



**AZIENDA SANITARIA LOCALE VCO
VIA MAZZINI 117 – 28887 OMEGNA**

**VERBALE NUCLEO DI VALUTAZIONE AZIENDALE
DELL'8/8/2013**

Con deliberazione del Direttore Generale n° 460 del 13 settembre 2011 ai fini della valutazione dell'attività di gestione e degli obiettivi negoziati con i Dirigenti delle Strutture Aziendali per l'anno 2011 e sino all'emanazione delle linee di indirizzo regionali in merito all'attuazione del D.lgs n. 150/2009 (in conformità a quanto disposto dalla Regione Piemonte con DGR n. 23-1332 del 29.10.2010 e dalle circolari prot. n. 37747/DB2008 del 30.12.2010 e prot. n. 20278/DB2008 del 20/7/2011), venne nominato il Nucleo di Valutazione aziendale.

Successivamente, con deliberazione n. 266 del 20/9/2012, per le motivazioni ivi riportate, si prese atto della modifica della composizione del Nucleo di Valutazione aziendale e della nuova composizione: Presidente: Dr. Renzo Sandrini.

Componenti: Dr. Claudio Bianco; Prof. Davide Maggi; Dr. Nicola Paronzini; Dr. Luigi Savoia.

In data 8 agosto 2013, alle ore 14,15, presso la Sala Riunioni di Palazzo Beltrami, si è riunito il Nucleo di Valutazione Aziendale, costituito con la citata deliberazione n. 266/2012, ai fini della valutazione dell'attività di gestione e degli obiettivi negoziati con i Dirigenti delle Strutture Aziendali per l'anno 2012.

Risultano presenti alla seduta

Dr. Renzo Sandrini – Presidente del Nucleo

ed i componenti del Nucleo:

Prof. Davide Maggi

Dr. Nicola Paronzini

Assenti

Dr. Claudio Bianco

Dr. Luigi Savoia

E' assente il segretario verbalizzante, Dr.ssa Giuseppina Primatesta. Tuttavia il Dr. Sandrini trasmette, il giorno 9 agosto, le osservazioni raccolte nel corso dell'incontro al fine di consentire al segretario di predisporre il verbale.



Il Presidente del Nucleo, Dr. Renzo Sandrini, apre l'incontro precisando che il lavoro del Nucleo ha come oggetto la valutazione degli obiettivi riferiti all'anno 2012, concordati nel periodo giugno-settembre 2012 dal Direttore Generale dell'ASL VCO con i Responsabili delle Strutture aziendali, ed approvati con atto deliberativo n. 265 del 19/9/2012. Illustra come è composta la scheda obiettivi 2012 riferita, distintamente, all'ambito sanitario ed a quello amministrativo.

A) SCHEDA AMBITO SANITARIO

In particolare, per quanto attiene all'ambito sanitario, il Dr. Sandrini osserva che la scheda ricalca, sostanzialmente, quella dell'anno precedente.

Sono previste n. 3 sezioni ciascuna con un proprio punteggio:

Sezioni	Descrizione	Punti
1.	Priorità annuali	55
2.	Gestione Ordinaria	30
3.	Qualità	15
	Totale	100

La sezione 1. Priorità annuali

comprende:

1.1	<p>Controllo economico: Si riferisce al budget assegnato alla struttura per l'anno 2012 (attiene ai costi di gestione, escluso il personale, compresi i costi ribaltati della Direzione Generale). Si è dovuto procedere, per l'anno 2012, ad un significativo ridimensionamento dell'importo del budget rispetto al 2011. Si è trattato di una decisione obbligata e scaturita dal fatto che la Regione (monitorata costantemente dal Ministero attraverso il Piano di Rientro), per fronteggiare la difficile situazione economica in cui si trova ha assegnato, per l'anno 2012, minori risorse rispetto all'anno precedente. Fonte dati: report messi a disposizione dal Responsabile della Soc Budget e Controllo, Ing. Guerrini.</p>	
1.2	<p>Gestione produzione (degenza ordinaria, DH, ambulatoriale). Si è richiesto di mantenere al produzione nei limiti dell'anno 2011, <i>ammettendo, però, una tolleranza sino a - 5%, in analogia con le indicazioni regionali.</i> Fonte dati: report messi a disposizione dal Responsabile della Soc Budget e Controllo, Ing. Guerrini.</p>	8
1.3	<p>Azioni strategiche</p>	CC



	<p>Per la maggior parte delle Soc aziendali si è individuata come azione strategica la seguente: <i>"utilizzo della cartella clinica informatizzata...."</i>.</p> <p>Sono poi state individuate, per talune Strutture, azioni strategiche particolari tenuto conto:</p> <ul style="list-style-type: none"> — sia di esigenze specifiche; — sia degli obiettivi di mandato assegnati al Direttore Generale (ad es. chiusura del punto nascita dell'Ospedale di Domodossola ed attivazione del Laboratorio di Emodinamica). <p>Fonte dati:</p> <ul style="list-style-type: none"> — per la cartella informatizzata: Responsabile Soc ICT, Dr.ssa Gagliardi (che ha svolto anche la funzione di coordinamento dell'obiettivo); — per le ulteriori azioni strategiche: Direzione Generale.
--	---

1.4 Attività/Azioni critiche	<p>Tenuto conto che una delle voci di spesa che più incidono sul bilancio è rappresentata da quella farmaceutica, al fine di una razionalizzazione di tale spesa da attuarsi soprattutto migliorando <u>l'appropriatezza</u>, sono stati assegnati a tutte le Soc i seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ adesione al prontuario aziendale/regionale; ➔ adesione target di spesa. <p style="text-align: center;">*</p> <p>Sono stati poi individuati dal Direttore del Dipartimento Farmaceutico alcuni obiettivi da attribuire a talune Soc, anche alla luce del costo elevato dei farmaci utilizzati, che riguardano:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ la <i>"definizione di protocolli/linee guida per talune patologie"</i> (Soc Malattie Infettive, Soc Medicina, Soc Oncologia). <p>Attività di coordinamento degli obiettivi: svolta dal Direttore del Dipartimento Farmaceutico, Dr.ssa Poggi.</p> <p>Fonte dati: report messi a disposizione dal Direttore del Dipartimento Farmaceutico, Dr.ssa Poggi.</p>
------------------------------	--

**



La sezione 2. Gestione Ordinaria

comprende:

2.1	Governo della produzione distinto tra: ➤ Ricoveri ordinari ➤ DH ➤ Attività ambulatoriale	
2.2	Risk management che comprende: ➤ Il governo del rischio infettivo ➤ Il rischio clinico.	

*

2.1 Governo della produzione

Descrizione

Ricoveri ordinari (comprende i seguenti parametri: N. dimessi (unità); SDO con intervento chirurgico; peso medio DRG; appropriatezza: rispetto soglie di cui alla DGR n. 4-2495/2011)

DH (N. casi (unità))

Ambulatoriale (comprende: n° prestazioni flusso C; valorizzazione prestazioni flusso C); messa in atto interventi richiesti da ASA per il contenimento dei tempi di attesa).

Si è richiesto di mantenere tali parametri nei limiti dell'anno 2011 *ammettendo una tolleranza sino a - 5% in analogia con le indicazioni regionali.*

Fonte dati: Report messi a disposizione dalla Soc Budget e Controllo, Ing. Guerrini; mentre, per l'obiettivo "messa in atto interventi richiesti da ASA per il contenimento dei tempi di attesa", il report è messo a disposizione dal Responsabile della Soc Specialistica Ambulatoriale, Dr. De Stefano.

Coordinamento obiettivo: "messa in atto interventi richiesti da ASA per il contenimento dei tempi di attesa" svolto dal Referente ASA, Dr. De Stefano.

2.2 Risk management

Coordinamento

a) Rischio infettivo

Il coordinamento è stato realizzato dal Responsabile UPRI, Dr. Mondino.

Fonte dati: report messo a disposizione dal Responsabile UPRI, Dr. Mondino.

b) Rischio clinico

Anche per l'anno 2012 i Responsabili di Soc hanno segnalato all'Unità di Rischio Clinico eventuali eventi avversi o potenzialmente avversi. Rispetto a tali eventi il Responsabile della Soc ALP, Avv. Meloda, (coordinatore dell'obiettivo), ha contattato i singoli Responsabili al fine di individuare i conseguenti interventi da mettere in atto per evitare il ripetersi dell'evento, agendo in modo sinergico e secondo un indirizzo condiviso.

Fonte dati: Responsabile Soc ALP, Avv. Meloda.



Alla sezione 3: Qualità

A tale sezione afferiscono una serie di obiettivi riferiti:

- alla predisposizione e/o applicazione di specifici percorsi (PDTA) (richiesti a livello regionale o individuati a livello aziendale);
- alla definizione/applicazione di varie procedure operative;
- all'identificazione di 1 Dirigente responsabile della qualità/rischio
- alla raccolta di dati per il monitoraggio dei percorsi di cura
- al rispetto delle tempistiche nell'erogazione di consulenze/referti secondo disposizioni e norme.

