



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

*Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola*

**Verbale n. 2 del 29.3.2018
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 s.m.i, mediante emissione di apposito avviso.

Come risulta dalla citata deliberazione n. 55 i n. 3 componenti individuati, di cui un componente con funzione di Presidente, sono:

Presidente	Dr. Claudio Bianco
Componente	Dr.ssa Beatrice Borghese
Componente	Dr.ssa Patrizia Marta

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 21.2.2018 (emanata in conformità a quanto disposto dal comma 4, lettera g, dell'art. 14 del D.Lgs n. 150/2009), e di iniziare la valutazione degli obiettivi assegnati, dal Direttore Generale, per l'anno 2017, 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)

Assente

Dr.ssa Beatrice Borghese (componente)

L'assenza è giustificata dall'attesa di un riscontro in merito alla nota prot. ASL n. 16294 del 14.3.2018 indirizzata al Dipartimento della Funzione Pubblica.

Segretario verbalizzante, Dr.ssa Giuseppina Primatesta.

I Componenti O.I.V., nella precedente seduta del 26 marzo 2018, 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 2018, di cui alla delibera A.N.A.C. n. 141/2018, hanno compilato il foglio 1 della griglia di rilevazione al 31.3.2018 (allegato 2.1 alla delibera A.N.A.C. n. 141/2018). Detta griglia consente di rilevare la pubblicazione, nel sito internet aziendale, nell'ambito della sezione "*Amministrazione Trasparente*", dei dati previsti dalla normativa vigente. Come richiesto dalla DGR n. 141 sono stati valutati i seguenti elementi della griglia afferenti: alla pubblicazione - alla completezza del contenuto - alla completezza rispetto agli uffici - all'aggiornamento - all'apertura del formato.

Per ogni obbligo inserito nella griglia di rilevazione è stata verificata l'avvenuta pubblicazione dei dati e delle informazioni previste dalla normativa con l'indicazione di un valore compreso, a seconda dei casi, tra 0 e 2 oppure tra 0 e 3, che fornisce la misura del grado di adempimento da parte dell'amministrazione soggetta a controllo.

Il foglio 2 "uffici periferici, articolazioni e corpi" non è stato compilato in quanto l'Azienda non presenta tale articolazione.

Nel corso della seduta precedente i componenti O.I.V. hanno invitato il R.P.C.T. ad effettuare un approfondimento in merito ad un obbligo riportato nel foglio 1 della griglia di rilevazione afferente alle "Strutture sanitarie private accreditate", e verificare se, nell'ambito Strutture sanitarie private accreditate, sono ricomprese le Strutture ubicate sul territorio che erogano prestazioni CAVS.

A questo proposito il R.P.C.T. osserva che, dopo aver contattato il Direttore della Soc Distretto VCO, Dr. Bartolomeo Ficili, è emerso che, nell'ambito dell'accordo siglato, per l'anno 2017, con la Casa di Cura Eremo di Miazzina, sono ricomprese le prestazioni CAVS. A tutt'oggi tali prestazioni vengono erogate solo dalla richiamata Struttura. Ciò in conformità a quanto pubblicato nella sezione amministrazione trasparente.

I componenti O.I.V. ritengono esaustivi gli approfondimenti richiesti.

Per quanto attiene il formato con il quale sono pubblicati i dati si rinvia alle osservazioni effettuate nel verbale n. 1 del 26.3.2018.

I componenti O.I.V., terminato, già durante l'incontro del 26 marzo, l'esame della griglia di cui all'allegato 2.1 alla delibera A.N.A.C. n. 141/2018, dopo aver effettuato ulteriori approfondimenti, predispongono e sottoscrivono:

- il documento di attestazione (di cui all'allegato 1.1 alla delibera A.N.A.C. n. 141/2018);
- la scheda di sintesi sulla rilevazione dell'O.I.V. (di cui all'allegato 3 alla delibera n. 141/2018).

