

**All. A) al Verbale dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) n. 10 del
2.12.2019**

**Relazione sul funzionamento del Sistema di Valutazione, Trasparenza ed Integrità dei
controlli interni anno 2019
(ai sensi dell'art. 14, comma 4, lett. a del D.Lgs n. 150/2009, così come modificato
dall'art. 11 del D.Lvo n. 74/2017)**

INDICE

- 1. PREMESSA**
- 2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**
- 3. PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE**
- 4. STRUTTURA TECNICA PERMANENTE PER LA MISURAZIONE DELLA PERFORMANCE**
- 5. MONITORAGGIO O.I.V.**
- 6. PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE**
- 7. TRASPARENZA**
- 8. PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI**

1. Premessa

Con deliberazione del Direttore Generale n° 55 del 23.1.2018 si è provveduto, in conformità alla normativa vigente, sia nazionale che regionale (a questo proposito si rinvia alla DGR n. 25-6944 del 23.12.2013), alla costituzione dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) dell'ASL VCO, per il triennio 2018-2020, per lo svolgimento delle funzioni previste dall'art. 14 del D.lgs n. 150 del 27.10.2009 e smi.

Dopo l'emissione, con deliberazione n. 852 del 28.11.2017, di apposito avviso di selezione pubblica per titoli si è espletato la procedura di valutazione al termine della quale sono stati individuati n. 3 componenti, di cui uno con funzioni di Presidente, ovvero: Dr. Claudio Bianco (Presidente), Dr.ssa Beatrice Borghese (componente) e Dr.ssa Patrizia Marta (componente).

Con successiva deliberazione n. 532 del 30.5.2018, nel prendere atto delle dimissioni della Dr.ssa Borghese, pervenute in data 23 aprile 2018, a causa di impegni sopravvenuti, si è proceduto, dopo l'espletamento dell'iter valutativo, alla sostituzione del componente dimissionario con la Dr.ssa Patrizia Spadone, rettificando l'atto deliberativo n. n. 55/2018.

Come risulta dalla richiamata deliberazione n. 532 i n. 3 componenti individuati, di cui un componente con funzione di Presidente, sono:

Dr. Claudio Bianco, con funzioni di Presidente;
Dr.ssa Patrizia Marta e Dr.ssa Patrizia Spadone con funzione di componenti.

Inoltre:

- con deliberazione n. 789 del 2.8.2018 è stato approvato il Regolamento per il funzionamento dell'O.I.V. dell'ASL VCO;

- con deliberazione n. 790 del 2.8.2018 è stata ridefinita la composizione dell'Organismo denominato "*Struttura Tecnica permanente per la misurazione della Performance*" costituito, ai sensi dell'art. 14, commi 9,10 del D.Lvo n. 150 del 27.10.2009, smi, a suo tempo, con deliberazione n. 126 del 31.3.2015. Si tratta di un organismo a supporto dell'O.I.V.

L'art. 14, comma 4, lett. a) del D.Lgs n. 150/2009, così come modificato dall'art. 11 del D.Lvo n. 74/2017, prevede che l'O.I.V. monitori il funzionamento complessivo del Sistema della valutazione della trasparenza ed integrità dei controlli interni ed elabori una relazione annuale sullo stato dello stesso, anche formulando proposte e raccomandazioni ai vertici amministrativi. La Civit (ora A.N.A.C.) ha formulato linee guida con delibere n. 4/2012 e n. 23/2013. Pertanto i componenti O.I.V. procedono, anche mediante un confronto con il segretario O.I.V. il R.P.C.T. dell'Azienda, all'esame del sistema e relazionano in merito.

La relazione presenta, in modo sintetico, le principali evidenze riferite:

- alla performance organizzativa
- al processo di attuazione del ciclo della performance
- alla Struttura tecnica permanente per la misurazione della performance
- al monitoraggio da parte dell'O.I.V.
- alla tematica legata alla prevenzione della corruzione
- alla tematica legata alla trasparenza
- alla partecipazione dei cittadini

La relazione è stata predisposta con il coinvolgimento del Segretario O.I.V. che svolge anche la funzione di R.P.C.T., Dr.ssa Giuseppina Primatesta, tenendo conto della documentazione esistente in azienda (Piano annuale della Performance 2019, schede obiettivi 2019, verbali O.I.V. 2019).

2.Performance organizzativa

L'ASL VCO ha attuato un sistema per la valutazione di risultato dei propri dipendenti basandosi su una logica di obiettivi. Ogni anno, anche sulla base di quanto disposto a livello nazionale e regionale e tenuto conto della pianificazione aziendale, il Direttore Generale condivide ed assegna ai Direttori di Dipartimento, di Sos Dipartimentali, di Soc e di Sos in staff alla Direzione Generale gli obiettivi annuali. Nella scheda obiettivi 2019 sono stati assegnati gli obiettivi anche alle funzioni e, per gli amministrativi, anche alle Sos.

Nell'anno 2019 l'Azienda ha predisposto:

- il Piano annuale della Performance (P.A.P.) dell'ASL VCO 2019	adottato con deliberazione n. 268 del 29.3.2019
- la Relazione sulla Performance riferita all'anno 2018	adottata con deliberazione n. 597 del 18.7.2019. La relazione è stata validata dall'O.I.V. il 22.7.2019 (All. A al verbale n. 8).

Dall'analisi del Piano annuale della Performance 2019 (P.A.P.) si rileva che il ciclo di gestione della performance prevede la definizione dell'albero della performance, che è una mappa logica che rappresenta, anche graficamente, i legami tra missione, linee strategiche, obiettivi strategici e obiettivi operativi e dimostra come gli obiettivi contribuiscono, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, al perseguimento della missione.

Nel P.A.P. 2019 è riportato l'albero della Performance che evidenzia le seguenti aree strategiche (n. 7):

Area Strategica: Promozione della salute e prevenzione malattie

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

Area Strategica: Assistenza territoriale

Si intende gestire i servizi territoriali al fine di adempiere al primario dovere della diffusione della medicina del territorio, anche attraverso l'integrazione dei servizi socio sanitari resi ai cittadini, creando un sistema dove il distretto assume una propria e forte identità. Il distretto diventa il luogo principale ove si definiscono le politiche per la salute a livello territoriale, che promuove la continuità assistenziale, ovvero la presa in carico del paziente dall'inizio sino al completamento del suo percorso di salute, senza alcuna soluzione di continuità nel ricevere le cure dai vari soggetti erogatori. Obiettivo prioritario è la

messa in funzione delle Case della Salute e la realizzazione. Si intende, inoltre, promuovere/potenziare le forme aggregative multi professionali (MMG, PLS, Geriatri, infermieri territoriali, terapisti della riabilitazione, Assistenti sociali e OSS) per la presa in carico dei pazienti in ADI e lungo assistenza al fine di prevenire il fenomeno dei ricoveri ripetuti e realizzare sinergie con i Servizi di Prevenzione e con gli Enti Gestori nelle politiche orientate all'educazione alla salute, al fine di perseguire obiettivi di riduzione del danno e di promozione di stili di vita. Di fondamentale importanza è la messa in atto del percorso cronicità con la approvazione del Piano cronicità.