Coordinamento: realizzato dal Referente della EP Organizzazione, Qualità, Accreditamento, Dr.ssa Bianchi.

Fonte dati: report Referente della EP Organizzazione, Qualità, Accreditamento, Dr.ssa Bianchi.

B) SCHEDA AMBITO AMMINISTRATIVO

Per quanto attiene la scheda obiettivi 2012 per il settore amministrativo, osserva il Dr. Sandrini, il Direttore Amministrativo ha previsto un riadattamento ed una semplificazione rispetto a quella dell'anno precedente. Sono state individuate 2 sezioni, la sezione gestione ordinaria e la sezione delle attività di complemento.

Sezioni	Descrizione	Peso
1.	Gestione Ordinaria	45
2.	Attività di Complemento	55
	Totale	100

La sezione 1. comprende :

gli obiettivi specifici di ciascuna Struttura:

sono stati individuati tenuto conto:

- delle proposte obiettivi avanzate dai Servizi;
- dei problemi segnalati dalle Strutture nel mese di aprile su specifica richiesta del Direttore Generale.

La sezione 2. comprende:



1.	Obiettivi comuni a tutte le strutture: sono stati individuati sia tenendo conto degli obiettivi di mandato assegnati dalla Regione al Direttore Generale al momento della nomina sia tenendo conto della necessità, rilevata dal Direttore Amministrativo, di rivedere, agendo in modo sinergico, alcuni processi amministrativi, anche incidendo sugli aspetti organizzativi
2.	Obiettivi specifici per ciascuna Struttura.

RISULTATI AL 31.12.2012

Il Presidente del Nucleo evidenzia che la segreteria del Nucleo ha preso atto dei report al 31.12.2012 trasmessi dalla Soc Budget e Controllo (in particolare con riguardo ai dati di spesa, ai dati di produzione, ai parametri riferiti ai ricoveri ordinari, all'attività di DH ed ambulatoriale ed altro).

La segreteria, inoltre, con lettera, ha richiesto a coloro i quali sono stati individuati come Coordinatori di una serie di specifici obiettivi ovvero: Dr.ssa Bianchi (qualità), Dr.ssa Gagliardi (obiettivo riferito alla cartella clinica informatizzata), Avv. Meloda (rischio clinico), Dr.ssa Poggi (target spesa farmaceutica, appropriatezza prescrittiva), Dr. De Stefano (specialistica ambulatoriale), Dr. Mondino (infezioni ospedaliere), di fornire una relazione in merito al raggiungimento degli obiettivi (dagli stessi monitorati nel corso dell'anno 2012) e concordati con i vari responsabili di struttura.

Gli esiti degli obiettivi 2012, riepilogati in una scheda riassuntiva distintamente per ciascuna struttura, sono stati consegnati dalla segreteria del Nucleo alla Direzione Generale, che ha ritenuto di convocare tutti i Responsabili di Struttura i cui obiettivi parevano non raggiunti, per meglio comprendere le problematiche incontrate. Si segnala, nell'ambito della tipologia di obiettivi che hanno registrato maggiori criticità nel perseguimento, quello relativo al rispetto del budget di spesa assegnato per l'anno 2012 (budget che comprendeva sia i costi di diretta gestione afferenti a ciascun Responsabile di struttura, sia i costi della Direzione Generale ribaltati).

Gli incontri organizzati dalla Direzione Generale si sono svolti, prevalentemente, nel mese di giugno e, al termine di ciascun incontro, per gli obiettivi non raggiunti, è stato richiesto di fornire (laddove ritenuto opportuno e laddove sussistessero congrue motivazioni legate al mancato raggiungimento), una relazione scritta indirizzata alla Direzione Generale indicando le relative giustificazioni.

La Direzione Generale ha, quindi, preso atto delle relazioni trasmesse dai Responsabili di Struttura che hanno ritenuto di effettuare osservazioni giustificative di eventuali obiettivi non raggiunti. Tali relazioni sono state consegnate al Presidente del Nucleo, Dr. Sandrini, come documentazione da utilizzare per le valutazioni di competenza dell'organismo.

*



Il Presidente ed i Componenti del Nucleo di Valutazione hanno preso atto, per ciascuna Struttura aziendale, della documentazione raccolta dalla segreteria del Nucleo ovvero:

- della scheda riassuntiva che riporta, per ogni obiettivo 2012, il grado di perseguitamento dello stesso;
- della documentazione fornita da ogni Responsabile di struttura;
- dei report messi a disposizione dal Responsabile della Soc Budget e Controllo, Ing. Guerrini;
- dei report messi a disposizione dai soggetti individuati come coordinatori degli obiettivi (Dr.ssa Bianchi; Dr.ssa Gagliardi; Avv. Meloda; Dr.ssa Poggi; Dr. De Stefano; Dr Mondino);
- del contenuto delle relazioni presentate dai diversi Responsabili di Struttura a seguito dell'incontro con la Direzione Generale del giugno 2013

evidenziando, di seguito, per ciascuna struttura, gli obiettivi che presentano criticità. Rispetto agli stessi, dopo aver valutato le giustificazioni fornite dal Responsabile di Struttura, hanno ritenuto l'obiettivo/i raggiunto/i, totalmente o parzialmente, oppure non raggiunto/i.

Per quanto attiene l'obiettivo riferito al budget di spesa (comprendente i costi di gestione, escluso il personale, ed i costi ribaltati della Direzione Generale), in considerazione delle criticità riscontrate da un elevato numero di strutture aziendali, i componenti del Nucleo hanno richiesto (ed ottenuto) un confronto con la Direzione Generale. Hanno, infatti, ritenuto di fondamentale importanza condividere gli elementi di valutazione da applicare con riguardo a questo obiettivo il cui perseguitamento, a livello generale d'azienda, viene costantemente richiesto dalla Regione Piemonte alle aziende sanitarie (pur nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza), dovendo garantire il rispetto delle condizioni riportate nel Piano di Rientro imposto dal Ministero alle Regioni.

La Direzione ha evidenziato ai componenti del Nucleo che, rispetto ad ogni singola struttura aziendale, a fronte di un eventuale superamento della spesa 2012 rispetto all'obiettivo assegnato, fosse necessario tener conto, nella valutazione, di quanto di seguito esposto:

- dei costi delle prestazioni aggiuntive che, nel 2011, erano inseriti tra le spese del personale (perciò da decurtare dall'anno 2012), in conformità agli importi forniti dal Responsabile della Soc Budget e Controllo;
- del risparmio realizzato da ciascun responsabile di struttura nel 2012 rispetto all'anno 2011 nei conti direttamente gestibili ovvero da cod 1001 a cod. 1004 (economia da decurtare dall'anno 2012), a dimostrazione dell'attenzione posta, dai singoli Responsabili, al monitoraggio della spesa ed all'adozione di una serie di azioni di contenimento dei costi. Si prevede, tuttavia, per coloro i quali hanno perseguito l'obiettivo utilizzando detto elemento giustificativo, una penalizzazione fissa di 2 punti, al fine di evidenziare una differenziazione, rispetto alla situazione di coloro quali hanno raggiunto pienamente il budget. Se lo sfondamento della spesa è fino al



15% rispetto al budget, la decurtazione è la percentuale calcolata; nel caso sia superiore al 15%, ogni punto eccedente il 15 va moltiplicato per un coefficiente di 2,5. Il Presidente ed i Componenti del Nucleo hanno ritenuto di aderire alle indicazioni aziendali. Con particolare riguardo al fatto di tener conto, nel caso di mancato rispetto del budget di spesa, del risparmio che i Responsabili hanno realizzato nei conti direttamente gestibili, i componenti del Nucleo dichiarano la loro adesione al principio evidenziando che, in tal modo, si riconosce lo sforzo posto al governo della spesa, a fronte del riconoscimento della difficoltà ad incidere sui costi generali d'azienda, ritenendo congrua una penalizzazione fissa di 2 punti, per differenziare rispetto a coloro i quali hanno pienamente rispettato il budget di spesa.

Per quanto attiene l'obiettivo "numero dimessi" e "SDO con intervento chirurgico" si ritiene, per l'anno 2012, di considerare gli stessi non valutabili, concordando con la Direzione Generale di non proporli per l'anno 2013, trattandosi di parametri da ritenere non particolarmente significativi per l'andamento della gestione aziendale.

Dall'analisi della documentazione sopra descritta il Nucleo di Valutazione, distintamente per ogni Struttura aziendale, rileva le seguenti criticità:

SOC ANATOMIA PATHOLOGICA Obiettivi 2012: CRITICITA'			
Sezione	Contenuto obiettivo	Obiettivo 2012	Risultato al 31.12.2012
Controllo economico	Costi di gestione	€ 442.021	€ 468.640

Con riguardo all'obiettivo relativo al controllo economico la Dr.ssa Foscolo ha trasmesso una relazione in cui ha illustrato, in dettaglio, le azioni adottate per contenere la spesa.

