30.873
	Mobilità passiva extra	- 21.005
	Mobilità attiva INTRA	13.093
	Mobilità passiva intra	- 26.906
	Costi capitalizzati E Rivalutazioni	5.249
	Ammortamenti	- 7.297
	Svalutazioni	- 50
	Risultato di gestione	- 3.917
	saldo ferie e straordinari maturati ma non goduti	-
	Poste non monetarie come da MEF	514
	Risultato differenziale	- 4.431
	<i>Dettaglio di alcune macro voci di costo - ricavo:</i>	<i>importo</i>
	Acquisti e manutenzioni +/- rimanenze	42.779
	Acquisti e manutenzioni +/- rimanenze al netto beni integrativa e protesica	40.568
	Acquisti e manutenzioni - farmaci	23.831
	Farmaci	18.848
	<i>Di cui farmaci per distribuzione diretta</i>	6.923
	<i>Farmaceutica convenzionata + farmaci distribuzione diretta</i>	32.210
	Convenz.ni uniche medicina generale. Escluso medici conv. 118	19.371
	costo medici convenzionati 118 -emergenza-	683
	Specialistica - escluso costo medici spec.int "Sumai"	3.518
	costo medici spec.int "Sumai"	2.007
	Acquisto beni servizi noleggio integrativa protesica	6.387
	Personale ruolo sanitario (compreso interinale ed universitario)	77.962
	Personale ruolo professionale (compreso interinale)	344
	Personale ruolo tecnico (compreso interinale)	10.271
	Personale ruolo amministrativo (compreso interinale)	8.286
	Saldo mobilità interregionale (mobilità attiva-passiva)	9.868
	Saldo mobilità intraregionale (mobilità attiva-passiva)	- 13.813
	Altra assistenza meno rimborsi..trasferim.	19.098
	rimborsi..trasferimenti	3.642

➤ Situazione finanziaria

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

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

Si segnalano ritardi per quanto attiene il pagamento dei fornitori. La situazione nell'anno 2012 si è aggravata sia a causa di ritardi nell'erogazione della quota da parte della Regione sia a causa dell'erogazione di importi ridotti.

3.2 Mandato istituzionale e missione

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

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

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

I Valori guida che orientano e sostengono le azioni ed i comportamenti dei singoli operatori e dell'intera organizzazione sono: il farsi carico dei bisogni della persona - la semplificazione dell'accessibilità e fruibilità dei servizi assicurando equità, solidarietà e pari condizioni - la trasparenza dei processi decisionali e dell'azione organizzativa - la sistematica informazione al cittadino ed ai fruitori dei servizi circa i loro diritti ed opportunità - la responsabilità ed autonomia dei professionisti mediante lo sviluppo del governo clinico - l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni perseguita integrando i servizi sanitari e sociali e costruendo percorsi diagnostici terapeutici assistenziali improntati alla medicina basata sulle evidenze scientifiche - l'aggiornamento e lo sviluppo delle competenze professionali - l'equilibrio economico-finanziario complessivo come risultato della qualità e dell'appropriatezza dei servizi resi - l'innovazione organizzativa - la sicurezza delle attività e degli ambienti di lavoro.

Con la redazione dei Piani aziendali 2006/07 e 2008/10 sono stati delineati nuovi indirizzi strategici con lo scopo di garantire a tutta la popolazione, oltre ad un'appropriate ed efficiente assistenza ospedaliera, anche un'efficace azione di prevenzione delle malattie ed un'assistenza territoriale capillare e diversificata. Si è inteso offrire una risposta più idonea ai bisogni dell'utenza secondo il concetto di assistenza continua che si sviluppa nei diversi livelli:

assistenza domiciliare, assistenza in strutture tutelari (RSA, RAF, Hospice..), assistenza ospedaliera, assistenza post-ospedaliera, assistenza domiciliare.

Le strategie individuate a livello aziendale sono le seguenti:

- sviluppo delle politiche e delle iniziative di prevenzione e di tutela della salute;
- diffusione delle esperienze dei servizi sanitari territoriali (in particolare, tenuto conto del contesto morfologico del territorio, in prevalenza montano, al fine di offrire risposte adeguate ai bisogni della popolazione si è reso necessario organizzare il sistema sanitario

locale con una diffusione capillare dei servizi per garantirli, in modo omogeneo e con pari opportunità di accesso, all'intera popolazione del VCO);

- riordino degli ospedali di Verbania e Domodossola e realizzazione dell'ospedale integrato plurisede del VCO funzionante secondo la logica dei percorsi diagnostici terapeutici, dotato di équipes professionali (mediche e chirurgiche) uniche, che agiscono nei diversi presidi che compongono l'ospedale plurisede, presso i quali sono invece collocate, stabilmente, le unità di degenza e le équipes di assistenza infermieristica alla persona;
- riorganizzazione dell'azienda secondo logiche di processo per assicurare la presa in carico del paziente ed il suo inserimento in ben definiti e normati percorsi assistenziali.

