

All. A) al Verbale dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) n. 10 del 7.12.2020

**Relazione sul funzionamento del Sistema di Valutazione, Trasparenza ed Integrità dei
controlli interni anno 2020
(ai sensi dell'art. 14, comma 4, lett. a del D.Lgs n. 150/2009, così come modificato
dall'art. 11 del D.Lvo n. 74/2017)**

INDICE

1. PREMESSA
2. ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE (O.I.V.)
3. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA
4. PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE
5. STRUTTURA TECNICA PERMANENTE PER LA MISURAZIONE DELLA PERFORMANCE
6. MONITORAGGIO O.I.V.
7. PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
8. TRASPARENZA
9. PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI

1. Premessa

L'art. 14, comma 4, lett. a) del D.Lgs n. 150/2009, così come modificato dall'art. 11 del D.Lvo n. 74/2017, prevede che l'O.I.V. monitori il funzionamento complessivo del Sistema della valutazione della trasparenza ed integrità dei controlli interni ed elabori una relazione annuale sullo stato dello stesso, anche formulando proposte e raccomandazioni ai vertici amministrativi. La Civit (ora A.N.A.C.) ha formulato linee guida con delibere n. 4/2012 e n. 23/2013.

2. Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)

L'art. 44 del D.Lvo n. 33/2013, così come integrato dal D.lvo n. 97/2016, nell'indicare i compiti degli O.I.V., rileva che l'organismo verifica la coerenza tra gli obiettivi previsti nel Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e quelli indicati nel Piano della Performance, valutando, altresì, l'adeguatezza dei relativi indicatori.

L'art. 14 del D.Lvo n. 150/2009, nell'individuare i compiti dell'O.I.V., stabilisce che l'Organismo promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza ed all'integrità.

L'A.N.A.C., con Deliberazione n. 831/2016 relativa all'approvazione del PNA 2016, ha previsto un maggior coinvolgimento dell'O.I.V. nella formazione ed attuazione dei Piani, ritenendo che i componenti dell'O.I.V. debbano rafforzare il raccordo tra misure anticorruzione e misure di miglioramento della funzionalità delle amministrazioni e della performance degli uffici e dei funzionari pubblici.

All'O.I.V. compete, inoltre, di:

- verificare, anche ai fini della validazione della relazione sulla performance, che i piani triennali per la prevenzione della corruzione siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che, nella misurazione e valutazione della performance, si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione ed alla trasparenza (art. 1, comma 8bis, L. n. 190/2012 e smi);
- verificare i contenuti della relazione (redatta, ai sensi dell'art. 1, comma 14, della L. n. 190/2012, dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione), in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione ed alla trasparenza;
- esprimere parere obbligatorio nell'ambito del procedimento di adozione del Codice di Comportamento aziendale e svolgere un'attività di supervisione sull'applicazione del codice stesso;
- riferire all'A.N.A.C. in merito allo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza (art. 1, comma 8bis, L. n. 190/2012 e smi);
- promuovere e attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e integrità secondo le linee guida ANAC. L'art. 45, comma 2, del D.Lvo n. 33/2013 e smi prevede la possibilità per l'A.N.A.C. di coinvolgere l'O.I.V. per acquisire ulteriori informazioni sul controllo dell'esatto adempimento degli obblighi di trasparenza.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 12 dell'8.1.2015, in conformità alla normativa allora vigente, venne costituito l'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance (O.I.V.) dell'ASL VCO, per il triennio 2015-2017 e nominati i componenti (in sostituzione dei componenti del Nucleo di Valutazione). Dovendo nominare l'Organismo per il triennio 2018-2020, al fine di garantire, come stabilito dalla DGR n. 25-6944 del 23.12.2013, la piena trasparenza delle procedure, l'Azienda ha indetto, con deliberazione n. 852 del 28.11.2017, avviso pubblico per titoli per l'individuazione di n. 3 componenti dell'O.I.V. dell'ASL VCO, di cui un componente con funzioni di Presidente. Terminato l'iter valutativo delle domande pervenute, con deliberazione del Direttore Generale n. 55 del 23.1.2018, si è costituito l'O.I.V. per il triennio 2018-2020. Con successiva deliberazione n. 532 del 30.5.2018, nel prendere atto

delle dimissioni della Dr.ssa Borghese, pervenute in data 23 aprile 2018, a causa di impegni sopravvenuti, 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. n. 55/2018.

Come risulta dalla richiamata deliberazione n. 55 (modificata con la deliberazione n. 532) i n. 3 componenti individuati, di cui un componente con funzione di Presidente, sono i seguenti:

Componente esterno con funzione di Presidente	Dr. Claudio Bianco
Componente esterno	Dr.ssa Patrizia Marta
Componente esterno	Dr.ssa Patrizia Spadone

Inoltre:

- con deliberazione n. 789 del 2.8.2018 è stato approvato il Regolamento per il funzionamento dell'O.I.V. dell'ASL VCO;

- con deliberazione n. 790 del 2.8.2018 è stata ridefinita la composizione dell'Organismo denominato "*Struttura Tecnica permanente per la misurazione della Performance*" costituito, ai sensi dell'art. 14, commi 9,10 del D.Lvo n. 150 del 27.10.2009, smi, a suo tempo, con deliberazione n. 126 del 31.3.2015. Si tratta di un organismo a supporto dell'O.I.V.

L'art. 14, comma 4, lett. a) del D.Lgs n. 150/2009, così come modificato dall'art. 11 del D.Lvo n. 74/2017, prevede che l'O.I.V. monitori il funzionamento complessivo del Sistema della valutazione della trasparenza ed integrità dei controlli interni ed elabori una relazione annuale sullo stato dello stesso, anche formulando proposte e raccomandazioni ai vertici amministrativi. La Civit (ora A.N.A.C.) ha formulato linee guida con delibere n. 4/2012 e n. 23/2013. Pertanto i componenti O.I.V. procedono, anche mediante un confronto con il R.P.C.T. dell'Azienda, all'esame del sistema e relazionano in merito.

