

## **All. B) al Verbale dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) n. 10 dell'11.7.2017**

### **Relazione sul funzionamento del sistema di valutazione, trasparenza ed integrità dei controlli interni anno 2017 (ai sensi dell'art. 7 del D.Lvo n. 150/2009)**

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.

Con deliberazione n. 133 del 1° aprile 2015 è stato approvato il Regolamento per il funzionamento dell'O.I.V. che, all'art 7, individua, tra le funzioni definite dall'art. 14 del D.Lvo n. 150/2009, il monitoraggio del funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza ed integrità dei controlli interni, e l'elaborazione di una relazione sullo stato dello stesso, al fine di evidenziare punti di forza e di debolezza ed eventuali azioni di miglioramento.

Si prende atto che con deliberazione n. 429 del 12.11.2015 è stato adottato un nuovo atto aziendale, recepito dalla Regione con DGR n. 53-2487 del 23.11.2015. Detto atto è stato successivamente modificato con deliberazioni n. 201 del 5.4.2017 e n. 292 del 12.5.2017 recepite dalla Regione con DGR n. 31-5172 del 12.6.2017.

L'ASL VCO ha attuato un sistema per la valutazione di risultato dei propri dipendenti basandosi su una logica di obiettivi. Ogni anno, anche sulla base di quanto disposto a livello nazionale e regionale e tenuto conto della pianificazione aziendale, vengono definiti gli obiettivi (attribuendo a ciascun obiettivo uno specifico peso). Tali obiettivi vengono condivisi ed assegnati ai Direttori di Soc e di Sos Dipartimentali ed alle strutture in staff alla Direzione Generale. Dal 2017 gli obiettivi sono stati assegnati anche ai Direttori di Dipartimento.

#### **Performance organizzativa**

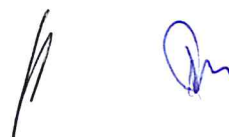
Esaminando il Piano della Performance 2017 si osserva che il ciclo di gestione della performance prevede la definizione dell'albero della performance che evidenzia n. 6 **aree strategiche di seguito rappresentate:**

##### ***Area Strategica 1: Promozione della salute e prevenzione malattie***

Il fine è quello di rilanciare il ruolo del Dipartimento di Prevenzione quale modello di integrazione di tutti i servizi territoriali sanitari e sociali operanti nella prevenzione ed identificare in tale struttura - come previsto dal D.Lgs 502/92 e s. m. i. - il riferimento del S.S.N. che assicura l'applicazione dell'art. 32 della Costituzione. La tutela della salute collettiva viene garantita perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita e dando attuazione al primo livello essenziale di Assistenza Sanitaria Collettiva in Ambiente di Vita e di Lavoro che comprende tutte le attività preventive rivolte ai singoli ed alle collettività.

##### ***Area Strategica 2: Riordino assistenza territoriale***

Si intende riorganizzare i servizi territoriali al fine di adempiere al primario dovere della diffusione della medicina del territorio, anche attraverso l'integrazione dei servizi socio sanitari resi ai cittadini, creando un sistema dove il distretto assume una propria e forte identità. Il distretto diventa



il luogo principale ove si definiscono le politiche per la salute a livello territoriale, che promuove la continuità assistenziale, ovvero la presa in carico del paziente dall'inizio sino al completamento del suo percorso di salute, senza alcuna soluzione di continuità nel ricevere le cure dai vari soggetti erogatori. Si intende promuovere/potenziare le forme aggregative multi professionali (MMG, PLS, Geriatri, infermieri territoriali, terapisti della riabilitazione, Assistenti sociali e OSS) per la presa in carico dei pazienti in ADI e lungo assistenza al fine di prevenire il fenomeno dei ricoveri ripetuti e realizzare sinergie con i Servizi di Prevenzione e con gli Enti Gestori nelle politiche orientate all'educazione alla salute, al fine di perseguire obiettivi di riduzione del danno e di promozione di stili di vita.