Area Strategica: Assistenza ospedaliera

Si intende: - gestire la rete ospedaliera in conformità a quanto disposto dalla DGR 1-600 del 19.11 2014 integrata dalla DGR n. 1-924 del 23.1.2015; - realizzare una progressiva deospedalizzazione attraverso l'attuazione di politiche per limitare l'uso improprio del ricovero ospedaliero e generare appropriatezza, lavorando sui percorsi di continuità assistenziale; - fornire piena collaborazione al fine di realizzare una rete ospedaliera integrata a livello sovrazonale; mettere in atto azioni volte a perseguire l'umanizzazione delle cure e sostenere i principi legati all'empowerment – gestire il rischio infettivo attraverso l'attività svolta dall'UPRI; - mettere in atto azioni per la costruzione del nuovo ospedale unico del VCO.

Area Strategica: Miglioramento della trasparenza e prevenzione della corruzione

Si tratta di migliorare la trasparenza della comunicazione nei confronti degli stakeholder interni ed esterni e l'accessibilità ai servizi anche al fine di prevenire fenomeni corruttivi. Con atto deliberativo n. 75 del 31.1.2019 è stato approvato il Piano triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza (P.T.P.C.T.) dell'ASL VCO 2019-2021 (aggiornamento 2019).

Area Strategica: Governo economico-finanziario

Si tratta di un vincolo più che di un obiettivo in quanto occorre razionalizzare il livello di spesa nell'ambito delle risorse disponibili, pur garantendo i livelli essenziali di assistenza. Si ricomprende un monitoraggio, tra gli altri, di fattori di spesa che incidono, in modo significativo, sul bilancio aziendale: ovvero la spesa farmaceutica (ospedaliera e territoriale) e la spesa del personale.

Area Strategica: Governo clinico

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

In particolare l'azienda è impegnata:

- nella messa in atto delle indicazioni regionali per la gestione del rischio clinico e delle disposizioni fornite dall'Unità di Gestione del Rischio Clinico dell'ASL VCO;
- nell'applicazione degli adempimenti previsti dalla Rete Oncologica Piemontese (D.G.R. n. 51 – 2485 del 23.11.2015), tenendo conto dei relativi indicatori e standard;
- nel rispetto degli standard previsti nel Piano Nazionale Esiti (PNE);
- nella messa in atto delle 18 Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza del paziente;

- nell'applicazione del Manuale del Ministero della Salute per la sicurezza in sala operatoria con riguardo al Dipartimento delle Patologie Chirurgiche.

Area Strategica: Salute e sicurezza sul lavoro

Si assegna particolare importanza alla formazione in materia di sicurezza sul lavoro ed alla applicazione di quanto previsto dal Gruppo di coordinamento aziendale “*Salute e Sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro*”.

*

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

Gli obiettivi strategici vengono poi tradotti in obiettivi operativi annuali che vengono assegnati ai Direttori: - di Dipartimento, delle Sos Dipartimentali - delle Strutture complesse aziendali - delle Sos in staff alla Direzione Generale. Nella scheda obiettivi annuale viene indicato, per ciascun obiettivo, l'indicatore e lo standard.

Con deliberazione n. 433 del 30.5.2019 il Direttore Generale ha assegnato gli obiettivi 2019 ai Direttori di Dipartimento, di Struttura Complessa, di Struttura Semplice Dipartimentale, di Struttura semplice in staff; ai responsabili di funzione e, per gli amministrativi, anche alle Sos.

Nella declinazione degli obiettivi ai Direttori di Struttura si è tenuto conto degli obiettivi che verranno assegnati, annualmente, dalla Regione Piemonte ai Direttori Generali.

Dal Piano annuale della Performance 2019 si rileva il collegamento tra la missione aziendale e le aree strategiche (di seguito riportata).

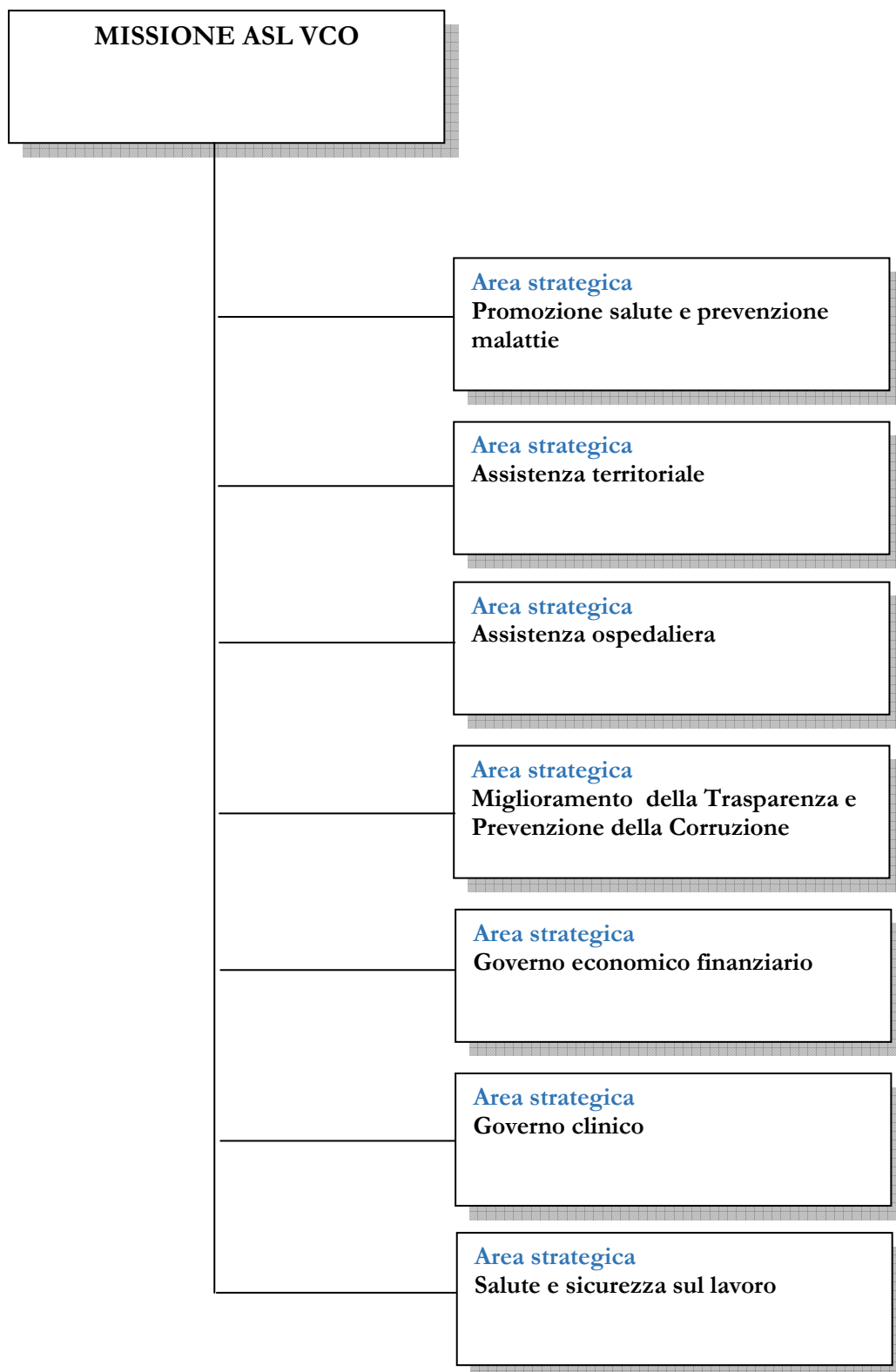
La missione dell'Azienda, in linea con il vigente atto aziendale, è quella di garantire il diritto alla salute, offrendo i servizi, le attività, le prestazioni necessarie per la promozione, tutela, prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie e la riabilitazione ma, nel contempo, assicurare che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

