



**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 2017**

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

2 luglio 2018

<b>INDICE</b>	
	Introduzione
<b>1.</b>	Il Contesto di riferimento
<b>2.</b>	L'organizzazione aziendale
<b>3.</b>	Le risorse umane
<b>4.</b>	Dati di attività 2017
<b>5.</b>	Risultato del conto consuntivo 2017
<b>6.</b>	Aree strategiche individuate nell'ambito del Piano della Performance 2017
<b>6.1</b>	Processo di attuazione del ciclo della Performance
<b>7.</b>	Obiettivi 2017
<b>7.1</b>	Obiettivi concordati dalla Direzione Generale con i Responsabili di Struttura per l'anno 2017
<b>7.2</b>	Obiettivi assegnati dalla Regione per l'anno 2017 al Direttore Generale
<b>7.2.1</b>	Risultati raggiunti
<b>8.</b>	Valutazione obiettivi anno 2017 da parte dell'O.I.V.
<b>9.</b>	Anticorruzione e trasparenza anno 2017
	<b>Allegati: nn. 1 – 2 – 3 – 4</b>

## Introduzione

L'art. 10 del DL.vo n. 150 del 27.10.2009 e s.m.i. 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: a) 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; b) 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/produzione collettiva al personale dell'azienda. La R.A.P. è validata dall'Organismo Indipendente di Valutazione.

Il Piano della performance riferito all'anno 2017 è stato pubblicato sul sito internet aziendale nella sezione Amministrazione Trasparente.

La relazione annuale sulla performance 2017 è stata predisposta anche tenendo conto delle linee guida emanate da Civit in merito alla modalità di redazione della relazione (Delibera n. 5/2012) e delle linee guida emanate dalla Civit per la validazione da parte degli OIV della Relazione sulla performance (Delibera n. 6/2012).

Nell'ambito della Relazione annuale sulla Performance riferita all'anno 2017 si fa riferimento: - **sia** agli obiettivi che, nel 2017, la Direzione Generale, con deliberazione n. 236 del 20.4.2017, ha declinato ai Direttori: di Dipartimento, delle Sos Dipartimentali, delle Strutture Complesse, ai Responsabili delle Strutture semplici e delle Sos in Staff e di Supporto alla Direzione Generale; - **sia** agli obiettivi assegnati, per l'anno 2017, dalla Regione Piemonte al Direttore Generale, con DGR n. 101-5530 del 3.8.2017, che sono stati successivamente declinati ai Direttori di Struttura direttamente coinvolti con atto n. 727 del 10.10.2017.

## 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 31.12.2017, pari a **169.818**.

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.

## Popolazione ASL VCO: distribuzione per genere, età, ambito territoriale al 31.12.2017

Fonte dati: Uffici Anagrafe Comuni ASL VCO

Ambito Territoriale	POPOLAZIONE			Età 0-14			Età 15-64			Età 65-84			> 85		
	Totale	% Maschi	% Femmine	Totale	% Maschi	% Femmine	Totale	% Maschi	% Femmine	Totale	% Maschi	% Femmine	Totale	% Maschi	% Femmine
Verbano	64.437	48,05	51,95	7.351	51,57	48,43	40.181	49,93	50,07	14.135	44,49	55,51	2.770	29,60	70,40
Cusio	41.811	48,83	51,17	4.999	50,01	49,99	26.173	50,97	49,03	8.956	45,87	54,13	1.683	27,81	72,19
Ossola	63.570	48,75	51,25	7.072	50,54	49,46	39.409	50,82	49,18	14.583	45,57	54,43	2.506	29,69	70,31
ASL VCO (*)	169.818	48,50	51,50	19.422	50,79	49,21	105.763	50,52	49,48	37.674	45,24	54,76	6.959	29,20	70,80

(\*) Compresi i 7 Comuni della Provincia Novara che afferiscono all'ASL VCO

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 225 (226 distretto Verbano, 208 Distretto Cusio e 237 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 5,73 (5,27 distretto Verbano, 6,07 Distretto Cusio e 5,42 Distretto Ossola).

Le due principali cause di mortalità nel VCO sono rappresentate dalle malattie cardiovascolari 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, Settore Pianificazione ed Assetto Istituzionale del SSR, ufficio controllo atti, per l'avvio del procedimento regionale di verifica. In data 23.11.2015, con DGR n. 53-2487, la Regione ha recepito il nuovo aziendale autorizzando l'Azienda a dare applicazione all'atto stesso. In fase di applicazione dell'atto aziendale, è emersa la necessità di apportare alcune modifiche all'atto aziendale vigente, 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. Si è anche provveduto al il cambio di denominazione di talune strutture. Ne consegue che, rispetto alla scheda obiettivi sottoscritta in data 20 aprile 2017, la denominazione di alcune strutture è cambiata.

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

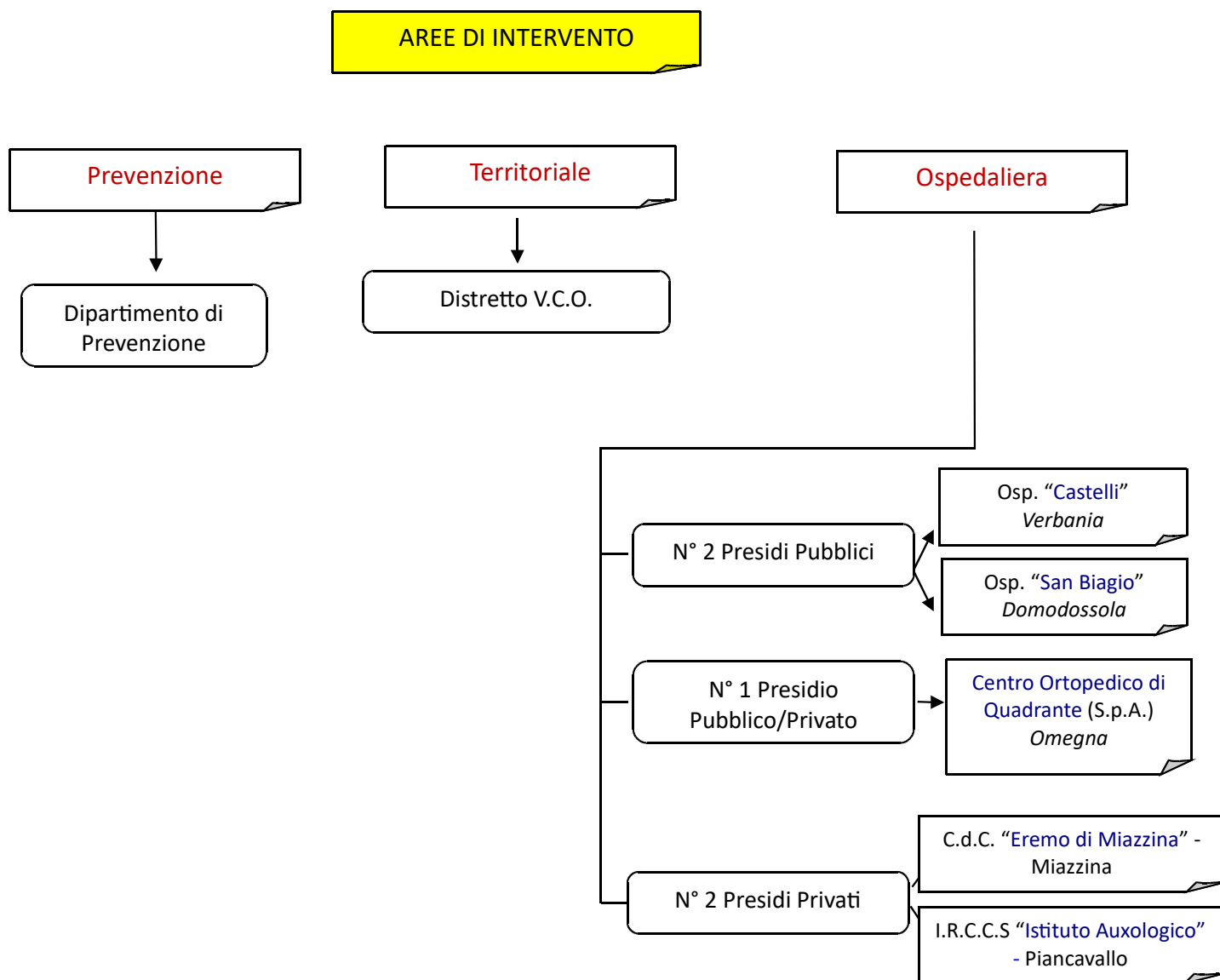
La **missione** dell'Azienda, in linea con il P.S.S.R. 2012-15 e con il vigente atto aziendale, è quella di garantire il diritto alla salute, offrendo i servizi, le attività, le prestazioni necessarie per la promozione, tutela, prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie e la riabilitazione ma, 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.