Obiettivo 2012: rispetto budget di spesa nei limiti assegnati						
Obiettivo 2012 (€)	Risultato al 31.12.2012 (€)	Sforamento Budget (€)	- Importo prestazioni aggiuntive (€)	- Risparmio costi direttamente gestibili (€)	2012/2011 direttamente	Sforamento Finale (€)
442.021	468.640	26.619	/	26.800	/	
Penalizzazione: punti 2.						

*



SOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE

Obiettivi 2012: CRITICITA'

Sezione	Contenuto obiettivo	Obiettivo 2012	Risultato al 31.12.2012
Controllo economico	Costi di gestione	€ 1.258.805	€ 1.602.966
Governo produzione	- N° pazienti trattati - Peso medio DRG - Appropriatezza soglie DGR 4-2495/2011	344 5,3	313 4,89
Produzione ambulatoriale	N° prestazioni flusso C	7.402	7.853
Risk management	Governo rischio infettivo	Rispetto indicatori regionali	97%
Qualità	Obiettivi qualità	Rispetto indicatori	Parz. Raggiunto (12,50 su 15 di peso)

Obiettivo 2012: rispetto budget di spesa nei limiti assegnati

Obiettivo 2012 (€)	Risultato al 31.12.2012 (€)	Sforamento Budget (€)	- Importo prestazioni aggiuntive (€)	- Risparmio costi gestibili direttamente e spese giustificabili per assorbimento attività cure palliative (€)	Sforamento Finale (€)
1.258.805	1.602.966	344.161	233.104	78.539	32.518
Penalizzazione: punti 2,5 + 2.					

Il Dr. Maestrone ha trasmesso una relazione datata 28.5.2013 precisando quanto segue: per quanto attiene il peso medio del DRG ed i pazienti trattati ha osservato che, tenuto conto delle caratteristiche del servizio di anestesia e rianimazione, non vi è alcuna possibilità della Struttura di incidere sui due parametri. Relativamente all'appropriatezza evidenzia che si tratta di un solo caso clinico in relazione al quale è stato commesso un errore trascrittivo della SDO. Circa il numero di prestazioni (flusso C), che nel 2012 sono aumentate (a fronte di un aumento di costi), ha sottolineato che, nel corso del 2012, il servizio di Anestesia e Rianimazione ha dovuto assorbire l'attività ambulatoriale della Soc Cure Palliative/Hospice, che è risultata quasi nulla per carenza di personale. Il Dr. Maestrone evidenzia che, di recente, la Regione ha pubblicato i dati sulle patologie attese

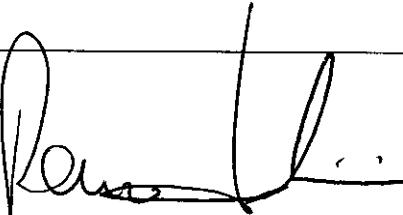
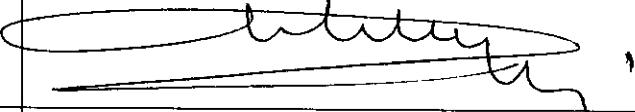
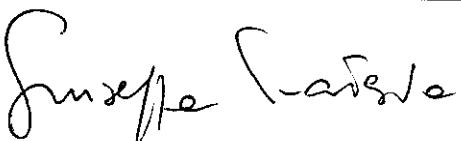


per trattamenti antalgici in rapporto alla popolazione dell'ASL VCO: tali dati sono stati oggetto di riunioni di quadrante, a Novara. In tale sede è stato confermato che l'attività ambulatoriale è in linea con i dati attesi (spoke di II° livello). Il Nucleo, tenuto conto delle motivazioni fornite, ritiene raggiunti al 100% gli obiettivi sopra descritti.

*

La seduta si conclude alle ore 18,30.

LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

Il Presidente: Dr. Renzo Sandrini	
I Componenti: Prof. Davide Maggi	
Dr. Nicola Paronzini	
Segretario Verbalizzante Dr.ssa Giuseppina Primatesta	



**AZIENDA SANITARIA LOCALE VCO
VIA MAZZINI 117 – 28887 OMEGNA**

**VERBALE NUCLEO DI VALUTAZIONE AZIENDALE DEL
21/8/2013**

Con deliberazione del Direttore Generale n° 460 del 13 settembre 2011 ai fini della valutazione dell'attività di gestione e degli obiettivi negoziati con i Dirigenti delle Strutture Aziendali per l'anno 2011 e sino all'emanazione delle linee di indirizzo regionali in merito all'attuazione del D.lgs n. 150/2009 (in conformità a quanto disposto dalla Regione Piemonte con DGR n. 23-1332 del 29.10.2010 e dalle circolari prot. n. 37747/DB2008 del 30.12.2010 e prot. n. 20278/DB2008 del 20/7/2011), venne nominato il Nucleo di Valutazione aziendale.

Successivamente, con deliberazione n. 266 del 20/9/2012, per le motivazioni ivi riportate, si prese atto della modifica della composizione del Nucleo di Valutazione aziendale e della nuova composizione: Presidente: Dr. Renzo Sandrini.

Componenti: Dr. Claudio Bianco; Prof. Davide Maggi; Dr. Nicola Paronzini; Dr. Luigi Savoia.

In data 21 agosto 2013, alle ore 14,15, presso la Sala Riunioni di Palazzo Beltrami, si è riunito il Nucleo di Valutazione Aziendale, costituito con la citata deliberazione n. 266/2012, ai fini della valutazione dell'attività di gestione e degli obiettivi negoziati con i Dirigenti delle Strutture Aziendali per l'anno 2012.

Risultano presenti alla seduta

Dr. Renzo Sandrini - Presidente del Nucleo

ed i componenti del Nucleo:

Dr. Claudio Bianco

Dr. Luigi Savoia

Assenti

Prof. Davide Maggi

Dr. Nicola Paronzini

Segretario verbalizzante, Dr.ssa Giuseppina Primatesta.

Il Nucleo prosegue con la valutazione degli obiettivi delle diverse strutture aziendali.



SOC CARDIOLOGIA Obiettivi 2012: CRITICITA'			
Sezione	Contenuto obiettivo	Obiettivo 2012	Risultato al 31.12.2012
Gestione produzione	Attività Day Hospital Attività ambulatoriale	535.420 932.008	429.192 767.466
Governo produzione	Appropriatezza soglie DGR 4-2495/2011	Standard regionali	> 0
Day Hospital	N° casi	136	120
Produzione ambulatoriale	Valorizzazione prestazioni flusso C	341.834	356.323
Risk management	Governo rischio infettivo	Rispetto indicatori regionali	70%
Qualità	Obiettivi qualità	Rispetto indicatori	Parz. Raggiunto (13 su 15 di peso)

Il Dr. Iraghi ha inviato una relazione datata 28.5.2013 precisando quanto segue: per quanto attiene l'attività in day hospital, a fronte di una riduzione della produzione e del numero di casi, osserva che l'attività di DH cardiologico è relativa, prevalentemente, a cardioversioni elettriche e sostituzioni di pacemaker o defibrillatori. In sostanza, si tratta di attività clinica difficilmente programmabile e caratterizzata da un'ampia possibilità di oscillazione nel tempo. Tenuto conto delle motivazioni il Nucleo considera raggiunti tali obiettivi e ritiene anche raggiunto l'obiettivo della valorizzazione delle prestazioni ambulatoriali in quanto il numero di prestazioni flusso C è in linea. Per quanto attiene l'appropriatezza l'obiettivo si ritiene parzialmente raggiunto con una penalizzazione di 1,7 punti.

*

SOC CHIRURGIA GENERALE E VASCOLARE Obiettivi 2012: CRITICITA'			
Sezione	Contenuto obiettivo	Obiettivo 2012	Risultato al 31.12.2012
Costi di gestione	Costi di gestione	3.132.094	3.413.775
Gestione produzione	Attività Day Hospital	932.621	1.068.974
Governo produzione	Appropriatezza soglie DGR 4-2495/2011	Standard regionali	> 0
Day Hospital	N° casi	781	845

8



Risk management	Governo rischio infettivo	Rispetto indicatori regionali	73%
Qualità	Obiettivi qualità	Rispetto indicatori	Parz. Raggiunto (13 su 15 di peso)

Obiettivo 2012: rispetto budget di spesa nei limiti assegnati					
Obiettivo 2012 (€)	Risultato al 31.12.2012 (€)	Sforamento Budget (€)	– Importo prestazioni aggiuntive (€)	Risparmio costi direttamente gestibili (€)	Sforamento Finale (€)
3.132.094	3.413.775	281.681	43.584	195.439	42.658
Penalizzazione: punti - 1,36 + 2.					

Il Nucleo rileva un aumento, seppur non elevato, di attività di Day Hospital però segnala anche un aumento, maggiormente significativo, delle prestazioni ambulatoriali, in linea con il dettato regionale. Perciò considera raggiunti i 2 obiettivi (ovvero produzione DH e n° casi). Per quanto attiene l'appropriatezza l'obiettivo si ritiene parzialmente raggiunto con una penalizzazione di 1,15 punti.