### **Area Strategica 3: Riordino assistenza ospedaliera**

Si intende: - riordinare la rete ospedaliera in conformità a quanto disposto dalla DGR 1-600 del 19.11 2014 integrata dalla DGR n. 1-924 del 23.1.2015; - realizzare una progressiva deospedalizzazione attraverso l'attuazione di politiche per limitare l'uso improprio del ricovero ospedaliero e generare appropriatezza, lavorando sui percorsi di continuità assistenziale; - fornire piena collaborazione al fine di realizzare una rete ospedaliera integrata a livello sovrazonale.

### **Area Strategica 4: Miglioramento della trasparenza e prevenzione della corruzione**

Si tratta di migliorare la trasparenza della comunicazione nei confronti degli stakeholder interni ed esterni e l'accessibilità ai servizi anche al fine di prevenire fenomeni corruttivi.

### **Area Strategica 5: Governo economico-finanziario**

Si tratta di un vincolo più che di un obiettivo in quanto occorre razionalizzare il livello di spesa nell'ambito delle risorse disponibili, pur garantendo i livelli essenziali di assistenza. Si ricomprende un monitoraggio di particolari fattori di spesa (vedi spesa farmaceutica) da realizzare mediante adeguate e mirate politiche di controllo della spesa.

### **Area Strategica 6: Governo clinico**

Riguarda le azioni atte a migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'intero sistema sotto il profilo delle qualità. In particolare, si intende perseguire l'appropriatezza delle prestazioni erogate (che riguarda tutte le aree della prevenzione, territoriale ed ospedaliera), contribuendo ad una maggior efficacia nell'uso dei servizi sanitari ed all'ottimizzazione delle risorse economiche, peraltro sempre più scarse, ricercando, costantemente, la sostenibilità economica, applicando i principi del governo clinico al fine di perseguire un miglioramento costante della qualità.

\*

Sempre dall'analisi del Piano delle Performance 2017 si evince che **le aree strategiche, a loro volta, sono state declinate in obiettivi strategici** validi per il triennio 2015-17 (obiettivi definiti anche tenuto conto dei documenti di programmazione nazionali e regionali, integrati con le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno).

**Gli obiettivi strategici, tenuto conto delle aree strategiche individuate, sono i seguenti:**



### **Area Strategica 1: *Promozione della salute e prevenzione malattie***

OBIETTIVI STRATEGICI	
Obiettivo	Attuazione obiettivi del Piano regionale della prevenzione 2014-18
Indicatore	Attuazione
Obiettivo	Adozione ed applicazione Piano locale della prevenzione in coerenza con gli indirizzi del Piano regionale di prevenzione 2014-18
Indicatore	Piano
Obiettivo	Prosecuzione attività di screening
Indicatore	Tasso di adesione nei tre programmi

### **Area Strategica 2: *Riordino assistenza territoriale***

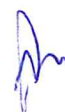
OBIETTIVI STRATEGICI	
Obiettivo	Riordino rete territoriale a seguito DGR n. 26-1653 del 29.6.2015. Messa in atto azioni previste nel PAT.
Indicatore	Messa in atto azioni
Obiettivo	Rafforzamento continuità ospedale-territorio

### **Area Strategica 3: *Riordino assistenza ospedaliera***

OBIETTIVI STRATEGICI	
Obiettivo	Riordino rete ospedaliera a seguito delle DD.GG.RR. n. 1-600/2014 e 1-924/2015
Indicatore	Evidenza documentale rispetto tempi presentazione
Obiettivo	Appropriatezza ricoveri ospedalieri
Indicatore	Standard DGR 4-2495/2011
Obiettivo	Appropriatezza prestazioni specialistica ambulatoriale
Indicatore	DGR n. 15-7486/2014

### **Area Strategica 4: *Miglioramento della trasparenza e prevenzione della corruzione***

OBIETTIVI STRATEGICI	
Obiettivo	Messa in atto azioni previste nel Programma per la trasparenza e l'integrità 2016-18
Indicatore	Realizzazione azioni
Obiettivo	Messa in atto azioni previste nel Piano triennale 2016/18 di prevenzione della corruzione dell'ASL VCO.
Indicatore	Realizzazione azioni