Tali strategie si pongono la finalità di porre il cittadino/paziente, con le sue istanze e bisogni, al centro dell'attenzione, garantendo la sua presa in carico

3.3 Albero della performance

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

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

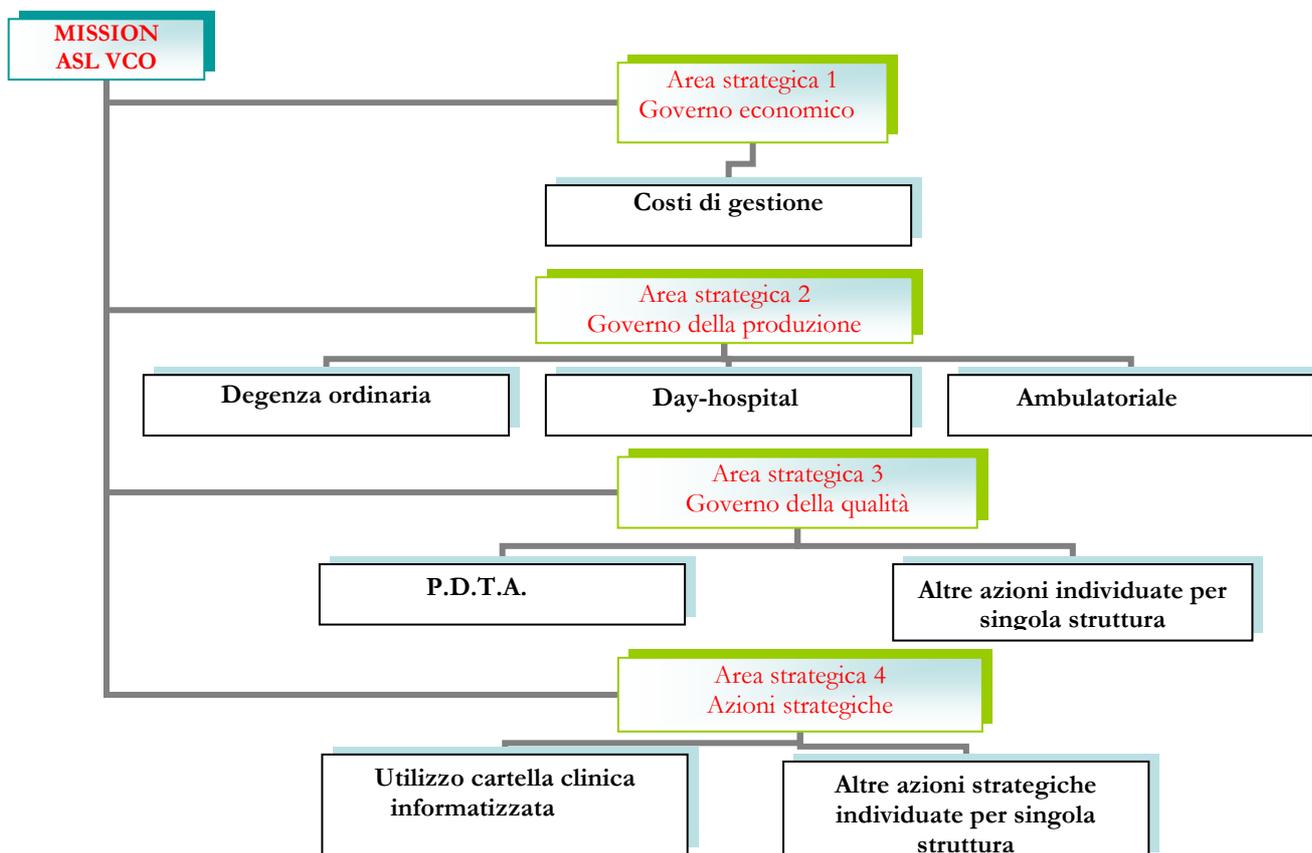
Gli obiettivi operativi sono dettagliati in Piani operativi in cui all'obiettivo vengono associati indicatori, target, orizzonte e articolazione temporale, responsabili e risorse assegnate. La definizione del piano della performance è quindi sviluppata in base a diverse componenti che influenzano il mercato di riferimento.

Le aree strategiche individuate sono le seguenti:

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

Per la definizione e lo sviluppo delle aree strategiche e dei relativi obiettivi, si rimanda al paragrafo 5.1 del presente elaborato.

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



4. ANALISI DEL CONTESTO

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

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

4.1 Analisi del contesto esterno

Si rappresentano i dati relativi alla popolazione residente nell'ASL VCO al 31 dicembre 2011, dati forniti dagli uffici anagrafe dei n. 84 Comuni che fanno parte dell'Azienda.