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

L'Azienda:

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

Albero della Performance: collegamento fra missione e aree strategiche



Sempre dall'analisi del Piano delle Performance 2019 si evince che le aree strategiche, a loro volta, sono state declinate in obiettivi strategici (obiettivi definiti anche tenuto conto dei documenti di programmazione nazionali e regionali, integrati con le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno).

Si premette che, con la nomina del nuovo Direttore Generale dell'Asl VCO, con DGR n. 12-69931 del 29.5.2018, sono stati individuati dalla Regione i seguenti **obiettivi di mandato**:

1.	Governo dei tempi di attesa
2.	CUP
3.	Sanità digitale
4.	Piano regionale cronicità e Case della Salute
5.	Piano regionale di prevenzione
6.	Rafforzamento funzione di committenza
7.	Equilibrio economico finanziario
8.	Edilizia sanitaria
9.	Trasparenza

Gli obiettivi strategici previsti nel P.A.P., tenuto conto delle aree strategiche individuate e degli obiettivi di mandato, sono i seguenti:

Area Strategica: Promozione della salute e prevenzione malattie

OBIETTIVI STRATEGICI	
Obiettivo	Attuazione obiettivi del Piano regionale della prevenzione
Indicatore	Attuazione
Obiettivo	Adozione ed applicazione Piano locale della prevenzione in coerenza con gli indirizzi del Piano regionale di prevenzione
Indicatore	Piano
Obiettivo	Prosecuzione attività di screening oncologici: tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto.
Indicatore	Tasso di adesione nei tre programmi

Area Strategica: Assistenza territoriale

OBIETTIVI STRATEGICI	
Obiettivo	Attuazione Case della Salute (applicazione linee guida di cui alla DGR n. 3-4287/2016)
Indicatore	Attuazione
Obiettivo	Redazione ed applicazione Piano Cronicità ASL VCO
Indicatore	Piano Cronicità
Obiettivo	Rafforzamento continuità ospedale-territorio
Indicatore	Messa in atto azioni
Obiettivo	Appropriatezza prestazioni specialistica ambulatoriale e gestione tempi di attesa
Indicatore	Rispetto standard

Area Strategica: Assistenza ospedaliera

OBIETTIVI STRATEGICI	
Obiettivo	Gestione rete ospedaliera tenuto conto delle DD.GG.RR. n. 1-600/2014 e n. 1-924/2015 - Messa in atto di azioni volte a realizzare l'appropriatezza dei ricoveri
Indicatore	Messa in atto azioni
Obiettivo	Umanizzazione delle cure - Empowerment
Indicatore	Messa in atto azioni
Obiettivo	Gestione rischio infettivo
Indicatore	Rispetto indicatori
Obiettivo	Messa in atto azioni volte alla costruzione del nuovo Ospedale Unico del VCO
Indicatore	Realizzazione azioni

Area Strategica: Miglioramento della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione

OBIETTIVI STRATEGICI	
Obiettivo	Messa in atto azioni previste nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza (P.T.P.C.T.) dell'ASL VCO triennio 2019-2021 di cui alla deliberazione n. 75 del 31.1.2019.
Indicatore	Realizzazione azioni

Area Strategica: Governo economico-finanziario

OBIETTIVI STRATEGICI	
Obiettivo	Messa in atto azioni per perseguire la sostenibilità economica
Indicatore	Pareggio bilancio
Obiettivo	Governo spesa farmaceutica e dispositivi medici – rispetto tetto di spesa personale
Indicatore	Target spesa farmaceutica - Tetto spesa personale

Area Strategica: Governo clinico

OBIETTIVI STRATEGICI	
Obiettivo	Messa in atto delle indicazioni regionali per la gestione del rischio clinico e delle disposizioni fornite dall'Unità di Gestione del Rischio Clinico dell'ASL VCO
Indicatore	Messa in atto azioni
Obiettivo	Messa in atto adempimenti previsti dalla Rete Oncologica Piemontese (D.G.R. n. 51 – 2485 del 23.11.2015)
Indicatore	Rispetto indicatori specifici
Obiettivo	Applicazione Piano Nazionale Esiti (PNE)
Indicatore	Standard PNE
Obiettivo	Messa in atto delle 18 Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza

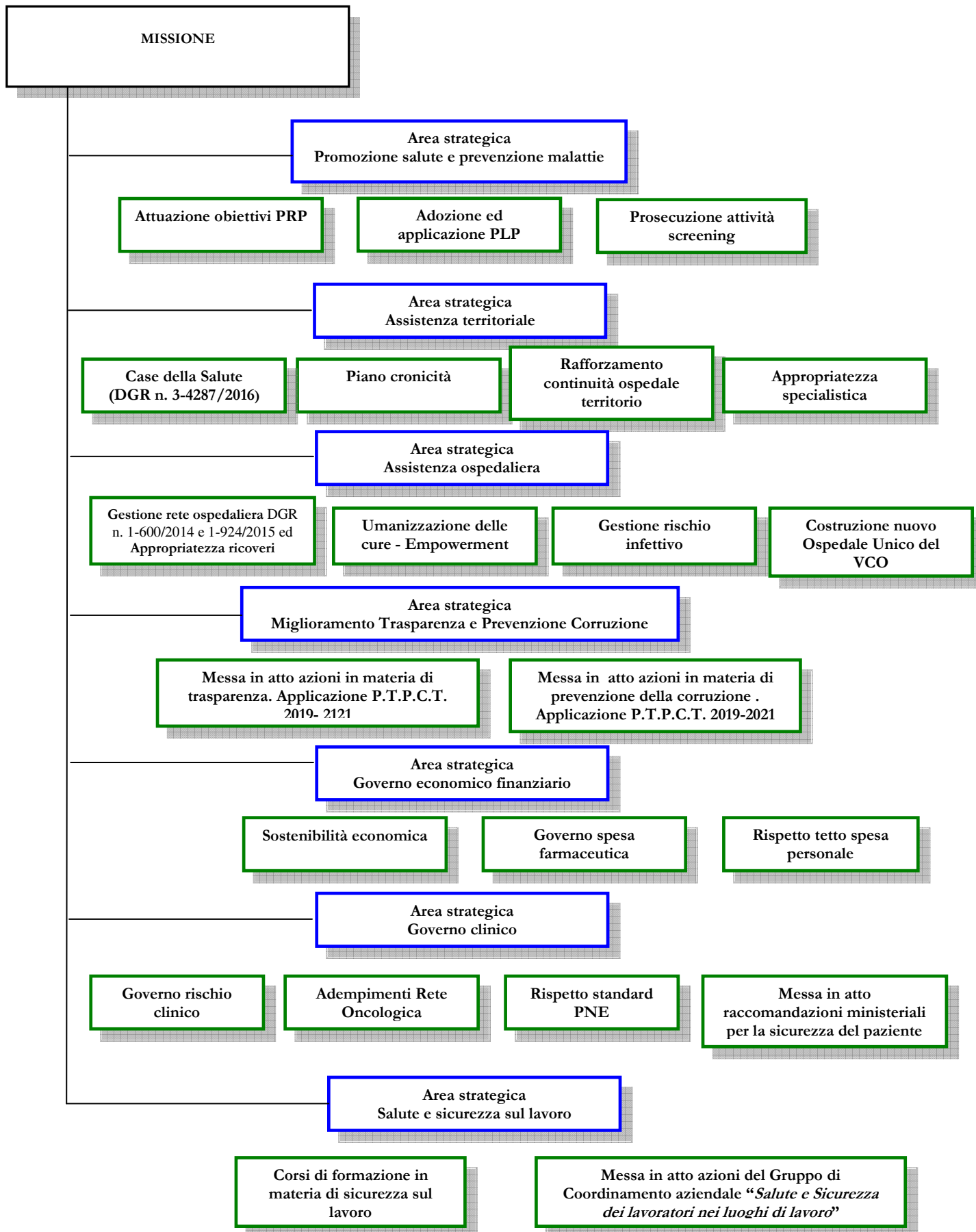
	del paziente
Indicatore	Indicatori specifici
Obiettivo	Applicazione del Manuale del Ministero della Salute per la sicurezza in sala operatoria
Indicatore	Indicatori specifici

Area Strategica: Salute e sicurezza sul lavoro

OBIETTIVI STRATEGICI	
Obiettivo	Realizzazione corsi di formazione in materia di salute e sicurezza sul lavoro
Indicatore	Attivazione corsi
Obiettivo	Messa in atto azioni definite dal Gruppo di coordinamento aziendale <i>“Salute e Sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro”</i>
Indicatore	Messa in atto azioni

Sempre dal Piano annuale della Performance si rileva il collegamento tra missione, aree strategiche e obiettivi strategici.

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



Gli obiettivi strategici, anche per il 2019, sono stati tradotti in obiettivi operativi annuali che sono stati assegnati ai Direttori di Dipartimento, ai Direttori delle Strutture complesse aziendali, delle SOS Dipartimentali, delle Sos in Staff al Direttore Generale, ai Responsabili di funzione e, per l'ambito amministrativo, ai Responsabili di Sos. .

3.Processo di attuazione del ciclo della Performance

L'azienda adotta un processo attraverso il quale, nel quadro degli obiettivi, delle risorse, delle strategie e dei programmi previsti dagli atti di programmazione regionali ed aziendali, si pianificano, su base annuale, e con riferimento ai diversi soggetti cui sono conferiti incarichi di responsabilità, gli obiettivi da perseguire, le risorse a tal fine destinate. Lo scopo è mettere in atto una gestione efficiente ed efficace delle risorse responsabilizzando l'intera struttura aziendale.

Come risulta dal Piano annuale della Performance 2019 il processo di budget si articola in una serie di fasi attraverso le quali, annualmente, la Direzione Generale:

- elabora, con il coinvolgimento del Collegio di Direzione, le linee annuali sulla base della programmazione regionale e locale - indica la previsione di budget generale a disposizione per l'esercizio di riferimento – richiama gli obiettivi strategici da perseguire;
- richiede ai Direttori di Dipartimento, di Sos Dipartimentali, di Soc e di Sos in staff alla Direzione Generale, entro il mese di febbraio di ogni anno, una relazione in merito al grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati nell'anno precedente, nonché una proposta di 1 obiettivo specifico di struttura per il nuovo anno;
- predispone una scheda obiettivi per ogni dipartimento e struttura aziendale (anche tenuto conto di quanto previsto nel Piano della Performance) condividendola nell'ambito del Collegio di Direzione;
- organizza un incontro a livello Dipartimentale, nel corso del quale, dopo un confronto, vengono sottoscritte le schede obiettivi dai Direttori delle Strutture afferenti il dipartimento, e pianifica un incontro con quelle Strutture che non afferiscono ad un ambito dipartimentale, sempre al fine della sottoscrizione delle schede;
- raccoglie le schede obiettivi, debitamente sottoscritte, assume l'atto deliberativo;
- effettua un monitoraggio dei risultati. A questo proposito, a cadenza trimestrale, la Struttura in Staff alla Direzione Generale, Controllo di Gestione, mette a disposizione della Direzione Generale e dei Direttori dei Dipartimenti/Sos Dipartimentali, Soc e Sos in staff alla Direzione Generale alcuni report al fine di verificare che l'andamento della gestione sia in linea con gli obiettivi previsti, dando la possibilità di adottare, in caso contrario, le necessarie azioni correttive. Collaborazione viene fornita anche dalla Struttura funzionale Tecnica permanente per la misurazione della performance. Qualora lo scostamento sia stato determinato dal sopraggiungere di condizioni esterne che hanno modificato la situazione originaria, i Direttori di Dipartimento/Struttura possono chiedere alla Direzione Generale l'attivazione della procedura di revisione dell'obiettivo a suo tempo assegnato, motivandone la richiesta. La procedura di revisione viene gestita direttamente dalla Direzione Generale che ne comunica l'esito all'Organismo Indipendente di Valutazione. Gli obiettivi possono essere modificati/integrati dalla Direzione Generale in corso d'anno, anche per effetto dell'assegnazione, al Direttore Generale, degli obiettivi annuali da parte della Regione. Per

l'anno 2019 la Regione, con D.G.R. n. 4-92 del 19.7.19 (integrata con D.G.R. n. 12-156 del 2.8.19), ha attribuito gli obiettivi al Direttore Generale. Nell'ambito della scheda obiettivi assegnata ad ogni Direttore di Dipartimento, di Sos Dipartimentale, di Soc, di Sos in staff dal Direttore Generale, a ciascun obiettivo è attribuito assegnato un peso; la somma totale del peso di tutti gli obiettivi è pari a 100.