La relazione presenta, in modo sintetico, le principali evidenze riferite:

- alla performance organizzativa
- al processo di attuazione del ciclo della performance
- alla Struttura tecnica permanente per la misurazione della performance
- al monitoraggio da parte dell'O.I.V.
- alla tematica legata alla prevenzione della corruzione
- alla tematica legata alla trasparenza
- alla partecipazione dei cittadini.

La relazione è stata predisposta con il coinvolgimento del di R.P.C.T., Dr.ssa Giuseppina Primatesta, che svolge anche la funzione di Segretario O.I.V., tenendo conto della documentazione esistente in azienda tra gli altri: Piano annuale della Performance 2020, schede obiettivi 2020, Relazione annuale sulla Performance anno 2019, verbali O.I.V. 2020.

3. Performance organizzativa

L'ASL VCO ha attuato un sistema per la valutazione di risultato dei propri dipendenti basandosi su una logica di obiettivi. Ogni anno, tenuto conto sia di quanto disposto a livello nazionale e regionale sia della pianificazione aziendale, il Direttore Generale condivide ed assegna ai Direttori di Dipartimento, di Sos Dipartimentali, di Soc e di Sos in staff alla Direzione Generale gli obiettivi annuali. Nella scheda obiettivi 2020 sono stati assegnati gli obiettivi anche alle funzioni e, per gli amministrativi, anche alle Sos. Nell'anno 2020 l'Azienda ha predisposto:

- il Piano annuale della Performance (P.A.P.) dell'ASL VCO 2020	adottato con deliberazione n. 262 del 31.3.2020
- la Relazione sulla Performance riferita all'anno 2019	adottata con deliberazione n. 544 del 31.7.2020, successivamente integrata e modificata con atto n. 730 del 9.10.20. La relazione è stata validata dall'O.I.V. in data il 30.11.20 (All. A al verbale n. 9).

Dall'analisi del Piano annuale della Performance 2020 (P.A.P.) si rileva che il ciclo di gestione della performance prevede la definizione dell'albero della performance, che è una mappa logica che rappresenta, anche graficamente, i legami tra missione, linee strategiche, obiettivi strategici e obiettivi operativi e dimostra come gli obiettivi contribuiscono, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, al perseguimento della missione.

Nel P.A.P. 2020 è riportato l'albero della Performance che evidenzia le seguenti aree strategiche (n. 7):

Area Strategica: Promozione della salute e prevenzione malattie

Si ritiene di sviluppare 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: Assistenza territoriale

Il distretto, nel definire, a livello territoriale, le politiche per la salute, promuove la presa in carico del paziente dall'inizio sino al completamento del suo percorso di salute. Obiettivo prioritario è la messa in funzione delle Case della Salute e la realizzazione delle stesse. Si intende, inoltre, 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. Si ritiene mettere in atto il percorso cronicità e realizzare una sempre maggiore integrazione con i servizi socio sanitari.

Area Strategica: Assistenza ospedaliera

Si intende: – gestire 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; – mettere in atto azioni volte a perseguire l’umanizzazione delle cure e sostenere i principi legati all’empowerment; – gestire il rischio infettivo attraverso l’attività svolta dall’UPRI; – attivarsi per l’ospedale unico del VCO.

Area Strategica: *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. Con atto deliberativo n. 91 del 31.1.2020 è stato approvato il Piano triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza (P.T.P.C.T.) dell’ASL VCO 2020-2022 (aggiornamento 2020).

Area Strategica: *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.

Area Strategica: *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.

In particolare l’azienda è impegnata: – nella messa in atto delle indicazioni regionali per la gestione del rischio clinico e delle disposizioni fornite dall’Unità di Gestione del Rischio Clinico dell’ASL VCO; – nell’applicazione degli adempimenti previsti dalla Rete Oncologica Piemontese (D.G.R. n. 51 - 2485 del 23.11.2015), tenendo conto dei relativi indicatori e standard; – nel rispetto degli standard previsti nel Piano Nazionale Esiti (PNE); – nella messa in atto delle 18 Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza del paziente; – nell’applicazione del Manuale del Ministero della Salute per la sicurezza in sala operatoria con riguardo al Dipartimento delle Patologie Chirurgiche.

Area Strategica: *Salute e sicurezza sul lavoro*

Si assegna particolare importanza alla formazione in materia di sicurezza sul lavoro ed alla applicazione di quanto previsto dal Gruppo di coordinamento aziendale “*Salute e Sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro*”.

*

Le aree strategiche, a loro volta, sono state declinate in obiettivi strategici (obiettivi definiti anche tenuto conto dei documenti di programmazione nazionali e regionali, integrati con le esigenze strategiche aziendali).

Gli obiettivi strategici vengono poi tradotti in obiettivi operativi annuali che vengono assegnati ai Direttori: – di Dipartimento, delle Sos Dipartimentali – delle Strutture complesse aziendali – delle Sos in staff alla Direzione Generale. Nella scheda obiettivi annuale viene indicato, per ciascun obiettivo, l’indicatore e lo standard.

Con deliberazione n. 691 del 29.9.20 il Direttore Generale ha assegnato gli obiettivi 2020 ai Direttori di Dipartimento, di Struttura Complessa, di Struttura Semplice Dipartimentale, di Struttura semplice in staff, ai responsabili di funzione e, per gli amministrativi, anche alle Sos, alle Funzioni aziendali.

Nella declinazione degli obiettivi ai Direttori di Struttura si è tenuto conto degli obiettivi che verranno assegnati, annualmente, dalla Regione Piemonte ai Direttori Generali.