		Fasce d'età			
		0-14	15-64	>65	TOT.
		Valori assoluti			
Popolazione ASL VCO		21.142	111.153	41.649	173.944

Dall'analisi dei dati si evince che la popolazione ha una struttura per età particolarmente anziana: l'incidenza di over 65 è elevata: 23%.

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

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

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

Sono stati, inoltre, valutati i seguenti indici distintamente per ciascun distretto: 2011

	Popolazione	Indice di vecchiaia	Indice di invecchiamento	Indice di femminilità	Indice di mortalità	Superficie terr. Kmq	Densità ab.Kmq
Distretto Domodossola	65.202	207	24	106	11,59	1579,59	41
Distretto Omegna	42.811	178	23	107	12,17	272,63	157
Distretto Verbania	65.931	200	24	109	11,09	480,10	137
ASL VCO	173.944	195	24	107	11,62	2.332,32	111,67

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

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

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

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

	Popolazione	Indice di Natalità	Indice di fecondità	Indice di mortalità infantile
Distretto Domodossola	65.202	7,24	43,54	2,11
Distretto Omegna	42.811	7,90	45,78	2,95
Distretto Verbania	65.931	7,00	41,24	2,17
ASL V.C.O.	173.944	7,31	43,23	2,36

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

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

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

➤ *Lo stato di salute*

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

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

A riferire buone condizioni di salute sono in particolare le persone con meno di 50 anni, gli

uomini, le persone con alto livello d'istruzione e senza difficoltà economiche, le persone senza patologie croniche.

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

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

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

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

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

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

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

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

➤ *Stili di vita*

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

Il 39% presenta un eccesso di peso (circa 47.000 persone stimate); pochi (10%) riferiscono adeguati consumi di frutta e verdura. Circa un quarto fuma sigarette (26% pari a 31.000 persone), con una significativa maggiore diffusione tra i giovani. 1 persona su 6, infine, beve in modo pericoloso per la salute (15% pari a oltre 18000 persone).

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

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

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

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

➤ *La situazione nutrizionale*

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

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

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

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

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

I bambini dell'ASL VCO svolgono attività fisica insufficiente:

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

➤ *Abitudine al fumo*

Nell' ASL VCO:

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

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

La media di sigarette fumate al giorno è 14.

➤ *Consumo di alcol*

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

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

➤ *Sicurezza e incidenti*

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

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

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

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

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

- Sebbene gli infortuni domestici siano un importante problema sanitario, il rischio di infortunio

domestico è considerato basso o assente dal 96% delle persone (93% in Piemonte).

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

➤ *Infortunati sul lavoro*

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

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

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

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

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

➤ *Malattie professionali*

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

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

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

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

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

➤ *Fattori di rischio cardiovascolare*

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

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

- L'87% delle persone si è sottoposto a misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni (85% in Piemonte).

- Il 23% delle persone a cui è stata misurata la pressione riporta di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa (21% in Piemonte); oltre i 50 anni gli ipertesi sono 42% della popolazione.

- Il 76% delle persone ipertese è in trattamento farmacologico (75% in Piemonte).

- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, le persone ipertese riferiscono di aver ricevuto da un medico il consiglio di ridurre il consumo di sale (83%), controllare il proprio peso corporeo (85%) e svolgere regolare attività fisica (87%).

- L'82% delle persone ha misurato almeno una volta la colesterolemia (79% in Piemonte).

- Il 22% di questi ha avuto una diagnosi di ipercolesterolemia (25% in Piemonte); oltre i 50 anni gli ipercolesterolemici aumentano al 34%.

- Il 30% degli ipercolesterolemici è in trattamento farmacologico (30% in Piemonte).

Le persone ipercolesterolemiche riferiscono di aver ricevuto il consiglio da un medico di ridurre

il consumo di carne e formaggi (86%), di svolgere regolare attività fisica (82%), di aumentare il consumo di frutta e verdura (80%) e di controllare il proprio peso corporeo (78%).

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

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

➤ *Interventi di prevenzione individuale*

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

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

- L'alta percentuale di esami eseguiti nell'ultimo anno (50%) mostra che esiste una quota di donne che effettua l'esame più frequentemente di quanto raccomandato.

- Lettera d'invito, consiglio dell'operatore sanitario, campagne informative sono strumenti efficaci giudicati molto importanti dalla maggior parte delle donne per l'esecuzione del Pap test; tra le donne raggiunte da questi interventi la percentuale di effettuazione dell'esame aumenta significativamente.

