

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

**Verbale n. 1 del 22 marzo 2017  
dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)  
dell'Asl VCO**

Con deliberazione del Direttore Generale n° 12 dell'8 gennaio 2015 si è provveduto, in conformità alla normativa nazionale e regionale vigente, alla costituzione dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) dell'ASL VCO, per il triennio 2015-2017, per lo svolgimento delle funzioni previste dall'art. 14 del D.lgs n. 150 del 27.10.2009, previo espletamento del relativo iter e tenuto conto del parere positivo espresso dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica, con nota pervenuta in data 22 dicembre 2014.

Come risulta dalla citata deliberazione n. 12/2015 i n. 3 componenti individuati, di cui n. 2 esterni ed 1 interno all'azienda, sono:

Componente interno	Dr. Renzo Sandrini
Componente esterno	Dr. Claudio Bianco
Componente esterno	Dr.ssa Patrizia Marta

Con atto deliberativo n. 133 del 1° aprile 2015, al quale si fa rinvio, è stato approvato il Regolamento per il funzionamento dell'O.I.V. dell'ASL VCO.

Dovendo iniziare la valutazione degli obiettivi assegnati, per l'anno 2016, ai Responsabili di Struttura complessa e di Struttura semplice Dipartimentale, si è convocato l'incontro in data odierna, alle ore 14, presso la sede dell'Asl VCO, ad Omegna, 3° piano palazzo Beltrami, Via Mazzini 117.

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

Dr. Claudio Bianco ( componente esterno)  
Dr.ssa Patrizia Marta (componente esterno)  
Dr. Renzo Sandrini (componente interno)

Segretario verbalizzante, Dr.ssa Giuseppina Primatesta.

*Handwritten signatures and initials:*  
A. T. 9  
b  
R  
K

L'attività dell'O.I.V. è indirizzata alla valutazione degli obiettivi assegnati, per l'anno 2016, dal Direttore Generale ai Responsabili delle strutture complesse aziendali e delle SOS dipartimentali, obiettivi approvati con atto deliberativo n. 180 dell'11.5.2016. Tale deliberazione è stata integrata con atto n. 314 del 9.8.2016 a seguito dell'assegnazione, da parte della Regione, con DGR n. 30-3307 del 16.5.2016, degli obiettivi ai Direttori Generali per l'anno 2016. Detti obiettivi sono stati declinati solo alla Strutture aziendali coinvolte.

Si precisa che, nel firmare la scheda obiettivi 2016, tutti i Responsabili di Soc hanno potuto effettuare, in merito a ciascun obiettivo, eventuali osservazioni contenute in una specifica scheda che, seppure non deliberata, è stata tenuta agli atti e la Segreteria OIV la metterà a disposizione dei componenti O.I.V.

Il Dr. Renzo Sandrini illustra la struttura della scheda obiettivi 2016 riferita, distintamente, all'ambito sanitario ed a quello amministrativo.

### Scheda obiettivi 2016 Strutture Sanitarie

Le sezioni in cui si compone la scheda sono le seguenti:

Equilibrio economico finanziario	
<b>Descrizione</b>	Si tratta di applicare il Piano di efficientamento 2016 mettendo in atto le azioni previste al fine di realizzare il governo della spesa, sempre in una logica di miglioramento continuo dell'appropriatezza. Viene assegnato, anche per il 2016, un budget di spesa per beni e servizi. Sono ricomprese le azioni che verranno definite dal Direttore del Dipartimento del Farmaco, Dr.ssa Poggi, per il rispetto del target della spesa farmaceutica.
<b>Fonte dati</b>	Report messi a disposizione dalla Soc Budget e Controllo.

Governo produzione	
<b>Descrizione</b>	Comprende una serie di parametri riguardanti i ricoveri ordinari (es. tasso occupazione posti letto, degenza media, appropriatezza in applicazione della DGR 4-2495/2011 ecc); le prestazioni ambulatoriali.  Si richiede il mantenimento dei risultati anno 2015.
<b>Fonte dati</b>	Report messi a disposizione da Soc Budget e Controllo e Personale.

Obiettivi specifici di Soc	
<b>Descrizione</b>	Si tratta di obiettivi che caratterizzano la singola struttura. Sono stati ricompresi nella sezione anche gli obiettivi proposti, per l'anno 2016, da ogni Responsabile di Soc, se ritenuti applicabili.

2



	Oltre agli obiettivi specifici per ogni Soc si aggiungono: - la compilazione e restituzione alla Soc Budget e Controllo, entro il 7.1.2017, dell'inventario beni di consumo; - la restituzione alla Soc Gestione Risorse umane dei tabulati mensili dopo le verifiche/correzioni entro il 15 del mese successivo a quello di riferimento del tabulato.
Fonte dati	Report messi a disposizione dalla Soc Budget e Controllo e Personale - Direzione Generale.

Efficienza: mantenimento tempi di attesa classi U e B	
Descrizione	Si tratta di mettere in atto le azioni individuate dalla Direzione Sanitaria/Specialistica per il mantenimento dei tempi di attesa classi U e B.
Coordinamento	Direzione Sanitaria/Specialistica

Obiettivi di mandato e/o azioni strategiche	
Descrizione	<p>Gli obiettivi sono stati declinati tenuto conto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ di obiettivi ritenuti prioritari, anche in base alla realtà di singole strutture.</li> <li>▪ degli obiettivi di mandato assegnati al Direttore Generale.</li> </ul>
Coordinamento	Direzione Generale

Risk management	
Descrizione	<p><b>Rischio clinico</b> Si tratta di mettere in atto gli interventi richiesti dall'Unità di Rischio Clinico nel corso dell'anno 2016. Il coordinatore dell'obiettivo è il Responsabile della Soc Legale.</p>
Descrizione	<p><b>Rischio infettivo</b> Il coordinamento di tale obiettivo verrà realizzato dal Responsabile UPRI.</p>
Descrizione	<p><b>Salute e sicurezza sul lavoro</b> Si tratta di relazionare, da parte di ciascun Responsabile di Soc, alla data del 31.12.2016, in merito agli interventi messi in atto sul tema di salute e sicurezza sul lavoro previsti in qualità di dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato.</p>
Coordinamento	Responsabile Soc Prevenzione e Protezione e Responsabile Soc Medico Competente.

f

Am / k<sup>3</sup>

fl

Qualità	
Descrizione	<p>Gli obiettivi sono dettagliati nella scheda qualità.</p> <p>La scheda 2016 ricomprende la messa in atto degli adempimenti di cui alla D.G.R. n. 51-2485 del 23.11.2015 relativa <i>all'individuazione dei Centri Hub ed alla ridefinizione delle attribuzioni dei Centri autorizzati alla prescrizione di farmaci oncologici sottoposti a registri AIFA</i>.</p>
	Responsabile EP organizzazione, qualità, accreditamento.

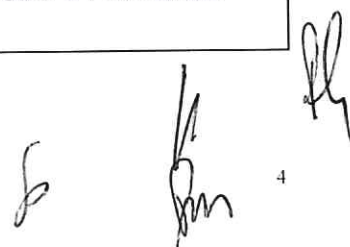
Prevenzione corruzione/Miglioramento trasparenza	
Descrizione	<p>Applicazione del Piano triennale di Prevenzione della corruzione e messa in atto azioni previsti nella sezione II del Piano relativa alla trasparenza.</p>
	Responsabile Anticorruzione e Trasparenza.

### Scheda obiettivi 2016 Strutture amministrative

Le sezioni in cui si compone la scheda sono le seguenti:

Equilibrio economico finanziario	
Descrizione	<p>Si tratta di applicare il Piano di efficientamento 2016 mettendo in atto le azioni previste al fine di realizzare il governo della spesa, sempre in una logica di miglioramento continuo dell'appropriatezza. Viene assegnato, anche per il 2016, un budget di spesa per beni e servizi.</p>
Fonte dati	Report messi a disposizione dalla Soc Budget e Controllo.

Obiettivi specifici di Soc	
Descrizione	<p>Si tratta di obiettivi che caratterizzano la singola struttura.</p> <p>Sono stati ricompresi nella sezione anche gli obiettivi proposti, per l'anno 2016, da ogni Responsabile di Soc, se ritenuti applicabili.</p> <p>Agli obiettivi specifici per ogni Soc si aggiungono: – la compilazione e restituzione alla Soc Budget e Controllo, entro il 7.1.2017, dell'inventario beni di consumo; – la restituzione alla Soc Gestione Risorse Umane dei tabulati mensili dopo le verifiche/correzioni entro il 15 del mese successivo a quello di riferimento del tabulato.</p>
Fonte dati	Report messi a disposizione dalla Soc Budget e Controllo e Personale – Direzione Generale.





Obiettivi di mandato e/o azioni strategiche	
Descrizione	<p>Gli obiettivi sono stati declinati tenuto conto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ di obiettivi ritenuti prioritari, anche in base alla realtà di singole strutture.</li> <li>▪ degli obiettivi di mandato assegnati al Direttore Generale.</li> </ul>
Coordinamento	Direzione Generale

Risk management	
Descrizione	<p><b>Salute e sicurezza sul lavoro</b></p> <p>Si tratta di relazionare, da parte di ciascun Responsabile di Soc, 31.12.2016, in merito agli interventi messi in atto sul tema di salute e sicurezza sul lavoro previsti in qualità di dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato.</p>
Coordinamento	Responsabile Soc Prevenzione e Protezione e Responsabile Soc Medico Competente.

Prevenzione corruzione/Miglioramento trasparenza	
Descrizione	<p>Si tratta di adempimenti previsti dalla normativa di riferimento ovvero:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la L. n. 190 del 6.11.2012 e s.m.i. per la prevenzione della corruzione (si rinvia al Piano triennale di prevenzione della corruzione 2016-18 dell'ASL VCO adottato con deliberazione n. 31 del 29.1.2016);</li> <li>- il Dl.vo n. 33 del 14.3.2014 in merito al miglioramento della tempestività e qualità del dato pubblicato sul sito aziendale nella sezione "<i>Amministrazione trasparente</i>". Si tratta di realizzare un aggiornamento tempestivo ed un monitoraggio dei dati pubblicati almeno trimestrale, anche tenuto conto di quanto previsto nel Piano per la trasparenza.</li> </ul> <p>Applicazione del Piano triennale di Prevenzione della corruzione e messa in atto azioni previsti nella sezione II del Piano relativa alla trasparenza.</p>
	Responsabile Anticorruzione e Trasparenza.

\*

Dopo aver illustrato la composizione della scheda obiettivi 2016 riferita, distintamente, all'ambito sanitario ed a quello amministrativo, il Dr. Sandrini precisa che il Direttore Generale, con nota prot. n. 1099 del 9.1.2017, ha trasmesso ai Responsabili di Soc e Sos Dipartimentali dell'ASL VCO una lettera con la quale è stato richiesto di compilare una

B 1/1 5

scheda di autovalutazione in merito al raggiungimento degli obiettivi 2016. In particolare, si è richiesto di specificare il raggiungimento o meno degli obiettivi 2016 e di fornire una relazione sintetica sottolineando le motivazioni che hanno permesso di raggiungere o meno detti obiettivi, allegando eventuale documentazione a supporto. Nella stessa nota si è precisato che la relazione in merito agli obiettivi 2016 (supportata da eventuale documentazione) sarebbe stata trasmessa all'Organismo Indipendente di Valutazione che avrebbe potuto richiedere, se necessario, informazioni di approfondimento.

La segreteria O.I.V., con lettere datate 15.2.2017, ha richiesto a coloro i quali sono stati individuati come Coordinatori di una serie di specifici obiettivi 2016 ovvero: Avv. Meloda (rischio clinico), Dr. Mondino (rischio infettivo), Dr.ssa Poggi (target spesa farmaceutica, appropriatezza prescrittiva, distribuzione diretta), Dr. Ferrari/Petrone (specialistica ambulatoriale), Dr.ssa Bianchi (qualità) di indicare il grado di raggiungimento degli stessi da parte delle singole strutture aziendali.

Inoltre, sempre in data 15.2.2017, la segreteria O.I.V. ha richiesto ad altri Responsabili afferenti alle seguenti Soc (ovvero: Soc Gestione risorse economico finanziarie, Dr.ssa Succi - Soc Gestione Affari Generali, Dr.ssa Bellotti - Personale, Dr.ssa Sala - Responsabile della Prevenzione della Corruzione/Trasparenza, Dr. Petrone, Dr.ssa Primatesta - Responsabile Sos ICT, Dr.ssa Gagliardi - Responsabile Sos in staff Controllo di Gestione, Ing. Guerrini), informazioni in merito al raggiungimento, da parte delle Soc aziendali, di taluni specifici obiettivi dalle stesse gestiti.

\*

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 2016 allegata all'atto deliberativo n. 180 dell'11.5.2016 (deliberazione integrata con successivo atto n. 314 del 9.8.2016), con la quale sono stati approvati detti obiettivi;
- della scheda riferita alle osservazioni che i Responsabili di Soc hanno effettuato in merito agli obiettivi 2016, conservata presso la Segreteria OIV;
- della scheda di autovalutazione trasmessa dai Responsabili di Soc a seguito della richiesta avanzata dal Direttore Generale con nota prot. n. 1099 del 9.1.2017;
- dei report messi a disposizione dal Referente della Sos di staff al Direttore Generale Controllo di Gestione che svolge una funzione di coordinamento nell'ambito della Struttura funzionale Tecnica Permanente per la misurazione della performance (costituita con atto deliberativo n. 126 del 31.3.2015);
- dei report messi a disposizione dai soggetti individuati come coordinatori degli obiettivi (Dr.ssa Bianchi; Avv. Meloda; Dr.ssa Poggi; Dr. Ferrari e Dr. Petrone; Dr. Mondino) e delle valutazioni effettuate;
- delle informazioni richieste e fornite da altri Responsabili di Soc: Soc Gestione risorse economico finanziarie - Soc Gestione Affari Generali - Personale -

f

mk 6



Responsabile della Prevenzione della Corruzione/Trasparenza – Responsabile  
ICT – Responsabile Sos in staff Controllo di Gestione.

Sulla scorta delle informazioni così ottenute l'O.I.V. valuterà il grado di raggiungimento degli obiettivi effettuando, eventualmente a sorteggio, verifiche dirette rispetto ai dati rilevati ed alla documentazione pervenuta. Nel caso di difformità tra questi ultimi e gli esiti delle verifiche si dovrà analizzare lo scostamento riscontrato.

I componenti O.I.V., dopo aver esaminato la documentazione, evidenzieranno, per ciascuna Struttura aziendale, gli obiettivi che risulteranno non completamente raggiunti e, rispetto agli stessi, dopo aver valutato le eventuali precisazioni fornite dal Responsabile di Struttura e richieste, se necessario, eventuali integrazioni, individueranno la percentuale di raggiungimento di detti obiettivi.

Come risulta dall'atto deliberativo n. 133 del 1° aprile 2015, con il quale è stato approvato il 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 in "peso" rispettivamente assegnato. La valutazione potrà concludersi in 4 modalità differenti: 1. obiettivo raggiunto; 2. obiettivo parzialmente raggiunto (in termini percentuali); 3. obiettivo non raggiunto per cause non imputabili alla Struttura, debitamente motivate; 4. obiettivo non raggiunto.

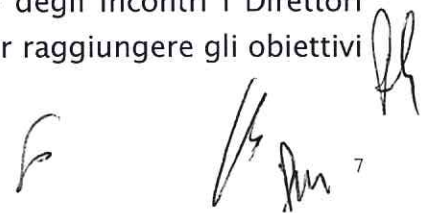
Terminata la valutazione gli esiti del controllo verranno trasmessi dalla segreteria al Direttore Generale che, in base alle risultanze, assumerà gli atti di competenza.

\*

Alle 16,10 interviene all'incontro il Direttore Generale, Dr. Giovanni Caruso, il quale esprime la propria disponibilità a fornire eventuali precisazioni utili per procedere alla valutazione degli obiettivi anno 2016.

Evidenzia che la Regione, con DGR n. 30-3307 del 16.5.2016, ha a suo tempo assegnato gli obiettivi economico gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali delle aziende sanitarie per l'anno 2016. Rispetto a tali obiettivi, con nota prot. 9612 del 15.2.2017, è stata trasmessa in Regione la relazione, di cui si allega copia (Allegato 1), in merito a tali obiettivi. Il Direttore evidenzia, inoltre, che, in data 16 marzo, si è riunita la Rappresentanza della Conferenza dei Sindaci che ha espresso parere positivo in merito agli obiettivi 2016. Con nota prot. n. 16754 del 20.3.2017 detto parere è stato trasmesso alla Regione nel rispetto dei termini previsti (30 aprile 2017).

Il Direttore Generale segnala, inoltre, che, nel corso dell'anno 2016, la Regione ha convocato le aziende sanitarie per area omogenea di programmazione (AOU Maggiore della Carità di Novara, ASL Novara, Asl Biella, Asl Vercelli, Asl Verbano Cusio Ossola), ed ha organizzato n. 3 incontri di monitoraggio degli obiettivi assegnati rispettivamente in data 30 giugno, 29 settembre e 15 dicembre 2016. Nel corso degli incontri i Direttori Generali hanno relazionato in merito: – alle azioni intraprese per raggiungere gli obiettivi



assegnati; – ai dati intermedi di raggiungimento, esplicitando la propria valutazione di raggiungibilità degli stessi ed eventuali cause ostacolanti.

I componenti dell'O.I.V. prendono atto della relazione riferita agli obiettivi assegnati al Direttore Generale per l'anno 2016 di seguito elencati:

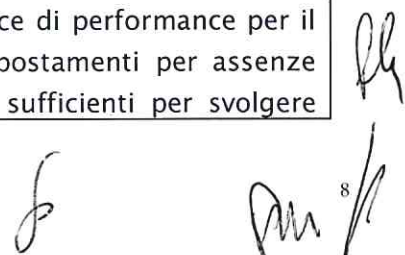
Ob. 1	Rete H-T
Ob. 1.1	Piano di riduzione SC ospedaliera e non ospedaliera
Ob. 1.2	Centralizzazione delle chiamate di C.A.
Ob. 2	Tempi di attesa
Ob. 2.1	Tempi di attesa prestazioni ambulatoriali
Ob. 3	Fondo di riequilibrio: Attuazione Piano di efficientamento da Fondo di riequilibrio
Ob. 4	Umanizzazione: valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle strutture di ricovero delle ASR
Ob. 5	Rete Laboratori Analisi
Ob. 5.1	Rete laboratorio analisi: Hub & Spoke
Ob. 5.2	Rete laboratorio analisi: gare centralizzate
Ob. 6	Piano di assistenza territoriale (PAT)
Ob. 7	Esiti
Ob. 7.1	Tempestività interventi di frattura femore > 65
Ob. 7.2	Proporzione parti con taglio cesareo primario
Ob. 7.3	Tempestività nell'effettuazione di PTCA
Ob. 8	Assistenza farmaceutica: assistenza farmaceutica territoriale ed ospedaliera. Appropriately prescrivere e riduzione della variabilità
Ob. 9	Rete oncologica
Ob. 9.1	Dipartimento funzionale interregionale interaziendale di rete oncologica
Ob. 9.2	Screening oncologici – Prevenzione serena
Ob. 10	Rete trapianti: Incremento donazioni d'organo
Ob. 11	GdP Antincendio e Antisismica: rispetto della normativa antincendio e antisismica

Come si rileva dalla relazione risultano raggiunti pienamente gli obiettivi:

1.1 – 1.2 – 4 – 5.1 – 5.2 – 6 – 9.1 – 9.2 (unica criticità screening citologico: copertura esami 41% rispetto ad un valore atteso di 47%) – 11.

Risultano parzialmente raggiunti:

Ob. 2.1	Tempi di attesa prestazioni ambulatoriali. L'obiettivo è stato raggiunto parzialmente. Nonostante gli sforzi posti in essere per alcune prestazioni non si è ancora riusciti ad arrivare all'indice di performance per il tempo medio di erogazione a causa delle sospensioni o spostamenti per assenze improvvise degli organici che, in alcuni casi, sono appena sufficienti per svolgere
---------	--

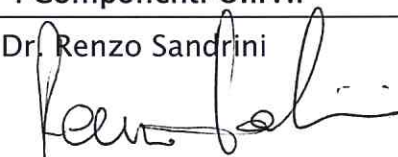
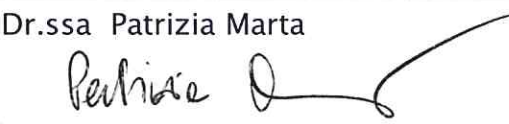

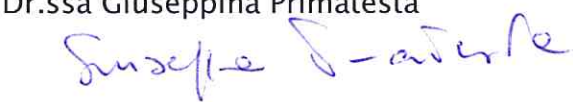




	l'attività ordinaria.	
Ob. 3	Fondo di riequilibrio: attuazione Piano di efficientamento	Bilancio previsionale 2016 aggiornato- perdita rettificata € 6.2637.826 Bilancio verifica al 31.12.16 (preconsuntivo) - perdita € 2.877
Ob. 7.1	Tempestività interventi di frattura femore > 65	(valore obiettivo: tasso aggiustato $\geq 70\%$ (48,6% al 30.9.2016)
Ob. 7.2	Proporzione parti con taglio cesareo primario	(valore obiettivo: tasso aggiustato $\leq 20\%$ (24,1% al 30.9.2016)
Ob. 7.3	Tempestività nell'effettuazione di PTCA	(valore obiettivo: tasso grezzo > 70%) (67,9% al 30.9.2016)
Ob. 8	Assistenza farmaceutica: assistenza farmaceutica territoriale ed ospedaliera. Appropriately prescrittiva e riduzione della variabilità.	Per gli 11 indicatori: - indicatori nn. 3-4-7 parzialmente raggiunti; - indicatore 11 verificabile quando si dispone della media regionale; - indicatore 10 assegnato solo ad ASO. Restanti indicatori raggiunti.
Ob. 10	Rete trapianti: Incremento donazioni d'organo	Morte encefalica - raggiunto al 100% Cornee: raggiunto al 100% a Domodossola non raggiunto a Verbania.

La seduta si conclude alle ore 18,15.

*Letto, confermato e sottoscritto.*

I Componenti O.I.V.:	
Componente interno	Dr. Renzo Sandrini 
Componente esterno	Dr.ssa Patrizia Marta 
Componente esterno	Dr. Claudio Bianco 
Segretario Verbalizzante	Dr.ssa Giuseppina Primatesta 



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

*Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola*

RELAZIONE  
IN MERITO AGLI OBIETTIVI ECONOMICO-GESTIONALI,  
DI SALUTE E DI FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI ASSEGNATI AL  
DIRETTORE GENERALE PER L'ANNO 2016  
CON  
D.G.R. N. 30-3307 DEL 16.5.2016

14 Febbraio 2017



## INDICE

	Descrizione obiettivo	Pag.
	<b>Premessa</b>	<b>3</b>
Ob. 1.1	Piano di riduzione SC ospedaliere e non ospedaliere	4
Ob. 1.2	Centralizzazione delle chiamate di C.A.	9
Ob. 2.1	Tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	10
Ob. 3	Fondo di riequilibrio: Attuazione Piano di efficientamento da Fondo di riequilibrio	12
	Bilancio preventivo economico annuale e Bilancio di verifica al 1° marzo: osservazioni	19
Ob. 4	Umanizzazione: valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle strutture di ricovero delle ASR	21
Ob. 5.1	Rete laboratorio analisi: Hub & Spoke	23
Ob. 5.2	Rete laboratorio analisi: gare centralizzate	24
Ob. 6	Piano di assistenza territoriale (PAT)	24
Ob. 7.1	Tempestività interventi di frattura femore > 65	27
Ob. 7.2	Proporzione parti con taglio cesareo primario	27
Ob. 7.3	Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI	28
Ob. 8	Assistenza farmaceutica: assistenza farmaceutica territoriale ed ospedaliera. Appropriata prescrizione e riduzione della variabilità	28
Ob. 9.1	Dipartimento funzionale interregionale interaziendale di rete oncologica	34
Ob. 9.2	Screening oncologici - Prevenzione serena	35
Ob. 10	Rete trapianti: Incremento donazioni d'organo	37
Ob. 11	GdP Antincendio e Antisismica: rispetto della normativa antincendio e antisismica	38
	<b>Allegati (da n. 1 a n. 34)</b>	<b>39</b>

## Premessa

Con la DGR n. 30-3307 del 16.5.2016 sono stati assegnati gli obiettivi economico gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali delle aziende sanitarie ai fini del riconoscimento della quota integrativa al trattamento economico per l'anno 2016, riportati nell'allegato A della medesima deliberazione, ed elencati nella tabella di seguito riportata.

OBIETTIVI ASSEGNATI AI DIRETTORI GENERALI PER L'ANNO 2016 CON DGR N. 30 - 3307 DEL 16.5.2016		Peso
Ob. 1	Rete H-T	
Ob. 1.1	Piano di riduzione SC ospedaliera e non ospedaliera	10
Ob. 1.2	Centralizzazione delle chiamate di C.A.	2
Ob. 2	Tempi di attesa	
Ob. 2.1	Tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	15
Ob. 3	Fondo di riequilibrio: Attuazione Piano di efficientamento da Fondo di riequilibrio	12
Ob. 4	Umanizzazione: valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle strutture di ricovero delle ASR	5
Ob. 5	Rete Laboratori Analisi	
Ob. 5.1	Rete laboratorio analisi: Hub & Spoke	5
Ob. 5.2	Rete laboratorio analisi: gare centralizzate	5
Ob. 6	Piano di assistenza territoriale (PAT)	10
Ob. 7	Esiti	
Ob. 7.1	Tempestività interventi di frattura femore > 65	3
Ob. 7.2	Proporzione parti con taglio cesareo primario	3
Ob. 7.3	Tempestività nell'effettuazione di PTCA	3
Ob. 8	Assistenza farmaceutica: assistenza farmaceutica territoriale ed ospedaliera. Appropriately prescrittiva e riduzione della variabilità	10
Ob. 9	Rete oncologica	
Ob. 9.1	Dipartimento funzionale interregionale interaziendale di rete oncologica	4
Ob. 9.2	Screening oncologici - Prevenzione serena	5
Ob. 10	Rete trapianti: Incremento donazioni d'organo	5
Ob. 11	GdP Antincendio e Antisismica: rispetto della normativa antincendio e antisismica	3
	<b>Totale peso assegnato da Regione</b>	<b>100</b>

Nel corso dell'anno 2016 la Regione ha convocato le aziende sanitarie per area omogenea di programmazione (AOU Maggiore della Carità di Novara, ASL Novara, Asl Biella, Asl Vercelli, Asl Verbano Cusio Ossola), ed ha organizzato N. 3 incontri di monitoraggio degli obiettivi assegnati ai Direttori Generali, incontri ai quali l'ASL VCO ha partecipato ovvero: il 30 giugno, il 29 settembre, il 15 dicembre 2016. Nel corso degli incontri i Direttori Generali hanno relazionato in merito: - alle azioni intraprese per raggiungere



gli obiettivi assegnati; – ai dati intermedi di raggiungimento, esplicitando la propria valutazione di raggiungibilità degli stessi ed eventuali cause ostacolanti.

Con riferimento agli obiettivi, sopra riportati, assegnati al Direttore Generale per l'anno 2016, si predispone la relazione finale circa il grado di perseguimento degli stessi.

**Obiettivo 1.1: Implementazione del Piano di riduzione delle SOC Ospedaliere e non Ospedaliere in coerenza con gli Atti Aziendali**

## 1. Premessa

- L'ASL VCO, con deliberazione n. 429 del 12.11.2015, ha adottato l'atto aziendale, recepito dalla Regione con DGR n. 53-2487 del 23.11.2015.
- In conformità a quanto disposto con la DGR n. 12-2021 del 5.8.2015 (di assegnazione degli obiettivi ai Direttori Generali delle aziende sanitarie per l'anno 2015) e con l'atto aziendale, l'Azienda ha provveduto:
  - a redigere e adottare, come previsto nell'atto aziendale, il Piano di riduzione delle SOC, con atto deliberativo n. 516 del 29.12.2015;
  - a disattivare, entro il 31 dicembre 2015, n. 6 Soc, di cui n. 3 Soc ospedaliere e 3 SOC non ospedaliere (come meglio precisato al punto 2, di seguito riportato).

La Regione, con DGR n. 30-3307 del 16.5.2016, nell'assegnare gli obiettivi ai Direttori Generali delle aziende sanitarie per l'anno 2016, con l'obiettivo 1.1 ha richiesto, in linea con l'atto aziendale e con il Piano di riduzione delle Soc: – di disattivare al 100% le Soc ospedaliere e non ospedaliere (di cui il 50% da disattivare entro il 1° maggio 2016), nonché – di procedere alla piena implementazione dell'atto aziendale nel suo complesso.

L'azienda ha agito in conformità a quanto richiesto con la citata DGR n. 30-3307/2016. Al paragrafo 2 si descrivono le azioni messe in atto e gli atti deliberativi adottati.

## 2. Descrizione delle azioni messe in atto e dei risultati raggiunti al 31.12. 2016

**Piano di riduzione delle Soc ospedaliere e non Ospedaliere**

Con riferimento al Piano di riduzione delle Soc, adottato con la deliberazione n. 516 del 29.12.2015 (All. 1, 1a), **l'Asl VCO ha provveduto:**

- a disattivare, con il citato atto n. 516, ed entro il dicembre 2015, n. 6 Soc, di cui n. 3 Soc ospedaliere e 3 Soc non ospedaliere. (Di fatto, la Regione, con la DGR n. 12-2021/2015, chiedeva di ridurre solo 2 Soc entro il 31 dicembre 2015 e, complessivamente, n. 7 Soc entro il 31 maggio 2016).

**Soc ospedaliere disattivate:** Soc Malattie Infettive – Soc SIMT Servizio Immunoematologia Trasfusionale – Soc Centro produzione emocomponenti.

**Soc non ospedaliere disattivate:** – Soc Veterinario Area B – Soc Veterinario Area C; – Soc SISP-Igiene e Sanità Pubblica.

Si tratta di strutture (e ciò vale sia per le Soc ospedaliere sia per quelle non ospedaliere) i cui Direttori sono cessati per pensionamento e le funzioni sono state assegnate a Dirigenti medici titolari di incarico di sostituzione ex art. 18 CCNL 8.6.2000 e smi. Tutte le Soc indicate (escluso la Soc Centro produzione emocomponenti, inattiva) sono state ricondotte a Strutture semplici dipartimentali.

In via transitoria, al fine di assicurare la continuità nelle attività delle 5 strutture mantenute attive, l'incarico di sostituzione di responsabile delle Sos Dipartimentali è stato assegnato, ai sensi dell'art. 18 del CCNL 8.6.2000 e smi, ai Dirigenti già incaricati delle funzioni sostitutive nelle Soc preesistenti, sulla scorta della precedente valutazione comparata dei curricula. Dalla disattivazione delle 5 SOC ne è derivato, ad esclusione del personale del comparto che è in carico, a tutt'oggi, al SITRPO, per il restante personale dell'area della dirigenza sanitaria (dirigenti medici/biologi) l'assegnazione ai Responsabili delle Sos dipartimentali di rispettiva afferenza.

- a disattivare, entro il 1° maggio 2016, con atto n. 164 del 29.4.2016 (All. 2), la Struttura complessa Cure Palliative e terapia del dolore. Ciò in applicazione della D.G.R. n. 12-2021 del 5.8.2015 che ha previsto, entro il 1° maggio 2016, la disattivazione di n. 7 Soc (di cui n. 2 entro il 31.12.2015). L'Azienda, avendo già disattivato n. 6 Soc al dicembre 2015, ha provveduto, in data 29 aprile, a disattivare la rimanente struttura. Si tratta della Soc Cure Palliative e terapia del dolore che è stata ricondotta a struttura semplice con la denominazione di "Cure palliative e Hospice", che andrà ad afferire, in conformità al vigente atto aziendale, alla Soc "Gestione Attività Territoriali". In via transitoria, al fine di assicurare la continuità nell'attività della struttura, è stato individuato come referente della Struttura semplice il Dr. Marco Tappa, già Direttore della Soc Cure Palliative e terapia del dolore. Si è inoltre previsto, ad esclusione del personale del comparto che è in carico, a tutt'oggi, al SITRPO, per il restante personale dell'area della dirigenza sanitaria, l'assegnazione al Referente della Sos Cure palliative ed Hospice.

I Funzionari Regionali, Dr.ssa Zandonà e Dr. De Micheli, il giorno 5 maggio 2016, hanno effettuato una verifica sul campo, constatando la corretta applicazione di quanto disposto con la citata DGR n. 12-2021/2015.

