

729

79 OTTOBRE 2020

All. B

Compilato da S6 F.A.G.

**A.S.L. VCO.**Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

**Verbale n. 3 del 20.7.2020  
dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)  
dell'Asl VCO**

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

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

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

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

\*

L'incontro odierno è stato convocato, alle ore 14, presso la sede dell'Asl VCO, ad Omegna, 3° piano palazzo Beltrami, Via Mazzini 117, al fine di proseguire la valutazione degli obiettivi assegnati, dal Direttore Generale, per l'anno 2019, ai Responsabili di Struttura complessa, di Struttura semplice Dipartimentale, di Struttura semplice in Staff, funzione e di Dipartimento.

**Risultano presenti alla seduta i componenti del Nucleo:**

Dr.ssa Patrizia Marta (componente)

Dr.ssa Patrizia Spadone (componente)



**Assente**

Dr. Claudio Bianco

Segretario verbalizzante, Dr.ssa Giuseppina Primatesta.

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

Con deliberazione n. 433 del 30.5.19, sono state approvate le schede riguardanti gli obiettivi 2019 condivisi dal Direttore Generale con i Direttori di Struttura. Successivamente, con DGR n. 4-92 del 19.7.19 (e smi), la Regione ha assegnato gli obiettivi ai Direttori Generali per l’anno 2019. Detti obiettivi sono stati poi declinati ai Direttori di struttura a secondo della rispettiva competenza.

A causa dell’emergenza Covid 19 si è ritenuto, solo al termine della stessa, di richiedere ai Direttori di Struttura la relazione in merito alle azioni messe in atto per il raggiungimento degli obiettivi assegnati per l’anno 2019.

Il segretario O.I.V. illustra la struttura della scheda obiettivi 2019 (di cui alla richiamata deliberazione n. 433/2019) riferita, distintamente, all’ambito sanitario ed a quello amministrativo.

La scheda obiettivi per le strutture aziendali (Soc, Sos Dipartimentali e Sos in staff alla Direzione Generale) per l’anno 2019 è strutturata nelle seguenti sezioni:

<b>1</b>	Equilibrio economico finanziario
<b>2</b>	Governo produzione
<b>3</b>	Obiettivo specifico di Struttura
<b>4</b>	Obiettivi regionali
<b>5</b>	Elogi / Reclami
<b>6</b>	Azioni strategiche aziendali
<b>7</b>	Governo clinico – qualità – appropriatezza – rischio clinico
<b>8</b>	UPRI
<b>9</b>	Salute e sicurezza sul lavoro
<b>10</b>	Prevenzione corruzione / Miglioramento trasparenza

Per l’anno 2019 la Direzione Generale ha ritenuto che per i Direttori di Struttura che svolgono il ruolo di Direttori di Dipartimento (Dipartimento Patologie Mediche, Dipartimento Patologie Chirurgiche, Dipartimento Materno Infantile, Dipartimento dei Servizi Diagnostici e Terapie di Supporto, Dipartimento di Prevenzione) la scheda assuma anche una valenza dipartimentale, assegnando un peso maggiore alla sezione “obiettivi regionali”.

**Sezioni di seguito descritte:**



1.	Equilibrio economico finanziario	Con atto n. 76 del 31.1.19 è stato adottato il Bilancio di previsione 2019, in seguito riadottato con atto n. 89 del 5.2.19. Si tratta di realizzare il governo della spesa in una logica di miglioramento continuo dell'appropriatezza. Viene assegnato, anche per il 2019, un budget di spesa per beni e servizi.
2.	Governo produzione	Si fa riferimento sia alle prestazioni di ricovero (ordinario e DH) sia alle prestazioni di specialistica ambulatoriale.
3.	Obiettivo specifico di Struttura	Si tratta di un obiettivo proposto dal Direttore di Struttura.
4.	Obiettivi regionali	Si tratta degli obiettivi che verranno assegnati dalla Regione ai Direttori Generali per l'anno 2019 e che verranno declinati alle singole strutture aziendali.
5.	Elogi - Reclami	E' prevista la presentazione, da parte di ogni Direttore di Struttura, di una iniziativa di comunicazione per l'anno 2019. E' necessaria una tempestiva risposta ai chiarimenti richiesti dall'U.R.P., che devono pervenire entro 10 giorni dal ricevimento della lettera inviata dall'U.R.P.
6.	Azioni strategiche aziendali	Si tratta di obiettivi che tengono conto della messa in atto di alcune azioni strategiche aziendali con particolare riguardo al rispetto della tempistica per l'invio dei flussi nazionali/regionali. In particolare si richiede il rispetto della tempistica per la chiusura delle SDO di ricovero e per il caricamento delle prestazioni ambulatoriali sugli applicativi aziendali. Si aggiungono gli adempimenti in materia di dematerializzazione.
7.	Governo clinico – qualità – appropriatezza – rischio clinico	Tale sezione comprende, seppure a livello esemplificativo: - la messa in atto delle indicazioni regionali per la gestione del rischio clinico e delle disposizioni fornite dall'Unità di Gestione del Rischio Clinico dell'ASL VCO; - applicazione degli adempimenti previsti dalla Rete Oncologica Piemontese (D.G.R. n. 51 – 2485 del 23.11.2015), tenendo conto dei relativi indicatori e standard; - il rispetto degli standard previsti nel Piano Nazionale Esiti (PNE); - la messa in atto delle 18 Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza del paziente; - il monitoraggio del Percorso Nascita con riguardo al Dipartimento Materno Infantile; - l'applicazione del Manuale del Ministero della Salute per la sicurezza in sala operatoria con riguardo al Dipartimento delle Patologie Chirurgiche.
8.	UPRI	Comprende la messa in atto, nel 2019, degli interventi richiesti dall'Unità di prevenzione del rischio infettivo (U.P.R.I.).
9.	Salute e sicurezza sul lavoro	Si tratta di predisporre una relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2019 in qualità di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato, con particolare attenzione: - al rispetto della normativa in materia di rischio antincendio; - alla formazione sulla sicurezza ed alla applicazione di quanto previsto dal "Gruppo di coordinamento aziendale Salute e Sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro".
10.	Prevenzione corruzione/miglioramento	Riguarda la collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T 2019-2021 (aggiornamento 2019) adottato con deliberazione



	trasparenza	n. 75 del 31.1.2019 e pubblicato sul sito internet aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente". Si ricomprende tra le azioni da realizzare: - la conclusione del corso FAD anche da parte dei propri collaboratori – la compilazione di 2 relazioni utilizzando uno schema fornito dal RPCT – l'aggiornamento della scheda Agenas.
--	-------------	--

Dopo aver illustrato la composizione della scheda obiettivi 2019 il Segretario O.I.V. precisa che il Direttore Generale, con nota prot. n. 40185 del 10.7.20, diretta ai Responsabili di Soc, Sos Dipartimentali, Sos in staff, funzioni ha richiesto di compilare, entro il 28 luglio 2020, una relazione in merito al raggiungimento degli obiettivi 2019, specificando eventuali motivazioni che ne hanno impedito il totale raggiungimento allegando, laddove possibile, la documentazione a supporto. Nella stessa nota si è precisato che la relazione in merito agli obiettivi 2019 sarebbe stata trasmessa all'Organismo Indipendente di Valutazione che avrebbe potuto richiedere, se necessario, informazioni di approfondimento.

La relazione è stata richiesta a luglio 2020 tenuto conto dell'emergenza Covid 19 e dell'impatto che la stessa ha avuto sull'intera azienda.

La segreteria O.I.V. ha richiesto a coloro i quali sono stati individuati Coordinatori di una serie di specifici obiettivi 2019, di indicare il grado di raggiungimento degli stessi da parte delle singole strutture aziendali. In particolare le lettere sono state indirizzate: - al Dr. De Stefano (rischio infettivo) – al Collaboratore Coordinatore Amministrativo esperto Sig. Nobili (Reclami/comunicazione) – alla Dr.ssa Succi (collaborazione per il monitoraggio PAC – rispetto della tempistica per la liquidazione delle fatture). Si è inoltre previsto la collaborazione (da realizzarsi anche attraverso colloqui/relazioni) dei Direttori/Responsabili che fanno parte della Struttura Tecnica permanente per la misurazione della performance (struttura la cui composizione è stata modificata con atto n. 790 del 2.8.2018) ovvero: della Dr.ssa Bianchi (Responsabile incarico professionale di altissima specializzazione "Governo clinico, qualità, appropriatezza, rischio clinico"), del Responsabile Sos Controllo di Gestione per quanto attiene report di spesa, di produzione e flussi informativi, specialistica, dei Direttori della Soc DSO, Dr. Francesco Garufi, della Soc Distretto VCO, Dr. Paolo Borgotti, del Dipartimento di Prevenzione, Dr. Giorgio Gambarotto).

\*

I componenti dell'O.I.V. ritengono, dal punto di vista metodologico, di effettuare le valutazioni agendo nel rispetto delle modalità di seguito riportate prendendo atto, per ciascuna Struttura aziendale, della documentazione raccolta dalla segreteria dell'O.I.V. ovvero:

- della scheda obiettivi 2019, allegata all'atto deliberativo n. 433 del 30.5.19 con il quale sono stati approvati detti obiettivi;
- della relazione trasmessa dai Responsabili di Struttura a seguito della richiesta avanzata dal Direttore Generale con nota prot. n. 40185 del 10.7.20;
- del supporto dei componenti della Struttura funzionale Tecnica Permanente per la misurazione della performance (costituita con atto deliberativo n. 126 del 31.3.2015, atto integrato con deliberazione n. 790 del 2.8.2018);
- dei report messi a disposizione dalla Sos in staff alla Direzione Generale Controllo di Gestione;
- dei report messi a disposizione dai soggetti individuati come Coordinatori degli obiettivi (in precedenza richiamati) e delle valutazioni effettuate.



- della situazione generale dell'azienda nel corso del 2019, di specifiche criticità che si sono registrate in talune strutture richiedendo, ove ritenuto opportuno, specificazioni in merito alla Direzione Strategica.

Inoltre, eventuali obiettivi non richiamati in modo esplicito nei verbali si devono considerare raggiunti. In caso contrario (ovvero in caso di mancato raggiungimento o di raggiungimento parziale) si riporteranno, nei verbali, le motivazioni.

Tutta la documentazione che verrà analizzata sarà agli atti degli Uffici competenti e della segreteria O.I.V. Sulla scorta delle informazioni così ottenute l'O.I.V. valuterà il grado di raggiungimento degli obiettivi riservandosi di effettuare, ove ritenuto necessario, 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.

Per quanto riguarda gli obiettivi specifici assegnati a ciascuna Struttura e, in generale, gli obiettivi per i quali è prevista una relazione, i componenti O.I.V. incaricano il Segretario a richiedere integrazioni laddove detta relazione risulti troppo sintetica e non esaustiva.

I componenti O.I.V., dopo aver esaminato la documentazione (a campione), evidenzieranno, per ciascuna Struttura aziendale, gli obiettivi che risulteranno non completamente raggiunti e, rispetto agli stessi, dopo aver valutato quanto descritto nella relazione trasmessa dal Direttore di Struttura al Direttore Generale, e richieste, se necessario, integrazioni, formuleranno le relative valutazioni.

Come risulta dall'atto deliberativo n. 789 del 2.8.2018, riferito al Regolamento per il funzionamento dell'O.I.V. dell'ASL VCO, la valutazione finale di risultato verrà espressa come percentuale complessiva di raggiungimento, ottenuta effettuando la somma delle percentuali di raggiungimento dei singoli obiettivi moltiplicato per il valore del "peso" rispettivamente assegnato. La valutazione potrà concludersi in 4 modalità differenti: 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 verranno trasmessi dalla segreteria al Direttore Generale che assumerà gli atti di competenza.

\*

I componenti O.I.V., preso atto che le schede obiettivi per l'anno 2020 non sono ancora state declinate, anche in attesa degli obiettivi assegnati dalla Regione ai Direttori Generali, propongono di inserire negli obiettivi da concordare per l'anno 2020 (considerata l'emergenza Covid-19 che ha determinato un rinvio per quanto riguarda l'assegnazione di obiettivi per l'anno corrente), obiettivi legati all'emergenza (a titolo esemplificativo: - rispetto delle misure di sicurezza e utilizzo di D.P.I. distanziamento sociale, mascherina...).

\*

Con la D.G.R. n. 4-92 del 19.7.2019 (integrata con la D.G.R. n. 12-156 del 2.8.2019) sono stati assegnati ai Direttori Generali delle aziende sanitarie regionali gli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi, di trasparenza per l'anno 2019 riportati nell'allegato A della medesima deliberazione ed elencati nella tabella di seguito riportata.

Obiettivi assegnati per l'anno 2019 dalla Regione ai Direttori Generali	
Premessa	
1.	Budget
Ob. 1.1	Equilibrio economico finanziario e sostenibilità del SSR
2.	Prossimità e integrazione dei percorsi
Ob. 2.1	Continuità assistenziale e Programma regionale cronicità

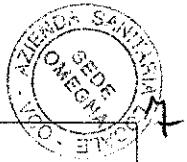


3.	<b>Accessibilità</b>
<b>Ob. 3.1</b>	Tempi di attesa ricoveri
<b>Ob. 3.2</b>	Tempi di attesa specialistica ambulatoriale
<b>Ob. 3.3</b>	Riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in Dea/PS
4.	<b>Qualità dell'assistenza</b>
<b>Ob. 4.1</b>	Area osteomuscolare
<b>Ob. 4.2</b>	Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI
<b>Ob. 4.3</b>	Appropriatezza nell'assistenza al parto dei Punti Nascita
<b>Ob. 4.4</b>	Area chirurgia generale: colecistectomia laparoscopica
<b>Ob. 4.5</b>	Screening oncologici
<b>Ob. 4.6</b>	Vaccini
<b>Ob. 4.7</b>	Donazioni d'organo
<b>Ob. 4.8</b>	Protocollo ERAS
<b>Ob. 4.9</b>	Umanizzazione
5.	<b>Gestione della spesa relativa ai beni: farmaci e DM</b>
<b>Ob. 5.1</b>	Affidabilità dati rilevati da flussi informativi della farmaceutica
<b>Ob. 5.2</b>	Assistenza farmaceutica territoriale ed ospedaliera: appropriatezza prescrittiva e riduzione variabilità
<b>Ob. 5.3</b>	Miglioramento della qualità del flusso informativo dei dispositivi medici
6.	<b>Digitalizzazione del SSR</b>
<b>Ob. 6.1</b>	Implementazione progetto FES-Sol e CUP unico regionale
<b>Obiettivo con carattere di lateralità</b>	
Rispetto tempi di pagamento di cui all'art. 1, comma 865 della Legge n. 145/2018 (legge di Bilancio 2018)	

Il Direttore Generale, in conformità a quanto richiesto dalla Regione con la DGR n. 4-92/2019 (e s.m.i.), ha predisposto, entro il 29 febbraio 2019, una relazione in merito alle azioni messe in atto per il perseguitamento degli obiettivi assegnati dalla Regione per l'anno 2019 corredata dalla documentazione a supporto. Tale relazione è stata inviata in Regione con lettera prot. n. 13854 del 28.2.2020. Occorre rilevare che i dati riportati nella relazione si riferiscono al dicembre 2019 o alla data specifica indicata nel caso in cui non fossero ancora disponibili i dati a dicembre 2019.

Si procede ora ad esaminare la relazione al fine di verificare i risultati raggiunti in merito a ciascun obiettivo, risultati riportati, seppure in maniera sintetica. Tali risultati sono stati, dalla segreteria O.I.V. aggiornati in base a nuove evidenze emerse successivamente alla data dell'invio della relazione in Regione (ovvero il 28 febbraio).

