



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

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 Firmato in originale
Componente	Dr.ssa Patrizia Marta Firmato in originale
Componente	Dr.ssa Patrizia Spadone Firmato in originale
Segretario Verbalizzante	Dr.ssa Giuseppina Primatesta Firmato in originale