



A.S.L. V.C.O.
*Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola*

**Verbale n. 1 del 22 marzo 2017
dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)
dell'Asl VCO**

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, per lo svolgimento delle funzioni previste dall'art. 14 del D.lgs n. 150 del 27.10.2009, previo espletamento del relativo iter e tenuto conto del parere positivo espresso dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica, con nota pervenuta in data 22 dicembre 2014.

Come risulta dalla citata deliberazione n. 12/2015 i n. 3 componenti individuati, di cui n. 2 esterni ed 1 interno all'azienda, sono:

Componente interno	Dr. Renzo Sandrini
Componente esterno	Dr. Claudio Bianco
Componente esterno	Dr.ssa Patrizia Marta

Con atto deliberativo n. 133 del 1° aprile 2015, al quale si fa rinvio, è stato approvato il Regolamento per il funzionamento dell'O.I.V. dell'ASL VCO.

Dovendo iniziare la valutazione degli obiettivi assegnati, per l'anno 2016, ai Responsabili di Struttura complessa e di Struttura semplice Dipartimentale, si è convocato l'incontro in data odierna, alle ore 14, presso la sede dell'Asl VCO, ad Omegna, 3° piano palazzo Beltrami, Via Mazzini 117.

Risultano presenti alla seduta i componenti del Nucleo:

Dr. Claudio Bianco (componente esterno)

Dr.ssa Patrizia Marta (componente esterno)

Dr. Renzo Sandrini (componente interno)

Segretario verbalizzante, Dr.ssa Giuseppina Primatesta.

L'attività dell'O.I.V. è indirizzata alla valutazione degli obiettivi assegnati, per l'anno 2016, dal Direttore Generale ai Responsabili delle strutture complesse aziendali e delle SOS dipartimentali, obiettivi approvati con atto deliberativo n. 180 dell'11.5.2016. Tale deliberazione è stata integrata con atto n. 314 del 9.8.2016 a seguito dell'assegnazione, da parte della Regione, con DGR n. 30-3307 del 16.5.2016, degli obiettivi ai Direttori Generali per l'anno 2016. Detti obiettivi sono stati declinati solo alla Strutture aziendali coinvolte.

Si precisa che, nel firmare la scheda obiettivi 2016, tutti i Responsabili di Soc hanno potuto effettuare, in merito a ciascun obiettivo, eventuali osservazioni contenute in una specifica scheda che, seppure non deliberata, è stata tenuta agli atti e la Segreteria OIV la metterà a disposizione dei componenti O.I.V.

Il Dr. Renzo Sandrini illustra la struttura della scheda obiettivi 2016 riferita, distintamente, all'ambito sanitario ed a quello amministrativo.

Scheda obiettivi 2016 Strutture Sanitarie

Le sezioni in cui si compone la scheda sono le seguenti:

Equilibrio economico finanziario	
Descrizione	Si tratta di applicare il Piano di efficientamento 2016 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 2016, un budget di spesa per beni e servizi. Sono ricomprese le azioni che verranno definite dal Direttore del Dipartimento del Farmaco, Dr.ssa Poggi, per il rispetto del target della spesa farmaceutica.
Fonte dati	Report messi a disposizione dalla Soc Budget e Controllo.

Governo produzione	
Descrizione	Comprende una serie di parametri riguardanti i ricoveri ordinari (es. tasso occupazione posti letto, degenza media, appropriatezza in applicazione della DGR 4-2495/2011 ecc); le prestazioni ambulatoriali. Si richiede il mantenimento dei risultati anno 2015.
Fonte dati	Report messi a disposizione da Soc Budget e Controllo e Personale.

Obiettivi specifici di Soc	
Descrizione	Si tratta di obiettivi che caratterizzano la singola struttura. Sono stati ricompresi nella sezione anche gli obiettivi proposti, per l'anno 2016, da ogni Responsabile di Soc, se ritenuti applicabili.