- a disattivare, entro il 31.12.2016, così come previsto nel Piano di riduzione delle Soc approvato con la citata deliberazione n. 516/2015, tutte le restanti Soc previste nel Piano con apposito atto deliberativo, ovvero:

<p>Deliberazione n. 362 del 22.9.2016 (All. 3)</p>	<p>Con tale deliberazione si è preso atto che, con il vigente atto aziendale, nell'ambito del processo di ristrutturazione aziendale, si è previsto, con deliberazione n. 516 del 29.12.2015, già richiamata, nell'area di supporto non sanitario, la riduzione di n. 10 Strutture Complesse ovvero:</p> <p>1. Gestione risorse umane - 2. Gestione delle attività di supporto direzionale - 3. Gestione delle risorse economiche finanziarie - 4. Gestione delle forniture e logistica - 5. Gestione infrastrutture e tecnologie biomediche - 6. Gestione tecnologie informatiche di comunicazione del sistema informativo - 7. Gestione budget e controllo - 8. Servizio Prevenzione e protezione - 9. Gestione affari generali - 10. Gestione affari legali e patrimoniali.</p> <p>Le 10 Soc sono state ridotte a 4 ovvero:</p> <p>1. Soc Affari Generali, Legali ed Istituzionali (il Direttore della nuova struttura è stato nominato, previo indizione di avviso di selezione interna per titoli e colloquio orientativo, con deliberazione n. 340 del 19.8.2016);</p> <p>2. Soc Gestione Personale e Formazione (il Direttore della nuova struttura è stato</p>
--	--



	<p>nominato, previo indizione di avviso di selezione interna per titoli e colloquio orientativo, con deliberazione n. 338 del 19.8.2016);</p> <p>3. Soc Acquisti, Tecnologie, Ingegneria Clinica, Reti (il Direttore della nuova struttura è stato nominato, previo indizione di avviso di selezione interna per titoli e colloquio orientativo, con deliberazione n. 337 del 19.8.2016);</p> <p>4. Soc Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio (il Direttore della nuova struttura è stato nominato, previo indizione di avviso di selezione interna per titoli e colloquio orientativo, con deliberazione n. 339 del 19.8.2016).</p> <p>A ciascuna delle nuove Soc sopra rappresentate afferiscono Strutture Semplici. A questo proposito va precisato che, con il medesimo atto n. 362 del 22.9.2016, si è disposto che, in attesa del completamento della regolamentazione aziendale per il conferimento, la valutazione e la valorizzazione degli incarichi dirigenziali, al fine di assicurare la continuità nell'attività delle strutture, sono stati individuati i dirigenti Referenti per le strutture semplici derivate dalla soppressione delle SOC dell'area di supporto Tecnico/amministrativo ovvero:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sos in staff alla Direzione Generale "Controllo di Gestione" - Ing. Fulvio Guerrini (già Direttore della Soc soppressa "Gestione Budget e Controllo");</li> <li>- Sos in staff alla Direzione Generale "Prevenzione e Protezione" - Ing. Paolo Riboni (già Direttore della Soc soppressa "Servizio Prevenzione e Protezione");</li> <li>- Sos "Organi, organismi collegiali, protocollo, URP, Ufficio Stampa" - Dr.ssa Annarosa Bellotti (già Direttore della Soc soppressa "Gestione Affari Generali");</li> <li>- Sos Formazione - Dr. Renzo Sandrini (già Direttore della Soc soppressa "Gestione delle attività di supporto direzionale);</li> <li>- Sos "Programmazione e gestione attività tecniche e manutenzione" - Ing. Mario Mattalia (già Direttore della Soc soppressa "Gestione Infrastrutture e tecnologie Biomediche");</li> <li>- Sos "Gestione Infrastrutture Tecnologie Reti e applicativi" - Dr.ssa Anna Gagliardi (già Direttore della Soc soppressa "Gestione tecnologie informatiche di comunicazione del sistema informativo").</li> </ul> <p>Per effetto della soppressione delle 10 Strutture Complesse dell'Area Tecnico/Amministrativo di cui al pregresso atto aziendale, il personale dipendente è stato riassegnato alle Strutture semplici derivate dall'applicazione del nuovo piano di organizzazione.</p>
Deliberazione n. 521 del 29.12.2016 (All. 4)	<p>Disattivazione, con decorrenza 31 dicembre 2016, della Soc Malattie Metaboliche e Diabetologia, afferente al Dipartimento delle Patologie Mediche, che è stata ricondotta, come previsto nel vigente atto aziendale, a Sos Dipartimentale con la medesima denominazione. Al fine di assicurare la continuità nell'attività della Soc soppressa è stato individuato, come referente della Sos Dipartimentale Malattie Metaboliche e Diabetologia, il Dr. Giuseppe Saglietti, già Direttore della Struttura complessa. Si è inoltre previsto, ad esclusione del personale del comparto che è in carico, a tutt'oggi, al SITRPO, per il restante personale dell'area della dirigenza sanitaria, l'assegnazione al Referente della Sos Dipartimentale Malattie Metaboliche e Diabetologia.</p>
Deliberazione	<p>Disattivazione, con decorrenza 31 dicembre 2016, delle Strutture Complesse</p>



n. 522 del 29.12.2016 (All. 5)	Direttore della Prevenzione (incarico ad oggi inattivo) e Medicina Legale. In via transitoria, la funzione Medicina Legale è assicurata, a decorrere dall'1.1.2017, dalla Dr.ssa Elena Barbero (già Direttore della Soc Medicina Legale) alla quale, ad esclusione del personale del comparto che è in carico, a tutt'oggi, al SITRPO, afferirà il restante personale dell'area della dirigenza sanitaria ed il personale amministrativo. Con riferimento alla Soc Medicina Legale si rinvia a successivo provvedimento la riconduzione della Soc soppressa a Struttura Semplice Dipartimentale (affidente al Dipartimento di Prevenzione) previo espletamento, nei primi mesi del 2017, dell'iter procedurale previsto per la modificazione dell'atto aziendale, mantenendo il numero di strutture semplici/semplici dipartimentali attivate con il vigente atto aziendale.
Deliberazione n. 524 del 30.12.2016 (All. 6)	Disattivazione, con decorrenza 31 dicembre 2016, delle macrostrutture: - Distretto di Verbania - Distretto di Omegna - Distretto di Domodossola - Ospedale Unico Plurisede.
Deliberazione n. 525 del 30.12.2016 (All. 7)	Disattivazione, con decorrenza 31 dicembre 2016, della Struttura Complessa Medico Competente. L'attività svolta dalla Soc disattivata è stata ricondotta, come previsto nell'atto aziendale, con decorrenza 1.1.2017, ad una funzione di staff del Direttore Generale. Come titolare di detta funzione è stato individuato il Dr. Giorgio Gambarotto, già Direttore della Soc medico Competente, al quale afferisce, ad esclusione del personale del comparto che è in carico, a tutt'oggi, al Sitrpo, il restante personale dell'area della dirigenza sanitaria e del ruolo amministrativo.
Deliberazione n. 555 del 30.12.2016 (All. 8)	Con deliberazione n. 555 è stata effettuata una ricognizione in merito ai provvedimenti adottati, nel corso degli anni 2015 e 2016, in applicazione del vigente atto aziendale.
Il Direttore Generale, con nota prot n. 74894 del 30.12.2016 (All. 9), ha predisposto autocertificazione prendendo atto, in sede di applicazione del vigente atto aziendale, della soppressione, con appositi atti deliberativi, di una serie di Strutture Complesse, Macrostrutture, Dipartimenti.	

L'Azienda ha inoltre adottato le deliberazioni di seguito riportate.

Con deliberazione n. 481 del 9.12.2016 (All. 10) si è provveduto, a decorrere dal 15.12.2016, all'affidamento temporaneo della Direzione della Soc "Medicina Interna 2" al Direttore della Sos Dip. Diabetologia, ai sensi dell'art.18, comma 8, del CCNL della Dirigenza Medica e Veterinaria. Ciò nelle more dell'espletamento delle procedure per l'attribuzione dell'incarico di Direzione della Soc Medicina 2.

Con deliberazione n. 491 del 16.12. 2016 (All.11) si è proceduto alla conferma, a decorrere dal 1° maggio 2016, della Dr.ssa Laura Poggi nella direzione della Soc "Farmacia Ospedaliera", prevista nel vigente atto aziendale in sostituzione della Soc Farmacia.

Per quanto attiene l'ambito territoriale occorre rilevare che, al fine di garantire processi omogenei di distribuzione delle risorse e di equità nell'accesso e nell'utilizzazione dei servizi, nell'atto aziendale vigente si è previsto un unico distretto (prima del nuovo atto aziendale esistevano n. 3 Distretti quello del Verbano, del Cusio e dell'Ossola). Con atto n. 334 del 19.8.2016 è stato emesso avviso pubblico per l'affidamento di incarico quinquennale di Direzione della Soc Distretto Unico del VCO. Con deliberazione n. 527 del



30.12.2016 (All. 12, 12a, 12b) è stato conferito incarico quinquennale di Direttore di Soc Distretto Unico del VCO al Dr. Bartolomeo Ficili.

La Soc Distretto Unico del VCO opera in stretta sinergia con la Soc "Gestione Attività territoriali". A questo proposito, con atto n. 335 del 19.8.2016, è stato emesso avviso pubblico per l'affidamento di un incarico quinquennale di Direzione di tale struttura. Con deliberazione n. 526 del 30.12.2016 (All.13, 13a, 13b) è stato conferito incarico quinquennale di Direttore di Soc al Dr. Romano Ferrari.

#### Con riguardo all'ambito dipartimentale

va osservato che il vigente atto aziendale ha previsto la creazione di Dipartimenti aziendali ed interaziendali.

#### Con riguardo ai Dipartimenti aziendali si precisa quanto segue:

- con deliberazione n. 494 del 20.12.2016 (All. 14) è stato attivato il Dipartimento di Prevenzione, considerando esaurita la funzione del Dipartimento di Prevenzione esistente dal 31.12.2016. Con deliberazione n. 554 del 30.12.2016 (All. 15, 15a) è stato nominato il Direttore a far data dall'1.1.2017.
- con deliberazione n. 495 del 20.12.2016 (All. 16) è stato attivato il Dipartimento Materno Infantile, considerando esaurita la funzione del Dipartimento Materno Infantile esistente. Con deliberazione n. 551 del 30.12.2016 (All. 17, 17a) è stato nominato il Direttore, a far data dall'1.1.2017.
- con deliberazione n. 496 del 20.12.2016 (All. 18) è stato attivato il Dipartimento delle Patologie mediche, considerando esaurita la funzione sia del Dipartimento delle patologie di area medica che di emergenza urgenza (entrambi confluiti nel Dipartimento delle Patologie Mediche). Con deliberazione n. 553 del 30.12.2016 (All. 19, 19a) è stato nominato il Direttore, a far data dall'1.1.2017.
- con deliberazione n. 497 del 20.12.2016 (All.20) è stato attivato il Dipartimento delle Patologie chirurgiche, considerando esaurita la funzione sia del Dipartimento delle patologie chirurgiche che di Area Critica (entrambi confluiti nel Dipartimento delle Patologie chirurgiche). Con deliberazione n. 552 del 30.12.2016 (All. 21, 21a) è stato nominato il Direttore, a far data dall'1.1.2017.
- con deliberazione n. 498 del 20.12.2016 (All.22) è stato attivato il Dipartimento dei Servizi diagnostici e terapie di supporto, considerando esaurita la funzione del Dipartimento dei servizi diagnostici esistente dal 31.12.2016. Con deliberazione n. 550 del 30.12.2016 (All.23, 23a) è stato nominato il Direttore, a far data dall'1.1.2017.

#### Con riguardo ai Dipartimenti Interaziendali si precisa quanto segue:

Con il vigente atto aziendale sono stati previsti: a) i Dipartimenti interaziendali strutturali: - Patologia delle Dipendenze - Salute Mentale; b) i Dipartimenti interaziendali funzionali: Servizi diagnostici e terapie di supporto - Medicina dei Laboratori - Medicina Fisica e Riabilitativa.

Con deliberazione dell'ASL VCO n. 282 dell'8.7.2016 (All.24) si è preso atto della deliberazione n. 54 del 12.2.2016 dell'ASL di Biella con la quale è stato attivato il dipartimento e nominato il Direttore, con decorrenza 1° marzo 2016.

E stata avviata la procedura per la nomina del Direttore del Dipartimento interaziendale strutturale Patologia delle Dipendenze e l'ASL NO, dopo aver concluso il relativo iter, che ha visto il coinvolgimento delle Aziende Sanitarie afferenti al Dipartimento, con atto n. 447 del 27.12.2016, ha conferito l'incarico di Direttore a far data dal 31.12.2016.

Con deliberazione dell'ASL VCO n. 283 dell'8.7.2016 (All. 25) si è preso atto della deliberazione n. 166 dell'11.4.2016 dell'AOU Maggiore della Carità di Novara, con la quale è stato attivato il dipartimento interaziendale funzionale medicina dei Laboratori e nominato il Direttore, con decorrenza 11 aprile 2016. Con la medesima deliberazione è stato anche attivato il dipartimento interaziendale funzionale Medicina



Fisica e Riabilitativa e nominato il Direttore, con decorrenza 11 aprile 2016.

#### **Allineamento ARPO – ARPE**

Nei primi mesi dell'anno 2016 la Soc Gestione degli Affari Generali, in conformità a quanto disposto dalla Regione con nota del 27.1.2016 prot. n. 1740, ha provveduto, utilizzando la procedura ARPO, ad immettere le strutture organizzative risultanti dal vigente atto aziendale nell'archivio regionale dei Piani organizzativi. Con lettera prot n. 17608 del 18.3.2016 il Direttore della Soc Affari Generali ha comunicato alla Regione il completamento delle operazioni di caricamento. Quindi, il Responsabile della Soc Affari Generali ed il Responsabile del Sistema informativo aziendale, hanno partecipato ad un incontro in Regione per la verifica della registrazione. Nel corso dell'incontro hanno evidenziato che, a dicembre 2016, non si sarebbe potuto registrare un completo allineamento tra le procedure ARPO e ARPE tenuto conto delle caratteristiche dell'organizzazione aziendale e della esistenza, nel precedente atto aziendale, dell'Ospedale Unico Plurisede, con sede ad Omegna (a cui afferivano le sedi operative dei Presidi di Verbania e di Domodossola) che non consentiva di individuare, per tutte le Soc ospedaliere, la sede. A questo proposito si rileva che, nell'ambito della programmazione regionale (DGR 600/2014 e DGR 914/2015), per quanto attiene l'ASL VCO, è stato stabilito che uno dei due ospedali (uno è ubicato a Verbania l'altro a Domodossola) sarà individuato come sede di un DEA di I° livello e uno come ospedale di base. La decisione è, a tutt'oggi, da definire da parte della Regione, in considerazione dell'avvio del percorso di costruzione di un Ospedale Unico iniziato con la stipula dell'Intesa, in data 24.11.2015, tra Regione, Conferenza dei Sindaci VCO, Amministrazioni Comunali di Domodossola, Verbania, Ornavasso e Asl VCO.

Occorre osservare che, in conformità a quanto richiesto dalla Regione, in applicazione dell'atto aziendale e del Piano di Riduzione delle Soc (Piano inviato in Regione entro il 31.12.2015), tutte le Soc sono state disattivate entro il 31.12.2016. Analogamente si è proceduto per le Macrostrutture e per i Dipartimenti.

Per quanto attiene l'allineamento ARPE – ARPO occorre evidenziare che la Referente della Sos Gestione infrastrutture e Tecnologie, reti applicativi, con lettera del 29.12.2016 indirizzata alla Direzione Generale, ha precisato (confermando quanto già anticipato nell'incontro in Regione svoltosi a metà dell'anno 2016) che, al dicembre 2016 *“in Arpe, è stata mantenuta la struttura Ospedale Unico Plurisede, cui afferiscono tutte le strutture ospedaliere ad eccezione delle Soc per le quali si è potuto definire la sede ovvero: Medicina Interna 1 e 2, Chirurgia Generale 1 e 2, Ortopedia e Traumatologia 1 e 2”*. Inoltre, si è precisato che *“In Arpe sono stati eliminati tutti gli incarichi (equipe professionali, incarichi professionali e posizioni organizzative), ad eccezione di quelli relativi alle specialità di seguito elencate, in quanto legati a flussi di produzione”*. In particolare: *“Nefrologia Dialisi – Pneumologia – Nido e Neonatologia – Dietetica – ASA – Poliambulatori – i tre Distretti territoriali”*.

Si sta lavorando con i Funzionari del CISI e con i Funzionari Regionali per arrivare ad una completa uniformità tra i due archivi Arpo e ARPE al fine di garantire, contestualmente, il corretto allineamento dell'inoltro dei flussi di produzione sia ospedalieri che territoriali.

\*\*

#### **Obiettivo 1.2: Centralizzazione delle chiamate di C.A.**

1.– Azioni intraprese, nel corso dell'anno 2016, al fine di raggiungere l'obiettivo

1. Relativamente a questo obiettivo la Regione ha definito, come Coordinatore del progetto di

realizzazione della Centrale Operativa, l'ASL di Novara, definendo la sede unica della centrale operativa di CA per il quadrante Nord-Est a Novara. Pertanto l'ASL NO, in accordo con l'ASO Maggiore della Carità, ha individuato i locali adiacenti alla Centrale del 118.

2. Il reclutamento del personale dedicato è effettuato dalla Regione in sinergia con ASL NO: a partire dal 06.02.2017 sono stati inseriti a Novara n. 4 operatori tecnici, che inizieranno un percorso formativo.
3. La disattivazione dei punti di risposta territoriale di Continuità assistenziale avverrà a seguito della attivazione del 116-117. Per l'ASL VCO è già attiva, dal 2013, la centralizzazione delle chiamate su un unico numero verde.
4. Il monitoraggio delle chiamate, nell'ASL VCO, avviene mediante registrazione delle stesse pervenute al centralino dell'Azienda e, successivamente, dalla registrazione informatizzata delle chiamate delle singole postazioni.
5. Dal gestionale in uso ai Medici di Continuità Assistenziale (MCA), nelle singole postazioni è possibile effettuare report attinenti le attività espletate.
6. L'ASL VCO, nel 2013, ha effettuato una revisione delle postazioni di CA, passando da n. 13 a n. 8. Una ulteriore revisione che tenga conto della distribuzione territoriale sarà valutata congiuntamente con le altre aziende dell'area Nord-Est.

In conformità alle indicazioni regionali è stato istituito un gruppo di progetto per il quadrante Nord-Est, coordinato dai Direttori Sanitari dell'ASL NO e dell'ASL VCO, con il compito di gestire il processo. Si sta procedendo al reclutamento di n. 16 operatori (4 sono già stati inviati dalla Regione) ed alla loro formazione con il fine, in primo luogo, della messa a sistema della domanda di continuità delle cure afferenti ai Medici di continuità assistenziale e, successivamente, di predisporre percorsi integrati socio sanitari e, in tal modo, estendere la possibilità di risposta anche all'attività diurna, iniziando dai target della popolazione vulnerabile – fragile non autosufficiente.

\*\*

### Obiettivo 2.1: Tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali

#### 1. Azioni intraprese per raggiungere l'obiettivo

**Sub-obiettivo 1** Caricamento su CUP aziendale di tutte le agende di prenotazione pubblico provato convenzionato.

Occorre precisare che si dispone, in azienda, di programmi regionali o programmi già in uso per i quali si sta lavorando per la messa a CUP. Già da tempo questa Azienda ha intrapreso un percorso per portare a CUP tutte le agende, anche con riferimento alle strutture per le quali le agende non sono ancora a CUP.

Dopo aver effettuato, a seguito dell'assegnazione dell'obiettivo, una valutazione della situazione delle specialità e delle relative agende non ancora a CUP, si è messa in atto una metodologia di lavoro già consolidata che prevede l'analisi e la valutazione diretta con le strutture che presentano delle criticità per la messa a CUP delle agende, individuando soluzioni condivise.

**Sub-obiettivo 2** Adeguamento del tempo medio di attesa (indice di performance) allo standard regionale.

E' proseguito, in sinergia con la Struttura Controllo di Gestione, il monitoraggio dell'indice di performance



individuato dalla Regione. Tenuto conto di come è costruito l'indice di performance, non è sufficiente la rilevazione puntuale settimanale del tempo di attesa ma è necessario valutare i tempi di effettiva erogazione della prestazione.

Si allega la tabella (elaborata dalla Struttura Controllo di Gestione) relativa ai primi nove mesi dell'anno 2016 (si tratta di dati consolidati) (All. 26) nella quale sono rilevabili, in rosso, le prestazioni oltre soglia e, per quelle che non raggiungevano, nell'anno 2015, la produzione minima prevista dalla Regione Piemonte, la percentuale mancante al raggiungimento dell'incremento del 30%.

E' stata prodotta e distribuita a tutte le strutture interessate la tabella elaborata in merito ai dati trasmessi, ad ottobre 2016, dalla Regione, dopo la seconda riunione di monitoraggio, (All. 27), contenente, per ogni prestazione, la situazione dei primi 7 mesi dell'anno. Si è richiesto alle strutture interessate di analizzare il dato e di mettere in atto tutti gli interventi ritenuti necessari per raggiungere l'obiettivo previsto.

Per perseguire l'obiettivo si è comunque proceduto con la stessa metodologia utilizzata in questi anni per il contenimento dei tempi di attesa ovvero: - monitoraggio attività; - flessibilità dell'offerta ambulatoriale in relazione al fabbisogno; - utilizzo degli strumenti dell'Accordo Collettivo Nazionale degli specialisti ambulatoriali al fine di rispondere alla domanda; - accordi diretti con le strutture accreditate nell'ambito dei budget assegnati (tutto ciò in stretta sinergia con il personale medico interessato). A queste azioni si è anche aggiunto un forte intervento finalizzato ad evitare sospensioni di sedute con pazienti già prenotati e conseguente spostamento della data di erogazione della prestazione.

Si allega un report (All. 28) che, con riguardo ai tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali soggette a monitoraggio regionale, con riferimento al totale delle prestazioni erogate (89), indica, per ciascun mese (dal dicembre 2015 al gennaio 2017), il numero e la percentuale delle prestazioni che rientrano negli standard regionali in tutte le sedi (comprese quelle che afferiscono alle Strutture Convenzionate del COQ e dell'Eremo di Miazzina), in almeno una sede o in nessuna sede evidenziando, nel tempo, un buon miglioramento.

## 2. Risultati raggiunti al dicembre 2016

**Sub-obiettivo 1 Caricamento su CUP aziendale di tutte le agende di prenotazione pubblico privato convenzionato**

Nel corso dell'anno 2016 l'Azienda ha avviato un percorso per portare a CUP tutte le agende. Nei prospetti di seguito riportati si elencano, con riferimento al mese di dicembre 2016, le agende di prenotazione attive a CUP (Tabella A) e le agende di pertinenza ASL VCO che risultano ancora fuori CUP (Tabella B) non avendo potuto, per difficoltà tecniche, integrare i programmi in uso.

Tab. A) AGENDE DI PRENOTAZIONE ATTIVE A CUP al dicembre 2016

EROGATORE	N. AGENDE A CUP
ASL VCO	178
COQ	46
EREMO-IRG	16
<b>TOTALE</b>	<b>240</b>

Tab.B) AGENDE DI PRENOTAZIONI DI PERTINENZA ASL VCO FUORI CUP

SPECIALITA'	NOTE
PSICHIATRIA	Programma regionale
NEUROPSICHIATRIA INFANT.	Programma regionale
PSICOLOGIA	Prenotazione su agenda interna e accettazione su WBS
SERT	Programma regionale
RADIOTERAPIA	I cicli di radioterapia sono prenotati su procedura interna MOSAIQ collegata agli apparecchi che dosano i trattamenti
ONCOLOGIA	Tutte le prenotazioni sono gestite con procedura OKDH non integrata con WBS
RRF	I cicli di trattamenti sono prenotati su agenda PHI
CENTRO TRASFUSIONALE	Fuori CUP le visite sui donatori

Proseguirà, anche nel 2017, il percorso con le strutture per le quali le agende non sono ancora a CUP.

**Sub-obiettivo 2 Adeguamento del tempo medio di attesa (indice di performance) allo standard regionale.**

L'obiettivo è stato raggiunto parzialmente (si rinvia agli allegati 26 e 27) seppure siano state messe in atto tutte le azioni possibili al fine di perseguirlo completamente. Le difficoltà derivano, per alcune prestazioni per le quali, nell'anno 2015, non venivano raggiunti i valori minimi di produzione e per i quali è previsto un incremento del 30% dell'attività, tenuto conto che tale incremento è da ottenere in ambito pubblico, a fronte del fatto che, per abbattere i tempi di attesa, si sono attivate forti sinergie con gli erogatori accreditati (soprattutto COQ ed Eremo di Miazzina).

Nonostante gli sforzi posti in essere per alcune prestazioni non si è ancora riusciti ad arrivare all'indice di performance per il tempo medio di erogazione a causa delle sospensioni o spostamenti per assenze improvvise in organici che, in alcuni casi, sono appena sufficienti per svolgere l'attività ordinaria.

\*\*

### Obiettivo 3: Attuazione Piano di efficientamento da Fondo di riequilibrio

#### 1. Premessa

La Regione, con DGR n. 12-2021 del 05.05.2015 e con nota prot. n. 22002 del 20.11.2015, ha previsto, entro il 31.12.2015, il termine entro il quale predisporre il Piano di efficientamento per l'anno 2016. Con atto n. 515 del 29.12.2015 l'ASL VCO ha adottato il bilancio preventivo economico annuale 2016 ricomprendendo, tra gli allegati, anche il Piano di efficientamento.

Nel Piano di efficientamento sono stati individuati interventi di razionalizzazione dei fattori produttivi, con particolare riferimento alla spesa farmaceutica, territoriale ed ospedaliera. Come segnalato dal Direttore della Soc Farmacia Ospedaliera, le azioni realizzate nel corso dell'anno 2016 (ed i risultati perseguiti) sono di seguito rappresentate.

#### 2. Spesa farmaceutica territoriale: azioni intraprese e risultati raggiunti

- Nel Piano di efficientamento sono state previste, con riguardo alla spesa farmaceutica territoriale, n. 8 azioni. Con riguardo a ciascuna azione, con riferimento all'intero anno 2016, si precisa quanto segue:



**Descrizione Azione 1. Sensibilizzare i medici e monitorarne le prescrizioni attraverso reports trimestrali per medico ed equipe.**

**Azioni messe in atto e risultati raggiunti**

Tale azione si è concretizzata nella produzione e nell'invio periodico (trimestrale) di report, analitici e sintetici, ai medici prescrittori, al fine di aumentare la consapevolezza degli stessi in merito al loro operato e di aumentare l'attenzione, sia rispetto al volume che alla qualità delle prescrizioni, con particolare riguardo alla situazione prescrittiva relativa alle categorie oggetto degli obiettivi regionali.

Nel corso dell'anno 2016 la reportistica è stata aggiornata adeguandola ai nuovi obiettivi regionali ed agli accordi aziendali stipulati con la medicina generale. Per le classi farmacologiche nelle quali si sono evidenziate le maggiori criticità sono stati predisposti appositi report per supportare l'autoverifica e la discussione tra pari all'interno delle équipes territoriali.

Occorre precisare che, nell'ambito degli obiettivi assegnati ai medici di medicina generale, una particolare attenzione è stata dedicata alla spesa farmaceutica.

**Grado di raggiungimento dell'azione al dicembre 2016**

Si ritiene che l'azione sia stata realizzata positivamente.

\*

**Descrizione Azione 2. Proseguire i controlli ai sensi della legge 425/96 con il coinvolgimento delle Commissioni distrettuali per l'appropriatezza.**

**Azioni messe in atto e risultati raggiunti**

L'attività delle Commissioni distrettuali, anche per il 2016, è proseguita nell'ottica di sensibilizzare i medici a porre attenzione all'appropriatezza delle prescrizioni in senso quali-quantitativo e fornire tutte le informazioni necessarie per la valutazione dell'appropriatezza.

Nelle riunioni svoltesi nel corso dell'anno 2016 sono state esaminate le prescrizioni potenzialmente inappropriate e, per quelle ritenute meritevoli di approfondimento, sono state richieste le motivazioni. Le controdeduzioni sono state valutate e, qualora ritenute non adeguate, sono stati effettuati gli addebiti secondo il regolamento delle Commissioni.

Inoltre, per quanto attiene i medicinali distribuiti con modalità DPC, è stato richiesto di motivare le prescrizioni di marchi non aggiudicatari di gara per le quali non fosse pervenuta adeguata relazione clinica.

**Grado di raggiungimento dell'azione al dicembre 2016**

Si ritiene che l'azione sia stata realizzata positivamente.

\*

**Descrizione Azione 3. Proseguire nelle riunioni trimestrali delle Commissioni distrettuali di monitoraggio.**

**Azioni messe in atto e risultati raggiunti**

Sono proseguite le riunioni trimestrali delle Commissioni distrettuali per la valutazione del materiale inviato dalla SOC Farmacia ai medici prescrittori durante tutto l'anno 2016. Nelle riunioni sono stati analizzati i report ed i profili prescrittivi predisposti per correggere gli eventuali comportamenti inappropriati, con particolare riguardo agli obiettivi ed alle situazioni maggiormente critiche. Sono stati contattati alcuni medici che hanno voluto confrontarsi direttamente con la Commissione per meglio comprendere le osservazioni formulate e gli obiettivi da perseguire. Le riunioni si sono svolte con la cadenza di una per trimestre per ciascuno dei 3 distretti.

**Grado di raggiungimento dell'azione al dicembre 2016**

Si ritiene che l'azione sia stata realizzata positivamente.

\*

**Descrizione Azione 4. Proseguire nella predisposizione, da parte della SOC Farmacia, dei profili prescrittivi dei medici "iperprescrittori"**

**Azioni messe in atto e risultati raggiunti**

Sono stati predisposti, da parte della SOC Farmacia, i profili prescrittivi dei medici "iperprescrittori" e gli stessi sono stati convocati dalle Commissioni distrettuali, secondo il regolamento vigente presso l'ASL VCO. In particolare, sono stati predisposti i profili prescrittivi di n. 3 MMG. L'attività è proseguita nel secondo semestre prendendo in considerazione anche gli iperconsumatori.

Nel caso dei medici individuati come iperprescrittori il profilo prescrittivo è stato approfondito per individuare tutte le situazioni non appropriate, sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo. Sono stati convocati i medici che hanno prescritto a nuovi pazienti una terapia utilizzando olmesartan in prima battuta anche successivamente alle iniziative di informazione sull'appropriato utilizzo dei farmaci antiipertensivi.

**Grado di raggiungimento dell'azione al dicembre 2016**

Si ritiene che l'azione sia stata realizzata positivamente.

\*

**Descrizione Azione 5. Effettuare riunioni trimestrali a livello di ogni distretto con le équipes territoriali congiunte, per discutere l'andamento delle prescrizioni.**

**Azioni messe in atto e risultati raggiunti**

Sono stati organizzati periodici incontri con i referenti delle équipes, durante i quali si è fatto il punto sulle prescrizioni delle categorie alto spendenti, coinvolgendo anche alcuni specialisti ospedalieri ed ambulatoriali di area medica. Sono stati valutati i dati di prescrizione, confrontandoli con le altre aziende, e si è cercato di capire le motivazioni delle situazioni di maggiore variabilità. Anche gli specialisti ospedalieri sono stati invitati a porre particolare attenzione in merito alle situazioni più critiche, considerata la ricaduta delle loro indicazioni sulle prescrizioni territoriali. Nell'ultima riunione si è affrontato il tema dell'appropriatezza nella prescrizione delle eparine a basso peso molecolare, con particolare riguardo alla "bridge therapy" nella sospensione di anticoagulanti orali prima di interventi chirurgici e manovre diagnostiche invasive.

Va segnalato che, ad ogni riunione della CFI, è stato coinvolto anche il "Chronic team", di cui fanno parte 3 MMG e 4 specialisti ospedalieri, per valutare l'andamento delle prescrizioni riguardanti le principali patologie croniche e definire gli interventi laddove se ne riscontri la necessità. Nella riunione di luglio è stato rimarcato che l'andamento delle prescrizioni di sartani non è soddisfacente per cui si sono intraprese ulteriori iniziative per sensibilizzare anche i cardiologi delle strutture convenzionate, mentre nella riunione di settembre si è convenuto di dare inizio alla revisione del PDT sull'ipertensione per aggiornarlo a fronte delle più recenti evidenze e dei costi attuali. Tale revisione è attualmente in stato avanzato di realizzazione.

**Grado di raggiungimento dell'azione al dicembre 2016**

Si ritiene che l'azione sia stata realizzata positivamente.