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

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

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

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

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

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

- Esiste un ampio margine di migliorabilità: si stima che circa 9 persone su 10 non abbiano mai effettuato una ricerca del sangue occulto nelle feci e/o una colonscopia preventiva.
- Lettera d'invito, consiglio dell'operatore sanitario e campagne informative sono strumenti efficaci per favorire l'adesione alle linee guida: tra le persone raggiunte da questi interventi la percentuale di effettuazione è maggiore.
- La non effettuazione di almeno un test è associata soprattutto al fatto di non avere mai ricevuto indicazioni a farlo.

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

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

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

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

➤ *La mortalità*

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

mortalità generale (tutte le cause)

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

Si registrano anche aumenti non significativi delle mortalità per:

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

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

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

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

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

Si registrano anche aumenti non significativi delle mortalità per:

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

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

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

Si registrano anche aumenti non significativi delle mortalità per:

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

➤ *L'ospedalizzazione*

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

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

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

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

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

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

➤ *Fattori di rischio*

Conclusivamente si può osservare quanto segue:

la definizione delle priorità di intervento non può prescindere:

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

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

➤ **Criticità del contesto esterno**

- caratteristiche geografiche del territorio: rappresentano il primo elemento di criticità infatti la necessità di assicurare un'uniforme assistenza sanitaria di primo livello comporta un impegno, in termini organizzativi e di costi, nettamente superiore a quello di altre realtà territoriali. L'ampiezza e le caratteristiche montane del territorio obbligano ad una diffusione molto capillare dei servizi territoriali per garantire i servizi di base a tutta la popolazione della Provincia, con i relativi comprensibili riflessi in termini economici.
- percentuale significativa di popolazione anziana: sotto l'aspetto demografico la popolazione dell'ASl si presenta come popolazione anziana: la percentuale di persone con età maggiore o uguale a 65 anni corrisponde al 23% della popolazione totale. In questo contesto di allungamento della vita media si ha una crescita costante della prevalenza di patologie cronico degenerative con il conseguente elevato carico assistenziale. Le due principali cause di mortalità sono rappresentate dalle malattie cardiocircolatorie e neoplastiche.
-
- corso degli anni, costi importanti di mobilità passiva. Le cause che concorrono a determinare questo fenomeno sono molteplici: a) geografiche, logistiche essendo il VCO un'area di confine; b) sanitarie dovute all'assenza di talune specialità; c) di bassa attrattività di alcune strutture sussistendo la fuga anche per specialità presenti in azienda.
- Presenza sul territorio di due strutture sanitarie private (Miazzina e Piancavallo)