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’A.S.L. 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’A.S.L., 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.

## **Assistenza 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 dai Dipartimenti di Salute Mentale, Serd, Materno Infantile e Prevenzione. Il complesso di attività svolte nel territorio sono coordinate dal Distretto. 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. A livello territoriale l’ASL VCO svolge la propria attività attraverso il Distretto VCO (struttura complessa) che agisce in stretta sinergia: - con 2 strutture complesse: la Soc Gestione attività territoriali e la Soc Neuropsichiatria Infantile (quest’ultima afferisce al Dipartimento Materno Infantile), ciascuna delle quali svolge la propria attività di produzione; - con i Dipartimenti territoriali, di Prevenzione, di Salute Mentale, delle Dipendenze e Materno Infantile; - con i Dipartimenti di area ospedaliera; - con gli Enti gestori dei Servizi socio assistenziali.

## **Assistenza Ospedaliera**

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

Nell’ambito della programmazione regionale (DGR 600/2014 e DGR 914/2015) uno dei due ospedali sarà individuato come sede di un DEA di 1° livello e uno come ospedale di base. La decisione è, a tutt’oggi, da definire in considerazione dell’avvio del percorso di costruzione di un Ospedale Unico iniziato con l’approvazione di un protocollo d’intesa (vedi DGR 23.11.2015 n. 61-249) tra la Regione Piemonte, i Comuni di Domodossola, Omegna, Ornavasso, Verbania, l’ASL VCO, la Conferenza dei Sindaci. Oggetto del protocollo è stata la definizione delle caratteristiche del nuovo ospedale e l’individuazione dell’ambito territoriale nel quale localizzarlo (Comune di Ornavasso). Il protocollo è stato sottoscritto dalle parti in data 24 novembre 2015. L’art. 3 del suddetto protocollo individua quale obiettivo la realizzazione di un nuovo ospedale unico che dovrà avere le caratteristiche di base e specialistiche di un ospedale sede DEA di 1° livello con circa 50.000 accessi all’anno al Pronto Soccorso ed una potenzialità di 330 posti letto.



A seguito di diversi incontri promossi dalla Regione Piemonte nel corso del 2017 si è trovato l'accordo in base al quale la Società di Committenza Regionale SCR Piemonte svolgerà le funzioni di Stazione Unica Appaltante (S.U.A) nei confronti dell'ASL VCO per realizzare il nuovo Ospedale Unico. Con deliberazione n. 15 del 15.1.2018 è stata approvata la convenzione per conferire le funzioni di Stazione Unica Appaltante a tale Società. La Società sarà responsabile di tutte le procedure d'appalto, della sorveglianza delle attività di direzione lavori, contabilità e coordinamento della sicurezza e di tutti gli aspetti connessi alla consegna ed alla messa in esercizio della struttura.

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, Istituto Auxologico di Piancavallo e Casa di Cura Eremo di Miazzina.

Come si ricava dal vigente atto aziendale l'ASL 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:

➤ <b>strutture complesse</b>
➤ <b>strutture semplici a valenza dipartimentale</b>
➤ <b>strutture semplici.</b>

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:

<b>strutture complesse ospedaliere</b>	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).
<b>strutture complesse non ospedaliere</b> (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 alla data del 31.12.2017 è il seguente:

	<b>Numero unità di personale Anno 2014</b>	<b>Numero unità di personale Anno 2015</b>	<b>Numero unità di personale Anno 2016</b>	<b>Numero unità di personale Anno 2017</b>
Dipendenti di ruolo	1.779	1.716	1.734	1.728
Incaricati	10	5	1	3
Supplenti	23	40	35	49
<b>Totale</b>	<b>1.812</b>	<b>1.761</b>	<b>1.770</b>	<b>1.780</b>
I dati si riferiscono al 31 dicembre di ciascun anno.				

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

	<b>Numero unità al personale al 31.12.2014</b>	<b>Numero unità al personale al</b>	<b>Numero unità al personale al</b>	<b>Numero unità al personale al 31.12.2017</b>

		<b>31.12.2015</b>	<b>31.12.2016</b>	
<b>Ruolo Sanitario di cui:</b>	<b>1.243</b>	<b>1201</b>	<b>1.204</b>	<b>1.196</b>
Medici	286	284	294	283
Farmacisti/biologo/psicologi	34	31	30	30
Infermieri	744	713	704	701
Altro personale sanitario	113	108	109	114
Fisioterapisti/educatori	66	65	67	68
<b>Ruolo Professionale di cui:</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
Dirigenti	3	3	3	3
<b>Ruolo Tecnico di cui:</b>	<b>305</b>	<b>295</b>	<b>311</b>	<b>316</b>
Dirigenti	2	2	2	2
Comparto	303 (di cui 168 OSS)	293 (di cui 165 OSS)	309 (di cui 186 OSS)	314 (di cui 196 OSS)
<b>Ruolo Amministrativo di cui:</b>	<b>228</b>	<b>217</b>	<b>216</b>	<b>213</b>
Dirigenti	8	7	7	7
Comparto	220	210	209	206
<b>TOTALE RUOLI</b>	<b>1.779</b>	<b>1716</b>	<b>1734</b>	<b>1728</b>
(*) in aggiunta a personale distaccato al COQ:	57	57	55	52

#### **4. Dati di attività 2017**

Per quanto attiene i dati di attività anno 2017 riferiti all'area della prevenzione, dell'assistenza territoriale ed ospedaliera si rinvia alla relazione del Direttore Generale allegata al conto consuntivo 2017 (allegato D) adottato con deliberazione n. 552 del 31.5.2018 ed allegata alla relazione sulla performance (**All. 1**).

#### **5. Risultato del conto consuntivo 2017**

Per quanto attiene il risultato economico del conto consuntivo 2017 si rinvia alla relazione del Direttore Generale, allegato D alla deliberazione di adozione del conto consuntivo n. 552 del 31.5.2018, allegata alla relazione sulla performance (**All. 1**). Si da atto che il bilancio consuntivo 2017 chiude in pareggio.

#### **6. Aree strategiche individuate nell'ambito del Piano della Performance 2017**

Nell'anno 2017 è stato predisposto il Piano delle Performance con il quale, ai sensi dell'art. 10, co.1, lett. A, del D.l.vo 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 2017 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. 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.

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 sono stati poi tradotti in obiettivi operativi annuali assegnati ai Direttori di

Dipartimento, delle SOS dipartimentali, ai Direttori delle Strutture complesse aziendali, delle Sos in staff alla Direzione Generale. Nella scheda obiettivi viene indicato, per ciascun obiettivo, l'indicatore ed il target.

### 6.1. Processo di attuazione del ciclo della Performance

Come risulta dal Piano della Performance 2017 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 (ovvero: Direttori di Dipartimento, di Sos Dipartimentale, di Soc, Responsabili di Sos in staff al Direttore Generale), 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.

**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;
- richiede ai Direttori di Dipartimento, di Sos Dipartimentali, di Soc e di Sos in staff alla Direzione Generale, entro il 31 gennaio di ogni anno, una relazione in merito al grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati nell'anno precedente, nonché una proposta di 2 - 3 obiettivi specifici di struttura per il nuovo anno;
- predispone 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 (tali note verranno trasmesse all'Organismo Indipendente di Valutazione che ne terrà conto al momento della valutazione circa il raggiungimento di ciascun obiettivo);
- organizza un incontro a livello Dipartimentale e con quelle Strutture che non afferiscono ad un ambito dipartimentale, per un confronto in merito alla scheda obiettivi, raccogliendo eventuali osservazioni;
- raccoglie le schede obiettivi firmate ed assume l'atto deliberativo;
- effettua 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 semplici in staff al Direttore Generale dei report al fine di verificare che l'andamento della gestione sia in linea con gli obiettivi previsti (in particolare riferiti alla produzione ed al budget di spesa), 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.

