



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

*Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola*

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 501 del 30/06/2022

**Oggetto: OBIETTIVI AZIENDALI ANNO 2021: PRESA D'ATTO DELLE
RISULTANZE FINALI DELLA VALUTAZIONE DEGLI
OBIETTIVI DA PARTE DELL'ORGANISMO INDIPENDENTE
DI VALUTAZIONE (O.I.V.).**

DIRETTORE GENERALE - DOTT.SSA CHIARA SERPIERI
(NOMINATO CON DGR N.11-3293 DEL 28/05/2021)

DIRETTORE SANITARIO - DOTT.SSA EMANUELA PASTORELLI

DIRETTORE AMMINISTRATIVO - AVV. CINZIA MELODA



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

*Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola*

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Struttura proponente: AFFARI GENERALI LEGALI E ISTITUZIONALI

L'estensore dell'atto: Primatesta Giuseppina

Il Responsabile del procedimento: Primatesta Giuseppina

Il Dirigente/Funziionario: Primatesta Giuseppina

Il funzionario incaricato alla pubblicazione.



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

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

IL DIRETTORE GENERALE

Nella data sopraindicata, su proposta istruttoria del Direttore sostituto SOC Affari Generali Legali ed Istituzionali di seguito riportata, in conformità al Regolamento approvato con delibera n. 290 del 12/05/2017, modificato con delibera n. 65 del 28.1.2020.

Premesso che a seguito della scadenza dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.), a suo tempo nominato per il triennio 2018-2020, con deliberazione n. 888 del 2.12.20 venne attivata la procedura per la ricostituzione dello stesso mediante l'emissione di avviso di pubblica selezione ai fini della nomina di n. 3 componenti dell'O.I.V., di cui uno con funzioni di Presidente. Ciò in conformità a quanto previsto dal Decreto del Ministero per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione del 6 agosto 2020. Con atto deliberativo n. 196 del 5.3.2021 è stato nominato l'O.I.V. per il triennio 2021-2023 individuando n. 3 componenti, Dr. Maurizio Provera (con funzioni di Presidente), Dr.ssa Patrizia Marta, Dr.ssa Patrizia Spadone.

Richiamata la deliberazione n. 289 del 30.3.2021 con la quale è stato adottato il Piano annuale della Performance (P.A.P.) per l'anno 2021, documento che definisce gli obiettivi strategici che l'Azienda si pone che rappresentano il punto di partenza per la definizione e la negoziazione degli obiettivi annuali con i Direttori/Responsabili delle strutture aziendali.

Rilevato che il Direttore Generale:

- in fase di definizione della scheda obiettivi 2021 ha ritenuto, analogamente all'anno 2020, di prevedere una scheda semplificata, rispetto all'anno 2019, a causa del persistere dell'emergenza Covid-19;
- nell'illustrare, nell'ambito del Collegio di Direzione del 22.2.2021, gli obiettivi assegnati dalla Regione al Direttore Generale per il primo semestre 2021 (di cui alla DGR n. 8-2814 del 29.1.2021) ha fornito indicazioni in merito agli obiettivi da concordare con i Direttori di Struttura per l'anno 2021;
- ha, successivamente, disposto l'invio della bozza della scheda degli obiettivi 2021 ai Direttori di Dipartimento (invitando a condividere la stessa con i Direttori delle strutture di afferenza) ed ai Direttori/Responsabili delle strutture non ricomprese in un ambito dipartimentale.

Vista la deliberazione n. 473 del 31.5.2021 con la quale sono state approvate le schede riguardanti gli obiettivi 2021 assegnate ai Direttori di Struttura Complessa, di struttura semplice dipartimentale, di struttura semplice in staff, di struttura semplice amministrativa, di Funzione.



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

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

Tenuto conto che, per i Direttori di Struttura che svolgono anche il ruolo di Direttori di Dipartimento, la scheda ha assunto anche una valenza dipartimentale, assegnando un peso maggiore alla sezione "obiettivi regionali".

Tenuto conto che con DGR n. 13-3924 del 15.10.2021 la Regione ha assegnato ai Direttori Generali delle aziende sanitarie gli obiettivi di attività per il secondo semestre 2021 (riconfermando anche gli obiettivi già attribuiti per il primo semestre 2021).

Rilevato che le strutture dell'ASL afferenti sia all'ambito ospedaliero, a quello legato alla prevenzione e all'ambito territoriale, per il protrarsi, nel 2021, della pandemia COVID-19, sono state fortemente coinvolte, seppure in misura diversa, secondo le proprie competenze, e di ciò occorra prendere atto quale contesto di particolare difficoltà per l'espletamento dei rispettivi compiti istituzionali.

Preso atto che l'Organismo Indipendente di Valutazione ha effettuato, nel 2022, una serie di incontri redigendo, per ciascuno, apposito verbale (dal n. 1 al n. 6) al fine di valutare gli obiettivi assegnati, per l'anno 2021, ai Direttori/Responsabili delle Strutture aziendali/Funzioni.

Vista la comunicazione prot. n. 40491 del 29.6.2022 (allegata al presente provvedimento, quale parte integrante e sostanziale, All. A, comprendente i verbali degli incontri) con la quale l'Organismo Indipendente di Valutazione, dopo aver concluso la verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi anno 2021, ha trasmesso i verbali delle sedute per l'assunzione, da parte della Direzione Generale, dei provvedimenti di competenza.

RITENUTO alla luce delle determinazioni sopra indicate, di prendere atto delle risultanze finali riguardanti il raggiungimento degli obiettivi assegnati ai Direttori di Struttura Complessa, di struttura semplice dipartimentale, di struttura semplice in staff, di struttura semplice amministrativa, di funzione per l'anno 2021, così come risulta dal prospetto riepilogativo allegato al presente provvedimento sotto la lettera B), dando nel contempo mandato alla SOC Gestione Personale e Relazioni Sindacali di provvedere ai conseguenti adempimenti.

Condivisa la proposta come sopra formulata e ritenendo sussistere le condizioni per l'assunzione della presente delibera.

Acquisiti i pareri favorevoli espressi ai sensi dell'art. 3 del d.Lgs. 502/1992 e smi, come formulati nel frontespizio del presente atto

DELIBERA



**REGIONE
PIEMONTE**

Il presente documento informatico è sottoscritto con firma digitale, creato e conservato digitalmente secondo la normativa vigente



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

*Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola*

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

- 1)** Di prendere atto delle valutazioni effettuate dall'Organismo Indipendente di Valutazione in merito alla verifica del raggiungimento degli obiettivi assegnati ai Direttori di Struttura complessa, di struttura semplice dipartimentale, di struttura semplice in staff, di struttura semplice amministrativa, di funzione per l'anno 2021, ricomprese nell'allegato A), costituito da n. 31 pagine, riguardante la comunicazione alla Direzione Generale delle determinazioni assunte dall'Organismo Indipendente di Valutazione in riferimento agli obiettivi anno 2021 con allegati i relativi verbali.
- 2)** Di dare atto, con riguardo alla valutazione degli obiettivi 2021, delle risultanze finali come da prospetto allegato al presente atto, quale parte integrante e sostanziale, All. B), costituito da n. 2 pagine.
- 3)** Di dare mandato alla SOC Gestione Personale e Relazioni Sindacali di mettere in atto i provvedimenti conseguenti alla presente deliberazione.
- 4)** Di notificare copia del presente atto alle Strutture interessate.

Al. A



A.S.L. VCO.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033



**SEGRETERIA
ORGANISMO INDIPENDENTE DI
VALUTAZIONE**

:Via Mazzini, 117 – 28887 Omegna (VB)
Tel. 0323 868391 Fax 0323 643020
e-mail :programmazione@aslvco.it

Prot. 40492

Omegna 29 GIU, 2022

Alla Direzione Generale
ASL VCO

OGGETTO: Invio determinazioni O.I.V. obiettivi anno 2021

L'Organismo Indipendente di Valutazione ha concluso la verifica del raggiungimento degli obiettivi aziendali assegnati ai Direttori delle Strutture aziendali (Soc, Sos in Staff, Sosp, Sos Amministrative, Funzioni, Dipartimenti), per l'anno 2021.

Con la presente si trasmettono i verbali di valutazione per l'assunzione dei provvedimenti di competenza.

Cordiali saluti.



Il Responsabile Sos
Organi Organismi Collegiali
Supporto Strategico
Dr.ssa Giuseppina Primatesa
Giuseppina Primatesa

gp





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

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

**Verbale n. 1 del 22.3.2022
dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)
dell'Asl VCO**

A seguito della scadenza dell'O.I.V., a suo tempo nominato per il triennio 2018-2020, con deliberazione n. 888 del 2.12.20 è stata attivata la procedura per la ricostituzione dello stesso mediante l'emissione di avviso di pubblica selezione ai fini della nomina di n. 3 componenti dell'O.I.V. dell'ASL VCO, di cui uno con funzioni di Presidente. Ciò in conformità a quanto previsto dal Decreto del Ministero per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione del 6 agosto 2020. Con atto deliberativo n. 196 del 5.3.2021 è stato nominato l'O.I.V. per il triennio 2021-2023 così composto:

Presidente	Dr. Maurizio Provera
Componente	Dr.ssa Patrizia Marta
Componente	Dr.ssa Patrizia Spadone

L'attività dell'O.I.V. è normata dalle disposizioni del Dipartimento per la Funzione Pubblica e dall'A.N.A.C.