<b>Ob.</b>	<b>Equilibrio economico finanziario e sostenibilità del SSR</b>
<b>1.1</b>	<p><u>Il bilancio di verifica al 31/12/2019</u> presentava una perdita pari a 3.486.219 che, rettificata dalla diverse voci (spese non sanitarie extra LEA (parte non finanziata- Finanziamento Epatite C (parte non finanziata) - Finanziamento L. 210/92) - Applicazione CCNL rinnovo contratto dirigenza medica sanitaria comprensiva di irap) anno 2019/differenza con accantonamento 2019) ha portato ad un risultato di € 2.368.318. Tuttavia, dall'analisi del conto consuntivo 2019 (adottato con deliberazione n. 393 dell'11.6.20), emerge il <b>pareggio di bilancio</b>.</p> <p><u>Si precisa inoltre che:</u> si è registrato un incremento della produzione rispetto al 2018 - per la programmazione e la realizzazione degli investimenti sanitari finanziati con storno contributi indistinti ci si è attenuti alla quota di contributi finanziata pari a 1.116 migliaia di euro; - si è realizzato, nel corso del 2019, in sinergia con l'Ufficio Legale, un monitoraggio continuo e costante dell'eventuale contenzioso aziendale per assicurare adeguatezza fondo rischi ed oneri; - per quanto attiene il rispetto dei tempi di pagamento l'indicatore annuale 2019 si attesta su un risultato pari a -16 (pagamento a 44 giorni).</p>



	'obiettivo è stato raggiunto.
<b>Ob. 2.1</b>	<b>Continuità assistenziale e Programma regionale cronicità</b> Sono attivi (Indicatore 1.), sin dal 2016, vedi la deliberazione n. 533 del 30.12.2016, il Nucleo Ospedaliero di continuità assistenziale ed il Nucleo Distrettuale di continuità delle cure, come previsti dall'All. A ex DGR 27-3628/2012 e smi. La <u>proposta del Piano aziendale cronicità</u> è stata trasmessa in Regione con nota prot. n. 67144 del 30.10.19. L'obiettivo è stato raggiunto.
<b>Ob. 3.1</b>	<b>Tempi di attesa ricoveri</b> <b>Obiettivo 3.1: Tempi di attesa ricoveri</b> Si tratta di un obiettivo coordinato e monitorato dal Direttore della Soc DSO. Dal report annuale ( <i>Fonte dati: Soc Controllo di Gestione Asl Vco</i> ) relativo al periodo gennaio-dicembre 19 confrontato con il report relativo al periodo gennaio-settembre 19 e con il report relativo al periodo gennaio-luglio 19 e gennaio-maggio 19 si evidenzia una tendenza alternante tra diminuzione e aumento della percentuale dei casi trattati verso lo standard in classe A ed un aumento per quasi tutti i casi trattati verso lo standard in classe B. <u>Per la classe A</u> (14 interventi su 17 effettuati in azienda) <u>raggiungono l'obiettivo gli interventi per tumore della mammella, tumori dell'utero, biopsia cutanea del fegato, emorroidectomia sul presidio San Biagio.</u> Non hanno raggiunto lo standard gli interventi per tumore maligno della prostata, retto, tiroide, ernia inguinale, colecistectomia laparoscopica e emorroidectomia. Pur non raggiungendo lo standard hanno avuto un miglioramento: angioplastica coronarica, coronarografia e protesi di anca presso il S. Biagio di Domodossola. Dal report annuale si rilevano: - valori superiori all'80% per gli interventi di angioplastica coronarica, coronarografia e tumori del retto a Verbania; - valori oltre il 70% per intervento per melanoma e tumore maligno della tiroide; - valori del 70% per gli interventi per tumore del colon. Rimane molto critica la situazione per altri interventi ed in particolare vi sono valori inferiori al 50% per interventi di colecistectomia laparoscopica sui due presidi, di protesi d'anca, emorroidectomia e riparazione ernia inguinale all'ospedale Castelli di Verbania. <u>Per la classe B</u> (10 interventi su 17 effettuati in azienda) raggiunge l'obiettivo soltanto l'intervento per biopsia cutanea del fegato. Presenta un valore superiore all'85% l'intervento per tumore maligno della prostata. Tutti gli altri sono al disotto dello standard con valori ad esempio al sotto del 10% per gli interventi di emorroidectomia e riparazione ernia inguinale presso il presidio Castelli e del 22% e per gli interventi di protesi d'anca presso il presidio San Biagio. <b>Ostacoli che si sono frapposti al raggiungimento dell'obiettivo</b> Per la protesi d'anca ha inciso, significativamente, la grave carenza di personale ortopedico sul presidio di Domodossola, con gravi difficoltà a reperire dirigenti medici. Per gli altri interventi la criticità maggiore è rappresentata dall'impossibilità ad aumentare il numero e la durata delle sedute operatorie, soprattutto per carenza di anestesisti. Per quanto riguarda gli interventi di riparazione di ernia inguinale e di emorroidectomia, il 2019 è il primo anno nel quale vengono inseriti nel monitoraggio dei tempi di attesa. Per motivi legati alla carenza di personale infermieristico non è stato possibile potenziare, h24, il Day surgery multidisciplinare di Domodossola ed attivare il Day surgery multidisciplinare di Verbania. Ciò, unitamente alle difficoltà ad incrementare le sale operatorie, ha determinato il risultato, dovendosi privilegiare gli interventi maggiori in particolare oncologici.



	<p>Per il tumore della prostata l'innalzamento significativo, improvviso, del numero dei pazienti in lista, tenuto conto della attrattività della SOC Urologia, e del significativo incremento della domanda, non ha permesso un rapido smaltimento della lista per varie motivazioni. Tra queste si ricomprende: - la difficoltà, in atto, a poter garantire un incremento del numero delle sale operatorie; - ai tempi ed alle risorse necessarie ad acquisire nuova strumentazione per gli interventi di chirurgia miniivasiva laparoscopica.</p>
<b>Ob.</b> <b>3.2</b>	<p><b>Tempi di attesa specialistica ambulatoriale</b></p> <p><u>Sub obiettivo 1:</u> adeguamento del tempo medio di attesa (indice di performance) allo standard regionale: Sommatoria (data prenotazione – data erogazione )/N° prestazioni.</p> <p>L'ASL VCO, con atto n. 712 del 16.7.2018, ha costituito un gruppo di lavoro per il governo delle liste di attesa. Per il perseguimento di questo sub-obiettivo sono state intraprese, nel corso dell'anno 2019, le seguente azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- con nota prot. ASL n. 3494 del 18/01/2019 è stata predisposta ed inviata apposita comunicazione a tutti i prescrittori (MMG/PLS, medici divisionali ambulatoriali e specialisti ambulatoriali convenzionati) in merito alla obbligatorietà di dover indicare sulle DEM il tipo di accesso: primo accesso e accesso successivo o secondo;</li><li>- è stata avviata la pianificazione per la costruzione di agende esclusive per le visite specialistiche con posti riservati per il secondo accesso;</li><li>- sono state pubblicate ed assegnate, nel mese di giugno 2019, nuove ore di Specialistica Ambulatoriale per le branche a maggior criticità dei TA;</li><li>- è stata avviata l'analisi e trasmesso il progetto "<i>Punto di accettazione</i>", in concerto con la DSO, per l'attivazione, all'interno del CUP a sportello, di un operatore dedicato per la gestione di agende esclusive per il secondo accesso.</li><li>- sono stati installati, presso i PP.OO. Di Verbania e Domodossola, n. 2 Totem per la prenotazione a CUP.</li></ul> <p>La Regione ha indicato le tipologie di prestazioni in relazione alle quali monitorare i tempi di attesa ovvero visite specialistiche ed esami di diagnostica strumentale. Con riguardo all'adeguamento del tempo medio di attesa (indice di performance) allo standard regionale, dai report al 31.12.19 predisposti dalla Struttura Controllo di Gestione si evidenziano le seguenti criticità: 17 prestazioni e 7 visite.</p> <p>Al 31.12.2019, come risulta dalla rilevazione del giorno indice del 9 gennaio 2020, (con riguardo alle prestazioni monitorate) lo sforamento rispetto allo standard regionale si rileva per n. N. 4 visite (chirurgica – gastroenterologia – fisiatrica – odontoiatrica) e N. 3 esami (colonoscopia – biopsia endoscopica – polipectomia).</p> <p>I Direttori di Struttura hanno relazionato in merito a questo obiettivo.</p> <p>L'obiettivo dei tempi di attesa delle coronarografie – come ha evidenziato il Direttore della Soc Cardiologia, Dr. Lupi - ha presentato delle criticità nella prima metà dell'anno 2019 per la limitata disponibilità della sala di emodinamica (h8). il passaggio, nella seconda metà del 2019, ad H 12 e l'apertura di 2 pl supplementari dedicati all'attività di emodinamica ha permesso di riportare i tempi di attesa della coronarografia, nella seconda metà del 2019, nell'ambito del rispetto della tempistica. La difficoltà di mantenere i tempi previsti per la prima visita cardiologica, elettrocardiogramma, ecocardiografia, holter ECH e test ergonometrico ha risentito della carenza di personale medico (2 gravidanze, 1 dirigente medico con lunga malattia per neoplasia, un dirigente medico con gravi limitazioni di servizio, un dirigente medico con legge 104).</p> <p>Il Direttore della Soc Chirurgia, Dr. Zonta, ha osservato che l'allungamento dei tempi di attesa, per</p>



	<p>quanto riguarda il reparto a Domo, è imputabile alla carenza di organico medico (nel 2019 solo 5 medici in attività che ha limitato la possibilità di ampliare l'apertura degli ambulatori). Tutte le prestazioni prenotate in classe U e B sono state garantite. Per quanto attiene il reparto a Verbania l'allungamento dei tempi di attesa oltre che alla carenza di personale è imputabile all'aumento della domanda da parte dell'utenza ed ai limitati spazi fisici presso il poliambulatorio di Verbania. Tutte le prestazioni prenotate in classe U e B sono state garantite.</p> <p>Il Direttore della Sosd Endoscopia Digestiva, Dr. Facciotto, evidenzia che sono state messe in atto sedute aggiuntive per ridurre le liste di attesa. Le prestazioni endoscopiche sono legate alla disponibilità di personale medico e infermieristico, alla disponibilità di attrezzature e sale endoscopiche. Nel corso del 2019 si è ridotta la disponibilità di n. 2 dirigenti medici per i permessi della legge n. 104 (media 4 giorni al mese). Vi sono stati problemi di attrezzature (soprattutto della lava endoscopi). Sono state garantite nei tempi richiesti tutte le priorità B.</p> <p>Il Direttore della Soc Neurologia, Dr.ssa Julita, osserva che i tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali sono stati rispettati salvo i mesi di ottobre e novembre. A tale proposito si segnala: - dal 1° ottobre 2019 è stato avviato il CUP regionale e sono stati saturati tutti gli ambulatori liberi anche da parte di pazienti fuori ASL. Il personale della neurologia risultava in carenza di n. 3 unità tuttavia sono stati implementati gli ambulatori, con notevoli sacrifici da parte del personale e, a dicembre, si è ritornati negli standard regionali.</p> <p>Il Direttore della Soc Oculistica, Dr. Protti, osserva che la carenza di personale ha determinato degli sforamenti nei tempi di attesa.</p> <p>Il Direttore della Soc Ortopedia e Traumatologia osserva che le prestazioni ambulatoriali sono state fornite nei tempi richiesti. Il Direttore della Soc Ortopedia di Verbania, Dr. Reggiori osserva che, le prestazioni ambulatoriali sono state fornite con tempistiche variabili nell'arco del 2019. Dall'arrivo del Direttore, 16 settembre 2019, sono state progressivamente aumentate le prestazioni ambulatoriali di prime visite riducendo i tempi di attesa per la prima visita in classe P e D.</p> <p>Il Direttore della Soc ORL, Dr. Scotti, ha precisato che la criticità si è verificata il mese di agosto e nel mese di dicembre. La media annuale è ben sotto i 30 giorni richiesti.</p> <p>Il Direttore ff della Soc Radiologia ha osservato che le carenze di personale dirigente medico, un fermo macchina di 40 giorni per l'impianto di RM dovuta alla sostituzione dell'apparecchiatura, la vetustà di alcuni impianti (TC sede di Domo) hanno portato ad una sofferenza nei tempi di attesa per gli esami RM e per quelli di alto coinvolgimento medico.</p> <p>Il Direttore della Sosd Radioterapia, Dr Ballarè, osserva che, per le classi U e B, i dati sono coerenti con l'indice di performance di erogazione delle prestazioni. Dai tempi di attesa per la prima visita radioterapica monitorati dalla Regione, nel corso del 2019, si è verificato che il dato medio di attesa è di 5 giorni con tempo di attesa minimo di 1 giorno.</p> <p><u>Sub obiettivo 2:</u> Implementazione del modello RAO per gastroenterologia. L'obiettivo specifico risulta raggiunto.</p> <p><u>Sub obiettivo 3:</u> Partecipazione dei referenti aziendali per i tempi di attesa al gruppo regionale per la definizione del nuovo modello di monitoraggio regionale dei tempi di attesa della specialistica ambulatoriale. Obiettivo raggiunto.</p>
Ob. 3.3	<p><b>Riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in Dea / PS</b></p> <p>La <u>permanenza media in DEA</u> è stata di 228,5 minuti al 31.12.2019 (<u>Fonete dati:</u> programma gestionale DEA PSWEB). Il dato: - rispetta pienamente lo standard regionale (inferiore a 360 min); - è inferiore anche al 2018 ove la permanenza media è stata di 269,8 minuti. L'obiettivo è, quindi, raggiunto.</p>



Ob	<b>Area osteomuscolare (frattura collo femore)</b>
4.1	Fratture di femore operate entro 2 giorni = 123 - Fratture di femore operate oltre 2 giorni = 104
	Totale fratture di femore = 227
	Indicatore: $123/227 = 54,2\%$
	<b>Valore obiettivo:</b> tasso aggiustato > 70%
	<u>Ostacoli che si sono frapposti al raggiungimento dell'obiettivo</u>
	<ul style="list-style-type: none"><li>- grave carenza di personale medico Anestesista Rianimatore che non sempre ha permesso di organizzare sedute aggiuntive al fine di inserire i pazienti nei tempi previsti, e necessità di rispettare le turnazioni degli anestesiologi-rianimatori secondo le disposizioni di legge; - in alcuni casi le situazioni cliniche sono risultate talmente instabili e compromesse che hanno richiesto ulteriori accertamenti specialistici e conseguenti trattamenti terapeutici che hanno allungato i tempi di inserimento dei pazienti in lista operatoria nei tempi previsti (vedi problematiche settiche); - i Direttori delle Strutture Ortopedia e Traumatologia del Presidio di Verbania e di Domodossola hanno segnalato che il dato da utilizzare dovrebbe essere al netto dei pazienti in trattamento con NAO- dicumarolo- antiaggreganti piastrinici che, necessitando di una sospensione, allungano i tempi per inserire i pazienti in lista operatoria (Bridge terapia). Di norma questi pazienti, secondo dati recenti, sono circa il 50% dei ricoveri per fratture di femore quindi, se il dato venisse aggiornato secondo questi criteri, si otterebbe un dato di circa il 72% ovvero <math>108/150 = 72\%</math>;</li><li>- presenza, spesso, di un solo anestesista - rianimatore preposto per le urgenze (si rinvia al piano emergenza dell'ASL VCO) e, in alcuni casi, viene utilizzato per il trasporto di pazienti affetti da patologie tempo dipendenti presso altre ASL di competenza (NCH - vascolari - CCH ). Ciò ha determinato il conseguente spostamento, nel tempo, di interventi chirurgici meno urgenti sul piano clinico ovvero quello clinico - organizzativo. Occorre segnalare che il Dipartimento delle Patologie Chirurgiche ha effettuato alcune sedute aggiuntive al sabato mattina con utilizzo dei fondi "Decreto Balduzzi ", cercando di arginare il problema. In altri casi, con le medesime modalità di utilizzo delle risorse economiche del decreto Balduzzi, si è organizzato un prolungamento delle sedute operatorie ordinarie di ortopedia e traumatologia.</li></ul>
Ob	<b>Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI</b>
4.2	Il Direttore della SOC Cardiologia, nell'organizzazione dell'attività della Struttura, anche tenuto conto dell'obiettivo da raggiungere, ha incrementato, nel corso del 2019, l'orario di apertura del laboratorio di emodinamica sino alle ore 20,00.
	<b>Indicatore:</b> N° episodi di STEMI in cui il pz abbia eseguito una PTCA entro 2 giorni / N° episodi di STEMI
	<b>Valore obiettivo:</b> tasso grezzo $\geq 85\%$ - <u>La valutazione va effettuata anche entro 90 minuti</u> )
	Risultati raggiunti: entro 2 giorni : 81,7%: entro 90 minuti: 59,2%
	Il Direttore della SOC Cardiologia ha prodotto una relazione in merito agli ostacoli che hanno determinato il mancato raggiungimento dell'obiettivo evidenziando che la criticità principale è da ricondursi ai casi trattati fuori ASL. Partendo dalla discrepanza tra i dati in possesso della Regione Piemonte e l'esperienza clinica della SOC Cardiologia è stata eseguita un'analisi "post hoc" sui dati STEMI dell'ASL VCO disponibili per i primi 3 trimestri del 2019. Dall'analisi dei dati disponibili è emersa una gestione da parte della SOC di Cardiologia dell'ASL VCO in linea con l'obiettivo della DG, con 2 casi trattati >48h e 3 casi non trattati (tutti per motivazione clinica inoppugnabile) su 50 casi gestiti "in ASL" secondo l'indicazione dell'obiettivo regionale (90,0%). A questi vanno aggiunti il caso legato ad errore di compilazione SDO e i 2 casi rivascolarizzati chirurgicamente fuori ASL (48/53, 90,5%).



Lo scostamento osservato dipende, pertanto, dalla gestione dello STEMI fuori ASL e dall'esclusione dei casi inviati da Verbania a Domodossola che avrebbero ulteriormente modificato, in senso favorevole, il quoziente dell'indicatore in questione. E' stata sinteticamente riportata la relazione del Dr. Lupi che è disponibile, nella versione più dettagliata ed integrale, presso la segreteria O.I.V.

#### Obiettivo 4.3: Appropriatezza nell'assistenza al parto

**Valore obiettivo:** tasso aggiustato <= 15%

*Fonte dati: Controllo di Gestione Asl Vco - Dati al 31.12.2019*

Parti cesarei senza pregresso cesareo = 138 - Parti naturali senza pregresso cesareo = 504

Totali parti senza pregresso cesareo = 642 Indicatore: 138/642 = 21,5%

Nella valutazione del raggiungimento dell'obiettivo, ove non raggiunto lo standard richiesto, è previsto l'incremento del dato 2019 rispetto al dato 2018.

Il tasso al 31.12.19 rilevato dal Controllo di Gestione è del 21,4% in diminuzione rispetto al dato relativo al primo semestre 2019 (22,3%). Il tasso rilevato al 31.12.2018 era del 20,2%.

Per quanto attiene i due criteri di accesso, il Direttore del Dipartimento Materno Infantile ha segnalato che: - il bilancio di salute alla 36-37 è pari all'84,2% per Domo ed all'85,3% per Verbania. - E' stata rilevata un'anomalia in quanto nel programma Cedap il numero di parti riportato è superiore al numero effettivo di parti.

L'obiettivo non è stato raggiunto per una serie di motivazioni segnalate già da tempo dal Direttore della Soc Ostetricia e Ginecologia e dal Direttore del Dipartimento Materno Infantile ovvero: - l'esistenza di due punti nascita funzionalmente dispersivi e difficilmente gestibili; - l'organico medico della SOC Ostetricia costantemente in situazione di carenza, anzi di emergenza, con ricambio di personale, quasi sempre giovane e costantemente da formare; - la necessità di ricorrere a consulenze di professionisti esterni per la copertura dei turni di guardia; questi medici "gettonisti" rappresentano il 100% dell'organico dell'ospedale S. Biagio di Domodossola; - l'impossibilità a fornire, per carenza di anestesiologi strutturati, costantemente, la partoanalgesia, che è uno strumento molto utile nella gestione del travaglio.

