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

Verbale n. 7 del 30.4.2018
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 smi, 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 proseguire 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 in risposta alla nota del Dipartimento del 12.3.2018. Si segnala che la Dr.ssa Borghese ha rassegnato le dimissioni a causa di ulteriori sopravvenuti impegni con nota conservata agli atti d'ufficio.

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 dipartimentali, delle Sos in staff alla direzione generale, obiettivi approvati con atto deliberativo n. 236 del 20.4.2017 (poi integrato con atto n. 727 del 10.10.2017)
Per quanto attiene gli obiettivi specifici proposti da ciascun Direttore di Struttura, la segreteria O.I.V. ha richiesto un'integrazione delle relazione alle seguenti Strutture:

Anatomia Patologica - Anestesia e Rianimazione – Medicina Domodossola – Oculistica – DipSa – Distretto VCO - GAT - Laboratorio Analisi – NPI - SIMT – Malattie Infettive – Nefrologia Dialisi – Attività Consultoriale – Soc Logistica e Servizi Tecnici e Informatici.

Per quanto attiene l'obiettivo specifico della Sos Dip Endoscopia Digestiva, relativo alla diffusione, ai MMG, del protocollo per l'appropriatezza prescrittiva delle colonscopie, il Direttore della Soc Distretto VCO ha trasmesso il verbale dell'UCAD n. 3/2017 dove risulta che è stato approfondito l'argomento.
Per quanto attiene l'obiettivo specifico della Soc Geriatria relativo alla diffusione, ai MMG, del protocollo per l'utilizzo appropriato della vitamina D, il Direttore della Soc Distretto VCO ha trasmesso il verbale dell'UCAD n. 3/2017 dove risulta che è stato approfondito l'argomento.

I componenti O.I.V., preso atto delle relazioni presentate dai Direttori di Struttura e delle ulteriori precisazioni richieste, laddove necessario, con note del 6 e del 9 aprile 2018, sentito, per i progetti specifici delle singole strutture, il Direttore Sanitario aziendale, Dr.Trimarchi, ritengono:

- raggiunti al 100% gli obiettivi delle Strutture:

Anatomia Patologica – Anestesia e Rianimazione – Chirurgia Verbania -DS Multidisciplinare – Strutture afferenti il Dipartimento di Prevenzione – DipSA – DSO – Distretto VCO – Farmacia – Endoscopia Digestiva – Geriatria – GAT - Malattie Infettive – Malattie Metaboliche e Diabetologia- Nefrologia – Neurologia – Oncologia - Ortopedia e Traumatologia Verbania - Ortopedia e Traumatologia Domodossola - Ostetricia e Ginecologia – Pediatria- ORL – Psicologia - Radiologia – Radioterapia – RRF - SERD – SIMT - Urologia – Gestione Affari Generali, Legali e Istituzionali – Controllo di Gestione - Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio – Prevenzione e Protezione - Medicina Domodossola (l'obiettivo riferito alla riduzione della degenza media si considera raggiunto avendo ottenuto il risultato di 11,68 invece di < 11, anche tenuto conto che, al dicembre 2016, la degenza media era di 16,82).

- parzialmente raggiunti gli obiettivi delle Strutture:

Cardiologia: - 0,5 punti (obiettivo- esecuzione ECG domiciliari e teleconsultazione: effettuato entro 30 giorni dalla dimissione del paziente invece che entro 15 giorni) – Attività Consultoriale – 3 punti (Obiettivo -progetto riorganizzazione consultoriale: manca un progetto ma è stata indicata l'attività messa in atto a livello consultoriale nel corso del 2017. Si rileva l'avvio della