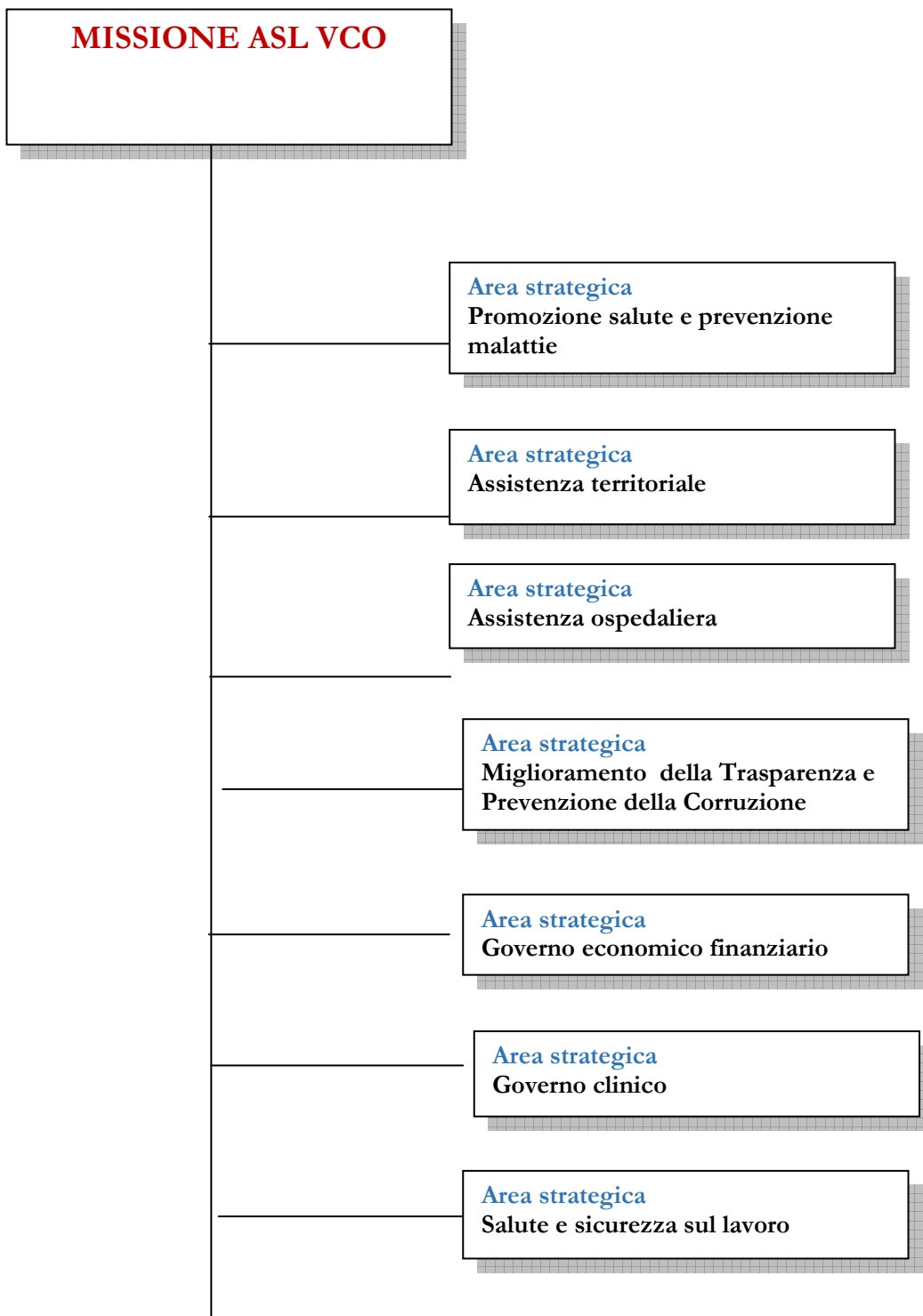
Dal Piano annuale della Performance 2020 si rileva il collegamento tra la missione aziendale e le aree strategiche (di seguito riportata).

La **missione** dell'Azienda, in linea con il vigente atto aziendale, è quella di garantire il diritto alla salute, offrendo i servizi, le attività, le prestazioni necessarie per la promozione, tutela, prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie e la riabilitazione ma, nel contempo, assicurare che tali attività servizi e prestazioni siano di qualità elevata e siano fornite nei modi, luoghi e tempi congrui per le effettive necessità della popolazione. L'Asl VCO svolge la funzione preminente di tutela della salute e quella di erogazione dei servizi di assistenza primaria tramite i distretti e dei servizi di assistenza specialistica tramite gli ospedali in rete. Le attività di promozione della salute e prevenzione primaria collettiva sono svolte dal Dipartimento di Prevenzione e/o mediante l'attivazione di programmi speciali finalizzati.

L'Azienda:

- opera secondo il modello della presa in carico del cittadino-utente riconoscendo la centralità del cittadino nell'ambito della costruzione dei propri processi, da realizzare mediante specifiche politiche di comunicazione orientate all'informazione ed alla partecipazione nella definizione delle scelte e nella valutazione dei risultati;
- persegue la valorizzazione del proprio capitale di tecnologie e di professionisti come competenze distintive, dedicate alla gestione e produzione di servizi sanitari.

Albero della Performance: collegamento fra missione e aree strategiche



Sempre dall'analisi del Piano delle Performance 2020 si evince che le aree strategiche, a loro volta, sono state declinate in obiettivi strategici (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).