*

SOC MEDICINA INTERNA Obiettivi 2012: CRITICITA'			
Sezione	Contenuto obiettivo	Obiettivo 2012	Risultato al 31.12.2012
Costi di gestione	Costi di gestione	2.497.454	2.652.319
Gestione produzione	Attività Day Hospital Ambulatoriale	1.441.186 767.003	1.142.815 843.325
Governo produzione	Appropriatezza soglie DGR 4-2495/2011	Standard regionali	> 0
Day hospital	N° casi	540	460
Governo produzione	N° prestazioni flusso C	29.509	45.220
	Valorizzazione prestazioni flusso C	632.083	710.709
Risk management	Governo rischio infettivo	Rispetto indicatori regionali	78%

8

f Jh



Qualità	Obiettivi qualità	Rispetto indicatori	Parz. Raggiunto (13 su 15 di peso)
----------------	--------------------------	----------------------------	---

Obiettivo 2012: rispetto budget di spesa nei limiti assegnati					
Obiettivo 2012 (€)	Risultato al 31.12.2012 (€)	Sforamento Budget (€)	— Importo prestazioni aggiuntive (€)	Risparmio costi direttamente gestibili (€)	Sforamento Finale (€)
2.497.454	2.652.319	154.865	5.377	240.280	/
Penalizzazione: 2 punti					

Il Dr. Frediani ha inviato una relazione datata 18.6.2013 in cui precisa quanto segue: - la diminuzione della produzione dell'attività di day hospital (e del numero di casi) si giustifica con un aumento delle prestazioni ambulatoriali in conformità a indicazioni regionali. Il Nucleo considera tali obiettivi raggiunti. Per quanto attiene l'appropriatezza il Nucleo ritiene l'obiettivo non raggiunto.

*

SOC LABORATORIO ANALISI			
Obiettivi 2012: CRITICITA'			
Sezione	Contenuto obiettivo	Obiettivo 2012	Risultato al 31.12.2012
Costi di gestione	Costi di gestione	4.099.798	4.259.806
Qualità	Obiettivi qualità	Rispetto indicatori	Parz. Raggiunto (14 su 15 di peso)

Obiettivo 2012: rispetto budget di spesa nei limiti assegnati					
Obiettivo 2012 (€)	Risultato al 31.12.2012 (€)	Sforamento Budget (€)	— Importo prestazioni aggiuntive (€)	Risparmio costi direttamente gestibili (€)	Sforamento Finale (€)
4.099.798	4.259.806	160.008	/	292.489	/
Penalizzazione: 2 punti.					

*



SOC CENTRO PRODUZIONE EMOCOMPONENTI			
Obiettivi 2012: CRITICITA'			
Sezione	Contenuto obiettivo	Obiettivo 2012	Risultato al 31.12.2012
Ambulatoriale	Attività ambulatoriale	1.270.840	1.298.183
Azioni strategiche	Azioni volte ad un inserimento corretto dei dati di attività	Report verifica	Documento non pervenuto
	Attuazione progetto organizzativo	Progetto	Documento non pervenuto
Governo produzione	N° prestazioni flusso C	18.065	39.550
	Valorizzazione prestazioni flusso C	224.805	1.298.183

Il Nucleo, per quanto attiene l'attività ambulatoriale, pur verificando che la produzione è superiore rispetto a quanto richiesto, osserva, però, che i costi sono stati ampiamente rispettati, spendendo € 640.375 rispetto ad un budget pari ad € 738.938. Pertanto considera raggiunti gli obiettivi riferiti all'attività ambulatoriale. Non si possono considerare raggiunti gli obiettivi legati alle azioni strategiche in quanto non è stata presentata alcuna documentazione, neppure in occasione dell'incontro che si è svolto con la Direzione Generale.

*

SOC SIMT			
Obiettivi 2012: CRITICITA'			
Sezione	Contenuto obiettivo	Obiettivo 2012	Risultato al 31.12.2012
Ambulatoriale	Attività ambulatoriale	138.645	175.048
Azioni strategiche	Azioni volte ad un inserimento corretto dei dati di attività	Report verifica	Documento non pervenuto
Governo produzione	N° prestazioni flusso C	3.986	5.718
	Valorizzazione prestazioni flusso C	126.029	175.048

Il Nucleo, per quanto attiene l'attività ambulatoriale, pur verificando che la produzione è superiore rispetto a quanto richiesto, osserva, però, che i costi sono stati ampiamente rispettati, spendendo € 1.567.800 rispetto ad un budget pari ad € 1.681.047. Pertanto considera raggiunti gli obiettivi riferiti all'attività ambulatoriale. Non si può considerare raggiunto l'obiettivo legato all'azione strategica in quanto non è stata presentata alcuna documentazione, neppure in occasione dell'incontro che si è svolto con la Direzione Generale.

*



SOC DIABETOLOGIA

Obiettivi 2012: CRITICITA'

Sezione	Contenuto obiettivo	Obiettivo 2012	Risultato al 31.12.2012
Costi di gestione	Costi di gestione	159.675	171.532

Obiettivo 2012: rispetto budget di spesa nei limiti assegnati

Obiettivo 2012 (€)	Risultato al 31.12.2012 (€)	Sforamento Budget (€)	– Importo prestazioni aggiuntive (€)	Risparmio costi direttamente gestibili (€) 2012/2011	Sforamento Finale (€)
159.675	171.532	- 11.857	/	18.337	/

Penalizzazione: 2 punti.

*

SOC CURE PALLIATIVE

Obiettivi 2012: CRITICITA'

Sezione	Contenuto obiettivo	Obiettivo 2012	Risultato al 31.12.2012
Gestione produzione	Ambulatoriale	19.213	17.650
Governo produzione	N° prestazioni flusso C Valorizzazione prestazioni	749 19.213	688 17.650

La riduzione dell'attività ambulatoriale, come precisato nella lettera di chiarimenti predisposta dal Dr. Tappa il 26.6.2013, è da attribuirsi alla riduzione di attività di un dirigente medico che ha assunto una carica istituzionale extra professionale. Il Nucleo, considerando la notevole riduzione di attività e tenuto conto che la stessa, principalmente, dipende dalla riduzione di n. 1 unità di personale, considera l'obiettivo raggiunto all'80%.

*

SOC DIREZIONE SANITARIA

Obiettivi 2012: CRITICITA'

Sezione	Contenuto obiettivo	Obiettivo 2012	Risultato al 31.12.2012
Qualità	Obiettivi qualità	Rispetto indicatori	Parz. Raggiunto (7.5 su 15 di peso)

f f f



*

SOC ENDOSCOPIA DIGESTIVA Obiettivi 2012: CRITICITA'			
Sezione	Contenuto obiettivo	Obiettivo 2012	Risultato al 31.12.2012
Costi di gestione	Costi di gestione	510.542	522.029

Obiettivo 2012: rispetto budget di spesa nei limiti assegnati					
Obiettivo 2012 (€)	Risultato al 31.12.2012 (€)	Sforamento Budget (€)	— Importo prestazioni aggiuntive (€)	— Risparmio 2012/2011 costi direttamente gestibili (€)	Sforamento Finale (€)
510.542	522.029	- 11.487	/	88.570	/

Penalizzazione: 2 punti.

*

SOC FARMACIA Obiettivi 2012: CRITICITA'			
Sezione	Contenuto obiettivo	Obiettivo 2012	Risultato al 31.12.2012
Obiettivi raggiunti al 100%.			
.			

*

SOC GERIATRIA Obiettivi 2012: CRITICITA'			
Sezione	Contenuto obiettivo	Obiettivo 2012	Risultato al 31.12.2012
Azioni critiche	Target di spesa farmaceutico	obiettivo non valutabile in quanto il Responsabile della Soc Farmacia non ha fissato un target per il 2012.	

Obiettivi raggiunti al 100%.

*



SOC MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA			
Obiettivi 2012: CRITICITA'			
Sezione	Contenuto obiettivo	Obiettivo 2012	Risultato al 31.12.2012
Qualità	Obiettivi qualità	Rispetto indicatori	Parz. Raggiunto (14 su 15 di peso)
Produzione	Ambulatoriale	3.914.700	4.162.103

Per quanto attiene l'attività ambulatoriale, seppure la produzione è superiore mentre avrebbe dovuto essere uguale al 2011, il Nucleo ritiene raggiunto l'obiettivo in quanto si è realizzato il contenimento dei costi.

La seduta si conclude alle ore 17,55.

LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

Il Presidente:	
Dr. Renzo Sandrini	
I Componenti:	
Dr. Claudio Bianco	
Dr. Luigi Savoia	
Segretario Verbalizzante Dr.ssa Giuseppina Primatesta	



**AZIENDA SANITARIA LOCALE VCO
VIA MAZZINI 117 – 28887 OMEGNA**

**VERBALE NUCLEO DI VALUTAZIONE AZIENDALE DEL
22/8/2013**

Con deliberazione del Direttore Generale n° 460 del 13 settembre 2011 ai fini della valutazione dell'attività di gestione e degli obiettivi negoziati con i Dirigenti delle Strutture Aziendali per l'anno 2011 e sino all'emanazione delle linee di indirizzo regionali in merito all'attuazione del D.lgs n. 150/2009 (in conformità a quanto disposto dalla Regione Piemonte con DGR n. 23-1332 del 29.10.2010 e dalle circolari prot. n. 37747/DB2008 del 30.12.2010 e prot. n. 20278/DB2008 del 20/7/2011), venne nominato il Nucleo di Valutazione aziendale.

Successivamente, con deliberazione n. 266 del 20/9/2012, per le motivazioni ivi riportate, si prese atto della modifica della composizione del Nucleo di Valutazione aziendale e della nuova composizione: Presidente: Dr. Renzo Sandrini.

Componenti: Dr. Claudio Bianco; Prof. Davide Maggi; Dr. Nicola Paronzini; Dr. Luigi Savoia.

In data 22 agosto 2013, alle ore 14,15, presso la Sala Riunioni di Palazzo Beltrami, si è riunito il Nucleo di Valutazione Aziendale, costituito con la citata deliberazione n. 266/2012, ai fini della valutazione dell'attività di gestione e degli obiettivi negoziati con i Dirigenti delle Strutture Aziendali per l'anno 2012.

Risultano presenti alla seduta

Dr. Renzo Sandrini – Presidente del Nucleo

ed i componenti del Nucleo:

Dr. Claudio Bianco

Dr. Luigi Savoia

Assenti

Prof. Davide Maggi

Dr. Nicola Paronzini

Segretario verbalizzante, Dr.ssa Giuseppina Primatesta.



Il Nucleo prosegue con la valutazione degli obiettivi delle diverse strutture.

*

SOC MALATTIE INFETTIVE Obiettivi 2012: CRITICITA'			
Sezione	Contenuto obiettivo	Obiettivo 2012	Risultato al 31.12.2012
Costi di gestione	Costi di gestione	541.506	579.755
Governo produzione	Appropriatezza soglie DGR 4-2495/2011	Standard regionali	> 0
Risk management	Governo rischio infettivo	Rispetto indicatori regionali	82%

Obiettivo 2012: rispetto budget di spesa nei limiti assegnati					
Obiettivo 2012 (€)	Risultato al 31.12.2012 (€)	Sforamento Budget (€)	— Importo prestazioni aggiuntive (€)	— Risparmio costi direttamente gestibili (€) 2012/2011	Sforamento Finale (€)
541.506	579.755	38.249	/	48.994	/

Penalizzazione: 2 punti.

Per quanto attiene l'appropriatezza il Dr. Mondino, con lettera di chiarimenti del 27.6.2013, osserva che l'inappropriatezza riguardava n. 8 casi (DRC 206) di epatite di cui: 4 di epatite B acuta, 1 di epatite A acuta, 1 di epatite autoimmune e 2 di ascesso epatico, di cui uno post chirurgico trattato in regime di DH. Poiché tutti i casi provenivano dal DEA, eccetto il caso trattato in DH, non si è potuto evitare il ricovero dei pazienti. Il Nucleo ritiene raggiunto all'80% l'obiettivo. Circa il peso medio, più elevato rispetto a quanto richiesto, il Dr. Mondino, con la citata lettera di chiarimenti ha precisato che si deve far riferimento ad un caso di paziente HIV e affetto anche da linfoma di Hodgkin che ha eseguito la chemioterapia. Sulla base delle motivazioni presentate il Nucleo ritiene raggiunto l'obiettivo.

*

SOC NEFROLOGIA Obiettivi 2012: CRITICITA'			
Sezione	Contenuto obiettivo	Obiettivo 2012	Risultato al 31.12.2012
Gestione produzione	Day Hospital	119.075	63.203



Governo produzione	SDO con intervento chirurgico	50	42
Governo produzione	Peso medio DRG	1,56	1,55
Governo produzione	N° casi Day hospital	116	49
Produzione ambulatoriale	N° prestazioni flusso C	68.166	71.928
Risk management	Governo rischio infettivo	Rispetto indicatori regionali	81%

Il Dr. Borzumati, nella relazione datata 27.5.2013, rispetto alla riduzione dell'attività di Day Hospital, che da sempre rappresenta il settore di produzione più modesto dell'intera attività svolta nell'ambito della struttura, precisa che buona parte delle prestazioni (circa il 50% del numero di casi trattati) sono state convertite in attività ambulatoriale, con particolare riguardo alla nefroprotezione. Relativamente alle SDO con intervento chirurgico il Dr Borzumati precisa che le stesse sono correlate al numero di accessi vascolari effettuati in pazienti con malattia renale terminale o a ricoveri determinati da complicanze in seguito al malfunzionamento degli stessi, che richiedono una revisione chirurgica. La diminuzione del numero di SDO è da imputarsi alla riduzione dei pazienti seguiti. Tenuto conto delle motivazioni evidenziate il Nucleo ritiene raggiunti gli obiettivi.

Per quanto attiene l'attività ambulatoriale, seppure la produzione è superiore mentre avrebbe dovuto essere uguale al 2011, il Nucleo ritiene gli obiettivi raggiunti in quanto si è realizzato il contenimento dei costi, mentre ritiene l'obiettivo riferito al peso medio DRG raggiunto all'80%.

*

SOC NEUROLOGIA Obiettivi 2012: CRITICITA'			
Sezione	Contenuto obiettivo	Obiettivo 2012	Risultato al 31.12.2012
Costi di gestione	Costi di gestione	658.435	742.102
Gestione produzione	Attività Day Hospital	21.457	24.307
Governo produzione	Appropriatezza soglie DGR 4-2495/2011	Standard regionali	> 0
Governo produzione	N° casi DH	16	19
Ambulatoriale	N° prestazioni flusso C	12.364	10.665
	Valorizzazione prestazioni flusso C	234.244	213.365
Risk management	Governo rischio infettivo	Rispetto indicatori	73%



		regionali
--	--	-----------

Obiettivo 2012: rispetto budget di spesa nei limiti assegnati					
Obiettivo 2012 (€)	Risultato al 31.12.2012 (€)	Sforamento Budget (€)	- Importo prestazioni aggiuntive (€)	- Costo da ridurre dall'anno 2012 in quanto non compreso nel 2011 (cooperativa trasporto infermi)	Sforamento Finale (€)
658.435	742.102	- 83.667	/	72.077	11.590
Penalizzazione: di 1,8 punti + 2.					

Come precisato dalla Dr.ssa Iulita nella relazione pervenuta in data 4.6.2013 la voce di spesa "costi di servizi della rete non pubblica" evidenzia, rispetto al 2011, un aumento di più di 70.000 € legato all'appalto di servizi della cooperativa di trasporti interni. Tuttavia non si tratta di un reale aumento in quanto, da una verifica presso il servizio tecnico, è emerso che, nel 2011, tale voce di spesa non era stata, per mero errore, inserita. Pertanto si ritiene corretto decurtarla dall'importo sfondato.

Relativamente al N° di casi di DH la Dr.ssa Julita segnala che sono stati effettuati n. 3 casi di DH in più rispetto all'anno 2011 a causa di maggiori recidive di sclerosi multipla e di miastenia a fronte di un importo di spesa peraltro esiguo. Con riguardo alla produzione ambulatoriale la Dr.ssa Iulita nella relazione precisa che la riduzione della produzione ambulatoriale, rispetto all'anno 2011, è da attribuirsi al pensionamento di n. 2 dirigenti medici. Il Nucleo, tenuto conto delle osservazioni presentate, ritiene raggiunti gli obiettivi.

*

SOC NEUROPSICHIATRIA INFANTILE Obiettivi 2012: CRITICITA'			
Sezione	Contenuto obiettivo	Obiettivo 2012	Risultato al 31.12.2012
Obiettivi raggiunti al 100%.			

*

SOC SERT Obiettivi 2012: CRITICITA'			
Sezione	Contenuto obiettivo	Obiettivo 2012	Risultato al 31.12.2012
Costi di gestione	Costi di gestione	1.073.422	1.266.181
Governo produzione	Produzione ambulatoriale	343.427	412.601

8

f R



Produzione ambulatoriale	N° prestazioni flusso C	16.349	18.690
Ambulatoriale	Valorizzazione prestazioni flusso C	343.427	412.571

Obiettivo 2012 (€)	Risultato al 31.12.2012 (€)	Sforamento Budget (€)	— Importo prestazioni aggiuntive (€)	— Maggior costo anno 2012 rispetto al 2011 per il ricovero di utenti in comunità — importo giustificato	Sforamento Finale (€)
1.073.422	1.266.181	-192.759	8.751	63.233	120.775
Penalizzazione: 11,25 punti + 2.					