Nell'ambito della scheda obiettivi assegnata ad ogni Direttore di Dipartimento, di Sos Dipartimentale, di Soc, di Sos in staff al Direttore Generale 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. Per effettuare la valutazione l'O.I.V. utilizza la reportistica resa dalla Struttura in staff alla Direzione Generale Controllo di Gestione, tiene conto della relazione trasmessa da ciascun Direttore, delle informazioni ed elaborazioni fornite dai soggetti titolati 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.

Come previsto nel Regolamento per il funzionamento dell'O.I.V., adottato con deliberazione n. 133 del 1° aprile 2015, 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:

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

Terminata la valutazione gli esiti del controllo vengono trasmessi dalla segreteria O.I.V. al Direttore Generale che, in base alle risultanze, assume gli atti di competenza e trasmette gli stessi alla Soc Gestione personale e Formazione che provvederà (validata dall'OIV la relazione sulla performance) ad erogare, per quell'anno, il saldo degli incentivi.

## **7. Obiettivi 2017**

### **7.1. Obiettivi concordati dalla Direzione Generale con i Responsabili di Struttura per l'anno 2017**

Con deliberazione del Direttore Generale n. 236 del 20.4.2017 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. Tale deliberazione è stata successivamente

integrata con atto n. 727 del 10.10.2017 a seguito dell'assegnazione, da parte della Regione, con DGR n. 101 – 5530 del 3.8.2017, degli obiettivi ai Direttori Generali per l'anno 2017; detti obiettivi sono stati declinati solo alla Strutture aziendali coinvolte.

Anche per l'anno 2017 la **scheda obiettivi** è stata predisposta in modo distinto per l'ambito sanitario e per quello amministrativo. Dette schede risultano così strutturate:

**La scheda obiettivi per i Direttori di Dipartimento per l'anno 2017 è stata strutturata nelle seguenti sezioni:**

<b>1</b>	Gestione organizzativa
<b>2</b>	Progetti formativi/operativi
<b>3</b>	Governo clinico
<b>4</b>	Anticorruzione

**La scheda obiettivi 2017 delle Strutture Sanitarie è composta dalle seguenti sezioni:**

<b>1.</b>	Equilibrio economico finanziario	Si tratta di applicare il Piano di efficientamento 2017 mettendo in atto le azioni previste al fine di realizzare il governo della spesa, sempre in una logica di miglioramento continuo dell'appropriatezza. Viene assegnato, anche per il 2017, un budget di spesa per beni e servizi. Sono ricomprese le azioni definite dal Direttore della Soc Farmacia per il rispetto del target della spesa farmaceutica.
<b>2.</b>	Governo produzione	Comprende una serie di parametri riguardanti i ricoveri ordinari (es. peso medio DRG, tasso occupazione posti letto, degenza media); le prestazioni ambulatoriali.
<b>3.</b>	Obiettivi specifici di Struttura	Si tratta di obiettivi che caratterizzano la singola struttura. Sono stati ricompresi nella sezione anche gli obiettivi proposti, per l'anno 2017, da ogni Responsabile di Struttura se ritenuti applicabili.
<b>4.</b>	Efficienza	Si tratta di mettere in atto le azioni individuate dalla Specialistica per il mantenimento dei tempi di attesa classi U e B.
<b>5.</b>	Reclami	Si richiede la tempestiva risposta ai chiarimenti richiesti dall'U.R.P., che devono pervenire entro 10 giorni dal ricevimento della lettera inviata dall'U.R.P.
<b>6.</b>	Azioni strategiche aziendali /Applicazione Disposizioni Regionali e/o Nazionali	Si tratta di obiettivi che tengono conto della messa in atto di alcune azioni strategiche aziendali e dell'applicazione di disposizioni regionali e/o nazionali.
<b>7.</b>	Risk management	Comprende la messa in atto, nel 2017, degli interventi richiesti: - dall'Unità Gestione del Rischio Clinico - 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 2017 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).
<b>8.</b>	Qualità	Gli obiettivi sono dettagliati nella specifica scheda qualità.
<b>9.</b>	Prevenzione corruzione/miglioramento	Si tratta di obiettivi che riguardano l'applicazione del Piano triennale per la Prevenzione della corruzione e per la trasparenza (adottato

	trasparenza	con deliberazione n. 42 del 31.1.2017) e la messa in atto delle azioni previste in tema di prevenzione della corruzione (l. 190/2012 e smi) ed in tema di trasparenza (D.lvo n-. 33/2013 e smi).
--	-------------	--

**La scheda obiettivi 2017 delle Strutture amministrativa è composta dalle seguenti sezioni:**

<b>1.</b>	Equilibrio economico finanziario	Si tratta di applicare il Piano di efficientamento 2017 mettendo in atto le azioni previste al fine di realizzare il governo della spesa, sempre in una logica di miglioramento continuo dell'appropriatezza. Viene assegnato, anche per il 2017, un budget di spesa per beni e servizi.
<b>2.</b>	Obiettivi specifici di Struttura	Si tratta di obiettivi che caratterizzano la singola struttura. Sono stati ricompresi nella sezione anche gli obiettivi proposti, per l'anno 2017, da ogni Responsabile di Struttura, se ritenuti applicabili.
<b>3.</b>	Azioni strategiche aziendali /Applicazione Disposizioni Regionali e/o Nazionali	Si tratta di obiettivi che tengono conto della messa in atto di alcune azioni strategiche aziendali e dell'applicazione di disposizioni regionali e/o nazionali.
<b>4.</b>	Salute e sicurezza sul lavoro	Si tratta di interventi da mettere in atto nel 2017 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).
<b>5.</b>	Prevenzione corruzione/miglioramento trasparenza	Si tratta di obiettivi che riguardano l'applicazione del Piano triennale per la Prevenzione della corruzione e per la trasparenza (adottato con deliberazione n. 42 del 31.1.2017) e la messa in atto delle azioni previste in tema di prevenzione della corruzione (l. 190/2012 e smi) ed in tema di trasparenza (D.lvo n-. 33/2013 e smi).

Per quanto riguarda i risultati raggiunti si rinvia al paragrafo 8.

Nel corso dell'anno 2017 è stato effettuato un **monitoraggio** circa il grado di perseguimento degli obiettivi 2017 di ciascuna Struttura secondo le seguenti modalità:

<b>1.</b> esaminando i report della SOC Budget e Controllo relativamente: ai dati di spesa, ai dati di produzione, ai parametri riferiti ai ricoveri ordinari, all'attività di DH ed ambulatoriale;
<b>2.</b> prendendo atto delle osservazioni presentate dai Coordinatori dei vari obiettivi.

Anche per l'anno 2017 si è prevista la possibilità, per ogni Responsabile di Struttura, qualora, durante l'anno, verifici la difficoltà a perseguire un obiettivo, di avvisare, tempestivamente, i Coordinatori o la Direzione Generale illustrando le criticità, e richiedendo, se necessario, una rivalutazione dell'obiettivo stesso.

## **7.2. Obiettivi assegnati dalla Regione per l'anno 2017 al Direttore Generale**



Con la DGR n. 101 – 5530 del 3.8.2017 sono stati assegnati gli obiettivi economico gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali delle aziende sanitarie ai fini del riconoscimento della quota integrativa al trattamento economico per l'anno 2017, riportati nell'allegato A della medesima deliberazione ed elencati nella tabella di seguito riportata.