### Area Strategica 5: *Governo economico-finanziario*

OBIETTIVI STRATEGICI	
Obiettivo	Messa in atto azioni per perseguire la sostenibilità economica
Indicatore	Pareggio bilancio
Obiettivo	Governo spesa farmaceutica e dispositivi medici
Indicatore	Rispetto target di spesa

### Area Strategica 6: *Governo clinico*

OBIETTIVI STRATEGICI	
Obiettivo	Applicazione PDTA con particolare attenzione ai percorsi definiti nell'ambito della Rete Oncologia Piemontese.
Indicatore	Indicatori di riferimento per ogni PDTA
Obiettivo	Governo rischio clinico
Indicatore	Relazione circa la messa in atto di azioni
Obiettivo	Governo rischio infettivo
Indicatore	Rispetto parametri regionali
Obiettivo	Messa in atto interventi per la salute e sicurezza del lavoro
Indicatore	Relazione circa la messa in atto azioni

**Gli obiettivi strategici vengono poi tradotti in obiettivi operativi annuali** che vengono assegnati ai Direttori di Dipartimento, ai Direttori delle Strutture complesse aziendali, delle SOS Dipartimentali, delle Sos in Staff al Direttore Generale.

#### **Processo di attuazione del ciclo della Performance**

Come risulta dal Piano della Performance 2017 la Direzione Generale, al fine di realizzare una gestione efficace ed efficiente delle risorse e di responsabilizzare l'intera struttura aziendale, adotta un processo attraverso il quale, nel quadro degli obiettivi, delle risorse, delle strategie e dei programmi previsti dagli atti di programmazione regionali ed aziendali, pianifica, su base annuale, e con riferimento ai diversi soggetti cui sono conferiti incarichi di responsabilità (ovvero: Direttori di Dipartimento, di Soc, di Sos Dipartimentale, Responsabili di Sos in staff al Direttore Generale), gli obiettivi da perseguire, le risorse a tal fine destinate. La verifica dei risultati e degli scostamenti, positivi o negativi, dalle previsioni di budget, costituisce elemento fondamentale per la valutazione dei Responsabili.

Tale processo persegue l'intento di condurre ad unitarietà i molteplici processi operativi ed organizzativi e guidare le strutture verso il raggiungimento della missione aziendale. Di fondamentale importanza è l'utilizzo del sistema di reporting (mediante la predisposizione di report da parte della Struttura in staff Controllo di Gestione) che consente di mettere a disposizione dell'Azienda una serie di informazioni indispensabili per confrontare gli obiettivi prefissati con i





risultati conseguiti, permettendo, nel caso si evidenzino criticità, di introdurre tempestive azioni correttive.

