

**PIANO DELLA PERFORMANCE
DELL'ASL TO4**

Versione novembre 2014

**SC Programmazione e Controllo di Gestione
ASL TO4**

INDICE

1	PRESENTAZIONE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE DELL'ASL TO4	PAG.	3
2	FINALITÀ E PRINCIPI GENERALI DEL PIANO	PAG.	5
3	3. STRUTTURA, CONTENUTI E MODALITÀ DI DEFINIZIONE DEL PIANO		10
4	SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER ESTERNI 4.1 Chi siamo 4.2 Cosa facciamo 4.3 Come operiamo	PAG.	11
5	IDENTITÀ DELL'ORGANIZZAZIONE 5.1 L'ASL TO 4 "in cifre" 5.2 Mandato istituzionale e Missione 5.3 Albero della performance	PAG.	17
6	ANALISI DEL CONTESTO 6.1 Analisi del contesto esterno 6.2 Analisi del contesto interno	PAG.	31
7	OBIETTIVI STRATEGICI	PAG.	40
8	DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI		45
9	OBIETTIVI ASSEGNATI ALLE STRUTTURE E AL PERSONALE, INDICATORI E TARGET		51
10	IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE 10.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano 10.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio 10.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance	PAG.	59
11	CONCLUSIONE	PAG.	61
12	RIFERIMENTI	PAG.	62

1. PRESENTAZIONE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE DELL'ASL TO 4

Il Decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 prevede l'attivazione di un Ciclo generale di gestione della performance, al fine di consentire alle amministrazioni pubbliche di organizzare il proprio lavoro in una ottica di miglioramento della prestazione e dei servizi resi.

Il Ciclo di gestione della performance offre alle amministrazioni un quadro di azione che realizza il passaggio dalla cultura di mezzi (input) a quella di risultati (output ed outcome) auspicato dalle riforme precedenti.

Il Decreto definisce ogni fase del Ciclo di gestione con un livello di precisione allo stesso tempo sufficiente per garantirne l'omogeneità e flessibile, per coprire l'intera realtà delle amministrazioni pubbliche.

In tale ambito la performance è il contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che una entità (individuo, gruppo di individui, unità organizzativa, organizzazione, programma o politica pubblica) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi ed, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata costituita.

Pertanto il suo significato si lega strettamente alla esecuzione di una azione, ai risultati della stessa e alle modalità di rappresentazione. Come tale, pertanto, si presta ad essere misurata e gestita.

La regione Piemonte, con D.G.R. n. 23-1332 del 29/12/2010 recante "D.lgs. n. 150/2009. Attuazione e disciplina del Servizio sanitario Regionale" ha deliberato di dare attuazione per le aziende ed enti del SSR a quanto previsto da tale normativa, tra cui la realizzazione degli Organismi Indipendenti di Valutazione in sede aziendale.

In applicazione della suddetta normativa è stato definito il Programma Operativo 2013-2015 che prosegue e rafforza il controllo della spesa sanitaria e, al fine di ottemperare ad uno specifico punto di tale Programma Operativo, si rende necessario adottare un provvedimento regionale di indirizzo che individui strumenti di valutazione dei dipendenti del SSR e che garantisca l'operatività degli OIV di cui al D.lgs. n. 150/2009 e s.m.i..

La DGR 23 dicembre 2013, n. 25-6944 ha quindi definito le Linee di indirizzo regionali per le aziende ed enti del SSR della Regione Piemonte per la costituzione ed il funzionamento degli Organismi Indipendenti di Valutazione (OIV) in applicazione del D.lgs. 150/2009 e s.i.m. in materia di misurazione, valutazione e trasparenza della performance.

In tale ambito viene sottolineato che ogni azienda deve predisporre annualmente un provvedimento programmatico con il quale, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed il target, sui quali si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance.

Il provvedimento in questione è denominato Piano Annuale della Performance (PAP).

Il PAP deve tener prioritariamente conto degli obiettivi direttamente assegnati dalla Regione al Direttore Generale e contiene sia obiettivi strategici (di valenza pluriennale) sia obiettivi operativi (di valenza annuale) per ciascuno dei quali andranno definite le azioni, i tempi, le risorse e le responsabilità organizzative connesse al loro raggiungimento.

Il PAP contiene indicazione almeno metodologica degli obiettivi individuali assegnati ai dirigenti e, eventualmente, al restante personale.

Il PAP viene redatto di norma entro il 31 marzo di ogni anno tenendo conto, ove possibile, degli obiettivi di attività assegnati dalla Regione ai Direttori Generali;

Il Piano della performance dell'ASL TO 4 per l'anno 2015 è pertanto lo strumento che dà avvio al Ciclo di gestione della performance (articolo 4 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150).

È un documento programmatico annuale/biennale/triennale in cui, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed i target.

Il Piano definisce dunque gli elementi fondamentali su cui si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance.

Il presente Documento è Strutturato in due parti:

- a) nella prima parte vengono descritte finalità, contenuti e principi generali relativi al Piano;
- b) nella seconda parte vengono fornite indicazioni operative e dettagliate circa:
- la Struttura del Piano suddivisa in sezioni;
 - il contenuto;
 - il processo di traduzione del mandato politico in obiettivi, attraverso l'albero della performance;
 - il processo di redazione del Piano.

2. FINALITÀ E PRINCIPI GENERALI DEL PIANO

Nella presente sezione sono illustrati finalità, contenuti e principi generali del Piano.

Finalità

Secondo quanto previsto dall'articolo 10, comma 1, del decreto, il Piano è redatto con lo scopo di assicurare "la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance".

In tale ambito il Piano ha lo scopo di assicurare la qualità della rappresentazione della performance dal momento che in esso è esplicitato il processo e la modalità con cui si è arrivati a formulare gli obiettivi dell'amministrazione, nonché l'articolazione complessiva degli stessi.

Questo consente 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.

Il Piano consente la verifica dell'effettivo rispetto di tali requisiti metodologici dal momento che, oltre a definire gli obiettivi, esplicita il metodo ed il processo attraverso i quali si è arrivati ad individuarli.

Altra 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 priorità politiche, le strategie, gli obiettivi e gli indicatori dell'amministrazione. Questo rende esplicita e comprensibile la performance attesa, ossia il contributo che l'amministrazione (nel suo complesso nonché nelle unità organizzative e negli individui di cui si compone) intende apportare attraverso la propria azione alla soddisfazione dei bisogni della collettività (si veda la definizione di performance di cui alla delibera n. 89/2010).

Affinché questa finalità del Piano sia concretamente attuata, il documento viene redatto in maniera tale da consentire una facile lettura e comprensione dei suoi contenuti, prestando particolare attenzione al linguaggio, al livello di sintesi ed alle modalità di strutturazione delle informazioni. Si ricorda, infatti, che l'articolo 11, comma 3, del decreto richiede alle amministrazioni di garantire la massima trasparenza in ogni fase del Ciclo di gestione della performance.

Ulteriore finalità del Piano è quella di assicurare l'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).

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

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

Secondo quanto previsto dall'articolo 10, comma 1, del decreto, 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.

Ai sensi dell'articolo 5, comma 1, del decreto, gli obiettivi - salva la competenza dell'organo di indirizzo politico amministrativo a emanare le direttive generali contenenti gli indirizzi strategici (articolo 15, comma 2, lett. b), del decreto) - sono programmati su base triennale e definiti, prima dell'inizio del rispettivo esercizio, dagli organi di indirizzo politico-amministrativo, sentiti i vertici dell'amministrazione che a loro volta consultano i dirigenti o i responsabili delle unità organizzative.

Gli obiettivi sono articolati in strategici ed operativi.

Tale articolazione non dipende dai livelli organizzativi a cui tali obiettivi fanno capo (si veda in proposito delibera n. 89/2010, pag. 19), ma dal livello di rilevanza rispetto ai bisogni della collettività (outcome) e dall'orizzonte temporale di riferimento.

Infatti, gli obiettivi strategici fanno riferimento ad orizzonti temporali pluriennali e sono di particolare rilevanza rispetto non solo alle priorità politiche dell'amministrazione ma, più in generale, rispetto ai bisogni ed alle attese degli stakeholder ed alla missione istituzionale (delibera n. 89/2010, pag. 19).

Gli obiettivi operativi, invece, declinano l'orizzonte strategico nei singoli esercizi (breve periodo), rientrando negli strumenti di natura programmatica delle attività delle amministrazioni (delibera n. 89/2010, pag. 19).

Per ogni obiettivo sono individuati uno o più indicatori ed i relativi target ai fini di consentire la misurazione e la valutazione della performance.

Gli indicatori sono definiti, tenendo conto degli ambiti individuati dall'articolo 8 del decreto, sulla base del Sistema di misurazione e valutazione della performance di cui all'articolo 7 del decreto.

Il Piano infine contiene gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori. Ciò è funzionale a consentire la valutazione della performance individuale dei dirigenti di cui all'articolo 9, comma 1, lettere a) e b), del decreto.

Secondo quanto previsto dall'articolo 10, comma 3, del decreto, eventuali variazioni durante l'esercizio degli obiettivi e degli indicatori della performance organizzativa e individuale sono tempestivamente inseriti all'interno del Piano.

Gli interventi correttivi, riferiti agli obiettivi della propria sfera di competenza, sono definiti dall'organo di indirizzo politico amministrativo in base alle necessità che possono eventualmente emergere a seguito della verifica dell'andamento della performance effettuata con il supporto dei dirigenti (articolo 6, comma 1, del decreto).

Oltre ai contenuti esplicitamente richiamati dall'articolo 10, comma 1 del decreto (obiettivi ed indicatori dell'amministrazione e del personale dirigenziale), nel Piano viene, poi, data evidenza di ulteriori contenuti che sono funzionali sia ad una piena realizzazione delle sue finalità sia ad una piena attuazione del principio di trasparenza di cui all'articolo 11, comma 3, del decreto che richiede, infatti, alle amministrazioni di garantire la massima trasparenza in ogni fase del Ciclo di gestione della performance.

In particolare nel Piano sono presenti i seguenti ulteriori contenuti:

a) la descrizione della "identità" dell'amministrazione e, cioè, di quegli elementi che consentono di identificare "chi è" (mandato istituzionale e missione) e "cosa fa" (declinazione della missione e del mandato in aree strategiche, obiettivi strategici ed operativi)

l'amministrazione. Questi contenuti sono indispensabili per una piena attuazione delle finalità di qualità e comprensibilità della rappresentazione della performance.

b) l'evidenza delle risultanze dell'analisi del contesto interno ed esterno all'amministrazione. Ad esempio attraverso l'analisi del contesto esterno si ricavano informazioni importanti sull'evoluzione dei bisogni della collettività e, in generale, sulle attese degli stakeholder elementi questi ultimi essenziali per la qualità della rappresentazione della performance (in particolare per la verifica del criterio della rilevanza degli obiettivi di cui all'articolo 5, comma 2, lett. a), del decreto).

c) l'evidenza del processo seguito per la realizzazione del Piano e delle azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle performance. In particolare i contenuti specifici inseriti sono:

- la descrizione delle fasi, dei soggetti e dei tempi del processo di redazione del Piano. Ciò è funzionale a garantire la piena trasparenza su ogni fase del Ciclo di gestione della performance (articolo 11, comma 3, del decreto);

- le modalità con cui l'amministrazione ha garantito il collegamento ed integrazione del Piano della performance con il processo e i documenti di programmazione economico-finanziaria e di bilancio (articolo 5, comma 1, e articolo 10, comma 1, del decreto);

- ogni eventuale criticità relativa all'attuazione del Ciclo di gestione della performance di cui all'articolo 4 del decreto. Ciò è funzionale a garantire la piena attuazione delle finalità di qualità, comprensibilità ed attendibilità della rappresentazione della performance.

Principi generali

Nella stesura del Piano sono rispettati i principi generali di seguito esplicitati.

Principio n.1: Trasparenza

L'amministrazione ha l'obbligo di comunicare il processo e i contenuti del Piano in coerenza con la disciplina del decreto e gli indirizzi della specifica Commissione.

Ai sensi dell'articolo 11, comma 8, del decreto, ogni amministrazione ha l'obbligo di pubblicare il Piano sul proprio sito istituzionale in apposita sezione di facile accesso e consultazione, e denominata: «Trasparenza, valutazione e merito».

In generale, l'articolo 11, comma 3, del decreto richiede alle amministrazioni di garantire la massima trasparenza in ogni fase del Ciclo di gestione della performance e, quindi, anche al Piano.

La garanzia della trasparenza e la comunicazione del Piano richiedono una specifica attenzione, tenendo conto della tipologia di stakeholder ai quali tale documento si rivolge.

In particolare si evidenziano i seguenti elementi essenziali ai fini della trasparenza del Piano:

- sito internet (articolo 11 comma 8, del decreto);
- presentazione agli stakeholder (articolo 11, comma 6, del decreto);
- coinvolgimento degli stakeholder;
- chiarezza in funzione delle tipologie di destinatari;
- pubblicità attraverso i diversi canali di comunicazione in coerenza con le caratteristiche degli utenti;
- trasparenza del processo di formulazione del Piano.

È opportuno evidenziare, che al di là della mera accessibilità del Piano, l'amministrazione mette in atto iniziative di comunicazione dei contenuti del Piano stesso secondo logiche proattive.

Principio n. 2: Immediata intelligibilità

Il Piano deve essere di dimensioni contenute e facilmente comprensibile anche agli stakeholder esterni (utenti, fornitori, cittadinanza, associazioni di categoria, ecc.). A tal fine, le amministrazioni devono definire una Struttura multi-livello (parte principale del Piano ed

allegati) facendo in modo che nella parte principale siano inseriti contenuti facilmente accessibili e comprensibili, anche in termini di linguaggio utilizzato, dagli stakeholder esterni. Negli allegati, invece, devono essere collocati tutti i contenuti e gli approfondimenti tecnici che, opportunamente richiamati nella parte principale del Piano, ne consentano una più puntuale verificabilità da parte di soggetti interni e di soggetti esterni qualificati.

Principio n. 3: Veridicità e verificabilità

I contenuti del Piano devono corrispondere alla realtà e per ogni indicatore deve essere indicata la fonte di provenienza dei dati. I dati che alimentano gli indicatori devono essere tracciabili. Ai fini di garantire la verificabilità del processo seguito, è opportuno che siano chiaramente definite le fasi, i tempi e le modalità del processo per la predisposizione del Piano (calendario del Piano) e per la sua eventuale revisione infra-annuale nel caso in cui intervenissero situazioni straordinarie. È opportuno, inoltre, che siano individuati gli attori coinvolti (organi di indirizzo politico-amministrativo, dirigenti e strutture) e i loro ruoli.

Principio n. 4: Partecipazione

È opportuno che il Piano sia definito attraverso una partecipazione attiva del personale dirigente che, a sua volta, deve favorire il coinvolgimento del personale afferente alla propria Struttura organizzativa. Inoltre, deve essere favorita ogni forma di interazione con gli stakeholder esterni per individuarne e considerarne le aspettative e le attese. Il processo di sviluppo del Piano deve essere, pertanto, frutto di un preciso e Strutturato percorso di coinvolgimento di tutti gli attori del sistema (mappatura, analisi e coinvolgimento degli stakeholder).

Principio n. 5: Coerenza interna ed esterna

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

Principio n. 6: Orizzonte pluriennale

L'arco temporale di riferimento del Piano è il triennio, con scomposizione in obiettivi annuali, secondo una logica di scorrimento.

La Struttura del documento deve permettere il confronto negli anni dello stesso con la Relazione sulla performance.

Nella definizione del Piano viene, inoltre, tenuto conto di alcuni elementi e in primo luogo il collegamento ed integrazione con il processo ed i documenti di programmazione economico-finanziaria e di bilancio

Secondo quanto previsto dall'articolo 5, comma 1, e dall'articolo 10, comma 1, lett. a, del decreto, la definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano avviene in maniera integrata con il processo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio.

Si tratta di un principio di fondamentale importanza perché un sistema di obiettivi è effettivamente sostenibile solo se è garantita la congruità tra le risorse effettivamente disponibili e le azioni da porre in essere per raggiungere gli obiettivi fissati.

L'integrazione e il collegamento logico tra la pianificazione della performance e il processo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio vanno garantiti ad almeno su quattro livelli:

- a) coerenza dei contenuti;
- b) coerenza del calendario con cui si sviluppano i due processi;

c) coordinamento degli attori e delle funzioni organizzative rispettivamente coinvolte (ad esempio OIV, centri di responsabilità, nuclei di valutazione della spesa, uffici di bilancio, etc.);
d) integrazione degli strumenti di reportistica e dei sistemi informativi a supporto dei due processi.

Di fatto, gli elementi di cui ai punti b), c) e d) sono propedeutici alla realizzazione del requisito di cui al punto a).

In tale ambito la coerenza in termini di contenuti si riferisce in particolare al fatto che gli obiettivi del Piano e quelli presenti nelle Note Integrative al bilancio di previsione devono essere coerenti e coincidere a livello di risorse economiche complessivamente necessarie al loro perseguimento.

Il livello di evoluzione dei sistemi di gestione della performance è molto diversificato tra le amministrazioni. In particolare, il livello di maturità della pianificazione della performance concretamente riscontrabile in una data amministrazione può essere anche molto distante rispetto agli indirizzi ed al modello proposto nella presente delibera.

Di conseguenza, l'ASL TO 4 si adegua agli indirizzi ivi proposti secondo una logica di gradualità e miglioramento continuo.

3. STRUTTURA, CONTENUTI E MODALITÀ DI DEFINIZIONE DEL PIANO

In questa sezione si forniscono indicazioni operative con riferimento al processo, alla Struttura e ai contenuti del Piano.

Il processo delinea le varie fasi logiche attraverso cui i diversi attori interagiscono fra loro e danno vita al Piano.

Il processo di definizione del Piano segue cinque fasi logiche:

- a) definizione dell'identità dell'organizzazione;
- b) analisi del contesto esterno ed interno;
- c) definizione degli obiettivi strategici e delle strategie;
- d) definizione degli obiettivi operative dei piani operativi;
- e) comunicazione del Piano all'interno e all'esterno.

Ciascuna delle cinque fasi logiche è funzionale alla redazione e definizione del contenuto di una o più sezioni del Piano.

Le sezioni della Struttura del Piano non derivano da specifiche fasi del processo di definizione, ma consentono una migliore intelligibilità dei contenuti dello stesso; la fase di comunicazione del Piano all'interno e all'esterno è successiva alla sua predisposizione.

Le fasi del processo descritte non vanno interpretate come adempimenti circoscritti nel tempo e meramente strumentali alla redazione del Piano, ma costituiscono "punti" di attenzione per garantire un costante allineamento delle strategie dell'amministrazione rispetto alle dinamiche del contesto di riferimento.

Nei paragrafi successivi sono delineati e approfonditi sia il contenuto delle singole sezioni costituenti, sia la suindicata Struttura del Piano e il relativo processo.

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

In questa sezione sono esposti i principali elementi del Piano che sono di interesse immediato per i cittadini e gli altri stakeholder esterni riportando informazioni specifiche sulle finalità del documento, sulle strategie in atto e sugli obiettivi generali da perseguire.

Il contenuto di questa sezione rispecchia la seguente articolazione, in maniera coerente e bilanciata con i successivi contenuti del Piano:

- chi siamo;
- cosa facciamo;
- come operiamo.

4.1. Chi siamo

L'A.S.L. TO4, istituita con D.C.R. n. 136-39452 del 22 ottobre 2007, nasce dall'accorpamento delle pregresse A.S.L. 6 di Cirié, 7 di Chivasso, 9 di Ivrea.

Sede legale

La sede legale dell'Azienda è individuata in Chivasso, Via Po n. 11.

Il legale rappresentante dell'Azienda è il Direttore Generale.

Logo

Il logo dell'A.S.L. TO 4 è il seguente è rappresentativo del territorio delle tre ex A.S.L.: le montagne che contraddistinguono l'ex A.S.L. 6 e 9, i fiumi identificabili nello Stura che bagna il territorio dell'ex A.S.L. 6, il Po quello dell'ex A.S.L. 7, la Dora Baltea quello dell'ex A.S.L. 9.



La confluenza dei tre fiumi in uno solo traduce uno degli elementi forti dell'azione aziendale: le tre Aziende unificate in una sola con l'obiettivo di uguali opportunità di risorse sanitarie per soddisfare in modo uniforme e coordinato il bisogno di salute.

