

All. A) al Verbale dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) n. 10 del  
23.11.2018

Relazione sul funzionamento del Sistema di Valutazione, Trasparenza ed Integrità  
dei controlli interni anno 2018  
(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)

Premessa

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 (in sostituzione del Nucleo di Valutazione), e nominati i componenti (in sostituzione dei componenti del Nucleo di Valutazione). Alla scadenza del triennio si è proceduto allo svolgimento dell'iter procedurale per nominare un nuovo O.I.V.

La Regione Piemonte, con DGR n. 25-6944 del 23.12.2013, ha provveduto a dare attuazione alla normativa di riferimento presso le aziende sanitarie in tema di costituzione e funzionamento dell'OIV che in materia di misurazione, valutazione della performance.

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) e 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 aprile 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. n. 55/2018.

Come risulta dalla citata deliberazione n. 532 i n. 3 componenti individuati, di cui un componente con funzione 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'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 all'esame del sistema e relazionano in merito.

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

a) alla performance organizzativa
b) al processo di attuazione del ciclo della performance
c) all'infrastruttura di supporto
d) al monitoraggio da parte dell'O.I.V.
e) alla tematica legata alla prevenzione della corruzione
f) alla tematica legata alla trasparenza
g) alla partecipazione dei cittadini

a) 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, 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.

Nell'anno 2018 l'Azienda ha predisposto il Piano della Performance 2018, adottato con deliberazione n. 310 del 30.3.2018, e la relazione annuale sulla performance riferita all'anno 2017, approvata con deliberazione n. 691 del 6.7.2018. La relazione è stata validata dall'O.I.V. il 12.7.2018 (All. A al verbale n. 8).

Esaminando il Piano della Performance 2018 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. Obiettivo prioritario è la messa in funzione delle Case della Salute. 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.

### **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. Con atto deliberativo n. 77 del 31.1.2018 è stato approvato il Piano triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza dell'ASL VCO 2018-2020 (aggiornamento 2018).

### 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 2018 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).

Gli obiettivi strategici, tenuto conto delle aree strategiche individuate e degli obiettivi di mandato, 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

<b>OBIETTIVI STRATEGICI</b>	
Obiettivo	Riordino rete territoriale a seguito DGR n. 26-1653 del 29.6.2015. Messa in atto azioni previste nel PAT. Attivazione Case della Salute.
Indicatore	Messa in atto azioni
Obiettivo	Rafforzamento continuità ospedale-territorio
Obiettivo	Appropriatezza prestazioni specialistica ambulatoriale
Indicatore	DGR n. 15-7486/2014 e Disposizioni ministeriali/regionali

## Area Strategica 3: Riordino assistenza ospedaliera

<b>OBIETTIVI STRATEGICI</b>	
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

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

<b>OBIETTIVI STRATEGICI</b>	
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 2018-2020 di cui alla deliberazione n. 77 del 31.1.2018.
Indicatore	Realizzazione azioni

## Area Strategica 5: Governo economico-finanziario

<b>OBIETTIVI STRATEGICI</b>	
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

<b>OBIETTIVI STRATEGICI</b>	
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, anche per il 2018, sono stati tradotti in obiettivi operativi annuali che sono stati assegnati ai Direttori di Dipartimento, ai Direttori delle Strutture complesse aziendali, delle SOS Dipartimentali, delle Sos in Staff al Direttore Generale.

#### b) Processo di attuazione del ciclo della Performance

Al fine di realizzare una gestione efficace ed efficiente delle risorse e di responsabilizzare l'intera struttura aziendale 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. 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 Sos in staff alla Direzione Generale 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, a tutt'oggi, si articola in una serie di fasi attraverso le quali, annualmente, 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 (Dipartimento, Sos Dipartimentale, Soc, Sos in staff alla Direzione Generale), eventuali aree critiche su cui lavorare o aree da potenziare;
- richiede ai Direttori di Dipartimento, di Sos Dipartimentali, di Soc e di Sos in staff alla Direzione Generale, entro gennaio–febbraio di ogni anno, una relazione in merito al grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati nell'anno precedente, nonché una proposta di 1 – 2 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 (il Direttore della Struttura coordina la Struttura funzionale Tecnica permanente per la misurazione della performance) 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. Come sopra precisato per l'anno 2018 la Regione ha assegnato gli obiettivi al Direttore Generale. Gli stessi sono stati declinati alle Strutture coinvolte.