Si premette che, con la nomina del nuovo Direttore Generale dell'Asl VCO, con DGR n. 12-69931 del 29.5.2018, sono stati individuati dalla Regione i seguenti **obiettivi di mandato**:

1.	Governo dei tempi di attesa
2.	CUP
3.	Sanità digitale
4.	Piano regionale cronicità e Case della Salute
5.	Piano regionale di prevenzione
6.	Rafforzamento funzione di committenza
7.	Equilibrio economico finanziario
8.	Edilizia sanitaria
9.	Trasparenza

Gli obiettivi strategici, tenuto conto delle aree strategiche individuate e degli obiettivi di mandato, sono i seguenti:

Area Strategica: *Promozione della salute e prevenzione malattie - Obiettivi strategici*

Obiettivo	Attuazione obiettivi del Piano regionale della prevenzione
Indicatore	Attuazione
Obiettivo	Adozione ed applicazione Piano locale della prevenzione in coerenza con gli indirizzi del Piano regionale di prevenzione
Indicatore	Piano
Obiettivo	Prosecuzione attività di screening oncologici: tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto.
Indicatore	Tasso di adesione nei tre programmi

Area Strategica: *Assistenza territoriale- Obiettivi strategici:*

Obiettivo	Attuazione Case della Salute (applicazione linee guida di cui alla DGR n. 3-4287/2016)
Indicatore	Attuazione
Obiettivo	Applicazione Piano Cronicità ASL VCO
Indicatore	Piano Cronicità
Obiettivo	Rafforzamento continuità ospedale-territorio
Indicatore	Messa in atto azioni

Area Strategica: Assistenza ospedaliera – Obiettivi strategici:

Obiettivo	Gestione rete ospedaliera tenuto conto delle DD.GG.RR. n. 1-600/2014 e n. 1-924/2015 – Messa in atto di azioni volte a realizzare l’appropriatezza dei ricoveri
Indicatore	Messa in atto azioni
Obiettivo	Umanizzazione delle cure – Empowerment
Indicatore	Messa in atto azioni
Obiettivo	Gestione rischio infettivo
Indicatore	Rispetto indicatori
Obiettivo	Messa in atto azioni volte alla costruzione del nuovo Ospedale Unico del VCO
Indicatore	Realizzazione azioni
Obiettivo	Appropriatezza prestazioni specialistica ambulatoriale e gestione tempi di attesa
Indicatore	Rispetto standard

Area Strategica: Miglioramento della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione – Obiettivi strategici

Obiettivo	Messa in atto azioni previste nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza (P.T.P.C.T.) dell’ASL VCO triennio 2020-2022 di cui alla deliberazione n. 91 del 31.1.2020.
Indicatore	Realizzazione azioni

Area Strategica: 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 – rispetto tetto di spesa personale
Indicatore	Target spesa farmaceutica – Tetto spesa personale

Area Strategica: Governo clinico – Obiettivi strategici

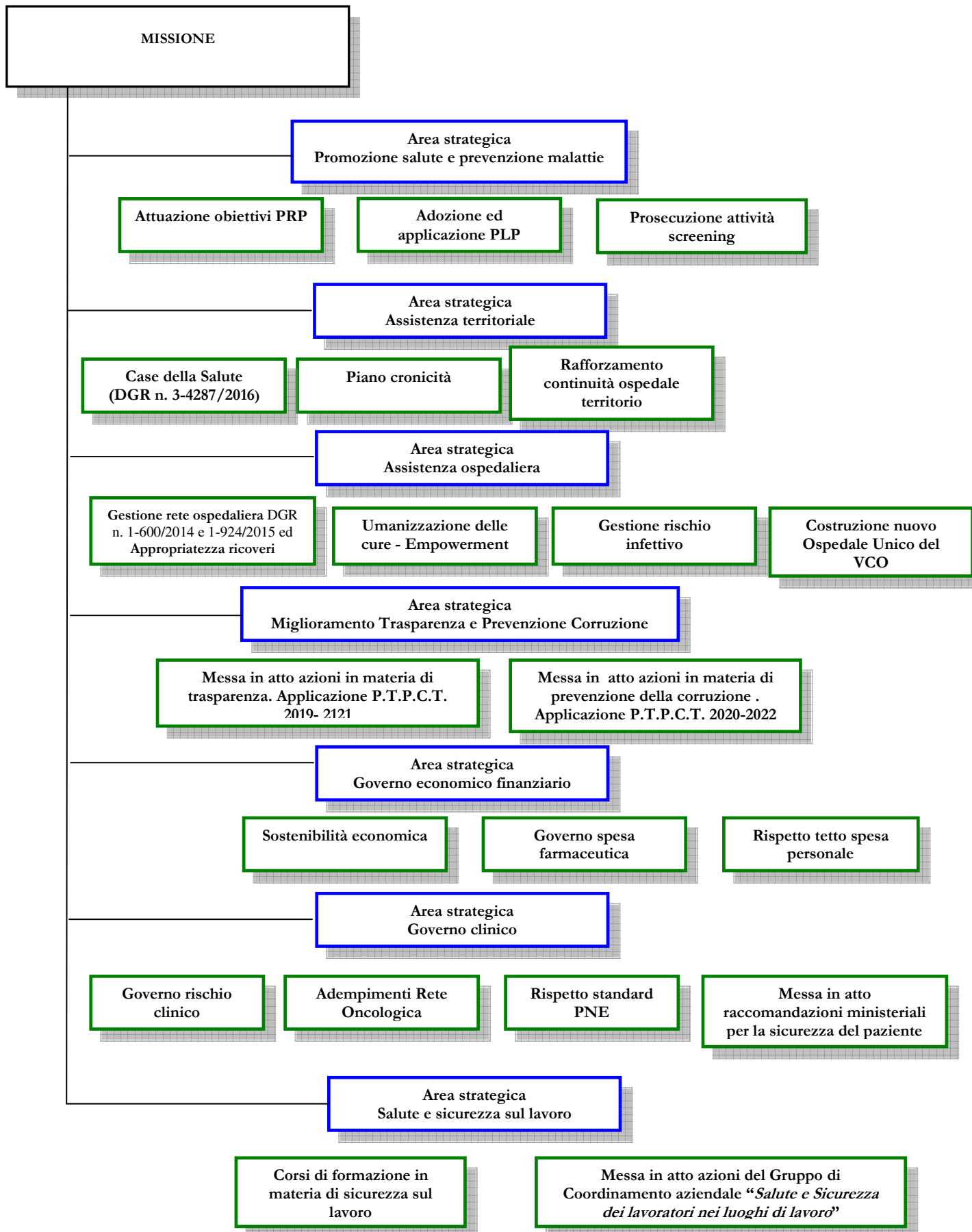
Obiettivo	Messa in atto delle indicazioni regionali per la gestione del rischio clinico e delle disposizioni fornite dall’Unità di Gestione del Rischio Clinico dell’ASL VCO
Indicatore	Messa in atto azioni
Obiettivo	Messa in atto adempimenti previsti dalla Rete Oncologica Piemontese (D.G.R. n. 51 – 2485 del 23.11.2015)
Indicatore	Rispetto indicatori specifici
Obiettivo	Applicazione Piano Nazionale Esiti (PNE)
Indicatore	Standard PNE
Obiettivo	Messa in atto delle 18 Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza

	del paziente
Indicatore	Indicatori specifici
Obiettivo	Applicazione del Manuale del Ministero della Salute per la sicurezza in sala operatoria
Indicatore	Indicatori specifici

Area Strategica: *Salute e sicurezza sul lavoro – Obiettivi strategici*

Obiettivo	Realizzazione corsi di formazione in materia di salute e sicurezza sul lavoro
Indicatore	Attivazione corsi
Obiettivo	Messa in atto azioni definite dal Gruppo di coordinamento aziendale “ <i>Salute e Sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro</i> ”
Indicatore	Messa in atto azioni

Albero della Performance: il collegamento fra missione aree strategiche ed obiettivi strategici



4. Processo di attuazione del ciclo della Performance

L'azienda 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, si pianificano, su base annuale, e con riferimento ai diversi soggetti cui sono conferiti incarichi di responsabilità, gli obiettivi da perseguire, le risorse a tal fine destinate. Lo scopo è mettere in atto una gestione efficiente ed efficace delle risorse responsabilizzando l'intera struttura aziendale.

Come risulta dal Piano annuale della Performance 2020 il processo di budget si articola in una serie di fasi attraverso le quali, annualmente, la Direzione Generale:

- elabora, con il coinvolgimento del Collegio di Direzione, 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;
- richiede ai Direttori di Dipartimento, di Sos Dipartimentali, di Soc e di Sos in staff alla Direzione Generale, entro il mese di febbraio di ogni anno, una relazione in merito al grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati nell'anno precedente, nonché una proposta di 1 obiettivo specifico di struttura per il nuovo anno;
- predispone una scheda obiettivi per ogni dipartimento e struttura aziendale (anche tenuto conto di quanto previsto nel Piano della Performance) condividendola nell'ambito del Collegio di Direzione;
- organizza un incontro a livello Dipartimentale, nel corso del quale, dopo un confronto, vengono sottoscritte le schede obiettivi dai Direttori delle Strutture afferenti il dipartimento, e pianifica un incontro con quelle Strutture che non afferiscono ad un ambito dipartimentale, sempre al fine della sottoscrizione delle schede;
- raccoglie le schede obiettivi, debitamente sottoscritte, ed assume l'atto deliberativo;
- effettua un monitoraggio dei risultati. A questo proposito, a cadenza trimestrale, la Struttura in Staff alla Direzione Generale, Controllo di Gestione, mette a disposizione della Direzione Generale e dei Direttori dei Dipartimenti/Sos Dipartimentali, Soc e Sos in staff alla Direzione Generale alcuni report al fine di verificare che l'andamento della gestione sia in linea con gli obiettivi previsti, 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 dal 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 di Dipartimento, di Sos Dipartimentale, di Soc, di Sos in staff al Direttore Generale.

Per effettuare la valutazione l'O.I.V. utilizza la reportistica resa dalla Struttura in Staff alla Direzione Generale Controllo di Gestione e dalla Struttura funzionale Tecnica Permanente per la misurazione della performance (costituita con atto deliberativo n. 126 del 31.3.2015, successivamente integrata con atto n. 790 del 2.8.2018), tiene conto della relazione trasmessa da ciascun Direttore, delle informazioni ed elaborazioni fornite dai soggetti titolari a detenerle o produrle, della relazione predisposta dai Coordinatori eventualmente individuati per specifici obiettivi, degli indicatori e standard che costituiscono parte integrante della scheda obiettivi.

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

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 al Direttore Generale che, in base alle risultanze, assume gli atti di competenza.

Dopo che il Direttore Generale ha preso formalmente atto delle risultanze del lavoro dell'O.I.V. le stesse vengono trasmesse all'Ufficio Personale che provvede ad erogare, per quell'anno, il saldo degli incentivi.

*

Relativamente all'anno 2020 la pandemia Covid ha comportato qualche variazione rispetto al processo sopra delineato, sia per quanto riguarda l'assegnazione degli obiettivi per l'anno 2020 sia relativamente alla valutazione degli obiettivi 2019 da parte dell'O.I.V.

Assegnazione obiettivi 2020

Nel verbale del Collegio di Direzione n. 3 del 27.8.2020 risulta che il Direttore Generale ha illustrato e condiviso la scheda obiettivi riferita all'anno 2020 precisando che l'emergenza Covid-19 ha comportato un rinvio nell'assegnazione degli obiettivi annuali e la definizione di una scheda semplificata rispetto all'anno pregresso (e rispetto a quanto previsto nel Piano della Performance 2020) articolata in 5 sezioni così denominate:

1. "obiettivi regionali"
2. "Azioni strategiche aziendali"
3. "Governano clinico, qualità, accreditamento, rischio clinico"
4. "Salute e sicurezza sul lavoro"
5. "Prevenzione corruzione/trasparenza/privacy".

Sono stati invitati i Direttori di Dipartimento a condividere la scheda con i Direttori delle Strutture di afferenza, inoltrando eventuali osservazioni alla Direzione Generale entro il termine del 2 agosto. Entro tale termine non sono pervenute istanze di variazioni/integrazioni della scheda ma solo richieste di precisazioni con riguardo a talune sezioni.