Il Nucleo, con riguardo all'aumento della produzione specialistica ritiene di giustificare tali obiettivi ritenendola produzione appropriata trattandosi di pazienti che necessitano di essere seguiti con continuità ed evitando il ricovero in comunità che comporterebbe, per l'azienda, costi elevati.

*

SOC ONCOLOGIA Obiettivi 2012: CRITICITA'			
Sezione	Contenuto obiettivo	Obiettivo 2012	Risultato al 31.12.2012
Gestione produzione	Degenza ordinaria Day Hospital	1.666.040 3.076.907	1.348.959 1.785.498
	Appropriatezza soglie DGR 4-2495/2011	Standard regionali	> 0
Governo produzione	N° prestazioni flusso C	20.269	21.043
Day Hospital	N° casi	927	723
Risk management	Governo rischio infettivo	Rispetto indicatori regionali	72%

La riduzione dell'attività di DH è legata, come evidenziato dal Dr. Montanara nella relazione del 27.6.2013, all'applicazione di direttive regionali che hanno imposto di convertire l'attività di DH terapeutico in attività ambulatoriale. Il calo di prestazioni ambulatoriali complessive è da attribuire, sostanzialmente, alla riduzione di n. 1 unità di

J R



personale dirigente medico. Tenuto conto di tali osservazioni il Nucleo ritiene raggiunti gli obiettivi. Relativamente all'appropriatezza il nucleo ritiene l'obiettivo raggiunto per il 36%.

*

SOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Obiettivi 2012: CRITICITA'			
Sezione	Contenuto obiettivo	Obiettivo 2012	Risultato al 31.12.2012
Costi di gestione	Costi di gestione	2.662.723	2.987.696
Gestione produzione	Attività Degenza ordinaria Day hospital	4.862.024 652.210	5.077.224 700.357
Governo produzione	Appropriatezza soglie DGR 4-2495/2011	Standard regionali	> 0
Governo produzione	Peso medio DRG	1,64	1,63
Ricoveri ordinari	SDO con intervento chirurgico	931	983
Day hospital	N° casi	392	419
Risk management	Governo rischio infettivo	Rispetto indicatori regionali	84%
Qualità	Obiettivi qualità	Rispetto indicatori	Parz. Raggiunto (13 su 15 di peso)
Attività azioni critiche	Adesione target di spesa	218.500	268.124

Obiettivo 2012 (€)	Risultato al 31.12.2012 (€)	Sforamento Budget (€)	– Importo prestazioni aggiuntive (€)	– Risparmio costi 2012/2011 direttamente gestibili (€)	Sforamento Finale (€)
2.662.723	2.987.696	324.973	34.795	90.333	199.845
Penalizzazione di 7,50 punti + 2.					

Come risulta dalla lettera di chiarimenti pervenuta dal Dr. Mosoni in data 27.6.2013 la degenza ordinaria è aumentata per l'aumento della traumatologia rispetto all'anno 2011, attività che non risulta né prevedibile né programmabile (rispetto alle altra specialità gli

8

f

AB



interventi di traumatologia superano il 50% dell'attività). L'aumento del numero di DH va attribuito alla elevata richiesta di tali prestazioni con tempi brevi di attesa da parte di pazienti che, in caso contrario, si rivolgerebbero ad altre strutture anche extra regione.

In tema di appropriatezza il Dr. Mosoni rileva che i n. 3 casi di DRG inappropriati riguardano pazienti ricoverati presso il reparto di ortopedia sospettando patologie ortopediche che, successivamente, dopo gli accertamenti diagnostici, si sono rivelate diverse, venendo però meno la possibilità di trasferimento presso i reparti di competenza (oncologia, medicina..) per la mancanza di posti letto. Il nucleo ritiene raggiunti gli obiettivi descritti alla luce delle considerazioni esposte. Per quanto attiene l'obiettivo riferito al peso medio il Nucleo, tenuto conto che buona parte dell'attività è di tipo traumatologico e, perciò non programmabile, giustifica il minimo scostamento.

Per quanto attiene l'adesione al target di spesa farmaceutico si ritiene di considerare esaustive le considerazioni presentate dal Dr. Mosoni. In tal senso si è espressa la Dr.ssa Poggi esaminando il contenuto di tale relazione.

*

SOC PSICOLOGIA			
Obiettivi 2012: CRITICITA'			
Sezione	Contenuto obiettivo	Obiettivo 2012	Risultato al 31.12.2012
Obiettivi raggiunti al 100%			

*

SOC RADIODIAGNOSTICA			
Obiettivi 2012: CRITICITA'			
Sezione	Contenuto obiettivo	Obiettivo 2012	Risultato al 31.12.2012
Produzione	Ambulatoriale	5.711.211	6.197.042

Il Nucleo, nel rilevare che la produzione ambulatoriale è superiore a quella indicata (dato 2011) ma considerando che non vi è un superamento del budget di spesa si ritiene raggiunto l'obiettivo. Pertanto gli obiettivi sono raggiunti al 100%.

*

SOC RADIOTERAPIA			
Obiettivi 2012: CRITICITA'			
Sezione	Contenuto obiettivo	Obiettivo 2012	Risultato al 31.12.2012

f f



Costi di gestione	Costi di gestione	519.352	561.314
Gestione produzione	Ambulatoriale	1.168.838	1.434.437
	N° prestazioni flusso C	20.925	25.250
	Valorizzazione	1.126.316	1.399.613

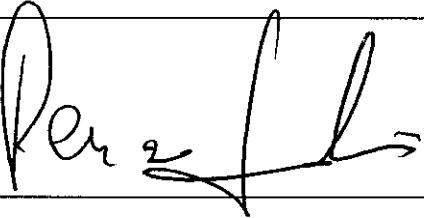
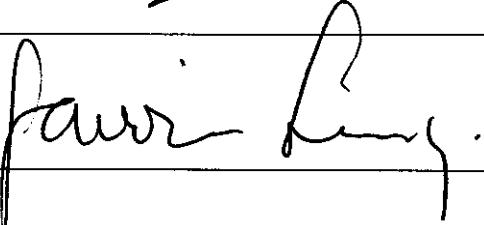
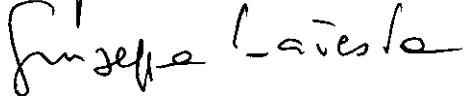
Obiettivo 2012 (€)	Risultato al 31.12.2012 (€)	Sforamento Budget (€)	— Importo prestazioni aggiuntive (€)	— Contratto di manutenzione ditta siemens che, nel 2011, veniva capitalizzato (€)	Sforamento Finale (€)
519.352	561.314	41.962	/	168.343	/
Penalizzazione: 2 punti.					

Per quanto attiene l'attività ambulatoriale seppure la produzione è superiore all'anno 2011 ciò si giustifica, come risulta dal contenuto della relazione redatta dal Dr. Ballaré in data 12 giugno, con il fatto che, nel 2012, è entrato in funzione il secondo acceleratore lineare, in aggiunta all'apparecchiatura già in essere presso la Soc Radioterapia. Il nuovo acceleratore si caratterizza per supportare le cd. "tecniche speciali" quali radioterapia ad intensità modulata, radioterapia 4D adattativi e stereotassi endo ed extracranica con sistema di localizzazione del volume bersaglio basato su immagini topografiche. Da qui l'aumento, nel 2012, di prestazioni ambulatoriali rispetto all'anno 2011. Il Nucleo ritiene raggiunto l'obiettivo.

La seduta si conclude alle ore 18,05.



LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

Il Presidente:	
Dr. Renzo Sandrini	
I Componenti:	
Dr. Claudio Bianco	
Dr. Luigi Savoia	
Segretario Verbalizzante Dr.ssa Giuseppina Primatesta	



**AZIENDA SANITARIA LOCALE VCO
VIA MAZZINI 117 – 28887 OMEGNA**

**VERBALE NUCLEO DI VALUTAZIONE AZIENDALE DEL
16/9/2013**

Con deliberazione del Direttore Generale n° 460 del 13 settembre 2011 ai fini della valutazione dell'attività di gestione e degli obiettivi negoziati con i Dirigenti delle Strutture Aziendali per l'anno 2011 e sino all'emanazione delle linee di indirizzo regionali in merito all'attuazione del D.lgs n. 150/2009 (in conformità a quanto disposto dalla Regione Piemonte con DGR n. 23-1332 del 29.10.2010 e dalle circolari prot. n. 37747/DB2008 del 30.12.2010 e prot. n. 20278/DB2008 del 20/7/2011), venne nominato il Nucleo di Valutazione aziendale.

Successivamente, con deliberazione n. 266 del 20/9/2012, per le motivazioni ivi riportate, si prese atto della modifica della composizione del Nucleo di Valutazione aziendale e della nuova composizione: Presidente: Dr. Renzo Sandrini.

Componenti: Dr. Claudio Bianco; Prof. Davide Maggi; Dr. Nicola Paronzini; Dr. Luigi Savoia.