	Oltre agli obiettivi specifici per ogni Soc si aggiungono: – la compilazione e restituzione alla Soc Budget e Controllo, entro il 7.1.2017, dell’inventario beni di consumo; – la restituzione alla Soc Gestione Risorse umane dei tabulati mensili dopo le verifiche/correzioni entro il 15 del mese successivo a quello di riferimento del tabulato.
Fonte dati	Report messi a disposizione dalla Soc Budget e Controllo e Personale – Direzione Generale.

Efficienza: mantenimento tempi di attesa classi U e B	
Descrizione	Si tratta di mettere in atto le azioni individuate dalla Direzione Sanitaria/Specialistica per il mantenimento dei tempi di attesa classi U e B.
Coordinamento	Direzione Sanitaria/Specialistica

Obiettivi di mandato e/o azioni strategiche	
Descrizione	<p>Gli obiettivi sono stati declinati tenuto conto:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ di obiettivi ritenuti prioritari, anche in base alla realtà di singole strutture. ▪ degli obiettivi di mandato assegnati al Direttore Generale.
Coordinamento	Direzione Generale

Risk management	
Descrizione	<p>Rischio clinico</p> <p>Si tratta di mettere in atto gli interventi richiesti dall’Unità di Rischio Clinico nel corso dell’anno 2016. Il coordinatore dell’obiettivo è il Responsabile della Soc Legale.</p>
Descrizione	<p>Rischio infettivo</p> <p>Il coordinamento di tale obiettivo verrà realizzato dal Responsabile UPRI.</p>
Descrizione	<p>Salute e sicurezza sul lavoro</p> <p>Si tratta di relazionare, da parte di ciascun Responsabile di Soc, alla data del 31.12.2016, in merito agli interventi messi in atto sul tema di salute e sicurezza sul lavoro previsti in qualità di dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato.</p>
Coordinamento	Responsabile Soc Prevenzione e Protezione e Responsabile Soc Medico Competente.

Qualità

Descrizione	<p>Gli obiettivi sono dettagliati nella scheda qualità.</p> <p>La scheda 2016 ricomprende la messa in atto degli adempimenti di cui alla D.G.R. n. 51-2485 del 23.11.2015 relativa <i>all'individuazione dei Centri Hub ed alla ridefinizione delle attribuzioni dei Centri autorizzati alla prescrizione di farmaci oncologici sottoposti a registri AIFA.</i></p>
	Responsabile EP organizzazione, qualità, accreditamento.

Prevenzione corruzione/Miglioramento trasparenza	
Descrizione	Applicazione del Piano triennale di Prevenzione della corruzione e messa in atto azioni previsti nella sezione II del Piano relativa alla trasparenza.
	Responsabile Anticorruzione e Trasparenza.

Scheda obiettivi 2016 Strutture amministrative

Le sezioni in cui si compone la scheda sono le seguenti:

Equilibrio economico finanziario	
Descrizione	Si tratta di applicare il Piano di efficientamento 2016 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 2016, un budget di spesa per beni e servizi.
Fonte dati	Report messi a disposizione dalla Soc Budget e Controllo.

Obiettivi specifici di Soc	
Descrizione	<p>Si tratta di obiettivi che caratterizzano la singola struttura.</p> <p>Sono stati ricompresi nella sezione anche gli obiettivi proposti, per l'anno 2016, da ogni Responsabile di Soc, se ritenuti applicabili.</p> <p>Agli obiettivi specifici per ogni Soc si aggiungono: - la compilazione e restituzione alla Soc Budget e Controllo, entro il 7.1.2017, dell'inventario beni di consumo; - la restituzione alla Soc Gestione Risorse Umane dei tabulati mensili dopo le verifiche/correzioni entro il 15 del mese successivo a quello di riferimento del tabulato.</p>
Fonte dati	Report messi a disposizione dalla Soc Budget e Controllo e Personale - Direzione Generale.