L'incontro odierno è stato convocato, alle ore 14, presso la sede dell'Asl VCO, ad Omegna, 3° piano palazzo Beltrami, Via Mazzini 117, per un esame in merito alla bozza del Piano delle Performance 2022. Inoltre, verranno esaminate le schede obiettivi 2021 al fine di organizzare l'iter valutativo.

Risultano presenti alla seduta i componenti dell'OIV:

Dr. Maurizio Provera (Presidente) – da remoto

Dr.ssa Patrizia Marta (componente) – in presenza

Dr.ssa Patrizia Spadone (componente) – in presenza

Assente

/

La funzione di segreteria è ricompresa nell'ambito delle funzioni attribuite alla Sos Organi, Organismi Collegiali, Comunicazione, Supporto Strategico.

L'Organismo avvia la propria attività esaminando la bozza del Piano annuale della Performance (P.A.P.) dell'ASL VCO anno 2022 documento che, in conformità a quanto previsto dal vigente atto aziendale (di cui alla deliberazione n. 904/2021), rientra tra le competenze della Sos Organi, Organismi Collegiali, Supporto Strategico. Il Responsabile della Sos precisa che il termine entro il quale predisporlo è il 31.3.22 così come disposto dalla Regione Piemonte con la D.G.R. n. 25-6944 del 23.12.2013. Con la medesima deliberazione la Regione, pur evidenziando che non ricorre per le aziende sanitarie l'obbligo di adottare gli strumenti operativi previsti dall'art. 10 del D.Lvo n. 150 e

s.m.i. (Piano della Performance e Relazione sulla performance), ha ritenuto opportuno che le aziende sanitarie predispongano, entro il 31 marzo, il provvedimento programmatico denominato Piano annuale della performance (PAP). Tale piano si integra con le azioni contenute nel "Piano triennale per la prevenzione della corruzione e trasparenza 2022-2024". A questo proposito si precisa che, in data 12.1.2022, il Consiglio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione ha deliberato di differire, per l'anno 2022, al 30 aprile la data per l'approvazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (P.T.P.C.T.) fissata, dalla L. n. 190/2012, al 31 gennaio di ogni anno. Ciò sia per il persistere dello stato di emergenza sanitaria, prorogata al 31.3.22, sia per il differimento, in via di prima applicazione, al 30 aprile, del termine per l'adozione del Piano integrato di attività e organizzazione (P.I.A.O.) che il D.L. n. 80 del 9.6.21 (conv. con modifiche nella L. n. 113 del 6.8.21) aveva fissato nel 31 gennaio (termine poi differito al 30 giugno).

Si segnala, inoltre, che il Presidente dell'A.N.A.C., in data 17.11.2021, ha prorogato al 31.1.2022 il termine per la predisposizione e pubblicazione della relazione annuale di cui all'art. 1, comma 14, della L. n. 190/2012.

Nella definizione del Piano si è inoltre tenuto conto del collegamento ed integrazione con il processo ed i documenti di programmazione economico-finanziaria e di bilancio. A questo proposito si rileva che il bilancio preventivo economico annuale 2022 è stato adottato con deliberazione n. 1056 del 31.12.21.

Per l'anno 2022 il Piano della Performance recepisce le "Linee Guida per la disciplina del Lavoro agile, con valenza sperimentale e temporanea per il personale del comparto sanità", adottate con atto deliberativo n. 176 del 15.3.22. A seguito del provvedimento i Direttori/Responsabili delle diverse strutture aziendali si sono attivati per concordare, con i propri collaboratori, la sperimentazione e per definire la mappatura delle attività da realizzare in modalità "agile". Non è emerso un grande interesse. Al momento risultano stipulati 6 accordi individuali, con decorrenza maggio 2022 e scadenza 31.12.22. Si è ritenuto, per valutare le istanze dei dipendenti, di tener conto di una serie di criteri: – disabilità ai sensi dell'art. 3, c. 3, L. n. 104/1992; – fragilità dovuta a patologie che rendano rischioso il contatto con altre persone; – disabilità psicofisica che renda disagiata raggiungere il luogo di lavoro; – presenza di figli o familiari in condizioni di disabilità (art. 3, c. 3 L. n. 104/1992); – presenza di figli minori di anni 12 o di familiari o conviventi in modo stabile, con documentate esigenze di cura; – conclusione del periodo di congedo di cui all'art. 16 D.Lgs n. 151/2001 per i successivi tre anni.

Ciò in attesa dell'adozione del P.I.A.O. (che comprende anche il POLA) ed in previsione della definizione di una regolamentazione ordinaria dell'istituto del lavoro agile.

Prima di redigere il Piano della Performance, con nota prot. 2799 del 14.1.22, si è avviata una consultazione pubblica mettendo a disposizione il documento relativo all'anno 2021 e chiedendo ai soggetti portatori di interessi dell'azienda proposte e suggerimenti da utilizzare per la redazione del documento per l'anno 2022. Non è pervenuta alcuna segnalazione.

Il Presidente ed i Componenti O.I.V. nel prendere atto che il Piano annuale della Performance richiama la deliberazione n. 176 del 15.3.22 riferita all'adozione delle Linee guida per la disciplina del lavoro agile con valenza sperimentale, tuttavia invitano la Soc Gestione Personale e Relazioni Sindacali a voler predisporre il Piano per il lavoro agile (POLA), che dovrebbe costituire parte

integrante del documento. A questo proposito vengono contattati il Direttore della Soc Gestione Personale e Relazioni Sindacali, Dr.ssa Sala, ed il Dirigente della medesima Struttura, Dr Bianco.

La Dr.ssa Sala evidenzia di aver predisposto l'atto deliberativo n. 176/22 e di aver rinviato l'adozione del Pola considerato che lo stesso dovrà confluire nel PIAO ed in previsione della definizione di una regolamentazione ordinaria dell'istituto del lavoro agile.

Il Presidente OIV ritiene opportuno che, entro il 30 aprile, venga predisposto il Piano Operativo temporale che consenta l'avvio del lavoro agile (POLA) secondo le normative vigenti, integrando la deliberazione n. 176/22.

L'OIV, nel prendere perciò atto della bozza del Piano annuale della performance, invita ad adottare l'atto deliberativo entro il 31 marzo ed a pubblicare il documento nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito dell'ASL.

Il Presidente ed i Componenti OIV iniziano, quindi, ad affrontare il tema della valutazione degli obiettivi anno 2021, le cui sedute saranno oggetto di successiva programmazione. A tal fine esaminano la deliberazione n. 476 del 31.5.21 in merito agli obiettivi assegnati, per l'anno 2021, dal Direttore Generale ai Direttori di Struttura rilevando che, successivamente all'adozione di tale atto deliberativo, sono stati assegnati gli obiettivi anche al Responsabile della funzione Programmazione e progettazione Sanitaria Integrata, Dr. Luigi Petrone, ed al Responsabile della Sos Acquisizione e amministrazione del personale, Dr. Roberto Bianco.

Analizzando la deliberazione n. 476 si possono esaminare le schede obiettivi assegnate, per l'anno 2021, dal Direttore Generale ai Direttori di Struttura/Funzioni (Struttura Complessa, Semplice Dipartimentale, Sos in staff, Sos amministrative, funzioni aziendali). La Direzione Generale ha stabilito che la scheda obiettivi concordata con i Direttori di Struttura complessa che rivestono anche il ruolo di Direttori di Dipartimento (ovvero: Soc Spresal (Dipartimento di Prevenzione), Soc Laboratorio Analisi (Dipartimento dei Servizi Diagnostici e Terapie di Supporto), Soc Medicina e Chirurgia d'Urgenza (Dipartimento delle Patologie Mediche), Soc Anestesia e Rianimazione (Dipartimento delle Patologie Chirurgiche), Soc Pediatria (Dipartimento Materno Infantile) svolga anche la funzione di assegnazione di obiettivi di Dipartimento (avendo attribuito un peso più rilevante alla sezione 1 della scheda "Obiettivi regionali" ovvero agli obiettivi assegnati dalla Regione al Direttore Generale, per il 2021, e declinati ai Direttori di Struttura/Dipartimento).