Nella scheda obiettivi 2020 è stata inserita una sezione riferita agli obiettivi che la Regione assegnerà al Direttore Generale per l'anno 2020.

Con atto n. 691 del 29.9.20 il Direttore Generale ha deliberato l'assegnazione degli obiettivi 2020 (schede peraltro firmate nei mesi di luglio-agosto) ai Direttori di Dipartimento, di Struttura Complessa, di Struttura Semplice Dipartimentale, di Struttura semplice in staff, di Sos (per l'ambito amministrativo) ed ai Responsabili di funzione.

Successivamente, con D.G.R. n. 15 - 2139 del 23.10.20, la Regione ha assegnato gli obiettivi per l'anno 2020 al Direttore Generale che, a sua volta, li ha declinati ai Direttori di Dipartimento, di Sos Dipartimentale, di Soc e di Sos in staff.

Valutazione obiettivi 2019 da parte dell'O.I.V.

Relativamente agli obiettivi 2019 il Direttore Generale ha, a suo tempo, ritenuto, solo al termine della pandemia, di richiedere ai Direttori di Struttura la relazione in merito alle azioni messe in atto per il raggiungimento degli obiettivi assegnati per l'anno 2019. Perciò, solo dopo che la Segreteria O.I.V. ha raccolto la documentazione a supporto della valutazione degli obiettivi 2019 l'O.I.V. ha potuto avviare l'iter valutativo (ovvero il 20 luglio 2020).

E' necessario anche osservare che l'emergenza Covid ha contribuito ad un rallentamento delle attività e ad uno spostamento di talune scadenze. In particolare il Dl 17.3.20 n. 18, art. 107, comma 3, (conv. L. n. 27 del 24.4.2020), per l'anno 2020, ha differito il termine per l'adozione del conto consuntivo 2019 (termine definito dall'art. 31 del D.Lvo n. 118 del 29.6.2011) al 31.5.2020

e la Regione, con DGR n. 2-1411 del 26.5.2020, ha disposto che la data ultima per l'adozione del bilancio consuntivo 2019 fosse il 15.6.20. Perciò, fino a quella data, non è stato possibile conoscere l'andamento della spesa 2019 e verificare il rispetto dell'importo del budget di spesa assegnato, come obiettivo 2019, a tutte le strutture aziendali.

In data 5 ottobre l'O.I.V. ha terminato le valutazioni degli obiettivi assegnati alle diverse strutture aziendali per l'anno 2019 invitando la Segreteria O.I.V. a trasmettere i verbali delle sedute e l'esito delle valutazioni al Direttore Generale per l'assunzione di provvedimenti di competenza.

Con atto n. 729 del 9.10.20 il Direttore Generale ha approvato le risultanze della valutazione operata dall'O.I.V.

5. Struttura tecnica permanente per la misurazione della performance

Con atto deliberativo n. 126 del 31.3.2015 venne 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 con figure professionali operanti all'interno di alcune strutture aziendali. 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. Successivamente all'adozione della deliberazione n. 429/2015 è emersa la necessità di apportare alcune modifiche all'atto aziendale vigente adottando, dapprima, la deliberazione n. 201 del 5.4.2017 e, poi, la deliberazione n. 292 del 12.5.2017 (entrambe recepite dalla Regione con la D.G.R. n. 31-5172 del 12.6.2017), successivamente, la deliberazione n. 556 del 31.5.2018 e, poi, la deliberazione n. 233 del 25.3.2019 (entrambe recepite dalla Regione con la D.G.R. n. 22-8806 del 18.4.2019). L'Organismo è così composto: Direttore Soc Direzione Sanitaria dei Presidi Ospedalieri di Verbania-Domodossola - Responsabile Sos in staff Controllo di Gestione (con funzioni di coordinamento) - Responsabile Incarico professionale di altissima specializzazione "Governare Clinico, Qualità, Appropriatelyzza, Rischio Clinico" - Direttore Soc Direzione Sanitaria dei Presidi Ospedalieri di Verbania-Domodossola - Direttore Soc Distretto VCO - Direttore Dipartimento di Prevenzione. L'Organismo assicura:

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

Con la richiamata deliberazione n. 790 si è anche precisato che i componenti O.I.V. potranno avvalersi della collaborazione della "Struttura tecnica permanente per la misurazione della performance" e, in caso di necessità, di tutte le strutture aziendali.

6. Monitoraggio O.I.V.

Nel corso dell'anno 2020 l'attività di monitoraggio è stata svolta con particolare riferimento agli obblighi di pubblicazione dettati dalla normativa vigente in materia di trasparenza, come risulta

dai verbali appositamente redatti. Si è anche realizzato un confronto con il RPCT anche per quanto attiene la gestione del Piano di prevenzione della corruzione e trasparenza.

7. Prevenzione della corruzione

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) formata 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: 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.

I **Referenti** per la prevenzione della corruzione svolgono le seguenti funzioni:

- coordinamento e raccordo al fine di facilitare il meccanismo di comunicazione-informazione tra il Responsabile della prevenzione e le varie Strutture aziendali interessate all'applicazione delle misure di prevenzione del rischio corruttivo;
- collaborazione per il monitoraggio del Piano e per la revisione del documento.

Sono, inoltre, tenuti a relazionare al R.P.C.T. e segnalare tempestivamente fatti corruttivi, tentati o realizzati, all'interno dell'amministrazione e del contesto in cui la vicenda si è sviluppata, ovvero di contestazioni ricevute circa il mancato adempimento agli obblighi di trasparenza.

Con deliberazione n. 91 del 31.1.2020 è stato adottato il Piano triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza aziendale 2020/22, pubblicato sul sito internet aziendale, sezione "Amministrazione Trasparente", sottosezione "Altri contenuti" – Prevenzione della corruzione.