collaborazione, definita in ambito di Dipartimento Materno Infantile, tra consultorio e reparto di Ostetricia e Ginecologia. Per carenza di personale del reparto ospedaliero la collaborazione è stata avviata solo nel dicembre 2017) - Chirurgia Domodossola: - 0,5 punti (Obiettivo- Incremento DGR 150-160-161-162 nel 2017 rispetto al 2016: n° casi 2016 281 contro i 273 casi nel 2017) – Laboratorio Analisi: - 2,5 punti (Obiettivo –Incontri con MMG e Pls per appropriatezza precrittiva esami di laboratorio 3 incontri annui: è stata cambiata la modalità, per la difficoltà di organizzare detti incontri, ed inviate e mail) – Medicina Verbania: - 4 punti (Obiettivo riduzione degenza media: 13,93 invece di <11. Si rileva, comunque, il raggiungimento di un significativo risultato (-0,5 punti) – Obiettivo: procedura operativa per snellire il ricovero dei pazienti dal dea al reparto: tenendo conto delle difficoltà che ha vissuto il reparto e della mancanza della procedura si opera una decurtazione di 3.5 punti) – Medicina e Chirurgia d'Urgenza: - 1 (Obiettivo-Riduzione tempi di degenza media pazienti in OBI Dea: non valutabile in quanto per la carenza di personale non è stato possibile ridurre i tempi di attesa – Obiettivo- Predisposizione n. 2 PDTA: predisposti ma non ancora riportati su format aziendale e applicati ancora in fase sperimentale dato il coinvolgimento di più strutture - 1) – NPI: - 1 (Obiettivo- Predisposizione, entro il 30 giugno, e applicazione, dal luglio, PDTA adolescenti.: applicazione nel 2018) – Oculistica: ob non valutabile (Obiettivo- Attuazione di 1 seduta operatoria di DS presso il presidio di Verbania: non realizzato per il pensionamento Direttore Struttura: non valutabile) – SPDC – 2,5 (Obiettivo: coordinamento per la stesura/applicazione PDTA multiservizi per pazienti con gravi disturbi comportamentali comportamentali - Si è optato per una revisione approfondita della sezione di questa area dedicata ai minori ed alla definizione di una Convenzione perciò è stato realizzato parzialmente.– 1,5 punti - Obiettivo: procedura aziendale per monitorare e limitare l'uso della contenzione fisica nel reparto SPDC: procedura non conclusa (- 1 punto)- Servizio Salute Mentale Territoriale: - 2,5 (Obiettivo: stesura protocollo per inserimento in strutture residenziali: rinvio stesura per vicissitudini legate all'applicazione DGR 29 ed ai reiterati blocchi nella sua applicazione ma messa in atto di una serie di altre azioni (- 1 punto) – Obiettivo: coordinamento per la stesura/applicazione PDTA multiservizi per pazienti con gravi disturbi comportamentali - Si è optato per una revisione approfondita della sezione di questa area dedicata ai minori ed alla definizione di una Convenzione perciò è stato realizzato parzialmente.– 1,5 punti) - Logistica e Servizi Tecnici e informatici: (Obiettivo: Monitoraggio costi gestori della spesa per il rispetto target spesa 2017, ovvero € 21.421.000, comprensivo del target della Sos ICT e della Sos Tecnico: l'importo effettivamente speso al 31.12.187 è stato di € 21.759.334,00. Di fatto il Direttore della Soc, Dr. Bonisoli, già in sede di sottoscrizione della scheda obiettivi 2017, sottolineava l'insufficienza del targert, richiedendo un importo di € 22.500.000 tenendo conto delle spese relative: - al deskop outsourcing 2 (gestione posti di lavoro) – al noleggio apparecchiature di endoscopia – ai trasporti per nutrizione enterale – alla manutenzione immobili – ai nuovi servizi informatici. Tenuto conto delle precisazioni del Direttore di Struttura si ritiene di non operare alcuna decurtazione. Obiettivo -progetto volto ad organizzare un centralino unico per l'ASL VCO: obiettivo non realizzabile vedi nota prot. n. 59763 del 19.10.17 ed mail del 19.12.17. Si ritiene di tener conto delle giustificazioni e di considerare l'obiettivo non valutabile. Raggiunti gli altri obiettivi specifici) – Gestione Personale e Formazione – 4,5 (Obiettivo- Predisposizione di

regolamenti in merito alla retribuzione di risultato del personale dirigenziale e di comparto. Come emerge dalla relazione del Direttore della Struttura l'obiettivo non è stato perseguito poiché si è reso prioritario l'attivazione di procedure per la formulazione e l'adozione di altri regolamenti atti a consentire l'applicazione dell'atto aziendale. In particolare sono stati redatti i seguenti regolamenti: - regolamento per la valutazione e l'attribuzione degli incarichi Dirigenziale di cui alla deliberazione n. 23/2017; - regolamento progressioni economiche di cui all'atto n. 635/2017; - regolamento sulle attribuzioni delle posizioni organizzative di cui all'atto n. 636/2017; regolamento sulla formazione definito nei primi mesi 2018. Tenuto conto delle osservazioni addotte si ritiene di applicare una penalizzazione di 4,5 punti. Obiettivo – Nuovo applicativo gestione presenze – Si ritiene che la struttura abbia messo in atto tutte le azioni necessarie per l'attuazione. Si ritiene pertanto l'obiettivo raggiunto. Raggiunti gli altri obiettivi specifici).

*

Per quanto attiene gli obiettivi qualità riferiti alla Soc Servizio Salute Mentale Territoriale ed alla Sos Dip SPDC (a tutt'oggi non valutati in attesa della relazione), i componenti O.I.V esaminano le relazioni presentate dalla Dr.ssa Zeppetelli sia per la Sos Dip SPDC (svolgendo le funzioni di Direttore), sia per la Soc Servizio Salute Mentale Territoriale.