\*

**Descrizione Azione 6. Organizzare attività di informazione indipendente tramite newsletters.**

**Azioni messe in atto e risultati raggiunti**

Premesso che l'informazione scientifica di parte deve essere controbilanciata dall'informazione indipendente al fine di tendere all'appropriatezza, va segnalato che è stata diffusa la procedura interaziendale per il trattamento dei pazienti in trattamento con anticoagulanti orali che devono essere sottoposti ad intervento chirurgico o procedure diagnostiche invasive.



**Grado di raggiungimento dell'azione al dicembre 2016**

Si ritiene che l'azione sia stata realizzata positivamente.

\*

**Descrizione Azione 7. Proseguire l'attività di distribuzione diretta in dimissione da ricovero e da visita ambulatoriale.**

**Azioni messe in atto e risultati raggiunti**

L'attività di distribuzione diretta in dimissione da ricovero e visita ambulatoriale è proseguita, anche nel corso del 2016, analogamente agli anni pregressi, consentendo a questa Asl di contenere la spesa grazie ai prezzi di acquisto più vantaggiosi, offrendo un servizio ben accetto al paziente e consentendo, inoltre, di monitorare direttamente, e in tempo reale, l'appropriatezza delle prescrizioni e l'aderenza alle note AIFA. Gli accessi, nel corso del 2016, sono stati n. 24.387 (+ 3,13% rispetto all'anno 2015).

**Grado di raggiungimento dell'azione al dicembre 2016**

Si ritiene che l'azione sia stata realizzata positivamente.

\*

**Descrizione Azione 8. Monitoraggio semestrale dei consigli terapeutici in dimissione.**

**Azioni messe in atto e risultati raggiunti**

In considerazione della ricaduta dei consigli terapeutici in dimissione sulle prescrizioni dei medici di famiglia, si è proseguito, nel 2016, con il monitoraggio semestrale a campione delle prescrizioni in dimissione, al fine di valutare se anche i medici specialisti si attengano alle indicazioni delle note AIFA ed agli obiettivi volti alla razionalizzazione della spesa farmaceutica convenzionata.

**Grado di raggiungimento dell'azione al dicembre 2016**

Il monitoraggio semestrale è stato effettuato a campione.

\*

Con riguardo alle 8 azioni sopra illustrate il risparmio effettivo registrato da gennaio ad ottobre 2016 (dati ad oggi disponibili) è stato di circa € 160.000,00.

\*\*

Nel Piano di Efficientamento, sempre per quanto attiene la spesa farmaceutica territoriale, sono state individuate altre due azioni, avviate nel 2015 e proseguite nel 2016:

**Descrizione Azione 1. Farmaceutica convenzionata: attuazione del progetto aziendale "miglioramento delle cure nelle terapie croniche"**

L'obiettivo di questo progetto è stato quello di indagare maggiormente il trattamento delle patologie croniche quali l'ipertensione arteriosa, le dislipidemie, il diabete mellito, l'osteoporosi, le sindromi ostruttive respiratorie, la depressione, al fine di individuare le aree di sotto-utilizzo e di sovra-utilizzo dei farmaci. Particolare riguardo è stato dedicato al paziente anziano (visto che, nell'ASL VCO, la popolazione ultra sessantacinquenne rappresenta il 25% del totale della popolazione), a domicilio o ricoverato in struttura protetta, in politerapia, al fine di verificare eventuali casi di interazioni tra farmaci, mancata comprensione della posologia e modo/tempo di somministrazione, scarsa compliance, corretta modalità di conservazione del farmaco e/o assunzione dello stesso principio attivo ma avente nomi commerciali diversi.

**Indicatore**

Riduzione delle prescrizioni incongrue:  
aumento % del rapporto DDD molecole a brevetto

	scaduto /DDD molecole totali rispetto al 2015.
Standard	+ 8% rispetto al 2015
Indicatore	Aumento dell'aderenza terapeutica: diminuzione prescrizioni sporadiche/parziali rispetto al 2015.
Standard	- 5% rispetto al 2015
<p style="text-align: center;"><b>Azioni messe in atto e risultati raggiunti al dicembre 2016</b></p> <p>E' stato costituito, a livello aziendale, un "chronic team", costituito da medici di medicina generale, specialisti, farmacisti. E' stato inoltre previsto il coinvolgimento del Direttore Sanitario di Presidio e dei Direttori di Distretto (o loro delegati). L'approccio multidisciplinare e multiprofessionale si è reso necessario data la complessità del fenomeno e per garantire l'appropriatezza della prestazione sanitaria.</p> <p>E' stato presentato e discusso, con gli specialisti ospedalieri e con i MMG, il documento sull'appropriatezza nell'uso degli inibitori della pompa protonica. Nelle diverse riunioni con i referenti delle équipes e con i componenti del "chronic team" si è aperto un confronto sia con riguardo all'iper prescrizione sia per il mancato trattamento di talune categorie di pazienti che potrebbero beneficiare di alcuni trattamenti cronici. In particolare, è stata discussa l'elevata diffusione dell'utilizzo di olmesartan, sia singolo che in associazione, che rappresenta, per l'ASL VCO, una particolare criticità. Tale messaggio è stato trasmesso ai singoli medici tramite percorsi di audit all'interno delle équipes. La prescrizione di molecole a brevetto scaduto è arrivata al 79,2% delle DDD totali. Nel corso del 2016 sono stati presi in esame i pazienti ultrasessantacinquenni che hanno le terapie più complesse con un numero elevato di principi attivi per approfondire se queste situazioni possano necessitare di un percorso di riconciliazione farmacologica.</p>	
<p style="text-align: center;"><b>Grado di raggiungimento dell'azione al dicembre 2016</b></p> <p>Si è riscontrata, in alcune situazioni, la difficoltà, da parte dei MMG, a modificare le prescrizioni per adeguarsi alle indicazioni aziendali. D'altra parte non si può negare che, da parte dei curanti e di tutte le altre figure professionali coinvolte, contribuire all'aumento dell'aderenza alle terapie richiede notevole impegno. Si punta l'attenzione al ruolo che potrebbe essere svolto dall'infermiere di famiglia nei riguardi dei pazienti particolarmente fragili, sia come condizione sanitaria ma anche sociale.</p> <p>La percentuale di riduzione prevista della prescrizione di molecole coperte da brevetto non è stata raggiunta con dati aggiornati al mese di novembre, però si è riscontrata la ragguardevole diminuzione del 4%.</p>	

\*

<b>Descrizione Azione 2. Genericazione del principio attivo Duloxetine.</b>
<p style="text-align: center;"><b>Azioni messe in atto e risultati raggiunti</b></p> <p>Lo spostamento della molecola sul generico non solo ha contribuito a dimezzare la spesa rispetto al 2015 ma ha anche consentito di ricondurre le prescrizioni di duloxetine su valori più prossimi alle medie regionali e nazionali.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Grado di raggiungimento dell'azione al dicembre 2016</b></p> <p>L'azione è stata raggiunta positivamente.</p>

\*

Con riguardo alle 2 azioni sopra illustrate il <u>risparmio effettivo, registrato nel periodo gennaio-ottobre 2016 (dati ad oggi disponibili)</u> , è stato di circa € 316.000,00.
--

\*\*



- Obiettivo di efficientamento riferito al fattore produttivo "Beni sanitari", spesa per dispositivi medici,  
Le azioni che sono state messe in atto nel corso del 2016 sono state le seguenti:

<b>Descrizione Azione 1.</b>
In applicazione del DD n. 148 del 4.3.2014, che ha individuato quale sede del Centro regionale di produzione e valutazione emocomponenti per l'AIRC 3 il presidio ospedaliero di Borgomanero, è stato approvato un rapporto convenzionale per l'esecuzione dei test di qualificazione biologica per lo screening delle donazioni di sangue.
<b>Azioni messe in atto al dicembre 2016</b>
E' stata applicata la Deliberazione n. 478 del 22.12.2014: <i>"Approvazione del rapporto convenzionale fra ASL VCO, ASL NO, ASO Maggiore della Carità, ASL VC, ASL Biella per l'esecuzione di test di qualificazione biologica per lo screening delle donazioni di sangue"</i> (triennale Dicembre 2014- Dicembre 2016), ed attivata nel mese di novembre 2015.

<b>Descrizione Azione 2.</b>
Estensione all'Asl VCO della gara condotta dall'Asl di Biella (service) con l'obiettivo di ottenere economie di spesa.
<b>Azioni messe in atto al dicembre 2016</b>
Si rileva l'adesione alla gara, con determina della Soc Forniture e Logistica dell'ASL VCO, n. 1101 del 18/09/2014 per il periodo 1° gennaio 2015 - 31 dicembre 2019 e si evidenzia, con riferimento ai reagenti diagnostici, un miglioramento nei prezzi ed un significativo risparmio in termini economici. Si deve, peraltro, tener conto che una serie di esami di laboratorio sono stati concentrati a Novara.

\*

- Nel Piano di Efficientamento 2016 le azioni da mettere in atto, nel corso dell'anno 2016, per quanto attiene la farmaceutica ospedaliera sono state 6. Con riguardo a ciascuna azione si precisa quanto segue:

<b>Descrizione Azione 1</b>
Predisporre specifici reports mensili dei farmaci consumati (in termini di pezzi e costi) e relativo scostamento rispetto al budget assegnato, suddivisi per presidio, dipartimento, centro di costo e totale aziendale.
<b>Azioni messe in atto e risultati raggiunti al dicembre 2016</b>
Come negli anni precedenti la reportistica è stata inviata mensilmente con le seguenti specificazioni: report mensile sui consumi interni e somministrato (cod. File F 06-07-08-10) per struttura, dipartimento, totale aziendale e presidio; - report mensile sulla distribuzione diretta di farmaci di fascia H e PHT (cod. File F 03-04-05-09) per struttura, dipartimento, totale aziendale e presidio; - report mensile sulla distribuzione diretta di farmaci di fascia A in fase di dimissione post ricovero o visita ambulatoriale (cod. File F 01-02) per struttura, totale aziendale e presidio.
<b>Grado di raggiungimento dell'azione al dicembre 2016</b>
Azione raggiunta.

\*

<b>Descrizione Azione 2</b>
Invio dei reports mensili dei farmaci consumati (in termini di pezzi e costi) e relativo scostamento rispetto al budget assegnato, suddivisi per presidio, dipartimento, centro di costo e totale aziendale alla CFI ed analisi

dei dati per evidenziare eventuali criticità da discutere con i clinici interessati in appositi tavoli di lavoro, utilizzando tutti gli strumenti ed i dati disponibili, quali cartelle cliniche, lettere di dimissione, piani terapeutici.
<b>Azioni messe in atto e risultati raggiunti al dicembre 2016</b>
La CFI si è regolarmente riunita prendendo in esame alcune situazioni individuate come critiche come, ad esempio, i trattamenti in ambito oncologico ed oncoematologico. L'analisi delle prescrizioni è stata condotta utilizzando sia i registri AIFA che il programma di gestione informatizzata dell'UMACA (laboratorio preparazioni antiblastiche). E' stata discussa anche l'applicazione del protocollo interaziendale sulla "bridge therapy" e la cardioversione elettrica nei pazienti trattati con nuovi anticoagulanti orali. Il protocollo trova ad oggi applicazione.
<b>Grado di raggiungimento dell'azione al dicembre 2016</b>
Azione raggiunta.

\*

<b>Descrizione Azione 3.</b>
Informare i medici prescrittori sulle norme che regolano la prescrizione nonché sulla ricaduta economica della prescrizione (farmaci a brevetto scaduto e biosimilari vs farmaci coperti da brevetto).
<b>Azioni messe in atto e risultati raggiunti</b>
Le informazioni sono state trasmesse capillarmente a tutti i medici prescrittori per iscritto e tramite le riunioni sopra descritte. Le informazioni relative alle scadenze brevettuali possono essere reperite sul sito aziendale tramite il link con l'elenco dei generici o attraverso le comunicazioni scritte e verbali trasmesse dalla SOC Farmacia.
<b>Grado di raggiungimento dell'azione al dicembre 2016</b>
Azione raggiunta.

\*

<b>Descrizione Azione 4</b>
Incrementare l'utilizzo dei farmaci biosimilari rivalutando i pazienti in trattamento con originatore e introducendo subito in terapia i nuovi prodotti che si avranno a disposizione.
<b>Azioni messe in atto e risultati raggiunti al dicembre 2016</b>
Si sta completando lo shift a biosimilare dei pazienti con insufficienza renale cronica: tutti i pazienti in dialisi e la maggior parte dei pazienti in predialisi sono trattati con epoietina alfa biosimilare. Analogamente, tutti i pazienti oncologici trattati con filgrastim utilizzano il prodotto aggiudicatario di gara. Si stanno, inoltre, shiftando i pazienti in trattamento con infliximab e con insulina glargine. In quest'ultimo caso il processo è ancora in fase di attuazione perché, data la numerosità dei pazienti, molti necessitano di essere visti dal centro diabetologico.
<b>Previsione del grado di raggiungimento dell'azione al dicembre 2016</b>
Azione raggiunta.

\*

<b>Descrizione Azione 5.</b>
Controllo sul corretto utilizzo dei registri AIFA
<b>Azioni messe in atto e risultati raggiunti al dicembre 2016</b>
Sono stati individuati n. 2 referenti aziendali, un medico ed un farmacista, con il compito di verificare la corretta tenuta dei registri, con particolare riguardo alla chiusura tempestiva delle schede. Questo ha permesso l'invio di molte richieste di rimborso, secondo quanto previsto dagli accordi negoziali. Occorre evidenziare che tali accordi sono eterogenei e talora complicati per cui richiedono un notevole impegno.



**Grado di raggiungimento dell'azione al dicembre 2016**

Azione raggiunta.

\*

**Descrizione Azione 6**

Ottimizzazione rapporto costo-benefici nell'ambito delle categorie omogenee: eparine a basso peso molecolare; BPM; nutrizione artificiale; farmaci per artrite reumatoide; antibiotici ed altro.

**Azioni messe in atto e risultati raggiunti al dicembre 2016**

Sono state fornite indicazioni agli utilizzatori in conseguenza degli esiti della gara regionale. Gli argomenti sono stati ripresi nelle riunioni della CFI.

**Grado di raggiungimento dell'azione al dicembre 2016**

Azione raggiunta.

Per quanto attiene la spesa farmaceutica ospedaliera, seppure le azioni sopra indicate abbiano, al dicembre 2016, prodotto delle economie di spesa (circa € 120.000,00), tuttavia occorre evidenziare una forte criticità nel senso che tali risparmi sono stati assorbiti dall'incremento della spesa ospedaliera in ambito oncologico ed oncoematologico.

\*

**Bilancio preventivo economico annuale e Bilancio di verifica al 30 settembre 2016: osservazioni**

Si premette che, per l'anno 2016, la percentuale di riduzione del fondo di riequilibrio programmato è stata stabilita nella misura del 20%.

Con nota prot. n. 22002 del 20.11.2015 la Regione Piemonte ha previsto, entro il 31.12.2015, il termine per la predisposizione del Piano di efficientamento per l'anno 2016.

Con atto n. 515 del 29.12.2015 l'ASL VCO ha adottato il bilancio preventivo economico annuale 2016, con una perdita prevista pari ad euro 7.826 (importo in migliaia di euro) ricomprendendo, tra gli allegati, anche il Piano di efficientamento 2016.

Il bilancio preventivo 2016 è stato redatto secondo quanto indicato dalla Regione Piemonte con nota prot. 22735/A14000 del 2 dicembre 2015 che, alla voce "*Contributi regionali FSR indistinto*", ha indicato l'assegnazione provvisoria, pari a 283.486 (importo in migliaia di euro), senza dettagliare il valore del fondo di riequilibrio programmato. Nella citata nota del 2 dicembre si rileva che le risorse assegnate dalla Regione per l'anno 2016 sono quelle definite con DGR n. 34-2054 dell'1.9.2015: importo assegnato per l'anno 2015 ridotto dell'obiettivo di efficientamento ulteriore assegnato per l'anno 2016, pari al 15%, ed integrato di un contributo per farmaci innovativi pari alla spesa stimata per le terapie di cura dell'epatite.

Successivamente, con DGR N. 35-3152 del 11 aprile 2016, la Regione ha assegnato alle ASR le risorse provvisorie per l'anno 2016 - FSR Indistinto, prevedendo una rimodulazione delle risorse rispetto alle assegnazioni 2015 per applicazione dell'obiettivo di efficientamento 2016 (di cui alla DGR n. 12-2021 del 5 agosto 2015), pari ad euro 4.396.930.

Con le assegnazioni previste dalla indicata DGR l'Azienda ha predisposto i bilanci di verifica del 2° e 3° trimestre.

In sede di predisposizione del bilancio di verifica al 30 settembre 2016 la Regione ha anche richiesto un aggiornamento del bilancio di previsione 2016. La riformulazione del bilancio di previsione 2016 ha portato alla definizione di una perdita stimata pari ad euro 13.446 (importo in migliaia di euro) che deve essere rettificata dalle seguenti voci che saranno oggetto di successivo finanziamento:

	Importi in migliaia di euro
Perdita	13.446

Finanziamento costi farmaci epatite C	4.737	
Finanziamento costi extra LEA	1.855	
Finanziamento Mutuo regionale disavanzo anno 2000	591	
Totale finanziamenti	7.183	7.183
Perdita rettificata		6.263

La Regione, con nota prot n. 919/A1407A-04 del 17 gennaio 2017, ha richiesto la predisposizione del bilancio di verifica al 31 dicembre 2016. Come si rileva dal prospetto di seguito evidenziato il bilancio di verifica espone una perdita pari ad euro 4.786, che deve essere rettificata dalle seguenti voci che saranno oggetto di successivo finanziamento:

	Importi in migliaia di euro
Perdita	4.786
Finanziamento costi extra LEA	1.526
Finanziamento accantonamento rinnovo contrattuale personale dipendente	383
Perdita rettificata	2.877

Il risultato rettificato evidenzia una perdita, al 31 dicembre 2016, pari ad € 2.877.

Dall'esame della spesa al 31 dicembre 2016, facendo un raffronto con il consuntivo 2015, si evidenzia un incremento per quanto attiene le seguenti principali voci di spesa:

- spesa farmaceutica ospedaliera. Tenuto conto che il maggior aggravio di spesa deriva dai medicinali oncologici sono state previste azioni che hanno consentito, nel secondo semestre dell'anno 2016, di diminuire il trend in aumento della spesa, pur garantendo la massima appropriatezza di utilizzo dei farmaci;
- dispositivi medici. Tale incremento è determinato, in parte, dall'aumento di un giorno alla settimana (da 2 a 3, a partire dal mese di ottobre 2015) dell'attività del Laboratorio di Emodinamica, e dall'aumento dei dispositivi medici impiantabili attivi: defibrillatori;
- costi di manutenzione software. Tale aumento è dovuto al termine della garanzia su alcuni moduli per un nuovo canone relativo alla procedura di conservazione digitale in DMO SIAV (Archiflow), ed all'attivazione di servizi H24 su procedure amministrativo contabili e procedure Insielmercato (cartella informatizzata);
- assistenza riabilitativa: l'aumento è legato all'incremento di posti in convenzione presso il centro diurno autistici (da sette a dieci posti letto - si è anche registrato l'inserimento di due minori il sabato);
- prestazioni socio sanitarie da privato: a partire dal luglio 2015 sono stati incrementati i posti letto residenziali (+ 20) per anziani, con aumento anche dei pazienti ad alta intensità;
- prestazioni di assistenza residenziale per malati terminali: si è registrato un aumento del numero di pazienti inseriti nel Nucleo ad alta complessità neurologica presso la Casa di Cura Eremo di Miazzina;
- prestazioni di assistenza residenziale per minori a rischio, donne, coppie e famiglie: l'aumento è legato all'effetto trascinamento dei costi per gli inserimenti effettuati negli ultimi mesi dell'anno 2015 e per i nuovi inserimenti.

Per quanto attiene i risparmi realizzati rispetto al consuntivo 2015 si evidenzia quanto segue:

**Farmaceutica convenzionata** - Il risultato è stato raggiunto grazie al considerevole utilizzo di molecole a brevetto scaduto, la cui prescrizione è arrivata al 79,2% delle DDD totali, ed all'attuazione del progetto aziendale "Miglioramento delle cure nelle terapie croniche" avviato nell'anno 2015.

**Medicinali senza AIC** - Il risparmio si è registrato per l'interruzione del trattamento ad un paziente affetto da malattia rara a seguito di trapianto.



**Servizi appaltati** – Il risparmio maggiore è stato realizzato per quanto attiene il servizio lavanderia grazie ad una nuova gara a partire dal mese di marzo 2016.

**Personale** – Nel corso dell'anno 2016, a fronte di una minor dotazione di personale a tempo determinato al 31 dicembre 2016, ( 37 ) rispetto al 31.12.2015 ( 42 ) si è registrato un incremento con riguardo al personale a tempo indeterminato nei ruoli del personale non dirigente, pari a 7 figure, e nel ruolo dirigenza sanitaria, pari a 10 figure:

Totale dipendenti di ruolo al 31.12.2015	1.772
Totale dipendenti di ruolo al 31.12.2016	1.789.

Si è comunque generata una differenza, in diminuzione, sulla spesa complessiva del personale dipendente conseguente al consistente turn over di figure dirigenziali dell'area Medica che non si è potuto compensare con le assunzioni effettuate su detti profili nel corso dell'anno.

Nel corso del 2016 si è inoltre proceduto, in esito alle procedure di attuazione del nuovo Atto Aziendale, all'abbattimento, dei Fondi della Dirigenza Medica e della Dirigenza PTA, della quota corrispondente alla diminuzione del numero complessivo delle Strutture Complesse non coperte e ad applicare l'art. 1, comma 18, della Legge n. 148 del 14/09/2011 legata alla conservazione del trattamento economico in vigore per il passaggio ad altro incarico fino alla data di scadenza del contratto.

**Canoni per noleggio apparecchiature assistenza protesica** – Il risparmio è legato all'ottenimento di migliori prezzi con riguardo alla ventiloterapia domiciliare in esito ad una nuova gara di quadrante a partire dal mese di luglio 2015.

**Medicina di base** – Si è registrato un decremento dei costi riferiti ai MMG e PLS a seguito dell'applicazione del protocollo Regione/OOSS MMG, di cui alla DGR n. 18-4011 del 3.10.2016, per quanto attiene l'ambito relativo alla ricetta dematerializzata, e del protocollo Regione/OOSS medici pediatri, di cui alla DGR n. 17-4010 del 3.10.2016, con riferimento alla ricetta dematerializzata.

\*\*\*

#### **Obiettivo 4: Umanizzazione: valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle strutture di ricovero delle ASR**

La Regione, nell'ambito delle iniziative legate al processo di empowerment ed in coerenza con il PSSR 2012-2015, ha contribuito a realizzare il programma nazionale di valutazione partecipata della qualità delle strutture di ricovero, promosso e coordinato da Agenas e dall'Agenzia di Valutazione Civica di CittadinanzaAttiva. Le stesse hanno dato mandato alle Aziende Sanitarie Regionali di procedere alla valutazione delle strutture ospedaliere di appartenenza.

##### **1. Azioni intraprese per raggiungere l'obiettivo**

L'équipe locale, appositamente costituita dall'ASL VCO nel corso del 2015, ha completato il processo di valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture ospedaliere di Domodossola e di Verbania con la compilazione, per ogni Ospedale, del format predisposto da Agenas. Ad inizio 2016 si è ricostituita l'équipe locale che ha individuato, in via prioritaria, gli items critici e, dopo un ampio e approfondito confronto, ha ipotizzato delle azioni di miglioramento che sono state classificate sulla base dei criteri che tengono conto della tempistica, dei costi e della rilevanza delle criticità riscontrate.

## 2. Risultati raggiunti al dicembre 2016

La Direzione Generale, con riferimento all'Ospedale "Castelli" di Verbania e "S. Biagio" di Domodossola, ha presentato al Collegio di Direzione dell'1.12.16 la proposta della messa in atto di una serie azioni di miglioramento a breve, medio e lungo termine, utili per il superamento delle criticità riscontrate nei 2 presidi, azioni emerse durante il processo di valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle suddette strutture ospedaliere.

ITEM	AZIONI
ITEM 5 - Possibilità di consulenza psicologica sulle problematiche della gravidanza, del parto e della patologia ginecologica.	L'azione consiste nell'ampliare l'attività del personale psicologo dipendente che attualmente offre sostegno a pazienti oncologici.
ITEM 9 - Orario di visita della struttura sanitaria.	L'azione consiste nell'ampliare l'orario di visita, sia nei giorni feriali che nei giorni festivi, con contestuale modifica e ristampa degli opuscoli di reparto e modifica delle informazioni contenute sul sito internet aziendale.
ITEM 24 - Presenza di attività/iniziative di informazione circa il diritto delle donne a partorire in anonimato.	L'azione consiste nel validare la procedura interna per la garanzia del parto in anonimato, con conseguente miglioramento dell'informazione alle donne in gravidanza.
ITEM 33 - Presenza di documentazione informativa multilingue.	L'azione consiste nella traduzione del consenso informato e della modulistica di maggiore diffusione in più di una lingua straniera (francese, inglese, tedesco, russo, cinese).
ITEM 45 - Presenza di una o più procedure operative attraverso le quali, al momento della dimissione, è garantita la continuità delle cure con passaggio ad altro setting assistenziale.	L'azione consiste nell'assicurare la continuità delle cure con passaggio ad altro setting assistenziale sette giorni su sette.
ITEM 56 - Presenza di posti auto riservati alle donne in stato di gravidanza (parcheggi rosa).	L'azione consiste nel realizzare, all'interno dell'area ospedaliera o nelle immediate vicinanze di entrambe le strutture, di almeno uno stallo riservato alle donne in gravidanza.
ITEM 62 - Presenza, nell'atrio principale dell'Ospedale Castelli, di uno o più pannelli aggiornati che indicano l'ubicazione dei reparti.	L'azione consiste nell'implementare il numero dei cartelli indicatori e razionalizzare l'attuale segnaletica.
ITEM 93 - Sala d'attesa del Pronto Soccorso con presenza di display luminoso che informa in tempo reale sul numero di pazienti in attesa per ogni codice di triage.	L'azione consiste nell'acquistare idonea apparecchiatura da installare, all'interno dei DEA degli ospedali di Domodossola e di Verbania, e relativo software compatibile con il sistema informatico in uso.
ITEM 98 - Possibilità, per gli utenti, di prenotare, presso il CUP, prestazioni erogate dalla struttura sanitaria tramite: sportello con operatore dedicato all'interno della struttura - telefono- MMG-farmacia - sportello CUP sito in strutture convenzionate - sportello CUP sito in strutture dell'ASL nel cui territorio insiste la struttura sanitaria.	L'azione consiste nell'ampliamento del numero di postazioni di prenotazione sul territorio, con il coinvolgimento dei MMG, Farmacie, e dei Comuni che, su base volontaria, possono allestire punti di prenotazione gestiti da personale appositamente formato, allo scopo della messa in rete dei punti di pagamento già presenti all'esterno dell'Azienda.



ITEM 100 - Presenza di modalità alternative di pagamento del ticket utilizzabili all'esterno della struttura sanitaria.	L'azione consiste nella messa in rete dei punti di pagamento già presenti all'esterno dell'azienda.
---	---

Le azioni sono state approvate dal Collegio di Direzione nella seduta del 1° dicembre 2016, sono state deliberate, con atto n. 545 del 30.12.2016 (All. 29) e verranno realizzate nel corso del 2017. Con il citato atto n. 545 è stato perciò adottato il Piano di Miglioramento.

\*\*\*

### Obiettivo 5.1: Rete laboratorio analisi: Hub & Spoke

#### Azioni intraprese e risultati raggiunti nel corso dell'anno 2016

La determina n. 178 del 23.3.2015 prevedeva la tipologia delle diagnostiche specialistiche da concentrare nei laboratori HUB, prendendo in esame le seguenti categorie di esami: autoimmunità, allergologia, emostasi specialistica, emoglobine patologiche, farmacologia di secondo livello e parte della sierologia.

Il trasferimento è stato completato nei tempi programmati e tutti gli esami specialistici sono stati concentrati nel laboratorio di riferimento di Novara (HUB).

Per dare applicazione alla DGR n. 50-2484 del 23.11.2015 si sono svolte varie riunioni che hanno visto la partecipazione dei Responsabili dei laboratori dell'AIC 3, nel corso delle quali sono state rilevate alcune problematiche. Per risolvere tali criticità sono state messe in atto le seguenti azioni:

- è stato costituito un gruppo di lavoro informatico in modo da gestire e risolvere le questioni rilevate durante il processo di concentrazione delle analisi di Laboratorio;
- sono state perfezionate tutte le parametrizzazioni degli esami di laboratorio;
- si è realizzata un'interfaccia diretta con i fornitori dei sistemi informatici;
- sono state effettuate valutazioni in merito ad eventuali soluzioni informatiche aggiuntive e migliorative da proporre, in vista di ulteriori processi di concentrazione degli esami di laboratorio;
- è stato costituito un gruppo di lavoro dei Coordinatori tecnici dei laboratori. Gli obiettivi assegnati a questo gruppo di lavoro sono stati i seguenti: - eseguire un censimento accurato del personale del comparto operante nei vari laboratori, evidenziando altresì il personale con un rapporto di lavoro part-time e le eventuali esenzioni da specifiche attività, indicando la data delle eventuali prossime quiescenze; - predisporre un piano operativo articolato per la qualità e operatività della fase preanalitica dei campioni; - predisporre un piano operativo per la logistica; - valutare la possibilità di un piano di formazione dipartimentale (Dipartimento Funzionale Laboratori).

Con deliberazione dell'ASL VCO n. 283 dell'8.7.2016 (All. 25) si è preso atto della deliberazione n. 166 dell'11.4.2016 dell'AOU Maggiore della Carità di Novara con la quale è stato attivato il Dipartimento interaziendale funzionale medicina dei Laboratori e nominato il Direttore, con decorrenza 11 aprile 2016. L'obiettivo è quello di garantire percorsi e processi interaziendali condivisi e maggiormente efficienti.

\*\*\*

## Obiettivo 5.2: Rete laboratorio analisi: gare centralizzate

### 1. Azioni intraprese per raggiungere l'obiettivo

Il Direttore Generale dell'ASL sede di laboratorio Hub, in accordo con le altre aziende sede di laboratori spoke, ha adottato apposita deliberazione riferita all'indizione di gara per almeno un'area diagnostica di grande automazione.

### 2. Risultati raggiunti al dicembre 2016

La commissione dei Direttori dei Laboratori, nella seduta svoltasi a Borgomanero il 7 Giugno 2016, presieduta dal prof. G. Bellomo, ha identificato nell'ematologia la tipologia di gara da effettuare quale "prima gara di grande automazione", proponendo i componenti del nucleo tecnico, da pubblicare entro il 30 settembre c.a. Per l'ASL VCO è stato individuato, come componente del gruppo tecnico, la Dr.ssa Maria Chiara Rolla. Il nominativo (unitamente ai nominativi degli altri componenti del gruppo tecnico individuati dalle altre aziende afferenti l'area sovrazonale) è stato comunicato dal Prof. Giorgio Bellomo, in data 10.6.2016, alla Dr.ssa Ivana Bellora, Responsabile Provveditorato dell'AOU Maggiore della Carità di Novara, che dovrà gestire la parte amministrativa della gara.

Il Comitato Tecnico per la preparazione del capitolato per la gara dei sistemi analitici per l'esecuzione di esami ematologici del quadrante si è riunito il giorno 25.07.2016. Presenti: la dr.ssa Rolla R. (ospedale maggiore di Novara) la dr.ssa Pelagi (osp. di Vercelli) la dr.ssa Rolla M.C. (osp. Verbania) la dr.ssa Francione (osp. di Borgomanero) il dr. Garbaccio (osp. Biella) e la dr.ssa Bellora - (economato di Novara). La dr.ssa R.Rolla ha presentato una bozza di capitolato che è stata esaminata punto per punto correggendo le incongruenze. La bozza corretta è stata inviata ad ogni partecipante che ne ha valutato ulteriormente il contenuto trasmettendo le modifiche suggerite. Il giorno 6.09.2016 si è nuovamente riunita la commissione i cui componenti hanno letto ed approvato l'intero capitolato ed hanno assegnato i punteggi per le specifiche di ogni apparecchiatura, oltre ad inserire le caratteristiche minime indispensabili.

Vi è stata un'ulteriore riunione del Dipartimento dei Laboratori, tenutasi a Novara il 15 novembre, dove i temi in discussione sono stati: interferenza dei NAO sui test di coagulazione specialistica, ricetta de materializzata e sviluppi della gara di ematologia.

### 3. Grado di raggiungimento dell'obiettivo al dicembre 2016

Tutte le azioni previste sono state realizzate.