Patrimonio

Il patrimonio aziendale è costituito da tutti i beni immobili e mobili, come descritti nell'apposito inventario.

I beni appartenenti all'Azienda sono classificati in beni patrimoniali indisponibili e disponibili. I primi sono i beni direttamente strumentali all'esercizio delle funzioni istituzionali, quali definiti dall'ultimo comma dell'articolo 826 del codice civile nonché i beni di interesse storico, artistico, scientifico, tecnologico, archivistico, bibliografico, naturalistico e di valore culturale.

Sono beni patrimoniali disponibili i beni destinati a produrre un reddito costituito da frutti naturali o civili e comunque tutti i beni non compresi tra quelli indicati al periodo precedente.

L'Azienda riconosce la valenza strategica del proprio patrimonio quale strumento di potenziamento e di qualificazione Strutturale e tecnologica e, in questa prospettiva, si riserva iniziative di investimento anche mediante processi di alienamento del patrimonio da reddito e di trasferimento di diritti reali, previa necessaria autorizzazione regionale, ai sensi dell'art. 5 comma 3 del D.Lsg. 229/1999.

Organi dell'Azienda

Sono organi dell'A.S.L. TO 4 il Direttore Generale, il Collegio Sindacale, il Collegio di Direzione.

La Direzione generale è posta nella sede legale di Chivasso, in via Po 11.

Il **Direttore Generale** ha la rappresentanza legale dell'Azienda, è responsabile della gestione complessiva ed è tenuto pertanto ad assicurare la legittimità, l'imparzialità e il buon andamento dell'azione amministrativa, nonché il regolare funzionamento.

Il **Collegio sindacale** è organo dell'Azienda cui sono attribuite le seguenti funzioni:

- verifica l'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico
- vigila sull'osservanza della legge
- accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa
- riferisce periodicamente alla Direzione Generale sui controlli effettuati
- riferisce almeno trimestralmente alla Regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito
- svolge le altre funzioni attribuite da leggi o disposizioni.

Il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo coadiuvano il Direttore Generale nell'esercizio delle sue funzioni e partecipano con esso alla Direzione dell'Azienda.

Il **Direttore Sanitario** dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari e partecipa al processo di pianificazione strategica aziendale, concorrendo alla definizione delle priorità rispetto ai bisogni di salute della comunità.

Il **Direttore Amministrativo** coadiuva il Direttore Generale nel governo dell'Azienda. Svolge attività di indirizzo coordinamento e sovrintende alle funzioni dei responsabili delle Strutture aziendali con riferimento agli aspetti gestionali e amministrativi.

Il **Collegio di Direzione** rappresenta l'organo aziendale vicino alla Direzione strategica, essendovi rappresentata l'alta dirigenza Aziendale che assume un valore in ordine alle condivisione delle scelte strategiche aziendali ed alla corresponsabilità sulle principali scelte gestionali.

Viene altresì riconosciuto il ruolo strategico del **Consiglio dei Sanitari** in ordine al fatto che rappresenta organo aziendale a designazione elettiva, nonché l'organo nel quale sono rappresentate le varie professionalità secondo un principio non solo gerarchico.

Il ruolo dei **Sindaci dei comuni dell'ASL** nella programmazione e nella valutazione dei servizi sanitari risulta insostituibile e come tale garantito dalla normativa. Il confronto costante con tali figure rappresenta per l'ASL TO4 la modalità ordinaria nei percorsi di programmazione aziendale e distrettuale.

In tal senso la Conferenza dei sindaci concorre alla definizione degli indirizzi generali di programmazione socio-sanitaria nelle forme e nei termini previsti dall'articolo 3, comma 14, del D.Lgs. 502/1992, nonché dalle linee approvate dal Consiglio regionale.

L'ASL riconosce alle **Organizzazioni Sindacali Aziendali ed alle RSU** un ruolo fondamentale per le politiche Aziendali con particolare riferimento a quelle inerenti l'organizzazione aziendale e le politiche sul personale. Le Organizzazioni Sindacali partecipano alla programmazione aziendale nei termini e con le procedure stabilite dalla vigente normativa e dai contratti collettivi di lavoro.

Nell'ambito delle **Conferenza degli organismi di rappresentanza degli utenti**, le Organizzazioni Sindacali, le organizzazioni maggiormente rappresentative delle forme sociali e degli operatori sanitari, gli organismi di volontariato e di cooperazione, le associazioni di autotutela dei diritti dei cittadini possono intervenire, in via consultiva, alla programmazione attuativa dell'Azienda, secondo le modalità definite dalla Giunta Regionale.

Nel territorio dell'ASL TO4 sono presenti altresì i seguenti **Consorzi Socio Assistenziali**:

- Ivrea IN.RETE (distretti Ivrea e Cuorné)
- Caluso CISS-AC (distretto Ivrea)

- Cuorné CISS-38 (distretto Cuorné)
- Chivasso CISS
- Settimo CISSP
- San Mauro CISA
- Cirié CIS
- Lanzo CMVL.

Gli Enti gestori dei Servizi socio assistenziali concorrono (con tutte le istituzioni pubbliche, la cooperazione sociale, il volontariato, le fondazioni, i patronati, le Strutture, le scuole, l'ASL, altri soggetti privati) alla definizione del Piano di Zona, che è lo strumento di programmazione per l'attuazione della rete dei servizi sociali e dell'integrazione socio-sanitaria previsto dalla Legge 328/2000 e dalla legge Regionale n. 11/2004.

Macroarticolazioni organizzative

L'ASL garantisce l'erogazione dei LEA articolata nei tre livelli assistenziali, attraverso le seguenti macroarticolazioni organizzative:

- Direzione strategica
- Strutture di staff ed amministrative
- Dipartimento di prevenzione
- Distretti
- Presidi ospedalieri.

In tale ambito le Strutture organizzative in cui l'Azienda si articola sono:

- la Direzione Strategica e i Servizi in Staff (Strutture semplici o complesse o uffici)
- i Dipartimenti, le Strutture complesse, le Strutture semplici, le altre articolazioni organizzative.

I **Dipartimenti** sono Strutture organizzative qualificate dall'aggregazione di Strutture e funzioni finalizzate all'espletamento coordinato di attività affini o complementari.

Nell'ASL TO 4 costituiscono le tipologie dipartimentali:

- i Dipartimenti Strutturali, caratterizzati dall'omogeneità, sotto il profilo delle attività, delle risorse umane o tecnologiche impiegate o delle procedure operative adottate;
- i Dipartimenti funzionali, che aggregano strutture operative non omogenee, interdisciplinari, al fine di coordinarne l'azione per realizzare obiettivi interdipartimentali e/o programmi di rilevanza strategica.

Sono organi del Dipartimento: il Direttore del Dipartimento e il Comitato di Dipartimento. Le attività specifiche di ciascun Dipartimento, l'organizzazione e le modalità di funzionamento sono dettagliatamente contenute nei regolamenti di Dipartimento.

Le **Strutture Complesse** sono dotate di autonomia gestionale organizzativa e tecnico professionale. La Struttura Complessa dispone di risorse umane tecniche e finanziarie specificatamente assegnate, fatte salve le risorse assegnate a livello dipartimentale.

Le **Strutture Semplici** sono articolazioni organizzative che solitamente assicurano attività riconducibili ad una linea di produzione chiaramente individuabile nell'ambito di quella della Struttura Complessa di riferimento, con assegnazione di risorse specifiche. Esse possono essere articolazioni delle Strutture complesse o articolazioni organizzative dei Dipartimenti, ovvero poste in staff alla Direzione Generale. In generale hanno una valenza dipartimentale quando devono svolgere funzioni o servizi la cui organizzazione nelle singole Strutture complesse risulterebbe inefficiente.

Articolazione organizzativa e funzioni sono esplicitate nel piano di organizzazione.

4.2. Cosa facciamo

L'ASL TO 4 è una Azienda del Servizio Sanitario Regionale, provvede alla gestione dei Servizi Sanitari nel territorio di sua competenza.

Essa fornisce direttamente ai cittadini le prestazioni sanitarie attraverso i propri servizi oppure acquista le prestazioni fornite da strutture pubbliche o private accreditate che operano sotto il controllo del Servizio Sanitario Nazionale.

La l.r. 18/2007, come modificata ed integrata con l.r. 3/2012, promuove il passaggio del servizio sanitario regionale da una fase caratterizzata dalla centralità aziendale e da logiche competitive ad una nuova fase, orientata alla cooperazione interaziendale ed alla realizzazione di reti integrate di offerta, anche a livello interprovinciale, per conseguire il massimo livello possibile di efficacia sanitaria ed efficienza organizzativa, ed individua, quali strumenti di attuazione, le Federazioni sovrazionali, a cui aderiscono tutte le A.S.R. della medesima area territoriale di riferimento.

Nel contesto organizzativo definito dal P.S.S.R., alle Aziende Sanitarie Locali compete la funzione di tutela della salute e di erogazione dei servizi di assistenza primaria, attraverso i distretti, e dei servizi di assistenza specialistica, tramite gli ospedali in rete e i poliambulatori.

Le attività di promozione della salute e prevenzione primaria collettiva sono svolte dai Dipartimenti di prevenzione o con l'attivazione di programmi speciali finalizzati.

L'organizzazione delle attività e dei compiti istituzionali dell'ASL TO4 si coniuga con il criterio Strutturale, attraverso l'articolazione in strutture operative aggregate per le seguenti macro-aree:

- area centrale delle strutture di staff ed amministrative;
- assistenza territoriale;
- assistenza ospedaliera;
- prevenzione.

Area centrale delle strutture di staff ed amministrative

Presso la sede legale sono operative Strutture che svolgono funzioni amministrative, tecnico-professionali, di controllo, di verifica, analisi, programmazione e gestione al fine di attuare gli atti di indirizzo e pianificazione strategica definiti dalla Direzione Aziendale.

Assistenza territoriale

La rete territoriale è costituita dai distretti (P.S.S.R. 3.3.2).

Il Distretto, quale articolazione territoriale, operativa ed organizzativa, dell'A.S.L., rappresenta la sede più idonea per il confronto con le autonomie locali e la gestione dei rapporti del S.S.R. con i cittadini e, quale garante della salute della popolazione, assicura l'espletamento delle attività e dei servizi territoriali indicati dall'art. 3-quinquies del D. lgs. n. 502/1992, come modificato dal D. lgs. 229/1999.

La l.r. 18/2007 (Norme per la programmazione socio sanitaria e il riassetto del servizio socio sanitario regionale) prevede che l'articolazione distrettuale persegua le seguenti finalità:

- governare la domanda di servizi attraverso la valutazione dei bisogni socio-sanitari della comunità per definire le caratteristiche qualitative e quantitative dei servizi necessari;
- assicurare l'appropriato svolgimento dei percorsi assistenziali affidati ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta, nonché ai servizi direttamente gestiti dall'azienda sanitaria;
- promuovere iniziative di corretta comunicazione ed informazione ai cittadini;
- garantire equità di accesso, tempestività, appropriatezza e continuità dell'assistenza e delle cure per la popolazione di riferimento;
- assicurare il coordinamento fra le attività territoriali di prevenzione e quelle ospedaliere;
- valutare l'efficacia degli interventi.

In tale ambito l'assistenza sanitaria di base è la forma di assistenza erogata dal Medico di Base (Medico di Medicina Generale- MMG) o dal Pediatra di Base (Pediatra di Libera Scelta- PLS). Il cittadino può liberamente scegliere il MMG o il PLS da una lista di medici affissa agli sportelli delle sedi distrettuali dell'ASL. Nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base vengono

erogate anche le cure a domicilio. Un servizio infermieristico svolge questi compiti nei distretti dell'ASL.

Nell'ambito dell'assistenza farmaceutica, i farmaci dispensati dalle farmacie sono prescritti dal MMG o PLS. In alcuni casi, tipi particolari di farmaci sono distribuiti direttamente dalle farmacie delle due sedi del presidio ospedaliero.

L'assistenza specialistica ambulatoriale é erogata sia da specialisti che operano nelle sedi distrettuali sia da specialisti in ambito ospedaliero.

L'assistenza territoriale e semiresidenziale comprende una fitta rete di Strutture Residenziali per l'assistenza ad anziani non autosufficienti o con diversa compromissione dell'autonomia personale.

E' anche possibile un'assistenza presso centri diurni (assistenza semiresidenziale)

L'assistenza in continuità assistenziale (Guardia Medica): è attiva nelle ore notturne (20:00-8:00), dalle 10:00 del sabato o dei giorni prefestivi e per tutta la giornata dei giorni festivi.

Assistenza ospedaliera

Il ricovero in ospedale si rende necessario per la diagnosi e la cura di malattie che richiedono interventi di emergenza o di urgenza oppure per il trattamento di malattie in fase acuta che non possono essere affrontate in ambulatorio o a domicilio.

Tale assistenza è garantita con:

- il ricovero d'urgenza disposto dal medico di guardia presente al DEA/PS ventiquattro ore su ventiquattro;
- il ricovero d'elezione, disposto da un medico del reparto in cui l'utente dovrà essere ricoverato;
- il ricovero programmato a Ciclo diurno con o senza pernottamento (day-hospital, day-surgery) disposto analogamente a quello d'elezione

L'assistenza ospedaliera è gratuita per i cittadini italiani e stranieri iscritti al Servizio Sanitario Nazionale, per prevedendo in specifiche situazioni la compartecipazione della spesa da parte del cittadino.

Peri i cittadini dell'Unione Europea il ricovero ospedaliero è garantito esibendo la tessera europea di assicurazione malattia (TEAM) o attestato equivalente.

Ai cittadini stranieri irregolari l'assistenza ospedaliera è assicurata per le prestazioni ospedaliere urgenti o essenziali.

Assistenza sanitaria collettiva

La prevenzione è la funzione aziendale preposta in modo specifico all'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro.

Ha il compito non solo di prevenire le malattie, ma anche di promuovere, proteggere e migliorare la salute e il benessere dei cittadini, attraverso interventi che spesso trascendono i confini del settore sanitario e vanno a coinvolgere l'intera società civile.

Garantisce la tutela della salute collettiva e del patrimonio zootecnico da rischi di origine ambientale, alimentare e lavorativa, perseguendo obiettivi di promozione della salute, di prevenzione delle malattie e delle disabilità e di miglioramento della qualità della vita.

Le Strutture che operano nel contesto della funzione nell'A.S.L. TO4, articolate in strutture complesse o strutture semplici a valenza dipartimentale (S.S.D.), in rapporto all'omogeneità della disciplina di riferimento, alle funzioni attribuite, nonché alle caratteristiche e alle dimensioni del bacino di utenza (numero dei pazienti assistiti, numero e complessità delle strutture da sottoporre a controllo, numero delle aziende zootecniche e dei capi di bestiame, etc.), devono sviluppare reciproche forme di integrazione operativa nell'ambito dei rispettivi programmi di attività che prevedono l'esercizio di funzioni affini.

4.4. Come operiamo

ASL TO 4 opera secondo una serie di principi ispiratori:

- **l'efficacia** tecnica attraverso la ricerca dei risultati in termini di salute
- **l'efficienza** organizzativa attraverso l'attivazione di percorsi e procedure gestionali in grado di garantire l'utilizzo ottimale delle risorse umane e finanziarie
- **l'appropriatezza**, intesa nella sua duplice accezione di appropriatezza clinica delle prestazioni più efficaci a fronte del bisogno accertato e di appropriatezza organizzativa come regime di erogazione della prestazione efficace, ma al tempo stesso a minor consumo di risorse
- **la sicurezza**, nella misura in cui l'assistenza erogata pone il paziente e gli operatori nel minor rischio
- **l'equità** dell'assistenza intesa come l'erogazione delle prestazioni necessarie ed appropriate a chi ne ha bisogno
- **il miglioramento continuo** della qualità nelle seguenti dimensioni: qualità manageriale: direzione, strutture, attrezzature, informazione, formazione, valutazione e miglioramento; qualità tecnica: procedure tecniche per discipline cliniche e procedure di supporto quali la gestione dei farmaci, aspetti alberghieri, pulizia, igiene, ecc.; qualità percepita: sicurezza e soddisfazione degli operatori, diritti e soddisfazione dei Pazienti
- **la partecipazione** degli operatori e dei cittadini attraverso le associazioni di volontariato al processo di miglioramento dei servizi erogati dall'Azienda Sanitaria Locale
- **il diritto di scelta** dell'utente tra i soggetti eroganti il servizio nell'ambito del S.S.N.
- **il diritto di accesso** dell'utente alle informazioni in possesso del soggetto erogatore che lo riguardano
- **l'umanizzazione**: nel senso che la maggiore attenzione posta alla qualità delle cure, e di conseguenza alla qualità della vita, pone al centro del processo di gestione il paziente stesso e ne valorizza il punto di vista
- **etica e cultura del comportamento individuale**, ispirati ai principi della responsabilità; l'etica costituisce valore prioritario ispiratore di ogni azione a qualunque livello posta in essere e viene diffusa tra tutti i soggetti che interagiscono nell'azienda

5. IDENTITÀ DELL'ORGANIZZAZIONE

Questa sezione del Piano definisce in modo sintetico l'identità dell'organizzazione, ossia "chi è", "che cosa deve fare" e "come intende operare". L'articolazione prevede tre sottosezioni:

- a) l'amministrazione "in cifre";
- b) il mandato istituzionale e la missione;
- c) l'albero della performance.

La definizione dell'identità dell'organizzazione costituisce la prima fase del percorso di costruzione del Piano e viene 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 tale ambito, 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.

5.1. L'ASL TO 4 "in cifre"

In questa sezione, sono proposti in estrema sintesi alcuni dati significativi in ordine al profilo dell'Azienda.

L'ASL TO4, comprende 177 comuni ai quali si aggiunge la frazione Rivodora del comune di Baldissero Torinese, raggruppati in 6 distretti sanitari (figura seguente), con

- una estensione territoriale di 3.317 kmq
- una densità abitativa di 151 abitanti per kmq.

L'estensione e la variabilità geografica dell'ASL TO 4 sono senza dubbio notevoli, dall'hinterland torinese verso la Valle d'Aosta nella zona a nord e verso il territorio francese nella zona ad ovest.

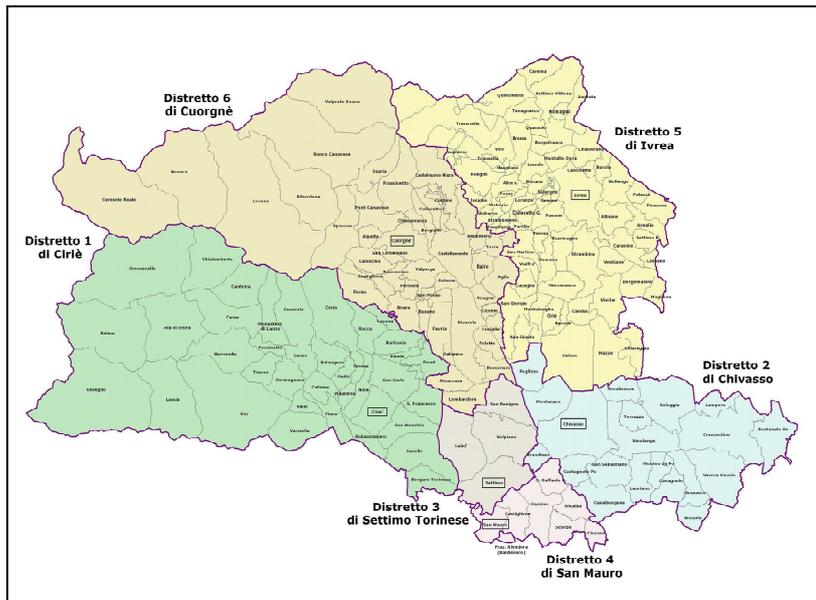


Figura . Configurazione territoriale ASL TO 4

La densità abitativa è più alta per l'area di Chivasso, mentre l'area di Ivrea ha una popolazione complessivamente più anziana, con un numero di ultra 65 enni, un indice di vecchiaia e un indice di dipendenza elevato, anche rispetto alla media regionale.

Il numero di Comuni è superiore nell'area di Ivrea, dove è peraltro presente anche una componente di Comuni classificati come montani più rilevante.