A questo proposito va evidenziato che, nell'anno 2017, per quanto attiene la Soc Servizio Salute Mentale Territoriale, dopo il trasferimento ad altra Azienda del Direttore della Soc, Dr. Geda, ha svolto le funzioni di ff, dapprima, la Dr.ssa Omezzolli, e, dopo aver rassegnato le dimissioni, il Direttore Sanitario aziendale Dr. Trimarchi. Il Direttore della Struttura è stato di recente, nel 2018, nominato.

I componenti O.I.V., anche tenuto conto delle relazioni e delle osservazioni del coordinatore dell'obiettivo, Dr.ssa Margherita Bianchi (Responsabile dell'incarico di altissima professionalità "Governo clinico, qualità, appropriatezza, rischio clinico"), ritengono raggiunti gli obiettivi della Sos Dip SPDC e ritengono di operare una decurtazione di 2 punti con riferimento alla Soc Servizio Salute Mentale Territoriale (con riferimento all'obiettivo: "Applicazione percorso supporto a famiglie con pazienti psichiatrici").

*

Il Segretario O.I.V. osserva che, con atto deliberativo n. 236 del 20.4.2017, sono stati assegnati gli obiettivi, per l'anno 2017, ai seguenti Dipartimenti aziendali: Dipartimento Patologie Mediche, Patologie Chirurgiche, Materno Infantile, dei Servizi Diagnostici e Terapie di Supporto, di Prevenzione. La scheda obiettivi è divisa nelle seguenti sezioni (obiettivi strategici), ciascuna delle quali comprende una serie di obiettivi operativi:

Obiettivi strategici sez. 1. : Gestione organizzativa

Obiettivi strategici sez. 2. : Progetti formativi/operativi

Obiettivi strategici sez. 3. : Governo clinico

Obiettivi strategici sez. 4. : Anticorruzione.

I componenti OIV, preso atto delle relazioni presentate dai Direttori di Dipartimento e delle ulteriori precisazioni richieste, con note del 16 e del 17 aprile 2018, ai Direttori dei Dipartimenti Patologie

Mediche, Patologie Chirurgiche e Materno Infantile, e sentito, per i progetti specifici assegnati ai Dipartimenti, il Direttore Sanitario aziendale, Dr.Trimarchi, rilevano quanto segue.

Obiettivi Strategici sez 1 - Gestione organizzativa

Dipartimento Materno Infantile

Obiettivo - *Predisporre un documento da inviare alla Direzione Generale entro il 30.6.17 per migliorare l'integrazione tra le strutture afferenti il Dipartimento, le strutture territoriali ed ospedaliere e realizzazione di n. 2 percorsi/iniziative.*

Tenuto conto della relazione presentata dal Dr. Guala e delle successive integrazioni, dove si evidenziano i percorsi e le iniziative messe in atto, rilevando l'assenza di un documento di sintesi ma tenuto conto della grave carenza di personale medico pediatrico verificatasi nel coso del 2017, i componenti O.I.V. ritengono di non operare alcuna decurtazione.

Obiettivo – *Coordinare l'applicazione ed il monitoraggio del Percorso nascita ed attuare le azioni di miglioramento per gli indicatori che non raggiungono gli standard richiesti*.

Dalla relazione e dalla successiva integrazione non si evidenziano le azioni di miglioramento per gli indicatori del percorso che non raggiungono gli standard richiesti. I componenti O.I.V. ritengono di operare una decurtazione di 3,5 punti.

Obiettivo: *coordinare la validazione ed il monitoraggio dei percorsi autismo – psicosi – accessi al Dea pazienti NPI*.

Manca la validazione del percorso accessi al Dea pazienti NPI nonché la validazione ed il monitoraggio della gestione psicosi. I componenti O.I.V. ritengono di operare una decurtazione di 2,5 punti.

Obiettivo: *predisporre un piano organizzativo dell'attività consultoriale da consegnare entro il 30.9.17.*

Come confermato nella relazione trasmessa dal Direttore di Dipartimento, non è stato predisposto alcun documento formale, così come risulta dalla relazione del Direttore della Sos Dip Attività consultoriale che, tuttavia, ha presentato una relazione che ha illustrato le attività svolte, nel 2017, a livello consultoriale. Nell'ambito del Dipartimento Materno Infantile si è previsto una collaborazione tra il consultorio e la Soc di Ostetricia e Ginecologia con la presenza dei ginecologi ospedalieri in sede consultoriale per garantire la continuità assistenziale. Di fatto, a causa della grave carenza di dirigenti medici, la collaborazione si è realizzata a dicembre. Si registra la difficoltà alla copertura di posti di dirigenti medici ginecologi. I componenti O.I.V., in assenza della presentazione di un Piano organizzativo ma tenuto conto delle osservazioni formulate dal Direttore di Dipartimento e delle azioni messe in atto a livello dipartimentale e consultoriale, ritengono di operare una decurtazione di 1,5 punti.

