



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

**Verbale n. 4 del 18.8.2020
dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)
dell'Asl VCO**

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

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

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

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

*

L'incontro odierno è stato convocato, alle ore 14, presso la sede dell'Asl VCO, ad Omegna, 3° piano palazzo Beltrami, Via Mazzini 117, al fine di proseguire la valutazione degli obiettivi assegnati, dal Direttore Generale, per l'anno 2019, ai Responsabili di Struttura complessa, di Struttura semplice Dipartimentale, di Struttura semplice in Staff, funzione e di Dipartimento. Nella seduta odierna è stata invitata a partecipare all'incontro, per quanto attiene la sezione "Governo clinico-qualità-appropriatezza-rischio clinico" della scheda obiettivi 2019, la Dr.ssa Margherita Bianchi, Coordinatore dell'obiettivo, Responsabile dell'incarico di altissima professionalità "*Governo clinico, qualità, appropriatezza, rischio clinico*".

Risultano presenti alla seduta i componenti del Nucleo:

Dr. Claudio Bianco (Presidente)

Dr.ssa Patrizia Marta (componente)

Dr.ssa Patrizia Spadone (componente)

Assente

/

Segretario verbalizzante, Dr.ssa Giuseppina Primatesta.

I componenti dell'O.I.V. prendono atto che, con deliberazione n. 544 del 31.7.20, è stata approvata la relazione annuale sulla Performance (R.A.P.) dell'ASL VCO riferita all'anno 2019 ed il relativo allegato riferito alla "Relazione del Direttore Generale sulla gestione allegata al conto consuntivo 2018", all D. (conto consuntivo adottato con deliberazione n. 1045/2020). Nel medesimo atto si è precisato che, a causa dell'emergenza Covid 19, il Direttore Generale ha ritenuto, solo al termine della stessa, 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. In data 20 luglio si è riunito l'O.I.V. redigendo il verbale n. 3 e ha iniziato la valutazione degli obiettivi perciò, alla data dell'adozione della deliberazione n. 544, ovvero il 31 luglio, non si disponeva delle risultanze dell'iter valutativo. Con il medesimo atto n. 544 si è stabilito che, al termine della valutazione, l'O.I.V. avrebbe trasmesso le risultanze al Direttore Generale per l'adozione dei provvedimenti di competenza. Successivamente l'Azienda avrebbe provveduto ad integrare l'atto n. 544 con gli esiti delle valutazioni, allegando anche gli atti deliberativi, predisposti dalla Soc Gestione Personale e Relazioni Sindacali, relativi alla determinazione della consistenza definitiva dei fondi afferenti: - al comparto sanitario - all'area della dirigenza medica e veterinaria - all'area della dirigenza sanitaria, Dipsa, professionale, tecnica e amministrativa anno 2019 e provvisorio 2020 (al momento non ancora predisposti). Pertanto i componenti O.I.V., nel condividere i contenuti della deliberazione n. 544, rinviando la validazione della relazione (richiesta ai sensi dell'art. 14, comma 4, lett. c, del D.Lgs n. 150/2009 e smi) al momento in cui l'Azienda provvederà ad integrare l'atto n. 544 con gli esiti della valutazione degli obiettivi 2019 e dopo aver preso visione degli atti di rideterminazione dei fondi predisposti dalla Soc Personale.

*

L'O.I.V. prosegue la propria attività indirizzata alla valutazione degli obiettivi assegnati, per l'anno 2019, dal Direttore Generale ai Responsabili delle strutture complesse aziendali, dei Dipartimenti, delle Sos Dipartimentali, delle Sos in staff alla Direzione Generale, delle Sos amministrative e delle funzioni.

Per quanto riguarda la **sezione "Elogi/Reclami"** si precisa quanto segue.

La sezione comprende i seguenti sub obiettivi:

- **Comunicazione dell'attività della struttura**: il Responsabile addetto stampa, con nota prot. 5135/2020, ha precisato che i Direttori di struttura hanno risposto positivamente all'obiettivo. L'attività di comunicazione è stata svolta attraverso comunicati stampa, organizzazione di eventi o inaugurazioni, interviste con giornalisti di media locali, conferenze stampa, pubblicazioni sui social. Molti Responsabili hanno partecipato alla trasmissione "Vivere in Salute" trasmessa dalla televisione locale. Inoltre alcuni di essi hanno partecipato alla seconda edizione di Omegna Salute, serate di informazione e prevenzione sanitaria organizzate in collaborazione con il Centro Ortopedico di Quadrante e l'Amministrazione Comunale di Omegna. Alcuni Direttori hanno coinvolto o delegato l'attività ai propri Collaboratori. L'attività di comunicazione si è anche

svolta con l'utilizzo della pagina Facebook aziendale, del profilo Instagram e del sito aziendale. Il materiale a supporto dell'attività è depositato presso l'Ufficio Stampa.