➤ **Punti di forza del contesto esterno**

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

4.2 Analisi del contesto interno

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

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

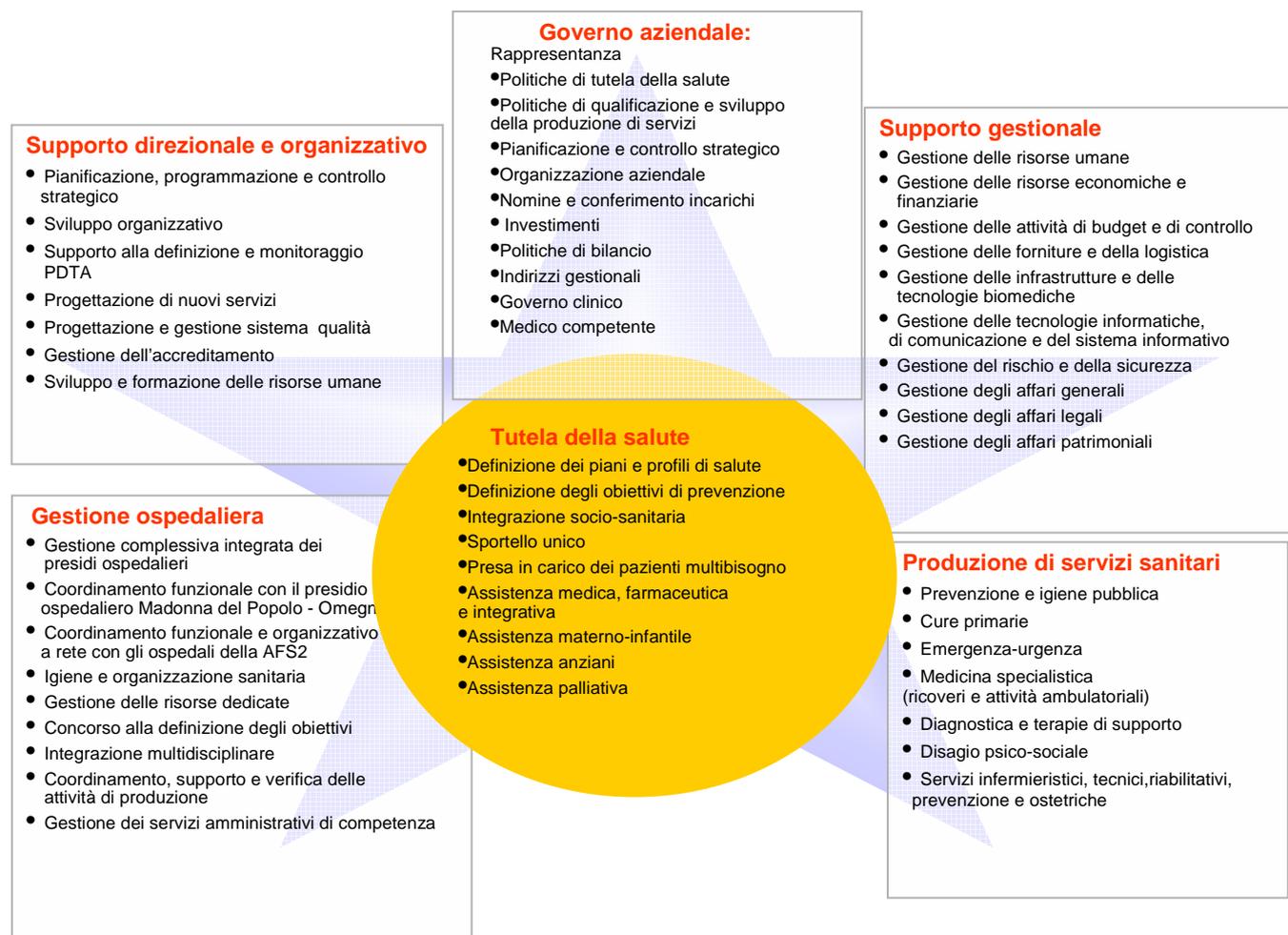
4.2.1 L'organizzazione



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

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

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



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

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

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

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

- a) macrostrutture (Distretti ed Ospedale unico plurisede)
- b) strutture organizzative complesse (S.O.C.)
- c) strutture organizzative semplici (S.O.S.)
- d) equipe professionali (E.P.)
- e) unità operativa (U.O.)
- f) strutture dipartimentali
- g) direzioni tematiche trasversali
- h) gruppi di progetto.

L'ambito di analisi "risorse umane" evidenzia le conoscenze, le capacità, le attitudini e i comportamenti, il turn over e i valori dominanti dei soggetti che operano all'interno dell'organizzazione.

4.2.1 Analisi caratteri qualitativi/quantitativi

Indicatori	Valore
Età media del personale (anni)	48
Età media dei dirigenti (anni)	51
% di dipendenti in possesso di laurea	25,73
% di dirigenti in possesso di laurea	19,03

4.2.2 Analisi benessere organizzativo

Indicatori	Valore
Tasso di assenze (comprese assenze per malattia, maternità, ecc.)	33
Tasso di richieste di trasferimento	0,5
Tasso di infortuni	0,06
Stipendio medio lordo mensile percepito dai dipendenti	2.003,00
% di personale assunto a tempo indeterminato	99,32

4.2.3 Analisi di genere

Indicatori	Valore
% di dirigenti donne	8,81
% di donne rispetto al totale del personale	77,04
% di personale donna assunto a tempo indeterminato	99,16
Età media del personale femminile (personale dirigente)	49
Età media del personale femminile (personale)	47

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

➤ **Punti di forza**

Si è lavorato al fine di realizzare il riordino degli ospedali di Verbania e di Domodossola per la realizzazione dell'ospedale unico plurisede ponendo particolare attenzione al raggiungimento degli orientamenti e delle metodologie legate al governo clinico quale strumento per tradurre nella pratica clinica i temi della medicina basata sulle evidenze, dell'appropriatezza e dell'efficacia.

Si è inoltre agito per potenziare i servizi territoriali ed assicurare la presa in carico del cittadino. Ciò al fine di offrire attività e forme di assistenza idonee a garantire risposte più adeguate ai bisogni della popolazione. Particolare attenzione è stata posta al potenziamento delle prestazioni domiciliari, dando importanza all'umanizzazione delle cure per garantire un'assistenza qualificata e qualitativamente valida.

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

➤ **Punti di debolezza:**

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

5. DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI

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

Dopo aver definito le aree strategiche che, come già detto, sono quattro, sono stati individuati, per ogni area, una serie di obiettivi inseriti in una scheda obiettivi e concordati tra la Direzione Generale ed i Responsabili delle strutture complesse aziendali.

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

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

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

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

5.1 Obiettivi assegnati al personale dirigenziale

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

Area strategica 1: governo economico finanziario

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

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

- adesione al prontuario aziendale/regionale;
- adesione target di spesa.

- Sono stati poi individuati alcuni obiettivi da attribuire a determinate Strutture anche alla luce del costo elevato dei farmaci utilizzati, che riguardano:
 - ✓ la “definizione di protocolli/linee guida per talune patologie” (Soc Malattie Infettive, Soc Medicina, Soc Oncologia).