Obiettivo: *partecipazione al gruppo di progetto "Coordinamento ospedali" e messa in atto delle azioni.*

Come precisato dal coordinatore del gruppo, Dr. Garufi, si registra la partecipazione alle riunioni del gruppo ed è stata fornita la collaborazione alla messa in atto delle azioni. Pertanto l'obiettivo può ritenersi raggiunto.

Obiettivo: *coinvolgimento dei Direttori di Struttura afferenti al Dipartimento al fine di realizzare le*

strategie della Direzione Generale ed individuare azioni volte a garantire la sostenibilità della spesa delle strutture afferenti il Dipartimento.
Come risulta dalla relazione del Direttore di Dipartimento l'obiettivo può considerarsi raggiunto.

Dipartimento di Prevenzione

Obiettivo: *Redazione studio di fattibilità in merito alla riorganizzazione delle attività delle strutture afferenti il Dipartimento*.
Dall'esame della relazione presentata dal Direttore di Dipartimento e dalla documentazione a supporto si rileva che il documento è stato inviato il 31 agosto 2017 invece del 30.6.2017. I componenti O.I.V. ritengono di operare una decurtazione di 1 punto.
Obiettivo: *Predisposizione di un documento che individui i percorsi operativi e le e iniziative per migliorare l'integrazione tra le strutture afferenti il Dipartimento*.
Dalla relazione emerge che le iniziative di integrazione (vedi protocolli operativi) sono state realizzate e completate successivamente al 30 giugno 2017. Manca il documento iniziale di individuazione dei percorsi che doveva essere trasmesso alla Direzione Generale entro il 30 giugno.
I componenti O.I.V. ritengono di operare una decurtazione di 2,5 punti.
Obiettivo: *partecipazione al gruppo di progetto "Coordinamento Territorio" e messa in atto delle azioni.*
Come precisato dal coordinatore del gruppo, Dr. Ferrari Romano, si registra la partecipazione alle riunioni del gruppo ed è stata fornita la collaborazione alla messa in atto delle azioni. Pertanto l'obiettivo può ritenersi raggiunto.
Obiettivo: *coinvolgimento dei Direttori di Struttura afferenti al Dipartimento al fine di realizzare le strategie della Direzione Generale ed individuare azioni volte a garantire la sostenibilità della spesa delle strutture afferenti il Dipartimento.*
Come risulta dalla relazione del Direttore di Dipartimento l'obiettivo può considerarsi raggiunto.

Dipartimento Patologie Chirurgiche

Obiettivo: *Riorganizzare, in modo condiviso, predisponendo un progetto entro il 30.6.2017, l'attività di degenza, in sinergia con le strutture afferenti il Dipartimento ed altre strutture aziendali.*
Dall'esame della relazione presentata dal Direttore di Dipartimento e della documentazione a supporto si evidenzia che il progetto è stato inviato, il 28.6.17, alla Direzione Generale.
Si rinvia alla relazione del Direttore di Dipartimento per quanto attiene la riduzione degli appoggi.
I componenti O.I.V. ritengono raggiunto l'obiettivo.
Obiettivo: *Riorganizzare, in modo condiviso, predisponendo un progetto entro il 30.6.2017, l'attività delle sale operatorie, in sinergia con le strutture afferenti il Dipartimento.*
Dall'esame della relazione presentata dal Direttore di Dipartimento e della documentazione a supporto si evidenzia che il progetto è stato inviato, il 28.6.17, alla Direzione Generale.
Si rinvia alla relazione del Direttore di Dipartimento per quanto attiene la riduzione dei tempi di attesa nella chirurgia elettiva.
I componenti O.I.V. ritengono raggiunto l'obiettivo.
Obiettivo: *promuovere e supportare la Soc Chirurgia di Verbania e di Domodossola alla definizione di un Piano di organizzazione dell'attività di sala operatoria individuando gli specifici interventi sulle*

sedi di Verbania e di Domodossola.
Dall'esame della relazione presentata dal Direttore di Dipartimento e della documentazione a supporto si evidenzia che il progetto è stato inviato, il 28.6.17, alla Direzione Generale.
I componenti O.I.V. ritengono raggiunto l'obiettivo.
Obiettivo: *partecipazione al gruppo di progetto "Coordinamento ospedali" e messa in atto delle azioni.*
Come precisato dal coordinatore del gruppo, Dr. Garufi, si registra la partecipazione alle riunioni del gruppo ed è stata fornita la collaborazione alla messa in atto delle azioni. Pertanto l'obiettivo può ritenersi raggiunto.
Obiettivo: *coinvolgimento dei Direttori di Struttura afferenti al Dipartimento al fine di realizzare le strategie della Direzione Generale ed individuare azioni volte a garantire la sostenibilità della spesa delle strutture afferenti il Dipartimento.*
Come risulta dalla relazione del Direttore di Dipartimento l'obiettivo può considerarsi raggiunto.