	<b>Descrizione obiettivo</b>
<b>Ob. 1</b>	Attuazione della programmazione regionale / Budget 2017
<b>Ob. 1.1</b>	Efficientamento della spesa aziendale
<b>Ob. 2</b>	Case della Salute
<b>Ob. 2.1</b>	Attivazione Case della Salute programmate
<b>Ob. 2.2</b>	Monitoraggio avvio attività
<b>Ob. 3</b>	Accessibilità
<b>Ob. 3.1</b>	Miglioramento dei tempi di attesa dei ricoveri
<b>Ob. 3.2</b>	Tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali
<b>Ob. 3.3</b>	Riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in PS
<b>Ob. 4</b>	Gestione beni
<b>Ob. 4.1</b>	Appropriatezza prescrittiva in ambito farmaceutico e riduzione della variabilità
<b>Ob. 4.2</b>	Dispositivi Medici: miglioramento: qualità del flusso informativo
<b>Ob. 4.3</b>	Dispositivi Medici: contenimento spesa (DPCM 24.12.2015)
<b>Ob. 5</b>	Nuovi LEA
<b>Ob. 5.1</b>	<b><i>Obiettivo rivolto ad ASO /AOU</i></b>
<b>Ob. 5.2</b>	Attuazione PNPV 2017-2019
<b>Ob. 6</b>	Qualità assistenza
<b>Ob. 6.1</b>	Tempestività interventi a seguito di frattura di femore su pazienti > 65
<b>Ob. 6.2</b>	Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI
<b>Ob. 6.3</b>	Appropriatezza nell'assistenza al parto dei Punti Nascita
<b>Ob. 6.4</b>	Screening oncologici
<b>Ob. 6.5</b>	Donazioni d'organo
<b>Ob. 6.6</b>	Umanizzazione
<b>Ob 6.6.1</b>	Programma nazionale valutazione partecipata qualità strutture di ricovero secondo i principi empowerment
<b>Ob 6.6.2</b>	Comunicazione fra medici curanti e familiari dei pazienti
<b>Ob 6.6.3</b>	Commissioni miste conciliative
<b>Ob 6.6.4</b>	Progetti sostegno pazienti e famiglie
<b>Ob. 7</b>	Edilizia
<b>Ob. 7.1</b>	Progetti di edilizia sanitaria

La Regione Piemonte, dopo aver assegnato gli obiettivi ai Direttori Generali per l'anno 2017 ha previsto la realizzazione di monitoraggi periodici. In particolare la Regione ha fissato, convocando per area omogenea di programmazione (AOU Maggiore della Carità di Novara, ASL Novara, Asl Biella, Asl Vercelli, Asl Verbano Cusio Ossola) n. 2 incontri. I tavoli di monitoraggio degli obiettivi assegnati ai Direttori Generali si sono svolti in data 26 settembre ed in data 19 dicembre 2017. Nel corso degli incontri i Direttori Generali hanno:

- presentato le azioni intraprese per raggiungere gli obiettivi assegnati;
- fornito i dati intermedi di raggiungimento;
- valutato la raggiungibilità degli obiettivi e le eventuali cause ostacolanti.

## 7.2.1 Risultati raggiunti

Con riferimento agli obiettivi assegnati dalla Regione per l'anno 2017 ai Direttori Generali, i componenti O.I.V., nell'effettuare le loro valutazioni, hanno preso atto:

- **del contenuto della relazione del Direttore Generale** in merito alle azioni messe in atto per il perseguimento degli obiettivi, relazione inviata in Regione con lettera prot. n. 10405 del 15.2.2018;
- **e di eventuali aggiornamenti di dati nel frattempo intervenuti.**

Dall'esame della relazione si evince quanto segue.

### Obiettivo: 1.1 Efficiamento della spesa aziendale

#### Risultati raggiunti al 31.12.2017

- a) Pareggio Bilancio: posto che il finanziamento per anno 2017 non è ancora definitivo, si ritiene non impossibile raggiungere il pareggio. Il bilancio di verifica IV trim 2017 evidenzia una perdita (in migliaia di euro) di 4.969, rettificata in 2.974 migliaia di euro per il mancato finanziamento dei costi extra Lea pari a 1.995 migliaia di euro.
- b) Gestione investimenti per fonte: obiettivo raggiunto 100%
- c) Monitoraggio contenzioso: obiettivo raggiunto 100%
- d) Incremento produzione: superiore ad € 1.200,00. Obiettivo raggiunto.

\*

### Obiettivo: 2.1 Attivazione delle Case della Salute programmate

#### Le azioni intraprese nel corso del 2017 posso essere così sintetizzate:

- Adozione della deliberazione n. 973 del 29.12.2017 di oggetto "Definizione e avvio delle Case della Salute" con la quale si è preso atto della costituzione delle 4 Case della Salute (Cannobio, Crevoladossola, Omegna, Verbania) unitamente alla predisposizione delle azioni e del cronoprogramma inserito (secondo lo schema degli allegati B e B1 come definiti dalla DD n. 438/2017) che sono stati allegati alla deliberazione n. 973, come riportato negli allegati A, B, C, D. Le azioni messe in atto dai Servizi aziendali per l'avvio e lo sviluppo delle Case della Salute sono descritte negli allegati 1 e 2 alla deliberazione n. 973.
- E' in via di definizione un accordo aziendale con i MMG per delineare le modalità di partecipazione alle Case della Salute.
- Adeguamento delle Strutture identificate e acquisto di arredi e attrezzature.

Per quanto riguarda gli **aspetti organizzativi** i risultati conseguiti sono la sottoscrizione di un accordo Aziendale dei MMG che li impegnano a costituirsi in aggregazioni monoprofessionali AFT con il coordinamento degli orari di apertura degli ambulatori e la messa in rete degli stessi.

E' in fase di conclusione l'accordo quadro che regola le modalità organizzative e gestionali ed il ruolo del MMG nelle CDS del VCO.

L'obiettivo è stato parzialmente raggiunto.

\*

### Obiettivo n. 2.2 "Monitoraggio avvio attività Case della Salute

Successivamente all'attivazione delle Case della Salute si procederà al monitoraggio delle attività.

\*

### Obiettivo n. 3.1 “Miglioramento dei tempi di attesa nell’ambito dei ricoveri”

Nel primo report aziendale relativo al primo semestre 2017 risultavano entro il valore dell’obiettivo ( $\geq 90\%$  sia per la classe A che per la classe B) gli interventi per tumore della mammella e tumore dell’utero. Gli altri erano al di sotto del valore indicato, in alcuni casi in maniera significativa. Nel secondo report al settembre 2017 risultavano confermati i due interventi entro il valore di soglia e si evidenziava un incremento dei casi entro soglia per gli altri interventi rispetto al dato del primo semestre.

Dai dati al 30.09.17 (ad oggi in possesso) si rileva il raggiungimento dello standard indicato soltanto per gli interventi per tumore maligno della mammella e dell’utero in classe A; per entrambi non esiste una lista di attesa in classe B.

Il dato sull’intervento di angioplastica percutanea, dove esiste solo la classe B, ha un valore del 66% determinato, probabilmente, dalla presenza attiva del servizio di emodinamica per soli tre giorni la settimana diventati 5 dal 1° novembre 2017. Pertanto, negli ultimi due mesi dell’anno, dovrebbe verificarsi un deciso miglioramento.

L’obiettivo è parzialmente raggiunto. Gli ostacoli al raggiungimento dell’obiettivo sono stati i seguenti: -in Azienda non vengono effettuati interventi chirurgici del polmone; -in azienda non viene utilizzata la classe A per gli interventi di angioplastica coronarica e della classe B in molti interventi per tumore. Si evidenzia la criticità rappresentata dal fatto che, per gli interventi oncologici, l’inserimento nelle liste di attesa avviene al momento in cui il paziente viene preso in carico dal CAS. Tuttavia, non sempre, in quel momento, il paziente ha completato l’iter diagnostico. Ciò incide significativamente sui tempi di attesa.

\*

### Obiettivo n. 3.2 “Tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale”

L’ASL VCO, attraverso le azioni intraprese, anche a livello di area omogenea, ha verificato, rispetto all’inizio dell’anno 2017, un miglioramento dei Tempi di Attesa con riguardo ad una gran parte delle prestazioni critiche. A livello aziendale, al dicembre 2017, le prestazioni critiche sono 6; considerando anche l’Istituto Auxologico di Piancavallo si riducono a 3. Il raggiungimento dell’obiettivo può, perciò, considerarsi parziale. Con riferimento all’attività svolta dal **Gruppo di Coordinamento, costituito a livello di area omogenea** in conformità a quanto disposto dalla Regione con DD n. 269/2017 per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale per il triennio 2017-2019, si rinvia a quanto previsto nel Piano. Si evidenzia che le azioni del Piano sono state attuate e costantemente monitorate attraverso gli incontri periodici del Gruppo di Area Omogenea. Il ReTA dell’Azienda capofila ha provveduto ad aggiornare, al riguardo, il Gruppo di Coordinamento del Programma Regionale per il Governo dei Tempi di Attesa durante gli incontri presso l’Assessorato.