#### Obiettivo 4.4: Colecistectomia laparoscopica

**Valore obiettivo:** tasso aggiustato > 70%

*Fonte dati: Controllo di Gestione Asl Vco - Dati al 31.12.2019 : 78%*

Obiettivo raggiunto.

#### Obiettivo 4.5: Screening oncologici

*Fonte dati: Report forniti dal CPO Torino*

##### Screening mammografico (50-69 anni)

Cop. Inviti n° donne invitate + spontanee 13.149/popolazione bersaglio 12.882 = 102,1 % (raggiunto)

Copert. Esami n° test eseguiti + spontanee 7.644/popolazione bersaglio 12.882 = 59,3 % (raggiunto)

##### Screening cervico-vaginale (25-64 anni)

Copert. Inviti n° donne invitate + spontanee 12.958/popolaz. bersaglio 15.044 = 86,1 (non raggiunto)

Copert. Esami n° test eseguiti + spontanee 4.702/popolaz. bersaglio 15.044 = 31,3 % (non raggiunto)



#### Screening colo-rettale (58-69 anni)

Copert. Inviti (58 anni) n° persone invitate 2.593/popolazione bersaglio 2.629 = 98,6 % (raggiunto).  
opert. Esami (58-69 anni) n° persone esaminate 2.633/popolazione bersaglio 4.152 = 63,4 (non raggiunto)

Tutti i programmi dovranno comunque essere valutati complessivamente, a livello di quadrante, pertanto i risultati sono condizionati alle attività svolte nelle ASL BI, VC e NO. Il Direttore della Soc Sisp ritiene che l'azienda abbia messo in atto tutte le azioni possibili ottenendo buoni risultati.

#### Obiettivo 4.6: Copertura vaccinale

*Fonte dati: Programma Aster*

- 1) coorte 2017 vaccinati per 1° MPRV 954/n° residenti 2017 995 = 95,8 % (raggiunto)
- 2) coorte 2012 vaccinati per 2° MPR 1.200/n° residenti 2012 1.263 = 95,0 % (raggiunto)
- 3) Fem. 2007 vaccinate per HPV ciclo completo 577/n° res. 2007 696 = 82,9 % (raggiunto)

#### Obiettivo 4.7: Donazioni d'organo

**Indicatore 1:** segnalazione di soggetti in morte encefalica (BDI%) - **Valore obiettivo:** per i n. 2 presidi Asl VCO 20-40% per ciascun presidio

**Indicatore 2:** non opposizioni alla donazione di organi - **Valore obiettivo:** per i n. 2 presidi Asl VCO < 33% per ciascun presidio

**Indicatore 3:** donatori di cornee - **Valore obiettivo:** per i n. 2 presidi Asl VCO donatori: 4 Presidio Domo e 8 Presidio VB.

#### Risultati raggiunti

Le segnalazioni di Morte Encefalica al 31.12.19 sono state:

- di 6 Morti Encefaliche presso il PO San Biagio di Domodossola, con BDI pari al 32% (valore atteso 2019: 20-40%);
- presso il PO Castelli di Verbania sono state segnalate 2 Morti Encefaliche, con BDI pari al 50% (valore atteso 2019: 20-40%). Pertanto in linea con l'obiettivo fissato su entrambi i presidi.

Per quanto riguarda le Opposizioni alla Donazione di Organi:

- presso il PO di Domodossola sono state 2 su 6 accertamenti eseguiti pari al 33% (per il 2019 è richiesto un tasso di opposizione alla donazione di organi inferiore al 33%): obiettivo non superato.
- presso il PO di Verbania vi è stata 1 Opposizione alla Donazione su 2 accertamenti eseguiti pari al 50% (valore atteso per il 2019 inferiore al 33%): obiettivo superato perché, essendo state le segnalazioni di Morte Encefalica inferiori a tre, si valuta su tre anni, avverò 1 opposizione/8 morti encefaliche (12%).

Per quanto riguarda i Donatori di cornee:

- presso il PO di Domodossola sono stati 6 (valore atteso per il 2019: 4);
- presso il PO di Verbania sono stati 6 (valore atteso per il 2019: 8).

L'ASL VCO è rimasta quindi in linea con l'obiettivo tenendo conto che, a Domodossola, sono stati effettuati n. 2 prelievi in più del valore atteso e, a Verbania, n. 2 prelievi in meno.

Sono state messe in atto una serie di azioni per raggiungere l'obiettivo: - invito diretto a tutti i medici Rianimatori dei presidi di Verbania e di Domodossola, in accordo con il Direttore della SOC Anestesia – Rianimazione, a segnalare alla Direzione Sanitaria ogni caso di Morte Encefalica; - attivazione della Commissione per l'Accertamento di Morte Cerebrale, in accordo con i Direttori delle SC di Anestesia – Rianimazione e di Neurologia, in tutti i casi di morte cerebrale in Rianimazione; - valutazione potenziali



donatori in morte cerebrale e proposta di donazione di organi e, se compatibile con l'età, anche delle cornee e della cute.

Nel mese di settembre 2019 il Referente aziendale per questa attività, in collaborazione con il Direttore della Soc DIPSA, ha organizzato un incontro con i Coordinatori Infermieristici di entrambi i Presidi di Verbania e di Domodossola consegnando ed illustrando il Protocollo Operativo per il prelievo di cornee in morte cardiaca. Ciò al fine di sensibilizzare il personale infermieristico in merito alla necessità di segnalare ogni morte cardiaca compatibile con la donazione di cornee, per età e per condizioni cliniche, ed ottenere un incremento delle cornee prelevate. Per proseguire con tale attività sono state identificate le figure infermieristiche esperte nel procurement, previste nella DGR n. 466 del 7.6.20.

#### Ostacoli che si sono frapposti al completo raggiungimento dell'obiettivo

Nel corso del 2019 si è constatato, in tutta la Regione Piemonte, così come nell'ASL VCO, una diminuzione di pazienti con accidenti cerebrovascolari che esitano in morte cerebrale. La presenza della SOC Neurologia presso il PO di Domodossola fa sì che, la maggior parte dei pazienti con accidenti cerebrovascolari del territorio del Verbano o del Cusio che poi esitano in morte cerebrale, vengano dirottati sul Presidio di Domodossola, se non addirittura verso l'A.O. Maggiore di Novara. Da ciò ne deriva una disparità di Accertamenti di Morte Encefalica e di Donatori di Organi sui due Presidi. Si ritiene, quindi, una criticità l'assegnazione degli obiettivi suddivisi per presidi e non per l'intera Azienda.

Per quanto attiene il prelievo di cornee si segnala che, presso il Presidio di Verbania, nel corso del 2019, vi sono state tre opposizioni alla donazione da parte degli aenti diritto.

Le figure infermieristiche esperte nel procurement, previste nella DGR n. 466 del 7.6.2019, al fine di affiancare il Coordinatore Ospedaliero nello svolgimento dei compiti e nel raggiungimento degli obiettivi, a tutt'oggi, non sono state assegnate al Coordinamento Ospedaliero.

La cronica difficoltà ad incrementare i donatori di cornee deriva da una ridotta sensibilizzazione dei medici afferenti alle varie Strutture a segnalare i potenziali donatori di cornee in Morte Cardiaca per la preoccupazione dell'eccessivo impegno loro richiesto in caso di eventuale procedura da avviare, che comporterebbe un ulteriore aggravio alla loro attività già difficile per carenza di personale medico. Tuttavia l'azienda è rimasta quindi in linea con l'obiettivo effettuando n. 2 prelievi in più a Domo.

#### **Obiettivo 4.8: Adesione al programma ERAS**

Indicatore e Valore obiettivo:

N° pz inseriti nel database elettronico di raccolta dati (int.colonretto +isterectomia) nel 2019

N° pz da SDO con interventi programmati (int.colon-retto+isterectomia) nel 2019

**Valore obiettivo:** >=90%

**Fonte dati:** I dati sul numero dei pazienti arruolati sono stati estrapolati dalla piattaforma epiclin; i dati sul numero delle dimissioni sono stati forniti dalla Soc Controllo di Gestione.

Il livello di partecipazione è misurato in base al rapporto fra il numero dei pazienti registrati sulla piattaforma EPICLIN nel 2019, rispetto al numero di dimissioni totali nel trimestre ottobre-dicembre 2019 (valore atteso uguale o superiore al 90% a livello aziendale, considerato l'insieme dei due studi ERAS in corso).

Per ERAS isterectomia sono stati arruolati 41 pazienti, dimissioni totali 27.

Per ERAS Chirurgia colon-rettale Verbania sono stati arruolati 7 pazienti, dimissioni totali 15.

Per ERAS Chirurgia colon-rettale Domodossola sono stati arruolati 0 pazienti, dimissioni totali 6.

La percentuale totale dei casi inseriti nel database è pari al 100% dell'arruolamento stimato sulla base delle SDO, per tale motivo l'obiettivo si considera raggiunto.



#### Obiettivo 4.9: Umanizzazione dei percorsi ed empowerment del paziente

La Regione Piemonte ha trasmesso all’Azienda Sanitaria una checklist di valutazione partecipata predisposta dalla Cabina di regia regionale, con l’obiettivo di rilevare il grado di umanizzazione dei percorsi assistenziali nell’ambito della continuità ospedale-territorio e della gestione del paziente in P.S., unitamente al format regionale utile per la definizione delle potenziali azioni di miglioramento per aree critiche con punteggio inferiore rispetto a quello individuato come gold standard. L’equipe locale, costituita dall’Azienda Sanitaria e formata da rappresentanti dell’ASL e rappresentanti di Cittadinanzattiva – Tribunale per i Diritti del Malato, ha completato il processo di valutazione partecipata dei percorsi assistenziali con la compilazione del suddetto format e l’individuazione di due azioni di miglioramento, che vengono di seguito riportate:

<p style="text-align: center;"><b>1. Informazioni generali Azienda</b></p> <p>item 36 – i Medici di Medicina Generale sono integrati nel sistema informatizzato? item 38 – i Pediatri di Libera Scelta sono integrati nel sistema informatizzato?</p> <p><b>Azione di miglioramento individuata:</b> integrazione nel sistema informatizzato con riguardo alla trasmissione di informazioni cliniche ai Medici di Medicina Generale e ai Pediatri di Libera Scelta, con la priorità per i referti radiologici e degli esami di laboratorio, consentendo alle Case della Salute e agli ambulatori dei MMG e dei PLS di diventare “Punto assistito”.</p> <p>Strutture coinvolte: Soc Distretto e Sos ICT - Da realizzarsi entro dicembre 2020</p>
<p style="text-align: center;"><b>2. Item A1.5</b></p> <p>Esistono protocolli di azione definiti per la fase di dimissione del paziente?</p> <p><b>Azione di miglioramento individuata:</b> predisposizione e validazione del protocollo per la definizione delle procedure da seguire per la dimissione del paziente, per ogni tipologia di paziente, secondo le caratteristiche cliniche e socio sanitarie, per l’identificazione della tipologia di struttura più idonea dove inviare il paziente.</p> <p>Strutture coinvolte: Soc Distretto – Soc DSO – Soc DIPSA - Da realizzarsi entro giugno 2020.</p>

La Direzione Generale, dopo aver presentato, in data 2 dicembre 2019, al Collegio di Direzione, i risultati della rilevazione e le azioni di miglioramento condivise con l’equipe locale ha approvato, con deliberazione n. 1020 del 23.12.19, il Piano di Miglioramento. L’obiettivo è stato raggiunto.

#### Obiettivo 5.1: Affidabilità dati rilevati da flussi informativi della farmaceutica

**5.1.1** - Il dato disponibile sulla piattaforma PADDI evidenzia uno scostamento dell’1,8% tra i costi aziendali rilevati dal CE ed i flussi informativi. Questo valore che rientra comunque nel massimo scostamento ammissibile annuale (+/-3%) è stato analizzato e si è riscontrata un’anomala contabilizzazione degli emoderivati di produzione regionale. Si è proceduto ad apportare le correzioni al fine di ridurre la % di scostamento.

**5.1.2.** – Il dato disponibile sulla piattaforma regionale PADDI riguardante il flusso della DD risulta essere in linea nell’anno 2019 con il valore di scostamento ottimale (0%) ad esclusione del mese di febbraio (-2%) che rientra nel massimo scostamento ammissibile di +/-2% limitatamente a 2 mesi su 12.

Il flusso relativo al CO risulta avere uno scostamento superiore al massimo ammissibile (2%) per i primi tre mesi del 2019. Dopo un’analisi dettagliata del flusso di ritorno dalla Regione si sono apportate modifiche correttive con il risultato di azzerare gli scostamenti nei successivi mesi dell’anno. Gli obiettivi risultano raggiunti.



## Obiettivo 5.2 Assistenza farmaceutica territoriale ed ospedaliera: appropriatezza prescrittiva e riduzione variabilità

**5.2.1** – Nell'anno 2019 il numero di confezioni di PPI da 28 compresse, rispetto al totale delle confezioni prescritte, è stato pari al 57,94% (*Fonte dati: PADDI*).

Analizzando i dati mensili si rileva che già dal mese di settembre la percentuale di confezioni da 28 compresse supera il 60% rispetto al totale delle confezioni prescritte. Nel mese di dicembre la percentuale è salita fino a superare il 70%.

### 5.2.2 -

5.22 J01 - Antibatterici per uso sistematico - Spesa Convenzionata					
popolazione pesata A.S.L.VCO al 31/12/2018	spesa anno 2018	spesa pro-capite anno 2018	spesa anno 2019	spesa pro-capite anno 2019	best performer spesa pro-capite anno 2018
174.349	1.202.359	6,90	1.182.983	6,79+	6,72

L'obiettivo risulta essere raggiunto in quanto il valore della spesa procapite annua (6,79) è compreso tra il valore di partenza anno 2018 (6,90) ed il valore dell'obiettivo (best performer pari a 6,72). (*Fonte dati: PADDI*)

**5.2.3** - Non applicabile aziende sanitarie.

**5.2.4** - Sono stati realizzati n° 4 eventi formativi e informativi rivolti ai Medici di Medicina Generale e Farmacisti di comunità. Obiettivo raggiunto.

## Obiettivo 5.3: Miglioramento della qualità del flusso informativo dei dispositivi medici (obiettivo raggiunto)

5.3.1 - <i>Fonte dati: PADDI - aggiornamento dicembre 2019</i>		
COSTI IV trim. 2019 DISPOSITIVI MEDICI IN FLUSSO DMRPCONSUMI (escluse CND W e Z -ad eccezione della Z13) [A]	SPESA IV trim. 2019 PER DISPOSITIVI MEDICI IN VOCI CE B.1.A.3.1 + B.1.A.3.2 [B]	INDICATORE OBIETTIVO Incidenza costi rilevati su spesa CE (escluse CND W e Z -ad eccezione della Z13) - [C = A / B]  € 8.941.776
	€ 9.031.441	<u>99,0%</u> (Ob. raggiunto in quanto l'indicatore è compreso tra 95% e 110%)

\*

5.3.2 - <i>Fonte dati: PADDI - aggiornamento dicembre 2019</i>				
RECORD CONTRATTI 2019 [A]	RECORD CONTRATTI CON SMART CIG [B]	RECORD OGGETTO DI MONITORAGGIO (PRIVI DI SMART CIG) [C = A - B]	RECORD CONTRATTI [C] CON FORMA DI NEGOZIAZIONE COMPILATÀ E CIG AVENTE RISCONTRO IN OSSERVATORIO CONTRATTI RP [D]	INDICATORE OBIETTIVO Incidenza record con forma di negoz. compilata e CIG avente riscontro in OSS.RP (al netto degli Smart CIG) [E = D / C]



2.976	0	2.976	2.956	99,3%
99,3% (Ob. raggiunto in quanto l'indicatore è superiore all'85% richiesto)				

## Obiettivo 6.1: Fascicolo sanitario elettronico e servizi on line

### Indicatori e Valori obiettivo

**Indicatore 1.** Avvio di tutte le iniziative di digitalizzazione, archiviazione nel deposito repository aziendale e alimentazione FSE-Sol e realizzazione dell'alimentazione nel FSE, entro il 31.12.19, di almeno 2 dei seguenti documenti clinico sanitari: LDO, VPS, AP e Radiologia.

**Indicatore 2.** Avvio, entro il 31.12.19, fatto salvo eventuale deroga regionale, del sistema regionale omogeneo di gestione delle agende e delle prenotazioni sanitarie adesione alla convenzione sottoscritta da SCR in esito alla gara 63/2015.

**Indicatore 3.** Informare e promuovere l'utilizzo dei servizi digitali realizzati: - ritiro referti on line utilizzato per almeno il 5% dei cittadini che hanno effettuato, presso la struttura pubblica, un esame di laboratorio, nel periodo luglio-dicembre 2019; - espressione del consenso alimentazione FSE per almeno il 20% dei cittadini che hanno effettuato, presso la struttura pubblica, un esame di lab oratorio nel periodo luglio-dicembre 2019.

### Azioni intraprese per raggiungere l'obiettivo:

- FSE-SoL** - Valutazione upgrade tecnologico modulo storico paziente presente nel SITO aziendale nativamente integrato col sistema di gestione consenso centralizzato.
- CUP Regionale** - Attività propedeutiche al passaggio al nuovo sistema regionale secondo il cronoprogramma condiviso con il fornitore e in accordo con il tavolo tecnico regionale
- Informare e promuovere l'utilizzo dei servizi digitali realizzati** - Organizzata giornata di informazione ai dipendenti in collaborazione col CSI Piemonte - Aggiornamento sistema LIS per: - Gestione ROL permanente - Gestione referto ritirato/non ritirato.

### Risultati raggiunti

Indicatore 1. Con Determinazione n. 491 del 22/05/2019 è stato affidato il SERVIZIO UPGRADE TECNOLOGICO MODULI "REPOSITORY, VIEWER E PRIVACY MANAGER" alla DITTA GPI SPA. I moduli sono stati installati. Sono in corso le attività di configurazione del sistema per la successiva messa in produzione. Obiettivo raggiunto.

