

597

18 LUGLIO 2019

Att. A



A.S.L. V.C.O.

*Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola*

**RELAZIONE ANNUALE SULLA PERFORMANCE
(R.A.P.)
DELL'ASL VCO RIFERITA ALL'ANNO 2018**

**(ART 10 D.Lvo n. 150/2009 e smi -
D.G.R. Regione Piemonte n. 25-6944 del 23.12.2013)**

INDICE

	Premessa
1.	Il Contesto di riferimento
2.	L'organizzazione aziendale
3.	Le risorse umane
4.	Dati di attività 2018
5.	Risultato del conto consuntivo 2018
6.	Piano della Performance 2018: aree strategiche
6.1	Processo di attuazione del ciclo della Performance
7.	Obiettivi 2018
7.1	Obiettivi assegnati dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2018
7.2	Obiettivi assegnati dalla Direzione Generale ai Direttori di Struttura per l'anno 2018
8.	Valutazione degli obiettivi anno 2018 da parte dell'O.I.V.
9.	Anticorruzione e Trasparenza anno 2018
	<p>Allegati: nn. 1 – 2 – 3 – 4</p> <p>All. 1) Relazione del Direttore Generale sulla gestione allegata al conto consuntivo 2018, all D.</p> <p>All. 2) Deliberazione n. 282 dell'8.4.2019: <i>"CCNL 21.5.2018-Triennio 2016/18- Determinazione definitiva consistenza fondi personale comparto sanitario anno 2018 e provvisoria 2019"</i></p> <p>All. 3) Deliberazione n. 481 del 10.6.2019: <i>"CCNL 6.5.2010 - Il biennio economico 2008-2009- Determinazione definitiva consistenza fondi area dirigenza medica e veterinaria anno 2018 e provvisoria 2019"</i></p> <p>All. 4) Deliberazione n. 480 del 10.6.2019: <i>"CCNL 6.5.2010- Il biennio economico 2008-2009- Determinazione definitiva consistenza fondi area dirigenza sanitaria, DIPSA, professionale, tecnica e amministrativa anno 2018 e provvisoria 2019"</i>.</p>

Premessa

L'art. 10 del DL.vo n. 150 del 27.10.2009 e smi prevede che, al fine di assicurare la qualità, la comprensibilità e l'attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, le amministrazioni pubbliche devono annualmente redigere:

- il "Piano della Performance", documento programmatico da adottare in coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'azienda, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale e i relativi indicatori;

- la "Relazione sulla performance" che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse.

La Regione Piemonte, con DGR n. 25-6944 del 23.12.2013, pur precisando che non ricorre per le aziende sanitarie regionali l'obbligo di adottare gli strumenti operativi previsti dall'art. 10 del D.Lgs n. 150 (Piano della Performance e Relazione sulla Performance) ha formulato alcune indicazioni di massima anche in riferimento ai documenti aziendali che rispondono allo scopo di definire ed assegnare gli obiettivi e di rendicontarli in maniera definitiva.

Con la D.G.R. richiamata la Regione ha invitato le aziende sanitarie a redigere, annualmente:

- entro il 31 marzo (di norma) il Piano annuale della Performance (P.A.P.) ovvero 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, successivamente, la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance. Il P.A.P. deve tener anche conto degli obiettivi direttamente assegnati dalla Regione al Direttore Generale e può contenere sia obiettivi strategici che operativi.
- entro il 31 luglio (di norma) la Relazione annuale sulla performance (R.A.P.) ovvero un documento consuntivo con il quale attestare la misura della realizzazione degli obiettivi strategici e/o operativi contenuti nel PAP. La R.A.P. costituisce condizione per l'erogazione della retribuzione di risultato/produttività collettiva al personale dell'azienda. La R.A.P. è validata dall'Organismo Indipendente di Valutazione.

Per quel che attiene l'anno 2018 l'ASL VCO ha avviato la gestione del ciclo della performance adottando, con atto n. 310 del 30 marzo 2018, il Piano annuale della Performance (P.A.P.) dell'ASL VCO. Il Piano della Performance riferito all'anno 2018 è stato pubblicato sul sito internet aziendale nella rubrica Amministrazione Trasparente, sezione Performance, sottosezione Relazione sulla Performance.

La presente relazione annuale sulla performance 2018 è stata predisposta anche tenendo conto delle linee guida emanate da Civit in merito alla modalità di redazione della relazione (Delibera n. 5/2012).

Nell'ambito della Relazione annuale sulla Performance riferita all'anno 2018 si fa riferimento:

-agli obiettivi assegnati, per l'anno 2018, dalla Regione Piemonte al Direttore Generale, con DGR n. 26-6421 del 26.1.2018, che sono stati successivamente declinati ai Direttori di Struttura direttamente coinvolti con atto n. 184 del 28.2.2018;

-agli obiettivi che, nel 2018, la Direzione Generale, con deliberazione n. 450 del 9.5.2018, ha declinato ai Direttori: di Dipartimento, delle Sos Dipartimentali, delle Strutture Complesse, ai Responsabili delle Sos in Staff e di Supporto alla Direzione Generale.

1. Il Contesto di riferimento

L'Azienda presenta un'estensione territoriale di circa 2.332,32 km quadrati, per il 96% montani, ha una densità abitativa media di 73 abitanti/Kmq e comprende 83 Comuni, distribuiti in maniera disomogenea sul territorio del Verbano, Cusio ed Ossola, per un totale di abitanti, al 31.12.2018, pari a 168.946.

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

Si rinvia alla tabella di seguito riportata dalla quale si evidenzia la popolazione dell'ASL VCO distinta per genere, età ed ambito territoriale.

La percentuale di popolazione oltre 65 anni è pari al 26%.

Per l'ASL VCO l'indice di vecchiaia (ovvero il rapporto tra popolazione di 65 e più anni e popolazione di età compresa tra 0-14 anni moltiplicato per 100) è di 238 (238 Distretto Verbano, 223 Distretto Cusio e 250 Distretto Ossola) mentre il tasso di natalità (ovvero il rapporto tra il numero dei nati vivi dell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente moltiplicato per 1.000) è 5,40 (5,60 distretto Verbano, 5,13 Distretto Cusio e 5,38 Distretto Ossola).

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

2. L'organizzazione aziendale

Relativamente all'**organizzazione aziendale** l'atto aziendale vigente è stato adottato in conformità a quanto stabilito dalla Regione, con D.G.R. n. 42 - 1921 del 27.7.2015. Tenuto conto delle disposizioni regionali e dopo lo svolgimento di uno specifico iter è stato adottato, con deliberazione n. 429 del 12.11.2015, un nuovo atto aziendale, trasmesso alla Direzione Sanità per l'avvio del procedimento regionale di verifica. In data 23.11.2015, con DGR n. 53-2487, la Regione ha recepito il nuovo atto aziendale autorizzando l'Azienda a dare applicazione all'atto stesso. In fase di applicazione dell'atto è emersa la necessità di apportare alcune modifiche recepite: - dapprima, con deliberazione n. 201 del 5.4.2017, successivamente, con deliberazione n. 292 del 12.5.2017. Entrambe le deliberazioni, dopo essere state trasmesse in Regione, sono state validate con D.G.R. n. 31 - 5172 del 12.6.2017. E' stata apportata, nell'anno 2018, un'ulteriore modifica con deliberazione n. 556 del 31.5.2018 (ulteriore modifica è stata apportata nell'anno 2019).