In data 16 settembre 2013, alle ore 14,15, presso la Sala Riunioni di Palazzo Beltrami, si è riunito il Nucleo di Valutazione Aziendale, costituito con la citata deliberazione n. 266/2012, ai fini della valutazione dell'attività di gestione e degli obiettivi negoziati con i Dirigenti delle Strutture Aziendali per l'anno 2012.

Risultano presenti alla seduta

Dr. Renzo Sandrini – Presidente del Nucleo

ed i componenti del Nucleo:

Prof. Davide Maggi

Dr. Nicola Paronzini

Dr. Claudio Bianco

Dr. Luigi Savoia

Assenti

/

Segretario verbalizzante, Dr.ssa Giuseppina Primatesta.

Il Nucleo prosegue con la valutazione degli obiettivi delle diverse strutture aziendali.



*

SOC OTORINOLARINGOIATRIA Obiettivi 2012: CRITICITA'			
Sezione	Contenuto obiettivo	Obiettivo 2012	Risultato al 31.12.2012
Costi di gestione	Costi di gestione	857.633	906.162
Gestione produzione	Attività Degenza ordinaria	1.140.619	1.079.356
	Ambulatoriale	436.279	400.008
	DH	580.159	565.163
Governo produzione	Appropriatezza soglie DGR 4-2495/2011	Standard regionali	> 0
Governo produzione	Peso medio DRG	1,52	1,34
Governo produzione	N° prestazioni flusso C	19.234	14.016
	Valorizzazione prestazioni flusso C	365.169	331.599
Governo produzione	SDO con intervento chirurgico	261	303
	N° dimessi	318	343
Risk management	Governo rischio infettivo	Rispetto indicatori regionali	81%

Obiettivo 2012 (€)	Risultato al 31.12.2012 (€)	Sforamento Budget (€)	— Importo prestazioni aggiuntive (€)	— Risparmio costi 2012/2011 direttamente gestibili (€)	Sforamento Finale (€)
857.633	906.162	48.529	20.525	100.284	/
Penalizzazione: 2 punti.					

Per quanto attiene la produzione (ricoveri) il Dr. Scotti, nella relazione che ha redatto il 4.6.2013, ha precisato che risulta difficile in una produzione controllata, attenta a non eccedere nella quantità e attenta al rispetto delle liste di attesa, mantenere costante il tipo di produzione. Ha inoltre precisato che, nella branca di otorino, i due estremi dei pesi del DRG si realizzano per interventi in gran parte in urgenza (le tracheotomie da insufficienza respiratoria, peso alto, e le fratture nasali e gli ascessi tonsillari, peso basso), con la variabilità che, di anno in anno, si può avere nella casistica. Il Nucleo ritiene raggiunto l'obiettivo del peso medio al 50%.



Relativamente alla produzione ambulatoriale la diminuzione della produzione è dovuta, come si legge nella relazione, a 3 motivazioni: 1. l'assenza, per n. 4 mesi, di un medico ORL per il pensionamento del Dr. Govoni (problema temporaneamente tamponato con un incarico a tempo determinato); 2. la chiusura dell'ambulatorio termale (nel 2011 le prestazioni prodotte sono state 4.217); 3. la mancata consuntivazione delle prestazioni aggiuntive per il DEA. Circa il numero dei dimessi osserva il Dr. Scotti che n. 25 ricoveri prodotti in più rispetto al 2011 è giustificato da situazioni contingenti e documentabili quali la presenza di pazienti oncologici non prorogabili in lista operatoria (classe A) e ricoveri urgenti non prevedibili. Il Nucleo, tenuto conto delle motivazioni sopra delineate, considera raggiunti gli obiettivi.

Per quanto attiene i casi di inappropriatezza il Dr. Scotti motiva evidenziando che il riferimento è ad una serie di interventi chirurgici di dermochirurgia in regime di DS senza pernottamento, in relazione alle quali esiste un problema, non dipendente dalla Struttura, peraltro evidenziato alla Direzione Sanitaria e dettagliatamente illustrato nella relazione, per quanto attiene la modifica di codice DRG richiesta dalla Regione in corso d'anno. Il Nucleo, tenuto conto delle motivazioni sopra delineate considera raggiunto l'obiettivo.

*

SOC MEDICINA LEGALE Obiettivi 2012: CRITICITA'			
Sezione	Contenuto obiettivo	Obiettivo 2012	Risultato al 31.12.2012
Costi di gestione	Costi di gestione	196.241	241.833

Obiettivo 2012 (€)	Risultato al 31.12.2012 (€)	Sforamento Budget (€)	— Importo prestazioni aggiuntive (€)	— Maggior costo anno 2012 rispetto al 2011 per fitti reali, trasloco — importo giustificato (€)	Sforamento Finale (€)
196.241	241.833	45.592	/	45.900	/
Penalizzazione 2 punti .					

*

SOC PEDIATRIA Obiettivi 2012: CRITICITA'			
Sezione	Contenuto obiettivo	Obiettivo 2012	Risultato al 31.12.2012
Costi di gestione	Costi di gestione	936.438	1.167.152

f C M R

Gestione produzione	Degenza ordinaria DH Ambulatoriale	1.415.316 47.102 168.947	1.471.536 22.157 155.663
Governo produzione	Appropriatezza soglie DGR 4-2495/2011	Standard regionali	> 0
Governo produzione	DH n° casi	50	22
Governo produzione	N° prestazioni flusso C	1.890	1.333
	Valorizzazione prestazioni flusso C	37.660	24.554
Risk management	Governo rischio infettivo	Rispetto indicatori regionali	81%

Obiettivo 2012 (€)	Risultato al 31.12.2012 (€)	Sforamento Budget (€)	– Importo prestazioni aggiuntive (€)	– Maggior costo anno 2012 rispetto al 2011 per caso utente emofiliaco – importo giustificato (€)	Sforamento Finale (€)
936.438	1.167.152	230.714	/	100.208	130.506
Penalizzazione di n. 13,9 punti + 2.					

Per quanto attiene la riduzione della produzione di DH il Dr. Guala, nella relazione datata 27.5.2013, precisa che, dal gennaio 2012, sono stati presi in carico i bambini adottati all'estero con la formula "day service" mentre nel 2011 si era utilizzato il day hospital. Ciò ha comportato la riduzione della produzione.

Per quanto attiene la riduzione delle prestazioni ambulatoriali (e quindi della relativa valorizzazione) occorre rilevare che, dall'ottobre 2012, ha dato le dimissioni la Dr.ssa Gaggero, con conseguente interruzione dell'attività specialistica relativa alle ecografie pediatriche ed alle visite auxologiche ed endocrinologiche, con conseguente riduzione delle prestazioni e della produzione. Inoltre, osserva il Dr. Guala che l'attività ambulatoriale della Soc Pediatria è di tipo superspecialistico in quanto i pediatri di libera scelta sono già specialisti e, quindi, l'attività ospedaliera è rivolta ad una popolazione molto selezionata con un bacino di utenza limitato.

Con riguardo ai casi inappropriate il Dr. Guala effettua un analisi dettagliata di ciascun caso e della specifica patologia, motivando la necessità del ricovero. Tenuto conto delle osservazioni presentate dal Dr. Guala il Nucleo ritiene raggiunti gli obiettivi.

The image shows four handwritten signatures and initials in black ink, likely belonging to the medical staff who reviewed the cases. The signatures are fluid and vary in size and style. There is also a small asterisk (*) above one of the signatures.



SOC RRF Obiettivi 2012: CRITICITA'			
Sezione	Contenuto obiettivo	Obiettivo 2012	Risultato al 31.12.2012
Gestione produzione	Attività Degenza ordinaria	378.803	285.309
Governo produzione	N° dimessi	53	35
Risk management	Governo rischio infettivo	Rispetto indicatori regionali	78%
Qualità	Obiettivi qualità	Rispetto indicatori	Parz. Raggiunto (14 su 15 di peso)

Come emerge dalla relazione presentata dalla Dr.ssa Butté in data 3 giugno 2013 si evidenzia che i posti letto di degenza RRF presso il Presidio di Domodossola sono stati chiusi, per gravi carenze di personale di assistenza, a decorrere dal mese di ottobre 2012. Il 4 ottobre è stato dimesso l'ultimo paziente. Il nucleo ritiene raggiunti gli obiettivi riferiti all'attività di degenza ordinaria ed al numero di dimessi dovendo, a seguito della chiusura dei posti letto, riposizionare l'obiettivo 2012 su 9 mesi e non su 12.

SOC UROLOGIA Obiettivi 2012: CRITICITA'			
Sezione	Contenuto obiettivo	Obiettivo 2012	Risultato al 31.12.2012
Costi di gestione	Costi di gestione	912.742	1.011.064
Gestione produzione	Attività Degenza ordinaria	1.459.586	1.694.325
Governo produzione	Appropriatezza soglie DGR 4-2495/2011	Standard regionali	> 0
Governo produzione	Day Hospital	440	397
Risk management	Governo rischio infettivo	Rispetto indicatori regionali	72%
Qualità	Obiettivi qualità	Rispetto indicatori	Parz. Raggiunto (8 su 15 di peso)



Obiettivo 2012 (€)	Risultato al 31.12.2012 (€)	Sforamento Budget (€)	— Importo prestazioni aggiuntive (€)	Risparmio costi gestibili (€)	— 2012/2011 direttamente	Sforamento Finale (€)
912.742	1.011.064	98.322	12.224	54.068		32.030
Penalizzazione: 3,50 punti + 2.						