Indicatore 2. In produzione dal 30 settembre 2019. Obiettivo raggiunto.

Indicatore 3. E' stata data ampia informazione sull'utilizzo dei servizi digitali redigendo un opuscolo collocato presso i Laboratori Analisi dell'ASL VCO; - sono state coinvolte le Associazioni di Volontariato per diffondere le informazioni al riguardo (tra le altre Associazioni è stato coinvolto anche il Tribunale per i Diritti del Malato) e sono stati redatti comunicati stampa. Altre iniziative sono in corso. - E' stato effettuato l'aggiornamento LIS con collaudo.

Per l'indicatore 3, pur avendo messo in atto le azioni sopra descritte non è stato raggiunto. Infatti per il ritiro dei referti on line si doveva ottenere il risultato che almeno il 5% dei cittadini che hanno effettuato presso la struttura pubblica un esame di laboratorio da luglio a dicembre 2019 utilizzavano il servizio mentre si richiedeva l'espressione del consenso per l'alimentazione del FSE per almeno il 20%



### Obiettivo Rispetto tempi di pagamento (art. 1, comma 865, L. n. 145/2018)

L'indicatore annuale 2019 si attesta su un risultato pari a -16 (pagamento a 44 giorni) come risulta dall'indicatore di tempestività dei pagamenti I°, II°, III°, IV trimestre 2019 e all'intero anno 2019. Tali dati sono pubblicati nel sito internet aziendale, nella sezione Amministrazione Trasparente). Obiettivo raggiunto.

\*

Relativamente agli obiettivi assegnati dalla Regione al Direttore Generale e declinati alle Strutture aziendali coinvolte, i componenti O.I.V. prendono atto della relazione (conservata presso la Segreteria O.I.V.), aggiornata con le nuove evidenze derivanti dai nuovi dati disponibili (vedi il conto consuntivo 2019) così come sopra rappresentato, e osservano che risultano raggiunti gli obiettivi:

Ob: 1.1 – 2.1 – 3.3 – 4.4 - 4.6 -4.8 – 4.9- 5.1 -5.2 – 5.3 a cui si aggiunge l'obiettivo con carattere di lateralità “*Rispetto tempi di pagamento di cui all'art. 1, comma 865 della Legge n. 145/2018*”.

I componenti OIV, nel verificare che risultano parzialmente raggiunti i seguenti obiettivi: 4.5; 4.7; 3.1; 3.2; 4.2; 4.1; 4.3; 6.1 effettuano le seguenti considerazioni.

Gli obiettivi 4.5 (screening oncologici ) e 4.7 (donazioni d'organo) sono stati raggiunti parzialmente seppure si rileva che tutte le azioni possibili sono state messe in atto come risulta da quanto sopra specificato. Per quanto riguarda i Donatori di cornee l'ASL VCO è rimasta quindi in linea con l'obiettivo tenendo conto che, a Domodossola, sono stati effettuati n. 2 prelievi in più del valore atteso e, a Verbania, n. 2 prelievi in meno. I componenti OIV ritengono esaustive le motivazioni addotte non prevedendo alcuna decurtazione.

Per quanto attiene l'obiettivo 3.1 (rispetto dei tempi di attesa dei ricoveri) il Direttore della Soc DSO, Dr. Garufi, Coordinatore dell'obiettivo, dopo aver dimostrato di aver effettuato un costante monitoraggio nel corso del 2019 (si vedano, a titolo esemplificativo, le lettere inviate ai Direttori di Struttura riepilogative dell'andamento dell'obiettivo e la proposta di azioni correttive: note del 9 ottobre 2019 prot. 62033 indirizzata al Direttore Soc ORL; - prot. n. 62030 indirizzata al Direttore Soc Ortopedia Verbania; - prot. n. 62029 indirizzata al Direttore Soc Ortopedia Domodossola; - prot. n. 61913 indirizzata al Direttore Soc Urologia creando una buona sinergia con i Direttori di Struttura coinvolti) ha messo in evidenza gli ostacoli che si sono frapposti al raggiungimento richiamando (per le protesi d'anca) la grave carenza di personale ortopedico, con gravi difficoltà a reperire dirigenti medici. Per gli altri interventi la criticità maggiore è rappresentata dall'impossibilità ad aumentare il numero e la durata delle sedute operatorie, soprattutto per carenza di anestesisti. Per il tumore della prostata l'innalzamento significativo, improvviso, del numero dei pazienti in lista, tenuto conto della attrattività della SOC Urologia, e del significativo incremento della domanda, non ha permesso un rapido smaltimento della lista.

I componenti OIV ritengono esaustive le motivazioni addotte non prevedendo alcuna decurtazione.

Per quanto attiene l'obiettivo 3.2 i componenti O.I.V. invitano il segretario O.I.V. a verificare, con il Referente della Specialistica ambulatoriale, Dr. Petrone, che ha svolto una funzione di coordinamento, la messa in atto, da parte delle strutture aziendali coinvolte, di tutte le azioni necessarie per il mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni negli standard.

Relativamente all'obiettivo 4.2 riguardante la tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI

Il Direttore della SOC Cardiologia, Dr. Lupi, che negli anni pregressi aveva raggiunto l'obiettivo, ha prodotto una relazione in merito agli ostacoli che hanno determinato il mancato raggiungimento dell'obiettivo



evidenziando che la criticità principale è da ricondursi ai casi trattati fuori ASL. I componenti OIV ritengono esaustive le motivazioni addotte non prevedendo alcuna decurtazione.

Per quanto attiene la frattura di femore obiettivo 4.1 i componenti OIV prendono atto che l'ostacolo non è solo legato alla carenza di ortopedici (si è dovuto ricorrere, per coprire i turni, ad una Cooperativa, che ha messo a disposizione dirigenti medici ortopedici) ma anche per situazioni cliniche risultate talmente instabili e compromesse che hanno richiesto ulteriori accertamenti specialistici prima di poter intervenire. I Direttori dei reparti di Ortopedia di Verbania e di Domodossola, Dr Reggiori e Dr Uderzo, hanno segnalato che il dato da utilizzare dovrebbe essere al netto dei pazienti in trattamento con NAO - dicumarolo-antiaggreganti piastrinici che, necessitando di una sospensione prima di poter intervenire chirurgicamente, allungando i tempi.

I componenti OIV, prendono atto delle motivazioni ritenendo di operare una decurtazione di 0,5 punti, rispettivamente, per la Soc Ortopedia e Traumatologia di Verbania di Domodossola, invitando i Direttori delle Strutture Ortopedia e Traumatologia di Domo e di Verbania a verificare la possibilità di mettere in atto ulteriori azioni in modo da migliorare il risultato per l'anno 2020.

Con riguardo all'obiettivo 4.3 “Appropriatezza nell’assistenza al parto” la carenza di organico medico della SOC Ostetricia (sempre in situazione di emergenza al punto da dover ricorrere a consulenze di professionisti esterni per la copertura dei turni di guardia), l'esistenza di due punti nascita funzionalmente dispersivi e difficilmente gestibili, hanno contribuito al mancato raggiungimento dell'obiettivo. I componenti OIV ritengono di operare una decurtazione di 0,5 punti per la Soc Ostetricia e Ginecologia e di 1 punto per il Direttore di Dipartimento Materno Infantile (coordinatore dell'obiettivo), invitando il Direttore di Dipartimento, in sinergia con il Direttore della Struttura Ostetricia e Ginecologia, a verificare la possibilità di mettere in atto ulteriori azioni in modo da migliorare il risultato per l'anno 2020.

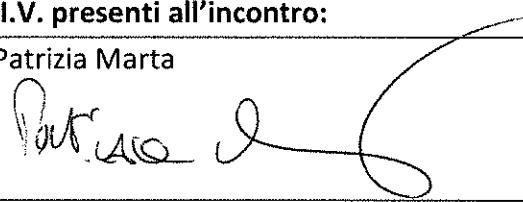
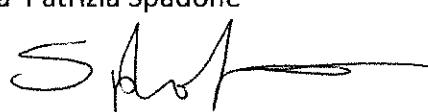
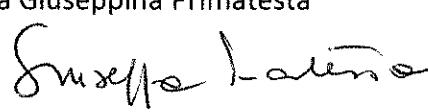
Relativamente all'obiettivo 6.1 “implementazione progetto FES-Sol e CUP unico regionale” il Direttore della Soc Logistica e Servizi Informatici, Dr. Bonisoli, ha segnalato di aver declinato l'obiettivo al Responsabile della Sos ICT con funzioni di coordinatore. I componenti OIV, preso atto della relazione del Responsabile della Sos ICT, verificano che l'indicatore n. 3 non è stato raggiunto non perseguiendo la % richiesta dalla Regione (vedi anche la nota regionale del 18.9.19 prot. asl vco n. 57616 del 19.9.19) per quanto attiene il ritiro dei referti on line da parte dei cittadini e per l'espressione del consenso per l'alimentazione del FSE. Ritenendo che ci potevano essere altri azioni da mettere in atto per poter se non raggiungere almeno avvicinarsi allo standard richiesto (le percentuali raggiunte sono molto basse) si ritiene di operare una decurtazione di 5 punti.

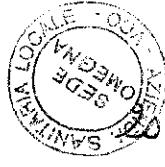
La seduta si conclude alle ore 18,15.

***Letto, confermato e sottoscritto.***



I Componenti O.I.V. presenti all'incontro:

Componente	Dr.ssa Patrizia Marta 
Componente	Dr.ssa Patrizia Spadone 
Segretario Verbalizzante	Dr.ssa Giuseppina Primatesta 



A.S.L. VCO.

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

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

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

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

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

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

\*

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



**Risultano presenti alla seduta i componenti del Nucleo:**

Dr. Claudio Bianco (Presidente)  
Dr.ssa Patrizia Marta (componente)  
Dr.ssa Patrizia Spadone (componente)

**Assente**

/  
Segretario verbalizzante, Dr.ssa Giuseppina Primatesta.

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

\*

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

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

La sezione comprende i seguenti sub obiettivi:

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



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

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

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

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

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

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



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

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

\*

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

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

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

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

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

Anatomia Patologica – obiettivi raggiunti al 100%.

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



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

- Attività consultoriale: obiettivi raggiunti al 100%.

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

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

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

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

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

Endoscopia Digestiva: obiettivi raggiunti al 100%.

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

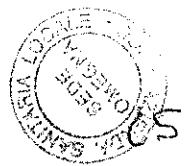
DSO: raggiunti parzialmente i seguenti obiettivi: obiettivo n. 1 "PPOO 2013-15 monitoraggio check list sicurezza in sala operatoria", manca evidenza: - delle azioni correttive individuate con Dipartimento Patologie Chirurgiche, della informatizzazione della check list e del corso relativo. Valutazione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

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

Farmacia: obiettivi raggiunti al 100%.

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

Geriatrica: obiettivi raggiunti al 100%.

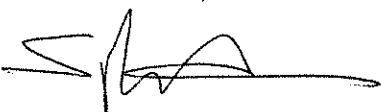
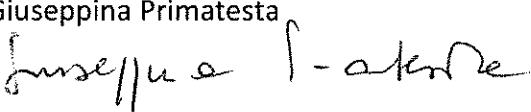


- Laboratorio Analisi: raggiunti parzialmente i seguenti obiettivi: obiettivo n. 1 "Procedura per accettazione test urgenti di laboratorio da inviare a Novara": procedura in bozza non validata- Valutazione 1 punto.  
Obiettivo n. 2 "Procedura operativa per accertamenti di cui artt. 186 e 187 D.Lgs 285/92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

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

La seduta si conclude alle ore 17,30.

***Letto, confermato e sottoscritto.***

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



A.S.L. VCO.

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

**Verbale n. 5 del 20.8.2020  
dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)  
dell'Asl VCO**

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

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

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

Con atto deliberativo n. 790 del 2.8.2018 è stata ridefinita la composizione dell'Organismo previsto dall'art. 14, commi 9,10 del D.Lvo n. 150 del 27.10.2009, smi, denominato *"Struttura Tecnica Permanente per la misurazione della Performance"* costituito, a suo tempo, con deliberazione n. 126 del 31.3.2015, organismo a supporto dell'O.I.V. Nella seduta odierna è stata invitata a partecipare all'incontro, per quanto attiene la sezione *"Governo clinico-qualità-appropriatezza-rischio clinico"* della scheda obiettivi 2019, la Dr.ssa Margherita Bianchi, Coordinatore dell'obiettivo, Responsabile dell'incarico di altissima professionalità *"Governo clinico, qualità, appropriatezza, rischio clinico"*. Ciò al fine di terminare la valutazione degli obiettivi qualità iniziata nel corso della seduta del 18 agosto.

\*

L'incontro odierno è stato convocato, alle ore 14, presso la sede dell'Asl VCO, ad Omegna, 3° piano palazzo Beltrami, Via Mazzini 117, al fine di proseguire la valutazione degli obiettivi assegnati, dal Direttore Generale, per l'anno 2019, ai Responsabili di Struttura complessa, di Struttura semplice Dipartimentale, di Struttura semplice in Staff, funzione e di Dipartimento.



**Risultano presenti alla seduta i componenti del Nucleo:**

Dr. Claudio Bianco (Presidente)

Dr.ssa Patrizia Marta (componente)

Dr.ssa Patrizia Spadone (componente)

**Assente**

/

Segretario verbalizzante, Dr.ssa Giuseppina Primatesta.

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

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

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

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

Nella seduta odierna è stata invitata a partecipare all'incontro, per quanto attiene **la sezione “Governo clinico-qualità-appropriatezza-rischio clinico”** della scheda obiettivi 2019, la Dr.ssa Margherita Bianchi, Coordinatore dell'obiettivo, Responsabile dell'incarico di altissima professionalità **“Governo clinico, qualità, appropriatezza, rischio clinico”**, componente della Struttura Tecnica permanente per la misurazione della performance. E' presente anche il Dirigente Medico Dr.ssa Fiore che afferisce al settore qualità.

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

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

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



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

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

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

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

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

Nefrologia e Dialisi : obiettivi raggiunti al 100%.

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

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

Oncologia : obiettivi raggiunti al 100%.



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

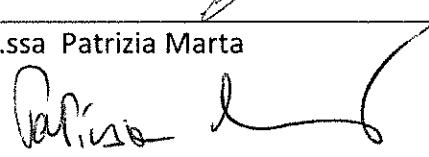
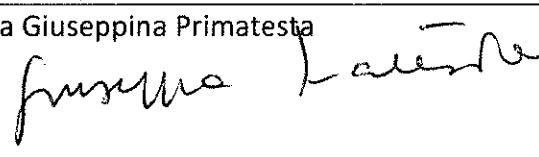
Urologia: risultano raggiunti parzialmente i seguenti obiettivi: obiettivo n. 1 "Rispetto delle indicazioni manuale sicurezza in sala operatoria, audit secondo indicazioni regionali", è stato raggiunto lo standard di compilazione check list al 22% e non all'80%. Vedi nota DSO prot. 38944/2020. Il Direttore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

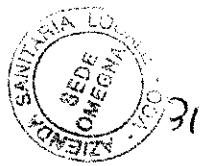


procedura operativa per l'utilizzo della check-list (pag. 25) viene definita la modalità operativa di stesura delle tre fasi: sign out, time out, sign out. Il coordinatore individuato, così come raccomandato dall'OMS, è l'infermiere addetto alle funzioni di sala operatoria. Nessuna delle incongruità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

La seduta si conclude alle ore 17,45.

**Letto, confermato e sottoscritto.**

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



A.S.L. VCO.

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

**Verbale n. 6 del 27.8.2020  
dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)  
dell'Asl VCO**

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

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

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

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

\*

L'incontro odierno è stato convocato, alle ore 14, presso la sede dell'Asl VCO, ad Omegna, 3° piano palazzo Beltrami, Via Mazzini 117, al fine di proseguire la valutazione degli obiettivi assegnati, dal Direttore Generale, per l'anno 2019, ai Responsabili di Struttura complessa, di Struttura semplice Dipartimentale, di Struttura semplice in Staff, funzione e di Dipartimento.



**Risultano presenti alla seduta i componenti del Nucleo:**

Dr.ssa Patrizia Marta (componente)

Dr.ssa Patrizia Spadone (componente)

**Assente**

Dr Claudio Bianco

Segretario verbalizzante, Dr.ssa Giuseppina Primatesta.

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

Per quanto attiene la sezione 8 "UPRI" i componenti O.I.V. esaminano il report fornito dal Referente Upri Dr. Vincenzo De Stefano, Responsabile della Sos *"Gestione attività del Presidio Castelli-Unità prevenzione Rischio infettivo presidi"*.

Hanno raggiunto pienamente l'obiettivo le seguenti Strutture: - Attività Consultoriale – Cardiologia – Chirurgia Domo e Verbania – Endoscopia Digestiva – GAT – Dipsa – Laboratorio Analisi – Malattie Infettive – Diabetologia – Nefrologia e Dialisi – Neurologia – Oculistica – Oncologia – Ortopedia Domo e Verbania – ORL – RRF – SPDC – Urologia.

Hanno raggiunto parzialmente l'obiettivo per la mancata effettuazione del corso fad su ATB resistenza le seguenti Strutture: Anestesia e Rianimazione 1 punto; Geriatria 2 punti; Medicina Domo 4 punti ; Medicina Verbania 2 punti; Medicina e Chirurgia d'Urgenza 4 punti; Ostetricia e Ginecologia 2 punti; Pediatria 1 punto. Ha raggiunto parzialmente l'obiettivo per la mancata partecipazione all'evento "Isolamenti in ambito ospedaliero" la Radiologia 1 punto.