Nell'ambito del vigente atto aziendale è definita la missione, la visione ed i valori fondanti dell'azienda di seguito illustrati.

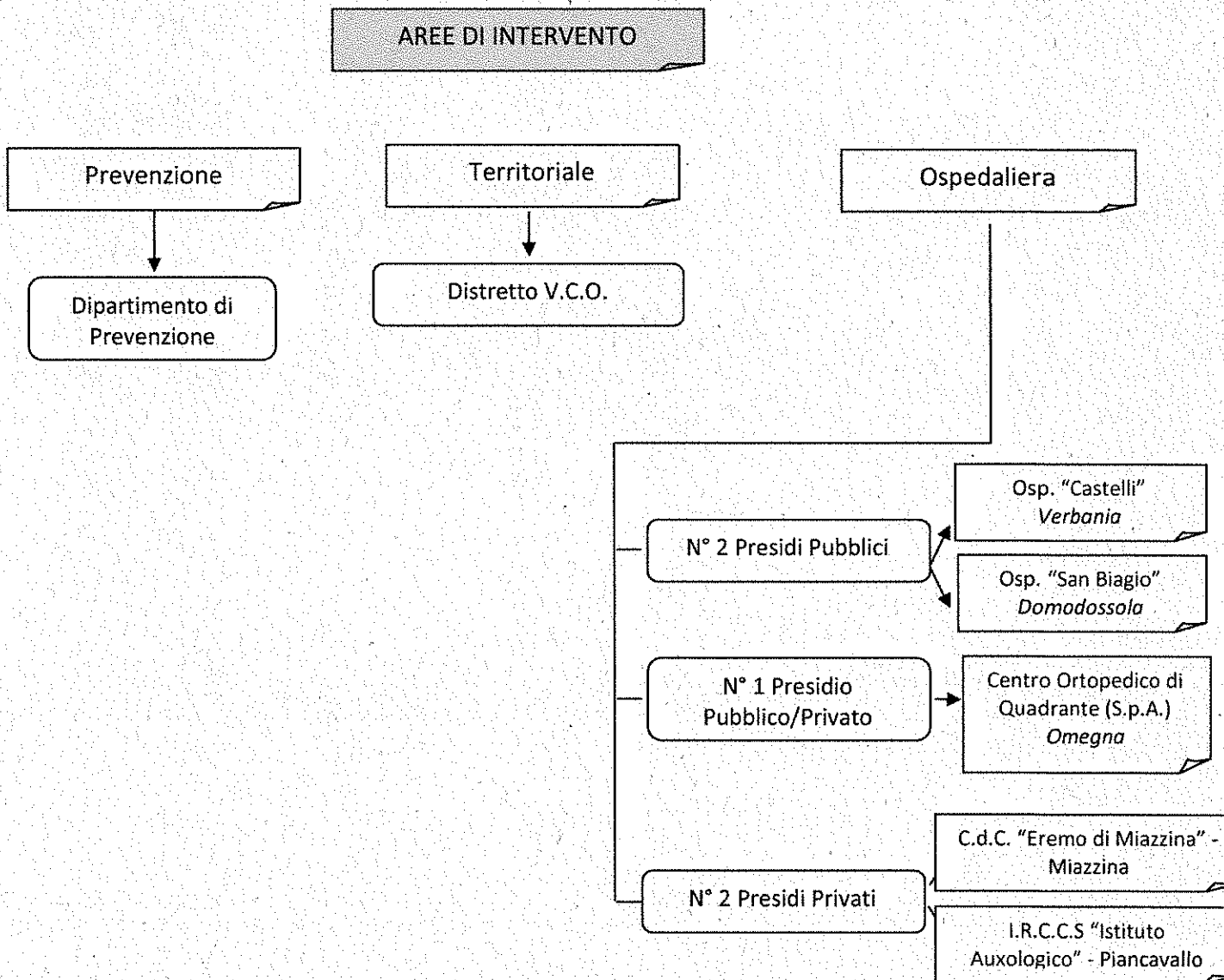
La **missione** dell'Azienda, in linea con il P.S.S.R. 2012-15 e con il vigente atto aziendale, è quella di garantire il diritto alla salute, offrendo i servizi, le attività, le prestazioni necessarie per la promozione, tutela, prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie e la riabilitazione ma, nel contempo, assicurare che tali attività servizi e prestazioni siano di qualità elevata e siano fornite nei modi, luoghi e tempi congrui per le effettive necessità della popolazione. L'Asl VCO svolge la funzione preminente di tutela della salute e quella di erogazione dei servizi di assistenza primaria tramite i distretti e dei servizi di assistenza specialistica tramite gli ospedali in rete. Le attività di promozione della salute e prevenzione primaria collettiva sono svolte dal Dipartimento di Prevenzione e/o mediante l'attivazione di programmi speciali finalizzati. L'Azienda: - opera secondo il modello della presa in carico del cittadino-utente riconoscendo la centralità del cittadino nell'ambito della costruzione dei propri processi, da realizzare mediante specifiche politiche di comunicazione orientate all'informazione ed alla partecipazione nella definizione delle scelte e nella valutazione dei risultati; - persegue la valorizzazione del proprio capitale di tecnologie e di professionisti come competenze distintive, dedicate alla gestione e produzione di servizi sanitari.

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

I **valori fondanti** che orientano e sostengono le azioni ed i comportamenti dei singoli operatori e dell'intera organizzazione afferiscono, tra gli altri, alla: - centralità del cittadino, quale titolare del diritto alla salute; alla continuità assistenziale dei percorsi di cura; - alla tutela e cura delle persone più deboli o con disabilità, favorendo anche la loro integrazione nella vita quotidiana; - al contenimento dell'attività di ricovero (deospedalizzazione) evitandone l'uso improprio, da realizzare attraverso la continuità assistenziale; - alla qualità dei servizi; - alla responsabilità ed autonomia dei professionisti mediante lo sviluppo del governo clinico; - all'aggiornamento e sviluppo delle competenze professionali; - alla sicurezza delle attività e degli ambienti di lavoro; - all'integrazione tra la dimensione clinica e quella economica; - alla messa in atto di azioni volte alla prevenzione ed alla repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione, ai sensi della L. n. 190 del 6.11.2012; - alla trasparenza dell'attività amministrativa. L'Azienda, inoltre, persegue la tutela della privacy.

Il vigente atto aziendale prevede le seguenti macroaree (D.G.R. n. 42-1921/2015):

- area della prevenzione;
- area territoriale;
- area ospedaliera.



Area della Prevenzione

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

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

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

Area Territoriale

Il Distretto, quale articolazione territoriale ed organizzativa dell'ASL, svolge un ruolo essenziale nella governance del sistema territoriale realizzando una funzione di erogazione produttiva e di coordinamento della rete dei servizi e, contemporaneamente, una funzione di garanzia e di accompagnamento nell'accesso dei servizi. Le attività territoriali delle Aziende Sanitarie si articolano, inoltre, con le attività svolte dal Dipartimento di Salute Mentale, Materno Infantile, Prevenzione, con la Soc Serd. Collabora, inoltre, con i Dipartimenti di area ospedaliera e con gli Enti gestori dei Servizi socio assistenziali. Al fine di garantire processi omogenei di distribuzione delle risorse e di equità nell'accesso e nell'utilizzazione dei servizi nell'atto aziendale vigente si è previsto un **unico distretto**, pur garantendo la specificità dei singoli territori articolando i Comitati dei Sindaci di Distretto nelle Aree del Verbano, Cusio ed Ossola.