Obiettivi di mandato e/o azioni strategiche
--

Descrizione	Gli obiettivi sono stati declinati tenuto conto: <ul style="list-style-type: none"> ▪ di obiettivi ritenuti prioritari, anche in base alla realtà di singole strutture. ▪ degli obiettivi di mandato assegnati al Direttore Generale.
Coordinamento	Direzione Generale

Risk management	
Descrizione	Salute e sicurezza sul lavoro Si tratta di relazionare, da parte di ciascun Responsabile di Soc, 31.12.2016, in merito agli interventi messi in atto sul tema di salute e sicurezza sul lavoro previsti in qualità di dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato.
Coordinamento	Responsabile Soc Prevenzione e Protezione e Responsabile Soc Medico Competente.

Prevenzione corruzione/Miglioramento trasparenza	
Descrizione	Si tratta di adempimenti previsti dalla normativa di riferimento ovvero: <ul style="list-style-type: none"> - la L. n. 190 del 6.11.2012 e s.m.i. per la prevenzione della corruzione (si rinvia al Piano triennale di prevenzione della corruzione 2016-18 dell'ASL VCO adottato con deliberazione n. 31 del 29.1.2016); - il Dl.vo n. 33 del 14.3.2014 in merito al miglioramento della tempestività e qualità del dato pubblicato sul sito aziendale nella sezione "<i>Amministrazione trasparente</i>". Si tratta di realizzare un aggiornamento tempestivo ed un monitoraggio dei dati pubblicati almeno trimestrale, anche tenuto conto di quanto previsto nel Piano per la trasparenza. Applicazione del Piano triennale di Prevenzione della corruzione e messa in atto azioni previsti nella sezione II del Piano relativa alla trasparenza.
	Responsabile Anticorruzione e Trasparenza.

*

Dopo aver illustrato la composizione della scheda obiettivi 2016 riferita, distintamente, all'ambito sanitario ed a quello amministrativo, il Dr. Sandrini precisa che il Direttore Generale, con nota prot. n. 1099 del 9.1.2017, ha trasmesso ai Responsabili di Soc e Sos Dipartimentali dell'ASL VCO una lettera con la quale è stato richiesto di compilare una scheda di autovalutazione in merito al raggiungimento degli obiettivi 2016. In particolare,

si è richiesto di specificare il raggiungimento o meno degli obiettivi 2016 e di fornire una relazione sintetica sottolineando le motivazioni che hanno permesso di raggiungere o meno detti obiettivi, allegando eventuale documentazione a supporto. Nella stessa nota si è precisato che la relazione in merito agli obiettivi 2016 (supportata da eventuale documentazione) 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 15.2.2017, ha richiesto a coloro i quali sono stati individuati come Coordinatori di una serie di specifici obiettivi 2016 ovvero: Avv. Meloda (rischio clinico), Dr. Mondino (rischio infettivo), Dr.ssa Poggi (target spesa farmaceutica, appropriatezza prescrittiva, distribuzione diretta), Dr. Ferrari/Petrone (specialistica ambulatoriale), Dr.ssa Bianchi (qualità) di indicare il grado di raggiungimento degli stessi da parte delle singole strutture aziendali.

Inoltre, sempre in data 15.2.2017, la segreteria O.I.V. ha richiesto ad altri Responsabili afferenti alle seguenti Soc (ovvero: Soc Gestione risorse economico finanziarie, Dr.ssa Succi – Soc Gestione Affari Generali, Dr.ssa Bellotti – Personale, Dr.ssa Sala – Responsabile della Prevenzione della Corruzione/Trasparenza, Dr. Petrone, Dr.ssa Primatesta – Responsabile Sos ICT, Dr.ssa Gagliardi – Responsabile Sos in staff Controllo di Gestione, Ing. Guerrini), informazioni in merito al raggiungimento, da parte delle Soc aziendali, di taluni specifici obiettivi dalle stesse gestiti.