In tale ambito i Distretti dell'ASL TO 4 assicurano alla popolazione di riferimento l'accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie e sociali ad elevata integrazione sanitaria, sia attraverso la valutazione dei bisogni e la definizione dei servizi necessari che mediante l'erogazione di prestazioni e servizi di primo livello o di base quali l'assistenza specialistica ambulatoriale, l'assistenza ad anziani e disabili, l'assistenza domiciliare integrata, l'assistenza e la cura delle tossicodipendenze, l'assistenza e la cura della salute della donna, dell'infanzia e della famiglia, ecc..

Nell'ASL TO 4 sono previsti complessivamente sei Distretti corrispondenti a quelli esistenti nelle precedenti tre ex ASL, come di illustrato nella tabella che segue.

DISTRETTO 1 – CIRIÉ'

comprende i Comuni di Ala di Stura, Balangero, Balme,

Barbania, Borgaro Torinese, Cafasse, Cantoira, Caselle Torinese, Ceres, Chialamberto, Cirié, Coassolo Torinese, Corio, Fiano, Front, Germagnano, Groscavallo, Grosso, Lanzo Torinese, Lemie, Levone, Mathi, Mezenile, Monastero di Lanzo, Nole, Pessinetto, Robassomero, Rocca Canavese, San Carlo Canavese, San Francesco al Campo, San Maurizio Canavese, Traves, Usseglio, Vallo Torinese, Varisella, Vauda Canavese, Villanova Canavese, Viù.

DISTRETTO 2 – CHIVASSO

comprende i Comuni di Brandizzo, Brozolo, Brusasco, Casalborgone, Castagneto Po, Cavagnolo, Chivasso, Crescentino, Foglizzo, Fontanetto Po, Lamporo, Lauriano, Montanaro, Monte da Po, Rondissone, Saluggia, San Sebastiano Po, Torrazza P.te, Verolengo, Verrua Savoia.

AREA – SETTIMO TORINESE

comprende i Comuni di Leini, Volpiano, San Benigno, Settimo Torinese.

DISTRETTO 4 – SAN MAURO TORINESE

comprende i Comuni di Castiglione T.se, Cinzano, Gassino, Rivalba, San Mauro Torinese, San Raffaele Cimena, Sciolze, nonché Baldissero Torinese esclusivamente per il territorio e per gli assistiti della frazione Rivodora.

DISTRETTO 5 – IVREA

comprende i Comuni di Albiano, Alice Superiore, Andrate, Azeglio, Banchette, Barone, Bollengo, Borgofranco d'Ivrea, Borgomasino, Brosso, Burolo, Caluso, Candia, Caravino, Carema, Cascinette, Chiaverano, Collettero

Giacosa, Cossano, Cuceglio, Fiorano, Issiglio, Ivrea, Lessolo, Loranzé, Lugnacco, Maglione, Mazzé, Mercenasco, Meugliano, Montalenghe, Montalto Dora, Nomaglio, Orio, Palazzo, Parella, Pavone, Pecco, Perosa, Piverone, Quagliuzzo, Quassolo, Quincinetto, Romano, Rueglio, Salerano, Samone, San Giorgio, San Giusto, San Martino, Scarmagno, Settimo Rottaro, Settimo Vittone, Strambinello, Strambino, Tavagnasco, Trausella, Traversella, Vestigné, Vialfré, Vico, Vidracco, Villareggia, Vische, Vistrorio.

DISTRETTO 6 - CUORGNE'

comprende i Comuni di Aglié, Alpette, Bairo, Baldissero, Borgiallo, Bosconero, Busano, Canischio, Castellamonte, Castelnuovo Nigra, Ceresole Reale, Chiesanuova, Ciconio, Cintano, Collettero Castelnuovo, Cuorgné, Favria, Fioletto, Forno Canavese, Frassinetto, Ingria, Locana, Lombardore, Lusiglié, Noasca, Oglianico, Ozegna, Pertusio, Pont Canavese, Prascorsano, Pratiglione, Ribordone, Rivara, Rivarolo, Rivarossa, Ronco, Salassa, San Colombano, San Ponso, Sparone, Torre, Valperga, Valprato Soana.

Nella tabella che segue viene presentato l'andamento negli anni della popolazione dell'ASL TO4 (al primo gennaio) - Fonte BDDE.

Anno 2013

TO4	Maschi	253.561
	Femmine	267.538
	Totale	521.099

Fonte: elaborazione Regione Piemonte su dati Istat

Tabella. Popolazione dell'ASL TO4 (al 01.01)

Nella tabella che segue viene inoltre presentata la popolazione totale e pesata in base all'età suddivisa per Distretti dell'ASL TO 4 (dati al 01.01.2011, Fonte BDDE).

Il medico di medicina generale (medico di famiglia) e il pediatra di libera scelta (per la fascia di età da 0 a 14 anni) rappresentano il primo riferimento per la salute dei cittadini. Sono scelti nel momento in cui ci si iscrive, anche temporaneamente, al Servizio sanitario nazionale.

L'attività del medico di famiglia e del pediatra di libera scelta comprende:

- visite mediche ambulatoriali;
- visite mediche domiciliari;
- prescrizioni di farmaci;
- richieste di visite specialistiche ed esami;
- proposta di ricovero;
- rilascio di certificati legali gratuiti o a pagamento;
- definizione di piani di assistenza domiciliare;

Il medico di famiglia e il pediatra di libera scelta prestano attività in ambulatorio **da** lunedì a venerdì, secondo l'orario che ciascuno espone nel proprio studio. Per i pazienti impossibilitati a recarsi in studio, la visita domiciliare del medico di famiglia, se richiesta entro le 10 (sabato compreso), sarà effettuata in giornata. Le visite richieste dopo tale ora potranno essere effettuate entro le 12 del giorno successivo. Anche il pediatra può effettuare visite a domicilio, se ritiene che la prestazione sia necessaria.

Ne deriva che un buon governo dei servizi sanitari incentrato sulla domanda deve avere istituzioni sanitarie che stringano forti alleanze con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta. Da queste alleanze nasce la funzione di tutela del paziente che potrà essere, per così dire, accompagnato nei sempre più complessi e articolati servizi sanitari.

Dalla buona collaborazione con i MMG escono rafforzate alcune attività tipiche dei servizi sanitari di primo livello ("cure primarie").

In tale ambito l'assistenza domiciliare è costituita dalle prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e assistenziali che vengono erogate direttamente a casa di quei cittadini che, per particolari condizioni cliniche o di non autosufficienza, non sono in grado di recarsi presso l'ambulatorio del proprio medico.

È un modello di cura alternativo al ricovero in ospedale o in Struttura residenziale, per permettere alla persona di rimanere il più possibile nel proprio ambiente abituale di vita. Esistono diverse tipologie di cure domiciliari, a seconda della complessità e dei bisogni espressi dalle persone.

Alcuni servizi sono poi organizzati per la prevenzione, la cura e il supporto delle persone nell'infanzia e adolescenza: il pediatra e il passaggio al medico di famiglia, la neuropsichiatria infantile, le vaccinazioni di età pediatrica e quelle dell'adolescenza, i consultori: i servizi sono coordinati dal Dipartimento materno infantile.

La Neuropsichiatria infantile, rivolta a bambini e ragazzi da 0 a 18 anni, si occupa della diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi neuropsichiatrici, cognitivi e dell'apprendimento, del comportamento e della relazione, della comunicazione e del linguaggio, neurologici, neuromotori e psicomotori. Con un approccio multidisciplinare, assicura visite mediche e/o psicologiche, consulenze ai genitori e alle istituzioni, psicoterapie individuali, di gruppo e familiari, attività di tipo riabilitativo, neuromotorio e logopedico.

Per la persona disabile sono organizzati diversi interventi socio-sanitari, con l'obiettivo di individuare il percorso più idoneo di assistenza, ma anche per migliorare le sue possibilità di comunicazione.

Il Servizio per la Salute mentale per la risposta agli specifici bisogni di salute viene organizzato in un Dipartimento, che comprende l'insieme dei servizi territoriali e ospedalieri dedicati alla prevenzione, cura e riabilitazione del disagio psichico e dei disturbi mentali degli adulti.

Al Dipartimento afferiscono:

- Centri di Salute mentale
- Centri diurni
- Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC), nei tre Ospedali cardine
- Comunità protette
- Gruppi Appartamento.

Altresì i cittadini che hanno un problema di dipendenza da una o più sostanze psicoattive legali o illegali (droga, alcol, fumo) o con comportamenti di dipendenza senza uso di sostanza (gioco d'azzardo) vengono accolti dai Servizi di patologie delle dipendenze (Ser.T.), che nell'ASL TO 4 svolgono attività di prevenzione, educazione sanitaria, cura e riabilitazione organizzati nelle sedi di Ciriè, Chivasso ed Ivrea.

Tali attività sono svolte con l'intervento di équipe multidisciplinari integrate, composte da medici, infermieri, psicologi, educatori e assistenti sociali.

Le RSA sono strutture residenziali extra ospedaliere finalizzate a fornire accoglienza, prestazioni sanitarie e di recupero, tutela e trattamenti riabilitativi ad anziani in condizioni di non autosufficienza fisica e psichica. Le RSA sono volte a coniugare le esigenze di assistenza sanitaria con le esigenze di assistenza tutelare ed alberghiera.

Il Centro Diurno Alzheimer e demenze è un servizio finalizzato a ritardare gli effetti di inabilità progressiva delle persone affette dal morbo di Alzheimer e da lievi demenze offrendo al tempo stesso sollievo alle famiglie che convivono con loro. E' un servizio di tipo semiresidenziale e svolge un'attività a valenza socializzante e riabilitativa.

Presso l'ASL TO4 è attivo un Centro diurno Alzheimer a Volpiano. Il Centro è una Struttura semiresidenziale che accoglie nelle ore del giorno malati di Alzheimer e persone affette da altre forme di demenza che vivono ancora a casa propria. Offre supporto assistenziale con attività di riabilitazione e di socializzazione

Il servizio è garantito dall'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) che, attraverso la valutazione globale dell'anziano, indica la risposta socio assistenziale più adeguata alle sue necessità privilegiando, se possibile, la permanenza presso il domicilio.

L'équipe di valutazione è costituita da un medico, un infermiere e un assistente sociale che si avvalgono, se necessario, della consulenza di medici specialisti dell'Azienda Sanitaria. Le risposte assistenziali attivabili successivamente alla valutazione geriatrica e indicate nel progetto individuale possono essere le seguenti: cure domiciliari in lungoassistenza, interventi economici a sostegno della domiciliarità, cure residenziali (inserimenti di "sollievo", inserimenti temporanei o a tempo indeterminato, cure semiresidenziali.

Le cure palliative sono l'insieme degli interventi terapeutici e assistenziali finalizzati alla cura attiva e totale delle persone la cui malattia di base, caratterizzata da una rapida evoluzione e da una prognosi infausta, non risponda più a trattamenti specifici. L'obiettivo delle cure palliative è di prevenire e contenere il più possibile i sintomi invalidanti che possono caratterizzare la fase terminale di malattie evolutive come il cancro, patologie dell'apparato respiratorio, neurologico, cardiovascolare e malattie infettive, quali la sindrome da immunodeficienza acquisita (Aids).

Oltre a tutto questo, le cure palliative prevedono un supporto di tipo psicologico, spirituale e sociale rivolto sia alla persona malata sia al nucleo, familiare o amicale, di sostegno alla persona stessa.

In tale ambito nell'ASL TO 4 sono attivi due Hospice, a Lanzo e a Salerano.

L'attività ospedaliera viene invece effettuata negli Ospedali aggregati in tre Presidi riuniti, a cui dal 2010 si è aggiunto l'Ospedale di Settimo Torinese, come di seguito illustrato.

PRESIDIO RIUNITO DI CIRIÉ – LANZO

- Ospedale di Cirié (219 posti letto in ricovero ordinario e 23 posti letto in ricovero DH), l'ospedale capo fila del Presidio riunito. Dotato di specialità di base e di quelle specialistiche. E' sede di D.E.A. I livello.
- Ospedale di Lanzo (113 posti letto in ricovero ordinario e 19 posti letto in ricovero DH): Ospedale con alcune specialità di base e particolare caratterizzazione verso la day surgery e i day hospital (anche con valenza sovra ospedaliera). E' presente un punto di Primo Soccorso.

PRESIDIO DI CHIVASSO

- Ospedale di Chivasso (198 posti letto in ricovero ordinario e 27 posti letto in ricovero DH). Dotato di specialità di base e di quelle specialistiche. E' sede di D.E.A. I livello.

PRESIDIO RIUNITO DI IVREA – CUORGNÉ

- Ospedale di Ivrea (224 posti letto in ricovero ordinario e 30 posti letto in ricovero DH), è l'ospedale capo fila del Presidio riunito. Dotato di specialità di base e di quelle specialistiche. E' sede di D.E.A. I livello.
 - Ospedale di Cuorné (89 posti letto in ricovero ordinario e 19 posti letto in ricovero DH), Ospedale con le specialità di base e particolare caratterizzazione verso la day surgery e i day hospital (anche con valenza sovra ospedaliera). E' presente Pronto Soccorso.
- L'Ospedale di Castellamonte che comprendeva 61 posti letto in ricovero ordinario e 4 posti letto di DH riabilitativo è stato riconvertito, con sviluppo si un centro di assistenza primaria (CAP).

OSPEDALE DI SETTIMO TORINESE

- Gestito in sperimentazione gestionale in forma mista pubblico e privato con SAAPA s.p.a., il Presidio ha indirizzo riabilitativo e lungodegenziale, per un totale di 131 posti letto, a cui vanno aggiunti 80 posti letto di RSA-deospedalizzazione protetta.

In una delle Aziende sanitarie più grandi del Piemonte è presente una Direzione Integrata dell'assistenza ospedaliera, con funzioni di coordinamento delle attività.

Sono anche operative nel territorio dell'ASL TO 4 altre specifiche Strutture per la postacuzie, e in particolare:

- 11 Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) a gestione diretta: Cirié, Lanzo, San Maurizio, Varisella, Settimo Torinese, San Mauro, Foglizzo, Saudino di Ivrea, Caluso, Valperga, Pont Canavese
- due Hospice: Lanzo e Salerano.

Nel territorio dell'ASL TO 4 sono altresì presenti le seguenti Strutture private accreditate:

- Eporediese di Ivrea (60 posti letto e 20 posti letto accreditati rispettivamente per ricoveri in acuzie e postacuzie e prestazioni ambulatoriali)
- Ville Turina Amione di San Maurizio Canavese (147 posti letto accreditati per ricoveri in postacuzie)
- Villa Grazia La Bertalazona di San Carlo Canavese (210 posti letto accreditati per ricoveri in postacuzie e prestazioni ambulatoriali)
- Villa Ida di Lanzo Torinese (120 posti letto accreditati per ricoveri in postacuzie)
- Malpighi di Chivasso (prestazioni ambulatoriali)
- Nuova LAMP di Settimo Torinese (prestazioni ambulatoriali).

La realizzazione delle rete integrata delle attività ospedaliere è sviluppato attualmente nell'ASL TO secondo un modello di tipo "hub and spoke", con differenziazione funzionale dei singoli Presidi, come evidenziato nella tabelle che segue.

Presidio riunito	Tipologia	Emergenza
Ciriè – Lanzo		
- P.O. Ciriè	- Acuti - Post acuzie: RRF cardiopolmonare	DEA
- P.O. Lanzo	- Post acuzie: lungodegenza - DH multi specialistico	PPI h 12
Chivasso		
- P.O. Chivasso	- Acuti - DH multi specialistico	DEA
Ivrea – Castellamonte – Cuornè		
- P.O. Ivrea	- Acuti - Week surgery	DEA
- P.O. Cuornè	- Acuti - DH multi specialistico - Post acuzie: lungodegenza	PS
Settimo		
- P.O. Settimo SAAPA	-Post acuzie: riabilitazione e lungodegenza	

Tabella . Modello hub e spoke Ospedali ASL TO 4

Emergono quindi per ciascun Presidio vocazioni specifiche in una logica di rete e modelli differenziati per intensità di cure fra gli Stabilimenti stessi.

Le Strutture Complesse sono uniche per ogni Presidio riunito per tutte quelle con posti letto su più sedi e Strutture Complesse uniche aziendali per quelle senza posti letto o con posti letto in una sola sede (Oncologia, Gastroenterologia, Ematologia, Centro Trasfusionale, Anatomia Patologica, ecc.)

Per quanto riguarda le attività dei Presidi Ospedalieri nella rete regionale, i pazienti che necessitano di specifica gestione sono avviati verso le Strutture di riferimento, in modo particolare verso le Aziende Ospedaliere utilizzando specifici protocolli di riferimento.

Per quanto riguarda la dotazione di posti letto, nella tabella che segue viene presentata la situazione dei Presidi dell'ASL TO 4.

STRUTTURA	RO	DH	TOT	Acuzie	Postacuzie	TOT	Funz. Spec.
PO Chivasso	198	27	225	225		225	
PO Ciriè	239	23	262	242	20	262	
PO Lanzo	73	19	92	67	25	92	
PO Ivrea	204	29	233	233		233	
PO Cuornè	128	23	151	120	31	151	
PO Castellamonte	0	0	0	0	0	0	
TOTALE ASL TO4	842	121	963	887	76	963	
Ospedale Settimo*	131	0	131		131	131	
Fatebenefratelli	200	0	200		180	180	20
Eporediese	80	0	80	60	20	80	
Villa Ida	120	0	120		120	120	
Villa Grazia-La Bertalazona	220	0	220		220	220	
Ville Turine Amione	147	0	147	25	122	147	
TOTALE PRIVATI E PRESIDI	767	0	767	85	662	747	20
TOTALE GENERALE	1.740	121	1.861	972	869	1.841	20

Tabella . Posti letto dell'ASL TO 4 per Ospedali (ottobre 2014)

L'ASL TO 4 dispone di un'ampia offerta di prestazioni ambulatoriali delle diverse branche specialistiche., sia per quanto riguarda le visite sia per quanto concerne le prestazioni di diagnostica strumentale.

Le visite e gli esami specialistici possono essere prenotati:

- tramite il Sovracup, il Call center unificato che permette di prenotare prime visite ed esami specialistici in tutte le Aziende sanitarie pubbliche di Torino e provincia.
- attraverso i Centri unificati prenotazione (Cup) dell'ASL TO4 nelle sedi e orari specifici. In tutte le sedi Cup è anche attivo il Sovracup regionale.

L'assistenza farmaceutica coinvolge tutta la rete assistenziale dal medico di famiglia o pediatra di libera scelta, all'ospedale, alle Strutture residenziali, all'assistenza domiciliare.

L'assistenza farmaceutica è erogata dalle farmacie convenzionate presenti sul territorio o attraverso la distribuzione diretta da parte delle Strutture ospedaliere e territoriali.

La distribuzione diretta è intesa come la fornitura di medicinali da parte delle Strutture ospedaliere e dei Presidi delle aziende sanitarie ad assistiti per la somministrazione al proprio domicilio. La distribuzione diretta può avvenire anche attraverso specifici accordi con le farmacie territoriali, pubbliche e private.

Rientrano nella distribuzione diretta le prestazioni farmaceutiche erogate:

- alla dimissione da ricovero o da visita specialistica, limitatamente al primo Ciclo terapeutico completo
- ai pazienti cronici e/o soggetti a piani terapeutici
- ai pazienti in assistenza domiciliare, residenziale o semiresidenziale
- da parte delle farmacie convenzionate, pubbliche o private, per conto delle Aziende sanitarie locali.

La Regione promuove la fornitura diretta dei farmaci da parte delle aziende sanitarie per continuità terapeutica a pazienti seguiti in assistenza ospedaliera/ ambulatoriale e a pazienti cronici.

Attualmente l'acquisizione delle informazioni relative ai farmaci erogati/distribuiti avviene tramite il flusso informativo del file F.

Il Dipartimento di prevenzione dell'ASL TO 4 è una Struttura tecnico funzionale dell'Azienda Sanitaria Locale preposta alla promozione della tutela della salute collettiva con l'obiettivo della promozione della salute, della prevenzione delle malattie, del miglioramento della qualità della vita e del benessere animale e della sicurezza alimentare.

Le principali funzioni svolte dal Dipartimento di Prevenzione sono:

- profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
- tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita;
- controllo dei rischi sanitari connessi all' inquinamento ambientale;
- tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi all' attività lavorativa nei diversi luoghi di lavoro;
- sanità pubblica veterinaria;
- farmacovigilanza veterinaria;
- igiene delle produzioni zootecniche;
- tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale e non;
- sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- tutela della salute nelle attività sportive.

