

## **All. B) al Verbale dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) n. 10 del 13.7.2016**

### **Relazione sul funzionamento del sistema di valutazione, trasparenza ed integrità dei controlli interni (ai sensi dell'art. 7 del D.Lvo n. 150/2009)**

Con deliberazione del Direttore Generale n° 12 dell'8 gennaio 2015 si è provveduto, in conformità alla normativa nazionale e regionale vigente, alla costituzione dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) dell'ASL VCO per il triennio 2015-2017. Con deliberazione n. 133 del 1° aprile 2015 è stato approvato il Regolamento per il funzionamento dell'O.I.V. che, all'art 7, individua, tra le funzioni definite dall'art. 14 del D.Lvo n. 150/2009, il monitoraggio del funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza ed integrità dei controlli interni, e l'elaborazione di una relazione sullo stato dello stesso, al fine di evidenziare punti di forza e di debolezza ed eventuali azioni di miglioramento.

La Civit, con Delibera n. 4/2012, ha fornito le linee guida relative sia alla redazione della relazione ai sensi dell'art. 14, comma 4, lettera a), del D.Lgs n. 50/2009 sia all'attestazione dell'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza ed integrità, ai sensi dell'art. 14, comma 4, lettera g del decreto. Hanno fatto seguito ulteriori delibere Civit, si richiama, in particolare, la n. 23/2013.

#### **Performance organizzativa**

Il ciclo di gestione della performance prevede la definizione dell'albero della performance come risulta dal Piano della Performance 2016 che evidenzia n. 6 **strategie di seguito rappresentate:**

##### **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. Si intende promuovere/potenziare le forme aggregative multi professionali (MMG, PLS, Geriatri, infermieri territoriali, terapisti della riabilitazione, Assistenti sociali e OSS) per la presa in carico dei pazienti in ADI e lungo assistenza al fine di prevenire il fenomeno dei ricoveri ripetuti e realizzare sinergie con i Servizi di Prevenzione e con gli Enti Gestori nelle politiche orientate all'educazione alla salute, al fine di perseguire obiettivi di riduzione del danno e di promozione di stili di vita.

##### **Area Strategica 3:** *Riordino assistenza ospedaliera*

Si intende: - riordinare la rete ospedaliera in conformità a quanto disposto dalla DGR 1-600 del 19.11 2014 integrata dalla DGR n. 1-924 del 23.1.2015; - realizzare una progressiva deospedalizzazione attraverso l'attuazione di politiche per limitare l'uso improprio del ricovero

ospedaliero e generare appropriatezza, lavorando sui percorsi di continuità assistenziale; - fornire piena collaborazione al fine di realizzare una rete ospedaliera integrata a livello 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.

**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.

Sempre dall'analisi del Piano delle Performance 2016 si evince che **le aree strategiche, a loro volta, sono state declinate in obiettivi strategici** validi per il triennio 2015-17 (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 sono stati poi tradotti in obiettivi operativi annuali** che vengono assegnati ai Direttori delle Strutture complesse aziendali e delle SOS dipartimentali.

Gli obiettivi strategici, tenuto conto delle aree strategiche individuate e degli obiettivi di mandato, come risulta dal Piano della Performance 2016, sono i seguenti:

**Area Strategica 1: *Promozione della salute e prevenzione malattie***

OBIETTIVI STRATEGICI	2015
Obiettivo	Attuazione obiettivi del Piano regionale della prevenzione 2014-18
Indicatore	Attuazione
Obiettivo	Adozione ed applicazione Piano locale della prevenzione in coerenza con gli indirizzi del Piano regionale di prevenzione 2014-18
Indicatore	Piano
Obiettivo	Prosecuzione attività di screening
Indicatore	Tasso di adesione nei tre programmi

**Area Strategica 2: *Riordino assistenza territoriale***

OBIETTIVI STRATEGICI	2015
----------------------	------

Obiettivo	Riordino rete territoriale a seguito DGR n.. 26-1653 del 29.6.2015. Redazione PAT.
Indicatore	Evidenza documentale rispetto tempi presentazione PAT
Obiettivo	Rafforzamento continuità ospedale-territorio

### **Area Strategica 3: Riordino assistenza ospedaliera**

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

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

OBIETTIVI STRATEGICI	2015
Obiettivo	Messa in atto azioni previste nel Programma per la trasparenza e l'integrità 2015-17
Indicatore	Realizzazione azioni
Obiettivo	Messa in atto azioni previste nel Piano triennale 2015/17 di prevenzione della corruzione dell'ASL VCO.
Indicatore	Realizzazione azioni

### **Area Strategica 5: Governo economico-finanziario**

OBIETTIVI STRATEGICI	2015
Obiettivo	Messa in atto azioni per perseguire la sostenibilità economica
Indicatore	Pareggio bilancio
Obiettivo	Governo spesa farmaceutica e dispositivi medici
Indicatore	Rispetto budget spesa

### **Area Strategica 6: Governo clinico**

OBIETTIVI STRATEGICI	2016
Obiettivo	Applicazione PDTA significativi per l'azienda
Indicatore	Indicatori di riferimento per ogni PDTA
Obiettivo	Governo rischio clinico
Indicatore	Relazione circa la m
Obiettivo	Governo rischio infettivo

Indicatore	Rispetto parametri regionali
Obiettivo	Messa in atto interventi per la salute e sicurezza del lavoro
Indicatore	Relazione circa la messa in atto azioni

### **Processo di attuazione del ciclo della Performance**

Come risulta dal Piano della Performance 2016 la Direzione Generale, al fine di realizzare una gestione efficace ed efficiente delle risorse e di responsabilizzare l'intera struttura aziendale, 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, pianifica, su base annuale, e con riferimento ai diversi soggetti cui sono conferiti incarichi di responsabilità, gli obiettivi da perseguire, le risorse a tal fine destinate. La verifica dei risultati e degli scostamenti, positivi o negativi, dalle previsioni di budget, costituisce elemento fondamentale per la valutazione dei Responsabili.