**Il processo di budget si articola in una serie di fasi attraverso le quali la Direzione Generale:**

- elabora le linee annuali sulla base della programmazione regionale e locale - indica la previsione di budget generale a disposizione per l'esercizio di riferimento – richiama gli obiettivi strategici da perseguire. Tutto ciò con lo stretto coinvolgimento del Collegio di Direzione;
- individua, per ogni struttura aziendale, eventuali aree critiche su cui lavorare;
- richiede ai Direttori di Dipartimento, di Sos Dipartimentali, di Soc e di Sos in staff alla Direzione Generale, entro il 31 gennaio di ogni anno, una relazione in merito al grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati nell'anno precedente, nonché una proposta di 2 - 3 obiettivi specifici di struttura per il nuovo anno;
- predispone una scheda obiettivi per ogni singolo Dipartimento/Struttura (anche tenuto conto di quanto previsto nel Piano della Performance) trasmettendola ai singoli Direttori chiedendo, se ritenuto opportuno, di effettuare osservazioni in merito (tali note verranno trasmesse all'Organismo Indipendente di Valutazione che ne terrà conto al momento della valutazione circa il raggiungimento di ciascun obiettivo);
- organizza un incontro a livello Dipartimentale e con quelle Strutture che non afferiscono ad un ambito dipartimentale, per un confronto in merito alla scheda obiettivi, raccogliendo eventuali osservazioni;
- raccoglie le schede obiettivi firmate ed assume l'atto deliberativo;
- effettua un monitoraggio dei risultati. A questo proposito, a cadenza trimestrale, la Sos in Staff alla Direzione Generale Controllo di Gestione mette a disposizione della Direzione Generale e dei Direttori dei Dipartimenti/Sos Dipartimentali, Soc e Sos semplici in staff al Direttore Generale dei report al fine di verificare che l'andamento della gestione sia in linea con gli obiettivi previsti (in particolare riferiti alla produzione ed al budget di spesa), dando la possibilità di adottare, in caso contrario, le necessarie azioni correttive. Collaborazione viene fornita anche dalla Struttura funzionale Tecnica permanente per la misurazione della performance. Qualora lo scostamento sia stato determinato dal sopraggiungere di condizioni esterne che hanno modificato la situazione originaria, i Direttori di Dipartimento/Struttura possono chiedere alla Direzione Generale l'attivazione della procedura di revisione dell'obiettivo a suo tempo assegnato, motivandone la richiesta. La procedura di revisione viene gestita direttamente dalla Direzione Generale che ne comunica l'esito all'Organismo Indipendente di Valutazione. Gli obiettivi possono essere modificati/integrati dalla Direzione Generale in corso d'anno, anche per effetto dell'assegnazione, al Direttore Generale, degli obiettivi annuali da parte della Regione.

Nell'ambito della scheda obiettivi assegnata ad ogni Direttore di Dipartimento, di Sos Dipartimentale, di Soc, di Sos in staff al Direttore Generale a ciascun obiettivo è attribuito assegnato un peso; la somma totale del peso di tutti gli obiettivi è pari a 100.

L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.), l'anno successivo a quello di riferimento, valuta il raggiungimento degli obiettivi assegnati, annualmente, ai singoli Direttori. Per



effettuare la valutazione l'OIV utilizza la reportistica resa dalla Struttura in staff alla Direzione Generale Controllo di Gestione, tiene conto della relazione trasmessa da ciascun Direttore, delle informazioni ed elaborazioni fornite dai soggetti titolati a detenerle o produrle, delle relazioni presentate dai Coordinatori eventualmente individuati, degli indicatori e standard che costituiscono parte integrante della scheda obiettivi.

L'OIV si avvale del supporto della Struttura Tecnica Permanente per la misurazione della performance (costituita con atto deliberativo n. 126 del 31.3.2015) e della collaborazione di tutte le Strutture aziendali.

Sulla scorta delle informazioni così ottenute l'OIV valuta il grado di raggiungimento degli obiettivi effettuando, eventualmente a sorteggio, verifiche dirette rispetto ai dati rilevati ed alla documentazione pervenuta. Nel caso di difformità tra questi ultimi e gli esiti delle verifiche si dovrà analizzare lo scostamento riscontrato.

Come previsto nel Regolamento per il funzionamento dell'O.I.V., adottato con deliberazione n. 133 del 1° aprile 2015, la valutazione finale di risultato è espressa come percentuale complessiva di raggiungimento, ottenuta effettuando la somma delle percentuali di raggiungimento dei singoli obiettivi moltiplicato per il valore in "peso" rispettivamente assegnato. La valutazione potrà concludersi in 4 modalità differenti:

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 vengono trasmessi dalla segreteria O.I.V. al Direttore Generale che, in base alle risultanze, assume gli atti di competenza e trasmette le stesse alla Soc Gestione personale e Formazione che provvederà ad erogare, per quell'anno, il saldo degli incentivi.

L'O.I.V., nel periodo marzo-maggio 2017, come risulta dai verbali redatti per ciascun incontro, tenuto conto di quanto previsto nel Regolamento per il funzionamento dell'O.I.V. adottato con deliberazione n. 133/2015, ha effettuato la valutazione degli obiettivi assegnati, per l'anno 2016, dal Direttore Generale ai Direttori di Soc e Sos Dipartimentale trasmettendo le risultanze alla Direzione Generale.