Il livello della Prevenzione nell'ASL TO 4 viene attuato attraverso le Strutture di seguito indicate:

- Direzione Integrata della Prevenzione
- Dipartimento di Prevenzione

- Dipartimento dello Screening
- Strutture Complesse (SISP, SIAN, SPRESAL, Servizi Veterinari)
- Strutture Semplici.

Tali Strutture sono distribuite sul territorio dell'ASL TO 4 in forma integrata.

In tali ambiti il concetto di appropriatezza ha rappresentato il filo conduttore dei principali documenti di programmazione sanitaria livello nazionale e regionale negli ultimi anni.

In generale, si può affermare che un intervento sanitario è appropriato quando è di efficacia provata da variabili livelli di evidenza e prescritto al paziente, nel momento giusto e per una adeguata durata, con gli effetti sfavorevoli accettabili rispetto ai benefici.

L'appropriatezza professionale deve coniugarsi a l'appropriatezza organizzativa, intesa come utilizzazione del setting più adeguato e della giusta quantità di risorse professionali e logistiche, inclusi le componenti tecnologiche.

5.2. Mandato istituzionale, missione e visione

Mandato istituzionale

L'A.S.L. TO 4 inquadra il proprio mandato istituzionale all'interno del contesto legislativo fondamentale del Servizio Sanitario della Regione Piemonte e del quadro normativo nazionale.

I decreti di riordino del Sistema Sanitario Nazionale n. 502/92, n. 517/93 e n. 229/99 hanno orientato il cambiamento attraverso:

- la distinzione tra la funzione di tutela della salute dei cittadini e quella di produzione/erogazione delle prestazioni necessarie a garantirla;
- l'individuazione dei livelli d'assistenza come riferimento per i diritti dei cittadini;
- la distinzione tra il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale e la remunerazione dei soggetti erogatori;
- la regionalizzazione;
- l'aziendalizzazione e l'accreditamento degli erogatori pubblici e privati.

Il Piano Sociosanitario Regionale 2012-2015 è lo strumento di programmazione integrato attraverso cui la Regione Piemonte intende proseguire il riorientamento del proprio modello di assistenza sanitaria e al quale l'A.S.L. TO 4 si ispira per la redazione del presente Documento.

Scopo e missione

La missione dell'A.S.L. TO 4 è di rispondere ai bisogni ed alle aspettative di salute dei cittadini gestendo in forma integrata con efficienza le risorse disponibili per garantire prestazioni integrate di prevenzione, cura e riabilitazione efficaci e appropriate, offerte con tempestività, in condizioni di sicurezza, nel rispetto degli utenti e degli operatori.

Per rispondere alla propria missione l'Azienda opera anche in collaborazione e alleanza con altri soggetti privati e pubblici, con il volontariato, con le istituzioni territoriali, con le parti sociali, operando con trasparenza e favorendo la partecipazione degli stakeholder nella definizione delle scelte e nella valutazione dei risultati.

L'Azienda persegue, inoltre, la valorizzazione del proprio capitale di tecnologie e di professionisti come competenze distintive dedicate alla gestione ed erogazione dei servizi sanitari.

Visione

La visione dell'A.S.L. TO 4 si caratterizza per la capacità di sviluppare sinergie all'interno del sistema sanitario regionale e con il contesto locale e sovrazonale, per realizzare una rete integrata di servizi finalizzata alla tutela salute, in un'ottica di miglioramento continuo, di

innovazione organizzativa, di sviluppo e valorizzazione delle professionalità nella logica della sostenibilità e del buon uso delle risorse.

Nel contesto della complessità aziendale, caratterizzata oltre che dalle dimensioni geografiche e dalla forte disomogeneità territoriale, anche dalla presenza di diverse Strutture Ospedaliere e Territoriali, la vision deve prevedere atti di programmazione che consentano la massima omogeneità aziendale al fine di garantire una uniformità di trattamento in linea con il profilo assistenziale erogabile.

Dichiarazioni etiche

Nel vigente ordinamento costituzionale italiano è centrale la posizione della persona umana, stante il principio fondamentale del riconoscimento e della garanzia dei diritti inviolabili dell'individuo che viene posto al vertice di detto ordinamento.

In tale ambito l'A.S.L. TO 4 promuove lo sviluppo di una comunità organizzata nei diversi contesti lavorativi e sociali aziendali, per sottolineare il preciso ruolo etico di tutti coloro che sono chiamati a fornire un servizio pubblico ai cittadini.

In tale ambito sono particolarmente rilevanti:

- lo sviluppo del capitale sociale aziendale, cioè il rafforzamento del suo tessuto valoriale, la fiducia e il rispetto reciproco tra i diversi attori;
- la condivisione ed interiorizzazione del modello di norme atte a regolare la reciproca convivenza;
- lo sviluppo e la diffusione all'interno delle Strutture di una cultura condivisa (valori, azioni, comportamenti, orientamenti strategici) in tema di gestione delle attività improntata in senso etico;
- la creazione di un comune interesse morale fra le persone che svolgono la loro vita sociale ed economica in un particolare spazio geografico e sociale;
- l'attivazione del circolo virtuoso tra comportamenti etici, salute individuale e collettiva, produttività sociale ed economica, buon uso delle risorse;
- la ricomposizione di un'unitarietà tra la vita sociale e la vita lavorativa di coloro che nella comunità vivono e lavorano, attraverso la costituzione di una rete etica territoriale;
- la valorizzazione della "persona" intesa come essere ricco di valori morali, con un deciso rispetto per la dignità propria e altrui, con la consapevolezza di un compito nella società che ha risvolti più ampi verso il raggiungimento di finalità collettive.

Finalità primaria è creare un sistema condiviso di valori etico-professionali, di logiche e di metodiche operative, che siano terreno comune delle differenti culture tecnico-specialistiche e ne favoriscano l'integrazione di approcci e di conoscenze lungo i processi diagnostici e clinico-assistenziali, diretti al raggiungimento degli obiettivi comuni.

Trasparenza e prevenzione della corruzione

L'Azienda intende garantire la massima trasparenza, dando applicazione ai principi contenuti nel D.Lgs. n. 150/2009 e nel D. Lgs. 33/2013.

A tal fine il sito aziendale costituisce strumento principale per fornire le informazioni al cittadino-utente che sono consultabili nell'apposita sezione.

L'Azienda adotta tutti gli strumenti necessari per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione, secondo le disposizioni previste nella legge 190/2012 e s.m.i.

A tal fine l'Azienda ha provveduto a nominare il Responsabile della prevenzione della corruzione nonché il Responsabile della trasparenza.

5.3. Albero della performance

L'albero della performance è una mappa logica che rappresenta, anche graficamente, i legami tra mandato istituzionale, missione, aree strategiche, obiettivi strategici e piani operativi (che individuano obiettivi operativi, azioni e risorse). In altri termini, tale mappa dimostra come gli obiettivi ai vari livelli e di diversa natura contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, al mandato istituzionale e alla missione. Essa fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della performance dell'Azienda.

L'albero della performance è una sezione fondamentale del presente Piano sia per la sua valenza di comunicazione esterna ed interna, sia per la sua valenza tecnica di "messa a sistema" delle due principali dimensioni della performance (ampiezza e profondità).

Nella logica dell'albero della performance il mandato istituzionale e la missione sono articolate in aree strategiche, a cui sono associati, laddove sia possibile la loro identificazione, gli outcome attesi.

L'albero della performance nell'ASL TO 4 ha per "radici le quattro prospettive della "balanced score card (BSC) e nella loro contestualizzazione all'ambito aziendale sanitario:

- la prospettiva finanziaria;
- la prospettiva dei clienti;
- la prospettiva dei processi interni;
- la prospettiva di apprendimento e crescita.

La prospettiva finanziaria

In generale, per l'Azienda Sanitaria pubblica no profit la prospettiva finanziaria si configura soprattutto come un vincolo anziché un obiettivo, in quanto deve razionalizzare il livello di spesa nell'ambito delle risorse predefiniti, ma comunque garantire i livelli assistenziali.

A Livello dell'ASL i primi riferimenti sono il contenimento dei costi e il buon uso delle risorse; l'obiettivo economico generale è migliorare il rapporto finanziamento/costo delle prestazioni; il riferimento è individuabile nella percentuale di copertura dei costi da parte dei ricavi aziendali a quota capitarla o a tariffe per le prestazioni erogate, che attesta in buona sostanza il rispetto delle risorse assegnate alla Azienda.

Per la valutazione dell'impiego del "capitale fisso, occorre analizzare l'utilizzo quantitativo delle grandi tecnologie, come ad esempio la rotazione dei posti letto di ricovero ordinario e di day hospital o delle sale operatorie o, ancora, l'uso delle apparecchiature biomediche.

La produttività degli operatori rappresenta un contesto delicato, su cui intervengono molteplici variabili: le specifiche valutazioni, per essere significative, dovrebbero essere effettuate sia per ogni categoria di personale (esempio: infermieri, medici, ecc.) sia per Struttura, incrociando le stesse con le unità di prodotto finale erogato in termini di pesi e di pesi equivalenti.

Gli stessi parametri possono essere utilizzati dalla Azienda nella valutazione dei risultati economici dei singoli Dipartimenti i quali, pur seguendo ciascuno una propria strategia, hanno come obiettivo l'equilibrio economico. La considerazione può essere estesa anche per le diverse Strutture Complesse.

Va ancora aggiunto che in tale contesto andranno ricercate tutti gli obiettivi/azioni di "cost saving", che rappresentano un area metodologicamente inesplorata delle Aziende Sanitarie.

L'incremento dei ricavi, per quanto riguarda i presidi ospedalieri delle ASL, dipende sia dalla quantità della produzione sia dalle tariffe di rimborso regionali dei ricoveri DRG e dalle tariffe ambulatoriali, che potranno rendere alcune attività più remunerative di altre. Va comunque considerato che l'incremento dei ricavi deve essere sotteso alla corretta modulazione delle prestazioni erogate sui bisogni veri della popolazione e alla ricerca nelle stesse prestazioni del congruo livello di appropriatezza.

Di certo molta responsabilità sull'andamento gestionale complessivo sarà attribuita anche ad attività che presentino un livello di copertura dei costi limitato, in quanto relative a prestazioni ad alto costo sociale. E' importante sottolineare che nella Sanità Pubblica, a differenza del settore privato, sussiste il dovere istituzionale di erogare ogni tipo di servizio atto a soddisfare i bisogni dei cittadino, anche se particolarmente oneroso e non economicamente conveniente.

Un elemento da non trascurare, sotto questo punto di vista, infine è rappresentato dalla corretta e completa rendicontazione delle attività svolte attraverso il sistema informativo esistente. In particolare il flusso relativo alle prestazioni ambulatoriali è in molte Aziende ottimizzabile, con le relative possibili ripercussioni positive sugli introiti.

La prospettiva del cliente

Tale prospettiva permette all'organizzazione di individuare le strategie per adeguare l'erogazione del servizio alle necessità del cliente e misurare la sua soddisfazione rispetto al servizio erogato.

In tal senso è necessario sviluppare una adeguata e sistematizzata analisi dei bisogni sanitari della popolazione. Fanno parte di questo processo, ad esempio, le attività relative allo studio dell'evoluzione della domanda, le analisi epidemiologiche sulla mortalità e sulla morbosità, le analisi demografiche, ecc.

In chiave di consolidamento del bacino di utenza, la "quota di mercato" esprime il numero di clienti, il numero di prestazioni, i ricavi complessivi relativi al segmento della popolazione che si rivolge al Servizio. Il tasso di attrazione definisce come l'Azienda svolge un ruolo di riferimento per quanto riguarda la produzione di specifici ricoveri/prestazioni. La fidelizzazione del cliente individua, in termini assoluti o relativi, il tasso col quale una Struttura conserva o mantiene i rapporti con i clienti. In tal senso una delle chiavi di lettura per l'ASL è rappresentata dalla mobilità passiva dei residenti, con particolare riferimento alle tipologie di ricoveri/prestazioni che possono essere comunque erogati dall'Azienda nel proprio ambito.

Al fine di mantenere la clientela nei segmenti di mercato individuati è necessario conservare i clienti già acquisiti in quei segmenti. La misura dell'acquisizione di clienti indica invece, in termini relativi o assoluti, il livello attraverso il quale un'Azienda ha consolidato specifiche attività.

Per gli utenti è importante un servizio puntuale ed un accesso facilitato alle cure; il fattore s'identifica sia nei tempi di attesa per prestazioni di ricovero o ambulatoriali, sia nella puntualità di erogazione del servizio. Un aspetto significativo è alla dimensione del tempo di risposta della Struttura alle necessità d'informazione avanzate dallo stesso paziente/cliente.

La soddisfazione del cliente valuta invece la esperienza positiva o negativa dei clienti a seguito dell'utilizzo del servizio. Le tecniche di valutazione della soddisfazione variano in fatto di costi e di valore aggiunto e devono comunque far parte del vissuto aziendale.

In ambito di Sanità Pubblica il rapporto costante negli anni con la popolazione di riferimento permette, in molti casi, di ispirare negli stessi pazienti/clienti un rapporto che va oltre gli aspetti tangibili del servizio erogato. Non a caso sta prendendo sempre più piede il concetto di "partnership" tra Azienda Sanitaria ed Utenti.

Non ultimo è da considerare il sistema di comunicazione che l'Azienda sviluppa verso gli utenti e i meccanismi di ascolto dei singoli e della comunità.

La prospettiva dei processi interni

Questa prospettiva orienta l'organizzazione verso la messa in atto di processi coerenti con la propria Missione, finalizzati alle richieste dei clienti e fondati sul pieno utilizzo delle risorse disponibili.

Lo sviluppo delle cure primarie e dell'integrazione tra Ospedale e Territorio è una delle aree più critiche e dunque di maggiore lavoro per le Aziende sanitarie. Per l'ASL tale dimensione rappresenta verosimilmente il fulcro su cui far convergere l'intero sistema aziendale. La logica dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali, in tal senso, rappresenta un modello di lavoro sempre più da perseguire.

Lo sviluppo delle attività di prevenzione è, allo stesso modo, una base da cui partire per qualunque attività di progettazione a lungo termine, orientando l'organizzazione ad individuare un sistema in grado di leggere i bisogni ed intervenire prima dell'insorgenza delle patologie prevenibili.

Il miglioramento dell'appropriatezza di utilizzo delle tecnologie nelle attività di produzione è uno dei grandi campi di intervento per una Azienda sanitaria.

L'appropriatezza clinica o specifica (diagnostica, terapeutica, ecc.), è la misura in cui un particolare intervento è sia efficace sia indicato per la persona che lo riceve.

L'appropriatezza organizzativa o generica, ad esempio l'appropriatezza delle giornate di degenza o dei livelli di effettuazione (ad es. domicilio, ambulatorio, day-hospital, ricovero) è invece il grado in cui un intervento che può essere più o meno appropriato dal punto di vista dell'appropriatezza clinica viene erogato al livello più gradito all'utente e/o meno costoso

Altrettanto prioritaria, in un sistema che spinge verso l'efficienza, è la garanzia dell'efficacia e della sicurezza delle cure attraverso lo studio dello sistematico degli "esiti" e quindi degli effettivi risultati di salute; ciò può risultare a priori complesso, sia perché alcune tipologie di eventi non permettono conferme statistiche affidabili, sia perché spesso non è sufficiente misurare gli esiti immediati (ad esempio, la sopravvivenza ad un episodio di malattia o ad un intervento chirurgico), ma è necessario verificare anche quelli a lungo termine.

Analogamente, in tale ambito si inseriscono le attività di gestione del rischio clinico e le azioni tese a garantire la sicurezza dei pazienti, del personale e dei visitatori.

La prospettiva di apprendimento e di crescita

La competenza del personale è altresì un fattore critico di successo, specialmente per le Aziende Sanitarie che si contraddistinguono per erogare servizi ad alto contenuto professionale.

Lo sviluppo delle competenze tecniche e gestionali del personale è uno dei contenuti più importanti nella strategia aziendale: qualunque azione non può prescindere da una adeguata formazione dei professionisti. In tale ambito ogni organizzazione e nello specifico l'ASL deve ricercare e mettere in atto un proprio modello formativo, coerente con i bisogni e con il target di riferimento rappresentato dai professionisti che in essa operano.

Con l'avvento dell'era dell'informatizzazione, quasi tutto il lavoro di routine è stato sottoposto ad automazione. In tal senso è importante il miglioramento dell'uso delle tecnologie informatiche e il controllo del livello di informatizzazione delle transazioni precedentemente manuali e relative a prenotazione ed accettazione dei pazienti, gestione delle attività amministrative e cliniche relative ai pazienti, gestione magazzini farmaci, gestione dei fornitori, ecc.

Non basta comunque la crescita professionale dei singoli, ma occorre che le loro competenze ed esperienze abbiano la massima diffusione nell'organizzazione verso tutti gli altri soggetti, che devono e possono utilizzarle con profitto. Analogamente le informazioni devono circolare adeguatamente nell'organizzazione ai diversi livelli e tra manager e professional.

L'assicurazione di un clima positivo e di un congruo sistema premiante sono le logiche conseguenze. L'obiettivo della soddisfazione della persona parte dalla premessa che il "morale" del singolo individuo è una condizione essenziale per l'aumento della produttività e della Qualità e del servizio offerto alla clientela, soprattutto per le Aziende Sanitarie nelle quali è usuale l'interazione diretta con il paziente/cliente.

Il clima organizzativo creato ai vari livelli è il risultato di diversi fattori, fra cui: l'autorevolezza dei dirigenti, il livello di decentramento decisionale e di responsabilizzazione, la trasparenza informativa, la capacità di motivare il personale e di riconoscerne l'impegno ed i risultati positivi, i meccanismi di ricompensa legati ai miglioramenti proposti. Il turnover del personale può essere considerato come uno degli elementi da considerare al riguardo.

Lo sviluppo delle nuove tecnologie è inquadrabile sotto diversi aspetti e comunque è uno dei fattori per la crescita dell'organizzazione: il Ciclo di vita di una tecnologia è un riferimento fondamentale che viene in qualche modo completato dalla curva di apprendimento.

La Qualità infine è la tecnologia per eccellenza. Lo sviluppo di un sistema di valutazione e miglioramento continuo è il principio guida irrinunciabile per ogni organizzazione. La creazione del Sistema di Gestione della Qualità (SGQ) dell'ASL rappresenta una tappa fondamentale nel processo di miglioramento continuo del servizio offerto ai propri Utenti e di valorizzazione del ruolo degli Operatori. Il SGQ, inteso come momento continuo di valutazione e miglioramento,

costituisce infatti uno strumento essenziale e contemporaneamente un importante stimolo per il perseguimento ed il raggiungimento degli obiettivi insiti nella mission aziendale.

Costruzione dell'albero della performance

Definire la strategia significa porre le fondamenta per individuare gli obiettivi di medio e lungo termine per l'Azienda nel suo complesso, per le funzioni rappresentative dei livelli assistenziali, per le singole Unità che la costituiscono (Dipartimenti e Strutture complesse e semplici).

Per un'Azienda come l'ASL Torino 4 la strategia deve mirare a consolidare le attività esistenti, ma anche a rivederle in misura orientata ai bisogni emergenti degli utenti.

In questo senso gli orientamenti sono:

- a breve termine, incrementare l'efficacia e l'efficienza dei processi operativi esistenti ottimizzando l'uso delle risorse
- a medio termine, focalizzarsi sulle esigenze dei propri stakeholder, sviluppando così i loro rapporti con l'Azienda e cercando di dare soluzione in tempi rapidi ai loro problemi specifici
- a lungo termine, assicurare una continua risposta ai bisogni sanitari della popolazione, armonizzando il momento preventivo, diagnostico, terapeutico e riabilitativo ed integrando la risposta ospedaliera con quella territoriale.

E' necessaria dunque una coerenza logica nell'organizzazione e l'implementazione delle attività secondo uno specifico ordine interno, che si è concretizzata nell'ASL TO4 nella modellizzazione della mappa strategica e dell'albero della performance.

La mappa strategica si colloca al vertice del sistema di BSC in quanto vuole rappresentare le aspirazioni dell'organizzazione e di chi in essa lavora ai diversi livelli. In particolare una corretta formulazione della mappa strategica pone le basi per evidenziare gli obiettivi e le misure driver, ovvero quelle misure che sono in grado di segnalare il reale raggiungimento degli obiettivi così come enunciati.