Gli elementi che hanno ostacolato il raggiungimento completo dell’obiettivo sono i seguenti: - difficoltà nel reclutamento di nuovi specialisti, sia per l’ASL VCO che per le strutture sanitarie territoriali accreditate. Ciò ha determinato criticità nell’incremento dell’attività delle singole Strutture aziendali per le prestazioni ambulatoriali, nonostante la disponibilità aziendale all’utilizzo di prestazioni aggiuntive (ex. Art. 55). Un ulteriore elemento di criticità emerso nei mesi scorsi è dovuto alla migrazione di pazienti provenienti da ASL limitrofe che, per i tempi di attesa troppo lunghi nelle loro rispettive ASL, si prenotano presso l’ASL VCO con conseguente allungamento dei tempi di attesa.

\*

### Obiettivo 3.3 : riduzione tempo di permanenza dei pz in PS : inferiore 6 ore

Tempo permanenza medio periodo 1.1.2017 a 31.12.2017:

184,2 minuti/paziente, e nello specifico, 181,4 minuti a Verbania e 188,5 a Domodossola.

Da questi dati sono ovviamente esclusi i pazienti in O.B.I. i quali, per definizione, non possono avere una gestione inferiore alle 6 ore.

L'obiettivo è raggiunto al 100%.

\*

### Obiettivo 4.1: Assistenza farmaceutica territoriale ed ospedaliera. Appropriately prescrittiva e riduzione della variabilità.

Risultati raggiunti al 31.12.2017:

1. **ATC=A02BC** anche se non si è raggiunto completamente l'obiettivo, continua il trend in diminuzione dei consumi, si approfondiranno le prescrizioni di chi si discosta in maniera significativa dalla media.

**ATC=C07, C08, C09** l'obiettivo è stato raggiunto al 100%.

**ATC=J01; ATC=N06A; ATC=R03** al momento non raggiunti. Si vuole comunque sottolineare che, per gli antibiotici e gli antidepressivi, l'ASL VCO, nell'anno 2016, presentava una spesa pro capite appena al di sopra dell'ASL best performer, mentre, per i respiratori era stata individuata come ASL best performer.

2. L'obiettivo non è stato raggiunto. Lo scostamento dall'ospedale best performer è maggiore per l'**ATC J02** ed è inferiore per l'**ATC J01**.

Le azioni che hanno ostacolato il raggiungimento dell'obiettivo sono state le seguenti:

1. Induzione da parte di specialisti privati - Nuovo antidepressivo a costo più alto - Modifica delle linee guida gold con individuazione di nuove associazione di broncodilatatori - Patologia influenzale importante rispetto all'anno precedente.
2. Sia per l'ATC J01 che per l'ATC J02 si è verificato un aumento dei trattamenti di soggetti con antibatterici ed antifungini a richiesta motivata per il maggior verificarsi di infezioni gravi.

\*

### Obiettivo 4.2: Miglioramento della qualità del flusso informativo dei dispositivi medici

Il flusso viene trasmesso regolarmente in Regione.

Rispetto al conto economico (CE) nell'anno 2017 lo scostamento tra CE e flusso è pari a 0,38%.

Questo si è reso possibile grazie alla collaborazione con la SOS ICT e la SOS Controllo di Gestione.

L'obiettivo è stato raggiunto al 100%.

\*

### Obiettivo 4.3: Contenimento della spesa aziendale per l'acquisto di dispositivi medici.

1. Non è stato possibile raggiungere l'obiettivo in quanto non si è potuto ridurre il valore rispetto al CE 2016 per l'aumento delle prestazioni dovute anche a pazienti non residenti nella nostra ASL. In particolare, è aumentata l'attività di emodinamica, urologia, ginecologia, radiodiagnostica.

2. Va segnalato che il trend evidenzia un continuo vantaggio della distribuzione in modalità DPC.

\*

**Obiettivo 5.2: Attuazione DPCM 12 gennaio 2017: obblighi vaccinali, recupero dei non vaccinati o dei vaccinati parzialmente.**

Entro il 31 agosto 2017 sono stati spediti gli inviti ad eseguire le vaccinazioni a tutti i soggetti nati nelle fasce di età previste dal decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73 (convertito nella Legge n. 119 del 31/08/2017) che, in base alle verifiche effettuate sull'anagrafe vaccinale aziendale, risultano parzialmente o totalmente inadempienti. **Sono stati spediti n. 1.742 inviti.**

Il calendario degli appuntamenti predisposto in tutta l'ASL VCO garantisce, a tutti i nati di età compresa tra 6 e 10 anni, il primo accesso vaccinale entro il 31 dicembre 2017. Le sedute vaccinali hanno avuto inizio il 22 settembre 2017. I dati aggiornati al 31 dicembre 2017, rispetto alle coorti dal 2016 al 2003, indicano una percentuale di recupero pari al 36,4%. Tutti gli inadempienti, nella fascia di età 6-10 anni, sono stati convocati ed hanno garanzia di accesso alla vaccinazione entro il 31 dicembre 2017.

L'obiettivo è stato raggiunto al 100%.

\*

**Obiettivo n. 6.1: Tempestività interventi a seguito di frattura di femore su pazienti > 65**

**Risultati raggiunti al 30.09.2017** (dati disponibili, forniti dalla Sos in staff Controllo di Gestione)

	<b>Casi</b>	<b>%</b>
F.C.F operato dopo 2 giorni	<b>69</b>	<b>Indicatore: 103/172 = 59,9%</b>
F.C.F operato entro 2 giorni	<b>103</b>	
Totale fratture di femore	<b>172</b>	
<b>Valore obiettivo: tasso aggiustato <math>\geq 70\%</math></b>		

L'obiettivo è stato raggiunto parzialmente.

**Un ostacolo al** raggiungimento dell'obiettivo è dovuto alla carenza di sedute operatorie seppure, nel 2017, si sia realizzato un miglioramento rispetto al 2016. Per quanto attiene le fratture che pervengono al venerdì, dopo le ore 16,00, ed al sabato e domenica fino alle ore 8, l'intervento viene effettuato martedì, perciò oltre le 48 ore. **Correttivi:** mentre nessun intervento correttivo si è potuto realizzare in caso di problematiche cliniche che impediscono l'intervento tempestivo ci si è attivati, a livello organizzativo, al fine di disporre di un numero maggiore di sedute operatorie e di eseguire, in regime di "urgenza differita", gli interventi per frattura di femore.

Si tratta di un obiettivo monitorato anche a livello di Piano Nazionale Esiti.

\*

**Obiettivo n. 6.2: Tempestività nell'effettuazione di ptca nei casi di ima stemi**

**Risultati raggiunti al 30.09.2017** (dati forniti dalla Sos in staff Controllo di Gestione)

N° episodi STEMI con PTCA entro 2 gg.	<b>25</b>	<b>Indicatore: 25/26 = 96,2</b>
N° episodi stemi	<b>26</b>	
<b>Valore obiettivo: tasso grezzo <math>\geq 85\%</math></b>		

Obiettivo raggiunto.

Si tratta di un obiettivo monitorato anche a livello di Piano Nazionale Esiti.

\*

**Obiettivo n. 6.3: Appropriatezza nell'assistenza al parto dei punti nascita**

**Risultati raggiunti al 30.09.2017** (dati disponibili, forniti dalla Sos in staff Controllo di Gestione)

	Casi	%
Parti cesarei senza pregresso cesareo	80	<b>Indicatore:</b> <b>80/352 = 22,7%</b>
Parti naturali senza pregresso cesareo	272	
Totale parti senza pregresso cesareo	352	
<b>Valore obiettivo:</b> tasso aggiustato < 20%		

**Risultati raggiunti al 12.12.2017** (dati conteggiati dalla Soc Ostetricia Ginecologia)

Nei criteri di accesso al punteggio dell'obiettivo si richiede di effettuare la seguente verifica:

- Classe 2 di Robson  $\leq 45\%$  per ciascun punto nascita aziendale.