Per quanto attiene:

- la sezione 3 "Obiettivo specifico proposto dalla struttura" i componenti O.I.V. ritengono raggiunti gli obiettivi delle diverse strutture ad eccezione di talune che hanno raggiunto parzialmente l'obiettivo. Per alcuni obiettivi si è ritenuto necessario effettuare un approfondimento come di seguito riportato.

Per quanto attiene l'obiettivo specifico della Soc Gestione Personale e Relazioni Sindacali di oggetto "Approvazione di un regolamento in materia di attività extra istituzionali" il Direttore della Soc, Dr.ssa Sala, rileva che il documento è stato predisposto, l'istruttoria è stata avviata. Tuttavia la stessa non è stata conclusa a causa del subentro di altre priorità (revisione della valorizzazione degli incarichi dirigenziali e tavoli tecnici per il personale del Comparto). La Dr.ssa Sala precisa, inoltre, che esiste un regolamento vigente e le istanze prodotte vengono regolarmente verificate nel dettaglio. Tenuto conto di quanto relazionato i componenti OIV ritengono di operare una decurtazione di n. 3 punti.

I componenti O.I.V. chiedono una integrazione alla relazione del Direttore della Soc Radiologia per quanto attiene l'obiettivo specifico relativo all'implementazione dell'attività di RM (la parte dell'obiettivo riferita al proseguimento dei progetti "Minor stroke" e "One Shot Virtual Colongraphy" è raggiunta) e chiedono al Direttore della Soc Oncologia di inviare la relazione riferita all'attività della rete oncologica.



Per quanto attiene la Sosd DS Multidisciplinare, preso atto della relazione del Direttore, i componenti OIV ritengono di non operare alcuna decurtazione in quanto la non completa attivazione degli obiettivi è dipesa da cause non imputabili al Direttore.

Per quanto attiene la Soc Malattie Infettive l'obiettivo specifico riguardava l'attivazione di n. 3 corsi di formazione sul tema "Buon uso degli antibiotici" rivolto ai MMG. Il Direttore della Sosd Dr Mondino osserva che di fatto è stato attivato un solo corso della durata di una sera in data 30 ottobre 2019 per la carenza di personale medico (dimissione di un dirigente medico). I componenti OIV ritengono di tenere conto delle motivazioni ma di operare una decurtazione di 2 punti in considerazione del limitato impegno che avrebbe richiesto la programmazione di n. 2 serate.

Per quanto attiene la Sosd Simt, dalla relazione del Direttore, Dr. Ruscitto, si evidenzia che l'obiettivo non è stato raggiunto per cause non dipendenti dalla struttura.

Per quanto attiene la funzione Medico Competente (Dr. Bigatti) l'obiettivo "Gestione ed utilizzo del programma di gestione della cartella sanitaria di rischio", tenendo conto delle giustificazioni addotte dal Dr. Bigatti per il mancato utilizzo del programma di gestione cartella sanitaria di rischio, i componenti OIV ritengono di operare una decurtazione di 8 punti anche tenuto conto che era una esigenza aziendale ormai non più procrastinabile utilizzare il programma informatizzato.

Con riferimento all'obiettivo specifico assegnato al Direttore della Soc Logistica e Servizi Informatici relativa al monitoraggio dei costi gestori della spesa per realizzare il rispetto del target di spesa assegnato per l'anno 2019 ovvero € 23.800.000. La segreteria OIV ha confrontato i dati di spesa effettiva 2019 con il Servizio Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio che gestisce le autorizzazioni di spesa, evidenziando il raggiungimento dell'obiettivo (spesa complessiva sostenuta € 23.065.974).

Viene chiesto ai Direttori della Soc di Ortopedia e Traumatologia di Verbania e di Domodossola se sono state riviste le Linee guida. Viene inoltre chiesto al Direttore della Soc Laboratorio Analisi di integrare la relazione con particolare riguardo all'obiettivo specifico.

- la **sezione 9 "Salute e sicurezza lavoro"** i componenti O.I.V., pur evidenziando che alcune relazioni risultano dettagliate ed altre più sintetiche ed essenziali, ritengono che sussistono contenuti ritenuti sufficienti a dichiarare raggiunto l'obiettivo da parte delle strutture aziendali.

Con riferimento alla scheda obiettivi 2019, **sezione "Equilibrio economico finanziario"**, dall'esame dei report forniti dal Controllo di Gestione, si rileva che alcune strutture aziendali hanno superato il budget assegnato per l'anno 2019.

La segretaria OIV rileva quanto segue:

- nell'assegnare la scheda obiettivi 2019 per quanto attiene l'obiettivo relativo all'equilibrio economico finanziario la Direzione Generale ha inserito, come risultato, lo speso 2017 e, per il 2018, il dato al 30 settembre 2018 proiettato al dicembre mancando ancora i dati di consuntivo 2018. E' stato chiesto di perseguire il miglior risultato tra i due anni (ovvero tra il 2017 ed il 2018). Inoltre, gli importi del budget 2017 e 2018 comprendevano il costo dei farmaci per la distribuzione diretta. Dai primi mesi del 2019 la Dr.ssa Bonetta, Direttore della Soc Farmacia, ha chiesto di sottrarre dai report trimestrali



predisposti dal Controllo di Gestione la distribuzione diretta. Pertanto per comprendere se si è realizzato, nel 2019, uno sforamento di spesa rispetto, rispettivamente al 2017 o a 2018, occorre considerare la reale spesa 2018. Inoltre va tolta dalla spesa reale 2017 e 2018 la distribuzione diretta.

- il conto consuntivo 2019 ha fatto registrare un risultato di pareggio di bilancio come risulta dall'atto deliberativo n. 393 dell'11 giugno 2020 con il quale è stato adottato il Bilancio consuntivo 2019. La Soc DSO, la Soc Dipsa, la Soc Distretto VCO avevano come obiettivo l'equilibrio di bilancio aziendale. Tale obiettivo è stato perciò raggiunto.

La Segreteria O.I.V. evidenzia che le Strutture che hanno raggiunto pienamente l'obiettivo non sono state riportate (come verificato attraverso una serie di controlli a campione da parte dei componenti O.I.V. realizzati consultando i report predisposti dalla Struttura - Controllo di Gestione). Con riferimento alle Strutture che hanno sforato il budget assegnato per l'anno 2019 i componenti O.I.V., oltre a tener conto delle eventuali giustificazioni addotte dai Responsabili di Struttura, esaminano anche l'andamento della produzione 2019, il peso medio DRG (per le strutture per le quali è applicabile, strutture di degenza). Inoltre terranno conto della situazione generale dell'azienda.

Ciò premesso, i componenti O.I.V. effettuano le valutazioni di seguito riportate.

Dall'esame dei report del Controllo di Gestione si desume che hanno superato il budget assegnato le seguenti strutture:

Anatomia Patologica: (+ € 55.671). Si segnala un incremento della produzione di € 58.164.

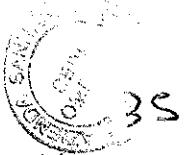
Relativamente alla spesa il Direttore della Soc segnala che una parte dei costi è da attribuire alla richiesta di consulenze esterne per casi complessi, alla necessità di approfondimenti biomolecolari a scopo diagnostico oltre che prognostico-predittivo che possono essere svolte solo in centri che effettuano queste analisi complesse come l'AOU Maggiore della Carità di Novara.

Anestesia e Rianimazione: (+ €185.678). Esaminando la scheda obiettivi 2019 si rileva che il confronto era con la spesa 2018. Il dato di spesa al 30.9.18 proiettato al dicembre era di € 790.776. Il dato di spesa reale 2018 è stato di € 804.664 che, tolta la distribuzione diretta, diventa € 694.259. Lo stesso, confrontato con la spesa 2019, pari ad € 879.937, ha portato ad uno sforamento di spesa pari ad € 185.678. Il Direttore della Soc Anestesia e Rianimazione evidenzia, nel 2019, una carenza di personale dirigente medico, in particolare nel 2019 sono mancati n. 3 dirigenti medici e, ad un dirigente medico, è stato concesso il part time per motivi familiari, con un debito orario che è passato da 40 ore settimanali a 19 ore settimanali, con distribuzione delle ore mancanti sul restante organico. Inoltre, tenuto conto dell'aumento dei tempi di attesa, soprattutto per patologie tumorali, sono state aumentate le sedute operatorie mediante l'attivazione di articoli contrattuali per prestazioni aggiuntive (ex art. 55), e sono stati attivati contratti libero professionali per attività anestesiologiche (voce prestazione 100494 report di spesa), autorizzati dalla Direzione Generale. I dati di produzione sono sostanzialmente in linea (- 6.428).

Attività consultoriale: il dato effettivo di spesa 2018 è di 164.602 (e non 151.129 dato al 30 settembre 19 proiettato a dicembre) e la differenza rispetto al 2019 è di 19.458 dovuta alle spese per l'assistenza specialistica in convenzione stipulata, a fine 2018, per una unità medica aggiuntiva.

Si evidenzia una diminuzione della produzione per € - 38.416.

Cardiologia: sforamento di € 27.994. Peso medio DRG 2 nel 2018 e 1,95 nel 2019.



L'incremento è giustificato dall'adozione di nuove metodiche per il trattamento delle lesioni coronariche complesse calcifiche (Shockwave) ed un aumento dell'impiego della cardiac contractility modulation e degli inotropi per il trattamento dell'insufficienza cardiaca severa (levosimendan). L'impiego di queste tecnologie ha contribuito a colmare il gap che esisteva tra la cardiologia dell'ASL VCO e le cardiologie di eccellenza piemontesi e lombarde, contribuendo a limitare il flusso di malati con gravi patologie cardiache verso il resto del Piemonte e fuori regione.

Si rileva una riduzione della produzione di € - 339.512. Il Direttore della Struttura, Dr. Lupi, osserva che lo scostamento è giustificato: - dalla riduzione dell'attività di emodinamica chiusa per 15 giorni per aggiornamento dell'angiografo e ulteriori 4 giorni per guasto dell'angiografo; in questo periodo non è stato possibile effettuare interventi di cardiologia invasiva con relativo calo della produzione SDO; - dalla carenza di personale medico (2 gravidanze, 1 collega con lunga malattia, 1 collega con gravi limitazioni di servizio per patologia, una collega alla quale è stata riconosciuto la legge 104) che non ha consentito di incrementare la quota di produzione ambulatoriale per compensare il calo di produttività legato all'inattività della sala emodinamica.

Chirurgia Domodossola: sforamento + 101.611. Peso medio DRG 2018 1,61 e peso medio DRG 2019 1,59.

Chirurgia Verbania: sforamento + 176.910. Peso medio DRG 2018 1,78 e peso medio DRG 2019 1,70.

Il Direttore della Soc Chirurgia sede di Verbania e sede di Domo, Dr. Zonta, assunto dal mese di maggio 2019, effettua delle osservazioni che sono sovrapponibili per entrambe le sedi. L'aumento di spesa è da attribuirsi all'avvio, nel 2019, dell'attività di chirurgia addominale video laparoscopica avanzata la cui messa in atto ha richiesto di acquisire materiale e dispositivi medico chirurgici aggiornati ed adeguati alle nuove esigenze. Infatti, esaminando la voce di spesa "dispositivi", si registra un incremento del 32% ed una contrazione del consumo ospedaliero di farmaci derivante da una revisione dei consumi di farmaci e della gestione dei pazienti degenti. L'incidenza della spesa, perciò, risente del passaggio per l'adeguamento tecnologico delle risorse per il nuovo indirizzo di attività mini invasiva

Si rileva anche una riduzione della produzione pari ad € 509.478 per Domodossola ed € 223.904 per Verbania. A questo proposito il Direttore della Struttura osserva che sui risultati di produzione ottenuti nel 2019 a Domodossola e a Verbania incidono i seguenti fattori: - inizio attività dal mese di maggio 2019; - ottimizzazione del percorso di ricovero in DS; e, solo per Domodossola, la diminuzione delle sedute operatorie dal mese di novembre per far fronte alla richiesta di abbattimento delle liste di attesa della Soc Urologia. Inoltre (ciò vale sia per Domo che per Verbania), la fase di passaggio da una chirurgia tradizionale "open" a quella mini invasiva video laparoscopica ha comportato un percorso di addestramento specifico sia del personale medico che di sala operatoria. Ciò si è ripercosso, in talune circostanze, sull'aumento dei tempi di attesa e quindi la sulla riduzione del numero di pazienti trattati per singola seduta operatoria. L'aumento dell'esperienza di tutto il personale coinvolto porterà un efficientamento dell'attività operatoria e un miglioramento dello sfruttamento del tempo/seduta operatoria: Tale percorso generalmente richiede 12 mesi per essere completato.

Endocrinologia e Diabetologia: sforamento di € 80.390. Si segnala un aumento della produzione pari ad € 97.467.

Il Direttore della Struttura osserva che la distribuzione diretta dei presidi di monitoraggio della glicemia sono stati assegnati alla Sosd Diabetologia invece che all'ambito territoriale (assistenza protesica).

Endoscopia Digestiva: sforamento di € 53.172. Si segnala un aumento della produzione pari ad € 22.289.

Esaminando la scheda obiettivi 2019 si rileva che il confronto era con la spesa 2018. Il dato di spesa al 30.9.18 proiettato al dicembre era di € 404.793. Il dato di spesa reale 2018 è stato di € 393.064 che, tolta la



distribuzione diretta, diventa € 391.569. Lo stesso, confrontato con la spesa 2019, pari ad € 444.741, ha portato ad uno sforamento di spesa pari ad € 53.172.

Rispetto a tale importo il Direttore della Sosd, Dr. Facciotto, segnala la spesa di € 15.206 per l'attività aggiuntiva volta a ridurre le liste di attesa. Inoltre rileva un incremento sui detergenti, disinfettanti per l'apparecchiatura per lava endoscopi (circa 5.200 euro) dovuta sia ad un incremento degli esami sia alle problematiche di funzionamento per rottura dell'attrezzatura che, spesso, ha sterilizzato meno strumenti pur utilizzando la stessa quantità di detergente. Inoltre, si è registrato un aumento di spesa sull'acquisto di dispositivi per aumento dell'attività operativa complessa (clips metalliche per emostasi e clips per emostasi compatibili con risonanza magnetica (più costose), applicatori pluriuso per clips che hanno durata pluriennale non acquistati nel 2018, file guida, trappole per recupero polipi, anse per polipectomia, sistema recupero corpi estranei o polipi con rete maxi, Kit monouso per l'istologia.

Dipsa: si segnala un aumento della spesa pari ad € 58.746.

Esaminando la scheda obiettivi 2019 si rileva che il confronto era con la spesa 2018. Il dato di spesa al 30.9.18 proiettato al dicembre era di € 264.299. Il dato di spesa reale 2018 è stato di € 320.472. Lo stesso, confrontato con la spesa 2019, pari ad € 379.218 ha portato ad uno sforamento di spesa pari ad € 58.746. Lo stesso è dovuto alla proroga, nel corso del 2019, del contratto di lavoro di somministrazione di personale del comparto al fine di garantire i livelli di attività a fronte di condizioni non altrimenti gestibili.

GAT: nella scheda obiettivi si è previsto che la struttura doveva rispettare la spesa 2018 (30 settembre 2018 proiettato a dicembre) pari ad € 213.049.785. La spesa 2019 è stata di € 223.065.727 che confrontata con la spesa reale 2018, pari ad € 228.208.242 non ha fatto registrare alcun sforamento.

Relativamente alla produzione si osserva quanto segue:

Adi casi	> 386	373 nel 2019 (-3%)
Sid casi	> 2.371	2.478 nel 2019 (+4,5%)
Adp casi	> 908	814 nel 2019 (-11%)

Geriatria: sforamento di € 8.104. Si segnala un aumento della produzione pari ad € 29.654.

Laboratorio Analisi: sforamento di € 160.602.

il Direttore della Soc Laboratorio Analisi, Dr. Cappuccia, precisa che la manovra contenitiva è limitata perché il Laboratorio è un servizio perciò, istituzionalmente, non si può esimere dal fornire al cittadino utente la prestazione richiesta. La causa dell'incremento è legata all'aumento dell'utilizzo di test più costosi, (esami sierologici, marcatori, vitamine ecc) rispetto all'anno precedente. Inoltre, si è partecipato a gare di quadrante registrando costi medi superiori a quelli aziendali.

Si segnala una diminuzione della produzione pari a € 16.343.

Malattie Infettive: sforamento di € 33.063. Si segnala un aumento della produzione pari ad € 28.038.

Peso medio DRG 1,77 nel 2018 e 1,90 nel 2019.

Nella scheda obiettivi si è previsto che la struttura doveva rispettare la spesa 2018 (30 settembre 2018 proiettato a dicembre) pari ad € 1.486.299. La spesa 2019 (senza la distribuzione diretta) è stata di € 240.292 che confrontata con la spesa reale 2018 (tolta la distribuzione diretta), pari ad € 207.229 ha portato ad uno sforamento di € 33.063.



Tale aumento risente dell'aumento dei dispositivi medici DPI, spesa non comprimibile non solo per garantire la sicurezza degli operatori sanitari ma anche per evitare la trasmissione intraospedaliera di batteri multi resistenti.

Medicina e Chirurgia d'urgenza: sforamento di € 956.589.

Si segnala un aumento della produzione pari ad € 83.780.

L'incremento di costi è legato alla necessità di appaltare ad una società esterna la copertura di molti turni in Dea a causa della carenza di organico. Il confronto era con la spesa 2017 (€ 1.351.777) anno in cui la spesa di appalto ad una società esterna era notevolmente inferiore al 2018. Nel 2019, rispetto al 2018, tale spesa è stata ancora incrementata per garantire turni in dea, così come autorizzato dalla Direzione Generale. Si richiama, inoltre, la nota del Direttore della Soc, Dr Gramatica, prot. n 59160 del 26.9.19 (e successiva nota prot. n. 59160 del 26.9.19) con la quale si precisa che il Direttore della Soc DSO, Dr. Garufi, ha trasferito il centro di costo di alcuni trasporti di pazienti DEA dal centro di costo della DSO al centro di costo della Soc MCU. Ciò comporterà un aumento della spesa per trasporti secondari a carico della Soc MCU ed una riduzione per la DSO. Il Dr. Gramatica ha chiesto una rimodulazione del budget in incremento.