Area strategica 2: governo della produzione

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

Gli obiettivi ricompresi in questa area afferiscono:

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

Sono stati individuati altri parametri di seguito riportati ovvero:

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

Area strategica 3: governo della qualità

A tale sezione afferiscono una serie di obiettivi riferiti:

- a) alla predisposizione e/o applicazione di specifici percorsi (PDTA) (richiesti a livello regionale o individuati a livello aziendale) ovvero:
 - PDTA tumori della laringe;
 - PDTA tumori del colon retto;
 - PDTA tumore della mammella;
 - PDTA frattura di femore nell'anziano;
 - PDTA ictus
- b) alla validazione/applicazione delle seguenti procedure operative:
 - Interruzione farmacologica della gravidanza;
 - Servizio Trasporto Emergenza Neonatale (STEN) e Servizio trasporto in utero (STAM);
 - Accoglienza e dimissione ambulatorio di urologia; visita urologica e biopsia prostatica; refertazione della biopsia prostatica
- c) alla stesura del protocollo di coordinamento di interventi psico-oncologici
- d) all'identificazione di 1 Dirigente responsabile della qualità/rischio (se non già identificato)

- e) alla raccolta di dati per il monitoraggio dei percorsi di cura
- f) al rispetto delle tempistiche nell'erogazione di consulenze/referti secondo disposizioni e norme.
- g) al rischio clinico: messa in atto interventi previsti dall'Unità di Rischio Clinico
- h) al governo del rischio infettivo: realizzazione azioni di contenimento del rischio infettivo definite dall'UPRI.

Il coordinamento degli obiettivi **di cui ai punti a, f** è stato assegnato al Responsabile della EP Organizzazione, Qualità, Accreditamento che contatterà i Responsabili di SOC coinvolti al fine di agire in modo sinergico e secondo un indirizzo condiviso.

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

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

Area strategica 4: azioni strategiche personalizzate

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

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

Per quanto attiene le esigenze specifiche si segnala:

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

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

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

l'Amministratore Unico della Federazione sovra zonale richiederà ai Soci per lo svolgimento di tali funzioni operative

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

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

Sezioni	Descrizione	Peso
1.	Gestione Ordinaria	45
2.	Attività di Complemento	55
	Totale	100

La sezione 1. comprende :

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

La sezione 2. comprende:

1.	Obiettivi comuni a tutte le strutture
2.	Obiettivi specifici per ciascuna Struttura
<p>1. Gli obiettivi comuni a tutte le Strutture sono stati individuati <u>sia</u> tenendo conto degli obiettivi di mandato assegnati dalla Regione al Direttore Generale al momento della nomina <u>sia</u> tenendo conto della necessità, rilevata dal Direttore Amministrativo, di rivedere, agendo in modo sinergico, alcuni processi amministrativi, anche incidendo sugli aspetti organizzativi. Tali obiettivi comuni sono i seguenti:</p>	
<p>➤ Revisione di almeno n. 1 processo amministrativo (individuato dal Direttore</p>	

Amministrativo) che preveda sinergie tra le Strutture per recuperare le inefficienze ed attuare una reale integrazione tra Servizi, anche evitando duplicazioni di lavoro.

Si tratta di un obiettivo attraverso il quale si intende rivedere, in modo graduale, i processi amministrativi in atto in azienda per verificare l'esistenza di criticità ed apportare i necessari correttivi utili ad evitare duplicazioni di lavoro tra le Strutture integrandosi in modo sinergico.

Si è ritenuto di iniziare la revisione di alcuni processi che si è riscontrato presentano aree di inefficienza o comunque spazi di miglioramento ovvero:

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

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

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

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

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

Il Coordinatore, dopo aver chiarito con la Regione eventuali dubbi interpretativi,

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

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

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

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

Si è dovuto procedere, per l'anno 2012, ad un ridimensionamento dell'importo del budget rispetto al 2011. **Si tratta di una decisione obbligata** e scaturita dal fatto che la Regione (monitorata costantemente dal Ministero attraverso il Piano di Rientro), per fronteggiare la difficile situazione economica in cui si trova ha assegnato, per l'anno 2012, minori risorse rispetto all'anno precedente. Tra **gli obiettivi di mandato prioritari** assegnati al Direttore Generale per il 2012, si segnala il seguente:

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

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

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

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

Di seguito un modello della scheda obiettivi per l'anno 2012:

6. Il processo seguito e le azioni di miglioramento del ciclo di gestione della performance

PRIORITA' ANNUALI punti 55							
FENOMENO	CONTENUTO	INDICATORE	DATO 2011	OBBIETTIVO 2012	FONTE DATI	PERIODICITA'	PESO
CONTROLLI ECONOMICI	Costi di gestione						
GESTIONE PRODUZIONE	Degenza ordinaria						
	Day-hospital						
	Ambulatoriale						
	Totale produzione						
	Differenza costi/produzione						
AZIONI STRATEGICHE	Azioni strategiche volte al miglioramento organizzativo/gestionale						
Totale peso 100%							