\*\*

## Obiettivo 6 Piano di assistenza territoriale (PAT)

### Obiettivo 1:

**Progetto rete regionale cure primarie secondo cronoprogramma definito dal coordinamento regionale dei Direttori sanitari**

Con DGR 3-4287 del 29.11.2016 di oggetto "*Interventi regionali e linee d'indirizzo per lo sviluppo del nuovo modello organizzativo dell'Assistenza Primaria, attraverso la sperimentazione delle Case della Salute*" la



Regione ha richiesto, entro trenta giorni dalla pubblicazione della DGR, ovvero il 15.12.2016, la predisposizione e l'invio in Regione di progetti specifici, operativi ed organizzativi, articolati su base distrettuale. L'ASL VCO ha inviato, tramite email, in data 31.1.2017 (termine prorogato dalla Regione), n. 4 progetti specifici relativi a:

N° 3	Case della Salute strutturali (Omegna, Cannobio, Crevoladossola)
N° 1	Casa della Salute funzionale (Verbania)

\*

Piano di assistenza territoriale (PAT) – Obiettivo 2: – codice LA 20801 + LA 20806: Assistenza programmata a domicilio (ADI)

### 1. Azioni intraprese per raggiungere l'obiettivo

In riferimento al punto 2, codice LA 20801 + LA 20806 – Assistenza programmata a domicilio (ADI), occorre rilevare che, nella predisposizione dell'accordo aziendale 2016–2018 con i MMG, negli obiettivi agli stessi assegnati, l'Azienda ha ricompreso *“l'incremento della presa in carico, in cure domiciliari, dei pazienti ultra sessantacinquenni”*.

Inoltre, tenuto conto che, in alcuni condizioni, in particolare quando il paziente necessita di supporto fisioterapico domiciliare, non è possibile attivare le cure domiciliari per carenza di fisioterapisti, l'Asl VCO, per superare questo ostacolo, ha proposto il coinvolgimento delle RSA, sviluppando azioni coerenti con le indicazioni regionali (RSA aperte).

### 2. Risultati raggiunti al 31.12.2016

Alla data del 31.12.2016 i casi di ADI presi in carico sono stati 2.002, dei quali 1.872 per pazienti > 65 anni.

### 3. Grado di raggiungimento dell'obiettivo al dicembre 2016

I casi di Assistenza programmata a domicilio (ADI) al 31.12.2016 sono stati 1.872, casi che rappresentano il 4,26 della popolazione > 65 anni (popolazione pari a 43.918), rispetto al valore griglia LEA pari a  $\geq 4\%$ . L'obiettivo è stato, perciò, raggiunto.

\*

Piano di assistenza territoriale (PAT) – Obiettivi 3 – 4: – codice LA 10500 a – codice LA 10500 b

### 1. Azioni intraprese per raggiungere l'obiettivo

La SSD SISP, afferente al Dipartimento di Prevenzione dell'ASL VCO, ha proseguito, nel corso del mese di dicembre 2016, a completare la realizzazione delle azioni (assegnate con note prot. n. 1917 del 20.9.2016 e prot. n. 23204 del 15.11.2016 a firma del Dirigente del Settore Prevenzione e Veterinaria, Dr. Corgiat) al fine di realizzare gli obiettivi di copertura vaccinale. Si tratta di attività, per gran parte avviate nei mesi di ottobre e novembre.

Nel corso del mese di dicembre sono state messe in atto le seguenti azioni:

- attivazione, in modo organico e corrente, dei flussi informativi previsti con riferimento ai PLS/MMG in merito alle coperture vaccinali;

- programmazione, da parte del RAV, in accordo con il Direttore del Dipartimento Materno Infantile, dei primi incontri, per il 2017, con le donne in gravidanza e le neomamme;
- programmazione, da parte del Direttore del Dipartimento Materno Infantile ed il RAV, di incontri al fine di collaborare con i PLS e le Neonatologie per promuovere la vaccinazione dei bambini pre-termine o con altri fattori di rischio. A seguito degli incontri si è concordato che, a tutti i dimessi dal Centro Immaturi dell'ospedale di Verbania ed a tutti i *late-preterm* dimessi dal Nido di Verbania e Domodossola, verrà consigliato di rivolgersi al Centro Vaccinale dell'ASL VCO per effettuare le vaccinazioni previste, ed in particolar modo quella contro il rotavirus. Tale azione viene messa in atto riportando, sulla lettera di dimissione o nel libretto neonatale regionale, la seguente frase "*rivolgersi al più presto presso il Centro vaccinale ASL per effettuare le vaccinazioni previste (Domodossola tel 0324-491679; Omegna - Crusinallo tel.0323-868045;Verbania tel. 0323-541458)*".

La SSD SISP ha organizzato, in data 4 novembre 2016, un corso ECM sul tema delle vaccinazioni rivolto a Medici Competenti, MMG, PLS, Igienisti ed altre figure professionali. Lo stesso corso è stato riproposto, in seconda edizione, il giorno 27 gennaio 2017.

## 2. Risultati raggiunti al dicembre 2016

Dato di copertura relativo alla coorte 2013:

Copertura ciclo base = N° vaccinati 1107/n° nati 1181 = 93,7%

Copertura MPR = N° vaccinati 1056/n° nati 1181 = 89,4%

Dato di copertura relativo alla coorte 2014:

Copertura ciclo base = N° vaccinati N.1070/n. nati 1132 = 94,5 %

Copertura MPR = N° vaccinati N.1042/n. nati 1132 = 92,0 %

Confronto risultati raggiunti tra le coorti 2013 e 2014.

Ciclo Base

Copertura coorte 2013 = 93,7 %

Copertura coorte 2014 = 94,5 %

Incremento dello 0,8 %

Ciclo MPR

Copertura coorte 2013 89,4%

Copertura coorte 2014 92,0%

Incremento del 2.6 %.

Poiché i risultati attesi (95% per le due coperture ciclo base e MPR) sono stati ritenuti, dalla Regione stessa, non sempre facilmente raggiungibili, la Regione ha comunicato, con nota della Direzione Sanità, Settore Prevenzione e Veterinaria, prot. 23204 del 15.11.2016, che, nella valutazione dell'obiettivo, verrà considerato, come standard, l'incremento di copertura ottenuto rispetto a quello rilevato l'anno precedente.

L'obiettivo è, perciò, da ritenersi raggiunto per gli incrementi conseguiti, rispetto al 2015, in entrambe le coperture vaccinali.

\*\*



## Obiettivo 7.1 Tempestività interventi a seguito frattura di femore su pazienti > 65 anni

### 1. Azioni intraprese per raggiungere l'obiettivo

- Priorita' di trattamento chirurgico alle fratture di femore
- Azione di informazione e sensibilizzazione nei confronti di tutti gli operatori coinvolti
- Attuazione del protocollo Aziendale specifico per questo percorso

### 2. Risultati raggiunti al 30.9.2016 (dati ad oggi disponibili, forniti dalla Soc Budget e Controllo)

	30.9.2016	
	Casi	%
F.C.F. Operato dopo 2 gg	72	68/140 = 48,6%
F.C.F. operato entro 2 giorni	68	
Totale fratture di femore	140	

Valore obiettivo: tasso aggiustato  $\geq$  70%

### 3. Azioni che hanno ostacolato il raggiungimento pieno dell'obiettivo

La carenza di sedute operatorie è un elemento che ha ostacolato il perseguimento pieno dell'obiettivo. La seduta operatoria programmata per la Struttura è il martedì. Rispetto alle fratture che pervengono il venerdì, dopo le ore 16, il sabato e la domenica fino alle ore 8, l'intervento viene effettuato il martedì, quindi oltre le 48 ore. Mentre nessun correttivo si è potuto mettere in atto in caso di problematiche cliniche che impediscono l'intervento tempestivo, a livello organizzativo ci si è mossi al fine di disporre di maggiori sedute operatorie e di eseguire, in regime di "urgenza differita", gli interventi per frattura di femore.

### 3. Grado di raggiungimento dell'obiettivo al dicembre 2016

La percentuale di raggiungimento dell'obiettivo registrata con i dati al 30 settembre è 48,6. La valutazione e in merito al grado di raggiungimento dell'obiettivo potrà essere effettuata quando si disporrà dei dati al 31.12.2016.

\*\*

## Obiettivo 7.2: Proporzione parti con taglio cesareo primario

### 1. Azioni intraprese per raggiungere l'obiettivo

- Riorganizzazione del reparto di Ostetricia Ginecologia.
- Istituzione di un gruppo di lavoro impegnato a predisporre una procedura di monitoraggio e gestione della gravidanza oltre il termine.
- Addestramento del personale infermieristico e ostetrico di reparto per il taglio cesareo d'urgenza.

### 2. Risultati raggiunti al 30.9.2016 (dati disponibili forniti dalla Soc Budget e Controllo)

	30.9.2016	
	Casi	%
Parti cesarei senza pregresso cesareo	95	95/394 = 24,1%
Parti naturali senza pregresso cesareo	299	
Totali parti senza pregresso cesarei	394	

Valore obiettivo: tasso aggiustato  $\leq 20\%$

#### 4. Grado di raggiungimento dell'obiettivo al dicembre 2016

La percentuale di raggiungimento dell'obiettivo registrata con i dati al 30 settembre è 24,1. La valutazione e in merito al grado di raggiungimento dell'obiettivo potrà essere effettuata quando si disporrà dei dati al 31.12.2016.

\*\*

### Obiettivo 7.3: Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI

#### 1. Risultati raggiunti al 30.9.2016 (dati forniti dalla Soc Budget e Controllo)

- Valore obiettivo = tasso grezzo  $> 85\%$

N° episodi STEMI con PTCA entro 2 giorni	19
N° episodi STEMI	28

- Risultato aziendale =  $19/28 = 67,9\%$

La percentuale di raggiungimento dell'obiettivo, registrata con i dati al 30 settembre, è 67,9%. La valutazione e in merito al grado di raggiungimento dell'obiettivo potrà essere effettuata quando si disporrà dei dati al 31.12.2016.

E' in corso, da parte del Direttore della Soc Cardiologia, in sinergia con il Referente della Struttura Controllo di Gestione, una rivalutazione della modalità di compilazione delle SDO con riguardo all'effettuazione di PTCA, vista la necessità di verificare alcuni elementi. .

\*\*

### Obiettivo 8: Assistenza farmaceutica territoriale ed ospedaliera. Appropriatezza prescrittiva e riduzione della variabilità

#### 1. Premessa

L'obiettivo prevede 11 indicatori regionali, di cui 8 di pertinenza territoriale e 3 ospedaliera.

Per quanto attiene gli obiettivi relativi alla farmaceutica convenzionata è stata data comunicazione scritta a tutti i MMG degli obiettivi assegnati dalla Regione e dello scostamento dell'ASL VCO rispetto alla best performer; inoltre, è stato dato risalto alla variabilità delle prescrizioni del singolo medico rispetto alla media regionale e aziendale, evidenziando, ad ogni prescrittore, lo scostamento. Considerata la ricaduta delle prescrizioni specialistiche sul territorio, analoga comunicazione è stata inviata agli specialisti ospedalieri e convenzionati.



Sono state convocate alcune riunioni con i referenti delle équipes territoriali per discutere, dati alla mano, dell'appropriatezza delle prescrizioni nelle categorie terapeutiche evidenziate e promuovere il confronto tra pari all'interno delle équipes.

Per quanto riguarda gli altri indicatori, che prevedono la promozione dell'utilizzo dei biosimilari, è stata data informazione agli specialisti, dipendenti e convenzionati, sia delle modalità di prescrizione sia sul fatto che occorre prediligere le molecole con il miglior rapporto costo beneficio. Tenuto conto che vi sono anche molte prescrizioni provenienti da specialisti di altre strutture, è stata inviata comunicazione alle Direzioni Sanitarie delle altre aziende regionali, chiedendo il rispetto, per gli assistiti dell'ASL VCO, delle indicazioni regionali.

Nell'ambito del progetto aziendale "*Miglioramento delle cure malattie croniche*" si sono regolarmente svolte le riunioni del "chronic team", prendendo in esame le criticità relative alle prescrizioni di inibitori della pompa protonica, sartani, statine e broncodilatatori. In alcune riunioni sono stati coinvolti anche specialisti e direttori sanitari delle strutture convenzionate ubicati sul territorio dell'ASL VCO.

E' stato predisposto un documento di oggetto "*Criteri di appropriatezza nell'utilizzo degli inibitori della pompa protonica*", che è stato diffuso alle strutture aziendali ed ai medici di famiglia, ed è stato presentato e discusso con i Direttori delle SOC ospedaliere alla presenza di rappresentanti degli specialisti ambulatoriali e dei MMG.

Il protocollo relativo alla terapia antipertensiva è in fase di aggiornamento sulla base delle più recenti Linee Guida italiane ed europee e dei costi attuali delle terapie.

## 2. Risultati raggiunti al 31.12.2016

Indicatore 1. Inibitori di pompa acida (ATC A02BC) .

PERIODO DI RIFERIMENTO: ANNO 2016

n°mesi 12

ATC: A02BC

Descrizione ATC: INIBITORI DELLA POMPA PROTONICA

Assistibili pesati	Spesa Lorda	Confezioni	Confezioni pro capite	Spesa Lorda pro capite	Obiettivo 2016 Spesa pro capite ridotta del 50%	Scostamento vs obiettivo	Obiettivo 2016 Spesa	Scostamento vs obiettivo	Scostamento % vs obiettivo
176.686	€ 1.960.732	330.347	1,9	€ 11,10	€ 11,76	-6%	€ 2.077.986	-€ 117.254	-6%

Il monitoraggio dei consumi evidenzia la riduzione della spesa pro-capite al di sotto della soglia stabilita del 6%.

L'obiettivo è stato quindi pienamente raggiunto.

Indicatore 2. Antibatterici per uso sistemico (ATC J01)

PERIODO DI RIFERIMENTO: ANNO 2016

n°mesi 12

ATC: J01

Descrizione ATC: ANTIBATTERICI PER USO SISTEMICO

Assistibili	Spesa Lorda	Confezioni	Costo medio a confezione	Numero confezioni per 100 assistibili	Spesa per 100 assistibili	Obiettivo 2016 Spesa per 100 assistibili ridotta del 50%	Scostamento vs obiettivo
165.180	€ 1.236.241	153.115	€ 8,07	92,70	€ 748,42	€ 747,49	0%

La spesa per 100 assistibili rapportata al periodo in esame è in linea con il valore soglia stabilito. L'obiettivo è stato quindi pienamente raggiunto.

Indicatore 3. Renina angiotensina II associati e non (ATC C09C e C09D)

**PERIODO DI RIFERIMENTO: ANNO 2016**

**n°mesi 12**

**ATC: C09C e C09D**

**Descrizione ATC: SARTANI**

Assistibili	Spesa Lorda	Confezioni	Costo medio a confezione	Obiettivo 2016 Costo/conf ridotto del 70%	Scostamento vs obiettivo
165.180	€ 2.164.324	184.106	€ 11,76	€ 11,36	3%

Per quanto riguarda i sartani, il costo medio per confezione si è ridotto da 12,25€ a 11,76€, con uno scostamento rispetto all'obiettivo del 3%.

La riduzione del costo a confezione non è comunque correlata ad un aumento di prescrizioni di sartani off-patent che, rispetto all'anno scorso, risulta lievemente diminuita.

L'incidenza sulla spesa dei sartani coperti da brevetto è salita dal 44% al 45%.

L'obiettivo non è pienamente raggiunto, però si è notato un miglioramento.

Indicatore 4. Inibitori della HMG reduttasi (ATC C10AA)

**PERIODO DI RIFERIMENTO: ANNO 2016**

**n°mesi 12**

**ATC: C10AA**

**Descrizione ATC: STATINE**

Assistibili	Spesa Lorda	Confezioni	Costo medio a confezione	Obiettivo 2016 Costo/conf ridotto del 70%	Scostamento vs obiettivo
165.180	€ 1.685.480	152.286	€ 11,07	€ 10,55	5%

Il costo medio per confezione si è ridotto da 11,26 € a 11,07 €, valore al di sopra dell'obiettivo del 5%.

L'obiettivo non è stato pienamente raggiunto, ma occorre considerare che si partiva da un valore vicino a quello dell'azienda best performer.

Indicatore 5. Antidepressivi (ATC N06A)-

**PERIODO DI RIFERIMENTO: ANNO 2016**

**n°mesi 12**

**ATC: N06A**

**Descrizione ATC: ANTIDEPRESSIVI**

Assistibili	Spesa Lorda	Confezioni	Costo medio a confezione	Numero confezioni per 100 assistibili	Spesa per 100 assistibili	Obiettivo 2016 Spesa per 100 assistibili ridotta del 50%	Scostamento vs obiettivo
176.686	€ 1.160.393	111.422	€ 10,41	63,06	€ 656,75	€ 749,15	-12%

La spesa per 100 assistibili si è notevolmente ridotta, risultando inferiore del 12% rispetto al valore stabilito.

L'obiettivo è stato quindi pienamente raggiunto.



Indicatore 6. Farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie (ATC R03A)

PERIODO DI RIFERIMENTO: ANNO 2016

n° mesi 12

ATC: R03A

Descrizione ATC: RESPIRATORI

Assistibili	Spesa Lorda	Confezioni	Costo medio a confezione	Numero confezioni per 100 assistibili	Spesa per assistibile	Obiettivo 2016 Spesa per assistibile ridotta del 70%	Scostamento vs obiettivo
176.686	€ 1.425.476	34.018	€ 41,90	19,25	€ 8,07	€ 8,00	0,84%

Per quanto riguarda il gruppo terapeutico R03A la spesa per assistibile risulta superiore al valore dell'obiettivo dello 0,84%.

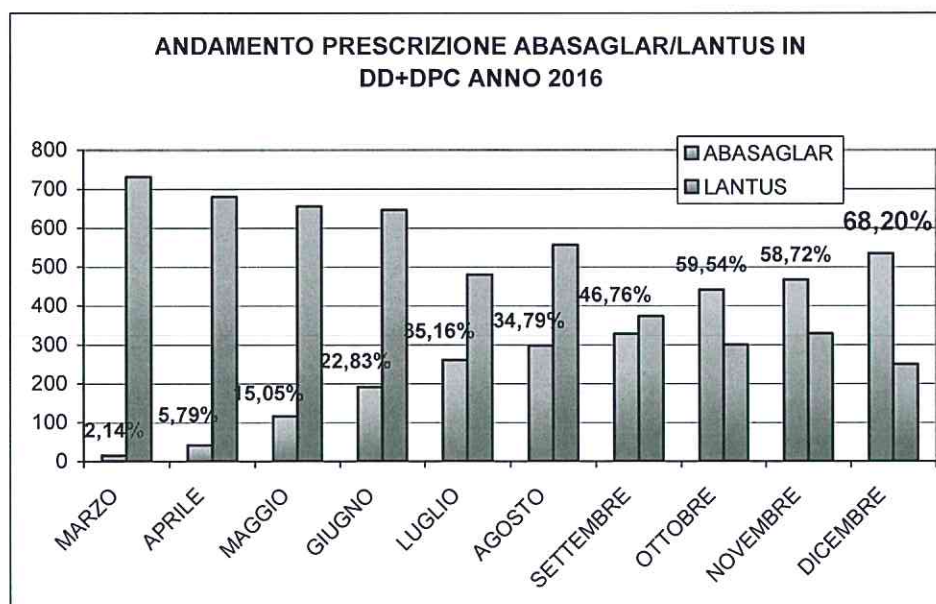
Osservando lo scostamento minimo l'obiettivo si può considerare raggiunto.

Indicatore 7. Insuline ed analoghi per iniezione, ad azione lenta (ATC A10AE04)

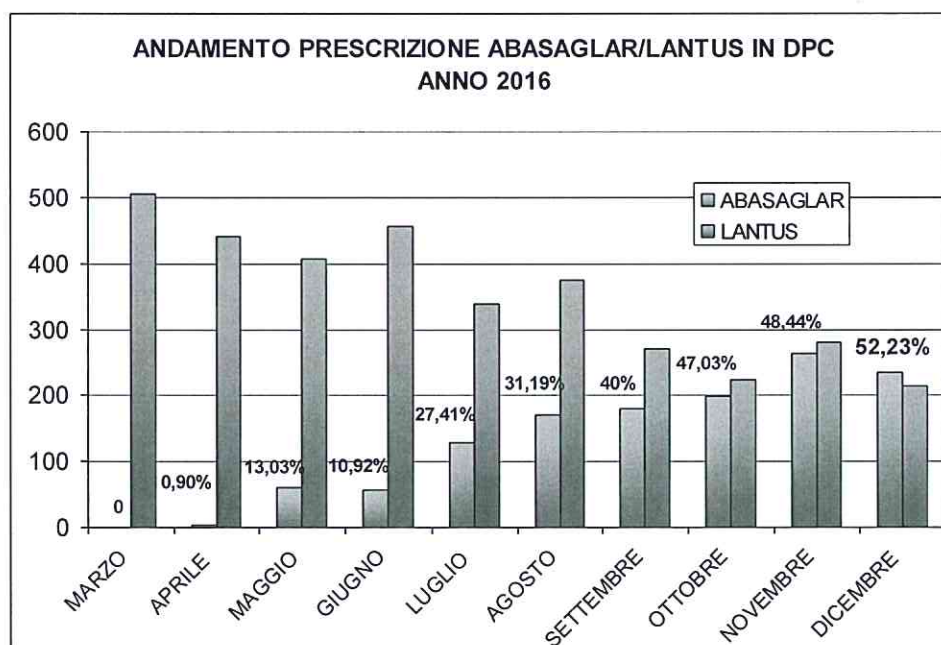
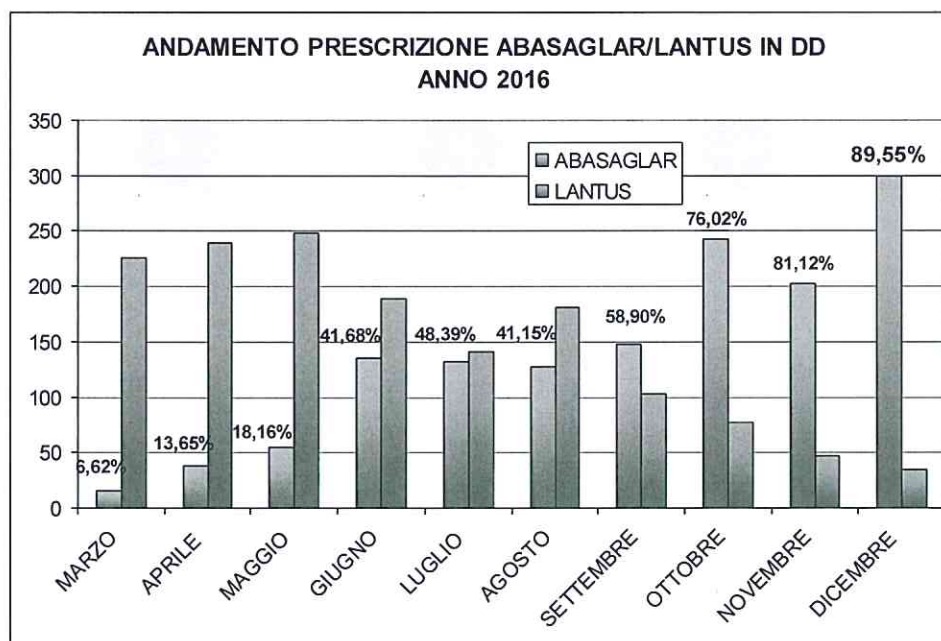
La SOC diabetologia sta procedendo alla sostituzione dell'originator con il biosimilare in tutti i pazienti in cui lo shift è possibile che si rechino ad una visita di controllo. Poiché i diabetologi non possono visitare, in tempi brevi, tutti i pazienti ed il risultato non è ancora ottimale, è stato chiesto ai MMG di effettuare la sostituzione ai pazienti ai quali effettuano la prescrizione.

A10AE04 INSULINA GLARGINE	CONFEZIONI EROGATE NEL periodo:18/04/2016 - 31/12/2016					
	OSPEDALE	% aggiudicatario di gara OSPEDALE	DPC	% aggiudicatario di gara DPC	TOTALE	% aggiudicatario di gara TOTALE
LANTUS	1.107		2.752		3.859	
ABASAGLAR	1.305	54,12%	1.295	32,00%	2.600	40,26%
TOTALE	2.412		4.047		6.459	

Analizzando l'andamento prescrittivo per singolo mese emerge come la percentuale di ABASAGLAR dispensata in totale (canale DD e canale DPC) salga al 68,20% nel mese di dicembre, come evidenziato dal seguente grafico.



Inoltre, sempre relativamente al mese di dicembre, si evidenzia come la percentuale dell'insulina aggiudicataria di gara sia, per quanto riguarda la distribuzione ospedaliera, salita all'89,55% mentre in DPC la percentuale sia del 52,23%.



L'obiettivo si può considerare sicuramente raggiunto per quel che riguarda la distribuzione diretta e parzialmente raggiunto per quanto attiene la distribuzione per conto (DPC).

#### Indicatore 8. Fattori di stimolazione delle colonie (ATC L03AA)

L'incidenza dei consumi, in termini di confezioni erogate, del gruppo L03AA02 sul totale del gruppo L03AA è pari al 98,51%.

Si risente, per il dato in DPC, delle prescrizioni indotte da specialisti regionali ed extra regionali.



**L03AA periodo 01/01/2016 - 30/12/2016**

ATC	PRINCIPIO ATTIVO	PEZZI DPC	% filgrastim DPC	PEZZI OSPEDALE	% filgrastim OSPEDALE	TOTALE ASL VCO	% filgrastim ASL VCO
L03AA02	filgrastim	404	91,20%	2.179	100,00%	2.583	98,51%
L03AA10	lenograstim	11		0			
L03AA13	pegfilgrastim	28		0			
TOTALE L03AA		443		2.179		2.622	

L'obiettivo è stato quindi pienamente raggiunto.

Indicatore 9. Altri preparati antianemici (ATC B03XA)

Valgono le considerazioni espresse al punto precedente.

**B03XA periodo 01/01/2016 - 31/12/2016**

ATC	PRINCIPIO ATTIVO	DDD DPC	% B03XA01 DPC	DDD OSPEDALE	% B03XA01 OSPEDALE	TOTALE ASL VCO	% B03XA01 ASL VCO
B03XA01	eritropoietine	10.210	87,06%	122.050	92,93%	132.260	92,45%
B03XA02	darbepoetina alfa	918		9.284		10.202	
B03XA03	metossipoliutilenglico le epoetina beta	600		0		600	
TOTALE B03XA		11.728		131.334		143.062	

L'obiettivo è stato quindi pienamente raggiunto.

Indicatore 10. Inibitori del fattore di necrosi tumorale Alfa TNF (L04AB)

L'obiettivo risulta assegnato solo alle Aziende ospedaliere.

Indicatore 11. Somatropina ed agonisti della somatropina (ATC H01AC01)

La prescrizione di questi medicinali è esclusivamente in carico a specialisti esterni. Sono stati contattati i prescrittori, per informarli circa gli esiti della gara regionale, ma solo alcuni si sono dimostrati disponibili ad effettuare shift o ad impostare le nuove terapie con il farmaco aggiudicatario. Abbiamo raccolto le relazioni relative alla volontà di non sostituire le terapie in corso.

**H01AC01 periodo 01/01/2016 - 30/12/2016**

PRINCIPIO ATTIVO	TOTALE ASL VCO (mg erogati)	% aggiudicatario di gara ASL VCO
somatropina gara 66/2015	2.485	34,21%
somatropina	4.778	
TOTALE	7.263	

L'obiettivo è da valutare non appena si dispone del dato di confronto regionale.

**3. Grado di raggiungimento degli obiettivi a dicembre 2016**

Obiettivo 1 - raggiunto  
Obiettivo 2 - raggiunto  
Obiettivo 3- parzialmente raggiunto  
Obiettivo 4 - parzialmente raggiunto  
Obiettivo 5 - raggiunto  
Obiettivo 6 - raggiunto

Obiettivo 7 – raggiunto per distribuzione diretta e parzialmente raggiunto per distribuzione per conto.  
 Obiettivo 8 – raggiunto  
 Obiettivo 9 – raggiunto  
 Obiettivo 10 – obiettivo assegnato solo a ASO  
 Obiettivo 11 – Ob da valutare non appena si dispone del dato di confronto regionale.

\*\*

## Obiettivo 9.1: Dipartimento funzionale interregionale interaziendale di rete oncologica

### 1. Azioni intraprese per raggiungere l'obiettivo

- Monitoraggio mensile dati attività CAS
- Stesura regolamento CAS.
- Coinvolgimento MMG.

Si è tenuto conto di quanto disposto con la nota a firma del Direttore del Dipartimento della Rete Oncologica del Piemonte Valle d'Aosta, Dr. Bertetto, con la quale sono state fornite indicazioni per la redazione/aggiornamento dei Percorsi Diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA).

### 2. Risultati raggiunti al 30.11.2016 (dati disponibili)

Attività svolta dal CAS dall'1/01/2016 al 30/11/2016:

- Numero accessi al CAS: 7871
- Pazienti presi in carico dal CAS: 3793
- Pazienti nuovi 2016: 1242
- Pazienti noti: 2551
- Prime visite: 809

1. N° pz presi in carico dal CAS/N° pz con accesso all'Azienda con patologia oncologica.  
 Nell'ASL VCO tutti i pazienti oncologici che accedono all'Azienda con patologia tumorale afferiscono al CAS.
2. Con deliberazione n. 529 del 30.12.2016 (All. 30, con allegati 30 a – 30h) sono stati approvati i seguenti P.D.T.A. dell'ASL VCO, predisposti dai responsabili G.I.C. e C.A.S., in sinergia con il Direttore della Direzione Sanitaria Ospedaliera, con i Direttori di Distretto, con il Responsabile Soc SISTRPO e con il Responsabile della EP Organizzazione, Qualità, Accredimento aziendale:

- PDTA CAS e relativi indicatori
- PDTA GIC oncoematologici
- PDTA GIC tiroide e ghiandole endocrine
- PDTA GIC urologico (neoplasia del rene – neoplasia vescicale – neoplasia prostata – neoplasia testicolo)

3. Con deliberazione n. 528 del 30.12.2016 (All. 31, con allegati 31 a – 31f) sono stati approvati i seguenti P.D.T.A. G.I.C. oncologici interaziendali (ed i relativi regolamenti), redatti dall'Azienda in sinergia con l'ASL NO.



- PDTA GIC tumori testa collo
- Regolamento GIC tumori testa collo
- PDTA GIC carcinoma gastrico
- Regolamento GIC carcinoma gastrico
- PDTA GIC Tumori mammella
- Regolamento GIC senologico

E' stato, inoltre, costituito il centro interaziendale di cura per i tumori della mammella.

Con lettera prot. n. 108 del 2.1.2017, a firma del Direttore generale dell'ASL VCO, le deliberazioni n. 528 e 529 sono state trasmesse, via e mail, al Direttore del Dipartimento rete oncologica Piemonte Valle d'Aosta, Dr. Oscar Bertetto.

\*\*

## Obiettivo 9.2: Screening oncologici – Prevenzione serena– Anno 2016

### Mammografico

#### 1. Azioni intraprese per raggiungere l'obiettivo

- Stretto collegamento tra UVOS e Radiologie Aziendali per correlare strettamente inviti e livelli di attività mammografica di screening.
- Flessibilità delle Radiologie aziendali nella programmazione delle interruzioni di attività quali chiusure natalizie, pasquali, estive, manutenzione delle apparecchiature, altro, in funzione dell'andamento della copertura inviti.

#### 2. Risultati raggiunti al 31.12.2016 per il Dipartimento 6

Fonte UVOS ASL NO (vedi documento redatto dal Prof. Magnani in data 7 febbraio 2016):

COPERTURA INVITI :	93%	obiettivo atteso: 85%
COPERTURA ESAMI:	58%	obiettivo atteso: 51%

Gli obiettivi sono stati raggiunti.

### Colon retto

#### 1. Azioni intraprese per raggiungere l'obiettivo

- Stretto collegamento tra UVOS e Endoscopie Aziendali per correlare strettamente inviti e livelli di attività endoscopica di screening.
- Flessibilità delle Endoscopie aziendali nella programmazione delle interruzioni di attività (chiusure natalizie, pasquali, estive, manutenzione delle apparecchiature, altro) in funzione dell'andamento della copertura inviti.

#### 3. Risultati raggiunti al 31.12.2016 per Dipartimento 6 :

Fonte UVOS ASL NO (vedi documento redatto dal Prof. Magnani in data 7 febbraio 2016):

COPERTURA INVITI :	106% fonte CPO, 125% fonte UVOS	obiettivo atteso: 85%
COPERTURA ESAMI (FS+FOBT 1°round):	61% fonte CPO, 64% fonte UVOS	obiettivo atteso: 40%

Gli obiettivi sono stati raggiunti.