Nella scheda sono state individuate le seguenti sezioni:

1	Obiettivi regionali	Si tratta degli obiettivi assegnati dalla Regione ai Direttori Generali per l'anno 2021.
2	Azioni strategiche aziendali	Si tratta di obiettivi che tengono conto della messa in atto di alcune azioni strategiche aziendali: - tempistica per la chiusura di SDO di ricovero e/o caricamento delle prestazioni ambulatoriali sugli applicativi aziendali (per le strutture che non gestiscono SDO o prestazioni ambulatoriali si è previsto il rispetto delle scadenze di invio dei flussi di competenza della struttura). - messa in atto adempimenti, nazionali, regionali ed aziendali per la gestione ed il

		contenimento della pandemia Covid 19 e per la ripresa dell'attività ordinaria. In talune schede possono essere state previste azioni specifiche assegnate ad una struttura in particolare.
3	Governo clinico – qualità – appropriatezza – rischio clinico	Tale sezione si riferisce alla collaborazione alla realizzazione del programma di accreditamento istituzionale ed alla messa in atto del Programma regionale rischio clinico.
4	Salute e sicurezza sul lavoro	Si è richiesto la redazione di una relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2021, in qualità di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con particolare attenzione: - al rispetto della normativa in materia di sicurezza sul lavoro e di rischio antincendio – alla formazione sulla sicurezza anche da parte dei collaboratori.
5	Prevenzione corruzione/Trasparenza/Privacy	Si è previsto: - per la prevenzione della corruzione/trasparenza: la collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T 2020-22 (aggiornamento 2020), adottato con atto n. 91 del 31.1.2020; - per la Privacy: l'aggiornamento delle nomine degli autorizzati al trattamento dei dati ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

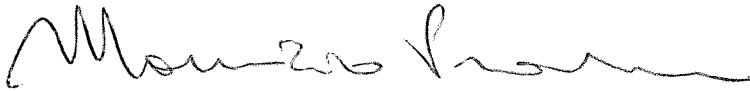
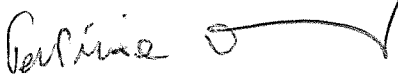

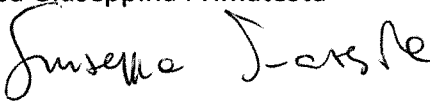
Lo schema della scheda è sostanzialmente sovrapponibile per le strutture sanitarie e per quelle amministrative. All'interno della sezione "Azioni strategiche aziendali" la tipologia di obiettivi attribuiti tiene conto delle caratteristiche, rispettivamente, dell'ambito sanitario e di quello amministrativo. Il Presidente ed i Componenti O.I.V. invitano la segreteria O.I.V. a chiedere a coloro i quali sono stati individuati come certificatori per i singoli obiettivi di fornire il report di supporto e/o un rapporto in merito al grado di perseguimento dell'obiettivo, domandando, se necessario, eventuali ulteriori approfondimenti/informazioni ai Direttori di Struttura e/o alla Direzione Generale laddove sia utile al fine di meglio comprendere la situazione di contesto.

La valutazione delle schede riferite: - alla Funzione "Governo Clinico qualità appropriatezza rischio clinico", - alla Soc "Affari Generali Legali ed Istituzionali", alla Sos "Organi/Organismi Collegiali Supporto Strategico" verranno valutate dall'O.I.V. Ciò per l'assenza del riferimento del certificatore (per la scheda della Funzione Qualità) mentre, per la Soc Affari Generali Legali ed Istituzionali (alla quale afferisce la Sos) per il fatto che il Direttore della Soc ha assunto la funzione di Direttore Amministrativo. Inoltre, considerato che, per la scheda riferita ai sanitari, le sezioni: "Obiettivi regionali", "Azioni strategiche" (in particolare gli obiettivi: - "Rispetto delle scadenze di invio dei flussi di competenza della struttura", "Collaborazione e partecipazione al monitoraggio in materia di trasparenza"; - "Collaborazione alla messa in atto Regolamento Europeo Privacy") è stata individuata, come fonte dati, la Sos Organi /Organismi Collegiali Supporto Strategico ed il R.P.C.T., si ritiene di muoversi in modo analogo anche per le strutture amministrative.

La seduta si conclude alle ore 18,10.

Letto, confermato e sottoscritto.



I Componenti O.I.V.	
Presidente	Dr. Maurizio Provera 
Componente	Dr.ssa Patrizia Marta 
Componente	Dr.ssa Patrizia Spadone 
Segretario Verbalizzante	Dr.ssa Giuseppina Primatesta 



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

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola



**Verbale n. 2 del 29.4.2022
dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)
dell'Asl VCO**

L'incontro odierno è stato convocato, alle ore 14, da remoto, per iniziare la valutazione delle schede obiettivi 2021. Presente, presso la sala riunioni, il segretario verbalizzante.

Risultano presenti alla seduta i componenti dell'OIV:

Dr. Maurizio Provera (Presidente) – da remoto

Dr.ssa Patrizia Marta (componente) – da remoto

Dr.ssa Patrizia Spadone (componente) – da remoto

Assente

/

La funzione di segreteria è ricompresa nell'ambito delle funzioni attribuite alla Sos Organi, Organismi Collegiali, Comunicazione, Supporto Strategico.

Il Presidente ed i Componenti OIV proseguono nella valutazione degli obiettivi riferiti all'anno 2021 confermando quanto precisato nel verbale della seduta precedente ovvero che si debba tener conto della documentazione/report fornita dai Referenti dei diversi obiettivi, richiedendo eventuali ulteriori approfondimenti/informazioni ai Direttori di Struttura e/o alla Direzione Generale laddove sia necessario capire meglio la situazione di contesto.

Per quanto attiene alla valutazione dell'obiettivo *“Rendicontazione della produzione (SDO e specialistica) nel rispetto della tempistica regionale e della correttezza dei flussi”* (contenuto nella sezione della scheda obiettivi “Azioni strategiche aziendali”) il Direttore della Sos Controllo di Gestione ha inviato una specifica relazione e report a supporto, conservata presso la segreteria OIV. Il Dr. Saglietti, collegato da remoto, illustra, in dettaglio, la relazione inviata, confrontandosi con il Presidente ed i Componenti OIV.

A conclusione dell'intervento del Dr. Saglietti, il Presidente ed i componenti OIV effettuano le considerazioni di seguito riportate.

Dalla relazione e dal report presentato si evince che, nel 2021, la tempistica di rendicontazione **delle SDO** è leggermente peggiorata: complessivamente 9,6% in ritardo vs 8,9% del 2020. Risulta aumentato anche il numero delle SDO non accettate, 32 nel 2021 contro 17 del 2020. Pur nella consapevolezza che, sia il 2021 che il 2020, siano stati anni difficili, caratterizzati dal fenomeno pandemico, resta comunque un risultato non conforme con quanto era stato definito come obiettivo nell'ambito della scheda di budget 2021 che prevedeva uno scostamento massimo del 2%.

Nessuna delle strutture di ricovero ha rispettato l'obiettivo richiesto del 2% andando da situazioni "accettabili" quali il 2,7% dell'Oculistica o il 3,6% dell'Oncologia a situazione "gravi e inaccettabili" quali il 20,2% della Medicina di Verbania, il 16,7% della Cardiologia e il 40,8% dell'Anestesia Rianimazione e Semintensiva. Il mancato raggiungimento dell'obiettivo da parte di tutte le strutture mette comunque in evidenza l'esigenza di intervenire sul percorso di chiusura, rendicontazione e invio delle SDO. Perciò si rende indispensabile:

1. un maggior controllo preventivo sulla tempistica e sulla completezza delle SDO e sulla loro qualità, ad esempio con elaborazioni preinvio utilizzando strumenti quali il Quani;
2. un frazionamento degli invii che dovranno essere almeno due: uno a fine mese e uno in prossimità della scadenza al fine di consentire ai reparti la verifica e la correzione degli errori in tempo utile per evitare l'extracompetenza.

Per quanto attiene la valutazione in merito al raggiungimento dell'obiettivo si invita la Segreteria OIV a chiedere una relazione circa il mancato rispetto della tempistica a tutte le strutture con percentuale di ritardo superiore al 10%, precisamente: Anestesia Rianimazione, Cardiologia e UTIC, Malattie Infettive, Medicina Domodossola, Medicina Verbania, Ortopedia Traumatologia Verbania, ORL e di chiedere le motivazioni della mancata accettazione delle SDO da parte di Cardiologia e UTIC (6 specificando il numero), Malattie Infettive (6), Pediatria Nido e Neonatologia (4).

SPECIALISTICA

Dalla relazione del Controllo di Gestione si evidenzia, relativamente ai dati a tutto il 31 ottobre 2021, una situazione in linea con gli anni precedenti con grandi numeri di prestazioni perse e di ritardi. Con la costituzione del gruppo di lavoro (nota del Direttore Generale del 23.12.2021) la situazione è decisamente migliorata, evidenziando un numero di prestazioni perse complessivamente, nell'anno, pari a circa un decimo di quanto risultante al 31 ottobre 2021. L'efficacia degli interventi attuati dal gruppo di lavoro appare evidente, soprattutto in relazione al Laboratorio di Analisi, al SIMT e all'Anatomia Patologica. Il reinvio di tutte le prestazioni 2021 per correzioni degli errori ha, di fatto, determinato pesanti situazioni di extracompetenza che, comunque, risultano rappresentare "un male" minore rispetto alla perdita di prestazioni che si stava definendo prima dell'intervento del gruppo di lavoro.

Si ritiene che la strada intrapresa con la costituzione del gruppo di lavoro sia quella giusta e quindi si sottolinea l'importanza di definire, nell'ambito di quanto attiene la specialistica, compiti e responsabilità ben precise:

1. alla Direzione Medica di Presidio e ai Distretti spetta il compito di verificare l'organizzazione in merito alle modalità di prenotazione, accettazione, pagamento ticket, rendicontazione, nonché ai controlli sulla completezza, correttezza e tempistica delle prestazioni, oltre che al controllo degli eventuali errori che si dovessero determinare;

2. ai Sistemi Informativi spetta il compito di messa a punto degli strumenti tecnologici (hardware, software, comunicazione) necessari per tutte le fasi di gestione delle prestazioni specialistiche, nonché la raccolta e l'invio dei dati nelle tempistiche stabilite (come per le SDO si consigliano due invii in riferimento ad ogni mese) e la ridistribuzione degli errori risultanti;
3. al Controllo di Gestione si richiede una reportistica mensile da inviare a tutti i soggetti coinvolti, con confronti nel tempo e nello spazio, al fine di stimolare l'attenzione di tutti gli interlocutori;
4. ai reparti e servizi, per la piena consapevolezza dell'importanza della rendicontazione e per la partecipazione alle fasi di messa a punto degli strumenti, si richiede il completamento dei controlli e l'eliminazione degli errori risultanti post invio.