GESTIONE ORDINARIA punti 30								
FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBBIETTIVO 2012	FONTE DATI	PERIODICITA'	PESO
GOVERNO PRODUZIONE	RICOVERI ORDINARI	n. dimessi (unità)				B.C.		
		SDO con intervento chirurgico (...)				B.C.		
		Peso medio DRG (peso)				B.C.		
		Appropriatezza rispetto soglie previste dalla D.G.R. n. 4-2495 del 03/08/2011				B.C.		
	D-H	n. casi (unità)				B.C.		
	AMBULATORIALE	n. prestazioni (flusso C)				B.C.		
		valorizzazione prestazioni (flusso C) (€)				B.C.		
	Totale peso 100%							

5. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

FENOMENO	DESCRIZIONE	OBIETTIVI	SOC CAPOFILA	SOC COINVOLTE	RESP. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
ATTIVITA'/AZIONI CRITICHE	Adesione Prontuario Aziendale/Regionale	- sup. 98% ricoverati - sup. 95% prescrizioni in dimissione			F		
	Adesione target spesa	Importo assegnato			F		
Totale peso 100%							

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2011	OBIETTIVO STANDARD	RESP. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
RISK MANAGEMENT	GOVERNO RISCHIO INFETTIVO	Realizzazione azioni di contenimento del rischio infettivo definite dall'UPRI	Parametri Regionali		Rispetto indicatori reg.li	UPRI		
	RISCHIO CLINICO	Messa in atto interventi previsti dall'Unità di Rischio Clinico a seguito di segnalazioni	Segnalazioni		100%	A.L.P.		
Totale peso 100%								

punti 15								
QUALITA'	CONTENUTO OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD		RESP. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PUNTI	
	Applicazione della fase gestione in MCU secondo DGR 19-2664, pag. 61 cap. 29 all. A	N. 1 pz con refertazione e dell'ECG entro un'ora dalla chiamata da MCU/TOT. Pz. FFA x 100	80%					
Totale peso 100%								

5.1.1 Il processo di budgeting

La programmazione annuale con i servizi interni è operata mediante il processo di budget con il quale le risorse umane, finanziarie e tecnologiche vengono allocate alle singole articolazioni. Ad ogni struttura aziendale vengono assegnati obiettivi (sia di attività, sia di natura economica, sia afferenti alla qualità) che sono soggetti a monitoraggio periodico al fine di individuare eventuali criticità e apportare i necessari correttivi in corso d'anno.

- ***I sistemi di controllo***

Il controllo ordinario di natura amministrativa e contabile finalizzato a garantire il rispetto della regolarità, legittimità e correttezza dell'attività amministrativa è attribuito al Direttore Generale, fermo restando le competenze del Collegio Sindacale.

Il sistema dei controlli interni è lo strumento che supporta gli organi di vertice al conseguimento degli obiettivi aziendali di efficienza, economicità e trasparenza. Ne fanno parte:

- il controllo di gestione
- il controllo della qualità delle prestazioni
- il sistema di reporting.

Al fine di garantire la qualità delle prestazioni direttamente erogate e la sicurezza degli assistiti opera, in staff alla Direzione Generale, la funzione qualità. Inoltre si segnala anche la funzione di risk management.

Esiste inoltre un gruppo che verifica le cartelle cliniche (NOC).

- ***La valutazione del personale dipendente (dirigenza)***

La valutazione dei dirigenti risponde ai criteri previsti dalla normativa e dal quadro contrattuale nazionale e locale su specifici obiettivi predeterminati. Il personale dirigente è altresì soggetto a verifica con le cadenze temporali (valutazione degli incarichi dirigenziali) previste dalle normative e dai regolamenti aziendali vigenti.

Il sistema informativo si conferma come supporto fondamentale per la gestione del sistema complesso di governo della sanità.

Organismi preposti alla verifica dei dirigenti sono:

- il Collegio tecnico
- il Nucleo di valutazione

Il **Collegio tecnico** procede alla verifica delle attività professionali svolte e dei risultati raggiunti da parte di tutti i dirigenti con cadenza triennale e dei dirigenti titolari di incarico di direzione di struttura complessa o semplice alla scadenza dell'incarico loro conferito.

Il **Nucleo di Valutazione Aziendale** (N. di V.), secondo quanto previsto dai CC.CC.NN.LL. dell'Area Dirigenziale Medico-Veterinaria e dell'Area Dirigenziale Sanitaria, Professionale Tecnica ed Amministrativa del 3/11/2005, è organismo preposto alla verifica ed alla valutazione annuale dei risultati di gestione dei Dirigenti Responsabili di Struttura Complessa e Semplice, e

dei risultati raggiunti da tutti i Dirigenti in relazione agli obiettivi affidati, anche ai fini della retribuzione di risultato.