Medicina interna Domodossola: sforamento di € 23.545. Diminuzione della produzione di € 236.584. Peso medio DRG 1,66 nel 2018 e 1,63 nel 2019.

Nella scheda obiettivi si è previsto che la struttura doveva rispettare la spesa 2018 (30 settembre 2018 progettato a dicembre) pari ad € 1.362.841. La spesa 2019 (senza la distribuzione diretta) è stata di € 472.018 che confrontata con la spesa reale 2018 (tolta la distribuzione diretta), pari ad € 448.473 ha portato ad uno sforamento di € 23.545.

Tale incremento è dovuto per € 4.600 per dispositivi medici, circa 20.000 euro per altri servizi economici e tecnici (trasporti interni).

Si evidenzia una diminuzione della produzione di € 236.584. Il Direttore della Soc, Dr.ssa Moschella, rileva che il conteggio dell'attività non è stato completo soprattutto nei primi mesi dell'anno. Es: secondo il report dell'attività specialistica sono state eseguite 13 biopsie osteo-midollari, BOM eseguite presso DH. Secondo i conteggi eseguiti dalla Soc Anatomia Patologica (dove il materiale sottopost a biopsia viene processato, gli esami sono stati 20. Alcune prestazioni ridotte riguardano parte dell'attività di Dietologia che è stata spostata sulla Sos Dietologia di nuova istituzione. Si aggiunge che attività come pneumologia e dietologia (in passato in carico alla Medicina Interna) unica sui 2 presidi, non sono ancora state regolarizzate e risultano matricole attribuite alla Medicina di Domo per attività non svolte.

Medicina interna Verbania: sforamento di € 47.012. Peso medio DRG 1,57 nel 2018 e 1,72 nel 2019.

Nella scheda obiettivi si è previsto che la struttura doveva rispettare la spesa 2018 (30 settembre 2018 progettato a dicembre) pari ad € 958.167. La spesa 2019 (senza la distribuzione diretta) è stata di € 339.803 che confrontata con la spesa reale 2018 (tolta la distribuzione diretta), pari ad € 292.791 ha portato ad uno sforamento di € 47.012.

Si segnala un aumento della produzione pari ad € 192.111.

Medicina Legale: lo sforamento di € 7.347 va rettificato in quanto la spesa 2018 (nella scheda obiettivi dato al 30.8.18 progettato pari ad € 69.704) reale è stata di € 74.297 che, rispetto alla spesa 2019, pari ad € 77.051, porta ad uno scostamento di € 2.754 sostanzialmente dovuta, come precisa il Responsabile della Struttura, Dr.ssa Barbero, all'acquisto di supporti meccanografici per € 1.700, spese di carburante uso trasporti € 294, altri servi economici e tecnici (noleggio auto ecc) € 552.



Nefrologia e dialisi: sforamento di € 135.326. Si segnala un aumento della produzione pari ad € 269.653.

Peso medio DRG 1,72 nel 2018 e 1,81 nel 2019.

Nella scheda obiettivi si è previsto che la struttura doveva rispettare la spesa 2018 (30 settembre 2018 proiettato a dicembre) pari ad € 2.078.281. La spesa 2019 (senza la distribuzione diretta) è stata di € 1.686.873 che confrontata con la spesa reale 2018 (tolta la distribuzione diretta), pari ad € 1.551.547 ha portato ad uno sforamento di € 135.326.

Per quanto attiene lo sforamento di spesa il Direttore della Struttura, Dr. Borzumati, osserva che il budget 2017, pari ad € 2.078.281 che, tolta la distribuzione diretta, pari ad € 527.225 diventa, € 1.551.547, sarebbe da riconsiderare alla luce del dato fornito dal servizio farmaceutico che identifica, per la spesa del file F 2017, un importo pari ad € 409.923, sovrapponibile al report a suo tempo inviato nel 2017.

Rileva, inoltre, che, rispetto al 2017 si segnala nel 2019, una maggior spesa nell'acquisto di dispositivi medici necessari per l'attività dialitica che ha registrato un incremento nel 2019 rispetto al 2017, in ragione di un aumento dei pazienti incidenti sia per quanto attiene il trattamento dei pazienti con insufficienza renale cronica necessitanti di terapia dialitica continuativa (42 nel 2019 e 33 nel 2017) sia per quanto concerne il trattamento dei pazienti con quadri di insufficienza renale acuta (49 nel 2019 e 32 nel 2017) che hanno necessitato di trattamenti dialitici ad hoc, per periodi di tempo limitato, essenzialmente eseguiti in Area Critica. Inoltre, appare aumentata la spesa relativa al trasporto di pazienti presso la sede dell'Ospedale Hub di quadrante per l'esecuzione di prestazioni essenzialmente relative a procedure di angioradiologia non eseguibili nei presidi dell'ASL VCO. Altra voce di spesa incrementata è correlata ai trasporti dei pazienti uremici, sempre più fragili, fra presidi ospedalieri in ambito di degenza così come dal domicilio alla sede dei Centri Dialisi per lo svolgimento della terapia sostitutiva. Un atteggiamento estremamente oculato nell'acquisto di beni, servizi e dispositivi medici necessari ha permesso, nonostante la maggior fragilità dei pazienti e l'aumento registrato nei volumi di attività di contenere la spesa.

E' proseguito, nel 2019, un attento monitoraggio del consumo farmaceutico che ha registrato, per l'aumento di produzione, un inevitabile incremento, ma sostanzialmente contenuto rispetto all'anno pregresso. Ciò grazie ad uno scrupoloso controllo in ambito di degenza di tale voce di spesa, ad un diffuso e congruo utilizzo di farmaci biosimilari per la stimolazione dell'eritropoiesi in luogo di farmaci originator. Ciò nonostante l'introduzione in uso, in particolare nel 2019, di farmaci (tolvaptan per pazienti affetti da rene policistico) e dispositivi medici (filtri per trattamenti extracorporei nei pazienti con shock settico) ad elevato costo. In sostanza il Dr. Borzumati ritiene di aver mantenuto, nell'anno 2019, un corretto equilibrio economico finanziario sia per quanto attiene l'attività dialitica che per quanto concerne la degenza nefrologica.

Neurologia: sforamento di € 27.181 Aumento di produzione pari ad € + 114.519. Peso medio DRG 1,58 nel 2018 e 1,71 nel 2019.

Rispetto allo sforamento di spesa va rilevato che, nella scheda di budget 2019, il confronto era con la spesa 2018 (dato al 30.9.18 proiettato al dicembre 2018, pari ad € 494.477) comprensivo della distribuzione diretta. Considerando il dato reale 2018 e togliendo la distribuzione diretta si arriva, nel 2018 ad un importo di € 195.202 che, confrontato con lo speso 2019, pari ad € 222.383 (senza la distribuzione diretta) si arriva ad uno sforamento di € 27.181.

Il Direttore della Struttura, Dr.ssa Julita, osserva che l'aumento riguarda: - per € 6.000, l'acquisto di dispositivi medici (nel 2019 i pazienti ricoverati erano di complessità maggiore, come si desume dal peso medio, e con plurime infezioni. Perciò i dispositivi di protezione acquistati e consumati risultano in quantità maggiore per assicurare una miglior assistenza al paziente e per ridurre il rischio infettivo da esposizione per il personale); - per € 8.000 per l'assistenza integrativa trasporto infermi (l'aumento è dovuto alla messa in carico al reparto, nel 2019, della spesa per il rientro al domicilio dei pazienti non autonomi -vedi nota DSO prot. n. 74.444 del



10.12.18. Si segnala che la tipologia di paziente neurologico anziano e non autonomo prevede l'utilizzo quasi continuo di tale servizio); - per € 13.000 altri servizi economici e trasporti interni (di fatto, da una verifica con gli ordini emessi dall'Economato emergono, a carico della Struttura, costi per € 51.814 mentre nel report del controllo di Gestione anno 2019 appare l'importo di € 69.153, con una differenza pari ad € 17.339 (contro l'importo di € 55.746 del 2018). Si è sottoposto la criticità al Controllo di Gestione in quanto si tratta di un'anomalia da non imputare alla Struttura.

NPI: sforamento di € 996. La produzione è aumentata di € 114.519.

Con riguardo alla spesa va osservato che, nella scheda di budget 2019, il confronto era con la spesa 2018 (dato al 30.9.18 proiettato al dicembre 2018, pari ad € 26.805) comprensivo della distribuzione diretta. Considerando il dato reale 2018 e togliendo la distribuzione diretta si arriva, nel 2018, ad un importo di € 46.822 che, confrontato con lo speso 2019 (senza la distribuzione diretta), pari ad € 47.818 si arriva ad uno sforamento di sole € 996.

Viene chiesto al Direttore della Soc Farmacia con riguardo all'obiettivo compreso, rispettivamente, nella sezione "equilibrio economico finanziario" e nella sezione "governo produzione", di integrare la relazione specificando meglio il risultato complessivo.

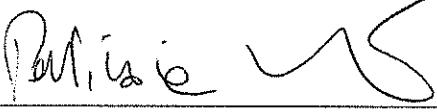
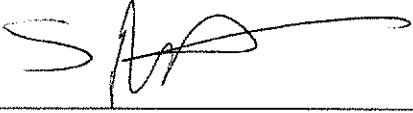
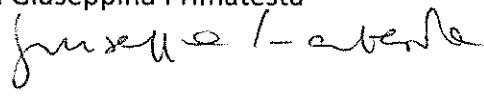
Tenuto conto delle giustificazioni prodotte dai Direttori di Struttura e, a fronte dell'aumento della spesa, di un eventuale incremento della produzione, i componenti OIV ritengono di operare le seguenti decurtazioni: per riduzione della produzione: Sosd Attività Consultoriale -1 punto; - Soc Medicina Interna Domodossola – 1 punto; Soc Chirurgia Domodossola (riduzione produzione e aumento spesa) -2 punti; Soc Chirurgia Verbania (riduzione produzione e aumento spesa) - 1 punto; - Soc Laboratorio analisi – 0,5 aumento spesa. GAT - 1 punto (riduzione produzione).

La seduta si conclude alle ore 18,20.



*Letto, confermato e sottoscritto.*

I Componenti O.I.V. presenti all'incontro:

Componente	Dr.ssa Patrizia Marta 
Componente	Dr.ssa Patrizia Spadone 
Segretario Verbalizzante	Dr.ssa Giuseppina Primatesta 



A.S.L. VCO.

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola



## **Verbale n. 7 del 28.9.2020 dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) dell'Asl VCO**

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

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

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

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

\*

L'incontro odierno è stato convocato, alle ore 14, presso la sede dell'Asl VCO, ad Omegna, 3° piano palazzo Beltrami, Via Mazzini 117, al fine di proseguire la valutazione degli obiettivi assegnati, dal Direttore Generale, per l'anno 2019, ai Responsabili di Struttura complessa, di Struttura semplice Dipartimentale, di Struttura semplice in Staff, funzione e di Dipartimento.

**Risultano presenti alla seduta i componenti del Nucleo:**

Dr. Claudio Bianco (presidente)

Dr.ssa Patrizia Marta (componente)

Dr.ssa Patrizia Spadone (componente)



Assente

/

Segretario verbalizzante, Dr.ssa Giuseppina Primatesta.

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

Per quanto attiene la sezione 3 "Obiettivo specifico proposto dalla struttura" tenuto conto della integrazione della relazione richiesta a diversi Direttori di Struttura si specifica quanto segue. I Direttori della Soc Ortopedia e Traumatologia di Verbania e di Domodossola, Dr Reggiori e Dr Uderzo, hanno osservato che è stata predisposta una flowchart in base alla quale potrà essere ufficializzato un format di procedura operativa ma non si è provveduto a rivedere le linee guida. I componenti OIV operano, pertanto, una decurtazione di 0,5 punti per ciascuna struttura.

Soc Radiologia: non è stato raggiunto quella parte dell'obiettivo che prevedeva di iniziare, dal 2° semestre 2019, l'implementazione dell'attività di RM con riguardo alla diagnostico addomino –pelvica". Infatti a seguito di integrazioni richieste alla relazione a suo tempo presentata è emerso che, nel 2018, non è stata effettuata alcuna attività di RMN addomino pelvica perché l'apparecchiatura non lo consentiva. Nella seconda metà del 2019 è stata acquisita la macchina nuova ed è iniziata la formazione del personale ma non si è effettuato alcun esame. Perciò si prevede la penalizzazione di 1,5 punti.

Laboratorio Analisi : il Direttore della Soc, Dr. Cappuccia, con riguardo all'obiettivo specifico "Introduzione di nuovi test per la rilevazione del farmaco anti x e del farmaco anti II" ha specificato, con e mail del 23 settembre, di aver richiesto (come risulta dalla lettera che viene allegata alla e mail) l'integrazione dei test per gli esami anti X e anti II ma l'acquisto non è stato effettuato. Solo a gennaio 2020 si è deliberato l'integrazione per l'acquisto dei Kit per la determinazione dei NOAC. I componenti O.I.V. ritengono l'obiettivo non raggiunto per cause non imputabili al Direttore della Struttura.

Oncologia: per quanto riguarda l'obiettivo specifico della Soc Oncologia "Perseguimento della collaborazione con la Rete Oncologica Piemontese" si prende atto della relazione del Direttore, Dr. Franchini, che evidenzia le azioni messe in atto per realizzare la collaborazione (a titolo esemplificativo: partecipazione attiva alla revisione dei PDTA CAS e GIC, discussione di equipe delle monografie sui farmaci redatte dalla Commissione Terapeutica Oncologica, raccolta degli indicatori richiesti dalla Rete e partecipazione all'audit di rete per la successiva analisi). I componenti O.I.V. ritengono l'obiettivo raggiunto.

Con riferimento alla scheda obiettivi 2019, sezione "Equilibrio economico finanziario". Si prosegue la valutazione degli obiettivi di tale sezione, già avviata nel verbale n. 6 al quale si fa rinvio per le premesse effettuate.

Preso atto della risposta ai chiarimenti richiesti al Direttore della Soc Farmacia con riguardo all'obiettivo ricompreso nella sezione 1 (equilibrio economico finanziario) e nella sezione 2 (governo produzione) i componenti O IV ritengono gli obiettivi raggiunti.

Si esamina ora il report del Controllo di Gestione da l quale si desume che hanno superato il budget assegnato per l'anno 2019 le seguenti strutture:



Oculistica: sforamento di € 144.943. Riduzione della produzione di € - 32.267. Peso medio DRG 0,79 nel 2018 e 0,55 nel 2019.

La scheda di budget prevedeva di rispettare la spesa 2017 pari ad € 806.037 (importo comprensivo della distribuzione diretta) importo che, depurato dalla distribuzione diretta diventa € 326.057 che, confrontato con lo speso 2019 senza la distribuzione diretta, pari ad € 471.000, porta al richiamato sforamento di 144.943. Tale incremento, come precisa il Direttore della Soc, Dr. Protti (che ha iniziato l'attività presso l'ASL VCO nella seconda metà del mese di giugno 2019), è dovuto: - dall'introduzione di nuova tecnologia, di nuovi dispositivi per la chirurgia della cataratta, chirurgia della cornea, chirurgia degli annessi. Si è registrato un aumento dei canoni per l'acquisto di beni strumentali per i Presidi di Verbania e Domodossola, acquisto di materiale necessario ad effettuare le nuove prestazioni eseguire (cornee per il trapianto). Nel 2019 sono stati effettuati n. 901 interventi di cataratta e da luglio a dicembre 2019 sono stati eseguiti 20 trapianti di cornea (interventi mai eseguiti in passato).

A giustificazione di un buon operato della Struttura si evidenzia che il costo dei farmaci si è ridotto tra il 2019 ed il 2018 (circa € 81.000), riduzione che ha riguardato principalmente la spesa per i farmaci ospedalieri per quanto attiene la terapia intravitreale delle maculopatie.

Si evidenzia una riduzione della produzione di € - 32.267. Il Direttore della Soc, Dr Protti, rileva quanto segue: - di essere stato assunto dall'azienda nella seconda metà del mese di giugno 2019; - la messa in quiescenza del Direttore precedente a fine 2017 e del suo sostituto dal 30 giugno 2018 ha comportato la riduzione dell'organico di 2 unità (da 7 a 5). Ritenendo congruo il numero di 13.900 prestazioni ambulatoriali per n. 7 medici (contro le 13.000 richieste l'anno precedente) si può ottenere un carico lavorativo di 1985 prestazioni per ogni sanitario in forza nella struttura. Venendo a mancare una unità per 12 mesi e una unità per 6 mesi dal target richiesto andrebbero sottratte 2.978 prestazioni dal computo totale. In base a questo calcolo l'impegno richiesto per l'organico in forza nel 2018 dovrebbe essere quindi di  $13.900 - 2.978 = 10.922$  prestazioni (dato superato dal numero ottenuto in proiezione di 12.050).

Oncologia: sforamento di € 44.251. Peso medio DRG 2018 1,58 e 2019 1,59.

La scheda obiettivi 2019 ha previsto di porre come limite di spesa il 2017 pari ad € 5.171.899, importo comprensivo della distribuzione diretta. Togliendo l'importo della distribuzione diretta si arriva ad € 283.014 che, confrontato con la spesa 2019 (tolta la distribuzione diretta) pari ad € 327.265, si arriva al richiamato sforamento di € 44.251. Il Direttore della Soc, Dr. Franchini, rileva che tale incremento è dovuto: - ad un aumento, nel 2019, dell'attività ambulatoriale, in particolare della terapia antitumorale con infusione di farmaci con un inevitabile aumento di spesa per l'acquisizione di dispositivi medici (+ 26.331 nel 2019). Ciò ha però portato ad un incremento del valore di produzione tra il 2017 ed il 2019 di, da n. 3.060 prestazioni nel 2017 a n. 3.379 nel 2019.