Si invita la Segreteria OIV a chiedere una relazione, in merito all'elevato numero di prestazioni scartate, alle Strutture: Anatomia Patologica, Anestesia Rianimazione e ai Consultori.

*

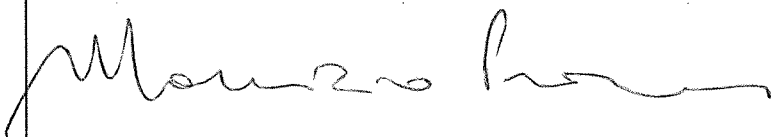
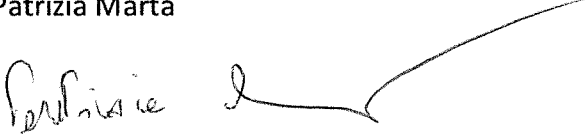
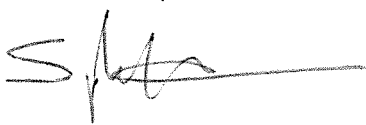
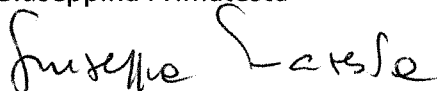
Per quanto attiene l'obiettivo inserito nella sezione 2 "Azioni strategiche aziendali" di oggetto *"Messa in atto delle disposizioni emanate a livello nazionale, regionale ed aziendale per la gestione ed il contenimento della pandemia covid-19 e per la ripresa dell'attività ordinaria (si rinvia a quanto richiesto per ciascun adempimento di competenza)"* il Responsabile della Sos Organi, Organismi, controllo Strategico, Dr.ssa Giuseppina Primatesta (struttura individuata come certificatore) comunica di aver raccolto ed esaminato, per l'anno 2021, la documentazione, sia per l'ambito sanitario che per quello amministrativo (come stabilito ed indicato nel verbale n. 1), (disponibile presso la segreteria O.I.V.), evidenziando l'invio in ritardo, in Regione, della risposta alla richiesta regionale effettuata con nota del 20.10.21 (prot asl vco n. 66489 del 20.10.21). Il termine era il 19 novembre 2021 mentre l'invio è stato effettuato il 10 gennaio 2022. La competenza della nota prot 66489/21 è stata, a suo tempo, assegnata alla Soc Distretto VCO.

Il Presidente ed i Componenti OIV, nel prendere atto che, alla data dell'incontro, non risultano pervenute dalla Regione segnalazioni di eventuali inadempienze considerano l'obiettivo raggiunto per tutte le strutture, ad eccezione della Soc Distretto VCO. Ciò in quanto la Soc Distretto, Struttura competente a riscontrare, ha provveduto con ritardo a scapito della tempestività richiesta dalle indicazioni regionali. Si ritiene di determinare una penalizzazione per tale inadempienza pari al 20% del peso dell'obiettivo, pari a 5 punti su 25.

Il Presidente, Dr Provera, prende atto della nota (prot. n. 27287 del 29.4.22), a firma del Dr Roberto Bianco, con la quale relaziona in merito alla tematica "Smart-working e POLA", conservata presso la segreteria OIV.

La seduta si conclude alle ore 17,30.

Letto, confermato e sottoscritto.

I Componenti O.I.V. presenti all'incontro:	
Presidente	Dr. Maurizio Provera 
Componente	Dr.ssa Patrizia Marta 
Componente	Dr.ssa Patrizia Spadone 
Segretario Verbalizzante	Dr.ssa Giuseppina Primatesta 



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

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

**Verbale n. 3 dell'11.5.22
dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)
dell'Asl VCO**

L'incontro odierno è stato convocato, alle ore 14, presso la sede dell'Asl VCO, ad Omegna, 3° piano palazzo Beltrami, Via Mazzini 117, per proseguire la valutazione delle schede obiettivi 2021.

Risultano presenti alla seduta i componenti dell'OIV:

Dr. Maurizio Provera (Presidente)
Dr.ssa Patrizia Marta (componente)
Dr.ssa Patrizia Spadone (componente)

Assente

/

La funzione di segreteria è ricompresa nell'ambito delle funzioni attribuite alla Sos Organi, Organismi Collegiali, Comunicazione, Supporto Strategico.

Si prende atto che A.N.A.C., con delibera n. 201 del 13.4.22, ha emanato disposizioni relative alla attestazione, da parte dell'O.I.V., in merito all'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31.5.2022 ai sensi del D.Lgs n. 33/2013 e smi. L'attestazione tiene conto dello stato di pubblicazione riferito all'anno 2021 e a tutto il 31.5.22.

Il Presidente ed i Componenti O.I.V., in sinergia con il R.P.C.T., effettuano una prima analisi della griglia A.N.A.C. e della tipologia di dati per i quali dovranno attestare la pubblicazione per quanto attiene le sottosezioni:

- "Enti controllati" (Società partecipate), in particolare si fa riferimento al Centro Ortopedico di Quadrante in quanto società nella quale l'ASL VCO partecipa al 51%.
- "Interventi straordinari di emergenza" con riferimento alle erogazioni liberali a sostegno dell'emergenza Covid-19;
- "Altri contenuti" – Prevenzione della corruzione.

Si rinvia ad un successivo incontro la verifica, in dettaglio, della situazione riferita all'anno 2021 e ai primi 5 mesi del 2022.

*

Si prende inoltre atto della nota prot. n. 29996 dell'11.5.2022 con la quale il Responsabile della Sos "Organi organismi collegiali supporto strategico" ha invitato il Direttore della Soc Gestione Personale e Relazioni Sindacali a ricontattare le Organizzazioni Sindacali (come richiesto dalla

Direzione Generale e dall'O.I.V.) al fine di verificare la possibilità di ricostituire il Comitato Unico di Garanzia (CUG). Occorre rilevare che la Soc Gestione Personale e Relazioni Sindacali, alla scadenza del Cug, richiese, ripetutamente, alle Organizzazioni Sindacali di designare i propri rappresentanti al fine ai ricostituire l'Organismo. Non pervenendo alcuna segnalazione venne richiesto all'ASL di Novara di stipulare una convenzione per la gestione del CUG in forma associata senza, peraltro, ottenere l'assenso.

Il Presidente O.I.V., Dr Provera, osserva che tra i compiti del CUG rientra la predisposizione ed aggiornamento del "Piano delle azioni positive" che dovrà costituire parte integrante del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO), documento che, come disposto dal DL n. 36/22, dovrà essere adottato entro il 30.6.22. Invita, pertanto, a tener conto di tale adempimento.

*

L'O.I.V. prosegue con la valutazione degli obiettivi 2021 assegnati dal Direttore Generale ai Direttori/Responsabili di Struttura esaminando, in particolare, la sezione 1 della scheda obiettivi riferita alla messa in atto delle azioni volte a perseguire gli obiettivi assegnati, con D.G.R. n. 8-2814 del 29.1.2021, al Direttore Generale per il primo semestre 2021 e, successivamente per il secondo semestre con D.G.R. n. 13-3924 del 15.10.21.

In particolare per il primo semestre 2021 la Regione ha assegnato i seguenti obiettivi:

	AREA PREVENZIONE
Ob. 1.	Prevenire l'infezione da Covid-19 attraverso l'attività di vaccinazione
Ob. 2	Prevenire l'infezione da Covid-19 attraverso il prelievo e l'effettuazione di tamponi

Tali obiettivi sono stati riconfermati per il secondo semestre 2021.

Con D.G.R. n. 13-3924 del 15.10.21 sono stati assegnati gli obiettivi per il secondo semestre 2021 di seguito declinati:

OBIETTIVO 1.	GESTIONE DELLE RISORSE STRATEGICHE
Sub Ob. 1.1	Completamento degli interventi ex DGR n. 7-1492 del 12.6.20 (PL di terapia intensiva, semi-intensiva, e PS)
Sub Ob 1.2	Potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale M6C1-PNRR ASL
Sub Ob 1.3	Fascicolo sanitario elettronico (FSE) – M6C2 investimento 1.3 PNRR ASL
Sub Ob 1.4	Monitoraggio attivo del Nuovo Sistema di garanzia (NSG)
Sub Ob 1.5	Accessibilità ai medicinali biologici
Sub Ob 1.6	Dipartimenti di Prevenzione (Piano di rilancio)




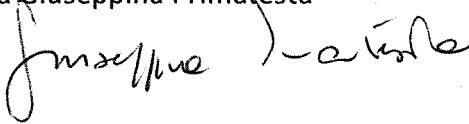
OBIETTIVO 2	COVID-19
Sub Ob. 2.1	Prevenire l'infezione da Covid-19 attraverso l'attività di vaccinazione
Sub Ob. 2.2	Prevenire l'infezione da Covid-19 attraverso l'attività il prelievo e l'effettuazione di tamponi
OBIETTIVO 3.	ACCESSIBILITA'
Sub Ob. 3.1	Recupero delle prestazioni di ricovero di area medica e chirurgica
Sub Ob. 3.2	Recupero delle prestazioni di ricovero di specialistica ambulatoriale
OBIETTIVO 4.	QUALITA' DELL'ASSISTENZA
Sub Ob. 4.1	Area Osteomuscolare
Sub Ob. 4.2	Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI
Sub Ob. 4.3	Appropriatezza nell'assistenza al parto
Sub Ob. 4.4	Donazioni d'organo
Sub Ob. 4.5	Miglioramento nella gestione e misurazione del <i>boarding</i> Asl

A questi obiettivi si deve aggiungere, con carattere preliminare rispetto al sistema obiettivi nel suo complesso, l'obiettivo volto al rispetto dei tempi di pagamento previsto dall'art. 1, comma 865, della Legge n. 145/2018 (legge di Bilancio 2019). Obiettivo, peraltro, raggiunto.