Con DGR n. 26-6421 del 26.1.2018 la Regione ha assegnato gli obiettivi per l'anno 2018 ai Direttori Generale. Il Direttore Generale, con deliberazione n. 184 del 28.2.2018, ha declinato tali obiettivi ai Direttori di Dipartimento, di Sos Dipartimentale, di Soc e di Sos in staff.

Con successiva deliberazione n. 450 del 9.5.2018 il Direttore Generale ha assegnato gli obiettivi 2018 ai Direttori di Dipartimento, di Struttura Complessa, di Struttura Semplice Dipartimentale, di Struttura semplice in staff.

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 di Dipartimento, di Sos Dipartimentale, di Soc, di Sos in staff al Direttore Generale. Per effettuare la valutazione l'OIV utilizza la reportistica resa dalla Sos 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, integrato con atto n. 790/2018), tiene conto della relazione trasmessa da ciascun Direttore, delle informazioni ed elaborazioni fornite dai soggetti titolati a detenerle o produrle, della relazione predisposta dai Coordinatori eventualmente individuati, degli indicatori e standard che costituiscono parte integrante della scheda obiettivi.

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.

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.

L'O.I.V., dal 29.3.18 al 30.4.18, come risulta dai verbali redatti per ciascun incontro (dal n. 2 al n. 7), tenuto conto di quanto previsto nel Regolamento per il funzionamento dell'O.I.V. di



cui alla deliberazione n. 133/2015 (successivamente rivisto), ha effettuato la valutazione degli obiettivi assegnati, per l'anno 2017, dal Direttore Generale ai Direttori di Dipartimento, di Sos Dipartimentale, di Soc e di Sos in staff trasmettendo le risultanze alla Direzione Generale.

Il Direttore Generale ha preso atto delle risultanze della valutazione degli obiettivi riferiti all'anno 2017 con atto deliberativo n. 448 del 3.5.2018, trasmettendolo alla Soc Gestione Personale e Formazione per l'adozione dei provvedimenti di competenza e per liquidare la retribuzione di risultato.

Nel periodo luglio–agosto 2018 la Direzione Generale ha organizzato una serie di incontri per monitorare l'andamento degli obiettivi.

I componenti O.I.V. ribadiscono e rinnovano l'invito ad aggiornare, in via prioritaria, l'intero sistema di valutazione degli obiettivi e del personale alla luce della riforma Madia, invitando a relazionare in merito al cronoprogramma per la messa a regime.

#### c) 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. 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.

In applicazione del vigente atto aziendale si è reso necessario rivedere la composizione della "Struttura tecnica permanente per la misurazione della performance", decisione condivisa dai componenti O.I.V. nella seduta del 12 luglio 2018.

L'Organismo è così composto:

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
Referente 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'OIV 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.

#### d) Monitoraggio O.I.V.

Nel corso dell'anno 2018 l'attività di monitoraggio è stata svolta con particolare riferimento agli obblighi di pubblicazione dettati dalla normativa vigente in materia, come risulta dai verbali appositamente redatti.

#### e) Prevenzione della corruzione

Nel corso dell'anno si è realizzato un confronto con il Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza (R.P.C.T.) per quanto attiene l'ambito della prevenzione della corruzione e l'ambito della trasparenza.

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 Accredimento
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 sono stati individuati e nominati con deliberazione n. 359 del 13 giugno 2017 e 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. 77 del 31.1.2018 è stato adottato il Piano triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza aziendale, pubblicato sul sito internet aziendale, sezione “Amministrazione Trasparente”, sottosezione “Altri contenuti”– Prevenzione della corruzione.

Il Piano, con lettera prot. n. 10410 del 15.2.2018, è stato trasmesso dai Direttori/Responsabili di Soc, Sosd, Sos in staff al fine di prenderne visione e darne la massima diffusione ai propri collaboratori.

A questo proposito rileva che, per la predisposizione del Piano, nell’ultimo trimestre 2017, il R.P.C.T. ha, dapprima, riunito i Referenti per la prevenzione della corruzione per condividere le modalità operative. All’incontro hanno partecipato anche i Componenti O.I.V.