- **Tempestiva risposta all'U.R.P. sui reclami da inviare entro 10 giorni dal ricevimento della lettera:**

l'obiettivo prevede la tempestiva risposta ai chiarimenti richiesti dall'Urp entro 10 giorni dal ricevimento della lettera dell'URP. Dopo un confronto con il Coordinatore dell'obiettivo, Sig. Nobili, (seguirà una nota) è emerso che vi sono stati alcuni solleciti inviati a taluni Direttori di Struttura (Direttori Soc Distretto VCO, Soc Medicina e Chirurgia d'Urgenza, Soc Dipsa). Tuttavia rileva che le risposte inviate oltre i termini sono state anche giustificate dalla complessità della segnalazione. Si è comunque provveduto a comunicare al cittadino segnalante del posticipo dei termini della risposta come previsto dal Regolamento di Pubblica Tutela. Verrà inviata una nota

I componenti O.I.V., all'unanimità, ritengono raggiunti gli obiettivi della sezione per tutte le strutture aziendali.

Per quanto riguarda la **sezione "Azioni strategiche aziendali"** si rileva che dette azioni comprendono: - il rispetto della tempistica per il caricamento delle prestazioni ambulatoriali sugli applicativi aziendali (per le strutture senza degenza) mentre, per quelle di degenza, anche il rispetto della tempistica per la chiusura delle SDO; - il rispetto degli adempimenti per la dematerializzazione (con l'obiettivo di mantenere i livelli raggiunti nel 2018); - il rispetto, per le strutture amministrative e per le strutture afferenti il Dipartimento di Prevenzione, dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali/nazionali propri della struttura. Sentito il Controllo di Gestione e la Struttura ICT si è verificato che non ci sono stati ritardi per quanto attiene la chiusura SDO (ciò confermato anche dal Direttore della Soc DSO, Dr. Garufi, che ha coordinato l'obiettivo) e per prestazioni ambulatoriali. Si è registrato un sostanziale mantenimento degli adempimenti in tema di dematerializzazione rispetto al 2018 (report ICT). Non si sono registrati richiami a livello regionale/nazionale per quanto attiene l'invio dei flussi.

I componenti OIV ritengono raggiunti gli obiettivi inseriti in questa sezione ed assegnati alle diverse strutture invece considerano raggiunto parzialmente l'obiettivo assegnato alla struttura Controllo di Gestione (con funzione di coordinamento) relativo alla "Definizione di un percorso aziendale per l'invio dei flussi nazionali e regionali ed eventuali proposte di miglioramento" in sinergia con la Sos ICT. Di fatto, come emerge dalla relazione del Responsabile della struttura Controllo di Gestione, è proseguita, nel corso del 2019, la collaborazione con la Sos ICT per rilevare errori nei flussi, pubblicando la relativa reportistica ed effettuando lavori estemporanei in sinergia con uno degli operatori informatici dell'ICT e con la Soc Direzione Sanitaria per il miglioramento della gestione dei flussi all'interno di un percorso consolidato, come risulta dalla documentazione a supporto. Il Direttore della Soc Logistica e Servizi informatici, Dr Bonisoli, nella sua relazione osserva che l'obiettivo è stato declinato alla Sos ICT che ha collaborato con il Controllo di Gestione. I componenti O.I.V., nel rilevare che la Sos ICT ha collaborato con il Controllo di Gestione per la gestione dei flussi, tuttavia il Coordinatore dell'obiettivo non ha presentato un percorso di miglioramento per quanto attiene la gestione dei flussi perciò ritengono l'obiettivo parzialmente raggiunto applicando una penalizzazione di 5 punti alla struttura Sos Controllo di Gestione che svolgeva funzioni di coordinamento.

Con nota prot. n. 43673 del 28.7.20 il Direttore della Soc Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio, Dr.ssa Succi, che ha coordinato gli obiettivi "Collaborazione e partecipazione al monitoraggio PAC" e "Rispetto della tempistica per la liquidazione delle fatture", obiettivi assegnati a strutture amministrative e anche sanitarie, ha confermato la collaborazione di tutte le strutture alle quali gli obiettivi sono stati assegnati. Le strutture liquidatrici hanno sostanzialmente rispettato i termini definiti dalla procedura aziendale per la liquidazione delle fatture. I componenti OIV prendono atto e considerano raggiunti gli obiettivi indicati per tutte le strutture aziendali alle quali gli stessi sono stati assegnati.