Area Ospedaliera

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

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

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

Come si ricava dal vigente atto aziendale l'ASL VCO si caratterizza per **una organizzazione di tipo dipartimentale**. Nell'individuazione dei dipartimenti l'Azienda ha tenuto conto dei seguenti fattori (D.G.R. n. 42-1921 del 27.7.2015):

- i dipartimenti dell'area territoriale sono esclusivamente quelli previsti dalla D.G.R. n. 26-1653 del 29.6.2015 ovvero: il Dipartimento di Prevenzione (DP), il Dipartimento Materno Infantile (DMI), il Dipartimento di Salute Mentale, il Dipartimento Patologia delle Dipendenze (DPD). Il Dipartimento di Salute Mentale ed il Dipartimento delle Dipendenze sono dipartimenti interaziendali, costituiti, il primo, in accordo con l'ASL di Biella e l'ASL di Vercelli ed il secondo in accordo con l'ASL di Biella, di Novara e di Vercelli.

- i restanti dipartimenti sono 3 e sono stati individuati con riguardo all'ambito ospedaliero, suddividendoli nelle tre aree medico, chirurgica e dei servizi (Dipartimento delle patologie mediche - Dipartimento delle patologie chirurgiche - Dipartimento dei Servizi diagnostici e terapie di supporto).

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

Nell'ambito dell'atto aziendale (in conformità al contenuto della D.G.R. n. 42-1921 del 27.7.2015) si rilevano articolazioni organizzative così denominate:

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

Le **strutture complesse** costituiscono articolazioni organizzative alle quali è attribuita la responsabilità di organizzazione, direzione e gestione delle risorse umane, strutturali, tecniche e finanziarie a ciascuna assegnate. Il contingente numerico delle strutture complesse è conforme agli standard minimi per l'individuazione di strutture complesse del SSN (ex art. 12, co. 1, lett. b, Patto per la Salute 2010-12), ed è il seguente:

strutture complesse ospedaliere	Parametro: 17,5 posti letto per struttura complessa ospedaliera. La Regione, con DGR n. 1-600 del 19.11.2014, integrata con DGR n. 1-924 del 23.1.2015, ha individuato, per l'ASL VCO, n. 25 SOC ospedaliere (si rinvia al paragrafo 9d del presente elaborato).
strutture complesse non ospedaliere (strutture dell'area professionale, tecnica, amministrativa e strutture sanitarie territoriali)	parametro: 13.515 residenti per struttura complessa non ospedaliera, pari a complessive 13 strutture complesse.

Le **strutture semplici a valenza dipartimentale** sono articolazioni organizzative con specifiche responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie (il budget è negoziato con il Direttore del Dipartimento) costituite limitatamente (D.G.R. n. 42-1921 del 27.7.2015):

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

Le **strutture semplici** costituiscono articolazioni organizzative interne delle strutture complesse alle quali è attribuita la responsabilità della gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie (D.G.R. n. 42-1921 del 27.7.2015). Le strutture semplici svolgono un'attività specifica e pertinente a quelle della struttura complessa di cui costituiscono articolazione ma non complessivamente coincidente con le attività di detta struttura complessa. Il contingente numerico di strutture semplici, tenuto conto degli standard ex art. 12, co. 1, lett. b, Patto per la Salute 2010-12, è il seguente:

strutture semplici	1,31 delle strutture complesse, equivalente, per questa azienda, a n. 50 strutture (numero comprensivo delle Sos a valenza dipartimentale).
--------------------	---

3. Le risorse umane

Il personale dipendente impiegato negli anni 2015-2018 è il seguente:

	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018
Dipendenti di ruolo	1.716	1.734	1.728	1.712
Incaricati	5	1	3	17
Supplenti	40	35	49	3

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

	N° unità personale anno 2015	N° unità personale anno 2016	N° unità personale anno 2017	N° unità personale anno 2018
Ruolo Sanitario di cui:	1201	1.204	1.196	1.194
Medici	284	294	283	268
Farmacisti/biologi/psicologi	31	30	30	28
Infermieri	713	704	701	704
Altro personale sanitario	108	109	114	125
Fisioterapisti/educatori	65	67	68	69
Ruolo Professionale di cui:	3	3	3	3
Dirigenti	3	3	3	3
Ruolo Tecnico di cui:	295	311	316	307
Dirigenti	2	2	2	2
Comparto	293 (di cui 165 OSS)	309 (di cui 186 OSS)	314 (di cui 196 OSS)	305
Ruolo Amministrativo di cui:	217	216	213	208
Dirigenti	7	7	7	6
Comparto	210	209	206	202
TOTALE RUOLI	1716	1734	1728	1.712
(*) in aggiunta a personale distaccato al C.O.Q.	57	55	52	45

4. Dati di attività 2018

Per quanto attiene i dati di attività anno 2018 riferiti all'area della prevenzione, dell'assistenza territoriale ed ospedaliera si rinvia alla relazione del Direttore Generale, allegato D al conto consuntivo 2018 (adottato con deliberazione n. 350 del 30.4.2019), allegata alla relazione sulla performance (Al. 1).

5. Risultato del conto consuntivo 2018

Per quanto attiene il risultato economico del conto consuntivo 2018 si rinvia alla relazione del Direttore Generale, allegato D al conto consuntivo 2018 (adottato con deliberazione n. 350 del 30.4.2019), allegata alla relazione sulla performance (Al. 1). Si da atto che il bilancio consuntivo 2018 ha chiuso in pareggio.

6. Piano della Performance 2018: aree strategiche

Per quel che attiene l'anno 2018 l'ASL VCO ha avviato la gestione del ciclo della performance adottando, con atto n. 310 del 30 marzo 2018, il Piano annuale della Performance (P.A.P.), con il quale, ai sensi dell'art. 10, co.1, lett. A, del D.lvo n. 150/2009, in conformità alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, sono stati individuati gli obiettivi, gli indicatori, i risultati attesi da parte delle varie articolazioni organizzative dell'ASL VCO.

Le aree strategiche individuate nel Piano della Performance 2018 sono state le seguenti:

Area Strategica 1: Promozione della salute e prevenzione malattie

Il fine è quello di rilanciare il ruolo del Dipartimento di Prevenzione quale modello di integrazione di tutti i servizi territoriali sanitari e sociali operanti nella prevenzione ed identificare in tale struttura - come previsto dal D.Lgs 502/92 e s. m. i. - il riferimento del S.S.N. che assicura l'applicazione dell'art. 32 della Costituzione. La tutela della salute collettiva viene garantita 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 2: Riordino assistenza territoriale

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

Area Strategica 3: *Riordino assistenza ospedaliera*

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

Area Strategica 4: *Miglioramento della trasparenza e prevenzione della corruzione*

Si tratta di migliorare la trasparenza della comunicazione nei confronti degli stakeholder interni ed esterni e l'accessibilità ai servizi anche al fine di prevenire fenomeni corruttivi. Con atto deliberativo n. 77 del 31.1.2018 è stato approvato il Piano triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza dell'ASL VCO 2018-2020 (aggiornamento 2018).