Le quattro dimensioni della BSC sottendono e sono funzionali alle macrofunzioni aziendali (tutela, servizio, produzione), tipiche di un Azienda territoriale che presenta al suo interno anche i presidi ospedalieri.

La modellizzazione della mappa strategica deve orientare l'organizzazione dove realmente è necessario, soprattutto se si pensa che in un contesto complesso come quello attuale l'affinamento tecnologico e gestionale ha permesso di sviluppare una molteplicità di approcci differenti, più o meno utili.

Ma la mappa strategica va costruita ed interpretata anche come una sorta di diagramma causa-effetto, in quanto vuole definire le priorità strategiche dell'Azienda e le loro relazioni, nella catena del valore che attraversa l'innovazione e sviluppo, i processi, i clienti verso la prospettiva economica finanziaria.

E' chiaro che la definizione delle relazioni, se in alcuni casi è immediata in altri casi risulta di più difficile effettuazione, ma comunque è uno degli spunti originali della BSC su cui lavorare nella progettazione

Nella figura che segue viene presentato l'albero della performance dell'ASL TO 4.

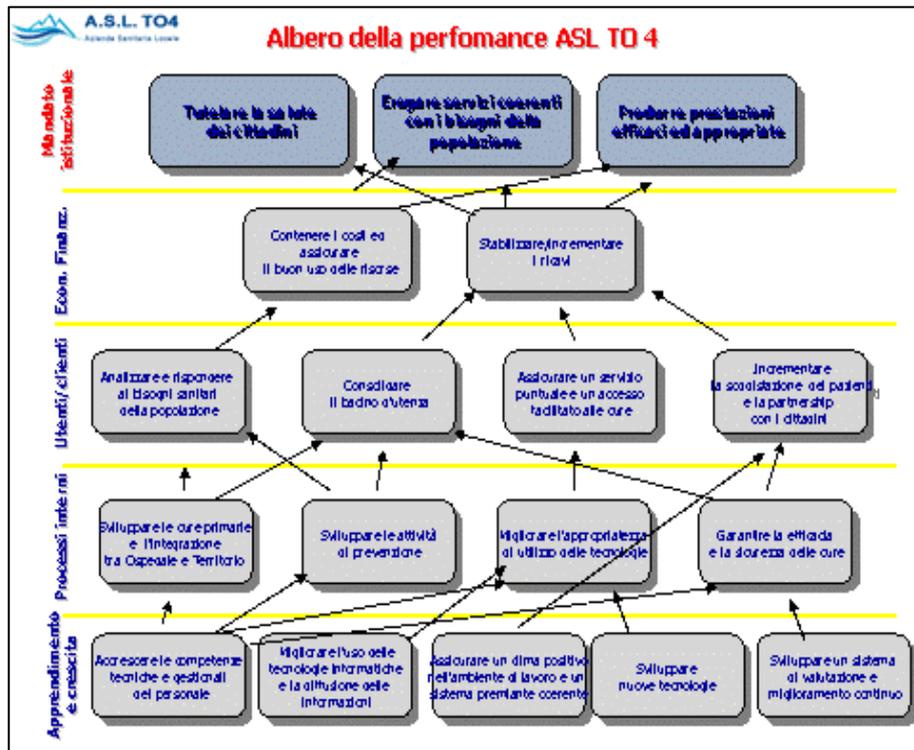


Figura. Albero della performance ASL Torino 4

La logica causa ed effetto dovrebbe ispirare la costruzione della mappa strategica in tutte e quattro le sue prospettive e quindi la definizione successiva della scheda di valutazione bilanciata.

Per esempio il miglioramento nella prospettiva economico-finanziaria può essere legato a diversi determinanti, tra cui la fedeltà dei clienti o la capacità di attrazione che una specifica Struttura offre.

E' necessario allora chiarire che cosa influisce prevalentemente su tali determinanti; in tale ambito può diventare decisivo il tema dell'accessibilità e quindi dei tempi d'attesa o, anche, dei risultati in termini di "outcome" che quella Struttura riesce a raggiungere (prospettiva del cliente).

Ma su queste componenti si innescano i buoni processi clinici e gestionali (prospettiva dei processi), che possono essere frutto di un efficace sistema formativo che la Struttura ha messo in atto o, anche, dello snellimento delle procedure ottenuto attraverso lo sviluppo del sistema informatico o, ancora, della presenza di una specifica tecnologia biomedica innovativa (prospettiva di apprendimento e crescita).

In sintesi, in questo scenario la mappa strategica e l'albero della performance si collocano al vertice della scala dei valori in quanto permettono di orientare tutto il sistema a valle, in modo da condizionare positivamente lo sviluppo non solo dell'Azienda stessa, ma anche del contesto in cui questa opera.

Ovviamente questo approccio non comporta l'abbandono delle più tradizionali funzioni aziendali, che mantengono il loro preciso ruolo nel contesto del sistema, ma eventualmente un loro ridisegno.

6. ANALISI DEL CONTESTO

Questa sezione del Piano ha ad oggetto l'analisi del contesto interno ed esterno, i cui contenuti discendono dalla fase del processo di definizione del Piano.

L'analisi del contesto è un processo conoscitivo che un'amministrazione pubblica dovrebbe compiere nel momento in cui si accinge 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.

L'efficacia e l'effettiva utilità di un'analisi di contesto dipendono in modo determinante dalla capacità di delimitare il campo di indagine alle condizioni, ai fenomeni ed agli stakeholder che influenzano significativamente le strategie.

L'analisi del contesto deve quindi essere finalizzata all'acquisizione di un numero chiuso di dati, informazioni e indicatori e a tal fine è necessario preliminarmente individuare e delimitare gli obiettivi specifici dell'analisi, valutando la disponibilità e l'accessibilità dei dati, il tempo a disposizione e il livello di approfondimento necessario.

Gli ambiti e profili di un processo di analisi del contesto sono molteplici e molto differenti tra loro dal momento che le forze e le tendenze che sono in grado di influenzare le strategie sono numerose.

Uno strumento utile di supporto per rappresentare i risultati dell'analisi del contesto interno ed esterno è costituito dall'analisi SWOT. Essa consente di ottenere una visione integrata degli esiti delle due fasi in cui è possibile scomporre l'analisi del contesto:

- a) analisi del contesto esterno;
- b) analisi del contesto interno.

Fase del processo e soggetti coinvolti

L'analisi del contesto deve essere sviluppata in modo tale da garantire obiettività di analisi e ampia partecipazione sia da parte della Struttura organizzativa, sia degli stakeholder esterni.

In particolare, gli attori coinvolti sono:

- strutture di staff;
- dirigenti o responsabili apicali dei vari uffici;
- stakeholder esterni;
- stakeholder interni.

Le strutture di staff (quali, ad esempio, l'ufficio del controllo di gestione, l'ufficio di pianificazione e programmazione) redigono i rapporti di analisi e ne garantiscono l'obiettività e l'accuratezza tecnica.

Per le loro analisi, in alcuni casi le strutture di staff possono essere supportate da soggetti esterni. I dirigenti o responsabili apicali e i portatori di interesse sono gli attori che definiscono le dimensioni che debbono essere prese in considerazione nelle analisi di contesto. In assenza di strutture di staff, sono gli stessi dirigenti o responsabili apicali che sviluppano le analisi di contesto dal punto di vista tecnico.

6.1. Analisi del contesto esterno

L'analisi del contesto esterno favorisce l'individuazione e valutazione delle variabili significative dell'ambiente in cui si inserisce l'organizzazione. Le "opportunità" sono fattori di contesto esterno da cogliere per migliorare la performance.

L'analisi del contesto esterno può essere condotta a due livelli: generale e specifico.

L'analisi del contesto generale riguarda variabili di tipo economico, sociale, tecnologico ed ambientale, laddove significative, tenendo conto delle peculiarità organizzative di ogni amministrazione.

L'invecchiamento progressivo della popolazione comporta la crescita esponenziale del bisogno di servizi sanitari e socio sanitari, legata alla crescente complessità delle patologie che caratterizzano i processi degenerativi e la cronicizzazione delle forme morbose.

Dal punto di vista demografico, la popolazione dell'ASL TO ha subito negli ultimi anni un incremento di circa l'1 %, con un trend in flessione dal 1999 al 2004, per poi ricominciare a salire fino al dato del 2008.

Nella figura che segue viene presentata la piramide di età della popolazione dell'ASL TO 4.

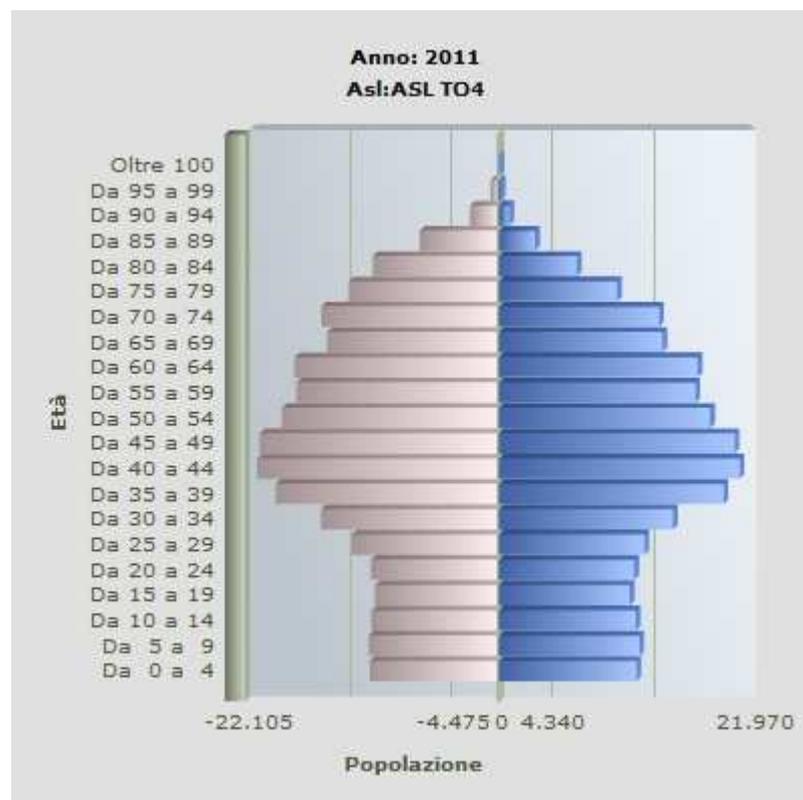


Figura. Piramide di età della popolazione dell'ASL TO 4 (anno 2011)

La popolazione femminile risulta, al termine del periodo temporale considerato, più numerosa di quella maschile del 6,9%. Nell'arco temporale osservato, per ciascun sesso, si è avuto un incremento dello 0,7% per gli uomini e del 1,6% nelle donne.

In questi anni, nei maschi la distribuzione all'interno delle fasce d'età si è mantenuta costante; mentre nelle femmine si è allargata la forma della piramide nelle fasce superiori, indicatore di un invecchiamento maggiore della popolazione femminile.

Secondo i dati anagrafici relativi alla popolazione residente dell'ASL TO 4, ricavati dalla Banca Dati Demografica Evolutiva della Regione Piemonte e da Demografia in cifre dell'ISTAT, il Distretto 1 (Ciriè) occupa il I posto per numerosità, dopo il Distretto 5 (Ivrea) residenti. Segue il Distretto 3 (Settimo T.se), al IV rango quello di Cuornè, al V e VI rango i Distretti 2 e 4 (Chivasso e San Mauro) dell'ASL TO 4. I residenti di sesso femminile sono più numerose in tutti i distretti dell'ASL TO 4 con un differenziale maggiore nel Distretto 5, quindi nel 4 e in ordine decrescente, nel 6, nel 3, nel 2 e nell'1.

Per quanto riguarda le fasce d'età, quella maggiormente rappresentata, in tutti i distretti, è quella 14_49 anni (con un range dal 47,63% del Distretto di Settimo T.se al 45,33% del Distretto di Cuornè), seguita dalla fascia di età 50_64 che rappresenta il 20,25% della popolazione totale di tutta la ASL TO 4.

Per quanto riguarda la popolazione anziana (età \geq 64anni), il distretto più vecchio dell'ASL TO 4 è quello di Ivrea seguito da quello di Cuornè (rispettivamente con una % di popolazione anziana del 24 e del 22%), seguiti dal Distretto di Ciriè, di San Mauro e di Chivasso. La percentuale minore di popolazione anziana si riscontra nel distretto di Settimo T.se. Il distretto che comunque è invecchiato di "più" nell'arco temporale 1998-2008 è quello di Settimo T.se, seguito da quello di San Mauro e di Ciriè. I Distretti di Ivrea e Cuornè avevano già, in partenza, una popolazione più vecchia.

L'indice di vecchiaia dell'ASL TO 4 indica che nella popolazione residente sono presenti 61 individui di età superiore ai 64 anni ogni 100 individui esclusa la fascia di età 0_14 anni.

La variazione percentuale del periodo 1998_2008 ha registrato un incremento del 9,24% superiore a quello che si è verificato nella Regione Piemonte (5,48%) con un differenziale di + 3,76%.

Il Distretto 5 (Ivrea) risulta essere il più vecchio dell'ASL TO 4, seguito dal Distretto 6 (Cuornè). Entrambi i distretti appartengono alla ex ASL 9. Seguono, per indice di vecchiaia, i Distretti di Chivasso, Ciriè S.Mauro. Il Distretto più giovane risulta essere quello di Settimo Torinese.

In particolare nel Distretto 5, nel periodo osservato, l'incremento è risultato essere del 6,50% superiore a quello registrato, nello stesso periodo, in Si osserva, in tutti i Distretti dell'ASL TO 4, un aumento dell'indice di dipendenza con un incremento costante del carico assistenziale degli anziani sulla popolazione attiva.

In tale ambito il distretto 5 esprime il maggior peso della popolazione anziana su quella attiva essendo una popolazione Strutturalmente "vecchia"; l'incremento temporale maggiore si osserva nei distretti D3 e D4, che inizialmente presentavano una popolazione più giovane

Per quanto riguarda invece l'aspetto epidemiologico, a seguito alla costruzione dei primi Profili di salute dei 6 Distretti dell'ASL, utilizzando l'indicatore classico di mortalità, sono emerse alcune criticità.

Per il distretto 1-Ciriè le malattie cardiovascolari sono responsabili del maggior numero di decessi "significativi" nel periodo 1992-2006, rappresentando una quota di circa l'83% dei decessi. La loro distribuzione nel periodo di tempo è costante mantenendosi significativa anche nell'ultimo anno, di cui si hanno a disposizione i dati.

L'SMR, vale a dire il rischio di morire per questa causa, ha subito una costante riduzione nel corso del tempo così come il Tasso Grezzo (vale a dire il numero di decessi per 100.000 residenti) ed il tasso standardizzato.

Dai dati relativi al periodo 1980-2003 triennali, si evidenziano anche, alcuni eccessi significativi per quanto concerne le patologie cardiovascolari e cerebrovascolari, la mortalità per asma e patologie correlate, quasi sempre concentrate nel territorio di Lanzo; mentre nell'ambito delle patologie prevenibili i valori sono al disopra della media regionale

Il Distretto 2 -Chivasso, considerato nel suo complesso, presenta, secondo i dati di mortalità più recenti a disposizione, una significatività degli indicatori per quanto riguarda i decessi per cause legate a malattie dell'apparato digerente; peraltro la significatività degli indicatori per questi decessi compare per la prima volta nella serie storica presa in considerazione (1992-2006) dalla quale scompaiono come significativi, alla luce dei dati più recenti a disposizione, i valori degli indicatori relativi ai decessi per malattie dell'apparato cardiocircolatorio, i cui valori risultavano esserlo negli anni 1999-2001 e 2003. In particolare i decessi per malattie dell'apparato digerente sono a carico della popolazione con un indice di vecchiaia leggermente più alto di quello generale del distretto. Per il D 2 -Chivasso sono quindi patologie importanti quelle dell'apparato digerente, il tumore della mammella per il quale fino al 2003 l'RMS era significativo, e le patologie dell'apparato circolatorio per le donne.

Nel periodo 1980-2003 si rilevano anche eccessi non significativi per le patologie prevenibili con azioni di prevenzione primaria (modifica degli stili di vita: miglioramento della nutrizione, diminuzione del fumo ecc) per le donne, mentre per gli uomini si rileva un eccesso sempre non significativo per le patologie prevenibili con la prevenzione secondaria (diagnosi precoce: screening) e per le quali si coglie anche un trend in aumento (da 17.5 a 20.6).

Eccessi per tumore delle vie aeree, del colon e da incidenti da trasporto nei maschi, del tumore del retto nelle femmine e delle patologie cerebrovascolari in entrambi i sessi sono altri aspetti da sottolineare.

Pur non essendo significativi per l'anno 2006, vanno comunque presi in considerazione, in relazione al tasso grezzo che esprime l'impatto reale esercitato sulla popolazione residente in un territorio da una causa di morte, i decessi per malattie dell'apparato circolatorio e per tumori maligni.

Il Distretto 3-Settimo, evidenzia un eccesso significativo per il genere maschile relativo alla mortalità per malattie infettive ed un lieve eccesso per le patologie prevenibili con diagnosi precoce, anche se non significativo. L'andamento regionale in decrescita di queste patologie, nel distretto si manifesta in modo più altalenante, sia per i maschi che per le femmine. Si evidenzia poi ancora un eccesso non significativo (numeri molto piccoli) per AIDS e un eccesso significativo per le patologie tumorali dei polmoni e prime vie respiratorie nel sesso maschile.

L'eccesso di mortalità per queste patologie è presente su tutta l'ASL TO 4, anche se non significativo, ed è più marcato per gli uomini. Nel D 4-San Mauro le femmine registrano un lieve eccesso non significativo sulle patologie prevenibili con la prevenzione primaria.

Per la mortalità dovuta ai Tumori polmone bronchi trachea, il tasso standardizzato nell'ASL TO 4 è in crescita dall'1980, con un raddoppio nel sesso femminile, mentre nel D4- San Mauro tale crescita, si evidenzia particolarmente nelle donne con un aumento di 6.4 punti percentuali dall'1980 al 2003, mentre l'SMR è in lieve eccesso sebbene non significativo.

Il tasso di mortalità per il tumore dello stomaco è in decremento sia nella Regione che nell'ASL TO 4, mentre nel D di San Mauro, l'andamento negli anni è più altalenante e gli SMR femminili e maschili sono in eccesso seppur su numeri molto piccoli che non danno valore statisticamente significativo.

Il trend di mortalità per T. della mammella che vede a livello regionale un possibile inizio di diminuzione a partire dal 98-00, ha nel distretto di San Mauro un andamento meno netto e altalenante con valori superiori a quelli di ASL e di Regione, seppur l'SMR non sia significativo. Si rileva ancora un eccesso non significativo nel sesso femminile per le patologie "fumo correlate", gli "incidenti e trasporti" e le "bronchiti, asma, ecc".

Per i distretti 5-Ivrea e 6-Cuornè, le cause di morte significative dei comuni collocati nella fascia di pianura riguardano il sesso maschile e sono rappresentate dalle malattie alcool correlate che presentano tassi standardizzati decisamente superiori al tasso regionale, determinando un SMR significativo con un rischio di morte (morti attese) decisamente superiore (+ 74% e + 43%) allo standard.

Nei comuni collocati nell'area montana, spicca invece il dato, estremamente significativo, dei decessi correlati, nel sesso maschile, alle cause accidentali, con un valore di SMR di più del doppio rispetto al riferimento (100). Valori significativi, sempre per il sesso maschile, si hanno per i decessi correlati alle malattie alcool correlate (+ 83% di morti attese rispetto al riferimento) ed alle malattie dell'apparato cardiocircolatorio (+ 59% del valore dell' SMR).

Nel sesso femminile le cause di morte significative sono in relazione alle malattie alcool correlate, con un valore significativo di circa + 50% rispetto al riferimento (100).

Utilizzando invece gli indicatori di ricovero ospedaliero emergono ancora gli aspetti di seguito evidenziati.

Per il Distretto 1-Ciriè complessivamente le patologie cardiovascolari e del sistema nervoso sono le prime cause di ricovero rispettivamente per il sesso maschile e femminile, seguite dalle patologie dell'apparato digerente per gli uomini e dall'apparato circolatorio per le donne. Le prime tre cause per i due sessi sono le stesse anche se con renge differente.