Con lettera prot. n. 48501 del 21.8.20 il RPCT ha comunicato ai Direttori/Responsabili di Soc, Sosd, Sos in staff la pubblicazione del Piano, nel sito Asl VCO, nella sezione Amministrazione Trasparente, invitando a prenderne visione e darne la massima diffusione ai propri collaboratori.

Il Piano 2020 prevedeva di effettuare un'attività di monitoraggio finalizzata alla verifica dell'efficacia dei sistemi di prevenzione adottati ed alla successiva eventuale messa in atto di ulteriori strategie di prevenzione.

In data 22 luglio stata approvata la deliberazione n. 522 riferita alla messa in atto di audit interni con riferimento al Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (P.T.P.C.T.) 2020-21 (aggiornamento 2020) approvato con deliberazione n. 91/2020. Ciò in conformità a quanto disposto dalla L. n. 190/2012 e smi, dalla nota della Regione Piemonte, Direzione Sanità, pervenuta con e mail del 14.-5.19 (prot. Asl Vco n. 30410 del 14.5.19), con la

quale si è precisato che “...*gli audit in ambito di prevenzione della corruzione e trasparenza costituiscono una misura efficace anche nel contrasto alla corruzione e rappresentano, contemporaneamente, uno strumento utile per il monitoraggio di quanto descritto nei Piani*”.

Con tale nota si è anche osservato che l’audit non deve assumere un carattere ispettivo ma rappresenta un momento di approfondimento utile a far emergere eventuali criticità e ad apportare le opportune correzioni, in un’ottica di miglioramento continuo.

Come precisato nella richiamata deliberazione n. 522 del 22.7.2020 gli audit vengono effettuati dal R.P.C.T., prevedendo il coinvolgimento, a seconda dei settori coinvolti, e laddove necessario, dei Referenti anticorruzione aziendali (tenuto conto del campo specifico di esperienza di ciascun Referente), nominati con deliberazione n. 359/2017.

Con nota prot n. 50567 del 2.9.20 il RPCT ha trasmesso ai Direttori delle Strutture Gestione Personale e Formazione, Logistica e Servizi Informatici, Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio, Tecnico e Coordinamento aziendale nuovo ospedale, Distretto, DSO, SERD, Servizio Salute Mentale Territoriale, Farmacia che sarebbero stati effettuati audit in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione.

Da ottobre sono iniziati audit con riguardo a una serie di strutture aziendali, Tecnico e Coordinamento aziendale nuovo ospedale, Soc Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio ed altri sono in corso.

Le informazioni raccolte potranno essere utilizzate anche per rivedere la gestione del rischio al fine di poter aggiornare il Piano per l’annualità 2021.

*

Il Responsabile della corruzione ha predisposto, in conformità a quanto disposto dalla L. n. 190/2012), una relazione (pubblicata, entro il 31.1.2020, sul sito nella sezione “Amministrazione Trasparente”) ed allegata al Piano 2020, sullo stato di attuazione del Piano con riguardo all’anno 2019 basata sui rendiconti presentati dai Dirigenti e sui risultati realizzati in esecuzione del Piano, in conformità allo schema fornito da A.N.A.C.

*

Per quanto attiene il tema della formazione, dopo un approfondimento con il R.P.C.T., si segnala quanto segue.

Nel 2020, con lettera prot. 6486 del 29.1. 2020 il RPCT ha richiesto di riattivare almeno n. 5 edizioni del corso fad in materia di prevenzione della corruzione al fine di rispettare le disposizioni legislative vigenti in materia (L.190/2012). Di fatto, l’emergenza Covid non ha consentito di attivare nuove edizioni in quanto le priorità erano rivolte all’emergenza. Con nota del 18 agosto 2020, rientrata l’emergenza pandemica, il RPCT ha richiesto di attivare, entro fine anno, almeno n. 3 edizioni del corso.

A causa della pandemia non è stato possibile riattivare (come avvenuto per l’anno 2019), il corso residenziale dal titolo “*Lavorare nella sanità per una cultura dell’etica*” ed il corso residenziale dal titolo “*Prevenzione della corruzione e promozione della trasparenza*” che doveva essere aperto ai

Referenti, ai Direttori di Dipartimento, ai Direttori di Sosd, di Soc, Sos, Sos in staff e a tutti coloro i quali risultano particolarmente esposti al rischio corruttivo.

*

Per quanto riguarda la misura di prevenzione della corruzione legata alla rotazione del personale, da un confronto con il R.P.C.T., si può osservare che, in azienda, con l'applicazione del vigente atto aziendale, anche nel 2020 con la copertura dei posti vacanti di Direttore di Soc/Sosd (coperti, fino a quel momento, con l'individuazione di sostituti) si è dato un discreto impulso all'applicazione del principio di rotazione. Occorre rilevare che la rotazione, in azienda, è messa in atto, in misura significativa, nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione.

Il RPCT ha inviato una lettera (prot. n. 50561 del 2.9.20) indirizzata ai Direttori di Struttura ed ai Referenti anticorruzione dell'ASL VCO ricordando l'importanza dell'applicazione della rotazione come misura di prevenzione della corruzione e precisando, laddove non si riesca a metterla in atto, di applicare misure alternative illustrate nella medesima lettera (richiamando le deliberazioni ANAC sul tema). Infatti, si legge nel Piano, laddove si riscontrino difficoltà ad applicare il principio di rotazione, è possibile definire misure da adottare che possono comprendere, seppure a titolo esemplificativo: – la predisposizione di modalità operative che consentano una maggior condivisione delle attività fra gli operatori evitando l'isolamento di certe mansioni; – la definizione di check list da utilizzare dagli operatori nelle attività di controllo dei processi più esposti a rischio corruttivo. Con nota prot n. 50561 del 2.9.20 il RPCT ha richiesto al Direttore del Dipartimento di Prevenzione di proseguire con l'applicazione della misura di rotazione. Di fatto in ambito aziendale il Dipartimento di Prevenzione negli anni ha sempre messo in atto tale misura.