### Citologico

#### 1. Azioni intraprese per raggiungere l'obiettivo

- Stretto collegamento tra UVOS e Consulteri per correlare inviti e livelli di attività di prelievi di screening
- Flessibilità dei Consulteri nella programmazione delle interruzioni di attività (chiusure natalizie, pasquali, estive, manutenzione delle apparecchiature, altro) in funzione dell'andamento della copertura inviti
- Disponibilità del Personale con le donne invitate, in particolare per spiegazioni in tema di HPV TEST

#### 2. Risultati raggiunti al 31.12.2016 per Dipartimento 6

Fonte UVOS ASL NO (vedi documento redatto dal Prof. Magnani in data 7 febbraio 2016):

COPERTURA INVITI :	108%	obiettivo atteso: 80%
COPERTURA ESAMI:	41%	obiettivo atteso: 47%

Occorre osservare che, nell'area geografica di appartenenza della ASL VCO, è presente, storicamente, una forte componente di esami privati, che riducono la percentuale di copertura esami del solo screening. Anche se - come ha dimostrato lo studio PASSI - ciò contribuisce ad una copertura esami complessiva molto alta (stimata circa 90%) si ritiene giustificato riconvertire il maggior numero di esami nell'ambito dello screening organizzato per motivi economici e di qualità.

L'obiettivo è raggiunto solo per quanto attiene la copertura inviti.

Sono già state individuate azioni di miglioramento per incrementare le percentuali di copertura inviti ed esami per il 2017 ovvero:

- Migliorare completezza e aggiornamento dei recapiti di residenza, poiché attualmente è elevato il numero di inviti inevasi per incompletezza del numero civico o per mancato aggiornamento del recapito di residenza tra database (Comune/ASL).  
Questo risultato è possibile mediante l'aumento dei controlli da parte dei MMG tramite Distretto e da parte del Sistema Informativo dell'ASL VCO. E' prevedibile, in questo ambito, anche l'utilizzo di un progetto con le Scuole ad indirizzo contabile-amministrativo nell'ambito dei programmi "alternanza scuola-lavoro".
- Incrementare le agende di screening presso i Consulteri, riducendo drasticamente le agende dei prelievi impropri di prevenzione extrascreening, al netto della vera attività clinica.  
Questo risultato è possibile tenuto conto che si sta svolgendo una ampia attività formativa che coinvolge gli operatori del PDTA del tumore della cervice uterina anche al fine di raggiungere una completa adesione culturale degli stessi alla riconversione dell'attività di prevenzione nello screening, al netto della vera attività clinica. Ciò coinvolge i MMG, anche in ragione del cambio generazionale dei MMG intervenuto dopo l'avvio, nel 2011, della riconversione dell'attività di prevenzione nello screening, nonché dopo l'avvio della riconversione graduale del test di prevenzione da Pap test ad HPV Test e del diverso periodismo da 3 a 5 anni. Ma il coinvolgimento si estende anche al Personale di Ginecologia, ai Dirigenti Ginecologi, agli Operatori del PDTA della



cervice uterina (personale CAS, Oncologia, Ginecologia). Inoltre si prevede un aggiornamento delle istruzioni del Personale agli sportelli CUP e URP.

\*\*

## Obiettivo 10: Rete trapianti: incremento donazioni d'organo

### 1. Azioni intraprese per raggiungere l'obiettivo

- Invito diretto a tutti i medici Rianimatori, in accordo con il Direttore della SC Anestesia-Rianimazione, a segnalare alla Direzione Sanitaria ogni caso di Morte Encefalica;
- attivazione della Commissione per l'Accertamento di Morte Cerebrale in tutti i casi di morte cerebrale in rianimazione;
- valutazione potenziali donatori in morte cerebrale e proposta di donazione di organi e, se compatibili con l'età, anche delle cornee.
- partecipazione al Corso Regionale per prelevatori di cornee di n. 2 Medici Anestesisti del P.O. di Verbania e di un Medico di Direzione Sanitaria di Domodossola.

### 2. Risultati raggiunti al 31.12.2016

Le segnalazioni di soggetti in Morte Encefalica (BDI%) durante l'anno 2016 sono state pari:

- al 65,4% presso il PO San Biagio di Domodossola, pari a 17 Morti Encefaliche su 26 Morti compatibili (valore atteso 2016: 20-40%);
- per il Presidio Castelli di Verbania sono state pari al 33,3%, pari a 1 Morte Encefalica su 3 Morti compatibili (valore atteso di BDI per il 2016 pari al 20-40%). Pertanto in linea con l'obiettivo fissato.

Si precisa che, delle 17 Morti Encefaliche accertate a Domodossola, 13 sono state seguite da prelievo di organi e solo in 4 casi c'è stata opposizione al prelievo, con un valore di p.m.p. (donatori per milione di abitanti), rapportato alla popolazione residente del VCO, pari a 76,5 donatori p.m.p.

La difficoltà principale, con riguardo al PO di Verbania, al mantenimento del BDI atteso, comunque in linea con l'obiettivo, è rappresentata dalla minore frequenza di Morti Encefaliche dovuta al fatto che la struttura di Neurologia, dove afferiscono la maggior parte dei pazienti che evolvono eventualmente verso la Morte Encefalica, si trova a Domodossola. Oltre a ciò, si deve tenere conto che l'ASL VCO non è dotata di Neurochirurgia per cui una certa percentuale di pazienti, con patologie cerebrovascolari o traumi cranici, con possibilità di trattamento chirurgico, vengono trasferiti presso l'AO Maggiore di Novara ove, in caso di evoluzione verso la morte encefalica, vengono eseguite le procedure di Accertamento di Morte Encefalica ed eventualmente di prelievo di organi e tessuti.

Un possibile correttivo potrebbe consistere nel considerare i 2 presidi ospedalieri di Domodossola e Verbania come un'unica struttura ospedaliera su cui effettuare i calcoli di BDI.

Per quanto riguarda i Donatori di cornee:

- a Domodossola sono pari a 7 (valore 2016 atteso 3);
- a Verbania sono stati 0 (anche in tal caso valore 2016 atteso 3).

Al fine di incrementare il prelievo delle cornee sul P.O. di Verbania, poiché la struttura di Oculistica si trova

nel P.O. di Domodossola, con conseguenti possibili problematiche organizzative per effettuare i prelievi di cornee a Verbania da parte degli oculisti strutturati, è stata avviata la formazione al prelievo di cornee di n. 2 medici Anestesisti di Verbania e di un medico di Direzione Sanitaria di Domodossola presso l'Ospedale di Ivrea. La parte teorica della formazione è terminata resta da concludere la parte pratica con affiancamento agli oculisti dell'ASL VCO per giungere alla abilitazione al prelievo di cornee in autonomia. Tutti e tre i medici coinvolti dovranno seguire altri 2 prelievi in affiancamento per essere definitivamente abilitati a prelevare in autonomia e riuscire così ad incrementare i prelievi di cornee anche nel P.O. di Verbania.

\*\*

## Obiettivo 11: GdP Antincendio e Antisismica: rispetto della normativa antincendio e antisismica

### Rispetto della normativa antincendio

#### 1. Azioni intraprese per raggiungere l'obiettivo e risultati raggiunti al dicembre 2016

Con deliberazione n° 147 del 14.4.2016 (All. 32, 32a) è stato nominato, per l'ASL VCO, il Responsabile Tecnico della Sicurezza Antincendio nella figura dell'Ing. Alessandro Aggio.

Il Responsabile RTSA ha predisposto il sistema di sicurezza antincendio, così come previsto dal D.M. 19 marzo 2016.

Con Determina n. 914 del 31.8.2016 (All. 33) e n. 916 del 31.8.2016 (All. 34) l'ASL VCO ha affidato gli incarichi a professionisti abilitati per la redazione dei progetti di adeguamento antincendio relativi alle strutture rientranti nel campo di applicazione del DM 19/03/2015, da presentare ai Vigili del Fuoco.

Sono ancora in corso i lavori di adeguamento della compartimentazione dei filtri antistanti le scale e gli impianti elevatori presso il Presidio Ospedaliero di Verbania. E' in corso la progettazione per la compartimentazione del Corpo ad H del Presidio Ospedaliero di Domodossola.

#### 2. Risultati raggiunti al 31.12.2016

In data 15.6.2016 l'ing. A Aggio ha prodotto:

- una relazione di sopralluogo sulle criticità in materia di sicurezza antincendio degli immobili dell'ASL VCO rientranti nel campo di applicazione del D.M. 19 marzo 2016;
- una relazione relativa al calcolo degli addetti antincendio necessari alle suddette strutture. Con riferimento a quest'ultimo punto si prevede, a completamento delle compartimentazioni in corso, una riduzione significativa del numero degli addetti antincendio.

E' stato definito il programma per il completamento della formazione degli addetti antincendio di comparto per i presidi ospedalieri di Verbania e Domodossola. I corsi previsti sono iniziati a partire dal mese di settembre (28-29-30 settembre) e sono proseguiti sino a dicembre ( 5-6-7 ottobre; 30 novembre; 1-2 dicembre 2016). Sono già state definite le date per l'anno 2017.

L'Ing. Aggio (RTSA) ha elaborato il documento relativo al sistema di gestione della sicurezza antincendio che è attualmente in corso di verifica ed approvazione.

Sono stati realizzati il 70% dei filtri per la compartimentazione delle scale e gli impianti elevatori presso il Presidio Ospedaliero di Verbania.

La predisposizione dei progetti di adeguamento antincendio da presentare ai VVFF, e la loro realizzazione,



comportano oneri economici significativi. E' stata presentata istanza alla Regione al fine di ottenere un finanziamento straordinario per le spese previste per l'organizzazione e predisposizione delle Squadre degli Addetti Antincendio impiegate, in modo esclusivo, nell'arco delle 24 ore.

Le azioni previste per realizzare l'obiettivo sono state messe in atto.

### Rispetto della normativa antisismica

#### 1. Azioni intraprese per raggiungere l'obiettivo

La classificazione delle zone sismiche, introdotta nel 2003, colloca il Presidio Ospedaliero di Verbania e di Omegna in zona "4" (la più bassa) ed il P.O. di Domodossola in zona "3".

Tenuto conto che tutte le costruzioni hanno decenni di vita è stata eseguita, internamente, una valutazione sommaria con i criteri previsti dal DM 14/01/2008. Il risultato è stato che le strutture non sono adeguabili al rispetto dei parametri previsti.

L'unica azione possibile consiste nella realizzazione di un nuovo Presidio Ospedaliero che contenga i padiglioni "assolutamente necessari" in zona facilmente accessibile e con poche limitazioni ambientali.

In attesa della realizzazione del nuovo Presidio Ospedaliero è stato pubblicato il bando di selezione per un professionista incaricato all'espletamento delle attività relative alle verifiche tecniche dei livelli di sicurezza sismica ai sensi dell'OPCM 3274/2003 e s.m.i.

#### 2. Risultati raggiunti al 31.12.2016

La Regione ha comunicato il perseguimento di una intesa con il Politecnico di Torino per predisporre le relazioni storico strutturali propedeutiche all'analisi di vulnerabilità sismica.

Le relazioni elaborate dal Politecnico sono state trasmesse all'ASL VCO.

L'acquisizione di tali elaborati, secondo quanto dichiarato con e.mail del 5 dicembre 2016 dall'Ing. Carlo SALA, Direttore del coordinamento antisismico regionale, costituisce raggiungimento dell'obiettivo da parte dei Direttori Generali.

\*\*\*\*

ALLEGATI (DA N. 1 A N. 34)



**A.S.L. VCO.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola



**Verbale n. 2 del 29 marzo 2017**  
**dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)**  
**dell'Asl VCO**

Con deliberazione del Direttore Generale n° 12 dell'8 gennaio 2015 si è provveduto, in conformità alla normativa nazionale e regionale vigente, alla costituzione dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) dell'ASL VCO, per il triennio 2015-2017, per lo svolgimento delle funzioni previste dall'art. 14 del D.lgs n. 150 del 27.10.2009, previo espletamento del relativo iter e tenuto conto del parere positivo espresso dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica, con nota pervenuta in data 22 dicembre 2014.

Come risulta dalla citata deliberazione n. 12/2015 i n. 3 componenti individuati, di cui n. 2 esterni ed 1 interno all'azienda, sono:

Componente interno	Dr. Renzo Sandrini
Componente esterno	Dr. Claudio Bianco
Componente esterno	Dr.ssa Patrizia Marta

Con atto deliberativo n. 133 del 1° aprile 2015, al quale si fa rinvio, è stato approvato il Regolamento per il funzionamento dell'O.I.V. dell'ASL VCO.

Dovendo proseguire la valutazione degli obiettivi assegnati, per l'anno 2016, ai Responsabili di Struttura complessa e di Struttura semplice Dipartimentale, si è convocato l'incontro in data odierna, alle ore 14, presso la sede dell'Asl VCO, ad Omegna, 3° piano palazzo Beltrami, Via Mazzini 117.

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

Dr. Claudio Bianco ( componente esterno)

Dr.ssa Patrizia Marta (componente esterno)

Dr. Renzo Sandrini (componente interno)

Segretario verbalizzante, Dr.ssa Giuseppina Primatesta.

Nella seduta odierna l'attività dell'O.I.V. è indirizzata alla valutazione degli obiettivi assegnati, per l'anno 2016, dal Direttore Generale ai Responsabili delle strutture complesse aziendali e delle SOS Dipartimentali, obiettivi approvati con atto deliberativo n. 180 dell'11.5.2016, atto successivamente integrato con deliberazione n. 314 del 9.8.2016.



I Componenti O.I.V. ai fini valutativi (nel rinviare, dal punto di vista metodologico, alle linee di valutazione esplicitate nel verbale n. 1 del 22.3.2017) prendono atto della documentazione raccolta e tengono conto di eventuali ulteriori precisazioni che le Strutture hanno formulato a seguito di specifica richiesta da parte della segreteria, ritenendo che la valutazione dei risultati debba essere effettuata non solo in base ai singoli elementi ma anche tenendo conto di una valutazione complessiva dei comportamenti organizzativi aziendali.

Per quanto attiene la valutazione dell'obiettivo 2016 di oggetto "*Messa in atto azioni definite dalla Soc Farmacia per il rispetto del target spesa farmaceutica*" sono state invitate a partecipare alla seduta odierna la Dr.ssa Laura Poggi e la Dr.ssa Pingitore. La Dr.ssa Poggi, sino alla fine di febbraio 2017, ha svolto le funzioni di Direttore della Soc Farmacia Ospedaliera e, dopo il trasferimento presso l'ASL di Novara, è stata stipulata, dall'1.3.2017, una convenzione con la stessa Azienda per 6 mesi. La Dr.ssa Pingitore svolge le funzioni di Direttore sostituto della Soc Farmacia Ospedaliera.

La Dr.ssa Poggi premette che, nell'ambito del budget per beni e servizi assegnato alle diverse strutture aziendali per l'anno 2016, è ricompresa la spesa farmaceutica (ed il relativo target assegnato dal Direttore della Soc Farmacia). Alle diverse strutture aziendali, per l'anno 2016, è stato attribuito l'obiettivo di mettere in atto le azioni previste nel Piano di Efficientamento 2016 per quanto attiene l'ambito farmaceutico (sia farmacia ospedaliera che territoriale), azioni indispensabili al fine di perseguire il rispetto del target di spesa. La Dr.ssa Poggi dopo aver evidenziato che le Strutture hanno collaborato alla messa in atto delle azioni proposte e di aver assegnato un target a tali strutture, illustra il contenuto della lettera, trasmessa in data 23.2.2017, che riepiloga il grado di raggiungimento degli obiettivi e che ha previsto:

1. Soc che hanno raggiunto pienamente l'obiettivo, mettendo in atto le diverse azioni previste nel Piano di Efficientamento 2016, e rispettando il target di spesa:

Malattie Infettive - Nefrologia - Ortopedia e Traumatologia - Chirurgia - Anestesia e Rianimazione - Pediatria - Neurologia - DEA - Endoscopia - SERT - ORL - Geriatria - Laboratorio Analisi - Anatomia Patologica - RRF

2. Soc che hanno raggiunto l'obiettivo in quanto lo scostamento risulta motivato:

Radioterapia - Radiodiagnostica - Dipartimento di Prevenzione (Sisp)

3. Soc che hanno raggiunto l'obiettivo parzialmente:

Urologia - Salute Mentale - SIMT - Medicina - Oncologia - Diabetologia

4. Soc che hanno raggiunto l'obiettivo previa verifica di alcune condizioni:



Ostetricia e Ginecologia e SPDC (se si è realizzato un incremento dell'attività).

I componenti dell'O.I.V., preso atto della documentazione a supporto valutata in collaborazione con la Dr.ssa Poggi (in qualità di coordinatore dell'obiettivo) e con la Dr.ssa Pingitore, esprimono le seguenti valutazioni:

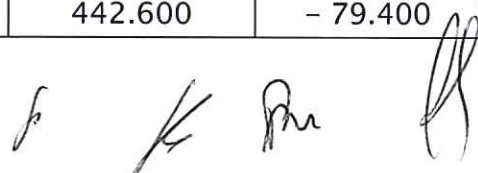
- 100% per le Strutture di cui al punto 1 (che hanno raggiunto pienamente l'obiettivo) e di cui al punto 2 (che hanno raggiunto l'obiettivo tenuto conto di elementi giustificativi forniti dalla Dr.ssa Poggi);
- per le Soc di cui ai punti 3,4 i componenti O.I.V. rinviando la valutazione al momento dell'esame del budget per beni e servizi, effettuando una valutazione complessiva.

\*

Con riferimento alla scheda obiettivi 2016, sezione 1 "*Equilibrio economico finanziario*", dall'esame dei report forniti dal Coordinatore della Struttura funzionale Tecnica Permanente per la Misurazione della Performance, Ing. Fulvio Guerrini, si rilevano, con riferimento alle diverse Strutture aziendali, le risultanze di seguito riportate.

Sezione 1 "*Equilibrio economico finanziario*"



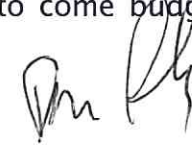
Strutture aziendali	Standard 2016 (€)	Risultato al 31.12.16 (€)	Differenza
Anatomia Patologica	133.000	148.785	+ 15.785
Anestesia e Rianimazione	512.000	812.605	+ 300.605
Cardiologia UTIC Interventistica	3.090.000	3.460.946	+ 370.946
Chirurgia Generale e Vascolare	1.257.000	1.142.053	- 114.947
Diabetologia	256.000	317.290	+ 61.290
Dipartimento di Prevenzione	907.000	790.579	- 116.421
Distretto Domodossola	19.598.000	18.669.490	- 928.510
Distretto Omegna	21.718.544	21.257.000	- 461.544
Distretto Verbania	52.824.000	52.466.250	- 357.750
Endoscopia Digestiva	190.000	229.481	+ 39.481
Farmacia	7.176.000	12.315.749	+ 5.139.749
Geriatrics	128.000	107.712	- 20.288
Laboratorio Analisi	2.514.000	2.544.938	+ 30.938
Malattie Infettive	1.743.000	1.749.247	+ 6.247
Medicina	2.422.000	3.128.038	+ 706.038
Medicina e Chirurgia d'Urgenza	909.000	872.990	- 36.010
Nefrologia	2.360.000	2.191.539	- 168.461
Neurologia	522.000	442.600	- 79.400





Neuropsichiatria Infantile	9.300	13.307	+ 4.407
Oculistica	720.000	787.953	+ 67.953
Oncologia	4.500.000	5.815.561	+ 1.315.561
ORL	239.000	223.178	- 15.822
Ortopedia	1.200.000	1.273.879	+ 73.879
Ostetricia Ginecologia	823.000	681.504	- 141.496
Pediatria	828.000	459.725	- 368.275
Radiodiagnostica	580.000	580.933	+ 933
RRF	37.000	28.971	- 8.029
SERT	794.000	737.403	- 56.597
Servizio Psichiatrico Territoriale	3.122.000	3.193.048	+ 71.048
SIMT	1.744.000	1.558.245	- 185.755
SITRPO	21.000	23.253	+ 2.253
Urologia	348.000	362.735	+ 14.735
Gestione Affari Generali	39.000	25.888	- 13.112
Gestione Affari Legali e Patrimoniali	3.300	6.811	+ 3.511
Gestione Attività di Supporto Direzionale	46.000	60.124	+ 14.124
Gestione budget e Controllo	1.100	259	- 841
Gestione Fornitura e Logistica	147.000	199.843	+ 52.843
Gestione Infrastrutture e Tecnologie Biomediche	25.500	24.049	- 1.451
Gestione delle Risorse Economiche e Finanziarie	13.000	6.590	- 6.410
Gestione delle Risorse Umane	19.000	42.405	+ 23.405
Gestione Tecnologie Informatiche Comunicazione e sistema informativo	3.000	2.216	- 784
Medico Competente	27.000	23.632	- 3.368
Prevenzione e Protezione	8.000	5.827	- 2.173

Con riferimento alle Strutture che hanno sfiorato il budget assegnato per l'anno 2016 i componenti O.I.V., oltre a tener conto delle giustificazioni addotte dai Responsabili di Struttura, esaminano anche l'andamento della produzione 2016, le eventuali precisazioni inserite nelle note allegate alla scheda obiettivi 2016, l'importo assegnato come budget




 4

2016 rapportato allo speso a consuntivo 2015. Ciò premesso, i componenti O.I.V. effettuano le valutazioni di seguito riportate.

- **Soc Anatomia Patologica (+ € 15.785):** come relazionato dalla Dr.ssa Foscolo, lo sforamento va ricondotto: – alla spesa per prodotti relativi a nuove attività (risposta in giornata – nuove richieste per l'applicazione del PDTA ematologico) ed all'incremento della spesa per materiale di consumo afferente alle nuove gare, partite dal mese di aprile 2016, con riguardo a cuvette, lame microtomo, coloranti. Occorre anche osservare che la Dr.ssa Foscolo, nel sottoscrivere la scheda obiettivi 2016, aveva già evidenziato, per il 2016, l'avvio di nuove attività che avrebbero portato ad un aumento dei consumi di materiali e di risorse. Si rileva, inoltre, che il budget 2016 è risultato inferiore allo speso 2015 per € 19.407. I componenti O.I.V. ritengono esaustive le giustificazioni e raggiunto l'obiettivo.
- **Soc Anestesia e Rianimazione (+ € 300.605):** il Dr. Maestrone, nel sottoscrivere la scheda obiettivi 2016, aveva precisato che il contenimento delle spese per beni e servizi era, in parte, legato, alle risorse umane disponibili. A fronte del fatto che erano stati, a quella data, assunti solo n. 2 medici su 3, ne derivava la necessità di ricorrere a consulenze con altre aziende sanitarie ed ex art. 55. Il Dr. Maestrone, inoltre, con lettera del 13.4.2016, avanzò richiesta di sottrarre dal budget di spesa delle discipline chirurgiche (Chirurgia – ORL – Ortopedia – Urologia) tutte le spese relative alle attività anestesilogiche in convenzione, inserendole in toto nel budget del servizio Anestesia al fine di disporre di un controllo diretto sulla gestione delle stesse. Di fatto l'operazione è stata effettuata ma senza adeguare il budget della Soc Anestesia che ha, in tal modo, registrato, per il 2016, una spesa aggiuntiva di € 97.814. I componenti O.I.V. ritengono di sottrarre dallo speso della Soc Anestesia e Rianimazione detto onere (lo sfondamento si riduce, pertanto, da € 300.605 ad € 202.791) seppure si ritiene che, dal punto di vista della contabilità per centri di costo, e per i principi che la caratterizzano, tale operazione non debba essere riproposta per l'anno 2017. Ciò in quanto i costi vanno addebitati alle strutture ordinatrici di spesa. Tenuto inoltre conto che il budget 2016 assegnato alla Soc Anestesia e Rianimazione è risultato inferiore allo speso 2015 per € 203.502, si rileva che, pur non avendo recuperato la differenza, il disavanzo non è aumentato nel 2016. Ciò premesso i componenti O.I.V. ritengono di operare una decurtazione di 2 punti.
- **Soc Cardiologia Utic interventistica (+ € 370.946):** come relazionato dal Direttore della Soc, Dr. Lupi, l'incremento della spesa è dovuto all'acquisto di farmaci e device legato per lo svolgimento dell'attività del laboratorio di emodinamica, che ha fatto registrare, nel 2016, un incremento di attività di circa il 30% rispetto al 2015. Come relazionato dal Dr Lupi, il Laboratorio di Emodinamica che, nel 2015 ha lavorato n. 2 giorni a settimana e nel 2016 ha effettuato n. 3 sedute a settimana, ha fatto registrare la seguente produzione:

2015	n. 395 procedure diagnostiche e 235 procedure interventistiche,
------	---

5



	queste ultime con il posizionamento di 450 stent coronarici (dispositivi di costo medio di € 700).
2016	n. 893 procedure diagnostiche e 490 procedure interventistiche, queste ultime con il posizionamento di 815 stent coronarici (dispositivi di costo medio di € 700).

Il Dr. Lupi, nel sottoscrivere la scheda obiettivi 2016, aveva invitato a tener conto che l'attività di emodinamica, nel 2016, avrebbe fatto registrare un probabile incremento di attività e di costi. I componenti O.I.V. ritengono esaustive le giustificazioni evidenziando che l'attività di emodinamica è ancora in espansione (addirittura si potrebbe arrivare ad attivare il servizio H 24), e raggiunto l'obiettivo.

- **Soc Diabetologia (+ € 61.290):** il confronto tra la spesa 2016 e 2015 evidenzia incrementi un incremento di € 9.210 infatti lo speso 2015 è stato di € 308.080 contro uno speso 2016 di € 317.290. Il budget 2016 è risultato inferiore allo speso 2015 per € 52.000,00. Ciò premesso i componenti O.I.V. ritengono di operare una decurtazione di 1 punto.
- **Sos Dip. Endoscopia Digestiva (+ € 39.481):** occorre rilevare che il Dr. Facciotto, nel sottoscrivere la scheda obiettivi 2016, aveva evidenziato che, nel 2016, si sarebbe registrato un incremento della spesa legato all'introduzione di nuovi contenitori per istologico con formalina imposto dalle norme sulla sicurezza sul lavoro. Nella relazione in merito agli obiettivi 2016 il Direttore della Sos Dip. ha precisato che lo sforamento è sostanzialmente dovuto: – all'adeguamento alle normative sulla sicurezza del lavoro che hanno imposto l'utilizzo dei nuovi contenitori per lo stoccaggio in formalina dei campioni istologici (come già preannunciato); – all'incremento di prestazioni complesse endoscopiche in cui "device" hanno un costo elevato (ci si riferisce, in particolare, a: protesi biliari per neoplasia delle vie biliari, accessori per ERCP e per emostasi). I componenti O.I.V. ritengono esaustive le giustificazioni e raggiunto l'obiettivo.
- **Soc Farmacia (+ € 5.139.749):** la Dr.ssa Poggi, nel sottoscrivere la scheda obiettivi 2016, aveva evidenziato che l'importo del budget non comprendeva l'onere dei farmaci innovativi per l'epatite C. Come si rileva dal dato di spesa al dicembre 2016, la spesa per farmaci contro l'epatite C erogati in regime di distribuzione diretta (oggetto di uno specifico finanziamento regionale) è stato inserito (per un importo pari, per l'anno 2016, ad € 4.500.000,00 netti), la differenza è da attribuire all'incidenza dei farmaci oncologici utilizzati dalla Soc Oncologia e, per una parte, dalla Soc Medicina (farmaci oncoematologici). I componenti OIV nel considerare che particolarmente positiva è la gestione della spesa farmaceutica territoriale, (l'azienda, da anni, si colloca tra le migliori in Piemonte in termini di spesa media pro capite) ritengono di effettuare una valutazione che comprenda la spesa farmaceutica complessiva (sia ospedaliera che territoriale) e di non operare alcuna decurtazione.

b /s Poggi H 6



- **Soc Laboratorio Analisi (+ € 30.938):** il budget 2016 è risultato inferiore allo speso 2015 per € 602.363,00 e tale differenza è stata ampiamente recuperata nel 2016. I componenti O.I.V. ritengono, perciò, di non operare alcuna decurtazione.
- **Soc Malattie Infettive (+ € 6.247):** il budget 2016 è risultato inferiore allo speso 2015 per € 3.946,00. In considerazione dell'entità dello sforamento rispetto al budget di spesa assegnato i componenti O.I.V. ritengono di non operare alcuna decurtazione.
- **Soc Medicina (+ € 706.038):** lo scostamento più significativo è rappresentato dalla spesa farmaceutica ospedaliera, con particolare riguardo ai farmaci oncoematologici rispetto ai quali il Direttore della Soc Farmacia considera in parte giustificabile lo scostamento dal budget. Per quanto attiene le malattie rare l'andamento della spesa 2016 riflette il 2015. Tenuto conto che il budget 2016 è risultato inferiore allo speso 2015 per € 788.744, si rileva che, pur non avendo recuperato la differenza, il disavanzo non è aumentato nel 2016. I componenti O.I.V. ritengono di operare una decurtazione di 2 punti.
- **Soc NPI (+ € 4.407):** come precisato dal Direttore ff della Soc, Dr.ssa Voza, lo sforamento è sostanzialmente dovuto al fatto che la Struttura ha dovuto dotarsi di strumenti testo logici, indispensabili per adeguarsi alle linee guida regionali rispetto alla valutazione clinica dei disturbi specifici di apprendimento, ai sensi della L. n. 170/2010 e della DGR n. 16-7072 (l'importo speso è stato di € 7.607). La Soc da anni non aveva più acquistato test e/o protocolli di notazione. I componenti O.I.V. ritengono di non operare alcun decurtazione.
- **Soc Oculistica (+ € 67.953):** l'aumento della spesa farmaceutica è sostanzialmente legato al numero crescente di pazienti da trattare con farmaci ANTI VEGF (da attribuirsi all'aumento dell'età media di sopravvivenza e della tipologia di malattie trattabili con i farmaci in questione). Va segnalato che anche la produzione 2016 della Struttura, rispetto al 2015, ha subito un incremento (n° cataratte 2016 n° 1225 e 2015 n° 1.120, ovvero 105 in più) con il conseguente aumento dei costi per l'acquisto dei materiali di consumo. Già in fase di sottoscrizione degli obiettivi 2016, nelle note, il Direttore della Soc, Dr. Bordin, aveva precisato (richiamando una lettera del 21.3.2016) che la spesa farmaceutica, nel 2016, avrebbe subito un incremento per l'aumento di pazienti da trattare con farmaci Anti VEGF. Si rileva che il budget 2016 è risultato inferiore allo speso 2015 per € 12.064. I componenti O.I.V. ritengono esaustive le giustificazioni e raggiunto l'obiettivo.
- **Soc Oncologia (+ € 1.315.561):** come risulta dalla relazione predisposta dal Responsabile ff della Soc Oncologia, Dr.ssa Fedeli, la criticità è rappresentata dall'elevato costo dei farmaci biologici (che trovano sempre maggiori possibilità di utilizzo in molte patologie neoplastiche), malgrado l'applicazione del *drug day* per il risparmio nella loro preparazione. La minor tossicità delle nuove molecole le rende proponibili anche a pazienti non più giovani. Il Direttore della Soc Farmacia ritiene di giustificare, per il 50%, lo sforamento del budget. Tenuto conto che il budget 2016 è risultato inferiore allo speso 2015 per € 485.075, i componenti O.I.V. ritengono di operare una decurtazione di 3,5 punti.