Per il Distretto 2-Chivasso le patologie dell'apparato circolatorio sono la prima causa di ricovero per gli uomini e la terza per le donne, quasi alla pari per queste ultime con l'apparato osteomuscolare. Nelle donne invece la causa prima di ricovero sono le patologie del sistema nervoso.

Per il Distretto 3-Settimo nei maschi i tassi di ricovero maggiori sono relativi all'apparato cardiocircolatorio seguito dall'apparato digerente e quindi dall'apparato respiratorio. Per le femmine è sempre prevalente il ricovero per patologie dell'apparato circolatorio seguite invece dal sistema nervoso e dal genitourinario.

Per il Distretto 4-San Mauro l'apparato circolatorio è la prima causa di ricovero tra gli uomini, mentre tra le donne la prima causa è la patologia del sistema nervoso, a seguire l'apparato digerente e respiratorio nei maschi le patologie del l'apparato genitourinario e circolatorio nelle femmine. Per i Distretti 5 e 6 di Ivrea e Cuornè i ricoveri relativi alle malattie dell'apparato respiratorio rappresenta la situazione più critica per quanto riguarda la morbosità. Infatti negli uomini il rischio relativo è superiore per quanto riguarda la letalità, i ricoveri prolungati e la degenza in rianimazione e per le donne: rischio relativo superiore per quanto riguarda la letalità, i ricoveri non programmati, i ricoveri prolungati e la degenza in rianimazione.

E' evidente che le morbosità messe in evidenza dagli indicatori tradizionali sottolineano come intervenendo sulla prevenzione sia primaria, modificando quindi stili di vita a rischio, e su quella secondaria, (screening validati), si possa incidere sulle principali cause di mortalità e ricovero ospedaliero.

6.2. Analisi del contesto interno

In modo particolare l'analisi del contesto interno riguarda le seguenti quattro dimensioni:

- 1) organizzazione;
- 2) risorse strumentali ed economiche;
- 3) risorse umane;
- 4) "salute finanziaria".

La dimensione "organizzazione" comprende l'organigramma, l'individuazione delle responsabilità (centri di responsabilità) e, ove presenti delle "corresponsabilità", l'articolazione territoriale dell'amministrazione, il personale in servizio, ecc..

L'ambito di analisi interna riconducibile alle "risorse strumentali ed economiche" è attinente alla ricognizione delle infrastrutture, tecnologiche e non, strumentali al raggiungimento degli obiettivi.

Organizzazione

L'organigramma dell'ASL TO 4 è di seguito esplicitato, in modo particolare per quanto riguarda l'assetto dipartimentale.

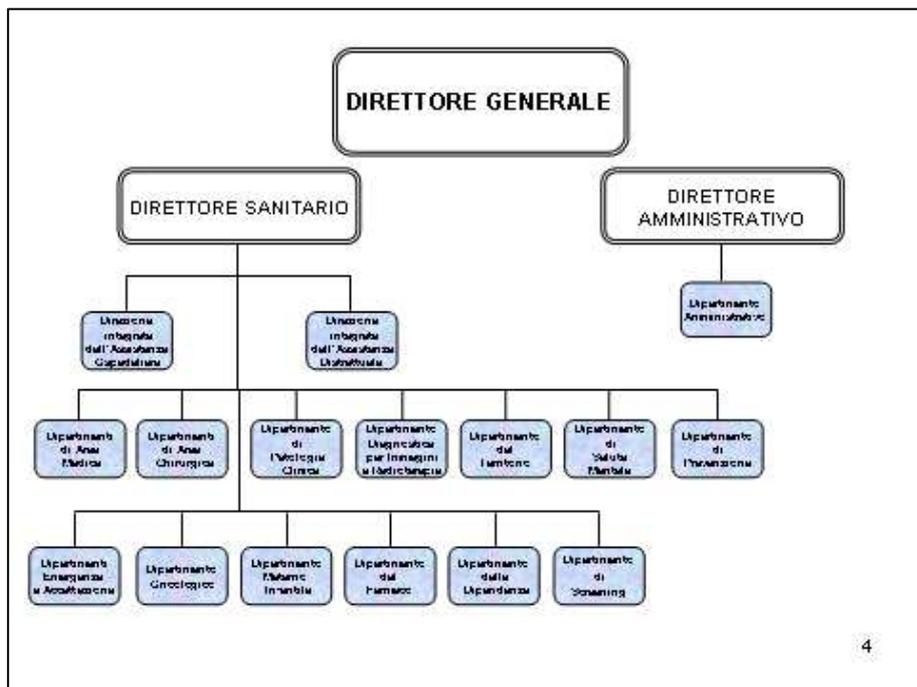


Figura. Organigramma ASL TO 4 (gennaio 2014)

Risorse edilizie e strumentali

Per quanto riguarda le risorse edilizie, nella tabella che segue sono presentati i principali edifici di proprietà dell'ASL TO 4.

N°	INDIVIDUAZIONE IMMOBILE			USO ATTUALE
	CAP	COMUNE	UBICAZIONE (via-corso-viale-largo-frazione-località-n° civico)	
1	10073	Ciriè	Via Battitore 7	ospedale
2	10073	Ciriè	Via Lanzo 65	uffici ASL, micronido, cabina elettrica
3	10073	Ciriè	Via Biaune 23/A	RSA
5	10073	Ciriè	Via Giuseppe Mazzini 13	servizi amministrativi e sanitari
6	10073	Ciriè	Via Cavour 29	servizi amministrativi+box auto
7	10073	Ciriè	Via Cavour 29/A	servizi sanitari + box
8	10070	Barbania	Via Ferreri 69	servizi sanitari
10	10072	Caselle T.se	Via Girolamo Savonarola 12	poliambulatorio
12	10074	Lanzo T.se	Strada dell'Eremito 60	RSA, servizi amministrativi e sanitari e chiesa non in uso
13	10074	Lanzo T.se	Via Bocciarelli 2	C.S.M.+ poliambulatorio + magazzino + edificio Provincia
15	10077	San Maurizio C.se	Strada Ceretta Inferiore 93/A	RSA
16	10070	Varisella	Via Fiano 13/A	RSA
17	10034	Chivasso	Via Marconi 13	veterinari + SPRESAL + magazzino e cortile
18	10034	Chivasso	Corso Galileo Ferraris 3	ospedale
19	10034	Chivasso	Via Blatta 10	C.S.M. edificio di 4 appartamenti
20	10034	Chivasso	Via Po 11	servizi amministrativi e sanitari
21	10034	Chivasso	Via Nino Costa 43	poliambulatorio
22	10034	Chivasso	Via Clara	parccheggio (attualmente area interessata dall'ampliamento ospedale Chivasso)
23	10090	Fogizzo	Via Olivero 19	RSA
24	10090	Gassino T.se	Via Foratella 22	poliambulatorio
25	10044	Leini	Via G. di Vittorio, 69/71 (ex Martiri del Cudine)	SER.T. (centro diurno)
26	10090	San Mauro T.se	Via Mezzaluna 55-55/a	RSA
27	10036	Settimo T.se	Strada Caterina (Cascina Bordina)	ospedale di settimo (SAAPA)
29	10036	Settimo T.se	Via Don Luigi Paviolo 5-7	Poliambulatorio: Ser.T, alcolgia e psichiatria
30	10036	Settimo T.se	Via Leini 70	poliambulatorio
32	10036	Settimo T.se	Via Vercelli 20	RSA
33	10036	Settimo T.se	Via Regio Parco 64	Veterinari + SPRESAL + Igiene + Ser.T (dipartimento di prevenzione)
36	10020	Verrua Savoia	Loc. San Giovanni 64-65	C.S.M.
37	10088	Volpiano	Piazza Cavour 2	poliambulatorio
38	10015	Ivrea	Corso Costantino Nigra 37	poliambulatorio
39	10015	Ivrea	Corso Costantino Nigra 35	Ser.T
40	10015	Ivrea	Via Gobetti 2	comunità alloggio + box
41	10015	Ivrea	Via Gobetti 19-19/A	servizi sanitari + deposito
42	10015	Ivrea	Piazza della Credenza 2	ospedale
43	10015	Ivrea	Via Guglielmo Jervis 11	Fisioterapia
44	10015	Ivrea	Via San Giovanni Bosco 15	centro terapie psichiatriche
45	10015	Ivrea	Vicolo Beata 1	Anatomia patologica
46	10015	Ivrea	Via Lago San Michele	terreni edificabili
47	10010	Albiano d'Ivrea	Vicolo Lo Maglio 1	servizi sanitari
48	10012	Bollengo	Via Cossavella 36	servizi sanitari
49	10014	Caluso	Via Roma 22	poliambulatorio
50	10014	Caluso	Via Cesare Battisti 1	RSA
51	10014	Caluso	Regione Macellio	bosco
52	10081	Castellamonte	Piazza Pietro Nenni 1	ospedale
53	10082	Cuornè	Piazza Mussatti 5	ospedale
54	10082	Cuornè	Piazza Gino Viano detto "Bellandy", 1 (ex Via Gramsci 5)	poliambulatorio
56	10084	Forno C.se	Via Trucchetti 22	servizi sanitari distrettuali
58	10085	Pont C.se	Piazza XXV Aprile 2	poliambulatorio
59	10086	Rivarolo C.se	Via Piave 3	poliambulatorio
61	10086	Rivarolo C.se	Via Ospedale 10	servizi sanitari e C.S.M.

Tabella. Principali edifici di proprietà dell'ASL TO 4.

Altresì nella tabella che segue sono presentate alcune tra le principali dotazioni tecnologiche dell'ASL TO 4 e le relative sedi.

Classe	Tit. possesso	Sede	Centro di costo
TOMOGRFO COMPUTERIZZATO	PROPRIETA'	OSPEDALE CIVILE DI IVREA	SERV. RADIOLOGIA IVREA
COMPUTERIZZATO PER	PROPRIETA'	OSPEDALE CIVILE DI IVREA	SERV.RADIOTERAPIA IVREA
TOMOGRFO COMPUTERIZZATO	PROPRIETA'	OSPEDALE CIVILE DI CUORGNÈ	SERV. RADIOLOGIA CUORGNÈ
TOMOGRFO COMPUTERIZZATO	PROPRIETA'	OSPEDALE CIVILE DI CIRIÈ	SERV. RADIOLOGIA CIRIÈ
TOMOGRFO COMPUTERIZZATO	PROPRIETA'	OSPEDALE CIVILE DI CHIVASSO	SERV. RADIOLOGIA CHIVASSO
TOMOGRFO COMPUTERIZZATO	PROPRIETA'	OSPEDALE CIVILE DI CHIVASSO	SERV. RADIOLOGIA CHIVASSO
RISONANZA MAGNETICA	PROPRIETA'	OSPEDALE DI CIRIÈ	SERV. RADIOLOGIA CIRIÈ
RISONANZA MAGNETICA	DI TERZI	OSPEDALE DI CHIVASSO	SERV. RADIOLOGIA CHIVASSO
ACCELERATORE LINEARE	PROPRIETA'	OSPEDALE CIVILE DI IVREA	SERV.RADIOTERAPIA IVREA
ACCELERATORE LINEARE	PROPRIETA'	OSPEDALE CIVILE DI IVREA	SERV.RADIOTERAPIA IVREA

Tabella. Alcune tra le principali dotazioni tecnologiche dell'ASL TO 4

Risorse umane

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

L'analisi delle risorse umane può essere condotta con un approccio di genere. L'utilizzo degli indicatori tipici del capitale intellettuale facilitano la comprensione, anche verso l'esterno, della qualità oltre che della quantità di capitale umano disponibile.

Nella tabella che segue è presentato la dotazione in personale dell'ASL TO 4, suddiviso per ruolo, al 31.12.2012.

ASL TO4	Personale in servizio al		
	31.12		
Anno 2013			
	RUOLO	T.DET.	
Dirigenza Medica	685	14	699
Dirigenza non medica ruolo sanitario	77	0	77
Dirigenza non medica ruolo tecnico	1	0	1
Dirigenza non medica ruolo professionale	2	0	2
Dirigenza non medica ruolo amministrativo	12	0	12
Comparto ruolo sanitario	2.052	4	2.056
Comparto ruolo professionale	0	0	-
Comparto ruolo tecnico	919	0	919
Comparto ruolo amministrativo	579	0	579
TOTALE	4.327	18	4.345
	4.345		

Tabella. Dotazione in personale dell'ASL TO 4, suddiviso per ruolo, al 31.12.2013.

Sono, ad esempio, strumenti di analisi del contesto interno: le indagini del benessere organizzativo, l'analisi delle competenze, l'analisi del capitale intellettuale, le analisi di salute organizzativa, l'analisi di salute finanziaria, economica e patrimoniale, ecc.

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

Salute finanziaria

Lo stato di "salute finanziaria", l'analisi organizzativa e la ricognizione quantitativa e qualitativa delle risorse strumentali, economiche e umane disponibili condizionano il raggiungimento degli obiettivi strategici e degli obiettivi operativi.

In tale contesto la cognizione dello stato di "salute finanziaria" deve essere inteso in termini di equilibri finanziari, economici e patrimoniali, tenendo conto dei vincoli di bilancio e dei sistemi contabili propri di ogni amministrazione. A tal fine è utile anche un'analisi per indici che faccia facilmente emergere situazioni di miglioramento o di peggioramento rispetto agli anni precedenti e ad amministrazioni confrontabili (benchmarking).

L'ASL elabora i propri bilanci in ottemperanza alle disposizioni regionali in materia di contabilità (DGR n. 29-24445 del 28/04/1998).

Le modalità di redazione del bilancio, che si devono conformare anche ai principi contabili nazionali e alle disposizioni civilistiche, sono state di recente oggetto di rivisitazione da parte del legislatore con il D. Lgs 118/2011, che vedrà applicazione, secondo le istruzioni regionali, a partire dall'1/1/2012.

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 predispose bilanci trimestrali e bilanci mensili, in conformità alle disposizioni nazionali e regionali

Punti di forza, punti di debolezza, minacce

Sviluppare l'analisi del contesto interno significa individuare i punti di forza e i punti di debolezza dell'organizzazione e le specifiche "minacce".

In tale appaiono particolarmente rilevanti i punti di seguito illustrati.

Punti di forza:

- avvio del percorso di rinnovamento del sistema aziendale;
- trend di riequilibrio economico, conseguito attraverso interventi di: efficienza della spesa per beni e servizi (centralizzazione degli acquisti e gare consorziate);
- miglior controllo dei costi, attraverso sistemi metodologici concernenti i tetti di spesa e budget per attività di erogazione diretta ed indiretta (strutture aziendali e/o private accreditate); razionalizzazione della spesa per il personale, quale logica conseguenza della razionale riorganizzazione aziendale;
- miglioramento di alcuni indicatori di appropriatezza.

Punti di debolezza:

- territorio ampio e disomogeneo
- sedi di erogazioni dei Servizi distanti tra loro, non sempre facilmente raggiungibili con mezzi pubblici
- percorsi di difficile attuazione nella gestione di problematiche derivanti ancora dall'accorpamento delle tre ex Aziende
- duplicazioni di attività non correlate ai bisogni ed attività inferiore ai volumi minimi in taluni casi
- procedure ancora disomogenee in alcuni ambiti

Minacce:

- la progressiva riduzione delle risorse potrebbe creare difficoltà al mantenimento dei livelli assistenziali.

7. OBIETTIVI STRATEGICI

La strategia è la riflessione di insieme che orienta la scelta degli obiettivi e che indica le modalità con le quali l'amministrazione intende perseguirli. All'interno della logica dell'albero della performance, le aree strategiche sono declinate in uno o più obiettivi strategici (comunque in un numero limitato) per i quali l'organizzazione è responsabile. Essi sono programmati su base triennale.

Per obiettivi strategici si intendono obiettivi di particolare rilevanza rispetto ai bisogni ed alle attese degli stakeholder, programmati su base triennale, aggiornati annualmente sulla base delle priorità politiche dell'amministrazione.

Fra gli obiettivi strategici da considerare all'interno dell'albero della performance va inserita anche la dimensione dell'efficienza ed efficacia complessiva dell'attività istituzionale ordinaria, ossia di quella parte di attività che ha carattere permanente, ricorrente o continuativo, pur non avendo necessariamente un legame diretto con le priorità politiche.

Nell'attività ordinaria vengono inoltre ricompresi generalmente quei processi di lavoro che hanno come finalità il funzionamento dell'organizzazione.

L'albero della performance: il collegamento fra mandato aree strategiche e obiettivi strategici

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 Unità Operative.

Inoltre, fra gli obiettivi e le strategie da inserire nel Piano deve essere prestata particolare attenzione alla tematica delle pari opportunità, richiamata tra l'altro negli ambiti di valutazione della performance.

Agli obiettivi strategici sono associati uno o più indicatori, avendo cura che nel loro complesso tali indicatori comprendano tutti gli otto ambiti di misurazione e valutazione della performance di cui all'articolo 8 del decreto.

Fase del processo

La definizione degli obiettivi strategici ha lo scopo di tradurre l'identità (mandato e missione) - che si legge nella parte alta dell'albero della performance - in obiettivi che devono rispettare le caratteristiche metodologiche individuate nell'articolo 5, comma 2, del decreto.

In tale fase assumono un ruolo decisivo i seguenti attori:

- organo di indirizzo politico-amministrativo, che definisce obiettivi, priorità, piani, programmi e direttive generali per l'azione amministrativa e per la gestione;
- dirigenti di uffici dirigenziali generali o responsabili apicali dei vari settori organizzativi, che essendo responsabili dell'attività amministrativa e della gestione, e quindi a conoscenza delle caratteristiche specifiche dell'attività svolta, contribuiscono e vengono coinvolti in fase di definizione degli obiettivi strategici;
- stakeholder esterni, che essendo portatori di bisogni, attese e conoscenze possono fornire elementi essenziali per garantire la rilevanza degli obiettivi rispetto a tali elementi;
- le strutture di staff, che rappresentano coloro che supportano il processo di programmazione e l'interazione tra gli attori di cui sopra e garantiscono l'obiettività e l'accuratezza metodologica di tale processo. In mancanza di strutture di staff, sono gli stessi dirigenti o responsabili apicali che svolgono tale funzione.

Le politiche e le strategie aziendali sono definite dalla Direzione all'interno della mission e recepiscono le linee di indirizzo Regionali. Tali strategie comprendono la definizione delle priorità degli investimenti.

Le politiche e le strategie vengono declinate in obiettivi assegnati alle singole strutture attraverso il processo di budgeting.

In particolare tramite il sistema di budget, vengono declinati a livello di singole strutture operative gli obiettivi strategici aziendali a livello operativo e attraverso la produzione reportistica, viene monitorato l'andamento della gestione confrontandolo con gli obiettivi prefissati al fine di porre in essere tempestivamente eventuali correttivi in caso di criticità e/o scostamenti dai programmi.

Gli obiettivi aziendali vengono definiti dalla Direzione Generale con cadenza annuale, sulla base degli obiettivi stabiliti dalla Regione e delle risultanze dei riesami annuali del sistema qualità aziendale, in coerenza con la Politica della Qualità.

In corso d'anno, in occasione delle periodiche riunioni di budget, vengono effettuate le verifiche sul raggiungimento e sulle eventuali criticità insorte; se necessario gli obiettivi possono essere ricalibrati.

A fine anno il Nucleo interno di Valutazione valuta il grado di raggiungimento in riferimento agli indicatori individuati.

Obiettivi di mandato

Nell'allegato A DGR 4-3714 del 27.05.2012 "Individuazione ed assegnazione degli obiettivi di mandato (art. 3 bis comma 5 D.lgs n. 502/1992 e s.m.i.)" sono definiti gli obiettivi dei Direttori generali delle ASR.

I primi due obiettivi sotto elencati, assegnati a tutti i Direttori generali delle ASR, sono considerati di rilevanza prioritaria:

1) attivare gli adempimenti necessari per la costituzione della Federazione sovrazonale di afferenza, ai sensi dell'art. 23 della l.r. n. 18/2007, con particolare riferimento alla definizione dei contenuti dello Statuto ed alla nomina dell'Amministratore Unico designato dal Presidente della Giunta regionale

2) contribuire alla realizzazione delle strutture di funzionamento della Federazione sovra zonale di afferenza, sia conferendo alla stessa, attraverso i previsti accordi contrattuali, le funzioni operative previste dalla legge regionale 3/2012, sia trasferendo le risorse che l'Amministratore Unico della Federazione sovra zonale richiederà ai Soci per lo svolgimento di tali funzioni operative.