*

I componenti dell'O.I.V. ritengono, dal punto di vista metodologico, di effettuare le valutazioni agendo nel rispetto delle modalità di seguito riportate prendendo atto, per ciascuna Struttura aziendale, della documentazione raccolta dalla segreteria dell'O.I.V. ovvero:

- della scheda obiettivi 2016 allegata all'atto deliberativo n. 180 dell'11.5.2016 (deliberazione integrata con successivo atto n. 314 del 9.8.2016), con la quale sono stati approvati detti obiettivi;
- della scheda riferita alle osservazioni che i Responsabili di Soc hanno effettuato in merito agli obiettivi 2016, conservata presso la Segreteria OIV;
- della scheda di autovalutazione trasmessa dai Responsabili di Soc a seguito della richiesta avanzata dal Direttore Generale con nota prot. n. 1099 del 9.1.2017;
- 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 (costituita con atto deliberativo n. 126 del 31.3.2015);
- dei report messi a disposizione dai soggetti individuati come coordinatori degli obiettivi (Dr.ssa Bianchi; Avv. Meloda; Dr.ssa Poggi; Dr. Ferrari e Dr. Petrone; Dr. Mondino) e delle valutazioni effettuate;
- delle informazioni richieste e fornite da altri Responsabili di Soc: Soc Gestione risorse economico finanziarie – Soc Gestione Affari Generali – Personale – Responsabile della Prevenzione della Corruzione/Trasparenza – Responsabile Sos ICT – Responsabile Sos in staff Controllo di Gestione.

Sulla scorta delle informazioni così ottenute l'O.I.V. valuterà 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.

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

Come risulta dall'atto deliberativo n. 133 del 1° aprile 2015, con il quale è stato approvato il Regolamento per il funzionamento dell'O.I.V. dell'ASL VCO, la valutazione finale di risultato verrà 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 verranno trasmessi dalla segreteria al Direttore Generale che, in base alle risultanze, assumerà gli atti di competenza.

*

Alle 16,10 interviene all'incontro il Direttore Generale, Dr. Giovanni Caruso, il quale esprime la propria disponibilità a fornire eventuali precisazioni utili per procedere alla valutazione degli obiettivi anno 2016.

Evidenzia che la Regione, con DGR n. 30-3307 del 16.5.2016, ha a suo tempo assegnato gli obiettivi economico gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali delle aziende sanitarie per l'anno 2016. Rispetto a tali obiettivi, con nota prot. 9612 del 15.2.2017, è stata trasmessa in Regione la relazione, di cui si allega copia (**Allegato 1**), in merito a tali obiettivi. Il Direttore evidenzia, inoltre, che, in data 16 marzo, si è riunita la Rappresentanza della Conferenza dei Sindaci che ha espresso parere positivo in merito agli obiettivi 2016. Con nota prot. n. 16754 del 20.3.2017 detto parere è stato trasmesso alla Regione nel rispetto dei termini previsti (30 aprile 2017).

Il Direttore Generale segnala, inoltre, che, nel corso dell'anno 2016, la Regione ha convocato le aziende sanitarie per area omogenea di programmazione (AOU Maggiore della Carità di Novara, ASL Novara, Asl Biella, Asl Vercelli, Asl Verbano Cusio Ossola), ed ha organizzato n. 3 incontri di monitoraggio degli obiettivi assegnati rispettivamente in data 30 giugno, 29 settembre e 15 dicembre 2016. Nel corso degli incontri i Direttori Generali hanno relazionato in merito: – alle azioni intraprese per raggiungere gli obiettivi assegnati; – ai dati intermedi di raggiungimento, esplicitando la propria valutazione di raggiungibilità degli stessi ed eventuali cause ostacolanti.