Con deliberazione n. 433 del 30.5.19 il Direttore Generale ha assegnato gli obiettivi 2019 ai Direttori di Dipartimento, di Struttura Complessa, di Struttura Semplice Dipartimentale, di Struttura semplice in staff, di Sos (per l'ambito amministrativo) ed ai Responsabili di funzione.

Con D.G.R. n. 4-92 del 19.7.19 (integrata con D.G.R. n. 12-156 del 2.8.19) la Regione ha assegnato gli obiettivi per l'anno 2019 ai Direttori Generale che, a sua volta, li ha declinati ai Direttori di Dipartimento, di Sos Dipartimentale, di Soc e di Sos in staff.

L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.), l'anno successivo a quello di riferimento, valuta il raggiungimento degli obiettivi assegnati, annualmente, ai singoli Direttori di Dipartimento, di Sos Dipartimentale, di Soc, di Sos in staff al Direttore Generale.

Per effettuare la valutazione l'O.I.V. utilizza la reportistica resa dalla Struttura in Staff alla Direzione Generale Controllo di Gestione e dalla Struttura funzionale Tecnica Permanente per la misurazione della performance (costituita con atto deliberativo n. 126 del 31.3.2015, successivamente integrata con atto n. 790 del 2.8.2018), tiene conto della relazione trasmessa da ciascun Direttore, delle informazioni ed elaborazioni fornite dai soggetti titolati a detenerle o produrle, della relazione predisposta dai Coordinatori eventualmente individuati per specifici obiettivi, degli indicatori e standard che costituiscono parte integrante della scheda obiettivi.

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

La valutazione finale di risultato è espressa come percentuale complessiva di raggiungimento, ottenuta effettuando la somma delle percentuali di raggiungimento dei singoli obiettivi moltiplicato per il valore in "peso" rispettivamente assegnato.

La valutazione potrà concludersi in 4 modalità differenti:

1.	obiettivo raggiunto
2.	obiettivo parzialmente raggiunto (in termini percentuali);
3.	obiettivo non raggiunto per cause non imputabili alla Struttura, debitamente motivate
4.	obiettivo non raggiunto.

Terminata la valutazione gli esiti del controllo vengono trasmessi dalla segreteria al Direttore Generale che, in base alle risultanze, assume gli atti di competenza.

Dopo che il Direttore Generale ha preso formalmente atto delle risultanze del lavoro dell'O.I.V. le stesse vengono trasmesse all'Ufficio Personale che provvede ad erogare, per quell'anno, il saldo degli incentivi.

L'O.I.V., dal 15.4.19 al 3.6.19, come risulta dai verbali redatti per ciascun incontro (dal n. 2 al n. 7), tenuto conto di quanto previsto nel Regolamento per il funzionamento dell'O.I.V. di cui alla deliberazione n. 789 del 2.8.2018, ha effettuato la valutazione degli obiettivi assegnati, per l'anno 2018, dal Direttore Generale ai Direttori di Dipartimento, di Sos Dipartimentale, di Soc e di Sos in staff, trasmettendo le risultanze alla Direzione Generale.

Il Direttore Generale ha preso atto delle risultanze della valutazione degli obiettivi riferiti all'anno 2018 con atto deliberativo n. 446 del 4.6.2019, trasmettendolo alla Soc Gestione Personale e Formazione per l'adozione dei provvedimenti di competenza e per liquidare la retribuzione di risultato.

I componenti O.I.V. ribadiscono e rinnovano l'invito ad aggiornare, in via prioritaria, l'intero sistema di valutazione degli obiettivi e del personale alla luce della riforma Madia, invitando a relazionare in merito al cronoprogramma per la messa a regime.

4.Struttura tecnica permanente per la misurazione della performance

Con atto deliberativo n. 126 del 31.3.2015 venne costituito l'organismo previsto dall'art. 14, commi 9,10, del D.Lgs n.150/2009 denominato “*Struttura tecnica permanente per la misurazione della performance*” prevedendo una composizione multidisciplinare con figure professionali operanti all'interno di alcune strutture aziendali. Con deliberazione n. 429 del 12.11.2015 è stato adottato un nuovo atto aziendale, recepito dalla Regione con DGR n. 53-2487 del 23.11.2015. Successivamente all'adozione della deliberazione n. 429/2015 è emersa la necessità di apportare alcune modifiche all'atto aziendale vigente adottando, dapprima, la deliberazione n. 201 del 5.4.2017 e, poi, la deliberazione n. 292 del 12.5.2017 (entrambe recepite dalla Regione con la D.G.R. n. 31-5172 del 12.6.2017), successivamente, la deliberazione n. 556 del 31.5.2018 e, poi, la deliberazione n. 233 del 25.3.2019 (entrambe recepite dalla Regione con la D.G.R. n. 22-8806 del 18.4.2019).

L'Organismo è così composto: Direttore Soc Direzione Sanitaria dei Presidi Ospedalieri di Verbania-Domodossola - Responsabile Sos in staff Controllo di Gestione (con funzioni di coordinamento) - Responsabile Incarico professionale di altissima specializzazione “Governo Clinico, Qualità, Appropriatezza, Rischio Clinico” - Direttore Soc Direzione Sanitaria dei Presidi Ospedalieri di Verbania-Domodossola - Direttore Soc Distretto VCO - Direttore Dipartimento di Prevenzione.

L'organismo assicura:

- all'Azienda il supporto, metodologico e strumentale, allo svolgimento dell'intero ciclo di gestione della performance, alla stesura del piano e della relazione sulla performance;

- all'O.I.V. la necessaria collaborazione per lo svolgimento delle attività di volta in volta richieste.

Con la richiamata deliberazione n. 790 si è anche precisato che i componenti O.I.V. potranno avvalersi della collaborazione della “Struttura tecnica permanente per la misurazione della performance” e, in caso di necessità, di tutte le strutture aziendali.