Per quanto attiene l'obiettivo riferito alla collaborazione e partecipazione al monitoraggio in materia di trasparenza il R.P.C.T., Dr.ssa Primatesta precisa che le Strutture coinvolte (Controllo di Gestione, Serd, Distretto VCO, Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio, Logistica e Servizi informatici, Gestione Personale e Relazioni Sindacali) hanno collaborato. Rispetto agli audit effettuati si evidenziano degli elementi di criticità per la Soc Logistica e Servizi Tecnici e Informatici e per la Soc Gestione Personale e Formazione prevedendo una penalizzazione di 3 punti.

Il Referente aziendale privacy precisa che si è realizzata una sinergia anche con riguardo all'obiettivo in materia di privacy sostanzialmente da quasi tutte le strutture coinvolte. Segnala la necessità, in tema di privacy, di un indispensabile e costante coinvolgimento da parte della Sos ICT (un significativo coinvolgimento è richiesto anche alla Soc Logistica e Servizi Informatici alla quale la Sos ICT afferisce. Peraltro, nell'anno 2019, tale sinergia, per quanto attiene la Sos ICT, ha risentito di problemi legati alla carenza di personale tecnico, come ribadito dal Direttore della Soc Logistica e Servizi Informatici nella relazione, struttura alla quale la Sos afferisce.

*

Nella seduta odierna è stata invitata a partecipare all'incontro, per quanto attiene **la sezione "Governo clinico-qualità-appropriatezza-rischio clinico"** della scheda obiettivi 2019 (schede allegate alla deliberazione n. 433/2019, allegato B), la Dr.ssa Margherita Bianchi, Coordinatore dell'obiettivo, Responsabile dell'incarico di altissima professionalità "*Governo clinico, qualità, appropriatezza, rischio clinico*", componente della Struttura Tecnica permanente per la misurazione della performance. Alla Dr.ssa Bianchi è stato chiesto di illustrare la relazione e la documentazione presentata dai Direttori di Struttura a supporto del raggiungimento degli obiettivi riferiti alla qualità.

L'O.I.V., per la valutazione del raggiungimento o meno degli obiettivi e l'applicazione delle eventuali decurtazioni, ha tenuto conto dei seguenti criteri:

- dei report della Dr.ssa Bianchi, Coordinatore dell'obiettivo, Responsabile dell'incarico di altissima professionalità "*Governo clinico, qualità, appropriatezza, rischio clinico*" e componente della Struttura Tecnica permanente per la misurazione della performance;
- della completezza della documentazione e delle relazioni presentate dai Direttori di Struttura;
- del grado di apporto/collaborazione della Struttura a livello trasversale con le altre strutture coinvolte nell'obiettivo.
- di eventuali problematiche proprie della Struttura non imputabili al Direttore della struttura.

Nella seduta odierna è iniziata la valutazione di alcune strutture aziendali.

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

Anatomia Patologica – obiettivi raggiunti al 100%.

Anestesia e Rianimazione: obiettivo 1 della scheda (vedi nota prot 68930 dell'8.9.19: -non revisionata la check list - assenza nella check list del 50% della firma dell'anestesista come da nota DSO prot 38944 del 6.7.20. Valutazione 2. - obiettivo 2 (in nessun processo è stato raggiunto lo standard concordato, vedi nota prot. n. 48078/19) valutazione 0 - obiettivo 3 "Programma rischio clinico": procedura aziendale gestione posti letto aggiuntivi in RIA non pervenuta; – scheda PRIMA non applicata come risulta dall'audit su un caso "RS" segnalazione caduta, vedi nota prot. 24846 del 24.4.20 e nota allegata prot. 10452 del 13.2.20". Valutazione 1. – obiettivo 4:(si richiedono precisazioni al Direttore di Soc in merito al numeratore e al denominatore

dell'indicatore riferito alla procedura "Programma di patient blood management".

- Attività consultoriale: obiettivi raggiunti al 100%.

- Cardiologia: non raggiunti gli obiettivi n. 4 e n. 5 relativi al monitoraggio PDTA gestione NAO e al PDTA fibrillazione atriale come osservato anche dal Direttore di Struttura in quanto non è stato effettuato il monitoraggio. Valutazione 0.

Chirurgia Generale Domo: raggiunto parzialmente l'obiettivo 2 relativo al programma regionale rischio clinico in quanto non è stato rispettato il comportamento in sala operatoria. Vedi nota prot. 48078/2019: Valutazione 4 punti.

