



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

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

**Verbale n. 2 del 15.4.2019  
dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)  
dell'Asl VCO**

Con deliberazione del Direttore Generale n° 55 del 23.1.2018 si è provveduto, in conformità alla normativa vigente, alla costituzione dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) dell'ASL VCO, per il triennio 2018-2020, per lo svolgimento delle funzioni previste dall'art. 14 del D.lgs n. 150 del 27.10.2009 e smi, mediante emissione, con deliberazione n. 852 del 28.11.2017, di apposito avviso di selezione pubblica per titoli. Sono stati individuati n. 3 componenti, di cui uno con funzioni di Presidente, ovvero Dr. Claudio Bianco (Presidente), Dr.ssa Beatrice Borghese (componente), Dr.ssa Patrizia Marta (componente). Con deliberazione n. 532 del 30.5.2018 si è preso atto delle dimissioni della Dr.ssa Borghese, pervenute in data 23.4.2018, a causa di impegni sopravvenuti, e si è proceduto, dopo l'espletamento dell'iter valutativo, alla sostituzione del componente dimissionario con la Dr.ssa Patrizia Spadone, rettificando l'atto deliberativo n. 55/2018. Come risulta dalla richiamata deliberazione n. 532 i n. 3 componenti individuati, di cui uno con funzioni di Presidente, sono:

Presidente	Dr. Claudio Bianco
Componente	Dr.ssa Patrizia Marta
Componente	Dr.ssa Patrizia Spadone

Con atto deliberativo n. 789 del 2.8.2018 è stato approvato il Regolamento per il funzionamento dell'O.I.V. dell'ASL VCO.

Con atto deliberativo n. 790 del 2.8.2018 è stata ridefinita la composizione dell'Organismo previsto dall'art. 14, commi 9,10 del D.Lvo n. 150 del 27.10.2009, smi, denominato "*Struttura Tecnica Permanente per la misurazione della Performance*" costituito, a suo tempo, con deliberazione n. 126 del 31.3.2015, organismo a supporto dell'O.I.V.

\*

L'incontro odierno è stato convocato, alle ore 14, presso la sede dell'Asl VCO, ad Omegna, 3° piano palazzo Beltrami, Via Mazzini 117, al fine di terminare le verifiche, in tema di trasparenza, di cui alla delibera A.N.A.C. n. 141 del 27.2.2019 (emanata in conformità a quanto disposto dal comma 4, lettera g, dell'art. 14 del DLgs n. 150/2009), e di iniziare la valutazione degli obiettivi assegnati, dal Direttore Generale, per l'anno 2018, ai Responsabili di Struttura complessa, di Struttura semplice Dipartimentale, di Struttura semplice in Staff e di Dipartimento.

**Risultano presenti alla seduta i componenti del Nucleo:**

Dr. Claudio Bianco (con funzioni di Presidente)

Dr.ssa Patrizia Marta (componente)

Dr.ssa Patrizia Spadone (componente)

Segretario verbalizzante, Dr.ssa Giuseppina Primatesta.

I Componenti O.I.V., nella precedente seduta del 1° aprile 2019, alla presenza del Responsabile della Prevenzione della corruzione e della trasparenza, Dr.ssa Giuseppina Primatesta, e del Collaboratore Amministrativo dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) Sig.ra Barbara Zoni (che cura la pubblicazione dei dati, nella sezione Amministrazione Trasparente, trasmessi da coloro i quali sono stati individuati come Responsabili dei vari obblighi di pubblicazione) al fine di procedere all'attestazione sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31 marzo 2019, di cui alla delibera A.N.A.C. n. 141/2019, hanno compilato il **foglio 1** della griglia di rilevazione al 31.3.2019 (**allegato 2.1** alla delibera A.N.A.C. n. 141/2019). Il **foglio 2** " non è stato compilato in quanto l'Azienda non presenta uffici periferici.

I componenti O.I.V., terminato, già durante l'incontro del 1° aprile 2019, l'esame della griglia di cui all'allegato 2.1 alla delibera A.N.A.C. n. 141/2019, e la sottoscrizione dei documenti (il documento di attestazione, di cui all'allegato 1.1 alla delibera A.N.A.C. n. 141/2019 e la scheda di sintesi sulla rilevazione dell'O.I.V., di cui all'allegato 3 alla delibera n. 141/2019), ritengono di non richiedere ulteriori approfondimenti, confermando quanto sottoscritto in data 1° aprile 2019.