A livello operativo, il N. di V. utilizza la reportistica resa a consuntivo da parte della Struttura Complessa Budget e Controllo, gli appositi indicatori contenuti nelle schede di valutazione rispetto ad obiettivi di qualità o di progetto, e le informazioni ed elaborazioni fornite dai soggetti titolati a detenerle o produrle, convenzionalmente definiti 'fonte della rilevazione'.

Il D.Lgs n. 150/2009 ha previsto l'attivazione degli Organismi Indipendenti di Valutazione (O.I.M.), in sostituzione dei precedenti nuclei di valutazione, rinviando ad un necessario intervento legislativo regionale. A questo proposito occorre richiamare le seguenti circolari regionali:

- la circolare prot. n. 37747/DB2008 del 30.12.2010 con la quale la Regione Piemonte ha trasmesso copia della DGR n. 23-1332 del 29.10.2010 che, nel dare attuazione, per le Aziende del SSR, a quanto previsto dal D.Lgs n. 150/2009, ha previsto nel corso dell'anno 2011, comunque entro il 31.12.2011, previo confronto con le organizzazioni sindacali aventi titolo, le verifiche ed azioni di correzione che conducano, oltre all'attuale recepimento della norma, ad un puntuale accompagnamento del processo di innovazione previsto dalla legge con l'assunzione di linee guida regionali al fine di individuare metodologie e regole di base valide per tutte le ASR;
- la circolare prot. n. 20278/DB2008 del 20/7/2011 di oggetto "D.Lgs n. 150/2009 Attuazione nel SSR" con la quale, nel richiamare la DGR n. 23-1332, si precisa che l'attuale momento della sanità piemontese e, in particolare, la scelta di realizzare un nuovo assetto territoriale ed organizzativo delle Aziende, suggerisce il rinvio dell'emanazione delle linee regionali di indirizzo per la realizzazione dei principi della riforma voluta dal D.Lgs n. 150/2009 al momento in cui detta rivisitazione dell'assetto delle aziende si sia pienamente attuato. In particolare, per quanto attiene la realizzazione in sede aziendale dei nuovi Organismi Indipendenti di Valutazione (O.I.M.), in sostituzione dei precedenti nuclei di valutazione, con la citata circolare si lasciano libere le aziende di mantenere i nuclei di valutazione fino all'emanazione delle linee regionali di indirizzo (che individueranno criteri e modalità di funzionamento del nuovo organismo) o, in alternativa, di nominare un nuovo nucleo di valutazione che resterà in carica fino all'emanazione di dette linee. Questa Azienda, con deliberazione n. 460 del 13/9/2011, ha nominato un nuovo nucleo di valutazione per la valutazione degli obiettivi dei dirigenti delle strutture aziendali per l'anno 2011 e sino all'emanazione delle linee di indirizzo regionali in merito all'attuazione del D.Lgs n. 150/2009.

5.1.2 Attività di monitoraggio degli obiettivi

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il processo di redazione del Piano della performance si inserisce nell'ambito del più ampio processo di pianificazione strategica e programmazione dell'Azienda. Il punto di partenza è costituito dagli obiettivi strategici di indirizzo definiti nel Piano Sanitario Regionale.

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

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

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

6.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

Secondo quanto previsto dall'articolo 5, comma 1, e dall'articolo 10, comma 1, lett. a), del D.Lgs 150/2009, la definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano della performance deve avvenire in maniera integrata con il processo di programmazione e di bilancio di previsione. L'integrazione e il collegamento tra la pianificazione della performance e il processo di programmazione e di bilancio viene realizzata tramite:

un parallelo percorso annuale di programmazione e di pianificazione delle performance un coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti nei due processi: dal Servizio Economico e Finanziario al Controllo di Gestione, al Nucleo Interno di Valutazione e alle singole Strutture aziendali sanitarie e non sanitarie l'utilizzo di strumenti integrati dei due processi, primo fra tutti il supporto della contabilità analitica per centri di costo.

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

aziendali. Fermo restando il principio della contestualità dei due processi (pianificazione della performance e programmazione), per il primo anno di attuazione del Piano (2012) l'Azienda Sanitaria V.C.O. ha completato il processo di programmazione e di bilancio di previsione prima della predisposizione del Piano delle performance.

Nel corso dell'anno 2013 verranno perfezionati tutti i passaggi che la normativa richiede affinché il documento possa essere perfezionato dal recepimento delle indicazioni relative alle aspettative e alle attese di tutti gli attori del sistema (mappatura, analisi e coinvolgimento dei portatori di interesse interni ed esterni).

6.3 Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione delle performance

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

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

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

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