 7



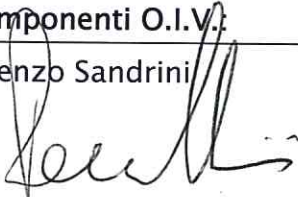

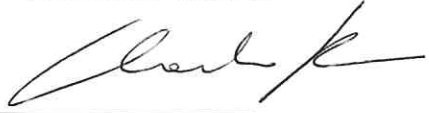
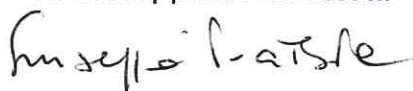
- **Soc Ortopedia (+ € 73.879):** come risulta dalla relazione predisposta dal Responsabile della Soc Ortopedia, Dr. Uderzo, l'aumento dei ricoveri e degli interventi chirurgici rispetto al 2015 (+ 112 casi rispetto al 2015) ha comportato un incremento della spesa. Tenuto conto che il budget 2016 è risultato inferiore allo speso 2015 per € 98.133 si rileva che, pur non avendo recuperato del tutto la differenza, il disavanzo non è aumentato nel 2016. Ciò premesso i componenti O.I.V. ritengono di non operare alcuna decurtazione.
- **Soc Servizio Psichiatrico territoriale (+ € 71.048):** come risulta dalla relazione predisposta dal Responsabile ff della Soc, Dr.ssa Omezzolli, l'incremento della spesa è legato al fatto che, nel corso del 2016, sono stati effettuati n. 72 ricoveri presso l'SPDC (per n. 251 giornate di degenza) provenienti da OBI che si sono protratti per più di 30 giorni. Si è trattato di pazienti con polipatologie che hanno previsto l'assunzione di terapie complesse e dispositivi che, normalmente, non vengono utilizzati presso i reparti psichiatrici. Per quanto attiene la spesa afferente l'ambito della salute mentale territoriale la Dr.ssa Omezzolli rileva, inoltre, che l'aumento dei nuovi casi di esordi psicotici in età giovanile comporta la necessità di utilizzare farmaci di ultima generazione, che presentano minori effetti collaterali ma hanno un costo elevato, come era già stato osservato nelle note agli obiettivi 2016. D'altra parte non si possono negare al paziente terapie meno cronicizzanti seppure più costose. Il Responsabile ff della Soc, Dr.ssa Omezzolli, già nel sottoscrivere la scheda obiettivi 2016, aveva evidenziato le difficoltà nel contenimento della spesa tenuto conto dell'aumento dei ricoveri in Comunità Terapeutiche disposto dall'Autorità Giudiziaria per pazienti autori di reato (spesso pazienti con doppia diagnosi e talora rifugiati). Tenuto conto delle giustificazioni prodotte ed osservato che il budget 2016 è risultato inferiore allo speso 2015 per € 241.923 i componenti O.I.V. ritengono di non operare alcuna decurtazione.
- **Soc Sitrpo (+ € 2.253):** come risulta dalla relazione predisposta dal Responsabile ff della Soc, Dr. Senestraro, lo sfioramento della spesa rispetto allo standard è dovuto alla necessità di autorizzare l'acquisto di calzature conformi alla normativa sui D.P.I. e plantari da utilizzare con i D.P.I. in dotazione. L'acquisto, effettuato sulla base di una specifica prescrizione del Medico Competente, è stato attribuito, erroneamente, al budget per beni e servizi della Soc Sitrpo anziché a quello assegnato alla Soc per la sicurezza sul lavoro. I componenti O.I.V. ritengono raggiunto l'obiettivo.
- **Soc Urologia (+ € 14.735):** il budget 2016 è risultato inferiore allo speso 2015 per € 6.720,00. I componenti O.I.V. ritengono di non operare alcuna decurtazione.

Si rinvia ad una successiva seduta la valutazione dello sfioramento di spesa riferito alle Strutture: Soc Gestione Affari Legali e Patrimoniali – Soc Gestione Attività di Supporto Direzionale – Soc Gestione Fornitura e Logistica – Soc Gestione delle Risorse Umane.

La seduta si conclude alle ore 18,05.

*[Firma]* *[Firma]* *[Firma]* *[Firma]*

*Letto, confermato e sottoscritto.*

I Componenti O.I.V.:	
Componente interno	Dr. Renzo Sandrini 
Componente esterno	Dr.ssa Patrizia Marta 
Componente esterno	Dr. Claudio Bianco 
Segretario Verbalizzante	Dr.ssa Giuseppina Primatesta 







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

**Verbale n. 3 del 5 aprile 2017  
dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)  
dell'Asl VCO**

Con deliberazione del Direttore Generale n° 12 dell'8 gennaio 2015 si è provveduto, in conformità alla normativa nazionale e regionale vigente, alla costituzione dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) dell'ASL VCO, per il triennio 2015-2017, per lo svolgimento delle funzioni previste dall'art. 14 del D.lgs n. 150 del 27.10.2009, previo espletamento del relativo iter e tenuto conto del parere positivo espresso dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica, con nota pervenuta in data 22 dicembre 2014.

Come risulta dalla citata deliberazione n. 12/2015 i n. 3 componenti individuati, di cui n. 2 esterni ed 1 interno all'azienda, sono:

Componente interno	Dr. Renzo Sandrini
Componente esterno	Dr. Claudio Bianco
Componente esterno	Dr.ssa Patrizia Marta

Con atto deliberativo n. 133 del 1° aprile 2015, al quale si fa rinvio, è stato approvato il Regolamento per il funzionamento dell'O.I.V. dell'ASL VCO.

L'incontro odierno è stato convocato, alle ore 14, presso la sede dell'Asl VCO, ad Omegna, 3° piano palazzo Beltrami, Via Mazzini 117, al fine di iniziare le verifiche di cui alla delibera A.N.A.C. n. 236/2017, in tema di trasparenza, emanata in conformità a quanto disposto dal comma 4, lettera g, dell'art. 14 del D.Lgs n. 150/2009, e di proseguire la valutazione degli obiettivi assegnati, per l'anno 2016, ai Responsabili di Struttura complessa e di Struttura semplice Dipartimentale.

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

Dr. Claudio Bianco ( componente esterno)

Dr.ssa Patrizia Marta (componente esterno)

Dr. Renzo Sandrini (componente interno)

Segretario verbalizzante, Dr.ssa Giuseppina Primatesta.



Come previsto dalla deliberazione A.N.A.C. n. 236/2017 sono tenuti all'attestazione sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31 marzo 2017 gli O.I.V., avvalendosi della collaborazione del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza. A questo proposito il componente interno dell'O.I.V., Dr. Renzo Sandrini, segnala che, con atto deliberativo n. 97 del 28.2.2017, anche tenuto conto di quanto disposto da ANAC, è stata nominato un unico responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, la Dr.ssa Giuseppina Primatesta (già responsabile della trasparenza). Viene meno dalle funzioni di prevenzione della corruzione il Dr. Luigi Petrone, da tempo dimissionario.

E' presente all'incontro anche il Collaboratore Amministrativo dell'Ufficio relazioni con il Pubblico (U.R.P.), Signora Barbara Zoni, che cura la pubblicazione dei dati, nella sezione Amministrazione Trasparente, trasmessi da coloro i quali sono stati individuati come Responsabili dei vari obblighi di pubblicazione.

L'attestazione richiesta al 31 marzo 2017 è limitata ad un numero circoscritto di obblighi di pubblicazione risultanti dalla griglia contenuta nell'allegato 1 alla delibera n. 236. Le attestazioni degli O.I.V. riferite al 31.3.2017, da predisporre utilizzando il modello contenuto nell'allegato 1 e complete della griglia di rilevazione (All. 2) e della scheda di sintesi (All. 3), devono essere pubblicate nel sito aziendale, sezione "amministrazione trasparente", entro il 30 aprile 2017, da parte del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Come precisato nell'allegato 4 alla Delibera n. 236/2017, occorre compilare la griglia di rilevazione al 31.3.2017 (allegato 1 alla delibera A.N.A.C. n. 236/2017) che consente di rilevare la pubblicazione, all'interno della sezione "amministrazione trasparente" del sito dell'Asl, dei dati previsti dalla normativa vigente.

Come precisato nel medesimo allegato, gli elementi della griglia (foglio n. 1) da valutare attengono: - alla pubblicazione - alla completezza del contenuto - alla completezza rispetto agli uffici - all'aggiornamento - all'apertura del formato.

Per ogni obbligo inserito nella griglia di rilevazione deve essere verificata l'avvenuta pubblicazione dei dati e delle informazioni previste dalla normativa con l'indicazione di un valore compreso, a seconda dei casi, tra 0 e 2 oppure tra 0 e 3, che fornisce la misura del grado di adempimento da parte dell'amministrazione soggetta a controllo.

Qualora uno o più obblighi oggetto di verifica non siano applicabili alle amministrazioni verrà inserito il valore "n/a" (non applicabile).

I componenti dell'O.I.V., nella seduta odierna, esaminano la griglia di rilevazione al 31.3.2017, foglio 1, in presenza del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, Dr.ssa Giuseppina Primatesta, verificando il contenuto pubblicato nella sezione "*Amministrazione trasparente*" nell'ambito del sito istituzionale.

Il foglio 2 "uffici periferici, articolazioni e corpi" non è stato compilato in quanto l'Azienda non presenta tale articolazione.






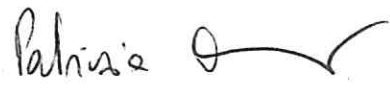
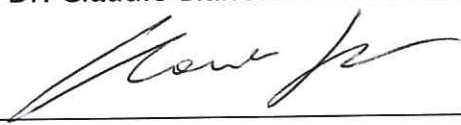

Rispetto al contenuto della griglia i componenti O.I.V. chiedono al Responsabile della Prevenzione della corruzione e della trasparenza di effettuare alcuni approfondimenti con particolare riguardo:

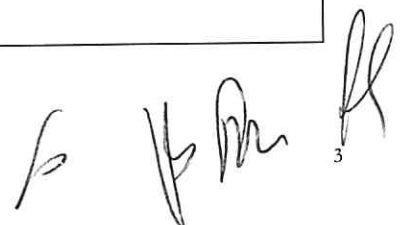
Sezione livello 1 "Beni immobili e gestione patrimonio"	Approfondimenti in merito all'aggiornamento.
Sottosezione livello 2 "Patrimonio immobiliare"	

Sezione livello 1 "Controlli e rilievi sull'Amministrazione"	Approfondimenti in merito al formato.
Sottosezione livello 2 "Organi di revisione amministrativa e contabile"	
Sottosezione livello 2 "Corte dei Conti"	

Pertanto, i componenti dell'O.I.V. rinviando ad un successivo incontro, programmato per l'11 aprile, la conclusione della verifica e la conclusione della griglia di rilevazione (foglio 1) e la predisposizione: – del documento di attestazione (di cui all'allegato 1 alla delibera n. 236); – della scheda di sintesi sulla rilevazione dell'OIV (di cui all'allegato 3 alla delibera n. 236).

*Letto, confermato e sottoscritto.*

I Componenti O.I.V.:	
Componente interno	Dr. Renzo Sandrini 
Componente esterno	Dr.ssa Patrizia Marta 
Componente esterno	Dr. Claudio Bianco 
Segretario Verbalizzante	Dr.ssa Giuseppina Primatesta 


 3

\*

I componenti O.I.V. proseguono nella valutazione degli obiettivi assegnati, per l'anno 2016, dal Direttore Generale ai Responsabili di Struttura complessa e di Struttura semplice Dipartimentale, obiettivi approvati con atto deliberativo n. 180 dell'11.5.2016, atto successivamente integrato con deliberazione n. 314 del 9.8.2016. I Componenti O.I.V. ai fini valutativi (nel rinviare, dal punto di vista metodologico, alle linee di valutazione esplicitate nel verbale n. 1 del 22.3.2017) prendono atto della documentazione raccolta e tengono conto di eventuali ulteriori precisazioni che le Strutture hanno formulato a seguito di specifica richiesta da parte della segreteria, ritenendo che la valutazione dei risultati debba essere effettuata non solo in base ai singoli elementi ma anche tenendo conto di una valutazione complessiva dei comportamenti organizzativi aziendali.

Per quanto attiene gli obiettivi in relazione ai quali il coordinamento è stato realizzato dalla Soc Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio si precisa quanto segue:

- obiettivo *"collaborazione con la Soc Gestione Risorse Economiche e Finanziarie per realizzare il monitoraggio trimestrale della spesa nel rispetto della tempistica indicata dalla Soc"*.

La Responsabile della Soc Gestione Risorse Economiche e Finanziarie, Dr.ssa Succi, con nota prot. n. 41995 del 24.2.2017, ha comunicato il pieno raggiungimento dell'obiettivo per tutte le strutture coinvolte, ad eccezione della Soc Supporto Direzionale che ha raggiunto parzialmente l'obiettivo (75%) non avendo inviato i dati relativi al 1° trimestre 2016.

Il Dr. Sandrini lascia la seduta per poi rientrare al termine del confronto tra i componenti esterni O.I.V.

Il Direttore della Soc Supporto Direzionale, Dr. Sandrini, nella relazione in merito al grado di raggiungimento degli obiettivi 2016, osserva che l'operatore che, di norma, svolgeva questa attività è stato trasferito, nel 2015, ad altro servizio e mai sostituito. Non è stato pertanto possibile rispettare completamente i tempi prescritti per il monitoraggio. I componenti O.I.V. ritengono di operare una decurtazione di 2 punti rispetto al peso dell'obiettivo.

- obiettivo *"collaborazione con la Soc Gestione Risorse Economiche e Finanziarie alla predisposizione di procedure amministrativo contabili da sottoporre, in fase successiva, alle verifiche e revisioni contabili (ai sensi dell'art. 2 del Decreto Ministero Salute 17.9.2012) necessarie per giungere alla certificazione del bilancio"*.

La Responsabile della Soc Gestione Risorse Economiche e Finanziarie, Dr.ssa Succi, con nota prot. n. 41995 del 24.2.2017, ha comunicato il pieno raggiungimento dell'obiettivo per tutte le strutture coinvolte.

Per quanto attiene l'obiettivo *"Messa in atto interventi previsti dall'Unità di Rischio"* il Direttore della Soc Affari Generali Legali ed Istituzionali, Avv. Cinzia Meloda, con lettera prot. n. 12053 del 24.2.2017, ha precisato che tutte le Strutture Sanitarie che hanno

*[Firma]* *[Firma]* *[Firma]* *[Firma]*



ricevuto prescrizioni nell'ambito della gestione delle segnalazioni del rischio clinico (indicate nell'allegato 2 alla medesima nota), hanno offerto la necessaria collaborazione raggiungendo l'obiettivo al 100%.

\*


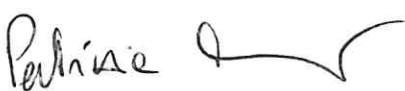

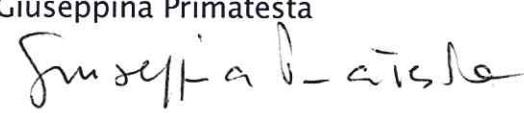
Nell'ambito della sezione della scheda obiettivi 2016 "*Obiettivi specifici di Soc*" rientrano anche i seguenti obiettivi: – "consegna inventario beni di consumo entro il 7.1.2017" e – "Restituzione alla Soc Gestione Risorse Umane dei tabulati mensili di presenza entro il 15 del mese successivo". In merito agli stessi si precisa quanto segue:

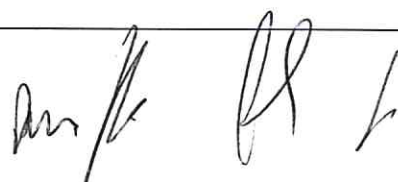
– obiettivo "*Inventario beni di consumo: compilazione e restituzione alla Soc Budget e Controllo dei tabulati*" il Responsabile del Controllo di Gestione, Ing. Fulvio Guerrini, ha comunicato, con lettera prot. n. 19288 del 31.3.2017, che tutti i Servizi coinvolti hanno raggiunto l'obiettivo;

– obiettivo "*Restituzione alla Soc Gestione Risorse Umane dei tabulati mensili di presenza entro il 15 del mese successivo*" la Responsabile della Soc Gestione Personale e Formazione ha evidenziato di criticità nella consegna dei tabulati per quanto attiene la Soc Cardiologia e la Soc Medicina Chirurgia d'Urgenza. I componenti O.I.V. invitano la segreteria a chiedere spiegazioni in merito ai Direttori delle Strutture Cardiologia e Dea, riconoscendo il raggiungimento del 100% a tutte le altre strutture aziendali.

La seduta si conclude alle ore 17,20.

*Letto, confermato e sottoscritto.*

I Componenti O.I.V.:	
Componente interno	Dr. Renzo Sandrini 
Componente esterno	Dr.ssa Patrizia Marta 
Componente esterno	Dr. Claudio Bianco 
Segretario Verbalizzante	Dr.ssa Giuseppina Primatesta 





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

**Verbale n. 4 dell'11 aprile 2017  
dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)  
dell'Asl VCO**

Con deliberazione del Direttore Generale n° 12 dell'8 gennaio 2015 si è provveduto, in conformità alla normativa nazionale e regionale vigente, alla costituzione dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) dell'ASL VCO, per il triennio 2015-2017, per lo svolgimento delle funzioni previste dall'art. 14 del D.lgs n. 150 del 27.10.2009, previo espletamento del relativo iter e tenuto conto del parere positivo espresso dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica, con nota pervenuta in data 22 dicembre 2014.

Come risulta dalla citata deliberazione n. 12/2015 i n. 3 componenti individuati, di cui n. 2 esterni ed 1 interno all'azienda, sono:

Componente interno	Dr. Renzo Sandrini
Componente esterno	Dr. Claudio Bianco
Componente esterno	Dr.ssa Patrizia Marta

Con atto deliberativo n. 133 del 1° aprile 2015, al quale si fa rinvio, è stato approvato il Regolamento per il funzionamento dell'O.I.V. dell'ASL VCO.

L'incontro odierno è stato convocato, alle ore 14, presso la sede dell'Asl VCO, ad Omegna, 3° piano palazzo Beltrami, Via Mazzini 117, al fine di concludere le verifiche di cui alla delibera A.N.A.C. n. 43 del 20 gennaio 2016, in tema di trasparenza, emanata in conformità a quanto disposto dal comma 4, lettera g, dell'art. 14 del DL.gs n. 150/2009 e di proseguire la valutazione degli obiettivi assegnati, per l'anno 2016, ai Responsabili di Struttura complessa e di Struttura semplice Dipartimentale e per

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

Dr. Claudio Bianco ( componente esterno)

Dr.ssa Patrizia Marta (componente esterno)

Dr. Renzo Sandrini (componente interno)

Segretario verbalizzante, Dr.ssa Giuseppina Primatesta.





I Componenti O.I.V., nella precedente seduta del 5 aprile 2017, alla presenza del Responsabile della Prevenzione della corruzione e della trasparenza, Dr.ssa Giuseppina Primatesta, e del Collaboratore Amministrativo dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) Sig.ra Barbara Zoni (che cura la pubblicazione dei dati, nella sezione Amministrazione Trasparente, trasmessi da coloro i quali sono stati individuati come Responsabili dei vari obblighi di pubblicazione) al fine di procedere all'attestazione sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31 marzo 2017, di cui alla delibera ANAC n. 236/2017, hanno compilato il foglio 1 della griglia di rilevazione al 31.3.2017 (allegato 1 alla delibera A.N.A.C. n. 236/2017) che consente di rilevare la pubblicazione, all'interno della sezione "Amministrazione Trasparente" del sito dell'Asl, dei dati previsti dalla normativa vigente. Sono stati valutati i seguenti elementi della griglia afferenti: alla pubblicazione – alla completezza del contenuto – alla completezza rispetto agli uffici – all'aggiornamento – all'apertura del formato.

Per ogni obbligo inserito nella griglia di rilevazione è stata verificata l'avvenuta pubblicazione dei dati e delle informazioni previste dalla normativa con l'indicazione di un valore compreso, a seconda dei casi, tra 0 e 2 oppure tra 0 e 3, che fornisce la misura del grado di adempimento da parte dell'amministrazione soggetta a controllo.

Il foglio 2 "uffici periferici, articolazioni e corpi" non è stato compilato in quanto l'Azienda non presenta tale articolazione.

Nel corso della seduta del 5 aprile i componenti O.I.V. hanno chiesto al Responsabile della Prevenzione della corruzione e della trasparenza di effettuare approfondimenti in merito a taluni obblighi riportati nel foglio 1 della griglia di rilevazione con particolare riguardo:

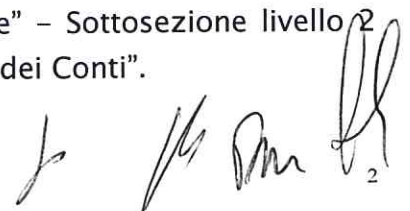
Sezione livello 1 "Beni immobili e gestione patrimonio"	Approfondimenti in merito all'aggiornamento.
Sottosezione livello 2 "Patrimonio immobiliare"	

Sezione livello 1 "Controlli e rilievi sull'Amministrazione"	Approfondimenti in merito al formato.
Sottosezione livello 2 "Organi di revisione amministrativa e contabile"	
Sottosezione livello 2 "Corte dei Conti"	

ed hanno rinviato ad un successivo incontro la conclusione della verifica.

Nella seduta odierna si esaminano, nuovamente, le seguenti sezioni/sottosezioni:

- sezione livello 1 "Beni immobili e gestione patrimonio" – sottosezione livello 2 "Patrimonio immobiliare";
- sezione livello 1 "Controlli e rilievi sull'Amministrazione" – Sottosezione livello 2 "Organi di revisione amministrativa e contabile" e "Corte dei Conti".


 2

I componenti O.I.V. ritengono esaustivi gli approfondimenti richiesti.

Per quanto attiene il formato si evidenzia che: – con riguardo al Collegio Sindacale, i verbali pubblicati non sono in formato aperto in quanto viene utilizzata una procedura ministeriale "Pisa"; – i rilievi formulati dalla Corte dei Conti sono stati pubblicati così come trasmessi dalla Corte dei Conti ovvero in formato non aperto.



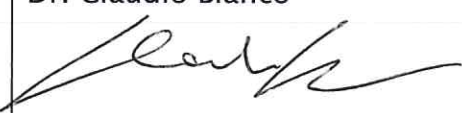

L'O.I.V., terminato l'esame della griglia di cui alla citata delibera n. 236/2017, ed esaminati gli approfondimenti richiesti al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, predispone:

- il documento di attestazione (di cui all'allegato 1 alla delibera n. 236);
- la scheda di sintesi sulla rilevazione dell'OIV (di cui all'allegato 3 alla delibera n. 236).

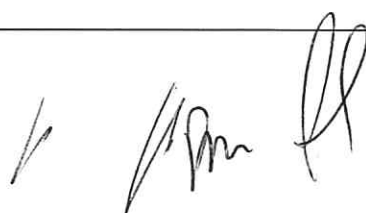
I componenti dell'O.I.V. invitano il Responsabile della trasparenza a curare la pubblicazione, entro e non oltre il 30.4.2017, nel sito dell'ASL VCO, nella sezione "Amministrazione trasparente", dei seguenti documenti:

- della griglia di rilevazione al 31.3.2017 (di cui all'allegato 2 alla delibera n.236);
- del documento di attestazione (di cui all'allegato 1 alla delibera n. 236);
- della scheda di sintesi sulla rilevazione dell'OIV (di cui all'allegato 3 alla delibera n. 236);
- dei verbali delle sedute O.I.V. del 5 aprile e dell'11 aprile 2017 afferenti alla tematica in esame.

**Letto, confermato e sottoscritto.**

I Componenti O.I.V.:	
Componente interno	Dr. Renzo Sandrini 
Componente esterno	Dr.ssa Patrizia Marta 
Componente esterno	Dr. Claudio Bianco 
Segretario Verbalizzante	Dr.ssa Giuseppina Primatesta 

\*





I componenti O.I.V. proseguono nella valutazione degli obiettivi assegnati, per l'anno 2016, dal Direttore Generale ai Responsabili di Struttura complessa e di Struttura semplice Dipartimentale, obiettivi approvati con atto deliberativo n. 180 dell'11.5.2016, atto successivamente integrato con deliberazione n. 314 del 9.8.2016. I Componenti O.I.V. ai fini valutativi (nel rinviare, dal punto di vista metodologico, alle linee di valutazione esplicitate nel verbale n. 1 del 22.3.2017) prendono atto della documentazione raccolta e tengono conto di eventuali ulteriori precisazioni che le Strutture hanno formulato a seguito di specifica richiesta da parte della segreteria, ritenendo che la valutazione dei risultati debba essere effettuata non solo in base ai singoli elementi ma anche tenendo conto di una valutazione complessiva dei comportamenti organizzativi aziendali.

Viene invitata a partecipare all'incontro, per quanto attiene la sezione "qualità" della scheda obiettivi 2016, la coordinatrice dell'obiettivo, Dr.ssa Margherita Bianchi, Referente dell'Equipe professionale qualità accreditamento, la quale illustra, ai componenti O.I.V., il grado di raggiungimento degli obiettivi e la documentazione presentata dai Direttori di Struttura a supporto del raggiungimento degli obiettivi.

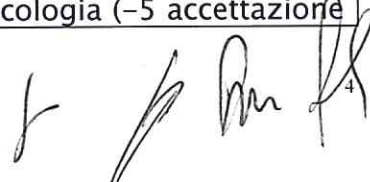
Al termine dell'iter valutativo i componenti O.I.V. esprimono le seguenti valutazioni:

➤ **Strutture che hanno raggiunto l'obiettivo al 100%:**

Anatomia Patologica - Dipartimento di Prevenzione - Endoscopia Digestiva - Farmacia - Geriatria - Nefrologia - Neurologia - NPI - ORL - Psicologia - Sert - SIMT.

➤ **Strutture che hanno raggiunto parzialmente l'obiettivo:**


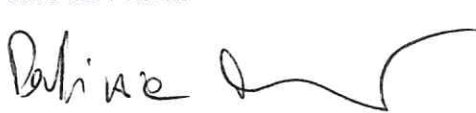

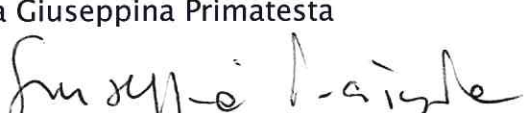
Anestesia e Rianimazione (- 2 prericovero; - 5 manuale sicurezza sala operatoria) Cardiologia (- 2 consulenze entro 1 ora da dea; -1 pdta frattura femore) Chirurgia (- 1 pdta tumore colon retto - 1 prericovero) Cure Palliative (- 1 pdta pz dolore oncologico) Diabetologia (non valutabile) Direzione Sanitaria (- 2 attivazione prericovero in 1 giorno; - 1 attivazione accettazione diretta pz già in carico in amb/DH con triage oncologico) Distretto Domodossola, Omegna e Verbania (- 1 pdta continuità assistenziale-appropriatezza trattamento farmacologico BPCO; - 4 applicazione DGR 51-2485/2015) Laboratorio Analisi (- 3 monitoraggio tempistiche profilo sca; -3 monitoraggio non conformità preanalitica; - 2 progetto appropriatezza consumo antibiotici e antifungini) Malattie Infettive (- 2 progetto appropriatezza consumo antibiotici e antifungini) - Medicina e Chirurgia d'Urgenza (-1 Pdta frattura femore; - 2 audit clinici) Medicina (-2 applicazione dgr 27-3628/2012; -4 appropriatezza uso eparine a basso peso molecolare - 2 progetto appropriatezza consumo antibiotici e antifungini) - Oculistica (-3 prericovero in 1 giorno) - Oncologia (-5 accettazione

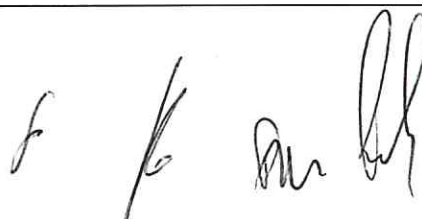


diretta pz già in carico in amb. con triage oncologico) Ortopedia e Traumatologia (-1 prericovero 1 giorno) Ostetricia e Ginecologia (-3 raccomandazione ministeriale n. 6 - 2 raccomandazione ministeriale n. 16) Pediatria (-4 raccolta dati monitoraggio percorso nascita) Radiodiagnostica (-2 verifica appropriatezza richieste radiologiche in pz da Soc MCU) Radioterapia (-1 validazione e monitoraggio procedura accettazione e identificazione pz; -2 Implementazione tecnica stereotassica guidata dalle immagini) RRF (-4 procedura gestione ricoveri riabilitativi cardio-respiratori) Salute Mentale Territoriale (- 1 monitoraggio procedure aziendali con raccolta indicatori di processo; - 3 redazione procedura per attivare modello collaborazione e supporto famiglia pz con patologie psichiatriche) SITRPO (-3 redazione, revisione, monitoraggio PDTA e procedura aziendali di competenza) Urologia (-1 attivazione prericovero; - 2 garantire diagnosi nella stessa giornata del prelievo per esami ambulatoriali di alto impatto psicologico).

La seduta si conclude alle ore 18,20.

*Letto, confermato e sottoscritto.*

I Componenti O.I.V.:	
Componente interno	Dr. Renzo Sandrini 
Componente esterno	Dr.ssa Patrizia Marta 
Componente esterno	Dr. Claudio Bianco 
Segretario Verbalizzante	Dr.ssa Giuseppina Primatesta 







**A.S.L. V.C.O.**  
Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola



**Verbale n. 5 del 20.4.2017  
dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)  
dell'Asl VCO**

Con deliberazione del Direttore Generale n° 12 dell'8 gennaio 2015 si è provveduto, in conformità alla normativa nazionale e regionale vigente, alla costituzione dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) dell'ASL VCO, per il triennio 2015-2017, per lo svolgimento delle funzioni previste dall'art. 14 del D.lgs n. 150 del 27.10.2009, previo espletamento del relativo iter e tenuto conto del parere positivo espresso dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica, con nota pervenuta in data 22 dicembre 2014.

Come risulta dalla citata deliberazione n. 12/2015 i n. 3 componenti individuati, di cui n. 2 esterni ed 1 interno all'azienda, sono:

Componente interno	Dr. Renzo Sandrini
Componente esterno	Dr. Claudio Bianco
Componente esterno	Dr.ssa Patrizia Marta

Con atto deliberativo n. 133 del 1° aprile 2015, al quale si fa rinvio, è stato approvato il Regolamento per il funzionamento dell'O.I.V. dell'ASL VCO.

L'incontro odierno è stato convocato, alle ore 14, presso la sede dell'Asl VCO, ad Omegna, 3° piano palazzo Beltrami, Via Mazzini 117, al fine di proseguire la valutazione degli obiettivi assegnati, per l'anno 2016, ai Responsabili di Struttura complessa e di Struttura semplice Dipartimentale.

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

Dr. Claudio Bianco (componente esterno)

Dr.ssa Patrizia Marta (componente esterno)

Dr. Renzo Sandrini (componente interno)

Segretario verbalizzante, Dr.ssa Giuseppina Primatesta.

I componenti O.I.V. proseguono nella valutazione degli obiettivi assegnati, per l'anno

2016, dal Direttore Generale ai Responsabili di Struttura complessa e di Struttura semplice Dipartimentale, obiettivi approvati con atto deliberativo n. 180 dell'11.5.2016, atto successivamente integrato con deliberazione n. 314 del 9.8.2016. I Componenti O.I.V. ai fini valutativi (nel rinviare, dal punto di vista metodologico, alle linee di valutazione esplicitate nel verbale n. 1 del 22.3.2017) prendono atto della documentazione raccolta e tengono conto di eventuali ulteriori precisazioni che le Strutture hanno formulato a seguito di specifica richiesta da parte della segreteria, ritenendo che la valutazione dei risultati debba essere effettuata non solo in base ai singoli elementi ma anche tenendo conto di una valutazione complessiva dei comportamenti organizzativi aziendali.

Nella sezione della scheda obiettivi 2016 *"Obiettivi di mandato e/o azioni strategiche"* sono ricompresi, tra gli altri, i seguenti obiettivi:

- *"Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali"*;
- *"Cartella elettronica (PHI) di ricovero ed ambulatoriale: compilazione del referto della prestazione erogata, sia con riguardo alle consulenze specialistiche per interni e per urgenze sia con riguardo alle prestazioni per esterni"*;
- *"Dematerializzata: introduzione, nel sistema, del nuovo catalogo regionale"*;
- *"Riordino del flusso della specialistica ambulatoriale al fine di diminuire il numero di prestazioni non accettate dalla Regione"*.

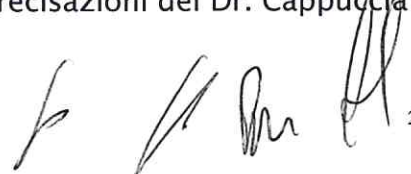
Viene invitata a partecipare alla seduta la Dr.ssa Anna Gagliardi per relazionare in merito ai suddetti obiettivi.

La Dr.ssa Gagliardi illustra la nota del 22 febbraio 2017 con la quale ha relazionato in merito al raggiungimento degli obiettivi. Per quanto attiene la dematerializzata evidenza, per l'anno 2016, la criticità della gestione delle ricette dematerializzate relativamente alla Soc Laboratorio Analisi. A tutt'oggi le ricette sono accettate in Laboratorio solo nell'ambito di uno sportello pilota.

La Dr.ssa Gagliardi integra quanto precisato nella relazione evidenziando che la cartella elettronica (Phi) viene utilizzata dalle Strutture aziendali mentre, per quanto attiene l'invio dei flussi, osserva che le scadenze di invio sono state globalmente rispettate ed i contenuti sono risultati complessivamente adeguati alle direttive regionali.

I componenti O.I.V. ritengono, pertanto: - di considerare raggiunti gli obiettivi (per tutte le strutture coinvolte) relativi al rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi ed alla cartella clinica.