Entro il 28 febbraio 2022 è stata predisposta, da parte del Direttore Generale, una relazione ed inviata in Regione. Tale relazione, alla quale si fa rinvio, risulta agli atti della segreteria O.I.V.

Occorre precisare che gli obiettivi 2021 assegnati dalla Regione al Direttore Generale trovano riscontro nell'obiettivo riferito alla sezione 1 della scheda obiettivi "Obiettivi regionali" di oggetto: *"Messa in atto delle azioni di competenza finalizzate al perseguimento degli obiettivi assegnati dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2021. Con DGR n. 8-2814/21 la regione ha assegnato gli obiettivi per il 1° semestre 2021. La Regione definirà, successivamente, gli obiettivi per il 2° semestre 2021"*.

Il peso utilizzato per valutare il grado di raggiungimento dell'obiettivo da parte di ciascuna Struttura aziendale è condizionato dal numero di obiettivi regionali che afferiscono a quella struttura. L'OIV ha graduato il raggiungimento o meno degli obiettivi in base all'effettiva competenza della struttura.

I Componenti O.I.V. presenti all'incontro:	
Presidente	Dr. Maurizio Provera 
Componente	Dr.ssa Patrizia Marta 
Componente	Dr.ssa Patrizia Spadone 
Segretario Verbalizzante	Dr.ssa Giuseppina Primatesta 



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

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

**Verbale n. 4 del 18.5.2022
dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)
dell'Asl VCO**

L'incontro odierno è stato convocato, alle ore 14, presso la sede dell'Asl VCO, ad Omegna, 3° piano palazzo Beltrami, Via Mazzini 117, per proseguire la valutazione delle schede obiettivi 2021.

Risultano presenti alla seduta i componenti dell'OIV:

Dr. Maurizio Provera (Presidente)

Dr.ssa Patrizia Marta (componente)

Assente

Dr.ssa Patrizia Spadone (componente)

La funzione di segreteria è ricompresa nell'ambito delle funzioni attribuite alla Sos Organi, Organismi Collegiali, Comunicazione, Supporto Strategico.

Con riferimento alla delibera n. 201 del 13.4.22 con la quale A.N.A.C. ha emanato disposizioni relative alla attestazione, da parte dell'O.I.V., in merito all'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31.5.2022, ai sensi del D.Lgs n. 33/2013 e smi., il Presidente ed i Componenti O.I.V., in sinergia con il R.P.C.T., analizzano un'altra parte della griglia A.N.A.C. per quanto attiene la sottosezione "consulenti e collaboratori", effettuando un confronto con il Dirigente della Sos Acquisizione e gestione giuridica del personale, Dr. Claudio Bianco.

Si rinvia ad un successivo incontro la verifica, in dettaglio, della situazione riferita all'anno 2021 e ai primi 5 mesi del 2022.

Quindi il Presidente ed i Componenti O.I.V. esaminano la sezione 3 della scheda obiettivi 2022 che attiene all'ambito del governo clinico, qualità, appropriatezza, rischio clinico, in particolare l'obiettivo relativo al *"Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale ed al programma regionale rischio clinico"*. L'obiettivo è stato declinato in sub obiettivi distintamente per le diverse strutture aziendali coinvolte. Partecipano all'incontro il Responsabile dell'Area "Governo clinico-qualità-appropriatezza-rischio clinico", Dr.ssa Margherita Bianchi, e la Dr.ssa Maria Laudando. La Dr.ssa Bianchi espone, sulla base della documentazione pervenuta dai Direttori delle strutture aziendali, la situazione in merito agli obiettivi assegnati a ciascun Direttore. Si svolge un ampio confronto nel corso del quale l'OIV richiede ulteriori informazioni alla Dr.ssa Bianchi. La Dr.ssa Bianchi si rende disponibile a fornire, a breve, le integrazioni richieste.

*

Il Presidente ed i Componenti O.I.V. esaminano la sezione 5 della scheda "prevenzione corruzione/trasparenza/privacy" peso assegnato 5. Si evidenziano n. 2 sub obiettivi:

sub 1) collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel PTPCT 2021/23, aggiornamento 2021;

sub 2) Privacy: nomine e/o aggiornamento nomine autorizzati al trattamento dati.

L'OIV ritiene di assegnare un peso di 2,5 punti a ciascun sub obiettivo.

Per quanto attiene il **sub obiettivo 1)** riferito alla prevenzione della corruzione/trasparenza il R.P.C.T. evidenzia che i Direttori di Struttura hanno inviato le relazioni richieste ed hanno collaborato agli audit in tema di prevenzione della corruzione e trasparenza, laddove previsti. Per quanto attiene la trasparenza il RPCT rileva la necessità di operare un miglioramento per quanto attiene la pubblicazione dei dati e la tempistica (come evidenziato anche nel corso di specifici momenti di incontro nel 2021), con riferimento alla Soc "Gestione personale e Relazioni Sindacali" (in particolare: *"titolari di incarichi dirigenziali"*, *"curriculum non in formato europeo"*; *"dirigenti cessati"*), Soc Logistica e Servizi Informatici (*"Bandi di gara e contratti"*- *"atti amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatari distintamente per ogni procedura"*; - *"informazioni su singole procedure in formato tabellare"*) e Sos ICT (per quanto attiene al parte riferita a *"dati, metadati e banche dati"*).

L'O.I.V. ritiene di operare una decurtazione di 1,5 punti per la Soc Gestione Personale e Relazioni Sindacali e di 2,5 punti per la Soc Logistica e Servizi Informatici e per l'ICT.

Per quanto attiene il **sub obiettivo 2)** riferito alla privacy, in particolare all'aggiornamento delle nomine di autorizzati al trattamento dati, il Referente Privacy, Dr.ssa Primatesta Giuseppina, evidenzia una buona risposta da parte dei Direttori di Struttura. Effettuando un controllo a campione si è rilevato che la Medicina Legale non ha completato le nomine ad autorizzato al trattamento. L'O.I.V. ritiene di operare una decurtazione di 2,5 punti.

Tenuto conto dell'elevato numero di personale afferente alla Soc Dipsa e considerato che è sostanzialmente in linea con le nomine, si ritiene di non operare alcun decurtazione.

Per quanto attiene alla funzione Medico Competente si prende atto che, nel 2021, non sono stati segnalati al Direttore Generale tutti i nominativi del personale afferente a tale Funzione al fine di consentire la nomina di autorizzato al trattamento dati. L'O.I.V. ritiene di operare una decurtazione di 2,5 punti.

*

Per quanto attiene agli obiettivi contenuti nella sezione "Salute e sicurezza lavoro" (peso 5), considerato che lo stesso è diviso in 2 sub obiettivi:

Sub1) Relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2021 in qualità di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con riguardo al rispetto della normativa in materia di rischio antincendio e di sicurezza sul lavoro.

Sub2) Partecipazione a corsi obbligatori fad in tema di sicurezza sul lavoro (D.Lgs n. 81/2008 e smi) anche da parte dei propri collaboratori.

L'OIV ritiene di assegnare 2 punti all'obiettivo sub 1 e 3 punti al sub obiettivo sub 2 (tenuto conto dell'obbligatorietà della partecipazione a corsi formativi).

Con riguardo all'obiettivo sub 1) Il responsabile della Sos Prevenzione e protezione, Ing. Riboni, ed il Responsabile della Sos Tecano, Ing. Mattalia, hanno esaminato le relazioni presentate (si rinvia al verbale redatto dalla Segreteria OIV) ritenendole congrue, eccetto la relazione riferita alla Soc Pediatria ed alla Sosd Attività Consultoriale in quanto eccessivamente sintetiche ritenendo, perciò, di operare una decurtazione di 2 punti per ciascuna struttura.

Per quanto attiene l'obiettivo sub 2) la Sos Formazione (previo confronto con il Responsabile della Sos Prevenzione e Protezione) ha fornito un elenco di dipendenti (afferenti ad una specifica struttura) iscritti, dalla Sos Formazione, ai corsi fad obbligatori in tema di sicurezza sul lavoro (informando, tramite e mail, sia il dipendente interessato sia il Direttore della struttura di appartenenza), che non hanno effettuato il corso nel 2021.

Tale elenco, disponibile presso la segreteria OIV, riporta i nominativi di dipendenti afferenti alle seguenti strutture aziendali:

- Sisp – Farmacia – Medicina Legale – Distretto – Veterinario area C - Radioterapia – Malattie Infettive – Medicina Domodossola – Laboratorio Analisi - Cardiologia – Radiologia – Oncologia – ORL – Oculistica - Ostetricia Ginecologia – Anestesia e rianimazione.