Dipartimento Patologie Mediche

Obiettivo: *Riorganizzare, in modo condiviso, predisponendo un progetto entro il 30.6.2017, l'attività di degenza, in sinergia con le strutture afferenti il Dipartimento ed altre strutture aziendali.*
Dall'esame della relazione del Direttore di Dipartimento e dalla relazione a supporto si evince la predisposizione del progetto di riordino della degenza dell'area medica del Presidio di Verbania ed il progetto DH multidisciplinare a Domodossola. Si è verificato una riduzione degli appoggi soprattutto nella Soc Medicina.
Non si rileva l'invio del progetto entro il 30 giugno. Come evidenziato dal Direttore di Dipartimento in data 11 ottobre 2017 (in sede di monitoraggio degli obiettivi) il progetto è stato consegnato successivamente per la difficoltà a condividere alcuni percorsi. Si ritiene di operare una decurtazione di 1,5 punti.
Obiettivo: *Contribuire a garantire la funzione del Nucleo di Continuità delle cure ospedaliere e territoriale per le dimissioni protette e precoci al fine di ridurre la degenza media (>=2 giorni rispetto al 2016).*
Dall'esame della relazione del Direttore di Dipartimento e dalla relazione a supporto si evince una riduzione della degenza media maggiore di 2 giorni rispetto al 2016 con riferimento alle Strutture Medicina di Domodossola e Medicina di Verbania la cui degenza era superiore allo standard.
I componenti O.I.V. ritengono l'obiettivo raggiunto.
Obiettivo: *Redigere un percorso di appropriatezza dei ricoveri riabilitativi cardio respiratori* .
Dall'esame della documentazione a supporto della relazione si evince che il percorso è stato predisposto utilizzando l'apposito format aziendale, ma è ancora in fase di validazione. I componenti O.I.V. ritengono di operare una decurtazione di 2,5 punti.
Obiettivo: *partecipazione al gruppo di progetto "Coordinamento ospedali" e messa in atto delle azioni.*
Come precisato dal coordinatore del gruppo, Dr. Garufi, si registra la partecipazione alle riunioni del gruppo ed è stata fornita la collaborazione alla messa in atto delle azioni. Pertanto l'obiettivo può ritenersi raggiunto.
Obiettivo: *coinvolgimento dei Direttori di Struttura afferenti al Dipartimento al fine di realizzare le*

strategie della Direzione Generale ed individuare azioni volte a garantire la sostenibilità della spesa delle strutture afferenti il Dipartimento.
Come risulta dalla relazione del Direttore di Dipartimento l'obiettivo può considerarsi raggiunto.

Dipartimento dei servizi diagnostici e terapie di supporto

Obiettivo: *Predisporre un documento, condiviso con i prescrittori, in merito all'appropriatezza prescrittiva della diagnostica strumentale ed ematochimica nei percorsi di cura indicati dalla rete Oncologica Piemontese e dai percorsi di cura individuati dalla Regione nell'ambito dell'emergenza urgenza e della cronicità. Analizzare le prescrizioni di maggior impatto evidenziando i maggiori scostamenti rispetto ai criteri di appropriatezza*.
Come emerge dalla relazione del Direttore del Dipartimento non è stato predisposto alcun documento in tema di appropriatezza per la difficoltà ad incontrare i prescrittori, nonostante i ripetuti tentativi con richiesta in tutte le Sedi. Sono state, invece, predisposte, in sinergia con la Soc Oncologia ed il CAS, linee guida relative ai controlli di patologia oncologica, che necessitano di esami ad alto costo e ad alto impatto riguardo i rischi di radiazioni ionizzanti. Inoltre, si è collaborato:
- con il Dipartimento Patologie Mediche con riguardo all'appropriatezza prescrittiva di esami da eseguirsi in urgenza ed emergenza;
- con il Dipartimento Patologie mediche e con il Dipartimento Patologie Chirurgiche alfine di mettere in atto l'integrazione tra i software PHI e PSWEB con i software in uso nelle Strutture afferenti al Dipartimento, attualizzando i dati anche con il supporto della Struttura ICT al fine di uniformare la richiesta del Nuovo Catalogo Regionale. Per quanto attiene l'appropriatezza prescrittiva da parte dei MMG si ritiene di fornire documenti che riportino l'elenco delle prescrizioni a maggior impatto (anche economico) ed i codici corretti da utilizzare al fine di migliorare l'appropriatezza prescrittiva.
I componenti O.I.V., nel prendere atto della relazione del Direttore di Dipartimento, Dr.Guazzoni, tenuto conto delle difficoltà che hanno ostacolato la messa in atto dell'obiettivo così come inizialmente formulato, e tenuto conto delle azioni messe in atto, ritengono di operare una decurtazione di 1 punto.
- Obiettivo: *Valutare la distribuzione del personale in ambito dipartimentale sulla base dei volumi di attività e dei carichi di lavoro previsti nelle sedi operative ed inviare un Piano entro il 30 settembre alla Direzione Generale.*
Come risulta dalla relazione del Direttore di Dipartimento il Piano non è stato inviato alla Direzione Generale in considerazione del fatto che l'organizzazione dinamica del personale del Dipartimento è in una fase che non si può definire sperimentale ma che è lungi dall'essere conclusa e non è ancora la base per redigere un documento condiviso. Nella relazione si segnala la gestione, a livello dipartimentale, del personale Amministrativo, Tecnico ed Infermieristico su entrambe le sedi operative di Verbania e Domodossola. Ciò ha consentito di ottenere risultati grazie alla condivisione della mission del Dipartimento, senza ricorrere a personale esterno. Per quanto riguarda un'integrazione più ampia del personale amministrativo è stato predisposto, nell'ambito del Gruppo di progetto "Coordinamento Ospedale" un progetto specifico denominato "Totem". La realizzazione della radiologia domiciliare è un esempio dell'organizzazione del personale Tecnico, qui