Il Direttore Generale ha preso atto delle risultanze con apposito atto deliberativo, trasmettendolo alla Soc Gestione Personale e Formazione per l'adozione dei provvedimenti di competenza e per liquidare la retribuzione di risultato.

Con deliberazione n. 236 del 20 aprile 2017 sono stati assegnati dal Direttore Generale dell'ASL VCO gli obiettivi 2017 ai Direttori di Dipartimento, di Struttura Complessa, di Struttura Semplice Dipartimentale, di Struttura semplice in staff al Direttore Generale. Non sono ancora stati assegnati, da parte della Regione, gli obiettivi ai Direttori Generali per l'anno 2017.



## **Infrastruttura di supporto**

Con atto deliberativo n. 126 del 31.3.2015 è stato costituito l'organismo previsto dall'art. 14, commi 9,10, del D.Lgs n.150/2009 denominato "Struttura tecnica permanente per la misurazione della performance" prevedendo una composizione multidisciplinare. In particolare l'organismo è composto dal: Direttore Soc Affari Generali, Legali ed istituzionali - Responsabile EP Organizzazione, qualità, accreditamento - Responsabile Sos in staff Direttore Generale Controllo di Gestione (con funzioni di coordinamento) - Responsabile aziendale della prevenzione della corruzione e della trasparenza - Responsabile Soc Gestione personale e Formazione.

L'organismo assicura:

- all'Azienda il supporto, metodologico e strumentale, allo svolgimento dell'intero ciclo di gestione della performance, alla stesura del piano e delle relazioni sulla performance;
- all'OIV la necessaria collaborazione per lo svolgimento delle attività di volta in volta richieste.

## **Anticorruzione e trasparenza**

Con deliberazione dell'ASL VCO n. 42 del 31.1.2017 è stato approvato il Piano triennale di prevenzione della Corruzione 2017 -19, pubblicato sul sito nella sezione "*Amministrazione Trasparente*", con il quale sono state individuate le azioni da mettere in atto sul tema anticorruzione e trasparenza.

Il Responsabile della corruzione ha predisposto, in conformità a quanto disposto dalla L. n. 190/2012), entro il 15 dicembre 2016, una relazione (pubblicata sul sito nella sezione "*Amministrazione Trasparente*") sullo stato di attuazione del Piano con riguardo all'anno 2016 basata sui rendiconti presentati dai Dirigenti e sui risultati realizzati in esecuzione del Piano.

Con deliberazione n. 98 del 28.2.2017 è stato nominato un nuovo Responsabile aziendale della Prevenzione della corruzione e trasparenza, ai sensi dell'art. 43 del D.Lvo n. 33/2013 e smi e dell'art. 1, comma 7, della L. n. 190/2012 e smi., individuando la Dr.ssa Giuseppina Primatesta. Nel contempo sono state revocate, con decorrenza 28 febbraio: - la deliberazione n. 210 del 3.6.2014 di nomina del responsabile della prevenzione della corruzione, Dr. Luigi Petrone - la deliberazione n. 115 del 24.3.2015 di nomina del responsabile aziendale per la trasparenza, Dr.ssa Giuseppina Primatesta. Con la richiamata deliberazione n. 98/2017 è stato individuato un unico responsabile per la prevenzione della corruzione e trasparenza, anche tenuto conto di quanto previsto nella delibera A.N.A.C. n. 831 del 3.8.2016.

Con deliberazione n. 359 del 13.6.2017 è stata costituita la commissione prevista al punto 3.4 del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza dell'ASL VCO (di cui alla richiamata deliberazione n. 42-31.1.2017) costituita da un gruppo di Referenti interni all'Azienda che supportano l'attività del Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza. I componenti sono i seguenti:



7

Direttore Soc Affari Generali, Legali e Istituzionali  
Responsabile Sos Libera Professione – Ufficio Convenzioni  
Direttore Soc Gestione Personale e Formazione  
Direttore Soc Logistica e servizi tecnici e informatici  
Responsabile Sos Tecnico  
Responsabile Sos Tecnologia dell'Informazione e della Comunicazione  
Direttore Soc Gestione Economico-Finanziaria e Patrimonio  
Responsabile Organizzazione Sistema Qualità e Accreditamento  
Direttore Soc Direzione Presidi Ospedalieri Verbania-Domodossola  
Direttore Soc Farmacia  
Direttore Soc Direzione delle Professioni Sanitarie (Di.P.Sa.)  
Direttore Soc Distretto VCO  
Direttore Soc Gestione Attività Territoriali  
Direttore Dipartimento di Prevenzione

Nel contempo si è proceduto a revocare la deliberazione n. 92-17.3.2014 che prevedeva la costituzione di una Commissione formata da Referenti aziendali. Tuttavia, anche tenuto conto del vigente atto aziendale e del nuovo assetto organizzativo, si è provveduto a rivedere al composizione della Commissione.

Si prende atto che, nell'ambito della scheda obiettivi 2017 assegnati dal Direttore Generale ai Direttori di Soc/Sos Dipartimentali, Sos in staff alla Direzione Generale e Direttori di Dipartimento (con atto deliberativo n. 236 del 20.4.2017), è stata inserita, anche per l'anno 2017, una sezione di oggetto "Prevenzione della corruzione e miglioramento della trasparenza" prevedendo la messa in atto delle azioni specificate nel Piano triennale di prevenzione della corruzione, con il coordinamento del Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza, e la messa in atto delle modifiche previste dal D.Lvo n. 97/2016 al D.Lvo n. 33/2013 in tema di trasparenza.

L'Anac, con deliberazione n. 358 del 29.3.2017 ha emanato linee guida per quanto attiene la predisposizione del Codice di Comportamento per gli enti del SSN. L'ASL VCO, con atto n. 50/2015, ha adottato il Codice di comportamento per quanto attiene i propri dipendenti. Si procederà ad integrare tale deliberazione svolgendo il necessario iter coinvolgendo, in primo luogo, gli Uffici per i procedimenti disciplinari.

Con deliberazione dell'ASL VCO n. 42 del 31.1.2017, nell'approvare il Piano triennale di prevenzione della Corruzione 2017 -19, nella sezione II, si è disciplinato la materia della trasparenza.

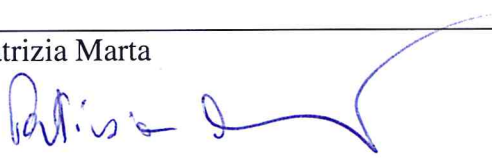
In merito alla trasparenza occorre rilevare che l'A.N.A.C., con deliberazione n. 236/2017 ha previsto che l'OIV attesti l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31.3.2017, avvalendosi della collaborazione del responsabile della trasparenza, con riguardo ad un numero circoscritto di obblighi di pubblicazione risultanti dalla griglia contenuta nell'allegato 1 alla delibera n. 236.



L'O.I.V., tenuto conto della deliberazione n. 236/2017 e del contenuto della Delibera ANAC n. 1310/2016, ha effettuato, in data 5 e 11 aprile 2017, la verifica sulla pubblicazione, completezza, aggiornamento ed apertura del formato dei documenti pubblicati nel sito dell'ASL VCO, nella sezione "Amministrazione Trasparente", come risulta dai verbali n. 3 del 5.4.2017 e n. 4 dell'11.4.2017. L'O.I.V., terminato l'esame della griglia di cui alla citata delibera n. 236/2017, ha predisposto:

- il documento di attestazione (di cui all'allegato 1 alla delibera n.236);
- la scheda di sintesi sulla rilevazione dell'OIV (di cui all'allegato 3 alla delibera n. 236), invitando il responsabile della trasparenza ad effettuare la pubblicazione sul sito aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente" entro il 30 aprile 2017. In tal senso l'Azienda si è mossa.

Omegna, 11 luglio 2017

<b>I Componenti O.I.V.:</b>	
Componente interno	Dr. Renzo Sandrini <i>Assente per collocamento a riposo</i>
Componente esterno	Dr.ssa Patrizia Marta 
Componente esterno	Dr. Claudio Bianco 