Sono poi stati assegnati altri obiettivi di mandato:

3) ridurre, rispetto al 2011, il costo complessivo di funzionamento dell'Azienda sanitaria per gli anni 2012 e 2013, in base alle indicazioni che saranno definite, con apposita deliberazione della Giunta regionale, per ciascuna Azienda sanitaria

4) rendere operative le iniziative definite dal PSSR 2012-2015 e dalla Programmazione regionale, anche decentrata a livello di area sovrazonale, per la realizzazione della rete ospedaliera di afferenza

5) attuare il censimento dell'amianto nel territorio di competenza secondo le indicazioni che saranno definite da Regione-ARPA con apposita deliberazione della Giunta regionale

6) attuare la riconversione degli Ospedali di Lanzo e di Castellamonte secondo le indicazioni regionali

7) attivare almeno un Centro di Assistenza Primaria, secondo le indicazioni del PSSR 2012-2015, presso gli Ospedali da riconvertire.

Obiettivi assegnati ai Direttori generali delle aziende sanitarie regionali per l'anno 2012

La D.G.R. 11 Dicembre 2012, n. 16-5030 "Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. - Individuazione ed assegnazione degli obiettivi economici, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori generali delle aziende sanitarie regionali, ai fini del riconoscimento della

quota integrativa al trattamento economico per l'anno 2012" individua gli obiettivi assegnati ai Direttori generale per l'anno 2012 come si seguito esplicitato.

Obiettivo 1: perseguimento dell'equilibrio economico aziendale

La realizzazione dell'obiettivo comporta:

- il perseguimento dell'equilibrio economico aziendale anche in coerenza con le indicazioni e con gli obiettivi assegnati con la D.G.R. n. 2-4474 del 06.08.2012 recante ad oggetto: "Determinazione obiettivi economici-finanziari delle Aziende sanitarie regionali per l'anno 2012".

Obiettivo 2: adozione proposta di riorganizzazione della rete ospedaliera

La realizzazione dell'obiettivo comporta:

invio alla Direzione regionale Sanità, da parte di ciascun direttore generale, di un documento inerente una proposta di riorganizzazione della rete ospedaliera aziendale.

Di seguito è presentata la scheda relativa al riepilogo degli obiettivi strategici aziendali, secondo le prospettive della BSC, della mappa strategica e dell'albero della performance.

Obiettivi assegnati ai Direttori generali delle aziende sanitarie regionali per l'anno 2013

La D.G.R. 11 novembre 2013, n. 59-6674 "Determinazione degli obiettivi economico-finanziari delle aziende sanitarie regionali per l'anno 2013" individua gli obiettivi assegnati ai Direttori generale per l'anno 2013 come si seguito esplicitato.

OBIETTIVO 1: PROGRAMMA OPERATIVO

SUB OBIETTIVO1.1.: Piano attuativo della certificabilità

Indicatore: Esistenza del PAC al 31/12/2013

Valore obiettivo: Piano Attuativo della Certificabilità realizzato

SUB OBIETTIVO1.2.: Realizzazione delle azioni previste dal piano attuativo della certificabilità (PAC)

Indicatore: Completezza delle sei principali azioni del PAC al 31.12.2013

Valore obiettivo: Principali azione del PAC realizzate al 31.12.2013

SUB OBIETTIVO1.3.: Realizzazione Contabilità Analitica (CO.AN)

Indicatore: Relazione annuale e completezza della Contabilità Analitica al 30.11.2013; valutazione finale al 31.12.2013

Indicatore (scheda DGR 14 ottobre 2013 n. 34-6516):: Relazione annuale e completezza della Contabilità Analitica al 30.11.2013; valutazione finale al 31.12.2013

Valore obiettivo: Implementazione della Contabilità Analitica (Il livello di raggiungimento del sub-obiettivo è riconosciuto se lo stesso è raggiunto al 90%)

SUB OBIETTIVO1.4.: Contenimento dei costi delle risorse umane

Indicatore: Raffronto dei dati esposti nel modello CE relativi alla spesa del personale con i tetti della spesa di cui alla DGR n. 10-6035 del 02.07.2013

Valore obiettivo: 0% delta del maggiore costo valore personale CE terzo trimestre 2013 consuntivo relativo al tetto di spesa di cui DGR del 10-6035 del 02.07.2013

SUB OBIETTIVO1.5.: Riordino rete punti nascita

Indicatore: Completamento della rete a due livelli e relativa chiusura dei punti nascita previsti entro il 31/12/2013

Valore obiettivo: Il livello di raggiungimento del subobiettivo è riconosciuto solo se lo stesso è raggiunto al 100%

OBIETTIVO 2: ESITI

SUB OBIETTIVO 2.1.: Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65

Indicatore: Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero/numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65 residenti della provincia

SUB OBIETTIVO 2.2.: Riduzione incidenza parti cesarei

Indicatore: Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesari primari)/totale parti di donne (con nessun pregresso cesareo) residenti della provincia. L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato" ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni del paziente.

Valore obiettivo: uguale/minore 25%

SUB OBIETTIVO 2.3.: Tempestività nell'effettuazione P.T.C.A. nei casi di I.M.A STEMI

Indicatore: P.T.C.A. effettuate secondo un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di I.M.A STEMI/ numero totale di I.M.A STEMI diagnosticati su pazienti residenti della provincia. L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato" ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni del paziente.

Valore obiettivo: uguale/maggiore 75%

OBIETTIVO 3

SUB OBIETTIVO 3.1.: Riduzione della spesa farmaceutica territoriale

Indicatore: Incremento % DDD a brevetto scaduto sul totale DDD prescritte per

a) STATINE ED ANTIDEPRESSIVI

b) ACE INIBITORI E SARTANI

Valore obiettivo:

- % DDD a brevetto scaduto di statine >71,4

- % DDD a brevetto scaduto di sartani >74 %

- % DDD a brevetto scaduto di sartani in associazione con diuretici > 60

- % DDD a brevetto scaduto di ace-inibitori > 99 %

- % DDD a brevetto scaduto di ace-inibitori associati a diuretici > 86 %

- % DDD a brevetto scaduto SSRI > 75 %

- % DDD a brevetto scaduto altri antidepressivi > 50 %

SUB OBIETTIVO 3.2.: Riduzione della spesa farmaceutica ospedaliera

Indicatore: Spesa farmaceutica ospedaliera

Valore obiettivo: 0% delta per il terzo trimestre 2013 e consuntivo 2013 sullo stesso periodo 2012

SUB OBIETTIVO 3.3.: Messa a regime dei flussi dell'Area Farmaceutica

Indicatore: (Valore flusso DD + valore flusso CO

“(Voce BA0030 “B.1.A.1) prodotti farmaceutici ed emoderivati) Modello CE + Rimanenze iniziali
Prodotti farmaceutici ed emoderivati di magazzino Centrale - Rimanenze finali Prodotti farmaceutici ed Emoderivati di magazzino centrale

Valore obiettivo: il valore dell'obiettivo tra prospetto di coerenza 2013 tra flusso informativo trasmesso e valori corrispettivi inseriti nel CE è pari al 100%; il miglioramento relativo tra il valore espresso nel prospetto di coerenza 2012 e il valore di coerenza 2013 deve essere uguale o superare la soglia minima del 90%

SUB OBIETTIVO 3.4.: Riduzione degli acquisti in economia

Indicatore: Riduzione degli acquisti in economia 2013 sul 2012

Valore obiettivo: acquisiti in economia meno del 5% sul totale degli acquisti o diminuzione del volume dei beni e servizi acquistati in economia con una riduzione di almeno il 5% confrontando il III trimestre 2012 con il III trimestre 2013

Obiettivi assegnati ai Direttori generali delle aziende sanitarie regionali per l'anno 2014

Per l'anno 2014 non risultano allo stato attuale obiettivi assegnati con specifico atto deliberativo.

Peraltro una serie di DGR emanate nel corso dell'anno 2014 hanno comunque stabilito specifici standard di riferimento per l'ASL TO 4, come si seguito esplicitato.

Deliberazione della Giunta Regionale 23 aprile 2014, n. 17-7488

Farmaceutica Territoriale. Attuazione P.O. 2013 - 2015

Farmaceutica convenzionata

Tetto massimo anno 2014: Euro 79.928.115; riduzione 2014 vs 2013: 4,50%

Farmaceutica territoriale

Tetto massimo anno 2014: Euro 97.429.014; Riduzione 2014 vs 2013: 5,0%

Deliberazione della Giunta Regionale 21 maggio 2014, n. 53-7644

Spesa farmaceutica ospedaliera. Attuazione Programmi Operativi 2013 - 2015: Intervento 17.1 "Razionalizzazione della spesa farmaceutica ospedaliera".

Farmaceutica ospedaliera

Tetto massimo anno 2014: Euro 24.369.364; Riduzione 2014 vs 2013: 0%

Deliberazione della Giunta Regionale 21 maggio 2014, n. 44-7635

Attuazione dei Programmi Operativi 2013-2015 del Piano regionale di rientro. Razionalizzazione della spesa regionale per dispositivi medici: definizione degli obiettivi aziendali per l'anno 2014.

Dispositivi medici

Tetto massimo anno 2014: Euro 31.750.000; Riduzione 2014 vs 2013: -3,50%

Deliberazione della Giunta Regionale 23 aprile 2014, n. 15-7486

Assistenza specialistica ambulatoriale: attuazione punto 14.3.4 dei Programmi operativi per il triennio 2013-2015 di cui alla D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013.

- prestazioni totali: riduzione 12,62% quota procapite
- prestazioni laboratorio: riduzione 10,84% quota procapite
- prestazioni TC: riduzione 13% quota procapite
- prestazioni RM: riduzione 12% quota procapite
- prestazioni RRF: riduzione 11% quota procapite.

8. DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI

Come già sottolineato all'interno della logica di albero della performance, ogni obiettivo strategico stabilito nella fase precedente è articolato in obiettivi operativi per ciascuno dei quali vanno definite le azioni, i tempi, le risorse e le responsabilità organizzative connesse al loro raggiungimento. Il tutto è sintetizzato all'interno di uno o più "piani operativi".

Essi individuano:

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

Con l'individuazione dei piani operativi si completa lo schema complessivo dell'albero della performance e, quindi, viene descritto in modo coerente e completo il complessivo Piano della Direzione.

L'albero della performance: il collegamento fra gli obiettivi strategici e i piani operativi (obiettivi operativi, azioni e risorse)

L'albero della performance costituisce la rappresentazione di un flusso che è sia discendente (dalle aspettative degli stakeholder e dalle priorità politiche incorporate nella missione ai piani operativi), sia ascendente (dalle conoscenze operative incorporate nei piani operativi alla missione).

Tale flusso ascendente e discendente crea le condizioni affinché gli obiettivi siano rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, sfidanti, ma raggiungibili in quanto correlati alla quantità e qualità delle risorse disponibili (art. 5, comma 2, del decreto).

Secondo la logica dell'albero della performance, i piani operativi vanno selezionati tra una rosa di possibili alternative sulla base di un'analisi costi-benefici. I piani operativi e i connessi obiettivi operativi devono essere coerenti con gli obiettivi strategici e devono riguardare il breve periodo (un anno o periodi inferiori all'anno, come semestre, trimestre, mese, ecc.).

Fase del processo

La definizione dei piani operativi è svolta al termine della fase di individuazione degli obiettivi strategici e si connota per un taglio particolarmente tecnico. In tale fase operano gli stessi attori della precedente fase.

Secondo la logica dell'albero della performance, i piani operativi sono selezionati tra una rosa di possibili alternative sulla base di un'analisi costi-benefici, di cui eventualmente si può dare evidenza in allegato soprattutto per gli interventi più rilevanti sotto il profilo economico-finanziario.

I piani operativi e i connessi obiettivi operativi devono essere coerenti con gli obiettivi strategici e devono riguardare il breve periodo (un anno o periodi inferiori all'anno, come semestre, trimestre, mese, ecc.).

Le politiche e le strategie aziendali sono definite dalla Direzione all'interno della mission e recepiscono le linee di indirizzo Regionali. Tali strategie comprendono la definizione delle priorità degli investimenti.

Le politiche e le strategie vengono declinate in obiettivi assegnati alle singole strutture attraverso il processo di budgeting.

In particolare tramite il sistema di budget, vengono declinati a livello di singole strutture operative gli obiettivi strategici aziendali e attraverso la produzione reportistica, viene monitorato l'andamento della gestione confrontandolo con gli obiettivi prefissati al fine di porre

in essere tempestivamente eventuali correttivi in caso di criticità e/o scostamenti dai programmi.

Nella tabella che segue viene presentato un elenco generale di obiettivi aziendali riferibile all'ASL TO4, propedeutico alla selezione ed individuazione degli obiettivi annuali delle diverse Strutture.

Tabella. Elenco generale di obiettivi aziendali dell'ASL TO 4

Num.	Prospettiva	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte dati	Note tecniche
	Economico finanziaria	Contenere i costi ed assicurare il buon uso delle risorse	Costi e ricavi in Euro	Rispetto previsioni anno di esercizio	Bilancio aziendale	
	Economico finanziaria	Contenere i costi ed assicurare il buon uso delle risorse	Costi in Euro personale	Rispetto previsioni anno di esercizio	Bilancio aziendale	
	Economico finanziaria	Contenere i costi ed assicurare il buon uso delle risorse	Costi in Euro beni e servizi	Rispetto previsioni anno di esercizio	Bilancio aziendale	
	Economico finanziaria	Contenere i costi ed assicurare il buon uso delle risorse	Costi in Euro LEA prevenzione	Rispetto previsioni anno di esercizio	PIA	
	Economico finanziaria	Contenere i costi ed assicurare il buon uso delle risorse	Costi in Euro LEA ass. territoriale	Rispetto previsioni anno di esercizio	PIA	
	Economico finanziaria	Contenere i costi ed assicurare il buon uso delle risorse	Costi in Euro LEA ass. ospedaliera	Rispetto previsioni anno di esercizio	PIA	
	Economico finanziaria	Stabilizzare il livello di produzione	Importo Euro flussi informativi SDO, C, C2 F,	Importo Euro anno precedente	Flussi informativi certificati CSI	
	Economico finanziaria	Stabilizzare il livello di acquisto di prestazioni sanitarie	Importo Euro flussi informativi SDO, C, C2 F,	Importo Euro anno precedente	Flussi informativi certificati CSI	
	Economico finanziaria	Attuare il piano di rientro e sviluppare le specifiche azioni previste	Indicazioni Assessorato	Indicazioni Assessorato	Registri interni Direzione Generale	
	Economico finanziaria	Garantire il rispetto del budget dei soggetti erogatori privati	Importo budget per contratti tra ASL TO 4 ed erogatori privati per ricoveri e prestazioni ambulatoriali	Stabilizzazione rispetto all'anno precedente	Flusso SDO e C elaborazioni interne	
	Clienti	Analizzare e rispondere ai bisogni sanitari della popolazione	Relazione epidemiologica	Aggiornamento annuale	Registri interni Direz, Integr. Prev.	
	Clienti	Analizzare e rispondere ai bisogni sanitari della popolazione	Tasso di ospedalizzazione	Stabilizzazione anno precedente	Flussi informativi certificati CSI	
	Clienti	Analizzare e rispondere ai bisogni sanitari della popolazione	Consumo di prestazioni ambulatoriali	Stabilizzazione anno precedente	Flussi informativi certificati CSI	
	Clienti	Analizzare e rispondere ai bisogni sanitari della popolazione	Numero giornate di residenzialità per anziani e disabili	Stabilizzazione anno precedente	Registri interni Distretti	
	Clienti	Analizzare e rispondere ai bisogni sanitari della popolazione	Numero giornate di semiresidenzialità per anziani e disabili	Stabilizzazione anno precedente	Registri interni Distretti	

	Clienti	Consolidare il bacino d'utenza	Numero ricoveri e prestazioni erogate per cittadini residenti	Stabilizzazione anno precedente	Flussi informativi certificati CSI	
	Clienti	Assicurare un servizio puntuale e un accesso facilitato alle cure	Tempi di attesa per ricoveri e prestazioni ambulatoriali per classi di priorità	Specifico per tipologia	Registri interni CUP	
	Clienti	Incrementare la soddisfazione dei pazienti e la partnership con gli stakeholder	Sito internet	Aggiornamento periodico	Registri interni Comunicazione	
	Clienti	Incrementare la soddisfazione dei pazienti e la partnership con gli stakeholder	Reclami e segnalazioni URP	Stabilizzazione anno precedente	Registri interni URP	
	Processi	Contribuire alla realizzazione delle strutture di funzionamento della Federazione sovra zonale	Indicazioni Assessorato	Indicazioni Assessorato	Registri interni Direzione Generale	
	Processi	Realizzare la rete ospedaliera	Indicazioni Assessorato	Indicazioni Assessorato	Registri interni Direzione Generale	
		Riconvertire gli Ospedali di Lanzo e Castellamonte	Indicazioni Assessorato	Indicazioni Assessorato	Registri interni Direzione Generale	
	Processi	Attivare almeno un Centro di Assistenza Primaria,	Indicazioni Assessorato	Indicazioni Assessorato	Registri interni Direzione Generale	
	Processi	Sviluppare le cure primarie e l'integrazione tra Ospedale e Territorio e con il privato	Numero e casi e giornate di degenza in cure domiciliari	Stabilizzazione rispetto all'anno precedente	Registri interni Distretti	
	Processi	Garantire il buon uso della Struttura ospedaliera	Posti letto in acuzie per mille abitanti	3 per mille	Anagrafe strutture	
	Processi	Garantire il buon uso della Struttura ospedaliera	Posti letto in postacuzie e per mille abitanti	0,7 per mille	Anagrafe strutture	
	Processi	Garantire il buon uso della Struttura ospedaliera	Tasso di occupazione per RO ed indice di rotazione per DH	Stabilizzazione rispetto all'anno precedente	Flusso SDO elaborazioni interne	
	Processi	Garantire l'appropriatezza dei ricoveri	Degenza media ricoveri ordinari	Stabilizzazione rispetto all'anno precedente	Flusso SDO elaborazioni interne	
	Processi	Garantire l'appropriatezza dei ricoveri	Peso medio ricoveri ordinari e DH	Stabilizzazione rispetto all'anno precedente	Flusso SDO elaborazioni interne	
	Processi	Garantire l'appropriatezza dei ricoveri	Percentuale di DRG chirurgici in RO e DH	Stabilizzazione rispetto all'anno precedente	Flusso SDO elaborazioni interne	
	Processi	Garantire l'appropriatezza dei ricoveri	Tariffa media per giornata di degenza ricoveri RO e DH	Stabilizzazione rispetto all'anno precedente	Flusso SDO elaborazioni interne	
	Processi	Garantire l'appropriatezza dei ricoveri	Numero e percentuale DRG a rischio in appropriatezza	Stabilizzazione rispetto all'anno precedente	Flusso SDO elaborazioni interne	
	Processi	Garantire l'appropriatezza dei ricoveri	Numero e percentuale TC su parti	Stabilizzazione rispetto all'anno precedente	Flusso SDO elaborazioni interne	