I componenti O.I.V. invitano il Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza a curare la pubblicazione, entro e non oltre il 30.4.2019, nel sito dell'ASL VCO, nella sezione "*Amministrazione trasparente*", dei seguenti documenti:

- della griglia di rilevazione al 31.3.2019 (di cui all'allegato 2.1 alla delibera n. 141/19), compilata in data 1° aprile 2019;
- del documento di attestazione (di cui all'allegato 1.1 alla delibera n. 141/19), sottoscritto in data 1° aprile 2019;
- della scheda di sintesi sulla rilevazione dell'O.I.V. (di cui all'allegato 3 alla delibera n. 141/19), sottoscritto in data 1° aprile 2019.

I componenti O.I.V. proseguono la loro attività iniziando la valutazione degli obiettivi 2018 assegnati dal Direttore Generale ai Direttori di Struttura.

**Letto, confermato e sottoscritto.**

<b>I Componenti O.I.V. presenti all'incontro:</b>	
Presidente	Dr. Claudio Bianco
Componente	Dr.ssa Patrizia Marta
Componente	Dr.ssa Patrizia Spadone
Segretario Verbalizzante	Dr.ssa Giuseppina Primatesta

L'O.I.V. prosegue la propria attività indirizzata alla valutazione degli obiettivi assegnati, per l'anno 2018, dal Direttore Generale ai Responsabili delle strutture complesse aziendali, dei Dipartimenti, delle Sos Dipartimentali, delle Sos in staff alla Direzione Generale.

Con deliberazione n. 184 del 28.2.2018 il Direttore Generale ha declinato ai Direttori di Struttura gli obiettivi attribuiti dalla Regione al Direttore Generale con D.G.R. n. 26-6421 del 26.1.2018. Successivamente, con deliberazione n. 450 del 9.5.2018, sono stati assegnati gli obiettivi ai Direttori delle Strutture aziendali.

Il segretario O.I.V., Dr.ssa Giuseppina Primatesta, precisa che, nel firmare la scheda obiettivi 2018, tutti i Responsabili di Soc hanno avuto la possibilità di effettuare, in merito a ciascun obiettivo, eventuali osservazioni contenute in una specifica scheda che, seppure non deliberata, è stata tenuta agli atti della segreteria O.I.V. e disponibile per l'esame.

Occorre osservare che le schede obiettivi sono state firmate dall'allora Direttore Generale, Dr. Giovanni Caruso. Con D.G.R. n. 12-6931 del 29.5.2018 è stato nominato Direttore Generale dell'ASL VCO il Dr. Angelo Penna. IL contratto decorre dall'1.6.2018 per un triennio. Il Direttore Generale ha poi nominato il Direttore Sanitario, Dr.ssa Emma Maria Zelaschi, ed il Direttore Amministrativo, Dr.ssa Anna Ceria.

Il segretario O.I.V. illustra la struttura della scheda obiettivi 2018 (di cui alla richiamata deliberazione n. 450/2018) riferita, distintamente, all'ambito sanitario ed a quello amministrativo.

### **Scheda obiettivi 2018 Strutture Sanitarie**

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

<b>1.</b>	Equilibrio economico finanziario	Viene assegnato, anche per il 2018, 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 e proposti dal Direttore della Struttura (n° 2 obiettivi).
<b>4</b>	Obiettivi Regione	Si tratta della messa in atto degli obiettivi assegnati dalla Regione al Direttore Generale con D.G.R. n. 26-6421 del 26.1.2018 e declinati ai Direttori di Struttura.
<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	Si tratta di obiettivi che tengono conto della messa in atto di alcune azioni strategiche aziendali (rispetto tempistica di invio dei flussi informativi regionali/nazionali – collaborazione alla messa in atto delle azioni/indirizzi formulati dal Direttore di Dipartimento e partecipazione alle sedute – Partecipazione ai corsi in materia di salute e sicurezza dei lavoratori- altri obiettivi individuati per la specifica struttura).
<b>7.</b>	Risk management	Comprende la messa in atto, nel 2018, degli interventi richiesti:

		- dall'Unità Gestione del Rischio Clinico dell'ASL VCO - dall'Unità di prevenzione del rischio infettivo (U.P.R.I.). Rientrano anche gli interventi messi in atto in materia di salute e sicurezza del lavoro (si tratta di interventi da mettere in atto nel 2018 in qualità di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato, con particolare attenzione, per quanto attiene il rischio antincendio, alla riduzione della consistenza degli archivi cartacei/smaltimento).
8.	Qualità	Gli obiettivi sono dettagliati nella specifica scheda qualità, distintamente per ogni struttura.
9.	Prevenzione corruzione/miglioramento trasparenza	Si tratta di obiettivi che riguardano l'applicazione del Piano triennale di Prevenzione della corruzione e trasparenza e la messa in atto delle azioni previste nella sezione II del Piano relativa alla trasparenza.