L'O.I.V., tenuto conto del numero di operatori che, per ciascuna struttura, avevano l'obbligo di partecipare ai corsi, rapportato al numero di operatori inadempienti, ha ritenuto di operare, per ciascuna struttura, le decurtazioni di cui alla successiva tabella:


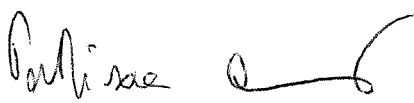
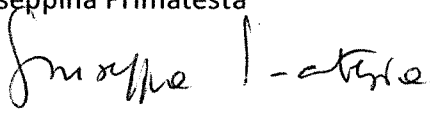
In particolare:

ANNO 2021	N° dipendenti iscritti da Sos Formazione al corso obbligatorio	N°dipendenti che hanno concluso Corso	N°dipendenti che non hanno partecipato al Corso	Note	Decurtazione
Anestesia	6		6		3
Ostetricia Ginecologia	2		2	1 soggetto iscritto al 29.4.21 si è dimesso l 1.6.22	3
Oculistica	3	1	2	Un soggetto che non ha fatto corso è stato iscritto al 29.4.21 e dimesso ad agosto 21	1,5
Orl	2		2		3
Oncologia	5	3	2		1,2
Radiologia	6	3	3	Un soggetto che non ha fatto corso è stato iscritto al 29.4.21 e dimesso 1.11.21	1,2

Cardiologia	4	2	2		1,5
Lab. Analisi	3	2	1		1
Medicina domo	1		1		3
Malattie infettive	2	1	1		1,5
Radioterapia	2		2		3
Veterinario area c	2	1	1		1,5
Distretto	2	1	1		1,5
Medicina legale	2		2		3
Farmacia	6	4	2		1
Sisp	2		2		3

La seduta si conclude alle ore 18,10.

Letto, confermato e sottoscritto.

I Componenti O.I.V. presenti all'incontro:	
Presidente	Dr. Maurizio Provera 
Componente	Dr.ssa Patrizia Marta 
Segretario Verbalizzante	Dr.ssa Giuseppina Primatesta 



A.S.L. VCO.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

**Verbale n. 5 del 3.6.22
dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)
dell'Asl VCO**

L'incontro odierno è stato convocato, alle ore 14, presso la sede dell'Asl VCO, ad Omegna, 3° piano palazzo Beltrami, Via Mazzini 117, per proseguire la valutazione delle schede obiettivi 2021.

Risultano presenti alla seduta i componenti dell'OIV:

Dr. Maurizio Provera (Presidente)

Dr.ssa Patrizia Marta (componente)

Dr.ssa Patrizia Spadone (componente)

Assenti

/

La funzione di segreteria è ricompresa nell'ambito delle funzioni attribuite alla Sos Organi, Organismi Collegiali, Comunicazione, Supporto Strategico.

Per quanto attiene la sezione 3 della scheda obiettivi 2022 riferita al governo clinico, qualità, appropriatezza, rischio clinico, in particolare all'obiettivo relativo al "*Mantenimento dei requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento istituzionale ed al programma regionale rischio clinico*", il Responsabile dell'Area "Governo clinico-qualità-appropriatezza-rischio clinico", Dr.ssa Margherita Bianchi, sulla base della documentazione pervenuta dai Direttori delle strutture aziendali, ha illustrato, in data 18.5.22, la situazione in merito agli obiettivi assegnati a ciascun Direttore fornendo, successivamente, ulteriori integrazioni.

Il Presidente dell'OIV, Dr. Provera, sintetizza quanto emerso dal confronto precisando che, nella scheda di budget firmata dal Direttore Generale e dai Direttori/Responsabili di struttura, era previsto un obiettivo strategico riferito a "Governo clinico/Qualità/Appropriatezza/Rischio clinico". Nell'ambito della scheda sottoscritta l'obiettivo era indicato a livello generale. In un secondo tempo è stato dettagliato come da proposta della dott.ssa Bianchi, responsabile della funzione aziendale "Governo clinico Qualità Appropriatezza e Rischio clinico".

Alcuni Direttori, non condividendo le proposte della dott.ssa Bianchi, si sono rifiutati di sottoscrivere la specifica scheda. Tuttavia gli obiettivi proposti dalla Dott.ssa Bianchi risultano tutti compresi nel Manuale dell'accreditamento o previsti da specifiche disposizioni regionali. Ad esempio la Raccomandazione 17, relativa alla Ricognizione della terapia farmacologica, è stata emanata dal Ministero della Salute nel dicembre 2014 e si ritiene che sia pratica da ottemperare in quanto qualificante per l'ospedale, per la specifica struttura e soprattutto per il paziente. Inoltre,

l'Azienda ha redatto la relativa Procedura operativa nel settembre 2020, validata dal Direttore Generale e condivisa a livello aziendale. Ne consegue che, pur condividendo le osservazioni propositive mosse da alcuni Direttori, si ritiene che la non sottoscrizione degli obiettivi di dettaglio non sia sufficiente per ritenersi sollevati dal perseguimento degli stessi.

Pertanto, presa visione, in prima istanza, in data 18/5/2022, delle valutazioni effettuate dalla Dott.ssa Bianchi anche per le strutture non firmatarie, verificate le note trasmesse in merito dai Direttori interessati, e a seguito di ulteriore confronto con la Dott.ssa Bianchi, si approva la quantificazione finale proposta dalla stessa per singola struttura, di seguito riepilogata. Le schede di valutazione sono disponibili presso la segreteria dell'OIV.

Le strutture che hanno raggiunto il 100% sono le seguenti:

Anatomia Patologica – Attività Consultoriale – Day surgery multidisciplinare – Dietologia e nutrizione clinica – Endoscopia Digestiva – Farmacia - Geriatria –Endocrinologia e Diabetologia – MCU – Urologia – Nefrologia e dialisi – SIMT – NPI – Psicologia –Radiologia – RRF – SERD – Servizio Salute Mentale territoriale – Spresal – Sian- Sisp –Veterinario aree A, B, C – Medicina Legale – Medico Competente.

Hanno raggiunto parzialmente l'obiettivo le strutture di seguito elencate, con le decurtazioni riportate:

Anestesia e Rianimazione -4; Cardiologia -3; Chirurgia generale Domodossola -3,5; Chirurgia generale Verbania -4; Distretto VCO -1; DIPSA -3; DSO -2; - Laboratorio analisi -2; Malattie infettive e tropicali -5; Medicina interna Domodossola -4; Medicina interna Verbania -4; Neurologia -2; Oculistica -3; Oncologia -3; Ortopedia e traumatologia Domodossola -2,5; Ortopedia e traumatologia Verbania -3; Ostetricia e ginecologia -1; Otorinolaringoiatria -3; Pediatria - 1; Radioterapia -1; SPDC -2.

*

L'incontro odierno è stato convocato anche per effettuare le verifiche di cui alla delibera A.N.A.C. n. 201/22, in tema di trasparenza. Come previsto dalla richiamata deliberazione gli O.I.V. sono tenuti all'attestazione sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31 maggio 2022, avvalendosi della collaborazione del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza. All'incontro odierno è quindi presente il R.P.C.T., Dr.ssa Giuseppina Primatesta.

L'attestazione richiesta al 31 maggio 2022 si riferisce agli obblighi di pubblicazione risultanti dalla griglia contenuta nell'allegato 2.1 alla delibera A.N.A.C. n. 201/22.

Le attestazioni degli O.I.V. riferite al 31.5.2022, da predisporre utilizzando il modello contenuto nell'allegato 1.1 e complete della griglia di rilevazione (All. 2.1) e della scheda di sintesi (All. 3), dovranno essere pubblicate nel sito aziendale, sezione "Amministrazione Trasparente", e la griglia dovrà essere trasmessa ad ANAC entro il 30.6.22.

L'allegato 4 alla Delibera n. 201/22 indica i criteri per la compilazione della griglia di rilevazione al 31.5.22 (allegato 2.1 alla delibera A.N.A.C. n. 201/22) che consente di evidenziare la pubblicazione, nel sito dell'ASL, all'interno della sezione "Amministrazione Trasparente", dei dati previsti dalla normativa vigente. Come precisato nel medesimo allegato gli elementi della griglia (foglio n. 1) da

valutare attengono: - alla pubblicazione - alla completezza del contenuto - alla completezza rispetto agli uffici - all'aggiornamento - all'apertura del formato.

Per ogni obbligo inserito nella griglia di rilevazione deve essere verificata l'avvenuta pubblicazione dei dati e delle informazioni previste dalla normativa, con l'assegnazione di un valore che fornisce la misura del grado di adempimento da parte dell'amministrazione soggetta a controllo. Qualora uno o più obblighi oggetto di verifica non siano applicabili alle amministrazioni verrà inserito il valore "n/a" (non applicabile).

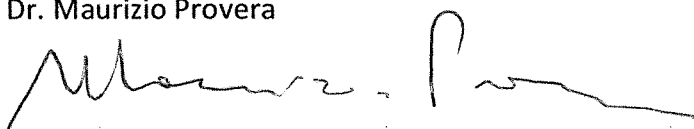

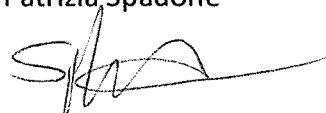
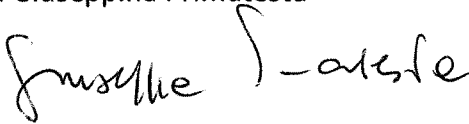
Il Presidente ed i Componenti dell'O.I.V., nella seduta odierna, in presenza del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza effettuano una verifica sul sito istituzionale, sezione "Amministrazione Trasparente", in merito agli obblighi di pubblicazione indicati nella richiamata griglia, avendo, nelle sedute precedenti, anche contattato alcuni Direttori di Struttura o loro sostituti.