5. Monitoraggio O.I.V.

Nel corso dell'anno 2019 l'attività di monitoraggio è stata svolta con particolare riferimento agli obblighi di pubblicazione dettati dalla normativa vigente in materia di trasparenza, come risulta dai verbali appositamente redatti. E' costante il confronto con il RPCT anche per quanto attiene la gestione del Piano.

6. Prevenzione della corruzione

Con deliberazione n. 359 del 13.6.2017 è stata costituita la commissione prevista al punto 3.4 del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza dell'ASL VCO (di cui alla richiamata deliberazione n. 42-31.1.2017) formata da un gruppo di Referenti interni all'Azienda che supportano l'attività del Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza. I componenti sono i seguenti:

Direttore Soc Affari Generali, Legali e Istituzionali
Responsabile Sos Libera Professione – Ufficio Convenzioni
Direttore Soc Gestione Personale e Formazione
Direttore Soc Logistica e servizi tecnici e informatici
Responsabile Sos Tecnico
Responsabile Sos Tecnologia dell'Informazione e della Comunicazione
Direttore Soc Gestione Economico-Finanziaria e Patrimonio
Responsabile Organizzazione Sistema Qualità e Accreditamento
Direttore Soc Direzione Presidi Ospedalieri Verbania-Domodossola
Direttore Soc Farmacia
Direttore Soc Direzione delle Professioni Sanitarie (Di.P.Sa.)
Direttore Soc Distretto VCO
Direttore Soc Gestione Attività Territoriali
Direttore Dipartimento di Prevenzione

I **Referenti** per la prevenzione della corruzione svolgono le seguenti funzioni:

- coordinamento e raccordo al fine di facilitare il meccanismo di comunicazione-informazione tra il Responsabile della prevenzione e le varie Strutture aziendali interessate all'applicazione delle misure di prevenzione del rischio corruttivo;

- collaborazione per il monitoraggio del Piano e per la revisione del documento.

Sono, inoltre, tenuti a relazionare al R.P.C.T. e segnalare tempestivamente fatti corruttivi, tentati o realizzati, all'interno dell'amministrazione e del contesto in cui la vicenda si è sviluppata, ovvero di contestazioni ricevute circa il mancato adempimento agli obblighi di trasparenza.

Con deliberazione n. 75 del 31.1.2019 è stato adottato il **Piano triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza aziendale**, pubblicato sul sito internet aziendale, sezione "Amministrazione Trasparente", sottosezione "Altri contenuti"- Prevenzione della corruzione.

Con lettera prot. n. 22879 del 9.4.19 il RPCT ha comunicato ai Direttori/Responsabili di Soc, Sosd, Sos in staff la pubblicazione del Piano, nel sito Asl VCO, nella sezione Amministrazione Trasparente, invitando a prenderne visione e darne la massima diffusione ai propri collaboratori.

Con la medesima nota si è precisato che, con deliberazione n. 53 del 22.1.2019, è stata integrata la deliberazione n. 509/2015, per adeguarsi alla nuova normativa in materia di segnalazione di illeciti da parte dei dipendenti (vedi L. n. 179/2017), invitando i Direttori di Struttura a prenderne visione e darne la massima diffusione ai propri collaboratori. Per effettuare le segnalazioni è stato messo a disposizione anche un canale informatico crittografato con tecnologia fornita da *Globaleaks*.

Si rileva che, per la predisposizione del Piano, nell'ultimo trimestre 2018, il R.P.C.T. ha, dapprima, riunito i Referenti per la prevenzione della corruzione per condividere le modalità operative; all'incontro hanno partecipato anche i Componenti O.I.V. (come risulta dal verbale n. 9 del 5.10.2018). Quindi, ha effettuato una serie di incontri con i singoli Referenti al fine di: - rivedere le aree a rischio e, per ciascuna area, i processi a rischio corruttivo; - misurare il rischio applicando la metodologia definita nella Delibera Civit n. 72/2013; - per ogni rischio individuare specifiche azioni di intervento (prevedendo anche i tempi di realizzazione ed individuando il responsabile dell'azione).

Il Piano 2019 prevedeva di effettuare un'attività di monitoraggio finalizzata alla verifica dell'efficacia dei sistemi di prevenzione adottati ed alla successiva eventuale messa in atto di ulteriori strategie di prevenzione.

Con nota del 7.11.2019 (prot. n. 68824) si è richiesto ai Direttori delle Strutture aziendali/Referenti prevenzione corruzione, con riferimento alla tabella di cui all'allegato 5) "Mappatura dei processi, del rischio corruttivo e misure adottate" al Piano anticorruzione vigente, (tabella nella quale sono indicate le aree a rischio; - per ciascuna area sono riportati i processi; - per ciascun processo sono indicati i rischi; - per ogni rischio sono individuate le misure di prevenzione, i tempi, gli indicatori, i Servizi coinvolti) di effettuare la seguente analisi:

<p>a) <u>con riguardo all'anno 2019</u>, verificare se le misure di prevenzione indicate nel Piano (gli indicatori ed i tempi), sono state messe in atto in modo completo o in modo parziale (in questo secondo caso riportando le motivazioni degli scostamenti);</p>
<p>b) <u>con riguardo all'anno 2020</u>:</p> <ul style="list-style-type: none">- riesaminare i processi a rischio di ciascuna struttura, indicando se si confermano, se vanno eliminati, se si prevedono nuovi processi; - per ogni processo esaminare i rischi, indicando se si confermano, se vanno eliminati se si prevedono nuovi rischi; - per ogni rischio, indicare se le misure di prevenzione riportate sono da confermare, da modificare o da integrare, anche tenuto conto dell'efficacia delle stesse a tutt'oggi verificata o delle eventuali criticità rilevate; -per ogni rischio, indicare se i tempi di realizzazione, le strutture coinvolte e gli indicatori riportati sono da confermare, da modificare o da integrare.

In data 23 agosto 2019 è stata approvata la deliberazione n. 688 riferita alla messa in atto di audit interni con riferimento al Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (P.T.P.C.T.) 2019-21 (aggiornamento 2019) approvato con deliberazione n. 75/2019. Ciò in conformità a quanto disposto dalla L. n. 190/2012 e s.m.i., dalla nota della Regione Piemonte, Direzione Sanità, pervenuta con e mail del 14.-5.19 (prot. Asl Vco n. 30410 del 14.5.19), con la quale si è precisato che *“gli audit in ambito di prevenzione della corruzione e trasparenza costituiscono una misura efficace anche nel contrasto alla corruzione e rappresentano, contemporaneamente, uno strumento utile per il monitoraggio di quanto descritto nei Piani”*.