### **Scheda obiettivi 2018 Strutture amministrative**

Le sezioni in cui si compone la scheda sono analoghe a quelle della scheda delle strutture sanitarie (1. Equilibrio economico finanziario – 2. Obiettivi specifici – 3. Obiettivi Regione – 4. Reclami – 5. Azioni strategiche aziendali – 6. Risk management – 7 Prevenzione corruzione/miglioramento trasparenza). Non sono inserite la sezione governo produzione e qualità.

### **Scheda obiettivi 2018 Dipartimenti**

Le sezioni in cui si compone la scheda sono 4:

1. Gestione organizzativa - 2. Confronti formativi/informativi – 3. Obiettivi specifici aziendali-regionali/Governo Clinico – 4. Anticorruzione.

Per ogni sezione delle schede è stato individuato l'indicatore, il risultato dell'anno precedente (per i dati di spesa e di produzione), lo standard, la fonte dati, la periodicità del controllo ed il peso.

\*

Dopo aver illustrato la composizione della scheda obiettivi 2018 riferita, distintamente, all'ambito sanitario ed a quello amministrativo, il Segretario O.I.V. precisa che il Direttore Generale, con note prot. n. 3488 del 18.1.2019 e 4315 del 22.1.19, dirette ai Responsabili di Soc, Sos Dipartimentali, Sos in staff, ed ai Direttori di Dipartimento dell'ASL VCO, ha richiesto di compilare, entro il 12 febbraio, una relazione in merito al raggiungimento degli obiettivi 2018, specificando eventuali motivazioni che ne hanno impedito il totale raggiungimento allegando, laddove possibile, la documentazione a supporto. Nella stesse note si è precisato che la relazione in merito agli obiettivi 2018 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 6 e 7 marzo 2019, ha richiesto a coloro i quali sono stati individuati come Coordinatori di una serie di specifici obiettivi 2018, di indicare il grado di raggiungimento degli stessi da parte delle singole strutture aziendali. In particolare le lettere sono state indirizzate: - al Dr. De Stefano (rischio infettivo) – alla Dr.ssa Bonetta (target spesa farmaceutica, appropriatezza prescrittiva) – al Collaboratore Coordinatore Amministrativo esperto

Sig. Nobili (Reclami) – alla Dr.ssa Succi (PAC) – al Dr. Placentino (obiettivo rete diabetologica) – ai Coordinatori dei gruppi di progetto aziendali – ai Direttori di Dipartimento Dr. Guala, Dr. Guazzoni, Dr. Gramatica, Dr. Maestroni, Dr. Giorgio Gambarotto (con riguardo agli obiettivi Dipartimentali).

E' prevista la collaborazione (da realizzarsi anche attraverso colloqui/relazioni) dei Direttori/Responsabili che fanno parte della Struttura Tecnica permanente per la misurazione della performance (struttura la cui composizione è stata modificata con atto n. 790 del 2.8.2018) ovvero: della Dr.ssa Bianchi (Responsabile incarico professionale di altissima specializzazione "Governo clinico, qualità, appropriatezza, rischio clinico"), dell'Ing. Guerrini (Responsabile Sos Controllo di Gestione, per quanto attiene report di spesa e di produzione, flussi informativi, specialistica), dei Direttori della Soc DSO, Dr. Francesco Garufi, della Soc Distretto VCO, Dr. Bartolomeo Ficili, Dipartimento di Prevenzione, Dr. Giorgio Gambarotto.

\*

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 2018, allegata all'atto deliberativo n. 184 del 28.2.2018 e n. 450 del 9.5.18, con la quale sono stati approvati detti obiettivi;
- del prospetto riferito alle osservazioni che i Responsabili di Soc hanno effettuato in merito agli obiettivi 2018, in sede di sottoscrizione, conservata presso la Segreteria O.I.V.;
- della relazione trasmessa dai Responsabili di Struttura a seguito della richiesta avanzata dal Direttore Generale con note prot. n. 3488 del 18.1.2019 e 4315 del 22.1.2019;
- del supporto dei componenti della Struttura funzionale Tecnica Permanente per la misurazione della performance (costituita con atto deliberativo n. 126 del 31.3.2015, atto integrato con deliberazione n. 790 del 2.8.2018);
- 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 dal Direttore della Soc Farmacia.
- 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. 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.

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. incaricano il Segretario a richiedere integrazioni laddove detta relazione risulti troppo sintetica e non esaustiva.

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, integrazioni, individueranno la percentuale di raggiungimento di detti obiettivi. Come risulta dall'atto deliberativo n. 789 del 2.8.2018, riferito al 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 del "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.