Per quanto attiene *il formato* si segnala che l'assenza del formato aperto (così come appare in alcune sottosezioni dell'allegato 2.1) si giustifica tenendo conto che le deliberazioni non sono in PDF/A in quanto sono pubblicate come scansione informatica del documento. Pertanto non sono trasformabili, con l'attuale programma informatico aziendale, nel formato richiesto. In generale si precisa che, nelle diverse sezioni in cui sono inseriti documenti scansionati, gli stessi non sono in PDF/A.

Con il nuovo flusso delibere/determine, attivato dall'ottobre 2021, le deliberazioni adottate dall'azienda sono nel formato PDF/A.

La seduta si conclude alle ore 18,20.

Letto, confermato e sottoscritto.

I Componenti O.I.V. presenti all'incontro:	
Presidente	Dr. Maurizio Provera 
Componente	Dr.ssa Patrizia Marta 
Componente	Dr.ssa Patrizia Spadone 
Segretario Verbalizzante	Dr.ssa Giuseppina Primatesta 



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

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola



**Verbale n. 6 del 16.6.22
dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)
dell'Asl VCO**

L'incontro odierno è stato convocato, alle ore 14, presso la sede dell'Asl VCO, ad Omegna, 3° piano palazzo Beltrami, Via Mazzini 117, per concludere la valutazione delle schede obiettivi 2021.

Risultano presenti alla seduta i componenti dell'OIV:

Dr. Maurizio Provera (Presidente)

Dr.ssa Patrizia Marta (componente)

Dr.ssa Patrizia Spadone (componente)

Assenti

/

La funzione di segreteria è ricompresa nell'ambito delle funzioni attribuite alla Sos Organi, Organismi Collegiali, Supporto Strategico.

Sono state esaminate le relazioni inviate dai direttori/responsabili di struttura richieste in data 6 maggio 2022 come da indicazione del verbale OIV n. 2 del 29.4.2022. Le relazioni sono state richieste:

- 1) in merito alla tempistica di chiusura delle SDO a: Anestesia Rianimazione, Cardiologia e UTIC, Malattie Infettive, Medicina Domodossola, Medicina Verbania, Ortopedia Traumatologia Verbania e ORL;
- 2) in merito alla non accettazione di alcune SDO a: Cardiologia e UTIC, Malattie Infettive, Pediatria Nido e Neonatologia;
- 3) in merito all'elevato numero di prestazioni specialistiche scartate a Anatomia Patologica, Anestesia Rianimazione, Consultori.

Relativamente al punto 1 tra le risposte è presente una dichiarazione dell'ICT aziendale che segnala dell'invio in ritardo delle SDO del mese di giugno per problemi legati al loro personale. Questo ha determinato che circa un dodicesimo di SDO sono state inviate in ritardo per problemi non legati alle strutture sanitarie. Il numero di SDO in ritardo come "primo invio" rimane comunque complessivamente elevato. Ciò denota sia un problema di scarsa attenzione generale che, soprattutto, di organizzazione che va risolto al più presto secondo quanto già indicato nel verbale OIV del 29.4.2022, precisamente:

- lo sdoppiamento degli invii in Regione delle SDO, uno a fine del mese di riferimento e uno il giorno della scadenza in modo da diluire anche l'eventuale carico di correzioni;

- l'utilizzo di strumenti di analisi preventiva che consentano di ridurre al minimo, se non di eliminare, prima dell'invio gli eventuali problemi che potrebbero determinare la non accettazione delle SDO;
- un riferimento e un supporto continuo da parte della DSO nel caso di problematiche da superare o di necessità di formazione o affiancamento;
- una reportistica tempestiva che segnali periodicamente il risultato degli invii in modo da rendere per tempo tutti consapevoli di eventuali problemi.

In considerazione di quanto sopra e auspicando la urgente revisione dell'organizzazione del flusso SDO nei termini segnalati si ritiene di dover assegnare come raggiunto l'obiettivo per le seguenti strutture:

- Medicina Domodossola
- Medicina Verbania (anche per quanto segnalato nella nota del 21 giugno 2021 e nelle note successive)
- Malattie Infettive
- Cardiologia e UTIC (anche per il carico di lavoro e le problematiche di personale segnalate)
- ORL (anche per la mancanza del direttore della struttura)
- Ortopedia Traumatologia Verbania
- Anestesia Rianimazione (anche in relazione al carico di lavoro causa Covid e alle segnalate carenze di personale).

Relativamente al punto 2:

- la Pediatria segnala che le 4 SDO non accettate riguardano neonati di nazionalità straniera per cui non si è riusciti a superare le difficoltà amministrative connesse;
- la Cardiologia e UTIC segnala che per le 6 SDO non accettate trattasi di problemi di tipo amministrativo;
- le Malattie Infettive per le 6 SDO non accettate non risponde nel merito.

Le risposte sono da ritenersi tutte non soddisfacenti in quanto le problematiche amministrative devono essere risolte contestualmente alla presenza del paziente in reparto. Anche per tale problematica si auspica l'applicazione delle indicazioni già riportate al punto 1 in merito alla revisione dell'organizzazione del flusso SDO. Si ritiene comunque di dover penalizzare del 20% del peso dell'obiettivo (5 punti su 25) le strutture indicate anche se le carenze evidenziate non risultano interamente imputabili a loro.

Relativamente al punto 3:

- l'Anestesia Rianimazione fa riferimento a una prestazione da loro eseguita ma non a nomenclatore che è stata ripetutamente scartata (in questo caso si consiglia di verificare se nel nomenclatore della Regione Piemonte è presente una prestazione il cui codice può essere utilizzabile temporaneamente sia come tipologia che come tariffa);

- le carenze segnalate dai Consulitori fanno riferimento al mancato aggiornamento in corso d'anno della codifica da parte del CSI che ha determinato lo scarto di prestazioni, il reinvio delle stesse e il conseguente non rispetto della tempistica;
- l'Anatomia Patologica segnala problemi dell'applicativo informatico superati solo in corso d'anno e il positivo riscontro sugli invii delle prestazioni dei mesi di novembre e dicembre 2021 fa ritenere superate le problematiche segnalate.

Si ritiene pertanto di accettare le giustificazioni addotte e considerare raggiunti gli obiettivi per tutte le tre strutture.

**

L'OIV prosegue l'attività con l'obiettivo di concludere la valutazione degli obiettivi 2021. Per quanto attiene la sezione "Azioni strategiche aziendali" il Presidente ed i Componenti OIV esaminano le relazioni delle funzioni "Programmazione e progettazione sanitaria integrata", "Governo clinico, qualità, appropriatezza rischio clinico", "Medico Competente", "Prevenzione e Protezione" ritenendo le stesse esaustive e raggiunti gli obiettivi. Per quanto attiene la Soc Logistica e servizi informatici, nell'ambito delle azioni strategiche è ricompreso l'obiettivo "*Coordinamento di tutte le strutture coinvolte per la messa in atto degli adempimenti di cui all'art. 1, comma 32, L. n. 190/2012*" per il quale viene utilizzato il programma "Oliam web". A questo proposito, come rilevato dal R.P.C.T., risulta, per quanto attiene la Soc logistica, qualche campo non compilato e non aggiornato nell'ambito del programma. Il Presidente ed i Componenti OIV ritengono di operare una decurtazione di 4 punti (ovvero del 40% rispetto al Peso 10) .

**

Per quanto attiene l'obiettivo riferito al "Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali di competenza" il Responsabile della Sos Organi, Organismi collegiali, supporto strategico, come risulta dalla relazione di sintesi, esaminando il protocollo aziendale non ha riscontrato sussistere note, regionali o ministeriali, che evidenziano ritardi per quanto attiene le funzioni sopra indicate, neppure con riguardo alle strutture afferenti il Dipartimento di Prevenzione, le Strutture amministrative tranne la Sos ICT. A questo proposito, nella relazione presentata all'OIV, la Dr.ssa Gagliardi evidenzia che l'obiettivo è stato perseguito "*per quanto si è potuto, con le risorse umane messe a disposizione*", ritenute comunque insufficienti. Inoltre il Responsabile della Sos ICT richiama la nota prot. 78516 del 13.12.21, inviata alla Direzione Generale ed alla Segreteria OIV, precisando che, a seguito del trasferimento per mobilità di un collaboratore (non sostituito), dell'assenza di un collaboratore tecnico programmatore e di un assistente tecnico programmatore, non garantisce il rispetto dell'invio alla scadenza di tutti i flussi informativi a partire da dicembre 2021 (flussi B, C, C2, C4, C5, F, SDO, H, CO) e anche dei relativi monitoraggi e correzione di eventuali errori di competenza ICT. Non viene, inoltre, garantita la gestione, in qualità di amministratori di sistema, di portali nazionali quali sistema TS, INAIL. A febbraio 2022 la Dr.ssa Gagliardi chiede alla Direzione Generale di esternalizzare l'attività. Tale proposta è ritenuta inaccettabile dalla Direzione Generale tenuto conto dell'importanza della gestione dei flussi all'interno dell'azienda. Il Presidente ed i componenti OIV convergono sull'indispensabilità dei flussi e pertanto ritengono, anche in considerazione dei problemi di carenza

di personale evidenziati dal Responsabile della Struttura ICT, di operare una decurtazione del 50% dell'obiettivo (ovvero - 15 punti rispetto ad un peso di 30).