Il Dr Franchini ritiene di effettuare alcune considerazioni in merito alla spesa farmaceutica segnalando che, nel 2019, si è utilizzato in modo sistematico biosimilari disponibili, pur proseguendo un attento monitoraggio della spesa con la Soc Farmacia. <Occorre osservare che si assiste ad una costante immissione in commercio di farmaci innovativi ad alto costo (farmaci a bersaglio molecolare, in particolare quelli oncoematologici ed oncoimmunologici) e all'ampliamento delle loro indicazioni terapeutiche. L'utilizzo delle nuove molecole ha permesso, in diversi casi, di impattare sulla sopravvivenza dei pazienti con conseguente aumento della prevalenza di diverse patologie (soprattutto oncoematologiche) e conseguente maggior consumo dei farmaci stessi. Inoltre, nel 2019, sono stati avviati trattamenti onco-ematologici che, in passato, erano effettuati solo in centri HUB (trattamento di mieloma multiplo in linea con l'inserimento di Daratumumab, Carfizomib e aumentando l'utilizzo della Lenalidomide). ciò ha comportato un incremento della spesa. Inoltre, rispetto al 2017, nel 2017 si è verificato un aumento del 7,8% di prestazioni legate alla somministrazione di farmaci oncologici endovenosa, sottocute. Si segnala, infine, che, nel 2019, i rimborsi sono stati € 723.461.



La produzione si è ridotta di € 29.116. A questo proposito il Direttore della Soc , Dr. Franchini, rileva quanto segue: dal gennaio 2019 l'attività di psiconcologia, finanziata da 2 Onlus e fino ad allora conteggiata come produzione della Soc Oncologia, è stata inserita come produzione della Sos di psiconcologia. Tale attività nel 2018 aveva garantito alla soc Oncologia un valore di produzione di € 25.706 a fronte di 1.108 prestazioni (nel 2019 le prestazioni sono state 1.197). Se si aggiunge alla soc Oncologi al valore di tali prestazioni € 25.706 la differenza di produzione di € 3.410. Se si aggiunge il flusso C2 pari ad € 12.855, la produzione risulta essere superiore dell'importo richiesto.

Ortopedia e Traumatologia Domodossola: sforamento di € 235.668. Peso medio DRG 2018 2,24 e 2019 2,09. La scheda obiettivi 2019 ha previsto di porre come limite di spesa il 2018 pari ad € 730.216, importo comprensivo della distribuzione diretta e calcolato sul dato al 30.9.18 proiettato a dicembre. Togliendo l'importo della distribuzione diretta si arriva ad € 722.792 che, confrontato con la spesa 2019 (tolta la distribuzione diretta) pari ad € 958.460, si arriva al richiamato sforamento di € 235.668. L'incremento, rispetto al 2018, evidenzia il Direttore della Soc, Dr Uderzo, è dovuto alla messa disposizione di consulenti esterni (€ 247.123) al fine di consentire di proseguire l'attività della struttura che soffre della carenza di dirigenti medici. Di fatto tutti i concorsi per l'assunzione di specialisti ortopedici fatti negli ultimi 4 anni sono andati deserti oppure si sono caratterizzati per la rinuncia degli aventi diritto. Anche la richiesta di collaborazione di Medici Specializzandi dalle sedi universitarie di Torino e Novara non è andata a buon fine. Inoltre si segnala che sono state addebitate alla struttura due voci di spesa relative all'uso dell'acido per acetico e dei telì antiscivolo che la struttura non usa come si desume dalla lettera a firma della Coordinatrice del blocco operatorio.

Si evidenzia una diminuzione della produzione di € 518.408. A questo proposito il Direttore della Soc osserva che tra la fine del 2018 ed il 2019 i medici da 6 sono passati a 3. Tale riduzione drastica è stata solo in minima parte mitigata dalla collaborazione di Medici gettonasti che si sono principalmente occupati di gestire turni notturni e festivi, reperibilità ed emergenze. Il valore della produzione è congruo rispetto al personale a disposizione.

I componenti OIV ritengono di operare una decurtazione di 1,5 punti.

Ortopedia e Traumatologia Verbania: sforamento di € 65.641. Peso medio DRG 2018 2,50 e 2019 2,47.

La scheda obiettivi 2019 ha previsto di porre come limite di spesa il 2018 pari ad € 503.092, importo comprensivo della distribuzione diretta e calcolato sul dato al 30.9.18 proiettato a dicembre. Togliendo l'importo della distribuzione diretta si arriva ad € 494.812 che, confrontato con la spesa 2019 (tolta la distribuzione diretta) pari ad € 560.453, si arriva al richiamato sforamento di € 65.641. L'incremento, rispetto al 2018, evidenzia il Direttore della Soc, Dr Reggiori, è dovuto: - all'aumento dei costi per dispositivi medici per € 14.000, (spese di materiale impiantabile in sala operatoria); - 22.254 altri servizi economici e tecnici (noleggio auto, trasporti interni..); - 7.700 materiali di guardaroba.

Si evidenzia una diminuzione della produzione di € 151.862. A questo proposito il Direttore della Soc Dr Reggiori osserva che la carenza di anestesisti (con conseguente riduzione degli spazi e dell'attività di sala operatoria) hanno determinato una minore produzione.

I componenti OIV ritengono di operare una decurtazione di 0,5 punti.

Ostetricia Ginecologia: sforamento di € 918.307. Peso medio DRG 2018 0,62 e 2019 0,61.

La scheda obiettivi 2019 ha previsto di porre come limite di spesa il 2017 pari ad € 720.217, importo comprensivo della distribuzione diretta. Togliendo l'importo della distribuzione diretta si arriva ad € 710.086 che, confrontato con la spesa 2019 (tolta la distribuzione diretta) pari ad € 1.628.393, si arriva al richiamato sforamento di € 918.037. L'incremento, rispetto al 2017, evidenzia il Direttore della Soc, Dr Arnulfo, è dovuto: - alla messa disposizione di consulenti esterni (€ 975.559 nel 2019) al fine di consentire la copertura di



turni di guardia presso il Punto nascita di Domodossola, personale indispensabile per mantenere aperto il punto nascita stesso tenuto conto della carenza di personale medico specializzato in ginecologia e vista l'impossibilità di reperire tale personale con concorsi pubblici e convenzioni con aziende sanitarie. Il Dr Arnulfo evidenzia, inoltre, che il fatturato per ricoveri è aumentato nel corso degli anni e anche nel 2019 sia per la sede di Domodossola che di Verbania. Nel 2019 è in miglioramento anche la situazione dell'ostetricia. I parti complessivi sono stati n. 562 nel 2017, n. 572 nel 2018 e n. 595 nel 2019. A Verbania sono stati n. 433 nel 2017, n. 449 nel 2018 e n. 477 nel 2019. Il Dr Arnulfo effettua anche un'analisi della mobilità passiva che, dopo anni di passività, evidenzia dati di recupero sia in ostetricia e, soprattutto, in ginecologia. Nel 2016 la mobilità passiva verso l'ASL di Borgomanero e verso l'AOU Maggiore della Carità di Novara era di 318 casi (di cui 213 verso l'ASL di Borgomanero), scesi a 248 nel 2018 (di cui 171 verso il Presidio di Borgomanero), e scesi ulteriormente a 186 nel 2019 (di cui 117 verso il Presidio di Borgomanero).

Si evidenzia una diminuzione della produzione di € 39.740. A questo proposito il Direttore della Soc Dr Arnulfo osserva che la minor produzione è da attribuirsi: -alla carenza di personale medico, di personale anestesiologico e infermieristico di sala operatoria che ha portato alla soppressione di sedute operatorie (nel 2019 - 9 sedute); - all'assenza di una offerta costante di analgesia in sala parto; - di una riduzione complessiva di parti a livello nazionale di circa l'8% annuo.

ORL: sforamento di € 59.170. Peso medio DRG 2018 1,83 e 2019 1,60.

Si evidenzia un aumento della produzione di € 3.091.

Per quanto attiene lo sforamento di spesa si osserva che la scheda obiettivi 2019 ha previsto di porre come limite di spesa il 2018 pari ad € 262.135, importo comprensivo della distribuzione diretta e calcolato sul dato al 30.9.18 proiettato a dicembre. Togliendo l'importo della distribuzione diretta si arriva ad € 260.369 che, confrontato con la spesa 2019 (tolta la distribuzione diretta) pari ad € 319.539, si arriva al richiamato sforamento di € 59.170. L'incremento, rispetto al 2018, evidenzia il Direttore della Soc, Dr Scotti, è dovuto: - all'aumento dei costi per dispositivi medici per € 32.368 (ciò al fine di implementare e migliorare la nuova tecnologia e sostituire la strumentazione che è andata in disuso (nuovo trapano per chirurgia otologica e maxillo facciale e debrider nasale tutti con frese monouso, strumentario di pinza byclamp pluriuso per chirurgia della tiroide e del collo) al fine di aumentare la qualità e la sicurezza delle prestazioni; - all'aumento dei costi relativi ad altri servizi economici e tecnici, pari ad € 14.783, noleggio auto, trasporto interno(quota camminatori); - alla richiesta di consulenza sanitaria di personale da aziende sanitarie piemontesi, + € 6.615, a causa della cronica carenza di anestesisti.

Pediatria: sforamento di € 148.439. Peso medio DRG 2018 0,48 e 2019 0,58.

Si è registrato un aumento della produzione di € 346.104.

Per quanto attiene la spesa la scheda obiettivi 2019 ha previsto di porre come limite di spesa il 2018 pari ad € 680.979, importo comprensivo della distribuzione diretta e calcolato sul dato al 30.9.18 proiettato a dicembre. Togliendo l'importo della distribuzione diretta e tenendo conto della spesa effettiva 2018 si arriva ad € 395.576 importo che, confrontato con la spesa 2019 (tolta la distribuzione diretta) pari ad € 544.015, si arriva al richiamato sforamento di € 148.439. L'incremento, rispetto al 2018 è dovuto: - alla messa disposizione di consulenti esterni per effettuare turni di guardia attiva per supportare la carenza di personale medico pediatrico (+ € 183.262 nel 2019).

Radiologia: sforamento di € 28.523. La scheda obiettivi 2019 ha previsto di porre come limite di spesa il 2017 pari ad € 539.804. La spesa effettiva 2019 è stata di € 568.327 che ha portato al richiamato sforamento di € 28.523. L'incremento, rispetto al 2017 è dovuto: alle spese per altri servizi economici e tecnici (noleggio auto, trasporti interni..).



Si evidenzia una diminuzione della produzione di € 15.723. A questo proposito il Direttore ff della Soc. Dr. Tranchini, osserva che l'impianto di risonanza di Domodossola è stato bloccato per 40 giorni per sostituire l'apparecchiatura. Inoltre, da febbraio 2019, un medico radiologo di Domodossola è assente per gravidanza e non è stato sostituito e, da giugno 2019, un medico radiologo di Verbania si è dimesso e non è stato sostituito.

Radioterapia: sforamento di € 16.809.

Si è registrato un aumento della produzione di € 46.720.

Per quanto riguarda la spesa la scheda obiettivi 2019 ha previsto di porre come limite di spesa il 2018 pari ad € 129.676 (valore calcolato al 30.9.18 proiettato al dicembre). La spesa effettiva 2019 è stata di € 152.085 che confrontata con il dato reale 2018 (pari ad € 135.276) ha portato al richiamato sforamento di € 16.809. L'incremento, rispetto al 2018 è dovuto: +€ 10.654 per canoni per beni strumentali non sanitari relativi al noleggio di un gruppo frigo per guasto all'impianto di raffreddamento delle apparecchiature di radioterapia occorso nell'estate del 2019); + € 6.695 per l'acquisto di dispositivi medici.

SIMT: sforamento di € 23.900. La scheda obiettivi 2019 ha previsto di porre come limite di spesa il 2017 pari ad € 1.246.308. La spesa effettiva 2019 è stata di € 1.270.208 la differenza è uno sforamento di € 23.900 dovuto all'acquisto di dispositivi medici.

Si evidenzia una riduzione della produzione di € 293.512

I componenti OIV ritengono di operare una decurtazione di 2 punti.

SPDC: sforamento di € 18.669. Peso medio DRG 2018 0,84 e 2019 0,82.

Si segnala un aumento della produzione nel 2019 di € 26.619.

Per quanto attiene lo sforamento si osserva che la scheda obiettivi 2019 ha previsto di porre come limite di spesa il 2018 pari ad € 33.113 (dato al 30.9.18 proiettato al 31.12.18). La spesa effettiva 2019 è stata di € 51.702 che, confrontata con la spesa reale 2018 pari ad € 33.033 ha portato ad uno sforamento di € 18.669.

Urologia: sforamento di € 244.589. Aumento della produzione di € 549.930. Peso medio DRG 2018 01,64 e 2019 1,69.

Per quanto riguarda lo sforamento si osserva che la scheda obiettivi 2019 ha previsto di porre come limite di spesa il 2017 pari ad € 382.753. La spesa effettiva 2019 è stata di € 592.178, la spesa 2017 tolta la distribuzione diretta è stata di € 347.589 che ha portato al richiamato sforamento di € 244.589. L'incremento, rispetto al 2017 è dovuto: all'incremento della spesa per acquisto di dispositivi medici, delle spese per altri servizi economici e tecnici (noleggio auto, trasporti interni..). Come precisato dal Direttore della struttura, Dr Centrella, dal maggio 2018 viene effettuata la chirurgia mini invasiva laparoscopica nella cura del tumore prostatico, renale e vescicale, secondo le indicazioni delle linee guida nazionali ed i PDTA aziendali. Ciò ha incrementato l'afflusso di pazienti che, in passato, si riferivano ad altri centri, generando mobilità passiva, regionale ed extraregionale. Le prestazioni chirurgiche per tumore prostatico e di chirurgia urologica maggiore risultano quadruplicate rispetto agli anni precedenti. Ciò ha comportato investimenti in strumentazione poliuso e monouso. E' aumentato il costo per materiale monouso (uretroscopi flessibili) per il mancato funzionamento della centrale di sterilizzazione della sala operatoria che non ha permesso il normale utilizzo di strumentazione poliuso. Sono stati sostituiti resettori endoscopici per la chirurgia trans uretrale che erano datati con nuovi resettori a corrente bipolare riducendo così i tempi di degenza post operatoria e permettendo la dimissibilità precoce del paziente. Sostenuto la spesa per device monouso atti alla coagulazione ad ultrasuoni laparoscopica indispensabili nella chirurgia laparoscopica oncologica non praticata nell'anno 2018. Presenti inoltre i trocar monouso per accesso all'addome. Aumentata inoltre la spesa per l'acquisto di kit monouso per la biopsia prostatica (Kit monouso più ago).



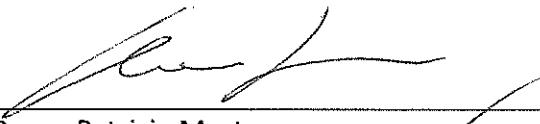
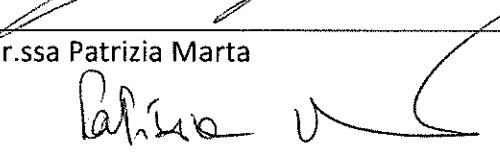
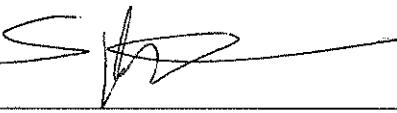
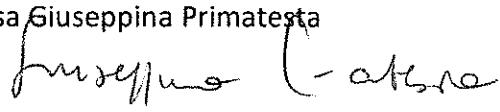
Nel 2019 vi è stato un netto incremento delle sedute operatorie presso l'ospedale di Verbania e Omegna per interventi ambulatoriali e di urologia pediatrica al fine di rispondere all'aumento della richiesta dell'utenza della provincia. Dal maggio 2019 è stato approntato il centro di chirurgia ambulatoriale (Day surgery e chirurgia ambulatoriale complessa) presso il presidio di Verbania e di DS pediatrico e di chirurgia ambulatoriale complessa presso il presidio di Omegna che ha permesso di approntare una seduta operatoria settimanale per un totale di 113 interventi eseguiti a Verbania e 83 ad Omegna. Gli interventi di chirurgia urologica a presso l'ospedale di Domodossola nel 2019 sono stati 829 rispetto ai 723 del 2018. Gli interventi totali presso la soc urologia nel 2019 sono stati 1.025, con un incremento di 302 rispetto al 2018 (incremento dell'attività chirurgica del 41,7% rispetto al 2018). A ciò si aggiunge un aumento del peso medio che da 1,64 del 2018 è passato a 1,69 nel 2019. Ciò ha comportato un incremento della spesa.

Il Direttore della Soc Farmacia, Dr.ssa Bonetta, ad integrazione della relazione a suo tempo presentata, con riguardo all'obiettivo compreso, rispettivamente, nella sezione "equilibrio economico finanziario" e nella sezione "governo produzione", con e mail del 28 settembre osserva l'obiettivo di equilibrio è stato raggiunto, In particolare la spesa 2018 è stata di € 42.083.201 (per i farmaci in regime di convenzionata, distribuzione per conto (DPC), distribuzione diretta (DD) e consumo Ospedaliero (CO) mentre la spesa 2019 è stata superiore di € 292.695 ma detta differenza è stata ampiamente compensata dal rimborso (attingendo da un fondo dedicato) della spesa per i farmaci innovativi pari ad € 735.901. Per quanto riguarda l'obiettivo riferito all'aumento, nel 2019, della distribuzione diretta, si segnala che, nel 2019, si è realizzato un aumento della distribuzione diretta per € 76.321. I componenti O.I.V. ritengono raggiunti gli obiettivi.

La seduta si conclude alle ore 18,45.