l'integrazione è molto forte.
I componenti O.I.V., tenuto conto delle precisazioni effettuate dal Direttore di Dipartimento in merito all'assenza del Piano ma esaminate le azioni concrete messe in atto, ritengono l'obiettivo raggiunto.
- Obiettivo: *Verificare e monitorare i flussi informativi con particolare riferimento ai percorsi diagnostici interaziendali, alla diagnostica erogata dalle strutture extra aziendali.*
Come risulta dalla relazione del Direttore di Dipartimento si è proceduto al monitoraggio dei flussi informativi rilevando che gli standard previsti dalle tempistiche siano stati rispettati in particolare i flussi dei test diagnostici inviati all'hub di riferimento (Novara), sia per quanto riguarda la Sos Dip SIMT che la Soc Laboratorio Analisi.
I componenti O.I.V. ritengono l'obiettivo raggiunto.
- Obiettivo: *Coordinare e supportare l'attività di accreditamento istituzionale.*
Si tratta di un obiettivo non valutabile in quanto la procedura di accreditamento si svolgerà nel primo semestre 2018.
Obiettivo: *partecipazione al gruppo di progetto "Coordinamento ospedali" e messa in atto delle azioni.*
Come precisato dal coordinatore del gruppo, Dr. Garufi, si registra la partecipazione alle riunioni del gruppo ed è stata fornita la collaborazione alla messa in atto delle azioni. Pertanto l'obiettivo può ritenersi raggiunto.
Obiettivo: *coinvolgimento dei Direttori di Struttura afferenti al Dipartimento al fine di realizzare le strategie della Direzione Generale ed individuare azioni volte a garantire la sostenibilità della spesa delle strutture afferenti il Dipartimento.*
Come risulta dalla relazione del Direttore di Dipartimento l'obiettivo può considerarsi raggiunto.

Obiettivi sez 2 – Progetti formativi/operativi.

Obiettivo: *garantire la partecipazione a progetti formativi in merito all'appropriatezza trasfusionale*.
il Direttore della Soc Simt ha evidenziato la partecipazione all'evento, organizzato nel 2017, nella specifica materia, da parte delle strutture coinvolte afferente ai diversi Dipartimenti aziendali. I componenti O.I.V. ritengono perciò raggiunto l'obiettivo per tutti i Dipartimenti coinvolti.
Obiettivo: *Individuare le priorità formative relative all'applicazione di innovazioni in campo organizzativo-gestionale e/tecnologico*.
Manca una formale proposta formativa per tutti i Dipartimenti seppure le iniziative siano state individuate. I componenti O.I.V. ritengono perciò di operare una decurtazione di 0,5 punti per ciascun Dipartimento.

Obiettivi sez 3 – Governo clinico.

Dipartimento Materno Infantile

Obiettivo: *Effettuare audit in merito alla riduzione della proporzione dei parti con cesareo primario e, con riguardo al parto cesareo, verifica della proporzione di complicanze durante il parto ed il puerperio.*
Si tiene conto del monitoraggio effettuato per quanto attiene gli obiettivi assegnati al Direttore Generale per l'anno 2017 in materia di riduzione di parti cesarei. Non si evince alcun monitoraggio

per quanto attiene il parto naturale: proporzione di complicanze durante il parto ed il puerperio. I componenti OIV ritengono di operare una decurtazione di n. 2 punti.