I componenti dell'O.I.V. prendono atto della relazione riferita agli obiettivi assegnati al Direttore Generale per l'anno 2016 di seguito elencati:

Ob. 1	Rete H-T
Ob. 1.1	Piano di riduzione SC ospedaliera e non ospedaliera
Ob. 1.2	Centralizzazione delle chiamate di C.A.
Ob. 2	Tempi di attesa
Ob. 2.1	Tempi di attesa prestazioni ambulatoriali
Ob. 3	Fondo di riequilibrio: Attuazione Piano di efficientamento da Fondo di riequilibrio
Ob. 4	Umanizzazione: valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle strutture di ricovero delle ASR
Ob. 5	Rete Laboratori Analisi
Ob. 5.1	Rete laboratorio analisi: Hub & Spoke
Ob. 5.2	Rete laboratorio analisi: gare centralizzate
Ob. 6	Piano di assistenza territoriale (PAT)
Ob. 7	Esiti
Ob. 7.1	Tempestività interventi di frattura femore > 65
Ob. 7.2	Proporzione parti con taglio cesareo primario
Ob. 7.3	Tempestività nell'effettuazione di PTCA
Ob. 8	Assistenza farmaceutica: assistenza farmaceutica territoriale ed ospedaliera. Appropriately prescrittiva e riduzione della variabilità
Ob. 9	Rete oncologica
Ob. 9.1	Dipartimento funzionale interregionale interaziendale di rete oncologica
Ob. 9.2	Screening oncologici - Prevenzione serena
Ob. 10	Rete trapianti: Incremento donazioni d'organo
Ob. 11	GdP Antincendio e Antisismica: rispetto della normativa antincendio e antisismica

Come si rileva dalla relazione risultano raggiunti pienamente gli obiettivi:

1.1 - 1.2 - 4 - 5.1 - 5.2 - 6 - 9.1 - 9.2 (unica criticità screening citologico: copertura esami 41% rispetto ad un valore atteso di 47%) - 11.

Risultano parzialmente raggiunti:

Ob. 2.1	Tempi di attesa prestazioni ambulatoriali. L'obiettivo è stato raggiunto parzialmente. Nonostante gli sforzi posti in essere per alcune prestazioni non si è ancora riusciti ad arrivare all'indice di performance per il tempo medio di erogazione a causa delle sospensioni o spostamenti per assenze improvvise degli organici che, in alcuni casi, sono appena sufficienti per svolgere l'attività ordinaria.	
Ob. 3	Fondo di riequilibrio: attuazione Piano di efficientamento	Bilancio previsionale 2016 aggiornato- perdita rettificata € 6.2637.826

		Bilancio verifica al 31.12.16 (preconsuntivo) - perdita € 2.877
Ob. 7.1	Tempestività interventi di frattura femore > 65	(valore obiettivo: tasso aggiustato \geq 70%) (48,6% al 30.9.2016)
Ob. 7.2	Proporzione parti con taglio cesareo primario	(valore obiettivo: tasso aggiustato \leq 20%) (24,1% al 30.9.2016)
Ob. 7.3	Tempestività nell'effettuazione di PTCA	(valore obiettivo: tasso grezzo > 70%) (67,9% al 30.9.2016)
Ob. 8	Assistenza farmaceutica: assistenza farmaceutica territoriale ed ospedaliera. Appropriatelyzza prescrittiva e riduzione della variabilità.	Per gli 11 indicatori: - indicatori nn. 3-4-7 parzialmente raggiunti; - indicatore 11 verificabile quando si dispone della media regionale; - indicatore 10 assegnato solo ad ASO. Restanti indicatori raggiunti.
Ob. 10	Rete trapianti: Incremento donazioni d'organo	Morte encefalica - raggiunto al 100% Cornee: raggiunto al 100% a Domodossola non raggiunto a Verbania.

La seduta si conclude alle ore 18,15.

Letto, confermato e sottoscritto.

I Componenti O.I.V.:	
Componente interno	Dr. Renzo Sandrini
Componente esterno	Dr.ssa Patrizia Marta
Componente esterno	Dr. Claudio Bianco
Segretario Verbalizzante	Dr.ssa Giuseppina Primatesta