Con tale nota si è anche osservato che l'audit non deve assumere un carattere ispettivo ma rappresenta un momento di approfondimento utile a far emergere eventuali criticità e ad apportare le opportune correzioni, in un'ottica di miglioramento continuo.

Come precisato nella deliberazione n. 688 gli audit vengono effettuati dal R.P.C.T., Giuseppina Primatesta, e dal Referente anticorruzione, Collaboratore Amministrativo Professionale della Soc Affari Generali, Legali e Istituzionali, Dario Bottioli, prevedendo, inoltre, il coinvolgimento, a seconda dei settori coinvolti, e laddove necessario, dei Referenti anticorruzione aziendali (tenuto conto del campo specifico di esperienza di ciascun Referente), nominati con deliberazione n. 359/2017.

Nell'ultimo trimestre 2019 sono stati effettuati audit con riguardo alle seguenti Strutture aziendali:

- Soc Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio – Sos Tecnico - Soc Farmacia – Sos
--

Le informazioni raccolte potranno essere utilizzate anche per rivedere la gestione del rischio al fine di poter aggiornare il Piano per l'annualità 2020.

*

Il Responsabile della corruzione ha predisposto, in conformità a quanto disposto dalla L. n. 190/2012), una relazione (pubblicata, entro il 31.1.2019, sul sito nella sezione “Amministrazione Trasparente”) ed allegata al Piano 2019, sullo stato di attuazione del Piano con riguardo all'anno 2018 basata sui rendiconti presentati dai Dirigenti e sui risultati realizzati in esecuzione del Piano, in conformità allo schema fornito da A.N.A.C.

*

Per quanto attiene il tema della formazione, dopo un approfondimento con il R.P.C.T., si segnala quanto segue.

Nel 2019, è stato riattivato il corso Fad, corso rivolto a tutto il personale dell'ASL (predisposto nel 2015 in sinergia con altre Aziende del Quadrante).

Con nota a firma del RPCT prot. n. 31602 del 20.5.2019 si è comunicato ai Direttori di Struttura l'attivazione di n. 2 edizioni del corso Fad. Con lettera prot. n. 49953 dell'8.8.19 il RPCT ha chiesto al Direttore della Soc Gestione Personale e Formazione l'attivazione di ulteriori edizioni del corso Fad. Nel corso dell'anno 2019 la Soc Gestione personale e Formazione ha attivato solo n. 2 edizioni del corso per problemi legati a carenza di personale. Con lettera prot n. 67453 del 31.10.19 si è richiesto, nell'ultimo trimestre 2019, di attivare 2-3 edizioni del corso.

E' stato anche riattivato, nel 2019, il corso residenziale dal titolo “*Lavorare nella sanità per una cultura dell'etica*” (durata n. 6 ore). Sono state effettuate n. 2 edizioni (il 15.2.2019 ed il 29.3.2019). Si era anche previsto l'attivazione di un corso sull'etica della durata di n. 2 giornate (il 4.10.19 e l'11.10.19) dal titolo “*Formare i formatori*” con l'obiettivo di formare un certo numero di dipendenti dell'ASL VCO per portare avanti, in maniera continuativa, principi e valori etici, presupposto fondamentale per prevenire fenomeni corruttivi. Per problemi di tipo organizzativo non si è potuto effettuare il corso rinviando all'anno 2020.

Il giorno 23 ottobre e 20 novembre 2019 si è svolto un corso residenziale dal titolo “*Prevenzione della corruzione e promozione della trasparenza*” aperto ai Referenti, ai Direttori di Dipartimento, ai Direttori di Sosd, di Soc, Sos, Sos in staff e a tutti coloro i quali risultano particolarmente esposti al rischio corruttivo. Con nota prot 59605 del 27.9.2019 a firma del RPCT (e con successiva nota prot 62297 del 10.10.19) sono stati informati i Direttori di Struttura invitandoli a partecipare.

*

Per quanto riguarda la misura di prevenzione della corruzione legata **alla rotazione del personale**, da un confronto con il R.P.C.T., si può osservare che, in azienda, con l'applicazione del vigente atto aziendale, sia nel 2018 che nel 2019, e con la copertura dei posti vacanti di Direttore di Soc/Sosd (coperti, fino a quel momento, con l'individuazione di sostituti) si è dato un buon impulso all'applicazione del principio di rotazione. Occorre rilevare che la rotazione, in azienda, è messa in atto, in misura significativa, nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione.

Il RPCT ha inviato una lettera (prot. n. 51516 del 19.8.2019), indirizzata ai Direttori di Struttura ed ai Referenti anticorruzione dell'ASL VCO ricordando l'importanza dell'applicazione della rotazione come misura di prevenzione della corruzione e precisando, laddove non si riesca a mettere in atto la misura, di applicare misure alternative precisate nella medesima lettera (richiamando le deliberazioni ANAC sul tema).

Infatti, si legge nel Piano, laddove si riscontrino difficoltà ad applicare il principio di rotazione, è possibile definire misure da adottare che possono comprendere, seppure a titolo esemplificativo: - la predisposizione di modalità operative che consentano una maggior condivisione delle attività fra gli operatori evitando l'isolamento di certe mansioni; - la definizione di check list da utilizzare dagli operatori nelle attività di controllo dei processi più esposti a rischio corruttivo.

*

I componenti O.I.V. rilevano che, **nell'assegnare gli obiettivi, per l'anno 2019**, ai Direttori di Dipartimento, di Soc, Sos Dipartimentale e Sos in staff, la Direzione Generale ha individuato, analogamente agli anni pregressi, una specifica sezione dedicata alla prevenzione della corruzione ed al miglioramento della trasparenza, in conformità a quanto previsto nel Piano delle Performance 2019.

Nell'ambito di questi obiettivi è ricompreso il monitoraggio del Piano, l'adesione al corso Fad, la redazione di una relazione entro il 15.9.2019 ed il 15.1.2020 utilizzando uno schema predisposto dal R.P.C.T., l'aggiornamento della Dichiarazione pubblica di interessi (obiettivo assegnato dalla Regione ai Direttori Generali per l'anno 2018 che prevedeva la redazione di una dichiarazione utilizzando una modulistica standard disponibile sul sito istituzionale dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, A.G.E.N.A.S.). La Soc Affari Generali, Legali e Istituzionali ha svolto, e svolge tutt'ora, un'azione di supporto per quanto attiene la compilazione della dichiarazione attraverso l'attività svolta dal Collaboratore Amministrativo Professionale, Dario Bottiroli. I Direttori di Struttura sono stati invitati a raggiungere l'obiettivo con lettera prot. n. 49964 dell'8.8.19, prot. n. 59486 del 27.9.19 e prot. n. 70489 del 15.11.2019.