Area Strategica 5: *Governo economico-finanziario*

Si tratta di un vincolo più che di un obiettivo in quanto occorre razionalizzare il livello di spesa nell'ambito delle risorse disponibili, pur garantendo i livelli essenziali di assistenza. Si ricomprende un monitoraggio di particolari fattori di spesa (vedi spesa farmaceutica) da realizzare mediante adeguate e mirate politiche di controllo della spesa.

Area Strategica 6: *Governo clinico*

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

*

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

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

6.1. Processo di attuazione del ciclo della Performance

Come risulta dal Piano della Performance 2018, per realizzare una gestione efficace ed efficiente delle risorse e responsabilizzare l'intera struttura aziendale l'azienda adotta un processo attraverso il quale, nel quadro degli obiettivi, delle risorse, delle strategie e dei programmi previsti dagli atti di programmazione regionali ed aziendali, si pianificano, su base annuale, e con riferimento ai diversi soggetti cui sono conferiti incarichi di responsabilità, gli obiettivi da perseguire, le risorse a tal fine destinate. La verifica dei risultati e degli scostamenti, positivi o negativi, dalle previsioni di budget, costituisce elemento fondamentale per la

valutazione dei Responsabili. Di fondamentale importanza è l'utilizzo del sistema di reporting (mediante la predisposizione di report da parte della Sos in staff alla Direzione Generale Controllo di Gestione), che consente di mettere a disposizione dell'Azienda una serie di informazioni indispensabili per confrontare gli obiettivi prefissati con i risultati conseguiti, permettendo, nel caso si evidenzino criticità, di introdurre tempestive azioni correttive.

Il processo di budget, nel 2018, si è articolato in una serie di fasi attraverso le quali la Direzione Generale:

- ha elaborato le linee annuali sulla base della programmazione regionale e locale – ha indicato la previsione di budget generale a disposizione per l'esercizio di riferimento – ha richiamato gli obiettivi strategici da perseguire. Tutto ciò con lo stretto coinvolgimento del Collegio di Direzione;
- ha individuato, per ogni struttura aziendale (Dipartimento, Sos Dipartimentale, Soc, Sos in staff alla Direzione Generale), eventuali aree critiche su cui lavorare o aree da potenziare;
- ha richiesto ai Direttori di Dipartimento, di Sos Dipartimentali, di Soc e di Sos in staff, entro il mese di febbraio, una relazione in merito al grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati nell'anno precedente, nonché una proposta di 1-2 obiettivi specifici di struttura per il nuovo anno;
- ha predisposto una scheda obiettivi per ogni singolo Dipartimento/Struttura (anche tenuto conto di quanto previsto nel Piano della Performance) trasmettendola ai singoli Direttori chiedendo, se ritenuto opportuno, di effettuare osservazioni in merito (le note sono state trasmesse all'Organismo Indipendente di Valutazione che ne terrà conto al momento della valutazione circa il raggiungimento di ciascun obiettivo);
- ha raccolto le schede obiettivi firmate ed assunto l'atto deliberativo;
- ha effettuato un monitoraggio dei risultati. A questo proposito, a cadenza trimestrale, la Sos in Staff alla Direzione Generale Controllo di Gestione mette a disposizione della Direzione Generale e dei Direttori dei Dipartimenti/Sos Dipartimentali, Soc e Sos in staff alla Direzione Generale alcuni report al fine di verificare che l'andamento della gestione sia in linea con gli obiettivi previsti, dando la possibilità di adottare, in caso contrario, le necessarie azioni correttive. Qualora lo scostamento sia stato determinato dal sopraggiungere di condizioni esterne che hanno modificato la situazione originaria, i Direttori di Dipartimento/Struttura possono chiedere alla Direzione Generale l'attivazione della procedura di revisione dell'obiettivo a suo tempo assegnato, motivandone la richiesta. La procedura di revisione viene gestita direttamente dalla Direzione Generale che ne comunica l'esito all'Organismo Indipendente di Valutazione. Gli obiettivi possono essere modificati/integrati dalla Direzione Generale in corso d'anno, anche per effetto dell'assegnazione, al Direttore Generale, degli obiettivi annuali da parte della Regione.

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

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

7. Obiettivi 2018

7.1. Obiettivi assegnati dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2018

La Regione, con DGR n. 26-6421 del 26.1.2018, ha assegnato gli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali/commissari delle aziende sanitarie regionali per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2018, riportati nell'allegato A della medesima deliberazione ed elencati nella tabella di seguito riportata.

Obiettivi/Sub obiettivi	Descrizione obiettivo
1.	Budget
Ob. 1.1	Attuazione della programmazione
2.	Prossimità e integrazione dei percorsi
Ob. 2.1	Attivazione 100% delle Case della Salute programmate
Ob. 2.2	Linee di indirizzo del Piano Regionale Cronicità
3.	Accessibilità
Ob. 3.1	Tempi di attesa ricoveri
Ob. 3.2	Tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali
Ob. 3.3	Riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in Dea/PS
4.	Qualità dell'assistenza
Ob. 4.1	Area osteomuscolare
Ob. 4.2	Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI
Ob. 4.3	Appropriatezza nell'assistenza al parto
Ob. 4.4	Area chirurgia generale: colecistectomia laparoscopica
Ob. 4.5	Screening oncologici
Ob. 4.6	Donazioni d'organo
Ob. 4.7	Umanizzazione
5.	Gestione della spesa: farmaci e DM
Ob. 5.1	Assistenza farmaceutica territoriale ed ospedaliera: appropriatezza prescrittiva
Ob. 5.2	Miglioramento della qualità del flusso informativo dei dispositivi medici
Ob. 5.3	Contenimento della spesa aziendale per l'acquisto di dispositivi medici
6.	Trasparenza e anticorruzione
Ob. 6.1	Dichiarazione pubblica d'interessi
7.	Digitalizzazione
Ob. 7.1	Fascicolo sanitario elettronico e SoL
	Obiettivo di accesso di edilizia sanitaria

Con deliberazione n. 184 del 28.2.2018 a seguito dell'assegnazione, da parte della Regione, con DGR n. 26-6421 del 26.1.2018, degli obiettivi ai Direttori Generali per l'anno 2018, detti obiettivi sono stati declinati alle Strutture aziendali coinvolte.

E' stata quindi predisposta, entro il 28 febbraio 2019, in conformità a quanto previsto dalla Regione, la relazione finale in merito al raggiungimento degli obiettivi 2018 e, unitamente alla documentazione di supporto, è stata trasmessa alla Regione con nota, a firma del Direttore Generale, prot. n. 12875 del 28.2.2019. In data 13 marzo si è riunita la Rappresentanza della Conferenza dei Sindaci che ha espresso, con riguardo agli obiettivi 2018, parere positivo.

Si effettua una relazione, seppure schematica, in merito al raggiungimento di ciascun obiettivo.

