



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

Azienda Sanitaria Locale
del Verbanò Cusio Ossola

**Verbale n. 5 del 20.8.2020
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. 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"*. Ciò al fine di terminare la valutazione degli obiettivi qualità iniziata nel corso della seduta del 18 agosto.

*

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.

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.

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.

Per quanto attiene la sezione **"Prevenzione corruzione/miglioramento trasparenza"** il R.P.C.T. che svolge anche le funzioni di segretario OIV elenca le azioni che le Strutture Aziendali dovevano mettere in atto:

- partecipazione corso fad in materia di prevenzione della corruzione (di fatto, nel corso del 2019, sono state attivate solo 2 edizioni del corso per problemi organizzativi, in particolare per carenza di personale amministrativo da parte della struttura Formazione);
- compilazione di n. 2 relazioni (entro il 15.9.19 ed entro il 15.1.2020) utilizzando uno schema proposto dal R.P.C.T. : le strutture hanno provveduto in tal senso;
- aggiornamento scheda Agenas: la scheda è stata compilata ad eccezione della Soc Cardiologia che ha inserito le informazioni nella scheda ma non è riuscito a sottoscriverla.

I componenti O.I.V., all'unanimità, ritengono raggiunti gli obiettivi della sezione per tutte le strutture aziendali ad eccezione della Soc Cardiologia, per la quale si prevede la penalizzazione di 1 punto.

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"**, componente della Struttura Tecnica permanente per la misurazione della performance. E' presente anche il Dirigente Medico Dr.ssa Fiore che afferisce al settore qualità.

La Dr.ssa Bianchi illustra ai componenti O.I.V. la relazione e la documentazione presentata dai Direttori di Struttura (la Dr.ssa Bianchi ha partecipato all'incontro dell'O.I.V. del 18 agosto nel corso del quale è iniziata la valutazione degli obiettivi qualità) a supporto del raggiungimento degli obiettivi riferiti alla qualità. Collaborazione viene fornita anche dal Dirigente medico, Dr.ssa Fiore.

Si prendono in esame le schede allegate alla deliberazione n. 433 del 30.5.19 , allegato B, riferite agli obiettivi ricompresi nella sezione **"Governo clinico, qualità, appropriatezza, rischio clinico"**.

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

Soc Anestesia e Rianimazione: con riguardo all'obiettivo 4 si esaminano le integrazioni richieste al Direttore di Soc, Dr. Maestrone. La procedura "programma di patient blood management" non è stata applicata e, quindi, non è stato effettuato il monitoraggio. Vedi anche nota DSO prot. 76274. Valutazione 1 punto.

DS Multidisciplinare: esaminate le integrazioni presentate dal Dr De Cesare si ritiene perseguito parzialmente l'obiettivo n. 1 in quanto non è stato raggiunto lo standard concordato dell'80% relativamente alla compilazione della check list, vedi nota prot. 38944 del 6.7.20. Valutazione 3 punti.

Soc Medicina e Chirurgia di Urgenza: raggiunti parzialmente i seguenti obiettivi: obiettivo n. 1 "Monitoraggio procedure trasporti secondari, fast track accertamenti richiesti artt 186 e 187 del Dlvo n 285/92 e smi": con nota prot. 71269 del 19.9.19 è stato richiesto dalla DSO l'attivazione del registro dei trasporti. Il registro non è stato attivato in quanto definito atto burocratico. Come da relazione della DSO solo nel 39% dei trasporti secondari si verifica la presenza della documentazione prevista (scheda trasporto, scala Eherenwerth e CL trasporti). Valutazione 1 punto. Obiettivo n. 2 "Programma regionale rischio clinico": mancata risposta alla nota prot. 9395 del 10.2.20 riferita all'invio della segnalazione n. 128/2019 e mancata risposta anche al sollecito di cui alla nota prot. n. 36107 del 23.6.20. Mancato riscontro delle azioni di miglioramento in seguito a FMEA Cartorisk come da progetto regionale e corso accreditato ecm. Valutazione: 2 punti. - obiettivo n. 3 "gestione del dolore" monitoraggio eseguito ma incompleto. Valutazione 4 punti.

Medicina Domodossola: raggiunti parzialmente i seguenti obiettivi: obiettivo n. 1 "Redazione procedura per gestione attività angiologia emostasi e trombosi" la procedura è solo in bozza. valutazione 1 punto.- Obiettivo n. 3 "programma regionale rischio clinico" non vi è evidenza della messa in atto di azioni di miglioramento in seguito ad audit/RCA per segnalazioni incidente reporting o ad osservazione diretta. . Valutazione 4 punti.

Medicina Verbania: risultano raggiunti parzialmente i seguenti obiettivi: obiettivo n. 1 "Procedura piede diabetico". Il percorso risulta ancora incompleto, non validato e non pubblicato. Valutazione 4 punti. obiettivo n. 2 "Programma regionale rischio clinico": non vi è evidenza della messa in atto di azioni di miglioramento in seguito ad audit/RCA per segnalazioni incidente reporting o ad osservazione diretta. Valutazione 4 punti.

Nefrologia e Dialisi : obiettivi raggiunti al 100%.

Neurologia: risulta raggiunto parzialmente l'obiettivo n. 6 "Revisione pdta stroke"" il pdta è in corso di valutazione. Valutazione: 5 punti.