Il RPCT, con lettera prot. n. 51511 del 19.8.19, ha richiesto all'Ufficio Ispettivo l'effettuazione di verifiche in materia di inconfiribilità e di incompatibilità (D.Lgs. n. 39/2013 e smi) con particolare riferimento ai Direttori di Struttura (Soc, Sosd, Sos) assunti o nominati a fine 2018 e a decorrere dal gennaio 2019.

*

Per quanto riguarda il Codice di comportamento si prende atto che l'ASL VCO che, a suo tempo, con atto n. 50/2015, aveva adottato il Codice di comportamento, a seguito della determinazione ANAC n. 358 del 29.3.2017, ha proceduto, con deliberazione n. 162 del 22.2.2018, ad integrare la deliberazione n. 50/2015 svolgendo il necessario iter procedurale, anche tenuto conto del parere favorevole espresso dall'O.I.V. in conformità alla normativa vigente. Il codice rappresenta una delle "azioni e misure" principali di attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione a livello decentrato.

L'atto deliberativo n. 162 del 22.2.2018 è stato pubblicato sul sito internet aziendale, sezione "Amministrazione Trasparente", sottosezione "Altri contenuti" – Prevenzione della corruzione.

Nel 2019, con nota prot. 64656 del 18.10.19, il RPCT ha inviato una nota ai Direttori di Soc/Sosd/Sos in staff chiedendo ai Direttori di Struttura di comunicare (anche tramite e mail) ai propri

Collaboratori l'importanza della conoscenza e del rispetto del Codice e precisando che il documento è consultabile sul sito internet, sezione Amministrazione Trasparente, sottosezione Altri contenuti, voce Prevenzione della corruzione.

Si prende atto della Relazione redatta, nel settembre 2019, da un Gruppo di Lavoro (appositamente costituito) per approfondire la tematica legata alle Linee guida ANAC in materia di Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici.

7. Trasparenza

Nel corso dell'anno si è realizzato un confronto con il Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza oltre che per quanto attiene l'ambito della prevenzione della corruzione anche per l'ambito della trasparenza.

Con deliberazione dell'ASL VCO n. 75 del 31.1.2019, nell'approvare il vigente Piano triennale di prevenzione della Corruzione 2019-2021, nella sezione II, si è disciplinato la materia della trasparenza, allegando l'elenco degli obblighi di pubblicazione di cui al D.Lvo n.33/2013 e smi.

In merito alla trasparenza occorre rilevare che l'A.N.A.C., con deliberazione n. 141-27.2.2019, ha previsto che l'OIV attesti l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31.3.2019, avvalendosi della collaborazione del responsabile della trasparenza, con riguardo ad un numero circoscritto di obblighi di pubblicazione risultanti dalla griglia contenuta nell'allegato 2.1 alla delibera n. 141/2019.

L'O.I.V., tenuto conto della deliberazione n. 141/2019 e del contenuto della Delibera ANAC n. 1310/2016, ha effettuato, in data 1° aprile e 15 aprile, la verifica sulla pubblicazione, completezza, aggiornamento ed apertura del formato dei documenti pubblicati nel sito dell'ASL VCO, nella sezione "Amministrazione Trasparente", come risulta dai verbali n. 1 del 1° aprile 2019 e n. 2 del 15.4.2019. L'O.I.V., terminato l'esame della griglia di cui alla citata delibera n. 141/2019, ha predisposto:

- il documento di attestazione (di cui all'allegato 1.1 alla delibera n. 141);
- la scheda di sintesi sulla rilevazione dell'OIV (di cui all'allegato 3 alla delibera n. 141), invitando il responsabile della trasparenza ad effettuare la pubblicazione sul sito aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente" entro il 30 aprile 2019. In tal senso l'Azienda si è mossa.

In data 3 agosto 2019 è stata approvata la deliberazione n. 688 riferita all'effettuazione di audit in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza. Sono stati effettuati incontri con riguardo alle seguenti strutture aziendali: - Soc Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio – Soc Personale.

Con nota prot n. 52286 del 23.8.19 il RPCT ha trasmesso ai Direttori delle Strutture Gestione Personale e Formazione, Logistica e Servizi Tecnici e Informatici, Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio (per queste Strutture sono rilevanti gli obblighi di pubblicazione) l'allegato al Piano anticorruzione vigente, il D.Lvo n. 33/2013 e smi, la Delibera Anac n. 1310 del 28.12.2016 per ribadire la necessità di riesaminare la normativa per verificarne la corretta applicazione e specificare che, nel corso dell'anno, si sarebbero svolti audit specifici sul tema.

Per quanto attiene alla delibera ANAC n 586 del 26.6.2019, al fine di dare applicazione a quanto disposto dalla medesima in tema di pubblicazione di dati patrimoniali, il RPCT ha richiesto (con

lettere prot. n. 63983 del 16.10.19 e prot n. 56739 del 13.9.19), al Direttore della Soc Gestione Personale e Formazione, di procedere alla raccolta della documentazione.

Sono seguiti specifici incontri che hanno coinvolto i Direttori del Personale delle aziende sanitarie piemontesi al fine di agire secondo una modalità condivisa. Questa azienda ha ritenuto di non procedere alla raccolta delle dichiarazioni anche tenuto conto di indicazioni regionali in merito. Si richiama anche la recente Ordinanza del TAR Lazio del 21.11.19.

La sezione “Amministrazione Trasparente” del sito web istituzionale ha soddisfatto gli indicatori della Bussola della Trasparenza dei siti web, portale realizzato dal Dipartimento della Funzione pubblica.

8. Partecipazione dei cittadini

Per quanto attiene questo tema si segnala quanto segue:

- l’attivazione dell’Ufficio per le relazioni con il Pubblico;
- l’adozione del Regolamento di Pubblica Tutela (deliberazione n. 904 del 14.12.2017);
- la costituzione della Commissione Mista conciliativa finalizzata all’ascolto dei bisogni degli utenti ed al rispetto del diritto di partecipazione dei cittadini ai processi aziendali (vedi atto deliberativo n. 905 del 14.12.2017);
- la messa in atto di indagini sulla valutazione della qualità percepita;
- l’attività svolta dalla Conferenza di Partecipazione;
- l’adozione della Carta dei Servizi;
- l’adozione del Piano di Comunicazione riferito al triennio 2018-19 (adottato con deliberazione n. 101 dell’8.2.2018).

Si rileva che, per la redazione del P.T.P.C.T., aggiornamento 2020, si pubblicherà il documento 2019 sul sito, chiedendo di esprimere valutazioni/osservazioni ai soggetti portatori di interessi. Di tali eventuali osservazioni si terrà conto in sede di aggiornamento del documento per il 2020.