<p>OB. 1.1 - Budget: Attuazione della programmazione economico finanziaria Situazione al 31.12.2018</p> <p>a) I costi registrati nel bilancio di verifica al 31.12.2018 sono inferiori per € 3.076 migliaia di euro rispetto ai costi risultati dal Bilancio di Previsione 2018.</p> <p>b) Gestione investimenti per fonte: obiettivo raggiunto in quanto si è rispettato l'importo finanziato ovvero € 1.116 migliaia di euro.</p> <p>c) Monitoraggio contenzioso: è stato effettuato nel corso del 2018.</p> <p>Si è segnalato un incremento della produzione anno 2018 rispetto a 2017 per € 1.509.624.</p>
<p>OB 2.1 - Attivazione/potenziamento del 100% delle Case della Salute programmate Entro il 31.12.18 sono state attivate o potenziate le seguenti Case della Salute: Cannobio - Crevoladossola – Omegna – Verbania. In data 8.2.2019 è stata trasmessa in Regione la relazione di attività delle strutture.</p>
<p>OB 2.2 - Linee di indirizzo del Piano Regionale Cronicità L'ASL VCO è stata individuata come ASL Laboratorio. Nel corso dell'anno 2018 l'ASL VCO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ha costituito la Comunità di Pratica ed alcuni Componenti hanno partecipato a corsi formativi regionali - ha costituito la Cabina di regia ed il Nucleo aziendale per la cronicità. - A seguito della <i>Call to action</i>, effettuata a dicembre 2018, la composizione della cabina di regia è stata integrata con professionisti sanitari dell'ASL VCO con specifica esperienza. <p>E' stata predisposta la bozza del Piano Locale Cronicità dell'ASL VCO ed inviata in Regione.</p>
<p>OB 3.1 – Tempi di attesa ricoveri Tale obiettivo è stato coordinato dalla Direzione Sanitaria dei Presidi Ospedalieri di Verbania e di Domodossola che ha svolto un costante monitoraggio, nel corso del 2018, coinvolgendo i Direttori delle Strutture aziendali competenti. Seppure si siano registrate difficoltà al raggiungimento dell'obiettivo (talvolta legate a grave carenza di personale) occorre evidenziare, per il 2018, un miglioramento anche significativo, rispetto al 2017, di quasi tutti i tempi di attesa.</p>
<p>OB 3.2 - Tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali Si sono registrate difficoltà al raggiungimento dell'obiettivo. Occorre comunque precisare che sono state messe in atto, nel corso del 2018, una serie di azioni volte a migliorare i tempi di attesa relativi alle prestazioni specialistiche ambulatoriali. E' stata applicata la DGR n. 28-7537/2018 relativa al programma regionale per il governo dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali che ha anche previsto l'assegnazione di specifiche risorse finanziarie. In applicazione di detta deliberazione l'attività di potenziamento della risposta ambulatoriale è stata sviluppata più intensamente nell'ultimo trimestre 2018.</p>
<p>OB 3.3 - Riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in Dea/PS La permanenza dei pazienti in Dea è stata di 269,8 minuti alla data del 31.12.2018 (in miglioramento rispetto al dato al 31.12.2017 pari a 317,2 minuti). Il dato di 269,8 minuti rispetta pienamente lo standard regionale (inferiore a 360 minuti).</p>
<p>OB 4.1 - Area osteomuscolare Valore atteso: tasso aggiustato > 70% Dato al 30.9.2018 = 56,1%</p> <p>Gli elementi che hanno ostacolato il raggiungimento dell'obiettivo sono stati i seguenti: - carenza dell'organico orto trauma + anestesiologicalo (in particolare carenza, presso il presidio di Verbania, di personale del comparto, strumentista) - disponibilità di 1 solo reperibile in orto-trauma dopo le ore 16.00 per entrambi i presidi - condizioni cliniche dei pazienti che, talvolta, necessitano di essere stabilizzate prima dell'intervento al fine di</p>

ridurre il rischio intra e post operatorio, che si concludono oltre le 48 ore. La problematica è resa ancor più difficile poiché, spesso, si tratta di pazienti anziani, affetti, nella totalità dei casi, da rilevanti comorbidità. Per questo è stato posto in essere, sia a Verbania che a Domo, un percorso di localizzazione dell'anziano fratturato di femore.

OB. 4.2 - Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI

(valore atteso: tasso grezzo \geq 85%)

Dato al 30.9.2018 = 95,5%

Ob 4.3 - Appropriately nell'assistenza al parto dei Punti Nascita.

(valore atteso: tasso aggiustato \leq 15%)

Dato al 30.9.2018 = 20,2

Gli elementi che hanno ostacolato il raggiungimento dell'obiettivo sono stati i seguenti: - la difficoltà a gestire n. 2 punti nascita; - la carenza (anzi emergenza) dell'organico medico della Soc Ostetricia Ginecologia, con alto ricambio di personale, quasi sempre alle prime esperienze e da formare; - la difficoltà a coprire i turni di guardia con necessità di ricorrere a consulenti esterni - la difficoltà a garantire, con continuità, la partoanalgesia, uno strumento molto utile nella gestione del travaglio.

OB. 4.4 - Colectomia laparoscopica

(valore obiettivo: tasso aggiustato $>$ 70%)

Dato al 30.9.2018 = 69,0%

OB. 4.5 - Screening oncologici

Risultati a livello di Programma 5 (Area sovrazonale)

Screening mammografico:

copertura inviti = 84,1% (valore atteso 100% e valore minimo 97%)

copertura esami = 57,0% (valore atteso 51% e valore minimo 45,9%)

Screening Citologico:

copertura inviti = 99,6% (valore atteso 100% e valore minimo 97%)

copertura esami = 37,5% (valore atteso 47% e valore minimo 42,3%)

Screening coloretale 58 anni:

copertura inviti = 104,7% (valore atteso 100% e valore minimo 97%)

Screening coloretale 58-69 anni:

copertura esami = 48,8% (valore atteso 40% e valore minimo 36%)

OB. 4.6 - Donazioni d'organo

Segnalazioni di soggetti in morte encefalica =

Valore atteso: 20-40% per ciascun presidio - Obiettivo raggiunto su entrambi i presidi

*

Non opposizioni alla donazione di organi

Valore atteso: $<$ 33% per ogni Presidio - Obiettivo raggiunto su entrambi i presidi

*

Prelievi cornee =

Presidio Domo: ob raggiunto al 100%: 7 prelievi contro un valore atteso di 6

Presidio Verbania: Ob raggiunto parzialmente: 5 prelievi contro un valore atteso 7.

OB. 4.7 - Umanizzazione

Con atto n. 957 del 22.12.2017 sono state individuate n. 9 azioni di miglioramento da mettere in atto per superare alcune criticità riscontrate nei Presidi di Verbania e di Domodossola.

Le azioni sono state raggiunte.

OB 5.1 - Assistenza farmaceutica territoriale ed ospedaliera: appropriatezza prescrittiva
Valore atteso: ogni Asl deve ridurre di almeno il 50% lo scostamento tra la propria spesa pro capite (per popolazione pesata) e quella di riferimento dell'azienda best performer Obiettivo raggiunto <u>tranne che per gli antidepressivi.</u>
OB 5.2 - Miglioramento della qualità del flusso informativo dei dispositivi medici
<p>1) Rapporto tra i dati di consumo aziendale dei dispositivi medici ed i costi Valore atteso: 95-105% Risultato raggiunto: 94,32%</p> <p>2) Compilazione dei campi "Identificativo contratto" e "Codice CIG" Valore atteso: 95% Risultato raggiunto: 100%</p> <p>3) Compilazione del campo "Forma di negoziazione" Valore atteso: 95% Risultato raggiunto: 98,1%</p>
OB 5.3 - Contenimento della spesa aziendale per l'acquisto di dispositivi medici
Valore atteso: nel 2018 la spesa va mantenuta o ridotta rispetto al 2017 Obiettivo raggiunto.
OB 6.1 - Compilazione da parte dei Direttori di Soc, Sos, Sos Dip, Soc della dichiarazione pubblica di interessi (modulistica fornita da AGENAS)
Valore atteso: 80% utenti abilitati alla compilazione devono terminare la compilazione Obiettivo raggiunto al 100%.
OB 7.1 - Fascicolo sanitario elettronico e Sol
L'Azienda ha messo in atto le azioni richieste a livello regionale.
Obiettivo di edilizia sanitaria
Valore atteso: avvio delle procedure di gara finalizzate a individuare l'operatore economico per la realizzazione e gestione del progetto.
Con atto n. 15 – 15.1.2018 è stata approvata la convenzione per il conferimento delle funzioni di stazione appaltante alla Società di Committenza regionale SCR Piemonte SpA. Procedura per la realizzazione dell'intervento: Finanza di Progetto. Pervenute n. 3 proposte progettuali. SCR ha nominato un Collegio di Esperti. E' stata individuata la Società.