Dopo che i Componenti O.I.V. hanno terminato la valutazione degli obiettivi di tutte le Strutture aziendali riferiti all'anno 2021 la Segreteria dell'O.I.V. predispone un prospetto, che allega al presente verbale, quale parte integrante e sostanziale, che riporta, per ciascuna Struttura la percentuale complessiva raggiunta.


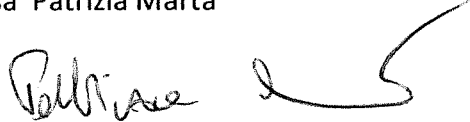
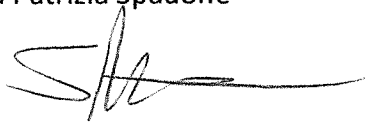

Come precisato nel verbale n. 1 del 22.3.22 la scheda obiettivi concordata con i Direttori di Struttura complessa che rivestono anche il ruolo di Direttori di Dipartimento (ovvero: Soc Spresalper il (Dipartimento di Prevenzione) - Soc Laboratorio Analisi per il Dipartimento dei Servizi Diagnostici e Terapie di Supporto - Soc Medicina e Chirurgia d'Urgenza per il Dipartimento delle Patologie Mediche - Soc Anestesia e Rianimazione per il Dipartimento delle Patologie Chirurgiche) - Soc Pediatria per il Dipartimento Materno Infantile - svolga anche la funzione di assegnazione di obiettivi di Dipartimento. Pertanto, gli esiti delle valutazioni contenute nel prospetto allegato per i Direttori che svolgono anche la funzione di Direttore di Dipartimento vale anche come verifica degli obiettivi dipartimentali.

La segreteria O.I.V. provvederà ad inviare i verbali degli incontri alla Direzione Generale per l'adozione degli atti di competenza.

La seduta si conclude alle ore 18,13.

Letto, confermato e sottoscritto.



I Componenti O.I.V. presenti all'incontro:	
Presidente	Dr. Maurizio Provera 
Componente	Dr.ssa Patrizia Marta 
Componente	Dr.ssa Patrizia Spadone 
Segretario Verbalizzante	Dr.ssa Giuseppina Primatesta 

Allegato A) al Verbale n. 6 del 16.6.2022

**RIEPILOGO GENERALE PREDISPOSTO DOPO LA CONCLUSIONE
DELL'ITER VALUTATIVO DELL'ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE**

STRUTTURE/DIPARTIMENTI (Soc/Sos Dip/Sos in staff/Sos Amministrative/Funzioni/Dipartimenti)	Percentuale di raggiungimento degli obiettivi anno 2021
Soc ANATOMIA PATOLOGICA	100
Soc ANESTESIA E RIANIMAZIONE	87
Sos Dip ATTIVITA' CONSULTORIALE	98
Soc CARDIOLOGIA	90,5
Sosd DAY SURGERY MULTIDISCIPLINARE	100
Soc CHIRURGIA GENERALE DOMODOSSOLA	96,5
Soc CHIRURGIA GENERALE VERBANIA	96
Sosd ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA	100
Sosd DIETOLOGIA E NUTRIZIONE CLINICA	100
Soc DipSA	97
Sosd ENDOSCOPIA DELL'APPARATO DIGERENTE	100
Soc DISTRETTO VCO	92,5
Soc DIREZIONE SANITARIA PRESIDI OSPEDALIERI VERBANIA E DOMODOSSOLA	98
Soc FARMACIA	99
Soc GERIATRIA	100
Soc LABORATORIO ANALISI	97
Sos Dip. MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	88,5
Soc MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA	100
Soc MEDICINA INTERNA DOMODOSSOLA	93
Soc MEDICINA INTERNA VERBANIA	96
Sosd MEDICINA LEGALE	94,5
Soc NEFROLOGIA E DIALISI	100
Soc NEUROLOGIA	98
Soc NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	100
Soc OCULISTICA	95,5
Soc ONCOLOGIA	96
Soc ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DOMODOSSOLA	91,5
Soc ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA VERBANIA	91
Soc OSTETRICIA GINECOLOGIA	90

Soc OTORINOLARINGOIATRIA	94
Soc PEDIATRIA	92
Sos staff PSICOLOGIA	100
Soc RADIOLOGIA	99
Sos Dip RADIOTERAPIA	96
SOC RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE (RRF)	100
Soc SERVIZIO SALUTE MENTALE TERRITORIALE	100
Soc SERD	100
Soc SIAN	100
Sosd SIMT	100
Sosd SISP	97
Sosd SPDC	98
Soc SPRESAL	100
Soc UROLOGIA	100
Soc VETERINARIO AREA A	100
Sosd VETERINARIO AREA B	100
Sosd VETERINARIO AREA C	100
Soc AFFARI GENERALI LEGALI E ISTITUZIONALI	100
Sos ORGANI ORGANISMI COLL SUPPORTO STRATEGICO	100
Sos staff CONTROLLO DI GESTIONE	100
Soc GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA E PATRIMONIO	100
Soc GESTIONE PERSONALE E RELAZIONI SINDACALI	98,5
Sos ACQUISIZIONE E AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE	98,5
Soc LOGISTICA E SERVIZI INFORMATICI	93,5
Sos in STAFF TECNICO E COORDINAMENTO AZIENDALE NUOVO OSPEDALE	100
Sos ICT	82,5
Sos in staff FORMAZIONE	100
Sos in staff PREVENZIONE E PROTEZIONE	100
GOVERNO CLINICO QUALITA' APPROPRIATEZZA RISCHIO CLINICO	100
MEDICO COMPETENTE	97,5
Funzione PROGRAMMAZIONE E PROGETTAZIONE SANITARIA INTEGRATA	100

Al. B



Allegato A) al Verbale n. 6 del 16.6.2022

**RIEPILOGO GENERALE PREDISPOSTO DOPO LA CONCLUSIONE
DELL'ITER VALUTATIVO DELL'ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE**

STRUTTURE/DIPARTIMENTI (Soc/Sos Dip/Sos in staff/Sos Amministrative/Funzioni/Dipartimenti)	Percentuale di raggiungimento degli obiettivi anno 2021
Soc ANATOMIA PATOLOGICA	100
Soc ANESTESIA E RIANIMAZIONE	87
Sos Dip ATTIVITA' CONSULTORIALE	98
Soc CARDIOLOGIA	90,5
Sosd DAY SURGERY MULTIDISCIPLINARE	100
Soc CHIRURGIA GENERALE DOMODOSSOLA	96,5
Soc CHIRURGIA GENERALE VERBANIA	96
Sosd ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA	100
Sosd DIETOLOGIA E NUTRIZIONE CLINICA	100
Soc DipSA	97
Sosd ENDOSCOPIA DELL'APPARATO DIGERENTE	100
Soc DISTRETTO VCO	92,5
Soc DIREZIONE SANITARIA PRESIDI OSPEDALIERI VERBANIA E DOMODOSSOLA	98
Soc FARMACIA	99
Soc GERIATRIA	100
Soc LABORATORIO ANALISI	97
Sos Dip. MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	88,5
Soc MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA	100
Soc MEDICINA INTERNA DOMODOSSOLA	93
Soc MEDICINA INTERNA VERBANIA	96
Sosd MEDICINA LEGALE	94,5
Soc NEFROLOGIA E DIALISI	100
Soc NEUROLOGIA	98
Soc NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	100
Soc OCULISTICA	95.5
Soc ONCOLOGIA	96
Soc ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DOMODOSSOLA	91,5
Soc ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA VERBANIA	91
Soc OSTETRICIA GINECOLOGIA	90

Soc OTORINOLARINGOIATRIA	94
Soc PEDIATRIA	92
Sos staff PSICOLOGIA	100
Soc RADIOLOGIA	99
Sos Dip RADIOTERAPIA	96
SOC RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE (RRF)	100
Soc SERVIZIO SALUTE MENTALE TERRITORIALE	100
Soc SERD	100
Soc SIAN	100
Sosd SIMT	100
Sosd SISP	97
Sosd SPDC	98
Soc SPRESAL	100
Soc UROLOGIA	100
Soc VETERINARIO AREA A	100
Sosd VETERINARIO AREA B	100
Sosd VETERINARIO AREA C	100
Soc AFFARI GENERALI LEGALI E ISTITUZIONALI	100
Sos ORGANI ORGANISMI COLL SUPPORTO STRATEGICO	100
Sos staff CONTROLLO DI GESTIONE	100
Soc GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA E PATRIMONIO	100
Soc GESTIONE PERSONALE E RELAZIONI SINDACALI	98,5
Sos ACQUISIZIONE E AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE	98,5
Soc LOGISTICA E SERVIZI INFORMATICI	93,5
Sos in STAFF TECNICO E COORDINAMENTO AZIENDALE NUOVO OSPEDALE	100
Sos ICT	82,5
Sos in staff FORMAZIONE	100
Sos in staff PREVENZIONE E PROTEZIONE	100
GOVERNO CLINICO QUALITA' APPROPRIATEZZA RISCHIO CLINICO	100
MEDICO COMPETENTE	97,5
Funzione PROGRAMMAZIONE E PROGETTAZIONE SANITARIA INTEGRATA	100