Quindi, ha effettuato una serie di incontri con i singoli Referenti al fine di:

- rivedere le aree a rischio e, per ciascuna area, i processi a rischio corruttivo;
- misurare il rischio applicando la metodologia definita nella Delibera Civit n. 72/2013;
- per ogni rischio individuare specifiche azioni di intervento (prevedendo anche i tempi di realizzazione ed individuando il responsabile dell’azione).

A seguito di questi incontri è stato possibile procedere alla revisione della gestione del rischio.

Il Piano 2018 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.

Con lettera prot. n. 18535 del 23.3.2018 è stato trasmesso l’estratto dell’allegato 5 al Piano (ciascuno per la parte di competenza) contenente, per ciascun rischio: – le misure di prevenzione in

relazione al livello di pericolosità del rischio – i servizi coinvolti – i tempi di realizzazione di tali misure – gli indicatori.

Con successiva nota del 28.6.2018 (prot. n . 39222), richiamando le schede trasmesse con la lettera del 23 marzo, si è richiesto ai Direttori delle Strutture aziendali/Referenti prevenzione corruzione, di trasmettere una relazione entro il 10 settembre inerente:

– l'applicazione delle misure adottate rispetto ad ogni rischio; – l'efficacia delle misure di prevenzione adottate riguardo ai processi individuati nelle citate schede; – le eventuali criticità emerse nell'applicazione delle misure adottate; – le eventuali misure migliorative da adottare; – lo stato di attuazione rispetto alla tempistica indicata nell'allegato 5 al Piano.

Su questo aspetto il R.P.C.T. ha segnalato che non tutte le relazioni sono pervenute ma che ha provveduto a sollecitarne l'invio. Le stesse saranno utili e potranno essere utilizzate anche per rivedere la gestione del rischio che dovrà avvenire entro il dicembre 2018 al fine di poter aggiornare il Piano per l'annualità 2019.

A questo proposito si segnala che il R.P.C.T. in data 5 ottobre 2018, ha riunito i Referenti per la prevenzione della Corruzione dell'ASL VCO al fine di:

- esaminare le attività messe di in atto, nell'anno 2018, in tema di prevenzione corruzione/trasparenza e le eventuali difficoltà riscontrate;
- condividere un programma di lavoro per i prossimi mesi 2018;
- effettuare valutazioni in merito alla necessità di operare integrazioni al Piano vigente (in sede di formulazione per l'anno 2019) con particolare riguardo alla gestione del rischio.

All'incontro hanno partecipato anche i Componenti O.I.V.

\*

Il Responsabile della corruzione ha predisposto, in conformità a quanto disposto dalla L. n. 190/2012), una relazione (pubblicata, entro il 31.1.2018, sul sito nella sezione "Amministrazione Trasparente") sullo stato di attuazione del Piano con riguardo all'anno 2017 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 2015 era stato costruito (in sinergia con altre Aziende del Quadrante) un corso Fad in materia di prevenzione della corruzione dal titolo "Prevenzione della corruzione e trasparenza della Pubblica Amministrazione" (8 crediti ECM), formando n. 95 dipendenti. Da allora, per carenza di personale amministrativo nel settore formazione, non è stato possibile proseguire nel percorso formativo.

Nel 2018, in particolare dalla metà del mese di maggio, è stato riattivato il corso Fad, corso rivolto a tutto il personale dell'ASL.

Dal maggio 2018 ad oggi la Soc Gestione personale e Formazione ha attivato n. 6 edizioni del corso grazie alla messa a disposizione del Collaboratore Amministrativo, Sergio Trivelli, e, da parte della

Soc Dipsa, del Referente di II livello formazione Dipsa, Sig.ra Simona Caridi. Entro dicembre verranno attivate ancora 1-2 edizioni.

E' stato anche riattivato, nel 2018, il corso residenziale (organizzato a fine anno 2017, con una edizione) dal titolo "Lavorare nella sanità per una cultura dell'etica" (durata n. 6 ore). Sono previste n. 3 edizioni: il 23 novembre a Domodossola, il 30 novembre a Verbania ed il 7 dicembre ad Omegna.