I componenti O.I.V. invitano il Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza a curare la pubblicazione, entro e non oltre il 30.4.2018, nel sito dell'ASL VCO, nella sezione "Amministrazione trasparente", dei seguenti documenti:

- della griglia di rilevazione al 31.3.2018 (di cui all'allegato 2.1 alla delibera n. 141/18);
- del documento di attestazione (di cui all'allegato 1.1 alla delibera n. 141/18);
- della scheda di sintesi sulla rilevazione dell'O.I.V. (di cui all'allegato 3 alla delibera n. 141/18);
- del verbale della seduta dell'O.I.V. del 26 marzo 2018;
- del verbale della seduta O.I.V. del 29 marzo 2018 per quanto attiene la conclusione della rilevazione in esame. I componenti O.I.V. proseguono la loro attività iniziando la valutazione degli obiettivi 2017 assegnati dal Direttore Generale ai Direttori di Struttura, parte che viene omessa.

Letto, confermato e sottoscritto.

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

*

L'O.I.V. prosegue la propria attività indirizzata alla valutazione degli obiettivi assegnati, per l'anno 2017, dal Direttore Generale ai Responsabili delle strutture complesse aziendali, dei Dipartimenti,

delle SOS Sipartimentali, delle Sos in staff alla direzione generale, obiettivi approvati con atto deliberativo n. 236 del 20.4.2017. 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.

Il segretario O.I.V., Dr.ssa Giuseppina Primatesta, precisa che, nel firmare la scheda obiettivi 2017, 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.

Il segretario evidenzia, inoltre, che l'atto aziendale è stato approvato con deliberazione n. 429 del 12.11.2017. Successivamente, si è provveduto ad integrare/modificare detta deliberazione con atti n. 201 del 5.4.2017 e n. 292 del 12.5.2017, comprendendo anche 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.

Il segretario O.I.V. illustra la struttura della scheda obiettivi 2017 riferita, distintamente, all'ambito sanitario ed a quello amministrativo.

Scheda obiettivi 2017 Strutture Sanitarie

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

1.	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.
2.	Governo produzione	Comprende una serie di parametri riguardanti i ricoveri ordinari (es. peso medio DRG, tasso occupazione posti letto, degenza media); le prestazioni ambulatoriali.
3.	Obiettivi specifici di Struttura	Si tratta di obiettivi 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.
4.	Efficienza	Si tratta di mettere in atto le azioni individuate dalla Specialistica per il mantenimento dei tempi di attesa classi U e B.
5.	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.
6.	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.
7.	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).
8.	Qualità	Gli obiettivi sono dettagliati nella specifica scheda qualità.
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 2017 Strutture amministrative

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

1.	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.
2.	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.
3.	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.
4.	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).
5.	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 previsti nella sezione II del Piano relativa alla trasparenza.

*

Dopo aver illustrato la composizione della scheda obiettivi 2017 riferita, distintamente, all'ambito sanitario ed a quello amministrativo, il Segretario O.I.V. precisa che 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.

Si precisa che, con lettera prot. n. 56223 del 28.9.2017, il Direttore Generale aveva richiesto ai Direttori di Struttura di effettuare, entro il 12 ottobre 2017, una previsione in merito al grado di raggiungimento degli obiettivi 2017 illustrando, utilizzando un'apposita scheda, l'esistenza di eventuali criticità.

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 le lettere sono state indirizzate: - al Dr. De Stefano (rischio infettivo) – alla Dr.ssa Allegri (target spesa farmaceutica, appropriatezza prescrittiva) – al Dr. Ferrari/Petrone (specialistica ambulatoriale) – alla Dr.ssa Bianchi (governo clinico, qualità, appropriatezza, rischio clinico) – al Collaboratore Coordinatore Amministrativo esperto Sig. Nobili (Reclami) – alla Dr.ssa Succi (PAC) – all'Ing. Guerrini (Report di spesa e di produzione, flussi informativi, specialistica) - al Dr. Placentino (obiettivo rete diabetologica) – al Dr. Ficili, Dr. Garufi, Dr. Ferrari Romano, Ing. Guerrini (in qualità di coordinatori dei gruppi di progetto aziendali) – alla Dr.ssa Foscolo (coordinatore screening oncologici) - ai Direttori di Dipartimento Dr. Guala, Dr. Guazzoni, Dr. Gramatica, Dr. Maestrone, Dr. Ferrari Paolo (con riguardo agli obiettivi Dipartimentali).