	Processi	Garantire l'appropriatezza dei ricoveri	Numero e percentuale DRG BPCO, scompenso cardiaco, ipertensione, affezioni mediche del dorso, diabete erogati su residenti	Stabilizzazione rispetto all'anno precedente	Flusso SDO elaborazioni interne	
	Processi	Garantire l'appropriatezza dei ricoveri	Numero e percentuale DH diagnostico	Stabilizzazione rispetto all'anno precedente	Flusso SDO elaborazioni interne	
	Processi	Garantire l'appropriatezza delle attività	Numero ricoveri convertiti in ambulatoriale	Stabilizzazione rispetto all'anno precedente	Flusso C elaborazioni interne	
	Processi	Garantire l'appropriatezza delle prestazioni ambulatoriali	Peso medio prestazioni per esterni	Stabilizzazione rispetto all'anno precedente	Flusso C elaborazioni interne	
	Processi	Garantire l'appropriatezza degli accessi in PS	Numero accessi	Stabilizzazione rispetto all'anno precedente	Flusso C2 elaborazioni interne	
	Processi	Garantire l'appropriatezza degli accessi in PS	Numero codici bianchi su accessi totali	Stabilizzazione rispetto all'anno precedente	Flusso C2 elaborazioni interne	
	Processi	Garantire l'appropriatezza nell'uso dei farmaci	Importo farmaci in distribuzione diretta	Stabilizzazione rispetto all'anno precedente	Flusso F elaborazioni interne	
	Processi	Garantire una produzione efficace, appropriata e sicura	Eventi avversi sui pazienti analizzati con root cause analysis su numero eventi significativi segnalati	Stabilizzazione rispetto all'anno precedente	Registri interni risk management	
	Processi	Garantire una produzione efficace, appropriata e sicura	Eventi avversi sugli operatori analizzati con root cause analysis su numero eventi significativi segnalati	Stabilizzazione rispetto all'anno precedente	Registri interni risk management	
	Processi	Effettuare il censimento dell'amianto	Indicazioni Assessorato	Indicazioni Assessorato	Registri interni SPRESAL	
	Processi	Sviluppare le attività di prevenzione e di vigilanza	Numero e perc. copertura screening mammella e colon retto	Stabilizzazione rispetto all'anno precedente	Registri interni UVOS	
	Processi	Sviluppare le attività di prevenzione e di vigilanza	Numero perc. copertura vaccinazioni raccomandate	Stabilizzazione rispetto all'anno precedente	Registri interni SISP	
	Processi	Sviluppare le attività di prevenzione e di vigilanza	Numero bovino equivalenti	Stabilizzazione rispetto all'anno precedente	Registri interni Servizi Veterinari	
	Processi	Sviluppare le attività di prevenzione e di vigilanza	Numero attività di vigilanza effettuate/attività di vigilanza programmate	Stabilizzazione rispetto all'anno precedente	Registri interni	
	Processi	Sviluppare la funzione di HTA e HTM	Numero report di mini HTA / nuove tecnologie introdotte	Stabilizzazione rispetto all'anno precedente	Registri interni Ingegneria clinica	
	Processi	Contenere i costi per farmaceutica ospedaliera	Costi in Euro	DGR regione	Dati interni e Regione	
	Processi	Contenere i costi per farmaceutica convenzionata e territoriale	Costi in Euro	DGR regione	Dati interni e Regione	

	Processi	Contenere i costi per dispositivi medici	Costi in Euro	DGR regione	Dati interni e Regione	
	Processi	Contenere il numero di prestazioni ambulatoriale totali, laboratorio, RM TC, RRF	Numero prestazioni per abitante	DGR regione	Dati interni e Regione	
	Apprendimento e crescita	Accrescere le competenze tecniche e gestionali del personale	Numero crediti ECM erogati direttamente ed acquisiti	Stabilizzazione rispetto all'anno precedente	Registri interni Formazione	
	Apprendimento e crescita	Migliorare l'informazione e la formazione del personale in tema di sicurezza sulla lavoro	Numero crediti ECM erogati direttamente ed acquisiti specifici	Stabilizzazione rispetto all'anno precedente	Registri interni Formazione	
	Apprendimento e crescita	Migliorare l'uso delle tecnologie informatiche e la diffusione delle informazioni	Numero crediti ECM erogati direttamente ed acquisiti specifici per ICT	Stabilizzazione rispetto all'anno precedente	Registri interni Formazione	
	Apprendimento e crescita	Migliorare l'uso delle tecnologie informatiche e la diffusione delle informazioni	Numero postazioni computer	Stabilizzazione rispetto all'anno precedente	Registri interni SIS	
	Apprendimento e crescita	Assicurare un clima positivo nell'ambiente di lavoro	Indagini di clima	Analisi periodica	Registri interni Comunicazione	
	Apprendimento e crescita	Sviluppare un sistema premiante coerente	Assegnazione obiettivi	Entro il mese di gennaio per l'anno di esercizio	Registri interni OSRU	
	Apprendimento e crescita	Sviluppare un sistema di valutazione e miglioramento continuo	Numero progetti di miglioramento per Struttura	Almeno uno per anno	Registri interni Qualità	
	Apprendimento e crescita	Sviluppare il programma operativo aziendale sulla base delle indicazioni regionali	Numero progetti che raggiungono la standard	Standard specifico di progetto	Registri interni Struttura	
	Apprendimento e crescita	Sviluppare il piano di governance aziendale	Numero progetti che raggiungono la standard	Standard specifico di progetto	Registri interni Struttura	

9. OBIETTIVI ASSEGNATI ALLE STRUTTURE E AL PERSONALE, INDICATORI E TARGET

Fermo restando il rispetto delle disposizioni del decreto e delle delibere adottate, sulla base della metodologia di valutazione della performance individuale codificata nel sistema di misurazione e valutazione della performance (di cui all'articolo 7 del decreto e alla delibera n.104/2010), viene data evidenza alle risultanze del processo di assegnazione degli obiettivi alle Strutture dell'ASL TO4, ai dirigenti e al personale responsabile di unità organizzativa in posizione di autonomia e responsabilità per l'anno 2014 e 2015.

Ad ogni Struttura/unità organizzativa possono essere assegnati uno o più obiettivi strategici e/o operativi. Inoltre, è possibile assegnare obiettivi in "quota parte" se si tratta di obiettivi su cui vi è corresponsabilità.

Solitamente, ma non necessariamente, i dirigenti "apicali" (di livello più elevato) sono responsabili di obiettivi strategici.

Di seguito sono presentati in forma generale per l'ASL TO4:

1. la scheda base relativa al riepilogo degli obiettivi assegnati alle Unità Operative e ai dirigenti e al personale responsabile di unità organizzativa in posizione di autonomia e responsabilità per gli anni 2014 e 2015

2. gli obiettivi di governance individuati per gli anni 2014 e 2015 per le Strutture complesse.

Per ogni Unità Operativa è stata quindi formulata la scheda specifica relativa all'anno 2014 e all'anno 2015.

In tale ambito sono stati definiti i criteri di riferimento di seguito illustrati.

Per l'area della dirigenza ad ogni Struttura sono stati assegnati:

- un obiettivo relativo a costi/attività e produzione/appropriatezza (punteggio in perc. 50%)
- un obiettivo relativo alla formazione (punteggio in perc. 10%)
- un obiettivo relativo ai programmi operativi/piano di governance (punteggio in perc. 40%).

Ogni obiettivo è stato quindi ridefinito in uno o più subobiettivi, ognuno con un proprio punteggio in percentuale.

Nel caso di più sub obiettivi, sono stati espressamente indicati con uno specifico punteggio in percentuale i subobiettivi che concorrono ai fini della determinazione della retribuzione di risultato; i subobiettivi a cui non è stato assegnato uno specifico punteggio in percentuale non concorrono alla determinazione della retribuzione di risultato, ma rappresentano comunque adempimenti della Struttura nel contesto del piano della performance.

Per l'area del comparto ad ogni Struttura sono stati assegnati:

- un obiettivo relativo alla collaborazione del personale del comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura (punteggio in perc. 80%)
- un obiettivo di governance (punteggio in perc. 20%).

1. Scheda base di assegnazione degli obiettivi anno 2014 e anno 2015

N.	OBIETTIVO	EVIDENZA	INDICATORI	STANDARD	RUOLO	PESO TOT.	RUOLO	PESO TOT.	TEMPI	Risorse
BUD 1	Migliorare l'efficienza e l'appropriatezza delle attività sanitarie attraverso il raggiungimento dei parametri standard della schede di budget per grandi ordinatori e per CDR per costi, attività/produzione, appropriatezza/processi	Report a consuntivo: raggiungimento standard	Anno 2014 Individuati subobiettivo nel	Anno 2014 Individuati subobiettivo nel	Dirigenza	Anno 2014 50% + Risorse aggiuntive			31.12.2014	Risorse aggiuntive
			Anno 2015 Individuati subobiettivo nel	Anno 2015 Individuati subobiettivo nel		Anno 2015 50% + Risorse aggiuntive			31.12.2015	Risorse aggiuntive
	Sub obiettivo-azione		Indicatori specifici	Standard specifici	Retr. risult.	Peso parz.	Retr. risult.	Peso parz.	Altre Strutture	
B1	Rispetto budget per centri di responsabilità per costi, produzione attività, appropriatezza processi		Anno 2014 Scheda budget specifica	Anno 2014 Scheda budget specifica	si	Anno 2014 50% + Risorse aggiuntive				
			Anno 2015 Scheda budget specifica	Anno 2015 Scheda budget specifica	si	Anno 2015 50% + Risorse aggiuntive				

N.	OBIETTIVO	EVIDENZA	INDICATORI	STANDARD	RUOLO	PESO TOT.	RUOLO	PESO TOT.	TEMPI	Risorse
FOR 1	Sviluppare le attività di formazione su appropriatezza prescrittiva farmaci e prestazioni ambulatoriali, procedure, audit, D lgs 81/2008 ecc.	Report a consuntivo: partecipazione ai corsi raggiungimento standard	Anno 2014 Individuati subobiettivo nel	Anno 2014 Individuati subobiettivo nel	Dirigenza	Anno 2014 10%			31.12.2014	Isorisorse
			Anno 2015 Individuati subobiettivo nel	Anno 2015 Individuati subobiettivo nel		Anno 2015 10%			31.12.2015	Isorisorse
	Sub obiettivo-azione		Indicatori specifici	Standard specifici	Retr. risult.	Peso parz.	Retr. risult.	Peso parz.	Altre Strutture	
F1	Partecipazione a corsi di formazione su appropriatezza prescrittiva farmaci e prestazioni ambulatoriali		Anno 2014 Numero operatori della Struttura partecipanti	Anno 2014 Almeno 15% degli operatori della Struttura ad almeno un corso	si	Anno 2014 10%			Formazione	
			Anno 2015 Numero operatori della Struttura partecipanti	Anno 2015 Almeno 15% degli operatori della Struttura ad almeno un corso	si	Anno 2015 10%			Formazione	

N.	OBIETTIVO	EVIDENZA	INDICATORI	STANDARD	RUOLO	PESO TOT.	RUOLO	PESO TOT.	TEMPI	Risorse
POA 1	Sviluppare le azioni dei programmi operativi, del piano di governance e degli obiettivi regionali	Relazione del Responsabile della Struttura su evidenze azioni effettuate e raggiungimento indicatori/standard	Anno 2014 Relazione con: - evidenza azioni effettuate - evidenza raggiungimento indicatori/standard individuati nel subobiettivo	Anno 2014 Standard specifici	Dirigenza	Anno 2014 40%			31.12.2014	Isorisorse
			Anno 2015 Relazione con: - evidenza azioni effettuate - evidenza raggiungimento indicatori/standard individuati nel subobiettivo	Anno 2015 Standard specifici		Anno 2015 40%			31.12.2015	Isorisorse
	Sub obiettivo-azione		Indicatori specifici	Standard specifici	Retr. risult.	Peso parz.	Retr. risult.	Peso parz.	Altre Strutture	
P1	GOV. Effettuazione audit su appropriatezza prescrittiva farmaci e prestazioni ambulatoriali		Anno 2014 Numero audit verbalizzati effettuati	Anno 2014 Almeno due audit per anno	si	Anno 2014 40%			Qualità	
			Anno 2015 Numero audit verbalizzati effettuati	Anno 2015 Almeno due audit per anno	si	Anno 2015 40%			Qualità	

N.	OBIETTIVO	EVIDENZA	INDICATORI	STANDARD	RUOLO	PESO TOT.	RUOLO	PESO TOT.	TEMPI	Risorse
COL 1	Collaborazione del personale del comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione Responsabile del	Anno 2014 Presenza di relazione del Responsabile con certificazione della collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Anno 2014 Dicotomico: si			Comparto	Anno 2014 80%	31.12.2014	Isorisorse
			Anno 2015 Presenza di relazione del Responsabile con certificazione della collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Anno 2015 Dicotomico: si				Anno 2015 80%		

N.	OBIETTIVO	EVIDENZA	INDICATORI	STANDARD	RUOLO	PESO TOT.	RUOLO	PESO TOT.	TEMPI	Risorse
POA 1	Sviluppare le azioni dei programmi operativi, del piano di governance e degli obiettivi regionali	Relazione su evidenza azioni effettuate e raggiungimento indicatori/standard	Anno 2014 Relazione con: - evidenza azioni effettuate - evidenza raggiungimento indicatori/standard individuati nel subobiettivo	Anno 2014 Standard specifici			Comparto	Anno 2014 20%	31.12.2014	Isorisorse
			Anno 2015 Relazione con: - evidenza azioni effettuate - evidenza raggiungimento indicatori/standard individuati nel subobiettivo	Anno 2015 Standard specifici				Anno 2015 20%	31.12.2015	Isorisorse
	Sub obiettivo-azione		Indicatori specifici	Standard specifici	Retr. risult.	Peso parz.	Retr. risult.	Peso parz.	Altre Strutture	
P1	GOV. Sostituzione modulistica cartacea relativa ai cedolini di presenza (richieste ferie, recuperi ecc.) con procedura informatica		Anno 2014 Numero di transazioni effettuate con procedura informatica	Anno 2014 100% (dal momento dell'attivazione della procedura per le causali individuate)			si	Anno 2014 20%		
			Anno 2015 Numero di transazioni effettuate con procedura informatica	Anno 2015 100%			si	Anno 2015 20%		

2. Obiettivi di governance anno 2014 ed anno 2015

Responsabile	Area di interesse	Altre Strutture Responsabili
Programmazione e controllo di gestione	<ol style="list-style-type: none"> 1. Budget di Distretto 2. Costi aree critiche 3. Procedura: controlli flussi informativi 4. Formazione metodologia procedure 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Distretto, Economico finanziario 2. Economico finanziario- 3. Sistema informativo 4. OSRU Formazione
Economico Finanziario	<ol style="list-style-type: none"> 1. Budget reale di settore (es inserimenti RSA) 2. Allineamento bilancio e contabilità settori 3. Procedura: controllo fatture 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Progr. Contr. Gestione, Distretti 2. Servizi 3. Servizi
Dipartimento amministrativo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Procedura cartellini presenza 2. Analisi risorse umane area amministrativa 3. Formazione appropriatezza prescrittiva 4. Formazione raccolta dati OLIAM 5. Sviluppo del senso di appartenenza del personale 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Personale, SIS 3. Formazione, Qualità, DMPO, Distretti 4.. Formazione 5. Comunicazione
Provveditorato economato	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisione parco auto aziendale 2. Revisione appalti RSA 3. Revisione magazzini aziendali verso magazzino di area 3. Procedura: controllo servizi appaltati 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Servizi 2. Distretto, Legale, Tecnico, Ing.clin. 3. Farmacia, Tecnico 4. DMPO, DIPSA
Patrimoniale	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tenuta inventario 2. Analisi immobili Ivrea Via Aldisio e Castellamonte 3. Procedura: acquisizione e dimissioni beni 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Economico finanziario 2. Tecnico
Tecnico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Documento di programmazione dei lavori edilizi 2. Efficientamento energetico Ospedali ASL TO 4 3. Piano direttorio degli Ospedali 4. Cartellonistica di sicurezza e di indicazione 	<ol style="list-style-type: none"> 3. DMPO 4. DMPO, SPP
Ingegneria clinica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Documento di programmazione acquisti/manutenzioni 2. Capitolato TC Ospedale Ciriè 3. Sviluppo sistema HTA/HTM 4. Procedura: acquisizione e manutenzione delle attrezzature e dispositivi medici 	<ol style="list-style-type: none"> 3. DMPO, Farmacia, Provveditorato 4. DMPO, Farmacia, Provveditorato
Sistema informativo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Riorganizzazione e gestione e trasmissione flussi informativi 2. Sviluppo centralino unico aziendale 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Economato
Libera professione	<ol style="list-style-type: none"> 1. Controllo di gestione libera professione 2. Analisi le potenzialità di sviluppo della LP 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prog. Contr. gestione 2. DMPO
URP Comunicazione	<ol style="list-style-type: none"> 1. Funzione aziendale di anticorruzione e trasparenza 2. Rete URP e punti di ascolto 	

DMPO	1. Reti per patologia 2. Modello organizzativo dell'Ospedale per intensità cura 3. Riprogrammazione attività chirurgica	1. Strutture sanitarie 2. DIPSA
DIPSA	1. Modello organizzativo della Struttura 2. Modello assistenziale dell'Ospedale per intensità cura 3. Modello assistenziale cure domiciliari 4. Procedura: gestione del personale con limitazioni	2. DMPO 3. Distretto 4. DMPO, Medico competente
Distretti	1. Standard di prodotto/servizio 2. Procedura: controllo prestazioni ambulatoriali privati	
Farmacia Ospedaliera	1. Commissione prontuario dispositivi medici 2. Centralizzazione preparazione citostatici ed elastomeri	1. DMPO, Provveditorato 2. Tecnico
Farmacia Territoriale	1. Budget farmaci MMG	1. Distretto, Progr.contr.gest.
Protesica	1. Appropriately prescrivere apparecchi acustici 2. Procedura: erogazione protesi ed ausili	1. Distretto e Servizi prescrittori 2. Distretto e Servizi prescrittori
Dipartimenti e Strutture Sanitarie	1 Appropriately in ambito preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo	1. Strutture sanitarie

10. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE

In questa sezione del Piano viene descritto il processo seguito per la realizzazione del Piano e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle performance.

Le attività di misurazione e valutazione della performance costituiscono una fase del Ciclo generale di gestione della performance che, con riferimento ad un periodo pluriennale, è così articolato:

- definizione ed assegnazione alle macrostrutture aziendali degli obiettivi strategici e degli obiettivi operativi;
- ribaltamento degli obiettivi operativi ai responsabili di Struttura complessa e semplice;
- monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali correttivi;
- misurazione e valutazione della performance, organizzativa ed individuale, al termine del periodo considerato;
- utilizzo dei sistemi premianti, in ossequio ai criteri di valorizzazione del merito (stabiliti ex ante) e del contributo dato alla performance organizzativa;
- rendicontazione dei risultati agli Organi di indirizzo politico-amministrativo (Assessorato), alla Direzione Strategica, ai competenti Organi esterni, ai cittadini interessati, agli utenti, agli stakeholder.

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

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

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

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

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

Il processo attraverso il quale si è giunti alla definizione dei contenuti del Piano per l'anno 2014, tenendo conto di quanto descritto nelle sezioni precedenti, è il seguente.

- definizione dell'identità dell'organizzazione (gennaio 2014)
- analisi del contesto esterno ed interno (febbraio 2014)
- definizione degli obiettivi strategici e delle strategie (aprile 2014)
- definizione degli obiettivi strategici e delle strategie (maggio 2014)
- definizione degli obiettivi e dei piani operativi (maggio 2014)
- comunicazione del piano all'interno e all'esterno (giugno 2014).

10.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

Secondo quanto previsto dall'articolo 5, comma 1, e dall'articolo 10, comma 1, lett. a), del D.Lgs 150/2009, la definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano della performance avviene in maniera integrata con il processo di programmazione e di bilancio di previsione.

L'integrazione 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.

Nel corso dell'anno 2015 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).

10.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance

Il Piano delle performance, nella sua presente 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 2015 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.

Il Piano sarà inoltre integrato con altri documenti affini. 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.

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

11. CONCLUSIONE

Nell'attuale contesto di riferimento si deve rimarcare che il modello illustrato nel presente Documento rappresenta una costruzione di base, da portare all'attenzione e al confronto con gli stakeholder di riferimento, per giungere alla sua ottimizzazione definitiva ed avviare quindi la specifiche azioni operative a supporto.

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.

In tale ambito, si può affermare che il Piano valorizza degli operatori i quali hanno a disposizione reali e concreti riferimenti per operare con efficacia ed efficienza.

12. RIFERIMENTI

- Decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”. (Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 254 del 31/10/2009 - Suppl. Ordinario n.197)
- Delibera n. 112/2010 – “Struttura e modalità di redazione del Piano della performance” (articolo 10, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150)
- Deliberazione della Giunta Regionale 23 dicembre 2013, n. 25-6944 “Linee di indirizzo regionali per le aziende ed enti del SSR della Regione Piemonte per la costituzione ed il funzionamento degli Organismi Indipendenti di Valutazione (OIV) in applicazione del D.lgs. 150/2009 e s.i.m. in materia di misurazione, valutazione e trasparenza della performance. Approvazione”.