NPI: obiettivi raggiunti al 100%. – Oculistica: risultano raggiunti parzialmente i seguenti obiettivi: obiettivo n. 1 "Revisione PDTA cataratta": non pervenuto l'aggiornamento per terapia ABT. Valutazione 2 punti – Obiettivo n. 2 "Rispetto indicazioni manuale sicurezza in sala operatoria": è stato raggiunto lo standard di compilazione check list al 30% e non all'80%. Valutazione 2 punti. - Obiettivo n. 3 "Programma regionale rischio clinico": non è stato rispettato il comportamento in sala operatoria, vedi nota prot. 48078/2019: Valutazione 4 punti.

Oncologia : obiettivi raggiunti al 100%.

Ortopedia e traumatologia Verbania: risultano raggiunti parzialmente i seguenti obiettivi: obiettivo n. 1 “Manuale sicurezza in sala operatoria”, avendo raggiunto lo standard per la compilazione check list al 20% e non all’80%, vedi nota prot 38944 del 6.7.20 DSO. Valutazione 3 punti. - Obiettivo n. 2 “Monitoraggio PO 27-OUP07 gestione documentazione sanitaria mediante check list dedicate”: cartelle cliniche incomplete vedi nota DSO prot. 38944 del 6.7.20. Valutazione 3 punti. - Obiettivo n. 3 “Programma regionale rischio clinico” non è stato rispettato il comportamento in sala operatoria, vedi nota prot. 48078/2019. Valutazione 4 punti.

Ortopedia e traumatologia Domodossola: risultano raggiunti parzialmente i seguenti obiettivi: Obiettivo n. 2 “Monitoraggio PO 27-OUP07 gestione documentazione sanitaria mediante check list dedicate”: cartelle cliniche incomplete vedi nota DSO prot. 38944 del 6.7.20. Valutazione 3 punti. Obiettivo n. 3 “Programma regionale rischio clinico”: non è stato rispettato il comportamento in sala operatoria, vedi nota prot. 48078/2019. Valutazione 4 punti.

ORL: risulta raggiunto parzialmente l’obiettivo n. 2 “Programma regionale rischio clinico”: non è stato rispettato il comportamento in sala operatoria. Vedi nota prot. n. 48078/19 .Valutazione 1 punto.

Ostetricia e Ginecologia: risulta raggiunto parzialmente l’obiettivo n. 5 “Programma regionale rischio clinico”: non utilizzo della CCE per la gestione della terapia e non è stato rispettato il comportamento in sala operatoria. Valutazione 3 punti.

Pediatria: risultano raggiunti parzialmente i seguenti obiettivi: obiettivo n. 2 “Redazione procedura gestione emergenza del bambino con bronchiolite”: è stata recepita la procedura regionale ma non si è realizzata la contestualizzazione in azienda. Valutazione 3 punti. - Obiettivo n. 3 “Programma regionale rischio clinico”: deve essere validata la procedura triage pediatrico e deve essere utilizzato PHI (CCE). Valutazione 2 punti.

Psicologia: risulta raggiunto parzialmente l’obiettivo: n. 4 relativo alla “Redazione della procedura dello screening, diagnosi e presa in carico delle pazienti con psicosi/depressione post partum”: la procedura è in bozza. Valutazione 1 punto.

Radiodiagnostica: risulta raggiunto parzialmente l’obiettivo n. 2 relativo alla “Procedura accertamenti radiologici in politrauma”: valutazione 0 in quanto non sono stati raccolti gli indicatori.

Radioterapia : obiettivi raggiunti al 100% - RRF: obiettivi raggiunti al 100% - SERD: obiettivi raggiunti al 100%.

Servizio Salute Mentale Territoriale: risultano raggiunti parzialmente i seguenti obiettivi: obiettivo n. 2 “Applicazione percorso a supporto alle famiglie con pazienti psichiatrici”: non è stato relazionato in merito alla valutazioni esito indicatori. Valutazione 0,5 punti. - obiettivo n. 5 “Collaborazione monitoraggio procedura gestione ricovero ospedaliero urgente di paziente afferente alla Soc NPI” non è stato relazionato in merito alla valutazioni esito indicatori. Valutazione 0 punti.

SIMT: obiettivi raggiunti al 100% - SPDC: obiettivi raggiunti al 100%.

Urologia: risultano raggiunti parzialmente i seguenti obiettivi: obiettivo n. 1 “Rispetto delle indicazioni manuale sicurezza in sala operatoria, audit secondo indicazioni regionali”, è stato raggiunto lo standard di compilazione check list al 22% e non all’80%. Vedi nota DSO prot. 38944/2020. Il Direttore della Soc, dr Centrella, con riferimento alla percentuale raggiunta del 22% osserva quanto segue. “*Dal manuale di*

procedura operativa per l'utilizzo della check-list (pag. 25) viene definita la modalità operativa di stesura delle tre fasi: sign out, time out, sign out. Il coordinatore individuato, così come raccomandato dall'OMS, è l'infermiere addetto alle funzioni di sala operatoria. Nessuna delle incongruità nella compilazione della scheda di check list è riportabile ad imperizia dell'operatore medico urologo (100% della correttezza delle procedure). Valutazione 2 punti. - Obiettivo n. 3 "Programma regionale rischio clinico": non è stato rispettato il comportamento in sala operatoria, vedi nota prot. 48078/2019. Valutazione 4 punti.

La seduta si conclude alle ore 17,45.

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