7.2. Obiettivi assegnati dalla Direzione Generale ai Direttori di Struttura per l'anno 2018

Con deliberazione del Direttore Generale n. 450 del 9.5.2018 si è preso atto degli obiettivi assegnati dal Direttore Generale dell'ASL VCO ai Responsabili delle strutture Complesse Aziendali, delle Sos in staff alla Direzione Generale, dei Dipartimenti e delle Sos Dipartimentali per l'anno 2018.

A seguito dell'assegnazione, da parte della Regione, con DGR n. 26-6421 del 26.1.2018, degli obiettivi ai Direttori Generali per l'anno 2018 detti obiettivi sono stati declinati solo alla Strutture aziendali coinvolte con una precedente deliberazione n. 184 del 28.2.2018.

Le schede obiettivi 2018 risultano strutturate nelle seguenti sezioni:

1.	Equilibrio economico finanziario	E' stato assegnato, anche per il 2018, un budget di spesa per beni e servizi. Sono state ricomprese le azioni definite dal Direttore della Soc Farmacia per il rispetto del target della spesa farmaceutica.
2.	Governo produzione	Comprende una serie di parametri riguardanti i ricoveri ordinari (es. peso medio DRG, tasso occupazione posti letto, degenza media); le prestazioni ambulatoriali.
3.	Obiettivi specifici di Struttura	Si tratta di obiettivi (1-2) che caratterizzano la singola struttura, proposti dal Direttore della Struttura e condivisi, nella loro formulazione, dal Direttore Generale.
4.	Obiettivi Regionali	Si tratta della messa in atto degli obiettivi assegnati dalla Regione al Direttore Generale con D.G.R. n. 26-6421 del 26.1.2018 e declinati ai Direttori di Struttura.
5.	Reclami	Si è richiesto la tempestiva risposta ai chiarimenti formulati dall'U.R.P., che devono pervenire entro 10 giorni dal ricevimento della lettera inviata dall'U.R.P.
6.	Azioni strategiche aziendali	Si tratta di obiettivi che tengono conto della messa in atto di alcune azioni strategiche aziendali. Si richiama, a titolo esemplificativo: rispetto della tempistica di invio dei flussi informativi regionali/nazionali – collaborazione alla messa in atto delle azioni/indirizzi formulati dal Direttore di Dipartimento e partecipazione alle sedute – Partecipazione ai corsi in materia di salute e sicurezza dei lavoratori - altri obiettivi individuati per la specifica struttura.
7.	Risk management	Comprende la messa in atto, nel 2018, degli interventi richiesti: - dall'Unità Gestione del Rischio Clinico dell'ASL VCO - dall'Unità di prevenzione del rischio infettivo (U.P.R.I.). Rientrano anche gli interventi messi in atto in materia di salute e sicurezza del lavoro (si tratta di interventi da mettere in atto nel 2018 in qualità di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato, con particolare attenzione, per quanto attiene il rischio antincendio, alla riduzione della consistenza degli archivi cartacei/smaltimento).
8.	Qualità	Gli obiettivi sono dettagliati nella specifica scheda qualità, distintamente per ogni struttura.
9.	Prevenzione corruzione/miglioramento trasparenza	Si tratta di obiettivi che riguardano l'applicazione del Piano triennale di Prevenzione della corruzione e trasparenza e la messa in atto delle azioni previste nella sezione II del Piano relativa alla trasparenza.

Per quanto attiene la scheda afferente l'ambito dipartimentale 2018 la stessa si compone di 4 sezioni: 1. Gestione organizzativa - 2. Confronti formativi/informativi – 3. Obiettivi specifici aziendali-regionali/Governo Clinico – 4. Anticorruzione.

8. Valutazione degli obiettivi anno 2018 da parte dell'O.I.V.

Con deliberazione del Direttore Generale n° 55 del 23.1.2018 (successivamente integrato con atto n. 532 del 30.5.2018) si è provveduto, in conformità alla normativa vigente, 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, mediante emissione, con deliberazione n. 852 del 28.11.2017, di apposito avviso di selezione pubblica per titoli. Con atto deliberativo n. 789 del 2.8.2018 è stato approvato il Regolamento per il funzionamento dell'O.I.V. dell'ASL VCO. Con atto deliberativo n. 790

del 2.8.2018 è stata ridefinita la composizione dell'Organismo previsto dall'art. 14, commi 9,10 del D.Lvo n. 150 del 27.10.2009, smi, denominato "Struttura Tecnica Permanente per la misurazione della Performance" costituito, a suo tempo, con deliberazione n. 126 del 31.3.2015, organismo a supporto dell'O.I.V.
 Gli obiettivi sono stati concordati, oltre che con i Direttori di Dipartimento, anche con i Direttori/Responsabili delle seguenti Strutture aziendali:

STRUTTURE (Soc/Sos Dip/Sos in staff)
Soc ANATOMIA PATOLOGICA
Soc ANESTESIA E RIANIMAZIONE
Sos Dip ATTIVITA' CONSULTORIALE
Soc CARDIOLOGIA
Soc CHIRURGIA GENERALE DOMODOSSOLA
Soc CHIRURGIA GENERALE VERBANIA
Soc DipSA
Sos Dip DAY SURGERY MULTIDISCIPLINARE
Sos Dip ENDOSCOPIA DIGESTIVA
Soc DISTRETTO VCO
Soc DIREZIONE SANITARIA PRESIDI OSPEDALIERI VERBANIA E DOMODOSSOLA
Soc FARMACIA
Soc GERIATRIA
Soc GESTIONE ATTIVITA' TERRITORIALI
Soc LABORATORIO ANALISI
Sos Dip. MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI
Sos Dip MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA
Soc MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA
Soc MEDICINA INTERNA DOMODOSSOLA
Soc MEDICINA INTERNA VERBANIA
Soc NEFROLOGIA DIALISI
Soc NEUROLOGIA
Soc NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
Soc OCULISTICA
Soc ONCOLOGIA
Soc ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DOMODOSSOLA
Soc ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA VERBANIA
Soc OSTETRICIA GINECOLOGIA
Soc OTORINOLARINGOIATRIA
Soc PEDIATRIA
Sos in staff PSICOLOGIA
Soc RADIOLOGIA
Sos Dip RADIOTERAPIA
SOC RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE
Soc SERVIZIO SALUTE MENTALE TERRITORIALE
Soc SERD

Sos Dip SIMT
Sos Dip SPDC
Soc UROLOGIA
STRUTTURE AFFERENTI IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Sos in staff CONTROLLO DI GESTIONE
Sos in staff PREVENZIONE E PROTEZIONE
Soc AFFARI GENERALI LEGALI E ISTITUZIONALI
Soc GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA E PATRIMONIO
Soc GESTIONE PERSONALE E FORMAZIONE
Soc LOGISTICA E SERVIZI TECNICI E INFORMATICI
DIPARTIMENTI
MATERNO INFANTILE
PATOLOGIE MEDICHE
PATOLOGIE CHIRURGICHE
PREVENZIONE
SERVIZI DIAGNOSTICI E TERAPIE DI SUPPORTO

I componenti O.I.V., nell'ambito temporale compreso tra la metà del mese di aprile ed i primi giorni di giugno 2019, hanno provveduto ad effettuare la verifica annuale del raggiungimento degli obiettivi anno 2018 assegnati dal Direttore Generale ai Direttori di Struttura, redigendo appositi verbali per ciascun incontro.