Per quanto attiene la dematerializzata il Direttore della Soc Laboratorio Analisi, Dr. Cappuccia, nella relazione in merito agli obiettivi 2016, evidenzia la gestione incompleta della dematerializzata a causa del pensionamento di personale laureato dedicato al settore informatico. I componenti O.I.V. tenuto conto delle precisazioni del Dr. Cappuccia ritengono di operare una decurtazione di n. 5 punti.





Per quanto attiene l'obiettivo relativo al riordino del flusso della specialistica ambulatoriale al fine di diminuire il numero di prestazioni non accettate dalla Regione, la Dr.ssa Gagliardi, nella relazione in merito agli obiettivi 2016, ritiene che l'obiettivo sia raggiunto. In merito osserva che *"per il raggiungimento dell'obiettivo è stata realizzata l'informatizzazione della cartella ambulatoriale integrata con il sistema di prenotazione al fine di consentire la presa in carico centralizzata delle prestazioni, la gestione in cartella ambulatoriale dell'attività clinica svolta con la produzione di un referto informatico e l'erogazione automatica della prestazione. Per tutte le prestazioni per cui viene rispettato il processo automatizzato la rendicontazione automatica consente una diminuzione delle prestazioni non accettate dalla Regione. E' in fase di approfondimento la gestione dei casi ambulatoriali specialistici per i quali si stanno analizzando le modalità operative più idonee (un esempio la gestione dei cicli di prestazione quali quelle fisiatriche, dialitiche ecc).*

I componenti O.I.V. esaminando i report forniti dalla Soc Controllo di Gestione evidenziano che la criticità legata alla perdita di dati del flusso della specialistica, rilevata anche nel 2016, sussiste a tutt'oggi. Per comprendere meglio il problema viene invitato a partecipare alla seduta l'Ing. Fulvio Guerrini.

L'Ing. Guerrini, nell'evidenziare che, durante l'intero anno 2016, è stato effettuato un costante monitoraggio della problematica (inviando i report alle diverse Strutture aziendali ed alla Soc ICT), osserva che la stessa, già rilevata nel 2015, non ha trovato una soluzione nell'anno 2016.

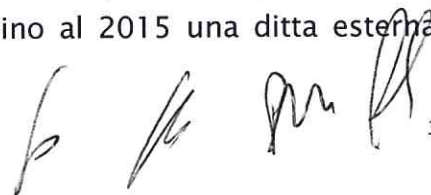
Nell'anno 2017 la Direzione Generale, in considerazione dell'esistenza di tali criticità, ovvero dello scostamento tra l'attività svolta ed il risultato fornito dal flusso informativo, ha costituito un Gruppo di Progetto denominato "Flussi", coordinato dall'Ing. Guerrini (durata del progetto: marzo 17 - febbraio 18).

Partecipano al gruppo le seguenti Strutture aziendali: Distretto VCO, Gestione Attività Territoriali, Direzione Sanitaria Presidi ospedalieri Asl VCO, Gestione infrastrutture tecnologie reti e applicativi, Farmacia.

Gli obiettivi da perseguire indicati dalla Direzione Generale sono i seguenti:

- 1) Individuazione e valutazione delle criticità presenti lungo la filiera del risultato del flusso informativo: attività, registrazione, elaborazione interna ed esterna, risultato.
- 2) Individuazione delle azioni coerenti per ridurre/annullare le criticità che determinano ricadute negative di natura economica e gestionali.
- 3) Messa atto delle azioni individuate.
- 4) Verifica in merito all'esito delle azioni messe in atto.

L'Ing. Guerrini evidenzia di aver effettuato una prima analisi del problema (si rinvia alla specifica relazione depositata agli atti della segreteria). Fino al 2015 una ditta esterna





registrava tutte le prestazioni della specialistica ambulatoriale utilizzando il programma di consuntivazione WBS (flussi C, C4, C5). Per tutto l'anno 2016 la Ditta esterna è stata sostituita con personale interno, peraltro non sufficiente ad evitare ritardi nella consuntivazione.

Le prestazioni del flusso C4 risultano, per alcuni reparti parzialmente consuntivate, per altri reparti le prestazioni risultano inesistenti a causa della procedura "cartella clinica informatizzata, Phi" che consente la registrazione delle consulenze (C4) ma non produce il flusso e costringe gli operatori ad una doppia registrazione sulla procedura WBS. Ne consegue che solo le prestazioni registrate in WBS vengono tradotte nel flusso C4 e tutte le altre prestazioni vengono perse. Inoltre, per il flusso C4 persistono errori di configurazione nella procedura WBS che consentono la registrazione di prestazioni richieste su codici di Reparto richiedente inesistenti. Il numero di prestazioni perse del flusso C4, con riguardo all'anno 2016, risultano n° 119.781, equivalenti ad € 2.609.001. Alle prestazioni perse del flusso C4 si aggiungono quelle del flusso C (n. 63.490 prestazioni per € 1.100.713) e del flusso C2 (n. 124.705 prestazioni per € 997.604).

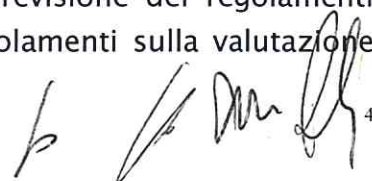
I componenti dell'O.I.V., nell'attendere gli esiti del lavoro che verrà svolto dal Gruppo di progetto "Flussi", analizzando la relazione presentata dall'Ing. Guerrini, evidenziano le gravi conseguenze derivanti dalla mancata integrazione della cartella clinica PHI con il programma WBS. Problema, peraltro, non rilevato dal Direttore della Soc ICT che, al contrario, ha ritenuto raggiunto l'obiettivo relativo al riordino del flusso della specialistica ambulatoriale al fine di diminuire il numero di prestazioni non accettate dalla Regione. I componenti O.I.V. sottolineano l'importanza di affrontare la problematica anche tenendo conto che la Legge di stabilità di cui all'art. 1, comma 390, della Legge n. 232 dell'11.12.2016 (che ha modificato l'art. 1, comma 524, della L. n. 208 del 28.12.2015) ha previsto la redazione, per il 2017, del Piano di Efficientamento per quanto attiene i Presidi Ospedalieri. Da qui la necessità di recuperare i dati persi.

I componenti OIV ritengono di operare alla Soc ICT, per quanto attiene l'obiettivo della specialistica, una penalizzazione di 6 punti.

\*

Per quanto attiene gli ulteriori obiettivi ricompresi nella sezione della scheda obiettivi 2016 "*obiettivi di mandato e/o azioni strategiche*" i componenti O.I.V. ritengono, in base alla relazione presentata dai singoli Direttori di struttura e dalla documentazione agli atti, che detti obiettivi siano raggiunti al 100% con riguardo a tutte le Strutture aziendali. Risultano non valutabili per cause non dipendenti dalla Struttura i seguenti obiettivi di mandato:

– l'obiettivo "*predisposizione di regolamenti in merito alla retribuzione di risultato dirigenza e comparto*" con riguardo alla Soc Personale e Formazione. Ciò in quanto l'applicazione dell'atto aziendale ed i riverberi sulla contrattazione Sindacale hanno determinato altre priorità, con un rinvio delle procedure di revisione dei regolamenti vigenti sulla produttività e di risultato. Una bozza di tali regolamenti sulla valutazione





delle Performance e dei risultati, per la Dirigenza e per il Comparto, era stata proposta, da parte della Struttura, alla Direzione. Tale bozza dovrà essere oggetto di approfondimento discussione e revisione prima di poterla trasmettere alle Organizzazioni Sindacali di categoria.

– l’obiettivo *“aggiornamento del regolamento in merito alle deliberazioni del Direttore Generale ed alle determinazioni dirigenziali”* con riguardo alla Soc Gestione degli Affari Generali. In particolare si è rinviato la definizione del documento in considerazione della necessità di applicare, prioritariamente, il nuovo atto aziendale. I nuovi Direttori delle Strutture amministrative, nominati il 1° ottobre 2016, in aggiunta a quelli Sanitari ad alto impatto, Distretto e Gestione attività territoriali, nominati a dicembre, hanno reso impossibile una dovuta valutazione sinergica e congiunta delle modificazioni da apportare al regolamento.

\*

Per quanto riguarda l’obiettivo relativo al mantenimento dei tempi di attesa previsti per le classi U e B si evidenzia che sono state messe in atto dalla Specialistica tutte le azioni al fine del rispetto dei tempi.

\*

Per quanto attiene l’obiettivo *“Messa in atto interventi previsti dall’U.P.R.I.”* il Referente, Dr. Mondino, con riguardo agli obiettivi assegnati a ciascuna Struttura ospedaliera per l’anno 2016 (peso 4 per tutte le Strutture), ha comunicato le seguenti valutazioni:

Hanno raggiunto al 100% l’obiettivo le seguenti Strutture:

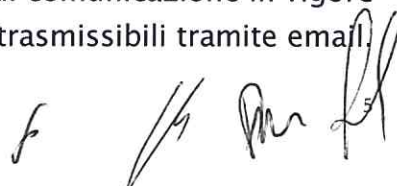
– Nefrologia – Neurologia – Pediatria.

Hanno raggiunto parzialmente l’obiettivo le seguenti Strutture:

– Anestesia e Rianimazione (– 1 punto) – Cardiologia (– 3,5 punti) – Chirurgia (–1 punto) – Dea (–2 punti) – Servizio psichiatrico territoriale (–1,5) – Malattie Infettive (–0,5 punti) – Medicina (– 0,5 punti) – Oculistica (– 2 punti) – Oncologia (– 2,5 punti) – Ortopedia (– 1 punto) – Ostetricia (– 1 punto) – ORL (– 1 punto) – Urologia (– 1,5 punti).

\*

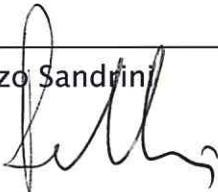


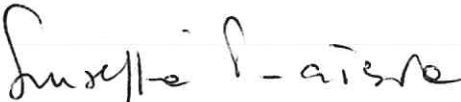
Con riferimento all’obiettivo 2016 *“Restituzione alla Soc Gestione Risorse Umane dei tabulati mensili di presenza entro il 15 del mese successivo”* la Responsabile della Soc Gestione Personale e Formazione ha evidenziato l’esistenza di criticità nella consegna dei tabulati per quanto attiene la Soc Cardiologia e la Soc Medicina Chirurgia d’Urgenza. La segreteria O.I.V. ha richiesto chiarimenti ai Direttori delle Strutture. Per quanto attiene la Soc Medicina Chirurgia d’Urgenza il Dr. Gramatica ha osservato che l’attività della Struttura si svolge con 26 dirigenti medici che ruotano sulle 3 sedi di Domodossola, Omegna e Verbania. Ciò comporta che la consegna mensile, entro il 15 del mese successivo, dei tabulati non risulta realizzabile. Il meccanismo di comunicazione in vigore nella struttura è la mailing list, i tabulati sono in formato PDF, trasmissibili tramite email.

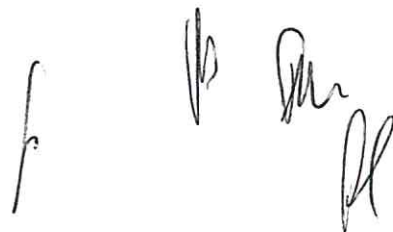


Da qui la difficoltà della correzione, restituzione e validazione da parte del Direttore di Struttura nel rispetto della tempistica (come peraltro già precisato a margine della scheda obiettivi 2016). I componenti O.I.V. ritengono di operare una decurtazione di n. 2,5 punti in considerazione del fatto che la problematica è proseguita per tutto l'anno 2016, al contrario della Soc Cardiologia che ha evidenziato criticità solo per un periodo limitato dell'anno 2016 (perciò non si dispone alcuna decurtazione).

La seduta si conclude alle ore 17,55.

*Letto, confermato e sottoscritto.*

I Componenti O.I.V.:	
Componente interno	Dr. Renzo Sandrini 
Componente esterno	Dr.ssa Patrizia Marta 
Componente esterno	Dr. Claudio Bianco 
Segretario Verbalizzante	Dr.ssa Giuseppina Primatesta 







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

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola



**Verbale n. 6 del 24.4.2017  
dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)  
dell'Asl VCO**

Con deliberazione del Direttore Generale n° 12 dell'8 gennaio 2015 si è provveduto, in conformità alla normativa nazionale e regionale vigente, alla costituzione dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) dell'ASL VCO, per il triennio 2015-2017, per lo svolgimento delle funzioni previste dall'art. 14 del D.lgs n. 150 del 27.10.2009, previo espletamento del relativo iter e tenuto conto del parere positivo espresso dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica, con nota pervenuta in data 22 dicembre 2014.

Come risulta dalla citata deliberazione n. 12/2015 i n. 3 componenti individuati, di cui n. 2 esterni ed 1 interno all'azienda, sono:

Componente interno	Dr. Renzo Sandrini
Componente esterno	Dr. Claudio Bianco
Componente esterno	Dr.ssa Patrizia Marta

Con atto deliberativo n. 133 del 1° aprile 2015, al quale si fa rinvio, è stato approvato il Regolamento per il funzionamento dell'O.I.V. dell'ASL VCO.

L'incontro odierno è stato convocato, alle ore 14, presso la sede dell'Asl VCO, ad Omegna, 3° piano palazzo Beltrami, Via Mazzini 117, al fine di proseguire la valutazione degli obiettivi assegnati, per l'anno 2016, ai Responsabili di Struttura complessa e di Struttura semplice Dipartimentale.

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

Dr. Claudio Bianco ( componente esterno)

Dr.ssa Patrizia Marta (componente esterno)

Dr. Renzo Sandrini (componente interno)

Segretario verbalizzante, Dr.ssa Giuseppina Primatesta.

I componenti O.I.V. proseguono nella valutazione degli obiettivi assegnati, per l'anno 2016, dal Direttore Generale ai Responsabili di Struttura complessa e di Struttura semplice Dipartimentale, obiettivi approvati con atto deliberativo n. 180 dell'11.5.2016, atto successivamente integrato con deliberazione n. 314 del 9.8.2016. I Componenti O.I.V. ai fini valutativi (nel rinviare, dal punto di vista metodologico, alle linee di valutazione esplicitate nel verbale n. 1 del 22.3.2017) prendono atto della documentazione raccolta e tengono conto di eventuali ulteriori precisazioni che le Strutture hanno formulato a seguito di specifica richiesta da parte della segreteria, ritenendo che la valutazione dei risultati debba essere effettuata non solo in base ai singoli elementi ma anche tenendo conto di una valutazione complessiva dei comportamenti organizzativi aziendali.

Con riferimento alla scheda obiettivi 2016, sezione 2 *"Governo produzione"*, dall'esame dei report forniti dal Coordinatore della Struttura funzionale Tecnica Permanente per la Misurazione della Performance, Ing. Fulvio Guerrini, si rilevano, con riferimento alle diverse Strutture aziendali, le risultanze di seguito riportate.

#### Sezione 2 *"Governo produzione"*

Strutture aziendali	Standard 2016 (€)	Risultato al 31.12.16 (€)
<b>Anatomia Patologica</b>		
N° prestazioni ambulatoriali	11.000	12.032
<b>Anestesia e Rianimazione</b>		
TO	>90	100
DM	<10	8,77
N° prestazioni ambulatoriali	> 1.200	1.352
<b>Cardiologia UTIC Interventistica</b>		
Peso medio DRG	>1,64	1,94
TO	>90	103
DM	<6,50	5,78
N° casi DH	≥130	121
N° prestazioni ambulatoriali	>13.800	13.338
<b>Chirurgia Generale e Vascolare</b>		
Peso medio DRG	1,45-1,70	1,65
TO	>90	90
DM	<7,94	7,11
N° casi DH	900	796

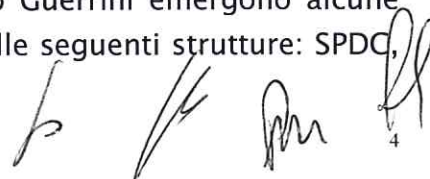




N° prestazioni ambulatoriali	10.200	6.493
<b>Diabetologia</b>		
N° prestazioni ambulatoriali	>18.000	20.788
<b>Dipartimento di Prevenzione</b>		
Attività afferente a ciascuna Struttura del Dipartimento	Standard aziendali	raggiunti
<b>Cure Palliative</b>		
N° prestazioni ambulatoriali	>750	803
<b>Distretto Domodossola</b>		
ADI casi	>2015 (154)	145
SID casi	>2015 (907)	725
ADP casi	>2015 (382)	301
<b>Distretto Omegna</b>		
ADI casi	>2015 (81)	81
SID casi	>2015 (514)	394
ADP casi	>2015 (302)	282
<b>Distretto Verbania</b>		
ADI casi	>2015 (85)	90
SID casi	>2015 (761)	567
ADP casi	>2015 (183)	135
<b>Endoscopia Digestiva</b>		
N° prestazioni ambulatoriali	>5.000	5.841
<b>Geriatria</b>		
N° prestazioni ambulatoriali	>15.000	11.166
<b>Laboratorio Analisi</b>		
N° prestazioni ambulatoriali	>1.300.000	1.126.830
<b>Malattie Infettive</b>		
Peso medio DRG	>1,90	1,79
DM	<11	9,43
N° prestazioni ambulatoriali	>7.000	4.542
<b>Medicina</b>		
Peso medio DRG	>1,60	1,62
TO	>90	107
N° casi DH	>400	286

N° prestazioni ambulatoriali	> 50.000	18.827
<b>Medicina e Chirurgia d'Urgenza</b>		
N° prestazioni ambulatoriali	> 156.000	147.572
<b>Nefrologia</b>		
Peso medio DRG	$\geq 1,60$	1,67
TO	> 85	89
DM	< 10	8,70
N° prestazioni ambulatoriali	> 5.500 (rettificato)	6.063
<b>Neurologia</b>		
Peso medio DRG	> 1,50	1,66
TO	> 90	96
DM	< 11	10,15
N° prestazioni ambulatoriali	> 11.000	8.692
<b>Neuropsichiatria Infantile</b>		
N° prestazioni ambulatoriali	> 12.000	10.340
<b>Oculistica</b>		
N° casi DH	< 400	399
N° prestazioni ambulatoriali	13.000	10.804
<b>Oncologia</b>		
Peso medio DRG	$\geq 1.50$	1,47
TO	> 90	120
DM	< 9	9,53
N° prestazioni ambulatoriali	> 23.000	24.512
<b>ORL</b>		
Peso medio DRG	$\geq 1.50$	1,77
TO	> 85	86
DM	$\leq 5$	4,36
N° prestazioni ambulatoriali	> 13.000	11.137

Per quanto attiene il parametro riferito all'appropriatezza "Rispetto soglie di cui DGR n.4-2495/2011" dai report forniti dal Coordinatore della Struttura funzionale Tecnica Permanente per la Misurazione della Performance, Ing. Fulvio Guerrini emergono alcune criticità, che non rivestono carattere di gravità, con riguardo alle seguenti strutture: SPDC,





Cardiologia, Chirurgia, Medicina, Ortopedia. Pertanto non si ritiene di operare alcuna decurtazione.

\*

- **Soc Cardiologia UTIC interventistica:** il numero di casi in DH (121 invece di 130) e le prestazioni ambulatoriali (n. 13.338 invece di n. 13.800) risultano inferiori allo standard per una carenza di organico (in media n. 3 unità di dirigenti medici in meno, rispetto alle necessità, per trasferimenti e/o malattie prolungate). Il Dr. Lupi, nel sottoscrivere la scheda obiettivi 2016, aveva rilevato che le carenze di personale avrebbero inciso sul numero di prestazioni ambulatoriali erogabili nel 2016. I componenti O.I.V. ritengono esaustive le motivazioni.
- **Soc Chirurgia Generale e Vascolare:** risultano non raggiunti il numero di casi in DH e le prestazioni ambulatoriali (n. 6.493 contro le n. 10.200 richieste). Occorre osservare che il numero di prestazioni 2015 (a consuntivo) è stato di 8.004. I componenti O.I.V. ritengono di operare una decurtazione di 2 punti.
- **Soc Distretti (Domodossola, Omegna, Verbania):** il Dr. Ficili ed il Dr. Ferrari, nel sottoscrivere la scheda obiettivi 2016, avevano rilevato che la rendicontazione estrapolata da ASTER relativa alle cure domiciliari 2015 evidenziava una notevole differenza rispetto ai dati di produzione 2015 riportati nella scheda 2016 ovvero:

Distretto Omegna	Dati Aster 2015	Dati scheda obiettivi 2016 dato 2015
ADI casi	75	81
SID casi	428	514
ADP casi	263	302
<b>Distretto Verbania</b>	<b>Dati Aster 2015</b>	<b>Dati scheda</b>
ADI casi	84	85
SID casi	565	761
ADP casi	180	183
<b>Distretto Domodossola</b>	<b>Dati Aster 2015</b>	<b>Dati scheda</b>
ADI casi	128	154
SID casi	766	907
ADP casi	360	382

Inoltre, per quanto attiene i casi ADI, SID, ADP i Direttori dei Distretti (Dr. Ficili per Omegna e Verbania) e Dr. Ferrari (per Domodossola) hanno evidenziato, per quanto riguarda i casi di cure domiciliari, un incremento della complessità. Inoltre l'attivazione di ulteriori posti letto di ricovero temporaneo presso le RSA di Domodossola, Premosello, Omegna ha determinato una diminuzione dei casi di cure domiciliari rispetto allo standard. I componenti O.I.V. prendono atto delle precisazioni del Dr. Ferrari e del Dr. Ficili e ritengono di esaminare il dato



proveniente dalla fonte Aster 2015 ed effettuare la valutazione 2016 partendo da tale parametro.

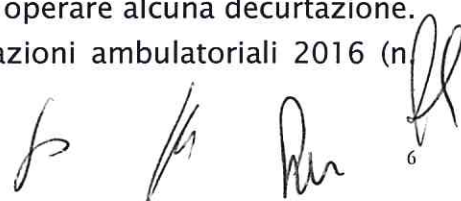
Distretto Domodossola	Dati Aster 2015	Risultati 2016
ADI casi	>2015 (128)	145
SID casi	>2015 (766)	725
ADP casi	>2015 (360)	301

Distretto Omegna		
ADI casi	>2015 (75)	81
SID casi	>2015 (428)	394
ADP casi	>2015 (263)	282

Distretto Verbania		
ADI casi	>2015 (84)	90
SID casi	>2015 (565)	567
ADP casi	>2015 (180)	135

I componenti OIV ritengono di operare la decurtazione di 0,5 punti per ciascun Distretto considerando le giustificazioni addotte dai Direttori di Distretto.

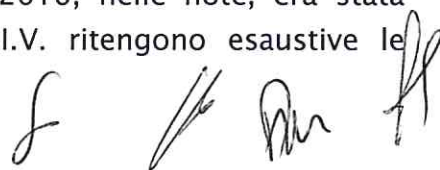
- **Soc Geriatria:** il numero di prestazioni ambulatoriali 2016 (n. 11.166) inferiore rispetto allo standard (n. 15.000). Il Direttore della Soc Geriatria, Dr. Di Stefano, ha relazionato in merito precisando, come già indicato al momento dell'assegnazione degli obiettivi 2016, che durante l'anno si è registrata la carenza di un dirigente medico dal 1° giugno 2015 sino al 31.5.2016. Dal 1° giugno 2016 è stato attivato un incarico (poi stabilizzato in quanto vincitore di concorso) che ha iniziato a lavorare in maniera autonoma dal mese di settembre 2016. Il mese di settembre è stato il solo mese con un organico di 5 medici in quanto dall'ottobre un Dirigente medico ha chiesto aspettativa per un anno per motivi familiari. E' stato richiesto di attivare un'assunzione temporanea (essendo vigente una graduatoria) ma nessuno dei Dirigenti in graduatoria ha accettato. Pertanto la carenza si è protratta a tutto il 2016 (e sussiste anche nel 2017). Il Dr. Di Stefano ha inoltre segnalato che da un confronto tra le prestazioni riportate su registri interni agli ambulatori e le prestazioni consuntivate (flusso C) risultano non riportate, al 30 settembre 2016, oltre 700 prestazioni. Criticità segnalata ai Servizi competenti. Pur nelle difficoltà è rimasto elevato il numero di visite domiciliari, ne sono state effettuate n. 950) nel corso dell'intero anno 2016. I componenti O.I.V., tenuto conto delle esaustive giustificazioni, ritengono di non operare alcuna decurtazione.
- **Soc Laboratorio Analisi:** per quanto attiene le prestazioni ambulatoriali 2016 (n.





1.126.830) contro lo standard di n. 1.300.000 (ovvero il 13,4% in meno), i componenti O.I.V. ritengono di operare una decurtazione di n. 1 punto.

- **Soc Malattie Infettive:** per quanto attiene il peso medio (1,79 contro uno standard di 1,90) il Direttore della Sos Dip, Dr. Mondino, nella relazione presentata, osserva che non è praticabile la discrezionalità nell'accettazione dei pazienti. I componenti O.I.V. ritengono di non operare alcuna decurtazione. Per quanto attiene le prestazioni ambulatoriali (n. 4.542 contro uno standard di n. 7.000) il Dr Mondino evidenzia che non sono state conteggiate n. 114 prestazioni presso i Dea per un problema del sistema informatico PHI. I componenti O.I.V., anche tenuto conto che il dato consuntivo 2015 era di n. 5.522 prestazioni, ritengono di operare una decurtazione di 1,5 punti.
- **Medicina:** per quanto attiene il numero casi DH (n. 286 contro uno standard di 400) e per quanto attiene le prestazioni ambulatoriali (n. 18.827 contro uno standard di n. 50.000 – il dato consuntivo 2015 era di 34.154 ) i componenti O.I.V., ritengono di operare, complessivamente, una decurtazione di n. 2,5 punti.
- **Soc Medicina e Chirurgia d'urgenza:** per quanto attiene le prestazioni ambulatoriali (n. 147.572 contro uno standard di n. 156.000) il Dr. Gramatica rileva che il dato è inferiore del 5,4% rispetto all'obiettivo ma occorre considerare che il numero di passaggi si è ridotto del 4,1% pertanto, se si considera tale dato di minor afflusso, la quota di prestazioni ridotte è di poco più di 2.000 unità. In secondo luogo evidenzia che una quota di prestazioni, pur inserite nel programma PSWeb, non vengono trasferite nel Flusso C2 per problemi di tipo tecnico (errori anagrafici, errori riferiti a pazienti stranieri). Il Dr Gramatica sottolinea, infine, che si è posta particolare attenzione al fine di migliorare l'appropriatezza e, quindi, di ridurre il numero di alcune prestazioni che apparivano non appropriate (es: fasciature o docce immobilizzazione su traumi di piccola entità). I componenti O.I.V. ritengono esaustive le osservazioni presentate.
- **Soc Nefrologia:** in sede di sottoscrizione degli obiettivi 2016 il Dr. Borzumati, con riguardo alle prestazioni ambulatoriali, aveva precisato che il dato (flusso C) conteneva l'attività correlata ai prelievi venosi (circa 2.500 annui) per pazienti esterni (malattia renale avanzata, trapianti, urgenze) eseguiti presso la Soc Nefrologia ma contabilizzati nel flusso C della Soc Laboratorio Analisi (vedi nota prot. n. 83640 del 30.12.2015 a firma del Direttore della Soc Direzione Sanitaria). Perciò lo standard da considerare doveva essere di 6.000 e non 8.500. I componenti O.I.V. prendono atto delle osservazioni del Dr. Borzumati e ritengono raggiunto l'obiettivo.
- **Soc Neurologia:** come risulta dalla relazione del Direttore ff della Soc, Dr.ssa Julita, il numero di prestazioni ambulatoriali, n. 8.692, inferiore rispetto allo standard (n. 11.000) è legato al fatto che le unità di Dirigenti medici sono state 4 fino al mese di maggio 2016 e 5 fino al mese di luglio, contro un organico effettivo di 7 dirigenti medici. Già in fase di sottoscrizione degli obiettivi 2016, nelle note, era stata segnalata la carenza di organico. I componenti O.I.V. ritengono esaustive le



osservazioni presentate.

- **Soc NPI:** come risulta dalla relazione del Direttore ff della Soc, Dr.ssa Voza, il numero di prestazioni ambulatoriali (n. 10.340 inferiore rispetto allo standard n. 12.000) è legato alla carenza di Dirigenti medici nel corso dell'anno 2016. I componenti O.I.V. ritengono esaustive le osservazioni presentate.
- **Soc Oculistica:** come risulta dalla relazione del Direttore della Soc, Dr. Bordin, l'assenza di n. 1 dirigente medico dal 1° maggio 2016 al 30.11.2016 non ha consentito di effettuare il numero di prestazioni concordato (n. 10.804 contro uno standard di 13.000). Già in fase di sottoscrizione degli obiettivi 2016, nelle note, era stato segnalato il problema. I componenti O.I.V. ritengono esaustive le osservazioni presentate.
- **Soc ORL:** come risulta dalla relazione del Direttore della Soc, Dr. Scotti, il numero di prestazioni ambulatoriali, n. 11.137, inferiore rispetto allo standard (n. 13.000) è legato al fatto che n. 1 dirigente medico ha chiesto aspettativa per 6 mesi e, al rientro, ha chiesto l'applicazione della L. n. 104. Seppure la Direzione sia intervenuta prontamente nella sostituzione, il nuovo medico, in quanto giovane, ha dovuto inserirsi, in modo graduale, nella nuova realtà lavorativa. I componenti O.I.V. ritengono esaustive le osservazioni presentate.

\*

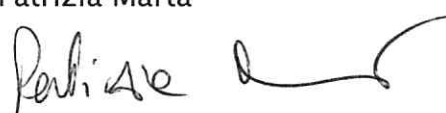
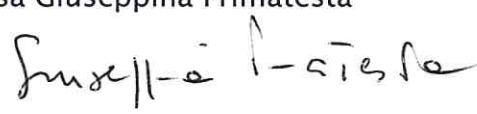
Per quanto attiene l'obiettivo "*Messa in atto interventi previsti dall'U.P.R.I.*" si richiamano le osservazioni presentate dal Direttore della Soc Cardiologia, Dr. Lupi, il quale osserva che la mancata partecipazione del personale della Soc agli eventi organizzati dall'UPRI è stata causata dalla grave carenza di organico che non ha consentito di individuare personale per gli incontri, al fine di non lasciare scoperta l'attività clinica del reparto. Tuttavia, considerata l'importanza della formazione nell'ambito della prevenzione della gestione del rischio infettivo in ospedale, sono stati presi accordi con il Dr. Mondino per il recupero della frequenza, nel 2017, di tali corsi. Il Dr. Gramatica (Direttore della Soc Medicina e Chirurgia d'Urgenza), il Dr. Arnulfo (Direttore della Soc Ostetricia Ginecologia), la Dr.ssa Omezzolli (Direttore ff della Soc Servizio Psichiatrico Territoriale) hanno evidenziato la medesima problematica legata alla carenza di personale che ha impedito la frequenza a tutti i corsi. Pertanto, anche tenuto conto della disponibilità di recuperare i contenuti degli incontri, i componenti O.I.V. ritengono di operare una decurtazione di 0,5 punti per ciascuna delle 4 strutture. Pertanto, si richiama il verbale n. 5 rettificando le valutazioni a seguito delle osservazioni esposte.

La seduta si conclude alle ore 18,05.





*Letto, confermato e sottoscritto.*

I Componenti O.I.V.:	
Componente interno	Dr. Renzo Sandrini 
Componente esterno	Dr.ssa Patrizia Marta 
Componente esterno	Dr. Claudio Bianco 
Segretario Verbalizzante	Dr.ssa Giuseppina Primatesta 





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

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola



**Verbale n. 7 del 27.4.2017  
dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)  
dell'Asl VCO**

Con deliberazione del Direttore Generale n° 12 dell'8 gennaio 2015 si è provveduto, in conformità alla normativa nazionale e regionale vigente, alla costituzione dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) dell'ASL VCO, per il triennio 2015-2017, per lo svolgimento delle funzioni previste dall'art. 14 del D.lgs n. 150 del 27.10.2009, previo espletamento del relativo iter e tenuto conto del parere positivo espresso dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica, con nota pervenuta in data 22 dicembre 2014.

Come risulta dalla citata deliberazione n. 12/2015 i n. 3 componenti individuati, di cui n. 2 esterni ed 1 interno all'azienda, sono:

Componente interno	Dr. Renzo Sandrini
Componente esterno	Dr. Claudio Bianco
Componente esterno	Dr.ssa Patrizia Marta

Con atto deliberativo n. 133 del 1° aprile 2015, al quale si fa rinvio, è stato approvato il Regolamento per il funzionamento dell'O.I.V. dell'ASL VCO.