**Si è riscontrato quanto segue:**

**Classe II Robson** (su popolazione di gravide in classe II)

Verbania: 34%

Domodossola: 53%

**Risultati raggiunti al 30.9.2017** (i dati disponibili sono stati conteggiati dalla Soc Ostetricia Ginecologia utilizzando il suo registro parti – cartelle cliniche – stampe CEDAP – stampe ricoveri da accettazione e stampe elenchi SDO da Sos Controllo di Gestione)

Nei criteri di accesso al punteggio dell'obiettivo viene richiesto almeno il 99% di coerenza tra cartella SDO e scheda CEDAP con DRG di parto da 370 a 375. **Si è riscontrato quanto segue: Concordezza SDO/CEDAP:** Verbania: 98% - Domodossola: 98%.

L'obiettivo è da considerarsi parzialmente raggiunto.

Si tratta di un obiettivo monitorato anche a livello di Piano Nazionale Esiti.

\*

**Obiettivo n. 6.4: Copertura inviti ed esami per tipologia di screening e popolazione target**

**La previsione del grado di raggiungimento dell'obiettivo al dicembre 2017 è la seguente:**

**Screening mammografico:** La copertura da inviti e da esami per il Programma 5 supera l'obiettivo

**Screening Citologico:** La copertura da inviti e da esami per il Programma 5 supera l'obiettivo

**Screening coloretale:** La copertura da inviti all'esame FS (età 58 anni) si attesta sul valore minimo dell'obiettivo per il Programma 5. Il risultato del Programma 5 è superiore all'obiettivo per la copertura da esami (età 58-69 anni).

\*

**Descrizione Obiettivo 6.5: incremento donazioni d'organo e cornee**

## Grado di raggiungimento dell'obiettivo al 31 dicembre 2017

**PO di Domo e Verbania:** segnalazioni di soggetti in Morte Encefalica: 100% raggiunto.

**PO di Domo:** prelievo di cornee: 100% raggiunto

**PO Verbania:** prelievo di cornee: obiettivo non raggiunto (5 rispetto ad un valore atteso di 8).

Al fine di incrementare il prelievo delle cornee sul P.O. di Verbania, poiché la struttura di Oculistica si trova nel P.O. di Domodossola, con conseguenti possibili problematiche organizzative per effettuare i prelievi di cornee a Verbania da parte degli oculisti strutturati, si è conclusa la formazione teorica e pratica al prelievo di cornee di 2 medici Anestesisti di Verbania e di un medico di Direzione Sanitaria di Domodossola.

\*

### **Obiettivo: 6.6 Umanizzazione:**

#### **Obiettivo: 6.6.1 Coordinamento per la valutazione partecipata della qualità delle Strutture di ricovero secondo i principi dell'empowerment**

In data 21 settembre 2017 il gruppo di lavoro ha approvato e sottoscritto le risposte agli item della checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero e il modulo integrativo sulla sicurezza del paziente.

Con atto deliberativo n. 957 del 22.12.2017 sono state approvate le azioni di miglioramento utili al superamento delle criticità riscontrate, nelle strutture ospedaliere di Domodossola e di Verbania, durante il processo di valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle medesime strutture ospedaliere.

L'obiettivo è stato raggiunto dal 30 settembre 2017.

\*

#### **Obiettivo n. 6.6.2 "Comunicazione fra medici curanti e familiari dei pazienti"**

Si è proceduto ad inviare, da parte del Direttore della Soc Direzione Sanitaria Presidi Ospedalieri Verbania e Domodossola, una nota protocollata a tutti i Direttori di SOC e SOS Dipartimentali (prot. n. 53936 del 19.9.17) con la quale gli stessi venivano informati dell'obiettivo e si chiedeva di comunicare, entro il giorno 30 settembre 2017, se era già formalmente attivato quanto richiesto dall'obiettivo, intendendo, per formalmente attivato, se vi fossero dei cartelli informativi per i familiari con comunicazione dei luoghi e orari predefiniti per i colloqui, eventuale documentazione informativa sulle modalità di incontro, ecc. Nei confronti di coloro che non hanno risposto entro quella data è stato predisposto un sollecito con nota prot. ASL n. 67224 del 13.11.2017. Sono pervenute tutte le comunicazioni di avvenuta attivazione di quanto richiesto dall'obiettivo. Entro la fine dell'anno è stata effettuata una verifica, a campione, da parte della SOC Direzione Sanitaria dei Presidi Ospedalieri di Verbania e Domodossola in merito a quanto messo in atto dalle Strutture. Da parte di tutte le strutture è pervenuta la risposta di avvenuta attivazione. L'obiettivo è stato raggiunto al 100%.

\*

#### **Obiettivo: 6.6.3 Coordinamento per l'istituzione ed attivazione Commissione mista conciliativa (DPCM 19.5.95) con rappresentanti dell'Azienda e delle Associazioni di Volontariato o tutela**

#### **Risultati raggiunti al dicembre 2017:**

Aggiornamento del Regolamento di Pubblica Tutela e sua approvazione con deliberazione n. 904 in data 14 dicembre 2017. - Istituzione della Commissione Mista Conciliativa, individuazione dei componenti, titolari e supplenti de insediamento con atto n. 905 in data 14 dicembre 2017. Il primo incontro è avvenuto in data

28 dicembre 2017 - Sono stati effettuati incontri di conciliazione di secondo livello con redazione del relativo verbale.

L'obiettivo è stato raggiunto al 100%.

\*

#### **Obiettivo: 6.6.4 Progetti sostegno pazienti/famiglie**

L'azienda partecipa, in qualità di partner, al **progetto** Sovranazionale denominato "**Consenso**" per la formazione di Infermieri di Famiglia e di Comunità e per il monitoraggio di n. 500 anziani nelle cinque aree ritenute più disagiate. Si richiama la deliberazione n. 219 del 12.04.2017.

L'ASL VCO, inoltre, partecipa al **progetto** della Fondazione CARIPOLO "**La Cura è di Casa**" per la presa in carico di utenti > 65 anni in condizione di "Vulnerabilità", con la predisposizione di Progetti individualizzati di intervento al fine di prevenire l'evoluzione dalla condizione di vulnerabilità a quella di non autosufficienza. Si allega la lettera di adesione alla partnership del progetto "Welfare in Azione", prot. n. 31932 del 16.04.2015.

L'azienda partecipa, altresì, come area pilota, al progetto "**Strategia Nazionale per le Aree Interne**", nel quale sono stati sviluppati degli assi d'intervento inerenti: - lo sviluppo dell'infermiere di famiglia e di comunità - la Telemedicina - il potenziamento delle cure primarie e dell'assistenza domiciliare.

#### **Risultati raggiunti al dicembre 2017:**

Per il progetto "Consenso", terminata la fase di formazione delle infermiere di famiglia, si è passati alla presa in carico progressiva degli utenti target.

L'analisi della condizione di rischio della popolazione si è conclusa in 5 Comuni sui 21 partecipanti al progetto; per i restanti Comuni l'analisi è in corso.

Per il progetto "La cura è di Casa" sono state attivate tutte le azioni previste dal progetto per la valutazione e la presa in carico dei pazienti target.

Per il progetto "Aree interne", coordinato dagli Amministratori dell'Area territoriale dell'Ossola, sono stati effettuati gli incontri per definire le azioni ed i relativi costi.

L'obiettivo è stato raggiunto.

\*

#### **Descrizione Obiettivo: 7.1 Investimenti nel sistema sanitario: nuove infrastrutture edilizie con riferimento al nuovo Ospedale Unico dell'ASL VCO**

Sono stati individuati i costi di manutenzione e gestione dei Presidi Ospedalieri di Domodossola e Verbania, per valutare l'impatto con la costruzione del nuovo ospedale unico.

I costi, individuati per le attuali 2 strutture ospedaliere di Verbania e di Domodossola, sono stati quantificati in euro 15.393.832,56 annui. Tali costi dovranno modificarsi con l'avvio dell'Ospedale Unico.

L'obiettivo è stato raggiunto.

#### **8. Valutazione obiettivi anno 2017 da parte dell'O.I.V.**

Con deliberazione del Direttore Generale n. 12 dell'8.1.2015 venne costituito l'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) dell'ASL VCO per il triennio 2015-17 per lo svolgimento delle funzioni previste dall'art. 14 del D.Lgs n. 150 del 27.10.2009. L'Azienda, a fronte del fatto che l'Organismo scadeva a dicembre 2017, ha provveduto, dapprima, con deliberazione n. 852 del 28.11.2017, all'emissione di un avviso di selezione



pubblica per titoli per l'individuazione di n. 3 componenti esterni all'amministrazione ai fini della costituzione del nuovo organismo, in conformità alla normativa specifica.