*

I componenti O.I.V. rilevano che, nell'assegnare gli obiettivi, per l'anno 2020, ai Direttori di Dipartimento, di Soc, Sos Dipartimentale e Sos in staff, la Direzione Generale ha individuato, analogamente agli anni pregressi, una specifica sezione dedicata alla prevenzione della corruzione ed al miglioramento della trasparenza, in conformità a quanto previsto nel Piano delle Performance 2020.

Il RPCT ha richiesto all'Ufficio Ispettivo l'effettuazione di verifiche in materia di inconfiribilità e di incompatibilità (D.Lgs. n. 39/2013 e smi) con particolare riferimento ai Direttori di Struttura (Soc, Sosd, Sos).

*

Per quanto riguarda il Codice di comportamento si prende atto che l'ASL VCO che, a suo tempo, con atto n. 50/2015, aveva adottato il Codice di comportamento, a seguito della determinazione ANAC n. 358 del 29.3.2017, ha proceduto, con deliberazione n. 162 del 22.2.2018, ad integrare la deliberazione n. 50/2015 svolgendo il necessario iter procedurale, anche tenuto conto del parere favorevole espresso dall'O.I.V. in conformità alla normativa vigente. Il codice rappresenta una delle "azioni e misure" principali di attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione a livello decentrato. L'atto deliberativo n. 162 del 22.2.2018 è stato pubblicato sul sito internet aziendale, sezione "Amministrazione Trasparente", sottosezione "Altri contenuti" – Prevenzione della corruzione.

Si segnala la delibera ANAC n. 177 del 19.2.20 riferita alle linee guida in materia di Codici di Comportamento delle pubbliche amministrazioni.

Con lettera prot. n. 48501 del 21.8.20 il RPCT ha invitato i Direttori di Struttura a diffondere tra i propri collaboratori la conoscenza del Codice di Comportamento (atto n. 162 del 22.2.18) tenendo presente che ANAC ha definito il Codice come una misura di carattere generale volta a ripristinare un più generale rispetto di regole di condotta che favoriscono la lotta alla corruzione.

8. Trasparenza

Nel corso dell'anno si è realizzato un confronto con il Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza oltre che per quanto attiene l'ambito della prevenzione della corruzione anche per l'ambito della trasparenza.

Con deliberazione dell'ASL VCO n. 91 del 31.1.2020, nell'approvare il vigente Piano triennale di prevenzione della Corruzione 2020–22, nella sezione II, si è disciplinato la materia della trasparenza, allegando l'elenco degli obblighi di pubblicazione di cui al D.Lvo n.33/2013 e smi.

In merito alla trasparenza occorre rilevare che l'A.N.A.C., con deliberazione n. delibera A.N.A.C. n. 213 del 4.3.2020, ha previsto che l'OIV attesti l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31.3.2020 (poi spostata al luglio 2020 a causa della pandemia covid), avvalendosi della collaborazione del responsabile della trasparenza, con riguardo ad un numero circoscritto di obblighi di pubblicazione risultanti dalla griglia contenuta nell'allegato 2.1 alla delibera n. 213/2020.

L'O.I.V., tenuto conto della deliberazione n. 213/2020 e del contenuto della Delibera ANAC n. 1310/2016, ha effettuato, in data 29 giugno e 9 luglio 2020, 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. 1 del 29.6.20 e n. 2 del 9.7.20. L'O.I.V., terminato l'esame della griglia di cui alla citata delibera n. 213/2020, ha predisposto:

- il documento di attestazione (di cui all'allegato 1.1 alla delibera n. 213);
- la scheda di sintesi sulla rilevazione dell'OIV (di cui all'allegato 3 alla delibera n. 213), invitando il responsabile della trasparenza ad effettuare la pubblicazione sul sito aziendale nella sezione "*Amministrazione Trasparente*" entro il 31 luglio 2020. In tal senso l'Azienda si è mossa.

*

In data 22.7.2020 è stata approvata la delibera n. 522 riferita all'effettuazione di audit in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza. Sono stati effettuati incontri con riguardo alle strutture aziendali, Soc Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio, Personale, Sos Tecnico e Coordinamento nuovo ospedale ed altri sono in corso.

*

In occasione dell'International AntiCorruption Day che si svolgerà il 9 dicembre e nell'impossibilità di realizzare la Giornata della Trasparenza, il RPCT ha aderito ad una iniziativa, messa in atto dai RPCT delle aziende sanitarie della Regione Piemonte, in concerto con le Direzioni

Generali, che ha previsto la realizzazione di un videomessaggio di condivisione che racchiude citazioni, obiettivi e progetti alla base dei valori di etica e moralità, fondamentali di ogni società.

9.Partecipazione dei cittadini

Per quanto attiene questo tema si segnala quanto segue:

- l'attivazione dell'Ufficio per le relazioni con il Pubblico;
- l'adozione del Regolamento di Pubblica Tutela (deliberazione n. 904 del 14.12.2017);
- la costituzione della Commissione Mista conciliativa finalizzata all'ascolto dei bisogni degli utenti ed al rispetto del diritto di partecipazione dei cittadini ai processi aziendali (vedi atto deliberativo n. 905 del 14.12.2017);
- la messa in atto di indagini sulla valutazione della qualità percepita;
- l'attività svolta dalla Conferenza di Partecipazione;
- l'adozione della Carta dei Servizi;
- l'adozione del Piano di Comunicazione riferito al triennio 2020/22, adottato con deliberazione n. 247 del 30.3.20.

Si rileva che, per la redazione del P.T.P.C.T., aggiornamento 2021, si pubblicherà il documento 2020 sul sito, chiedendo di esprimere valutazioni/osservazioni ai soggetti portatori di interessi. Di tali eventuali osservazioni si terrà conto in sede di aggiornamento del documento per il 2021.