*Letto, confermato e sottoscritto.*

I Componenti O.I.V. presenti all'incontro:	
Presidente	Dr. Claudio Bianco 
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. 8 del 5.10.2020 dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) dell'Asl VCO**

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

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

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

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

\*

L'incontro odierno è stato convocato, alle ore 14, presso la sede dell'Asl VCO, ad Omegna, 3° piano palazzo Beltrami, Via Mazzini 117, al fine di proseguire la valutazione degli obiettivi assegnati, dal Direttore Generale, per l'anno 2019, ai Responsabili di Struttura complessa, di Struttura semplice Dipartimentale, di Struttura semplice in Staff, funzione e di Dipartimento.

**Risultano presenti alla seduta i componenti del Nucleo:**

Dr. Claudio Bianco (presidente)

Dr.ssa Patrizia Marta (componente)

Dr.ssa Patrizia Spadone (componente)

Assente

/

Segretario verbalizzante, Dr.ssa Giuseppina Primatesta.



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

Per quanto attiene - la sezione **"Obiettivi regionali"** con riferimento all'obiettivo riferito ai tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali il Dr. Petrone ha precisato che *"In merito al mantenimenti dei TA per l'anno 2019, compatibilmente con gli impegni di reparto e la disponibilità degli spazi ambulatoriali, i Direttori della Strutture divisionali hanno offerto la massima disponibilità e collaborazione al mantenimento dei tempi di attesa. Nello specifico sono stati garantiti i TA di tutte le prestazioni urgenti (classi U/B)".* I componenti OIV ritengono di non effettuare alcuna decurtazione .

Con riferimento alla scheda obiettivi 2019, **sezione "Equilibrio economico finanziario"**, i Componenti O.I.V. proseguono nella valutazione degli obiettivi di tale sezione, già avviata nel verbale n. 6 e 7. Si rinvia la verbale n. 6 per le premesse effettuate.

Preso atto della risposta ai chiarimenti richiesti al Direttore della Soc Farmacia con riguardo all'obiettivo ricompreso nella sezione 1 (equilibrio economico finanziario) e nella sezione 2 (governo produzione) i Componenti O IV ritengono gli obiettivi raggiunti.

Soc Sian: lo sforamento è stato di € 9.703. Il valore di riferimento per la spesa era il 2018 pari ad € 38.820 (importo al 30.9.18 proiettato al dicembre) che si è poi assestato sull'importo di € 40.041. Il confronto con il 2019 pari ad € 49.744 porta ad uno scostamento di 9.703. Si rileva un incremento della spesa di € 2.305 per materiale di guardaroba, di € 2.424 per costi di prestazioni di servizi da strutture rete sanitaria pubblica, di € 5.826 per spese di cancelleria e stampati.

Soc Sisp: Il dato entro il quale contenere la spesa era di 1.022.409 (dato al 30.9.18 proiettato al dicembre). Il dato effettivo 2018 è stato di € 1.101.175 relativo alla spesa per vaccini. Il dato 2019 è stato di € 1.057.300. Alla differenza pari ad € 43.757 occorre detrarre i costi erroneamente imputati alle Strutture afferenti al Dipartimento: Spresal, Veterinario Area A, B, C per un totale di € 12.155. Ciò porta ad un totale di risparmio di € 31.602. Perciò non si è registrato alcun sforamento.

Soc Spresal: lo sforamento è stato di € 1.313. Il dato entro il quale contenere la spesa era di 27.009 (dato al 30.9.18 proiettato al dicembre). Il dato effettivo 2019 è stato di € 28.322. Perciò lo sforamento è di € 1.313 dovuto ad un aumento delle spese di carburante uso trasporti (circa € 400) visto l'incremento dell'attività ispettiva, il fluttuare della spesa di carburante e il fatto che, nel 2019, sono stati organizzati corsi di formazione di rilevanza regionale e nazionale a Torino a cui hanno partecipato più operatori, e un corso di formazione a Crodo rivolto agli allievi dell'Istituto Professionale per l'agricoltura con conseguente spostamento di più operatori. Inoltre, da un confronto con il Controllo di Gestione si è evidenziato che sono stati erroneamente imputati alla struttura costi per € 500 per l'acquisto di provette per screening HPV (ribaltati da un costo totale di € 11.400); - consulenze non sanitarie da terzi per € 1.346 8costi ribaltati da un costo totale di € 10.000).



Soc Servizio Veterinario area A: lo sforamento è stato di € 5.686. Il dato entro il quale contenere la spesa era di 24.436 (dato al 30.9.18 proiettato al dicembre, l'effettivo è stato di 24.678). Il dato effettivo 2019 è stato di € 30.365. Perciò lo sforamento è di € 5.686. Il Direttore della Soc., Dr. Cassina, osserva che da un confronto con il Controllo di Gestione si è evidenziato che sono stati erroneamente imputati alla struttura costi per l'acquisto di provette per screening HPV per € 1.527 (ribaltati da un costo totale di € 11.400) da imputare alla Soc Sian ; - costi prestazioni servizi da fornitori non rete pubblica per convenzioni per prestazioni di educazione sanitaria consulenze non sanitarie da terzi per € 1.695.

Sosd Servizio Veterinario area B: lo sforamento è stato di € 5.826. Il dato entro il quale contenere la spesa era di 10.601 (dato al 30.9.18 proiettato al dicembre, l'effettivo è stato di 11.075). Il dato effettivo 2019 è stato di € 16.901. Perciò lo sforamento è di € 5.826. Il Direttore della Soc, Dr. Filippi, analogamente a quanto precisato dal Direttore della Soc Servizio Veterinario Area A, osserva che sulla struttura sono stati spalmati costi di altre strutture dipartimentali che hanno comportato lo sforamento che vanno attribuiti alla Sos Sisp.

Sosd Servizio Veterinario area C: lo sforamento è stato di € 4.302. Il dato entro il quale contenere la spesa era di 8.979 dato al 30.9.18 proiettato al dicembre, l'effettivo è stato di 9.283). Il dato effettivo 2019 è stato di € 13.585. Perciò lo sforamento è di € 4.302. Il Direttore della Soc, Dr. Polle Ansaldi , analogamente a quanto precisato dal Direttore della Soc Servizio Veterinario Area A, e Area B, osserva che sulla struttura sono stati spalmati costi di altre strutture dipartimentali che hanno comportato lo sforamento che vanno attribuiti alla Sos Sisp.

Soc Gestione Economico finanziaria e patrimonio: lo sforamento è stato di € 60.827. Il dato entro il quale contenere la spesa era di 4.867 (dato al 30.9.18 proiettato al dicembre, l'effettivo è stato di 6.397). Il dato effettivo 2019 è stato di € 67.224. Lo sforamento è di € 60.827, che, come precisato dal Direttore della Soc, Dr.ssa Succi, è dovuto all'esternalizzazione dell'attività di etichettatura legato al servizio di inventariazione a causa del pensionamento di personale dipendente.

Soc Gestione Personale e Relazioni Sindacali: Il dato entro il quale contenere la spesa era di 77.012 (dato al 30.9.18 proiettato al dicembre, l'effettivo è stato di 104.307). Il dato effettivo 2019 è stato di € 83.057. Perciò non si è realizzato alcun sforamento.

Soc Logistica e Servizi Informatici: Il dato entro il quale contenere la spesa era di 210.093 (dato al 30.9.18 proiettato al dicembre, l'effettivo è stato di 235.562). Il dato effettivo 2019 è stato di € 371.074. Perciò lo sforamento è stato di € 135.512. Come evidenziato dal Direttore della Soc, Dr Bonisoli, l'aumento di spesa è dovuto al pensionamento di 4 Operatori Tecnici e l'assenza dal servizio di altri per lunghi periodi di tempo causa malattia si è dovuto proseguire nell'appalto di prestazioni a supporto dei magazzini economici. La voce di spesa Costi per prestazioni servizi da fornitori non rete pubblica da € 83.076 del 2018 è passati ad € 218.327 del 2019 (+ € 135.251). Inoltre da segnalare la piena entrata a regime del servizio denominato "Desktop Outsourcing 2" che ha contribuito ad incrementare la spesa. Si tratta di spese necessarie derivanti da eventi rispetto ai quali la Struttura non ha potere di intervento, speso peraltro condivise con la Direzione Generale.



Sos in staff prevenzione e Protezione: Il dato entro il quale contenere la spesa era di 4.922 (dato al 30.9.18 proiettato al dicembre). Il dato effettivo 2019 è stato di € 5.512. Perciò lo sforamento è stato di € 591 dovuto a costi per materiale di consumo (supporti meccanografici, toner, cartucce) indispensabili per l'attività del servizio. Nei costi del 2019 figurano due voci di costo su corsi di formazione effettuati da operatori del servizio, non presenti nel 2018, pari ad € 382.

RRF: si evidenzia una riduzione della produzione di € 317.852. Il Direttore della Soc Dr.ssa Rossi, precisa che le motivazioni della riduzione della produzione sono le seguenti: -diminuzione del personale medico, del numero di fisioterapiste di logopediste rispetto al 2018. Fino ad aprile 2019 l'organico era composto di n. 3 dirigenti medici e dal Direttore (ovvero 1 unità in meno rispetto al 2018). Il 16 aprile 2019 hanno iniziato a collaborare n. 2 dottoresse. A settembre 2018 n. 4 logopediste sono state trasferite alla Soc NPI e ad agosto 2019 una fisioterapista è andata in pensione. Un fisioterapista è stato assente per malattia tutto l'anno 2019. Inoltre l'attività domiciliare eseguita a Domodossola, fino a novembre 2018, è stata rendicontata come attività ambulatoriale e refertata in Phi. Nel corso del 2019, per direttive aziendali, l'attività è stata rendicontata con il sistema Aster. Sono stati eseguiti n. 668 trattamenti di fisioterapia domiciliare per un valore di € 30.728. Infine l'attivazione del nuovo sistema di refertazione e di consultazione elettronica delle prestazioni iniziata ad agosto 2019 ha rallentato l'attività della struttura a causa delle difficoltà incontrate nell'apprendimento delle nuove metodiche.

I componenti OIV ritengono di operare una decurtazione di 1 punto.

SERD: si evidenzia una riduzione della produzione di € 2.181. Il Direttore della Soc Dr.ssa Crosa Lenz precisa che, dal febbraio 2019, un dirigente medico si è assentato per congedo maternità ed è stato sostituito solo nell'aprile 2020. Ciò ha contribuito ad una riduzione del numero di prestazioni.

Servizio Salute Mentale Territoriale: si evidenzia una riduzione della produzione di € 6.971. Il Direttore della Soc, Dr. Bezzi (assunto dal 15.4.2019), precisa che la riduzione della produzione rispetto al valore richiesto è da attribuirsi alla grave carenza di personale medico. A metà aprile erano in servizi 6 Psichiatri su 9 in organico. A luglio 2019 uno Psichiatra si è dimesso. La sostituzione è avvenuta a fine 2019.

\*

Per quanto attiene gli obiettivi riferiti alle diverse strutture aziendali, sia sanitarie che amministrative, eventualmente non specificamente richiamati nei verbali, ma comunque esaminati, i componenti OIV ritengono gli stessi raggiunti.

\*

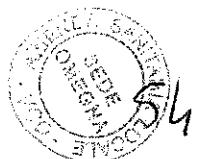
Dopo che i Componenti O.I.V. hanno terminato la valutazione degli obiettivi (vedi l'allegato di sintesi dei risultati, Allegato A al presente verbale) di tutte le Strutture aziendali riferiti all'anno 2019 gli stessi invitano la Segreteria a trasmettere i verbali delle sedute che l'O.I.V. ha effettuato per la verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi 2019. Ciò per l'assunzione di provvedimenti di competenza e/o per eventuali successive valutazioni.



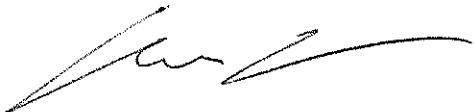
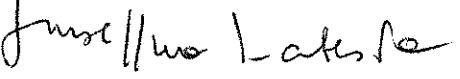
Prima di concludere l'incontro il segretario O.I.V. osserva che, con deliberazione n. 544 del 31.7.20 è stata approvata la "Relazione annuale sulla Performance anno 2019", RAP, ed il relativo allegato (All. 1 riferito all'Allegato D al conto consuntivo 2019, rappresentato dalla relazione del Direttore Generale). Nel medesimo atto si è precisato che, a causa dell'emergenza Covid 19, il Direttore Generale ha ritenuto, solo al termine della stessa, di richiedere ai Direttori di Struttura la relazione in merito alle azioni messe in atto per il raggiungimento degli obiettivi assegnati per l'anno 2019. In data 20 luglio si è riunito l'O.I.V. redigendo il verbale n. 3 e ha iniziato la valutazione degli obiettivi perciò, alla data dell'adozione della deliberazione n. 544, ovvero il 31 luglio, non si disponeva delle risultanze dell'iter valutativo. Con il medesimo atto si è stabilito che, al termine della valutazione, l'OIV avrebbe trasmesso le risultanze al Direttore Generale per l'adozione dei provvedimenti di competenza. Successivamente si sarebbe provveduto ad integrare l'atto n. 544 con le risultanze delle valutazioni, allegando anche gli atti deliberativi predisposti dalla Soc Gestione Personale e Relazioni Sindacali relativi alla determinazione della consistenza definitiva dei fondi relativi: - al comparto sanitario - all'area della dirigenza medica e veterinaria - all'area della dirigenza sanitaria, Dipsa, professionale, tecnica e amministrativa anno 2019 e provvisorio 2020. Nell'ambito della seduta dell'O.I.V. n. 4 del 18.8.20 si è preso atto dell'adozione della deliberazione n. 544 del 31.7.20 rinviando la validazione della relazione (richiesta ai sensi dell'art. 14, comma 4, lett. c, del D.Lgs n. 150/2009 e smi) al momento in cui l'Azienda provvederà ad integrare l'atto n. 544 con gli esiti della valutazione degli obiettivi 2019 e dopo aver preso visione degli atti di rideterminazione dei fondi predisposti dalla Soc Personale.

Il segretario O.I.V. comunica che, immediatamente dopo alla presa d'atto delle valutazioni in merito agli obiettivi 2019 da parte del Direttore Generale si provvederà ad integrare l'atto n. 544 del 31.7.2020 allegando le deliberazioni (che, nel frattempo, la Soc Gestione Personale e Relazioni Sindacali ha predisposto) n. 621, n. 619, n. 620 del 31 agosto 2020 relativi alla determinazione della consistenza definitiva dei fondi sopra richiamati, inviando l'integrazione all'Organismo Indipendente di Valutazione per la validazione come previsto ai sensi dell'art. 14, comma 4, lett. c, del D.Lgs n. 150/2009 e smi.

La seduta si conclude alle ore 18,35.



*Letto, confermato e sottoscritto.*

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

**Allegato A) al Verbale n. 8 del 5.10.2020**



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

STRUTTURE (Soc/Sos Dip/Sos in staff/Sos Amministrative/Funzioni)	Percentuale di raggiungimento degli obiettivi anno 2019
Soc ANATOMIA PATHOLOGICA	100
Soc ANESTESIA E RIANIMAZIONE	87
Sos Dip ATTIVITA' CONSULTORIALE	99
Soc CARDIOLOGIA	95
Sosd DAY SURGERY MULTIDISCIPLINARE	98
Soc CHIRURGIA GENERALE DOMODOSSOLA	97
Soc CHIRURGIA GENERALE VERBANIA	97
Sosd ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA	97
Soc DipSA	95
Sosd ENDOSCOPIA DELL'APPARATO DIGERENTE	100
Soc DISTRETTO VCO	96
Soc DIREZIONE SANITARIA PRESIDI OSPEDALIERI VERBANIA E DOMODOSSOLA	97
Soc FARMACIA	100
Soc GERIATRIA	97
Soc GESTIONE ATTIVITA' TERRITORIALI	95
Soc LABORATORIO ANALISI	94,5
Sos Dip. MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	93
Soc MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA	92
Soc MEDICINA INTERNA DOMODOSSOLA	93
Soc MEDICINA INTERNA VERBANIA	95
Sosd MEDICINA LEGALE	100
Soc NEFROLOGIA E DIALISI	100
Soc NEUROLOGIA	98
Soc NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	100
Soc OCULISTICA	93
Soc ONCOLOGIA	100
Soc ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DOMODOSSOLA	94.5
Soc ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA VERBANIA	93.5
Soc OSTETRICIA GINECOLOGIA	95.5
Soc OTORINOLARINGOIASTRA	99



Soc PEDIATRIA	90
Sos staff PSICOLOGIA	98
Soc RADIOLOGIA	93.5
Sos Dip RADIOTERAPIA	100
SOC RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE (RRF)	99
Soc SERVIZIO SALUTE MENTALE TERRITORIALE	97.5
Soc SERD	100
Soc SIAN	100
Sosd SIMT	98
Sosd SISP	100
Sosd SPDC	100
Soc SPRESAL	100
Soc UROLOGIA	96
Soc VETERINARIO AREA A	100
Sosd VETERINARIO AREA B	100
Sosd VETERINARIO AREA C	100
Soc AFFARI GENERALI LEGALI E ISTITUZIONALI	100
Sos LIBERA PROFESSIONE E CONVENZIONI	100
Sos staff CONTROLLO DI GESTIONE	95
Soc GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA E PATRIMONIO	100
Soc GESTIONE PERSONALE E RELAZIONI SINDACALI	94
Soc LOGISTICA E SERVIZI INFORMATICI	97
Sos ORGANI ORGANISMI COLL COMUNICAZIONE SUPPORTO STRATEGICO	100
Sos GESTIONE AMMINISTRATIVA DISTRETTUALE	100
Sos TECNICO E COORDINAMENTO AZIENDALE NUOVO OSPEDALE	100
Sos ICT	95
Sos staff PREVENZIONE E PROTEZIONE	100
GOVERNO CLINICO QUALITA' APPROPRIATEZZA RISCHIO CLINICO	100
MEDICO COMPETENTE (M)	100
MEDICO COMPETENTE (B)	92