Chirurgia Generale Verbania: raggiunto parzialmente l'obiettivo n. 1 avendo raggiunto lo standard per la compilazione delle check list del 60% e non dell'80%, vedi nota DSO prot. 38944 del 6.7.20. Valutazione 4 punti; - raggiunto parzialmente l'obiettivo 2 relativo al programma regionale rischio clinico in quanto non è stato rispettato il comportamento in sala operatoria, vedi nota prot. 48078/2019. Valutazione 4 punti.

DS multidisciplinare: i componenti O.I.V. chiedono di integrare la relazione obiettivi con riferimento ad indicatori e standard assegnati.

Endocrinologia e Diabetologia: con riguardo all'obiettivo 3 relativo alla "Validazione della procedura del piede diabetico" si ritiene l'obiettivo raggiunto parzialmente in quanto il percorso risulta ancora incompleto, non validato e non pubblicato. Valutazione 2 punti.

Endoscopia Digestiva: obiettivi raggiunti al 100%.

Dipsa: raggiunti parzialmente i seguenti obiettivi: obiettivo 2 "revisione procedura rischio cadute" non è pubblicata. Valutazione 1 punto - obiettivo 3 "revisione procedura raccolta sangue cordonale" la stessa non è pubblicata. Valutazione 1 punto - obiettivo n. 5 "applicazione scheda informatizzata PRIMA in tutte le strutture di degenza" obiettivo raggiunto parzialmente in quanto la scheda informatizzata è attiva solo nelle strutture dell'area chirurgica. Valutazione 1 punto.

DSO: raggiunti parzialmente i seguenti obiettivi: obiettivo n. 1 "PPOO 2013-15 monitoraggio check list sicurezza in sala operatoria", manca evidenza: - delle azioni correttive individuate con Dipartimento Patologie Chirurgiche, della informatizzazione della check list e del corso relativo. Valutazione 2 punti.- Obiettivo n. 2 "Monitoraggio PO 27-OUP 11 procedura trasporti secondati mediante check list dedicate": non è stato attivato il registro dedicato. - Obiettivo n. 3 "Monitoraggio PO 27OUP 07 gestione documentazione sanitaria mediante check list dedicate": l'analisi della check list è incompleta, manca evidenza di azioni correttive individuate con Strutture. Valutazione 2 punti. - Obiettivo n. 6 "Programma regionale rischio clinico": manca evidenza delle azioni correttive in seguito ad osservazione diretta nel blocco operatorio. Valutazione 2 punti.

Distretto VCO: raggiunti parzialmente gli obiettivi n. 1, n. 2, n. 3 in quanto manca il monitoraggio del 4° trimestre 2019. Valutazione 2 punti per ciascun obiettivo. Raggiunto parzialmente l'obiettivo n. 4 in quanto, per quanto riguarda la "Applicazione dei protocollo per la gestione del dolore nel distretto", la procedura è stata revisionata ma manca il monitoraggio degli indicatori. Valutazione 2 punti.

Farmacia: obiettivi raggiunti al 100%.

GAT: raggiunti parzialmente i seguenti obiettivi: obiettivo n. 2 "Procedura operativa ECG a domicilio", la raccolta degli indicatori è stata effettuata, le prestazioni sono in calo, manca la valutazione comparativa. Valutazione 1 punto. Obiettivo n. 4 "Monitoraggio applicazione percorso NOCC-NDCC" manca il monitoraggio degli indicatori. Valutazione 3 punti. - Obiettivo n. 5 relativo alla "Applicazione del protocollo procedura del dolore", manca il monitoraggio degli indicatori. Valutazione 3 punti.

Geriatrics: obiettivi raggiunti al 100%.

- Laboratorio Analisi: raggiunti parzialmente i seguenti obiettivi: obiettivo n. 1 “Procedura per accettazione test urgenti di laboratorio da inviare a Novara”: procedura in bozza non validata- Valutazione 1 punto. Obiettivo n. 2 “Procedura operativa per accertamenti di cui artt. 186 e 187 D.Lgs 285/92 e smi”: non è stata validata. Valutazione 2 punti. Obiettivo n. 4: “Aggiornamento profili Soc MCU e prericovero” non fornita evidenza di attivazione. Valutazione 2 punti.

Malattie Infettive: raggiunti parzialmente i seguenti obiettivi: n. 1 “Adeguatezza consumo antibiotici e antifungini indicatore regionale 11”, monitoraggio parziale. Valutazione 2 punti. - Obiettivo n. 3 “Revisione 03 di procedura operativa 25-Upri 01 antibiotico profilassi in chirurgia”: pervenuta in bozza il 21.8.20. Valutazione 1 punto.

La seduta si conclude alle ore 17,30.

Letto, confermato e sottoscritto.

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