Quindi, con deliberazione del Direttore Generale n° 55 del 23.1.2018, ha costituito un nuovo Organismo 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. E' stato mantenuto il regolamento esistente, approvato con deliberazione n. 133 del 1° aprile 2015, che sarà successivamente oggetto di rivisitazione.

I componenti O.I.V., nei mesi di marzo-aprile 2018, hanno provveduto ad effettuare la verifica annuale del raggiungimento degli obiettivi anno 2017 redigendo appositi verbali per ciascun incontro. In particolare hanno esaminato: - **sia** agli obiettivi che, nel 2017, la Direzione Generale, con deliberazione n. 236 del 20.4.2017, ha declinato ai Direttori: di Dipartimento, delle Sos Dipartimentali, delle Strutture Complesse, ai Responsabili delle Strutture semplici e delle Sos in Staff e di Supporto alla Direzione Generale; - **sia** agli obiettivi assegnati, per l'anno 2017, dalla Regione Piemonte al Direttore Generale, con DGR n. 101-5530 del 3.8.2017, che sono stati successivamente declinati ai Direttori di Struttura direttamente coinvolti con atto n. 727 del 10.10.2017 (di integrazione della richiamata deliberazione n. 236/2017).

Gli obiettivi sono stati concordati, oltre che con i Direttori di Dipartimento, anche con i Direttori/Responsabili delle seguenti Strutture aziendali:

<b>STRUTTURE (Soc/Sos Dip/Sos in staff)</b>
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 PRESID 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 OSTETRICA GINECOLOGIA
Soc OTORINOLARINGOIATRIA

Soc PEDIATRIA
Sos 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 staff CONTROLLO DI GESTIONE
Sos 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
<b>DIPARTIMENTI</b>
MATERNO INFANTILE
PATOLOGIE MEDICHE
PATOLOGIE CHIRURGICHE
PREVENZIONE
SERVIZI DIAGNOSTICI E TERAPIE DI SUPPORTO

Come riepilogato nel verbale dell'Organismo Indipendente di Valutazione n. 2 del 29.3.2018 il Direttore Generale, con nota prot. n. 8349 del 7.2.2018, ha trasmesso ai Responsabili di Soc, Sos Dipartimentali, Sos in staff, ed ai Direttori di Dipartimento dell'ASL VCO una lettera con la quale è stato richiesto di compilare, entro il 26 febbraio 2018, una scheda di autovalutazione in merito al raggiungimento degli obiettivi 2017 sottolineando, in modo sintetico, le motivazioni che hanno permesso di raggiungere o meno detti obiettivi. Nella stessa nota si è precisato che la relazione in merito agli obiettivi 2017 sarebbe stata trasmessa all'Organismo Indipendente di Valutazione che avrebbe potuto richiedere, se necessario, informazioni di approfondimento.

La segreteria O.I.V., con lettere datate 5 e 6 marzo 2018, ha richiesto a coloro i quali sono stati individuati come Coordinatori di una serie di specifici obiettivi 2017 di indicare il grado di raggiungimento degli stessi da parte delle singole strutture aziendali. In particolare ci si riferisce alle seguenti tipologie di obiettivi (elencazione non esaustiva): al rischio infettivo – al target spesa farmaceutica, all'appropriatezza prescrittiva – alla specialistica ambulatoriale – al governo clinico, qualità, appropriatezza, rischio clinico – ai reclami – alla procedura PAC – ai report di spesa e di produzione, flussi informativi, specialistica – alla rete diabetologica – ai gruppi di progetto aziendali – agli screening oncologici.

Come emerge dal richiamato verbale n. 2/2018 i componenti dell'O.I.V. hanno ritenuto, da un punto di vista metodologico, di effettuare le valutazioni in merito al perseguimento degli obiettivi 2017 prendendo atto, per ciascuna Struttura aziendale, della documentazione raccolta dalla segreteria O.I.V. ovvero:

- della scheda obiettivi 2017 allegata all'atto deliberativo n. 236 del 20.4.2017 (deliberazione integrata con successivo atto n. 727 del 10.10.2017), con la quale sono stati approvati detti obiettivi;

- del prospetto riferito alle osservazioni che i Responsabili di Soc hanno effettuato in merito agli obiettivi 2017, in sede di sottoscrizione, conservata presso la Segreteria O.I.V.;
- del monitoraggio in merito alla previsione del grado di raggiungimento degli obiettivi al 31.12.2017 effettuato dal Direttore Generale con lettera prot. n. 56223 del 28.9.2017.
- della scheda di autovalutazione trasmessa dai Responsabili di Struttura a seguito della richiesta avanzata dal Direttore Generale con nota prot. n. 8349 del 7.2.2018;
- del supporto dei componenti della Struttura funzionale Tecnica Permanente per la misurazione della performance (costituita con atto deliberativo n. 126 del 31.3.2015);
- dei report messi a disposizione dal Referente della Sos di staff al Direttore Generale Controllo di Gestione, che svolge una funzione di coordinamento nell'ambito della Struttura funzionale Tecnica Permanente per la misurazione della performance;
- dei report messi a disposizione dai soggetti individuati come coordinatori degli obiettivi (in precedenza richiamati) e delle valutazioni effettuate.

Sulla scorta delle informazioni così ottenute l'O.I.V. ha poi valutato il grado di raggiungimento degli obiettivi effettuando, anche a sorteggio, verifiche dirette rispetto ai dati rilevati ed alla documentazione pervenuta, esaminando, in caso di difformità tra questi ultimi e gli esiti delle verifiche, lo scostamento riscontrato.

Per quanto riguarda gli obiettivi specifici assegnati a ciascuna Struttura e, in generale, gli obiettivi per i quali è prevista una relazione, i componenti O.I.V. hanno incaricato il Segretario a richiedere integrazioni laddove detta relazione fosse troppo sintetica e non esaustiva.

I componenti O.I.V., dopo aver esaminato la documentazione, hanno evidenziato, per ciascuna Struttura aziendale, gli obiettivi non completamente raggiunti e, rispetto agli stessi, dopo aver valutato le eventuali precisazioni fornite dal Responsabile di Struttura e richieste, se necessario, integrazioni, hanno individuato la percentuale di raggiungimento di detti obiettivi.

L'O.I.V. ha ritenuto di mantenere il regolamento per il funzionamento dell'O.I.V. (approvato con atto deliberativo n. 133 del 1° aprile 2015), in attesa di una rivisitazione dello stesso. Pertanto 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, debitamente motivate - 4. obiettivo non raggiunto.

I verbali degli incontri dell'O.I.V. sono conservati presso la segreteria OIV.

Terminata la valutazione degli obiettivi di tutte le strutture aziendali riferiti all'anno 2017 gli esiti del controllo sono stati trasmessi dalla segreteria O.I.V. al Direttore Generale che, in base alle risultanze, ha poi assunto l'atto deliberativo n. 448 del 3.5.2018. Con tale deliberazione sono state approvate le risultanze finali prodotte dall'O.I.V. e le percentuali di raggiungimento degli obiettivi da parte delle diverse strutture aziendali. L'atto deliberativo è stato trasmesso alla Soc Gestione Personale e Formazione per gli adempimenti di competenza.

La Soc Gestione Risorse Umane e Formazione, con deliberazioni nn. 505 e 506 del 22.5.2018 e n. 607 del 15.6.2018 (che si allegano alla presente relazione) ha provveduto a determinare la consistenza dei fondi (di cui al CCNL 31.7.2009- Il biennio economico 2008/2009) con riguardo, rispettivamente:

- al comparto sanitario anno 2017 e provvisorio 2018, atto n. 506 del 22.5.2018 **(All. 2)**
- all'area della dirigenza medica e veterinaria anno 2017 e provvisorio 2018, atto n. 607 del 15.6.2018 **(All. 3).**

- all'area della dirigenza sanitaria, Sitrpo, professionale, tecnica e amministrativa anno 2017 e provvisorio 2018, atto n. 505 del 22.5.2018 (All. 4) .