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

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

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

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

L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.), l'anno successivo a quello di riferimento, valuta il raggiungimento degli obiettivi assegnati, annualmente, ai singoli Direttori di Soc e di Sos Dipartimentale. Per effettuare la valutazione l'OIV utilizza la reportistica resa dalla Soc Budget e Controllo, tiene conto della relazione trasmessa da ciascun Direttore, delle informazioni ed elaborazioni fornite dai soggetti titolari a detenerle o produrle, delle relazioni

presentate dai Coordinatori eventualmente individuati, degli indicatori e standard che costituiscono parte integrante della scheda obiettivi.

L'OIV si avvale del supporto della Struttura Tecnica Permanente per la misurazione della performance (costituita con atto deliberativo n. 126 del 31.3.2015) e della collaborazione di tutte le Strutture aziendali.

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

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

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

### **Infrastruttura di supporto**

Con atto deliberativo n. 126 del 31.3.2015 è stato 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".

Si è previsto una composizione multidisciplinare. Infatti i componenti afferiscono ai seguenti ruoli: Responsabile Soc Gestione Affari Generali - Responsabile EP Organizzazione, qualità, accreditamento - Responsabile Soc Budget e Controllo (con funzioni di coordinamento) - Responsabile aziendale della prevenzione della corruzione e della trasparenza - Responsabile Soc Gestione risorse umane.

L'organismo assicura: - all'Azienda il supporto, metodologico e strumentale, allo svolgimento dell'intero ciclo di gestione della performance, alla stesura del piano e delle relazione sulla performance; - all'OIV assicura il necessario supporto per lo svolgimento delle attività di volta in volta richieste.

### **Anticorruzione e trasparenza**

Con deliberazione dell'ASL VCO n. 31 del 29.1.2016 è stato approvato il Piano triennale di prevenzione della Corruzione 2016 -18, pubblicato sul sito nella sezione "*Amministrazione Trasparente*" con il quale sono state individuate le azioni da mettere in atto sul tema anticorruzione e trasparenza. Il Responsabile della corruzione ha predisposto, in conformità a quanto disposto dalla L. n. 190/2012), entro il 15 dicembre 2015, una relazione (pubblicata sul sito nella sezione "*Amministrazione Trasparente*") sullo stato di attuazione del Piano con riguardo all'anno di riferimento basata sui rendiconti presentati dai Dirigenti e sui risultati realizzati in esecuzione del Piano.

Si prende atto che, nell'ambito della scheda obiettivi assegnata dal Direttore Generale, per l'anno 2016 ai Direttori di Soc/Sos Dipartimentali, è stata inserita una sezione di oggetto "Prevenzione della corruzione e miglioramento della trasparenza" prevedendo la messa in atto delle azioni specificate nel Piano, con il coordinamento del Responsabile della prevenzione della corruzione e del responsabile della trasparenza.

Con deliberazione dell'ASL VCO n. 31 del 29.1.2016, nell'approvare il Piano triennale di prevenzione della Corruzione 2016 -18, nella sezione II, si è disciplinato la materia della trasparenza.

In merito alla trasparenza occorre rilevare che l'A.N.A.C., con deliberazione n. 43/2016, ha previsto che l'OIV attesti l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31 gennaio 2016, 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. 43. In tal senso si è mosso l'OIV come risulta dal verbale n. 1 del.....

L'O.I.V., terminato l'esame della griglia di cui alla citata delibera n. 43/2016, ha predisposto:

- il documento di attestazione (di cui all'allegato 1 alla delibera n. 43);
- la scheda di sintesi sulla rilevazione dell'OIV (di cui all'allegato 3 alla delibera n. 43), invitando il responsabile della trasparenza ad effettuare la pubblicazione sul sito aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente" entro il 29.2.2015. In tal senso l'Azienda si è mossa.

In data 13 luglio l'OIV ha effettuato un'ulteriore verifica in merito agli obblighi di pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente".

\*

I componenti dell'OIV ritengono che il sistema di valutazione della performance debba essere costantemente oggetto di monitoraggio al fine di evidenziare eventuali elementi di criticità e poter apportare, in modo tempestivo, i necessari interventi correttivi, e per perseguire un miglioramento continuo, anche in base all'esperienza maturata sul campo.

Omegna, 13 luglio 2016

<b>I Componenti O.I.V.:</b>	
Componente interno	Dr. Renzo Sandrini
Componente esterno	Dr.ssa Patrizia Marta
Componente esterno	Dr. Claudio Bianco