Dipartimento Patologie Mediche

Obiettivo: Messa in atto di audit per quanto attiene IMA e Ictus ischemico.
Dall'esame della relazione l'obiettivo si considera raggiunto.

Dipartimento Patologie Chirurgiche

Obiettivo: Messa in atto audit per quanto attiene i tumori della mammella, frattura di femore e colecistectomia laparoscopica.
Assenza audit per la frattura di femore nell'anziano e per la colecistectomia laparoscopica. Obiettivo parzialmente raggiunto. I componenti O.I.V. ritengono di operare una decurtazione di 6,5 punti.

Dipartimento Servizi diagnostici e Terapie di supporto

Obiettivo: Gestire e coordinare audit su carcinoma mammario, dislipidemie, epatite C.
Sono stati messi in atto audit su carcinoma mammario e dislipidemie, manca audit su epatite C. Obiettivo parzialmente raggiunto. I componenti O.I.V. ritengono di operare una decurtazione di 2,5 punti.

*

Obiettivo comune a tutti i Dipartimenti: *Gestione e coordinamento di audit clinico-organizzativi in seguito a segnalazioni pervenute dall'Unità di Gestione del Rischio clinico aziendale*.
I componenti O.I.V., anche tenuto conto di quanto precisato dal Responsabile dell'incarico di altissima professionalità "Governo clinico, qualità, appropriatezza, rischio clinico", Dr.ssa Bianchi, ritengono raggiunto l'obiettivo per tutti i Dipartimenti.

Obiettivi sez 4 – Anticorruzione

Tutti i Dipartimenti hanno raggiunto l'obiettivo coinvolgendo e responsabilizzando i Direttori delle Strutture di afferenza, come dichiarato nelle relazioni e risultante, attraverso un controllo a campione dai verbali degli incontri effettuato in presenta del R.P.C.T. che svolge anche le funzioni di segreteria O.I.V.
I componenti O.I.V. ritengono perciò raggiunto l'obiettivo per tutti i Dipartimenti coinvolti.

*

Per quanto attiene gli obiettivi riferiti alle diverse strutture aziendali, sia sanitarie che amministrative, non specificamente richiamati ma comunque esaminati, i componenti OIV ritengono gli stessi raggiunti.

*

I componenti O.I.V. ritengono prioritario aggiornare l'intero sistema di valutazione degli obiettivi e del personale alla luce della riforma Madia.

*

Nella seduta precedente (verbale n. 6 al quale si fa rinvio) il segretario O.I.V. aveva sottoposto all'esame dei componenti O.I.V. la deliberazione n. 819 del 17.11.2017 che prevedeva la costituzione del gruppo di progetto aziendale "Cittadini e pazienti". Nel definire le tappe di sviluppo del progetto (indicate nell'allegato A alla deliberazione n. 819) si è previsto, entro il 10 aprile 2018, la presentazione, alla Direzione Generale, da parte del Coordinatore, di una relazione conclusiva che evidenzi il grado di superamento delle criticità riscontrate. La relazione dovrà anche essere validata dal Direttore Generale e trasmessa all'O.I.V per essere sottoposta a validazione.
La Segreteria O.I.V, nella seduta del 23 aprile, ha trasmesso ai componenti O.I.V., la documentazione predisposta dal Coordinatore del progetto, Sig. Massimo Nobili, trasmessa alla Direzione Generale ovvero le n. 3 relazioni: - la prima e la seconda relazione trasmesse, rispettivamente, con nota prot. n. 76886 del 28.12.2017e con nota prot. n. 6700 del 31.1.2018 (validate entrambe dalla Direzione Generale); - la relazione finale trasmessa con nota prot. n. 22874 del 13.4.2018 (da validare dalla Direzione Generale).
Il segretario O.I.V. comunica che la deliberazione n. 819 del 17.11.2017 è ricompresa nell'elenco delle deliberazioni trasmesse, con nota prot. n. 69466 del 21.11.2017, dal Direttore Generale al Collegio Sindacale. Il Collegio Sindacale, nella seduta del 29.11.2017 (verbale n. 33), ha esaminato le deliberazioni contenute nell'elenco di cui alla nota prot. n. 69466 del 21.11.17 (elenco comprensivo della deliberazione n. 819 del 17.11.17), senza effettuare alcun rilievo.
I componenti O.I.V.:

- visto che nessun rilievo è stato effettuato dal Collegio Sindacale in merito alla legittimità/opportunità del provvedimento;
- sentito il Direttore Amministrativo in merito all'imputazione a bilancio ed alla normativa contrattuale applicata;
- esaminati gli obiettivi assegnati dalla Direzione Generale al gruppo di progetto;
- valutate le relazioni presentate dal Coordinatore del progetto;
- considerate le principali azioni di miglioramento messe in atto ovvero:

  - distribuzione di un questionario per la rilevazione del grado di soddisfazione sul vitto;
  - predisposizione di ulteriori questionari (diretti a tutti i reparti ospedalieri e servizi ambulatoriali) per la rilevazione del grado di soddisfazione in merito alle prestazioni erogate ed al rapporto tra operatore e paziente/utente;
  - miglioramento della segnaletica nei Presidi di Verbania e Domodossola, introducendo una nuova classificazione dei padiglioni;
  - individuazione di un Comitato di redazione per l'house organ "Vivere in Salute – Punto a Capo";
  - messa in atto di campagne di sensibilizzazione su face book in merito a temi diversi (vaccinazioni, utilizzo del CAS, progetto "Sicura ala notte");
  - individuazione di un percorso formativo per il personale front office;
  - corretto utilizzo, a fini comunicativi, dei dati raccolti dalla Direzione Generale

rispetto ai Servizi aziendali.

Ciò premesso i componenti O.I.V. prendono atto di quanto sopra e delle relazioni presentate dal Coordinatore del gruppo di progetto di cui alla deliberazione n. 819/2017.

*

Dopo che i Componenti O.I.V. hanno terminato la valutazione degli obiettivi di tutte le Strutture aziendali riferiti all'anno 2017 la Segreteria dell'O.I.V. predispone un prospetto, che si allega al presente verbale, quale parte integrante e sostanziale, che riporta, per ciascuna Struttura e per ciascun Dipartimento, la percentuale complessiva raggiunta.

La segreteria provvederà ad inviare i verbali degli incontri alla Direzione Generale per l'adozione degli atti di competenza.

La seduta termina alle ore 18,20.

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

Allegato al Verbale n. 7 del 30.4.2018

RIEPILOGO GENERALE:
PERCENTUALE DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI ANNO 2017

STRUTTURE (Soc/Sos Dip/Sos in staff)	Percentuale di raggiungimento degli obiettivi anno 2017
Soc ANATOMIA PATOLOGICA	100
Soc ANESTESIA E RIANIMAZIONE	93
Sos Dip ATTIVITA' CONSULTORIALE	89
Soc CARDIOLOGIA	98
Soc CHIRURGIA GENERALE DOMODOSSOLA	89,5
Soc CHIRURGIA GENERALE VERBANIA	98
Soc DIpSA	96
Sos Dip DAY SURGERY MULTIDISCIPLINARE	93
Sos Dip ENDOSCOPIA DIGESTIVA	99
Soc DISTRETTO VCO	93,5
Soc DIREZIONE SANITARIA PRESIDI OSPEDALIERI VERBANIA E DOMODOSSOLA	99
Soc FARMACIA	98
Soc GERIATRIA	100
Soc GESTIONE ATTIVITA' TERRITORIALI	92
Soc LABORATORIO ANALISI	90
Sos Dip. MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	94
Sos Dip MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA	99
Soc MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA	92,5
Soc MEDICINA INTERNA DOMODOSSOLA	95
Soc MEDICINA INTERNA VERBANIA	95
Soc NEFROLOGIA DIALISI	100
Soc NEUROLOGIA	100
Soc NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	98
Soc OCULISTICA	96
Soc ONCOLOGIA	97
Soc ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DOMODOSSOLA	90
Soc ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA VERBANIA	88,5
Soc OSTETRICIA GINECOLOGIA	97
Soc OTORINOLARINGOIATRIA	98

Soc PEDIATRIA	92,5
Sos staff PSICOLOGIA	100
Soc RADIOLOGIA	98
Sos Dip RADIOTERAPIA	100
SOC RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	95
Soc SERVIZIO SALUTE MENTALE TERRITORIALE	89
Soc SERD	100
Sos Dip SIMT	99
Sos Dip SPDC	97
Soc UROLOGIA	94,5
STRUTTURE AFFERENTI IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	100
Soc AFFARI GENERALI LEGALI E ISTITUZIONALI	100
Sos staff CONTROLLO DI GESTIONE	100
Soc GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA E PATRIMONIO	100
SoC GESTIONE PERSONALE E FORMAZIONE	93
Soc LOGISTICA E SERVIZI TECNICI E INFORMATICI	94,5
Sos staff PREVENZIONE E PROTEZIONE	100
DIPARTIMENTI	**Percentuale di raggiungimento degli obiettivi anno 2017**
MATERNO INFANTILE	90
PATOLOGIE MEDICHE	95,5
PATOLOGIE CHIRURGICHE	93
PREVENZIONE	96
SERVIZI DIAGNOSTICI E TERAPIE DI SUPPORTO	96