### 9. Anticorruzione e trasparenza anno 2017

Con deliberazione dell'ASL VCO n. 42 del 31.1.2017 è stato approvato il Piano triennale di prevenzione della Corruzione 2017-2019, pubblicato sul sito nella sezione "Amministrazione Trasparente". Nell'ambito del documento si è ricompresa una sezione riferita alla trasparenza.

Si prende atto che, nell'ambito della scheda obiettivi 2017 assegnati dal Direttore Generale ai Direttori di Dipartimnto/ di Sos Dipartimentali/di Soc e di Sos in staff alla Direzione Generale (con atto deliberativo n. 236/2017) è stata inserita una sezione di oggetto "Prevenzione della corruzione e miglioramento della trasparenza" prevedendo:

- l'effettuazione, da parte di ogni Direttore di Struttura, di una riunione partecipata per la diffusione e presa d'atto degli adempimenti previsti nel Piano di prevenzione alla corruzione;
- nonché l'applicazione dei contenuti del Piano.

Con deliberazione n. 98 del 28.2.2017 è stato nominato un nuovo responsabile aziendale della prevenzione della corruzione e trasparenza (R.P.C.T.), figura che riunisce sia le funzioni di prevenzione della corruzione che di trasparenza.

Con deliberazione n. 359 del 13 giugno 2017 è stata rivista la composizione della Commissione costituita, a suo tempo, a supporto dell'attività di prevenzione della corruzione e per la revisione del Piano. Tale commissione è formata dai seguenti Referenti:

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

L'individuazione dei Referenti è conforme al dettato della circolare n. 1/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica (D.F.P.) che ha previsto la possibilità, in ogni Pubblica Amministrazione, di affiancare al responsabile della prevenzione della corruzione alcuni Referenti che lo coadiuvano per l'attuazione e la revisione del Piano.

In data 13 settembre 2017 il RPCT ha convocato i Referenti per la prevenzione della corruzione, invitando all'incontro anche i componenti OIV (come risulta dal verbale OIV n. 11 del 13.9.2017) anche tenuto conto del ruolo importante che i componenti OIV rivestono nell'ambito della prevenzione della corruzione. La riunione è stata indetta al fine di condividere il programma di lavoro per il periodo settembre-dicembre 2017 sul tema legato alla prevenzione della corruzione. Durante l'incontro il RPCT, dopo aver riepilogato gli adempimenti previsti nel Piano, ha evidenziato la necessità di rivedere il vigente Piano in particolare l'intera procedura di valutazione del rischio da inserire nel Piano da redigere entro il 31.1.2018.

Terminato l'incontro con i Referenti il RPCT, svolgendo anche le funzioni di segreteria OIV, ha proseguito a lavorare con i componenti OIV trattando il tema legato al Codice di comportamento. L'Asl VCO, con atto n. 50 del 30 gennaio 2015, ha deliberato un proprio codice di comportamento (proposto dall'allora Responsabile per la prevenzione della corruzione tenuto conto del contenuto della deliberazione Civit n. 75/2013 e del DPR n. 62/2013), documento vigente in Azienda. L'adozione del codice di comportamento rappresenta una delle "azioni e misure" principali di attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione a livello decentrato, secondo quanto indicato nel Piano nazionale Anticorruzione approvato con deliberazione n. 72/2013. L'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), con determinazione n. 358 del 29.3.2017, ha emanato linee guida per l'adozione/integrazione dei codici di comportamento negli Enti del SSN. Da qui la necessità di integrare il documento vigente seguendo le modalità di cui alla delibera Civit n.75/2013 "*Linee guida in materia di codici di comportamento delle pubbliche amministrazioni*" che prevede che, anche nella integrazione del documento, il RPCT: - si debba avvalere del supporto e della collaborazione dell'UPD; - debba utilizzare una "procedura aperta alla partecipazione" coinvolgendo i principali stakeholder aziendali; - debba recepire il parere (obbligatorio) dei componenti OIV i quali dovranno verificare che le linee guida Anac siano state recepite.

A questo proposito il RPCT, con lettera prot. n. 30682 del 26 maggio 2017, ha anticipato le Linee guida Anac ai singoli componenti degli Uffici per i Procedimenti Disciplinari aziendali e, in data 29 giugno, ha richiesto alle Segreterie di convocare i componenti UPD della Dirigenza Medica/Veterinaria e Sanitaria, della dirigenza non medica e del comparto al fine di esaminare le Linee guida ANAC ed il Codice di Comportamento in vigore integrato con dette Linee guida. La riunione di cui sopra ha avuto luogo in data 18.8.2017, alle ore 11.00, presso la sede legale dell'A.S.L. V.C.O. in Omegna e, in relazione alla stessa, è stato predisposto apposito verbale.

I componenti OIV hanno effettuato un primo esame del Codice integrato (che tiene anche conto delle osservazioni dei componenti UPD) rinviando ad un successivo incontro un esame approfondito del documento e la relativa validazione. Successivamente il RPCT ha provveduto ad effettuare una consultazione pubblica per raccogliere i contributi dei soggetti portatori di interessi aziendali. I componenti OIV, nella seduta del 19 dicembre 2017 (verbale n. 13) hanno validato il documento.

Il Responsabile della corruzione ha predisposto, in conformità a quanto disposto dalla L. n. 190/2012, entro il 31.1.2018, una relazione (pubblicata sul sito nella sezione "Amministrazione Trasparente") sullo stato di attuazione del Piano con riguardo all'anno 2017 basata sui rendiconti presentati dai Dirigenti e sui risultati realizzati in esecuzione del Piano.

\*

Nell'approvare il Piano triennale di prevenzione della Corruzione 2017-2019 (atto n. 42/2017) nella sezione II del Piano si è disciplinato la materia della trasparenza.

Nell'ambito della scheda obiettivi 2017 assegnati dal Direttore Generale ai Direttori di Soc/Sos Dipartimentali, Sos in staff alla Direzione Generale (con atto deliberativo n. 236/2017) è stata inserita una

sezione di oggetto "Prevenzione della corruzione e miglioramento della trasparenza" prevedendo, per quanto attiene la trasparenza, il miglioramento e la tempestività e qualità del dato pubblicato nel sito dell'ASL VCO nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Nel mese di agosto 2017 il RPCT ha effettuato una serie di incontri con i Direttori di Struttura coinvolti al fine di individuare la possibilità di operare dei miglioramenti nell'ambito della trasparenza.

In merito alla trasparenza con riguardo all'anno 2017 occorre rilevare che l'A.N.A.C., con deliberazione n. 236/2017, ha previsto che l'OIV attesti l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31.3.2017, 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. 236. L'O.I.V., tenuto conto della deliberazione n. 236/2017, ha effettuato, in data 5 e 11 aprile 2017, 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. 3 del 5.4.2017 e n. 4 dell'11.4.2017. L'O.I.V., terminato l'esame della griglia di cui alla citata delibera n. 236/2017, ha invitato o il responsabile della trasparenza ad effettuare la pubblicazione sul sito aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente" entro e non oltre il 30 aprile 2017, dei seguenti documenti:

- della griglia di rilevazione al 31.3.2017 (di cui all'allegato 2 alla delibera n.236);
- del documento di attestazione (di cui all'allegato 1 alla delibera n. 236);
- della scheda di sintesi sulla rilevazione dell'OIV (di cui all'allegato 3 alla delibera n. 236);
- dei verbali delle sedute O.I.V. del 5 aprile e dell'11 aprile 2017 afferenti alla tematica in esame.

Nel rispetto del termine l'Azienda si è attivata.

Nell'ambito dell'incontro OIV dell'11 luglio 2017, i componenti OIV (come risulta dal verbale n. 10), dopo aver validato la relazione sulla performance anno 2016, hanno predisposto una relazione in merito al funzionamento del sistema di valutazione e trasparenza dell'ASL VCO per l'anno 2017.

\*\*

#### **Allegati alla Relazione annuale sulla Performance (R.A.P.) dell'ASL VCO riferita all'anno 2017:**

- Allegato D al conto consuntivo 2017, adottato con deliberazione n. 552 del 31.5.2018 **(All. 1)**
- Deliberazioni nn. 506 del 22.5.2018 **(All. 2)** – 607 del 15.6.2017 **(All. 3)** e 505 del 22.5.2018 **(All. 4)**.