Il giorno 28 novembre 2018 si svolgerà un corso residenziale sul tema della prevenzione della corruzione e sulla trasparenza aperto ai Referenti, ai Direttori di Struttura e a tutti coloro i quali risultano particolarmente esposti al rischio corruttivo. Il corso vede, tra il personale docente, anche due componenti O.I.V.

\*

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 (anni 2017-18) e con la copertura dei posti vacanti di Direttore di Soc/Sosd (coperti con l'individuazione di sostituti) ha dato notevole 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.

Come precisato nel Piano è possibile, laddove si riscontrino difficoltà ad applicare il principio di rotazione, a 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.

\*

I componenti O.VI.V. rilevano che, nell'assegnare gli obiettivi, per l'anno 2018, 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 2018.

Nell'ambito di questi obiettivi è ricompreso il monitoraggio del Piano, l'adesione al corso Fad, la redazione di una relazione entro il 15.9.2018 ed il 10.1.2019 utilizzando uno schema predisposto dal R.P.C.T.

La Regione, nell'assegnare gli obiettivi ai Direttori Generali per l'anno 2018, ha ricompreso l'obiettivo "Obiettivo PNA-Dichiarazione pubblica di interessi" che prevede la redazione di una dichiarazione utilizzando una modulistica standard disponibile sul sito istituzionale dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (A.G.E.N.A.S.). Il R.P.C.T., nel corso dell'anno, anche attraverso l'esame del report sintetico messo a disposizione dell'A.N.A.C., ha seguito l'adesione all'obiettivo.

La Soc Affari Generali, Legali e Istituzionali ha svolto, e svolge tutt'ora, un'azione di supporto per quanto attiene la compilazione della dichiarazione attraverso l'attività svolta dal Collaboratore Amministrativo professionale Esperto, Dario Bottioli.

\*

Per quanto riguarda il Codice di Comportamento l'Anac, con determinazione n. 358 del 29.3.2017, ha emanato linee guida per quanto attiene la predisposizione del Codice di Comportamento per gli Enti del SSN. 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, ha proceduto, con deliberazione n. 162 del 22.2.2018, ad integrare tale deliberazione 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 inviato, con lettera del 6 marzo 2018 (prot. n. 14513) ai Direttori di Dipartimento ed ai Direttori/Responsabili di Struttura invitando a diffonderne il contenuto ai propri Collaboratori ed è stato pubblicato sul sito internet aziendale, sezione "Amministrazione Trasparente", sottosezione "Altri contenuti" - Prevenzione della corruzione.

#### f) 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. 77 del 31.1.2018, nell'approvare il vigente Piano triennale di prevenzione della Corruzione 2018-2020, 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. 141 del 21.2.2018, ha previsto che l'OIV attesti l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31.3.2018, 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. 141.

L'O.I.V., tenuto conto della deliberazione n. 141/2018 e del contenuto della Delibera ANAC n. 1310/2016, ha effettuato, in data 26 e 29 marzo 2018, 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 26.3.18 e n. 2 del 29.3.18. L'O.I.V., terminato l'esame della griglia di cui alla citata delibera n. 141/2018, ha predisposto:

- il documento di attestazione (di cui all'allegato 1.1 alla delibera n. 141);

- la scheda di sintesi sulla rilevazione dell'OIV (di cui all'allegato 3 alla delibera n. 141), invitando il responsabile della trasparenza ad effettuare la pubblicazione sul sito aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente" entro il 30 aprile 2018. In tal senso l'Azienda si è mossa.

La sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web istituzionale ha soddisfatto gli indicatori della Bussola della Trasparenza dei siti web, portale realizzato dal Dipartimento della Funzione pubblica.

g) Partecipazione dei cittadini

Dall'esame della normativa vigente si rileva che il principio della partecipazione degli utenti e, più in generale dei cittadini, è sempre più diffuso. Viene richiesto alle Aziende di adottare sistemi di rilevazione del grado di soddisfazione dell'utenza e di sviluppare forme sempre più ampie di partecipazione.

Si segnala:

- 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;
- la messa in atto di un'indagine sulla valutazione della qualità percepita;
- il rinnovo della Conferenza di Partecipazione.

Omegna, 23 novembre 2018

I Componenti O.I.V.:	
Presidente	Dr. Claudio Bianco
Componente	Dr.ssa Patrizia Marta
Componente	Dr.ssa Patrizia Spadone