In conformità a quanto previsto dal vigente regolamento in merito al funzionamento dell'O.I.V. la valutazione finale di risultato è stata 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 si è conclusa in 4 modalità differenti: 1. obiettivo raggiunto; 2. obiettivo parzialmente raggiunto (in termini percentuali); 3. obiettivo non raggiunto per cause non imputabili alla Struttura; 4. obiettivo non raggiunto.

Terminata la valutazione gli esiti del controllo sono stati trasmessi dalla segreteria al Direttore Generale che, in base alle risultanze, ha assunto l'atto deliberativo n. 446 del 4.6.2019. La Soc Gestione Personale e Formazione, successivamente alla validazione della Relazione sulla Performance da parte dell'O.I.V., potrà provvedere ad erogare il saldo degli incentivi.

Per quanto attiene le percentuali di raggiungimento degli obiettivi da parte delle strutture aziendali, le stesse sono ricomprese nell'ambito di una soglia che non ha comportato decurtazioni in termini economici.

In particolare, nella fascia di raggiungimento dell'obiettivo che va da 85-90 sono rientrate n. 7 strutture, nella fascia 91-95 sono rientrate 14 strutture mentre nella fascia da 96 a 100 sono rientrate 31 strutture.

Si rileva che, eventuali osservazioni/integrazioni che dovessero pervenire in relazione agli obiettivi valutati, saranno prese in esame coinvolgendo i Coordinatori degli obiettivi, gli uffici/strutture organizzative competenti e, raccolta tutta la documentazione a supporto, saranno valutate a livello aziendale.

*

La Soc Gestione Risorse Umane e Formazione, con deliberazioni nn. 282 dell'8.4.19 e nn. 480 e 481 del 10.6.2019 (che si allegano alla presente relazione) ha provveduto a determinare la consistenza definitiva dei fondi con riguardo, rispettivamente:

- al comparto sanitario anno 2018 e provvisorio 2019, CCNL 21 maggio 2018, triennio 2016/2018, atto n. 282 dell'8.4.2019 **(All. 2)**
- all'area della dirigenza medica e veterinaria anno 2018 e provvisorio 2019, CCNL 6 maggio 2010, Il biennio economico 2008-2009, atto n. 481 del 10.6.2019 **(All. 3)**.
- all'area della dirigenza sanitaria, Dipsa, professionale, tecnica e amministrativa anno 2018 e provvisorio 2019, CCNL 6 maggio 2010, Il biennio economico 2008-2009, atto n. 480 del 10.6.2019 **(All. 4)**.

9. Anticorruzione e Trasparenza anno 2018

Si può rilevare, anche per il 2018, un raccordo tra quanto previsto nel Piano della Performance e quanto dettato dal Piano triennale per la prevenzione della corruzione e trasparenza 2018-2020 dal quale sono stati estrapolati alcuni obiettivi.

Con deliberazione dell'ASL VCO n. 77 del 31.1.2018 è stato approvato il Piano triennale di prevenzione della Corruzione e trasparenza 2018-2020, pubblicato sul sito nella rubrica "Amministrazione Trasparente", sezione, Altri contenuti, sottosezione Prevenzione della corruzione. Nell'ambito del documento è ricompresa una sezione riferita alla trasparenza.

Il Piano, con lettera del 15.2.2018, è stato trasmesso ai Direttori/Responsabili di Soc, Sosd, Sos in staff al fine di prenderne visione e darne la massima diffusione ai propri collaboratori.

Con deliberazione n. 310 del 30.3.2018 l'Azienda ha adottato il Piano della Performance, prevedendo, nell'ambito delle 6 aree strategiche previste, l'area relativa al "*Miglioramento della trasparenza e prevenzione della corruzione*".

Si prende atto che, nell'ambito della scheda obiettivi 2018 assegnati (con atto deliberativo n. 450/2018) dal Direttore Generale ai Direttori di Dipartimento/di Sos Dipartimentali/di Soc e di Sos in staff è stata inserita una sezione di oggetto "Prevenzione della corruzione e miglioramento della trasparenza" prevedendo la messa in atto delle azioni previste nel Piano, l'adesione al corso Fad in materia di prevenzione della corruzione, la redazione, da parte dei Direttori di Struttura, di due relazioni, l'una entro il 15.9.2018 e l'altra, entro il 10.1.2019.

La Regione, nell'assegnare gli obiettivi ai Direttori Generali per l'anno 2018, ha ricompreso l'obiettivo "Obiettivo PNA-Dichiarazione pubblica di interessi" relativo alla 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.). Tale obiettivo è stato, nella scheda obiettivi 2018, declinato ai Direttori di Struttura e raggiunto pienamente.

Il Piano triennale di prevenzione della Corruzione e trasparenza 2018-2020 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 lettera del 23.3.2018 è stato trasmesso ai Direttori di Struttura coinvolti (ciascuno per la parte di competenza), l'estratto dell'allegato 5 al Piano contenente, per ciascun rischio: - le misure di prevenzione in relazione al livello di pericolosità del rischio - i servizi coinvolti - i tempi di realizzazione di tali misure - gli indicatori. Con successiva nota del 28.6.2018, richiamando le schede trasmesse con la lettera del 23 marzo, si è richiesto ai Direttori delle Strutture aziendali/Referenti prevenzione corruzione, di trasmettere una relazione inerente: - l'applicazione delle misure

adottate rispetto ad ogni rischio; - l'efficacia delle misure di prevenzione adottate riguardo ai processi individuati nelle citate schede; - le eventuali criticità emerse nell'applicazione delle misure adottate; - le eventuali misure migliorative da adottare; - lo stato di attuazione rispetto alla tempistica indicata nell'allegato 5 al Piano.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza:

- ha predisposto, in conformità a quanto disposto dalla L. n. 190/2012, entro il 31.1.2019, una relazione (pubblicata sul sito, nella rubrica "Amministrazione Trasparente" sezione, Altri contenuti, sottosezione Prevenzione della corruzione) sullo stato di attuazione del Piano con riguardo all'anno 2018;

- ha organizzato, in data 5 ottobre 2018, un incontro con i Referenti per la prevenzione della corruzione (individuati e nominati con deliberazione n. 359 del 13 giugno 2017), con i componenti OIV, con il Direttore Amministrativo affrontando una serie di tematiche:

- le attività messe di in atto, nell'anno 2018, in tema di prevenzione corruzione/trasparenza e le eventuali criticità riscontrate;
- la condivisione di un programma di lavoro per l'ultimo trimestre 2018;
- la previsione di eventuali integrazioni da realizzare con riguardo al Piano riferito all'annualità 2019 (prevedendo l'effettuazione, nell'ultimo trimestre 2018, di incontri con i singoli Referenti o, comunque, con un numero più ristretto da individuare in base alle specifiche tematiche che dovranno essere gestite).