L'incontro odierno è stato convocato, alle ore 14, presso la sede dell'Asl VCO, ad Omegna, 3° piano palazzo Beltrami, Via Mazzini 117, al fine di proseguire la valutazione degli obiettivi assegnati, per l'anno 2016, ai Responsabili di Struttura complessa e di Struttura semplice Dipartimentale.

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

Dr. Claudio Bianco ( componente esterno)

Dr.ssa Patrizia Marta (componente esterno)

Dr. Renzo Sandrini (componente interno)

Segretario verbalizzante, Dr.ssa Giuseppina Primatesta.

I componenti O.I.V. proseguono nella valutazione degli obiettivi assegnati, per l'anno 2016, dal Direttore Generale ai Responsabili di Struttura complessa e di Struttura

*[Handwritten signatures and initials]*

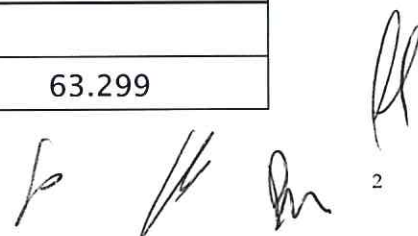


semplice Dipartimentale, obiettivi approvati con atto deliberativo n. 180 dell'11.5.2016, atto successivamente integrato con deliberazione n. 314 del 9.8.2016. I Componenti O.I.V. ai fini valutativi (nel rinviare, dal punto di vista metodologico, alle linee di valutazione esplicitate nel verbale n. 1 del 22.3.2017) prendono atto della documentazione raccolta e tengono conto di eventuali ulteriori precisazioni che le Strutture hanno formulato a seguito di specifica richiesta da parte della segreteria, ritenendo che la valutazione dei risultati debba essere effettuata non solo in base ai singoli elementi ma anche tenendo conto di una valutazione complessiva dei comportamenti organizzativi aziendali.

Con riferimento alla scheda obiettivi 2016, sezione 2 "*Governo produzione*", dall'esame dei report forniti dal Coordinatore della Struttura funzionale Tecnica Permanente per la Misurazione della Performance, Ing. Fulvio Guerrini, si rilevano, con riferimento alle diverse Strutture aziendali, le risultanze di seguito riportate.

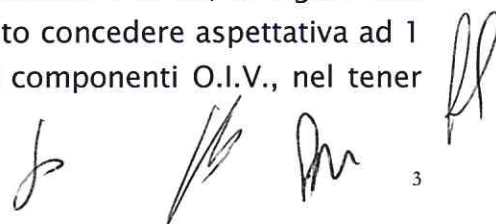
Sezione 2 "*Governo produzione*"

Strutture aziendali	Standard 2016 (€)	Risultato al 31.12.16 (€)
<b>Ortopedia</b>		
Peso medio DRG	≥1.70	1,92
TO	>85	84
DM	<9	6,51
N° casi DH	500	376
N° prestazioni ambulatoriali	14.700	13.027
<b>Ostetricia Ginecologia</b>		
Peso medio DRG	0,74	0,55
TO	>85	67
DM	<4	2,84
N° casi DH	≥290	264
N° prestazioni ambulatoriali	≥8.000	6.846
<b>Pediatria</b>		
Peso medio DRG	≥ 0,50	0,57
N° casi DH	≥ 26	16
N° prestazioni ambulatoriali	>1.600	367
<b>Radiodiagnostica</b>		
N° prestazioni ambulatoriali	≥56.500	63.299



		(56.595 + screenennig mammografico 6.704)
<b>Radioterapia</b>		
N° prestazioni ambulatoriali	30.000	31.932
<b>RRF</b>		
N° prestazioni ambulatoriali	>95.000	78.161
<b>SERT</b>		
N° prestazioni ambulatoriali	>9.000	12.032
<b>Servizio Psichiatrico Territoriale</b>		
Peso medio DRG	>0,71	0,76
TO	>85	72%
DM	<12	10,20
N° prestazioni ambulatoriali	>11.000	34.179
<b>SIMT</b>		
N° prestazioni ambulatoriali	>30.000	28.332
<b>Urologia</b>		
Peso medio DRG	>1,62	1,59
TO	≥ 95	123
DM	≤ 7	4,04
N° casi DH	>200	209
N° prestazioni ambulatoriali	>8.000	8.504
<b>Psicologia</b>		
N° prestazioni ambulatoriali	≥ 5.000	5.072

**Soc Ortopedia:** come risulta dalla relazione del Direttore della Soc, Dr. Uderzo, l'impossibilità di raggiungere il tasso di occupazione (84 contro standard >85) è legato a cause esterne alla Struttura in quanto, nel corso dell'anno 2016, le giornate di occupazione per gli appoggi di pazienti di altre strutture sono stati 212. La riduzione dei casi in DH rispetto allo standard (376 contro 500) è da attribuirsi al fatto che, nei primi 3 mesi del 2016, alla Struttura non è stata concessa la seduta operatoria per gli interventi in locale presso la sede di Domodossola. Già in fase di sottoscrizione degli obiettivi 2016, nelle note, il raggiungimento dell'obiettivo relativo ai casi di DH era condizionato dalla disponibilità di spazi chirurgici in sala operatoria. Per quanto attiene le prestazioni ambulatoriali la riduzione rispetto allo standard (13.027 contro 14.700) è legato alla necessità di chiudere n. 2 sedute ambulatoriali avendo dovuto concedere aspettativa ad 1 dirigente medico dal luglio 2016 sino alla fine dell'anno. I componenti O.I.V., nel tener





conto delle giustificazioni, ritengono di operare una decurtazione complessiva di 2 punti.

**Soc Ostetricia Ginecologia:** già in fase di sottoscrizione degli obiettivi 2016, nelle note, il Responsabile ff, Dr. Croce, aveva segnalato che la richiesta di miglioramento dei parametri di produzione doveva tener conto delle carenze di personale e che i tempi di riorganizzazione erano limitati (aprile 2016) rispetto al tempo residuo annuo. Il Direttore della Soc, Dr. Arnulfo, ha osservato che il mancato raggiungimento degli obiettivi: peso medio DRG, TO, casi DH, prestazioni ambulatoriali è sostanzialmente legato: a) all'aver iniziato l'attività presso l'ASL VCO come Referente della Soc il 18.4.2016 e l'1.8.2016 come Direttore; b) alla mancata esistenza, alla data del 18 aprile 2016, di pazienti in lista di attesa; c) al fatto che l'organico medico era, ed è, a tutt'oggi, carente (come numero ma anche con limitazione obbligatoria di attività per alcuni Dirigenti medici). In particolare, nella relazione in merito agli obiettivi 2016 (e nella successiva integrazione) il Dr. Arnulfo ha precisato che la carenza di personale ha inciso sul parziale raggiungimento degli obiettivi relativi al numero dei casi di DH ed al numero delle prestazioni ambulatoriali.

Il Dr. Arnulfo ha evidenziato, inoltre, che, con riguardo al numero di interventi ginecologici (isteroscopie, grandi interventi laparotomici e vaginali, laparoscopie, altri interventi come conizzazioni, biopsie, drenaggio ascessi) a Verbania si è passati da n. 186 interventi nel 2015 a 302 nel 2016. Per quanto attiene la degenza ordinaria in 8 mesi si è registrato (partendo da valori molto bassi) + 23% di valore di produzione nel 2016 rispetto al 2015. Per quanto attiene la degenza DH in 8 mesi si è registrato (partendo da valori molto bassi) + 45% di valore di produzione nel 2016 rispetto al 2015. I componenti O.I.V., preso atto che il Dr. Arnulfo ha iniziato l'attività presso il reparto di Ostetricia Ginecologia il 18 aprile 2016, delle gravi criticità esistenti, del progetto riorganizzativo presentato nel 2016 che potrà produrre effetti dall'anno 2017, ritenendo esaustive le considerazioni presentate non operano alcuna decurtazione.

**Soc Pediatria:** come risulta dalla relazione del Direttore della Soc, Dr. Guala, l'impossibilità di raggiungere gli standard attesi per quanto attiene le prestazioni DH (16 contro uno standard di 26) ed ambulatoriali (367 contro uno standard di 1.600) è legato alla mancanza, per l'anno 2016, di personale medico ed alla necessità di rispettare le regole per l'orario di servizio. Nel 2016 sono stati chiusi quasi tutti gli ambulatori specialistici, riaperti il 1° febbraio 2017 con l'assunzione di n. 1 dirigente medico. Già in fase di sottoscrizione degli obiettivi 2016, nelle note, il Responsabile, Dr. Guala, aveva segnalato, per le prestazioni ambulatoriali, l'impossibilità di raggiungere l'obiettivo per carenza di dirigenti medici. I componenti O.I.V. ritengono esaustive le giustificazioni addotte.

**Soc RRF:** come risulta dalla relazione del Direttore ff della Soc, Dr.ssa Buttè, per quanto attiene le prestazioni ambulatoriali, la riduzione rispetto allo standard (78.161 contro 95.000) è legata al fatto che la verifica dell'appropriatezza prescrittiva ha portato ad un minor accesso alla Struttura (non più cicli TF ripetuti nei pazienti cronici, solo n. 6 sedute

*[Handwritten signatures and initials]*

invece di 10) con una conseguente diminuzione delle visite fisiatriche. Le prestazioni di terapia fisica presso la sede di Verbania sono sospese da circa 2 anni per la carenza di dirigenti medici. Considerato che le prestazioni 2015 sono state 73.678 i componenti O.I.V, anche tenuto conto dell'attenzione, da parte della Direttore della Struttura, al perseguimento dell'appropriatezza delle prestazioni, ritengono di operare una decurtazione di 1,5 punti.

**Soc Servizio Psichiatrico Territoriale:** come risulta dalla relazione del Direttore ff della Soc, Dr.ssa Omezzolli, per quanto attiene il tasso di occupazione (72% contro >85%) non si è potuto raggiungere l'obiettivo in quanto i posti letto vengono utilizzati per appoggi dal Dea. Nel 2016 sono stati ricoverati n. 72 pazienti per complessive n. 251 giornate di degenza, con un tasso di occupazione del 7,21%. I componenti O.I.V. ritengono esaustive le giustificazioni addotte.

**Sos Dip SIMT:** il n° di prestazioni ambulatoriali 2016 è stato di 28.332 contro uno standard di 30.000. I componenti O.I.V. ritengono di operare una decurtazione di 2,5 punti.


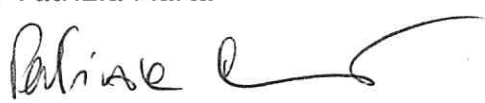


**Soc Urologia:** come risulta dalla relazione del Direttore ff della Soc, Dr. Rosa, i valori del peso medio sono inferiori allo standard (1,59 contro 1,62) in quanto, nel 2016, una parte delle patologie ad alto peso (tumori prostata, rene e vescica) sono stati indirizzati, secondo gli accordi con la Rete oncologica piemontese e quando si sono presentate le indicazioni, ai Centri di riferimento per il loro trattamento (laparoscopia/robot). Altra motivazione è legata ai ricoveri da Dea (a basso peso es coliche) che andrebbero osservati e trattati in OBI e/o presso reparti di area medica. I componenti O.I.V. ritengono esaustive le giustificazioni addotte.

La seduta si conclude alle ore 18,15.





*Letto, confermato e sottoscritto.*

I Componenti O.I.V.:	
Componente interno	Dr. Renzo Sandrini 
Componente esterno	Dr.ssa Patrizia Marta 
Componente esterno	Dr. Claudio Bianco 
Segretario Verbalizzante	Dr.ssa Giuseppina Primatesta 





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

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

**Verbale n. 8 del 3.5.2017  
dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)  
dell'Asl VCO**

Con deliberazione del Direttore Generale n° 12 dell'8 gennaio 2015 si è provveduto, in conformità alla normativa nazionale e regionale vigente, alla costituzione dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) dell'ASL VCO, per il triennio 2015-2017, per lo svolgimento delle funzioni previste dall'art. 14 del D.lgs n. 150 del 27.10.2009, previo espletamento del relativo iter e tenuto conto del parere positivo espresso dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica, con nota pervenuta in data 22 dicembre 2014.

Come risulta dalla citata deliberazione n. 12/2015 i n. 3 componenti individuati, di cui n. 2 esterni ed 1 interno all'azienda, sono:

Componente interno	Dr. Renzo Sandrini
Componente esterno	Dr. Claudio Bianco
Componente esterno	Dr.ssa Patrizia Marta

Con atto deliberativo n. 133 del 1° aprile 2015, al quale si fa rinvio, è stato approvato il Regolamento per il funzionamento dell'O.I.V. dell'ASL VCO.

L'incontro odierno è stato convocato, alle ore 14, presso la sede dell'Asl VCO, ad Omegna, 3° piano palazzo Beltrami, Via Mazzini 117, al fine di proseguire la valutazione degli obiettivi assegnati, per l'anno 2016, ai Responsabili di Struttura complessa e di Struttura semplice Dipartimentale e per

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

Dr. Claudio Bianco (componente esterno)

Dr. Renzo Sandrini (componente interno)

**Assente** – Dr.ssa Patrizia Marta (componente esterno).

Segretario verbalizzante, Dr.ssa Giuseppina Primatesta.





I componenti O.I.V. proseguono nella valutazione degli obiettivi assegnati, per l'anno 2016, dal Direttore Generale ai Responsabili di Struttura complessa e di Struttura semplice Dipartimentale, obiettivi approvati con atto deliberativo n. 180 dell'11.5.2016, atto successivamente integrato con deliberazione n. 314 del 9.8.2016. I Componenti O.I.V. ai fini valutativi (nel rinviare, dal punto di vista metodologico, alle linee di valutazione esplicitate nel verbale n. 1 del 22.3.2017) prendono atto della documentazione raccolta e tengono conto di eventuali ulteriori precisazioni che le Strutture hanno formulato a seguito di specifica richiesta da parte della segreteria, ritenendo che la valutazione dei risultati debba essere effettuata non solo in base ai singoli elementi ma anche tenendo conto di una valutazione complessiva dei comportamenti organizzativi aziendali.

Per quanto attiene gli **obiettivi specifici** contenuti nella scheda 2016 (anche proposti dalle stesse strutture aziendali, di seguito indicate), si ritiene, in base alla relazione presentata dai singoli Direttori di struttura e dalla documentazione agli atti, che detti obiettivi siano raggiunti al 100% con riguardo alle seguenti Strutture aziendali:

Anatomia Patologica – Anestesia e Rianimazione – Cardiologia Utic interventistica – Diabetologia – Dipartimento di Prevenzione – Direzione Sanitaria – Distretto di Omegna – Distretto di Domodossola – Distretto di Verbania – Endoscopia Digestiva – Farmacia – Geriatria – Laboratorio Analisi – Malattie Infettive – Medicina (solo per l'obiettivo "adesione al progetto "Choosing Wisely Italia") – Medicina e chirurgia d'urgenza – Nefrologia – Neurologia – NPI – Oncologia – ORL – Ortopedia – Ostetricia e Ginecologia – Pediatria – Psicologia – Radiodiagnostica – Radioterapia – RRF – SERT – Servizio Psichiatrico Territoriale – SIMT – SITRPO – Urologia – Gestione Affari Generali – Gestione degli Affari Legali e Patrimoniali – Gestione attività di supporto direzionale (solo per obiettivo relativo allo "Sviluppo di un'attività integrata, in collaborazione con la Soc Prevenzione e Protezione, per la gestione dei corsi di formazione in materia di sicurezza sul lavoro") – Gestione Budget e Controllo – Gestione Forniture e Logistica – Gestione Infrastrutture e Tecnologie biomediche – Gestione delle risorse economiche e finanziarie – Gestione delle risorse umane – Gestione tecnologie informatiche, comunicazione e sistema informativo – Medico Competente – Prevenzione e Protezione.

Per quanto attiene le Strutture di seguito riportate si precisa quanto segue:

– **Soc Cure Palliative:** l'obiettivo della Soc Cure palliative *"Applicazione DGR n. 42-2743/2015"* risulta non valutabile in quanto la terapia del dolore è gestita dalla Soc Anestesia e Rianimazione.

– **Soc Chirurgia Generale e Vascolare:** per quanto attiene l'obiettivo *"Incremento attività chirurgica: DRG 159-160-161-162-163 (compreso COQ)"* rispetto all'anno 2015 si segnala che il numero dei casi nel 2016 è stato di 521 contro 599 del 2015 (diminuzione

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



di 48) ad invarianza del numero di risorse umane. Tuttavia, come evidenziato dal Dr. Arceci, nel 2016 si è registrato una riduzione del 5% delle sedute in sala operatoria. I componenti O.I.V. ritengono di operare una decurtazione di 2 punti.

– **Soc Medicina:** risulta non raggiunto l'obiettivo "*Riduzione della degenza media al fine di un allineamento allo standard regionale*". Il Direttore della Soc, Dr. Frediani, nella relazione in merito al grado di raggiungimento degli obiettivi 2016, sottolinea che la degenza media delle Medicine Piemontesi si assesta su una media di 12-14 giorni. Evidenzia, inoltre, che:

- è difficoltoso eseguire in tempi brevi molte diagnostiche (ecocardiogrammi, ecografie, esami endoscopici) – esistono difficoltà nelle dimissioni protette (ADI non è recettivo tutti i giorni della settimana, l'attesa di presa in carico è di alcuni giorni; – il ricovero in strutture comporta lunghi tempi di attesa, nonostante la collaborazione delle Assistenti Sanitarie – si rilevano tempi lunghi per il ricovero in Hospice e nella fornitura domiciliare di ausili. I componenti O.I.V., nel constatare che analoga situazione è stata registrata nell'anno 2015, senza alcun miglioramento nel 2016, ritengono di operare una decurtazione di 6 punti.

Il Dr. Sandrini lascia la seduta per poi rientrare al termine del confronto tra i componenti esterni O.I.V.

**Soc Gestione attività di supporto direzionale:** risulta parzialmente raggiunto l'obiettivo di "*Collaborazione con la Soc Budget e Controllo al fine di disporre di dati utili per redigere le schede di monitoraggio obiettivi 2016 da inviare, trimestralmente, alle diverse Strutture aziendali ed all'O.I.V.*". Il Direttore della Soc, Dr. Sandrini, nella relazione in merito al grado di raggiungimento degli obiettivi 2016, osserva che le competenze necessarie per realizzare l'obiettivo sono possedute da un solo operatore. La carenza di una unità di personale amministrativo (a seguito di trasferimento ad altro servizio nel 2015) ha obbligato a rivedere la distribuzione dei compiti, privilegiando quelli direttamente correlati al supporto amministrativo alla formazione, al fine di consentire il regolare svolgimento dei corsi programmati. I componenti O.I.V. ritengono di operare una decurtazione di 0,5 punti.

**Soc Oculistica:** l'obiettivo di oggetto "*garanzia del rispetto, a iso risorse, nel corso del 2016, dei tempi di attesa per quanto attiene le prestazioni ambulatoriali erogate dalla Soc Oculistica presso il Presidio di Verbania*" risulta non valutabile per cause non dipendenti dal Direttore di Struttura. Già in fase di sottoscrizione degli obiettivi 2016, nelle note, il Dr. Bordin aveva segnalato che la realizzazione dell'obiettivo era legata alla copertura del posto di dirigente medico vacante.

\*

Per quanto attiene gli obiettivi specifici "*Inventario beni di consumo: compilazione e restituzione alla Soc Budget e Controllo dei tabulati*" e "*Restituzione alla Soc Gestione Risorse Umane dei tabulati mensili di presenza entro il 15 del mese successivo*" ricompresi nella sezione della scheda obiettivi 2016 "*Obiettivi specifici di Soc*", si rinvia ai verbali n. 3


 3



e n. 5.

\*

Per quanto attiene la sezione della scheda obiettivi 2016 "*prevenzione corruzione*" e "*miglioramento trasparenza*" i componenti O.I.V. prendono atto che i Direttori delle Strutture hanno effettuato riunioni per la diffusione degli adempimenti previsti nel Piano triennale di Prevenzione della corruzione, inviando il verbale/i dell'incontro/i ed hanno predisposto una relazione entro l'anno 2016.

I componenti O.I.V., In tema di trasparenza, nel prendere atto che il D.Lvo n. 33/2013 è stato integrato e modificato dal D.Lvo n. 97/2016 (quest'ultimo entrato in vigore dal 23.12.2016), nell'osservare che la verifica effettuata nel mese di aprile 2017 con riferimento alla Delibera ANAC n. 236/2017 al fine di procedere all'attestazione sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31 marzo 2017, di cui alla delibera ANAC n. 236/2017, ha prodotto esito positivo con riguardo alla tipologie di obblighi inseriti nella griglia di rilevazione, invitano il Responsabile della Trasparenza ad effettuare alcune considerazioni con riguardo all'obiettivo di pubblicazione dei dati nel sito internet aziendale, nella sezione "Amministrazione Trasparente", assegnato ad alcune strutture aziendali per l'anno 2016. Il Responsabile della trasparenza osserva che sussiste uno spazio di miglioramento per quanto attiene la pubblicazione dei dati riferiti:

- alla sezione personale, anche per quanto attiene la tempestività della pubblicazione (a questo proposito anche il Direttore della Soc Gestione delle Risorse Umane, nella relazione in merito agli obiettivi 2016, ha sottolineato alcune difficoltà per quanto attiene la pubblicazione di taluni dati);
- alla sezione contratti e appalti/opere pubbliche (anche per quanto attiene alla gestione Cig). I componenti O.I.V. ritengono di operare una decurtazione di 4 punti alla Soc Gestione Risorse Umane, n. 2 alla Soc Forniture e Logistica, n. 4 punti alla Soc Gestione Infrastrutture e Tecnologie biomediche.

\*

Per quanto attiene la sezione della scheda obiettivi 2016 "Salute e sicurezza sul lavoro" i componenti O.I.V. prendono atto che i Direttori delle Strutture hanno predisposto una relazione entro l'anno 2016.



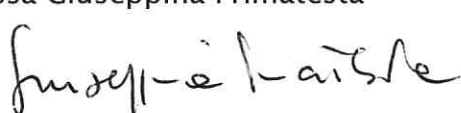
\*

La seduta si conclude alle ore 16,30.

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



4

I Componenti O.I.V.:	
Componente interno	Dr. Renzo Sandrini 
Componente esterno	Dr. Claudio Bianco 
Segretario Verbalizzante	Dr.ssa Giuseppina Primatesta 









**Verbale n. 9 del 10.5.2017  
dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)  
dell'Asl VCO**

Con deliberazione del Direttore Generale n° 12 dell'8 gennaio 2015 si è provveduto, in conformità alla normativa nazionale e regionale vigente, alla costituzione dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) dell'ASL VCO, per il triennio 2015-2017, per lo svolgimento delle funzioni previste dall'art. 14 del D.lgs n. 150 del 27.10.2009, previo espletamento del relativo iter e tenuto conto del parere positivo espresso dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica, con nota pervenuta in data 22 dicembre 2014.

Come risulta dalla citata deliberazione n. 12/2015 i n. 3 componenti individuati, di cui n. 2 esterni ed 1 interno all'azienda, sono:

Componente interno	Dr. Renzo Sandrini
Componente esterno	Dr. Claudio Bianco
Componente esterno	Dr.ssa Patrizia Marta

Con atto deliberativo n. 133 del 1° aprile 2015, al quale si fa rinvio, è stato approvato il Regolamento per il funzionamento dell'O.I.V. dell'ASL VCO.

L'incontro odierno è stato convocato, alle ore 14, presso la sede dell'Asl VCO, ad Omegna, 3° piano palazzo Beltrami, Via Mazzini 117, al fine di proseguire la valutazione degli obiettivi assegnati, per l'anno 2016, ai Responsabili di Struttura complessa e di Struttura semplice Dipartimentale e per

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

Dr. Claudio Bianco (componente esterno)

Dr.ssa Patrizia Marta (componente esterno).

Dr. Renzo Sandrini (componente interno)

Segretario verbalizzante, Dr.ssa Giuseppina Primatesta.

I componenti O.I.V. proseguono nella valutazione degli obiettivi assegnati, per l'anno 2016, dal Direttore Generale ai Responsabili di Struttura complessa e di Struttura semplice Dipartimentale, obiettivi approvati con atto deliberativo n. 180 dell'11.5.2016, atto successivamente integrato con deliberazione n. 314 del 9.8.2016. I Componenti O.I.V. ai fini valutativi (nel rinviare, dal punto di vista metodologico, alle linee di valutazione esplicitate nel verbale n. 1 del 22.3.2017) prendono atto della documentazione raccolta e tengono conto di eventuali ulteriori precisazioni che le Strutture hanno formulato a seguito di specifica richiesta da parte della segreteria, ritenendo che la valutazione dei risultati debba essere effettuata non solo in base ai singoli elementi ma anche tenendo conto di una valutazione complessiva dei comportamenti organizzativi aziendali.

I componenti O.I.V. concludono la valutazione per quanto attiene l'obiettivo contenuto nella scheda obiettivi 2016, sezione 1, "*Equilibrio economico finanziario*" (la prima parte della valutazione delle Strutture aziendali è contenuta nel verbale n. 2). Con riferimento alle Strutture che hanno sforato il budget assegnato per l'anno 2016 i componenti O.I.V., oltre a tener conto delle giustificazioni addotte dai Responsabili di Struttura, esaminano anche l'andamento della produzione 2016, le eventuali precisazioni inserite nelle note allegate alla scheda obiettivi 2016, l'importo assegnato come budget 2016 rapportato allo speso a consuntivo 2015. Ciò premesso, i componenti O.I.V. effettuano le valutazioni di seguito riportate.

- **Soc Gestione Affari Legali e Patrimoniali (+ € 3.511):** si osserva che nella voce di spesa "*emolumenti a personale dipendente non sanitario per attività consulenza amministrativa*" è compreso l'importo di € 1.419 in quanto, per un periodo del 2016, è proseguita la convenzione tra l'ASL VCO e l'ASL NO per consulenza legale dal parte dell'Avv. Meloda (importo che trova corrispondenza, nel bilancio 2016, in entrata). Inoltre, il budget 2016 è risultato inferiore allo speso 2015 per € 2.489,00 e, per quanto attiene la gestione del patrimonio immobiliare, nel 2016 si è dovuto sostenere una spesa pari ad € 3.172,00 (conto 3.10.04.51) riferita alla richiesta di certificazione energetica per unità abitative. Tale voce di spesa è stata erroneamente imputata al centro di costo patrimonio mentre andava imputata ai costi generali d'azienda. Ciò premesso i componenti O.I.V. ritengono esaustive le giustificazioni e raggiunto pienamente l'obiettivo.

Esaminando il report di spesa della Soc Supporto Direzionale il Dr Sandrini lascia la seduta per poi rientrare al termine del confronto tra i componenti esterni O.I.V.

- **Soc Gestione Attività di Supporto Direzionale (+ € 14.124):** lo sfondamento, rispetto al 2015, riguarda l'indennità per attività di docenza per corsi di aggiornamento, avendo liquidato nel 2016 spese riferite all'anno 2015. Tale ritardo è da collegare, come evidenziato nella relazione da parte del Responsabile della Struttura, al trasferimento, nel 2015, di n. 1 unità amministrativa (assistente amministrativo)



presso un altro servizio, senza la programmata sostituzione. Ciò premesso i componenti O.I.V. ritengono di operare una decurtazione di 0,5 punti.

- **Soc Gestione Fornitura e Logistica (+ € 52.843):** come risulta dalla relazione predisposta dal Responsabile della Soc, Dr. Bonisoli, nel 2016 si è registrato un aumento della spesa rispetto all'esercizio 2015 dovuto al noleggio dei carrelli ed armadi termo ventilati per il trasporto dei pasti ospedalieri che nel 2016 ha riguardato l'intero anno (a fronte di 7 mesi del 2015). La necessità di tenerne conto in sede di budget era già stata segnalata con nota del 21.12.2015 prot. n. 82032 e considerata al momento della sottoscrizione degli obiettivi 2016. Il budget 2016 è risultato inferiore allo speso 2015 per € 15.427. I componenti O.I.V. ritengono di operare una decurtazione di 1 punto.
- **Soc Gestione delle Risorse Umane (+ € 23.405):** come risulta dalla relazione predisposta dal Responsabile della Soc, Dr.ssa Sala, nel 2016 si è registrato un incremento della spesa per rimborso alle commissioni di concorso/selezione determinato dallo sblocco delle assunzioni e dall'incremento delle procedure concorsuali attivate nell'esercizio 2016 rispetto all'esercizio 2015. Il budget 2016 è risultato inferiore allo speso 2015 per € 31.453. I componenti O.I.V. ritengono esaustive le giustificazioni e raggiunto l'obiettivo.

\*

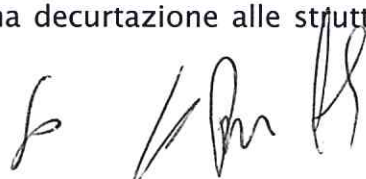
Con riferimento all'obiettivo "*Monitoraggio costi gestori della spesa*", assegnato ai Direttori delle seguenti Strutture:

- Gestione Fornitura e Logistica;
- Gestione Infrastrutture e Tecnologie biomediche;
- Gestione Tecnologie Informatiche Comunicazione e sistema Informativo

tenuto conto dei report forniti dal Coordinatore della Struttura funzionale Tecnica Permanente per la Misurazione della Performance, Ing. Fulvio Guerrini, si evidenzia che tutte le Strutture hanno rispettato il budget di spesa assegnato. Pertanto i componenti O.I.V. ritengono raggiunto l'obiettivo.

\*

Relativamente agli obiettivi assegnati dalla Regione al Direttore Generale per l'anno 2016, poi declinati alle singole Strutture aziendali, l'O.I.V. prende atto del contenuto della relazione del Direttore Generale (allegata al verbale O.I.V. n.1, al quale si fa rinvio) nella quale si è relazionato in merito agli obiettivi raggiunti pienamente ed a quelli raggiunti parzialmente. Con riguardo agli obiettivi raggiunti parzialmente, nel considerare le azioni messe in atto per il perseguimento degli stessi (dettagliatamente evidenziate nella relazione) i Componenti O.I.V. ritengono di non operare alcuna decurtazione alle strutture coinvolte.



\*

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

Dopo che i Componenti O.I.V. hanno terminato la valutazione degli obiettivi di tutte le Strutture aziendali riferiti all'anno 2016 la Segreteria dell'O.I.V. predispone un prospetto, che si allega al presente verbale, quale parte integrante e sostanziale, che riporta, per ciascuna Struttura, la percentuale complessiva raggiunta.

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





*[Firma]*



## **RIEPILOGO GENERALE:**

### **PERCENTUALE DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI ANNO 2016**

STRUTTURE	PERCENTUALE DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI 2016
ANATOMIA PATOLOGICA	100
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	90
CARDIOLOGIA UTIC INTERVENTISTICA	96,5
CHIRURGIA GENERALE E VASCOLARE	93
CURE PALLIATIVE	99
DEA E PRONTO SOCCORSO MCU	94
DIABETOLOGIA	99
DIPARTIMENTO PREVENZIONE	100
DIREZIONE SANITARIA	97
DISTRETTO DOMODOSSOLA	94,5
DISTRETTO OMEGNA	94,5
DISTRETTO VERBANIA	94,5
ENDOSCOPIA DIGESTIVA	100
FARMACIA	100
GERIATRIA	100
LABORATORIO ANALISI	86
MALATTIE INFETTIVE	96
MEDICINA	81
NEFROLOGIA	100
NEUROLOGIA	100
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	100
OCULISTICA	95
ONCOLOGIA	89
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA	96
OSTETRICIA GINECOLOGIA	94,5
OTORINOLARINGOIATRIA	99
PEDIATRIA	96
PSICOLOGIA	100
RADIODIAGNOSTICA	98
RADIOTERAPIA	97
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	94,5
SERT	100
SIMT	97,5

SERVIZIO PSICHIATRICO TERRITORIALE	95,5
SITRPO	97
UROLOGIA	95,5
AFFARI GENERALI	100
AFFARI LEGALI E PATRIMONIALI	100
ATTIVITA' DI SUPPORTO DIREZIONALE	97
BUDGET E CONTROLLO	100
GESTIONE DELLE RISORSE UMANE	96
MEDICO COMPETENTE	100
FORNITURE E LOGISTICA	97
INFRASTRUTTURE E TECNOLOGIE BIOMEDICHE	96
PREVENZIONE E PROTEZIONE	100
RISORSE ECONOMICO FINANZIARIE	100
TECN INFORMATICHE COMUNICAZIONE E SISTEMA INFORMATIVO	94





La seduta si conclude alle ore 17,55.

*Letto, confermato e sottoscritto.*

I Componenti O.I.V.:	
Componente interno	Dr. Renzo Sandrini 
Componente esterno	Dr. Claudio Bianco 
Componente esterno	Dr.ssa Patrizia Marta 
Segretario Verbalizzante	Dr.ssa Giuseppina Primatesta 