*

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 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. 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. 133 del 1° aprile 2015, riferito al Regolamento per il funzionamento dell'O.I.V. dell'ASL VCO (per il momento vigente in attesa di una rivisitazione dello stesso), 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.

*

Viene invitata a partecipare all'incontro, per quanto attiene la sezione "qualità" della scheda obiettivi 2017, la coordinatrice dell'obiettivo, Dr.ssa Margherita Bianchi, Responsabile dell'incarico di altissima professionalità "Governo clinico, qualità, appropriatezza, rischio clinico" la quale illustra e consegna ai componenti O.I.V. la relazione e la documentazione presentata dai Direttori di Struttura a supporto del raggiungimento degli obiettivi. Con riferimento a ciascuna delle Strutture esaminate (rinviando ad un successivo incontro la valutazione delle restanti Strutture), terminato l'iter valutativo, i componenti O.I.V. esprimono le seguenti valutazioni:

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

Soc Anatomia Patologica – Soc Cardiologia – Soc Farmacia.

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

Soc Anestesia e Rianimazione -5 (-3 applicazione L. n. 38/2010: redazione procedura analgesia peridurale in travaglio di parto; - 2 applicazione L. n. 38/2010: revisione applicazione dei protocolli per la gestione del dolore in ospedale) – Soc Chirurgia Generale Verbania -1,5 (-1 collaborazione alla redazione della procedura aziendale gestione delle emorragie digestive in pronto soccorso; - 0,5 applicazione PDTA aziendale tumore colon retto) - Soc Chirurgia Generale Domodossola -6,5 (- 0,5 applicazione PDTA aziendale tumore colon retto; -1 collaborazione alla redazione della procedura aziendale

gestione delle emorragie digestive in pronto soccorso - 5 audit colecistectomia indicatori PNE) – Soc Dipsa – 3 (-3 redazione, revisione, monitoraggio PDTA e procedure aziendali di competenza); - Soc Direzione Sanitaria presidi Ospedalieri Verbania-Domodossola – 1 (-1 monitoraggio check list sicurezza in sala operatoria); - Soc Distretto VCO - 4 (di cui: - 1 verifica revisione e applicazione procedura distribuzione agenda gravidanza; - 1 verifica revisione e applicazione procedura percorso IVG; - 1 applicazione PDTA continuità assistenziale ospedale/territorio; -1 applicazione L. n. 38/2010 accesso cure palliative e terapia dolore); - Sos Dip. Endoscopia Digestiva -1 (collaborazione alla redazione della procedura aziendale gestione delle emorragie digestive in pronto soccorso)- Sos Dip Gestione Attività Consultoriale - 8 (- 1 prescrizione contraccettivi orali; - 1 applicazione contraccettivi meccanici; -1 consulenza psico- sessuale; - 1 Informazione sulla sterilità della coppia per prevenzione rischi genetici e controllo gravidanza a rischio; -2 procedura per I.V.G.; -2 ecografia ostetrico-ginecologica) – Sos Dip Day Surgery multidisciplinare -5 (- 1 attivazione pre ricovero in un giorno; - 2 monitoraggio incidenza complicanze post chirurgiche infettive/anno; - 2 monitoraggio incidenza di eventi indesiderati in sede di intervento –anestesia/anno)

La seduta si conclude alle ore 18,35.

Letto, confermato e sottoscritto.

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