Per quanto attiene il codice di comportamento aziendale (a suo tempo adottato con deliberazione n. 50 del 30 gennaio 2015) lo stesso è stato integrato con le linee guida ANAC di cui alla determinazione n. 358 del 29 marzo 2017. Terminato l'iter previsto dalla normativa per integrare/modificare il Codice di comportamento vigente ed adeguarsi al contenuto delle linee guida ANAC, è stato assunto l'atto deliberativo di integrazione del codice con deliberazione n. 162 del 22.2.2018. Tale deliberazione è stata inviata, con lettera del 6 marzo 2018, ai Direttori di Dipartimento ed ai Direttori/Responsabili di Struttura invitando a diffonderne il contenuto ai propri Collaboratori, ed è stato pubblicato sul sito internet aziendale, sezione "Amministrazione Trasparente", sottosezione "Altri contenuti" – Prevenzione della corruzione. Il codice di comportamento rappresenta una delle azioni e misure principali di attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione a livello decentrato.

Per quanto attiene il tema della formazione si segnala che, nel 2015, era stato costruito (in sinergia con altre Aziende del Quadrante) un corso Fad in materia di prevenzione della corruzione dal titolo "*Prevenzione della corruzione e trasparenza della Pubblica Amministrazione*" (8 crediti ECM), formando n. 95 dipendenti. Nel 2018, in particolare dalla metà del mese di maggio, è stato riattivato il corso Fad (peraltro disponibile gratuitamente) con l'obiettivo prioritario di prevedere che tutto il personale dell'ASL utilizzi questo strumento. Nel corso del 2018 sono state attivate n. 8 edizioni con la partecipazione di più di 900 dipendenti.

Nel 2018 è stato riattivato il corso residenziale (organizzato a fine anno 2017, prevedendo n. una edizione) dal titolo "*Lavorare nella sanità per una cultura dell'etica*" realizzando n. 3 edizioni: il 23 novembre a Domodossola, il 30 novembre a Verbania ed il 7 dicembre ad Omegna. Il corso ha visto la partecipazione di dipendenti afferenti all'area del comparto e della dirigenza, con la finalità di favorire e sostenere, in ambito aziendale, processi di maturazione verso una cultura dell'etica. Ciò nella consapevolezza che porre al centro della cultura il tema dell'etica consente anche di creare la giusta premessa al fine di prevenire fenomeni di corruzione e illegalità.

Il 28 novembre 2018 si è svolto, presso l'ASL VCO, un corso residenziale avanzato (accreditato ECM, n. 9 punti) dal titolo "Prevenzione della corruzione e trasparenza" rivolto: - ai Referenti aziendali per la prevenzione della corruzione - ai Direttori di Dipartimento – ai Direttori di Sos Dipartimentali – ai Direttori di di Soc – ai Responsabili di Sos e di Sos in staff ed a tutto il personale che gestisce aree particolarmente esposte al rischio di corruzione nell'ASL VCO. Tale corso verrà replicato anche nel 2019.

Per quanto riguarda la misura di prevenzione della corruzione legata alla rotazione del personale si può osservare che, in azienda, con l'applicazione del vigente atto aziendale (anni 2017-18) e con la copertura dei posti vacanti di Direttore di Soc/Sosd si è dato notevole 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. Laddove non è possibile applicare la rotazione del personale come misura di prevenzione contro la corruzione, si è stabilito, da parte delle strutture nelle quali si segnala un rischio corruttivo, di adottare scelte organizzative o altre misure di natura preventiva che possano avere effetti analoghi e che possono comprendere: 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.

Nell'ambito dell'incontro dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) del 12.7.2018 i componenti (come risulta dal verbale n. 8):

- hanno validato la relazione sulla performance anno 2017 (approvata dall'Azienda con deliberazione n. n. 691 del 6.7.2018);
- hanno rivisto il regolamento in merito al funzionamento dell'OIV. L'azienda ha poi assunto l'atto deliberativo n 789 del 2.8.2018.

Nell'ambito dell'incontro del 23 novembre 2018 i componenti O.I.V. (come risulta dal verbale n. 10) hanno predisposto una relazione in merito al funzionamento del sistema di valutazione e trasparenza dell'ASL VCO per l'anno 2018 mentre, nell'incontro del 12 dicembre 2018 (come risulta dal verbale n. 11) hanno esaminato una bozza sia del Piano 2019-2021, successivamente approvato con deliberazione n. 75 del 31.1.2019, ed una bozza della relazione da predisporre da parte del R.P.C.T. (allegata al Piano).

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. Detto atto è stato successivamente modificato con deliberazioni n. 201 del 5.4.2017 e n. 292 del 12.5.2017 recepite dalla Regione con DGR n. 31-5172 del 12.6.2017. In applicazione del vigente atto aziendale si è reso necessario rivedere la composizione della *Struttura tecnica permanente per la misurazione della performance*, decisione condivisa dai componenti O.I.V. nella seduta del 12 luglio 2018. Con atto deliberativo n 790 del 2.8.2018 l'Azienda ha rivisto la composizione della Struttura Tecnica permanente per la misurazione della performance. L'Organismo è composto: - dal Responsabile della Sos in staff Controllo di Gestione (con funzioni di coordinamento) – dal Responsabile dell'Incarico professionale di altissima specializzazione "Governare Clinico, Qualità, Appropriatazza, Rischio Clinico" – dal Direttore della Soc Direzione Sanitaria dei Presidi Ospedalieri di Verbania-Domodossola – dal Direttore della Soc Distretto VCO – dal Direttore del Dipartimento di Prevenzione. 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.

Con deliberazione dell'ASL VCO n. 77 del 31.1.2018, nell'approvare il vigente Piano triennale di prevenzione della Corruzione 2018-2020, 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, con riguardo all'anno 2018, occorre rilevare che l'A.N.A.C., con deliberazione n. 141/2019, 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 1 alla delibera n. 141. L'O.I.V., tenuto conto della deliberazione n. 141/2019, ha effettuato, in data 1° aprile e 14 aprile 2019, 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 e 2. L'O.I.V., terminato l'esame della griglia di cui alla citata delibera n. 141, ha invitato il responsabile della trasparenza ad effettuare la pubblicazione sul sito aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente", entro e non oltre il 30 aprile 2019, dei seguenti documenti: - della griglia di rilevazione al 31.3.2019 (di cui all'allegato 2 alla delibera n. 141); - del documento di attestazione (di cui all'allegato 1 alla delibera n. 141); - della scheda di sintesi sulla rilevazione dell'OIV (di cui all'allegato 3 alla delibera n. 141); - dei verbali delle sedute O.I.V. dell'1 e del 14 aprile 2019 afferenti alla tematica in esame. Nel rispetto del termine l'Azienda si è attivata.

*

Allegati alla Relazione annuale sulla Performance (R.A.P.) dell'ASL VCO riferita all'anno 2018:

All. 1) Relazione del Direttore Generale sulla gestione allegata al conto consuntivo 2018, all D.
All. 2) Deliberazione n. 282 dell'8.4.2019
All. 3) Deliberazione n. 481 del 10.6.2019
All. 4) Deliberazione n. 480 del 10.6.2019.