\*

Viene invitata a partecipare all'incontro, per quanto attiene la **sezione "Qualità"** della scheda obiettivi 2018, la Dr.ssa Margherita Bianchi, Coordinatore dell'obiettivo, Responsabile dell'incarico di altissima professionalità "Governo clinico, qualità, appropriatezza, rischio clinico", componente della Struttura Tecnica permanente per la misurazione della performance. La Dr.ssa Bianchi illustra ai componenti O.I.V. la relazione e la documentazione presentata dai Direttori di Struttura a supporto del raggiungimento degli obiettivi riferiti alla qualità. Si inizia la valutazione di alcune strutture aziendali rinviando a successivi incontri la valutazione delle strutture rimanenti.

Con riferimento a ciascuna delle Strutture esaminate, terminato l'iter valutativo, i componenti O.I.V. esprimono le seguenti valutazioni:

➤ **Strutture che hanno raggiunto l'obiettivo al 100%:**

Anatomia Patologica – Attività Consultoriale - Direzione Sanitaria Presidi Ospedalieri Verbania-Domodossola – Endoscopia Digestiva.

➤ **Strutture che hanno raggiunto parzialmente l'obiettivo:**

Anestesia e Rianimazione: - 7,5 (-2 applicazione L. 38/2010; - 1,5 Procedura accessi e percorsi interni blocchi operatori; -3 PDTA frattura femore anziano; -1 Applicazione indicazioni Manuale per la Sicurezza in sala operatoria del Ministero Salute) – Cardiologia: - 5 (- 2 Effettuazione consulenze entro 1 ora per codici verdi; -1 PDTA frattura femore –1 Redazione PDTA gestione NAO -1 Redazione PDTA fibrillazione atriale) – Chirurgia Generale Verbania:- 2,5 (-1 PDTA accertamenti radiologici in politrauma -1 Applicazione PDTA aziendale tumore colon retto -0,5 Procedura accessi e

percorsi interni blocchi operatori)- Chirurgia Generale Domo: - 4 (-1 Applicazione PDTA aziendale tumori colon retto - 1 PDTA accertamenti radiologici in politrauma -1 procedura gestione emorragie digestive in pronto soccorso -1 Procedura accessi e percorsi interni ai blocchi operatori)- DS Multidisciplinare: - 5 (- 2 Monitoraggio incidenza complicanze post chirurgiche infettive - 2 Monitoraggio incidenza complicanze eventi indesiderati in sede di intervento-anestesia -1 Procedura accessi e percorsi interni blocchi operatori) – Dipsa: - 5 (-3 Applicazione Bundle VAP ai pazienti in VAM ricoverati in RIA- 2 Redazione, revisione, monitoraggio PDTA e procedure aziendali di competenza)- Distretto VCO: -3 (-1 Applicazione PDTA continuità assistenziale ospedale/territorio applicazione percorso NOCC/NDCC – 2 Applicazione L. 38/2010) – Farmacia: -1 (-1 Revisione procedura bifosfonati) – GAT: - 5 (-2 Revisione procedura bifosfonati -1 Applicazione PDTA continuità assistenziale ospedale/territorio applicazione percorso NOCC/NDCC -2 Applicazione L. 38/2010) – Geriatría: -2 (-2 Revisione procedura bifosfonati).

\*

Per quanto riguarda gli obiettivi riferiti alla **sezione “Risk management”** si precisa quanto segue:

- *“Messa in atto delle indicazioni regionali per la gestione del rischio clinico e delle disposizioni dell’Unità Gestione Rischio clinico dell’ASL VCO”*: le Strutture coinvolte rispetto a specifiche segnalazioni, hanno fornito i necessari chiarimenti, come evidenziato dalla Dr.ssa Bianchi, che sono risultati esaustivi.

I componenti O.I.V. ritengono raggiunto, pienamente, l’obiettivo da parte di tutte le Strutture alle quali è stato assegnato.

- *“Salute e sicurezza del lavoro”*: si è richiesto di presentare, entro il 31 dicembre, una relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2018 in qualità di Dirigente e /o richiesti dal Dirigente delegato, ponendo particolare attenzione al rischio antincendio ed alla riduzione della consistenza cartacea. Tutte le strutture hanno prodotto la relazione in merito. I componenti O.I.V. ritengono raggiunto, pienamente, l’obiettivo da parte di tutte le Strutture alle quali è stato assegnato.

La seduta si conclude alle ore 18,25.



**Letto, confermato e sottoscritto.**

<b>I Componenti O.I.V. presenti all'incontro:</b>	
Presidente	Dr. Claudio Bianco
Componente	Dr.ssa Patrizia Marta
Componente	Dr.ssa Patrizia Spadone
Segretario Verbalizzante	Dr.ssa Giuseppina Primatesta