Per quanto attiene i dati di produzione superiori al 2011, come evidenziato dal Dr. Minocci nella relazione del 17.6.2013, mentre, nel corso del 2011 (ma anche in alcuni anni precedenti), si è verificato una diminuzione delle sedute operatorie per problemi di carenza di organico, la situazione è migliorata nel 2012, determinando un incremento di produzione rispetto all'anno precedente. Per quanto attiene l'inappropriatezza, come emerge dalla relazione, si tratta di n. 1 caso di intervento di chirurgia uro-dermatologica in relazione al quale, mancando in azienda un servizio di chirurgia dermatologica, si è ritenuto lo stesso congruo generando il DRG 270. Il Nucleo, preso atto delle osservazioni del Dr. Minocci, ritiene raggiunti gli obiettivi.

Si ritiene raggiunto anche l'obiettivo riferito alla riduzione del numero casi di DH, a fronte di un aumento delle prestazioni ambulatoriali.

*

SOC SITRPO			
Obiettivi 2012: CRITICITA'			
Sezione	Contenuto obiettivo	Obiettivo 2012	Risultato al 31.12.2012
Non si rileva alcuna criticità gli obiettivi risultano raggiunti al 100%.			

*

Per quanto attiene gli obiettivi assegnati ai Responsabili dell'area amministrativa ovvero: Soc ICT; Soc Risorse Economico Finanziarie; Soc ITB; Soc Forniture e Logistica; Soc Affari legali e Patrimoniali; Soc Budget e Controllo; Soc Risorse Umane; Soc Supporto Direzionale il Nucleo ha esaminato gli obiettivi riferiti alla sezione 1 della scheda "gestione ordinaria", concordati anche tenendo conto di problemi specifici di ciascuna struttura, e della sezione 2 "attività di complemento" per quanto attiene gli obiettivi specifici di ciascuna struttura.

Gli obiettivi riferiti alla sezione 1 risultano raggiunti per tutte le strutture

Il Nucleo esamina, quindi, relativamente alla sezione 2 "attività di complemento", gli obiettivi comuni a tutte le strutture, che sono stati realizzati in stretta sinergia con il Direttore Amministrativo ovvero:

- Revisione di almeno n. 1 processo amministrativo che preveda sinergie tra le Strutture per recuperare le inefficienze ed attuare una reale integrazione tra Servizi, anche evitando duplicazioni di lavoro. I processi amministrativi rivisti sono stati i seguenti:

1. Acquisizione di beni in comodato d'uso e di beni in donazione: revisione dell'intero processo al fine di semplificare il processo di acquisizione.
2. Inventario beni aziendali (mobili, immobili): revisione dell'intero processo al fine di migliorarne l'efficienza attraverso il coinvolgimento di tutte le Strutture direttamente coinvolte.
3. Monitoraggio della spesa trimestrale: rivalutazione dell'intero processo per recuperare le inefficienze riscontrate con particolare riguardo alla verifica dell'inserimento dei ricevimenti entro il termine di scadenza del trimestre con l'indicazione corretta dei centri di costo.

- Partecipazione ad incontri organizzati dal Direttore Amministrativo per realizzare un confronto utile a creare una maggior integrazione tra le strutture amministrative e migliorare il funzionamento dei processi amministrativi aziendali.
- Rilevazioni richieste dalla Regione o da altri Enti: applicazione modalità operativa che prevede che, per ciascuna rilevazione, venga nominato un Coordinatore il quale individui i Responsabili coinvolti e, nel corso di uno o più incontri, definisca, in modo sinergico, i rispettivi compiti, predisponendo un crono programma.
- Rispetto del budget assegnato dalla Soc Gestione delle Risorse Economiche e Finanziarie per l'anno 2012.
- Integrazione dell'attività della Struttura con gli adempimenti richiesti dall'avvio della Federazione sovrazonale (Soc. Forniture e Logistica, Soc ICT, Soc ALP).

Il Nucleo di Valutazione, esaminata la documentazione e sentito il Direttore Amministrativo, rileva quanto segue:

- a) sono stati rivisti n. 3 processi amministrativi (sopra indicati) con la collaborazione dei Servizi direttamente coinvolti, individuando alcuni processi che presentavano aree di inefficienza o comunque spazi di miglioramento, con l'obiettivo di apportare i necessari correttivi utili ad evitare duplicazioni di lavoro tra le Strutture integrandosi in modo sinergico;
- b) i Responsabili dei servizi amministrativi hanno partecipato agli incontri organizzati, nel corso dell'anno 2012, dal Direttore Amministrativo lavorando in modo integrato e sinergico;



- c) per ciascuna rilevazione regionale di particolare rilevanza è stato individuato, a seconda dell'argomento, un Coordinatore il quale ha nominato i Responsabili coinvolti e, nel corso di incontri, definito, in modo sinergico, i rispettivi compiti.
- d) Le strutture coinvolte (Soc. Forniture e Logistica, Soc ICT, Soc ALP) hanno collaborato per porre in essere gli adempimenti richiesti per l'avvio della Federazione sovrazonale.

Il Nucleo considera raggiunti gli obiettivi sopra riportati per tutte le strutture.

Per quanto attiene l'obiettivo riferito al "rispetto del budget assegnato dalla Soc Gestione delle Risorse Economiche e Finanziarie" per l'anno 2012 si osserva che le strutture alle quali è stato assegnato sono le seguenti: Soc ICT; Soc ITB; Soc Forniture e Logistica; Soc Affari legali e Patrimoniali; Soc Budget e Controllo; Soc Risorse Umane; Soc Supporto Direzionale. Rispetto al budget inizialmente assegnato si è dovuto provvedere a incrementare lo stesso. Inoltre, anche in considerazione che l'esercizio 2012 è stato chiuso in disavanzo il Nucleo individua, analogamente al settore sanitario, una penalizzazione di 2 punti.

Per quanto attiene le Soc Risorse Economico Finanziarie e Budget e Controllo il Nucleo, avendo rilevato che l'obiettivo riferito alla tenuta della contabilità separata della libera professione ed alla redazione di un bilancio autonomo presenta alcune criticità, ritiene di applicare una penalizzazione di 1 punto.

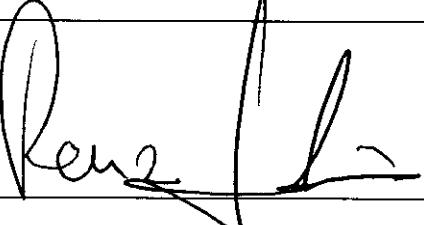
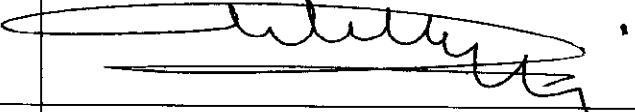
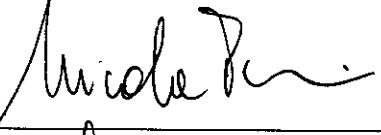
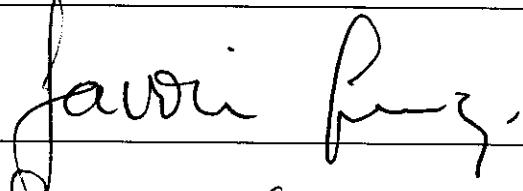
*

Per quanto attiene le strutture Medico Competente e Prevenzione e Protezione, servizi tra i quali sussiste una stretta sinergia e che presentano molti obiettivi in comune, il Nucleo ritiene che la relazione presentata e la documentazione a supporto consenta di considerare raggiunti tali obiettivi.

La seduta si conclude alle ore 18,30.



LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

Il Presidente: Dr. Renzo Sandrini	
I Componenti: Dr. Claudio Bianco	
Prof. Davide Maggi	
Dr. Nicola Paronzini	
Dr. Luigi Savoia	
Segretario Verbalizzante Dr.ssa Giuseppina Primatesta	

*



**AZIENDA SANITARIA LOCALE VCO
VIA MAZZINI 117 – 28887 OMEGNA**

**VERBALE NUCLEO DI VALUTAZIONE AZIENDALE DEL
27/9/2013**

Con deliberazione del Direttore Generale n° 460 del 13 settembre 2011 ai fini della valutazione dell'attività di gestione e degli obiettivi negoziati con i Dirigenti delle Strutture Aziendali per l'anno 2011 e sino all'emanazione delle linee di indirizzo regionali in merito all'attuazione del D.lgs n. 150/2009 (in conformità a quanto disposto dalla Regione Piemonte con DGR n. 23-1332 del 29.10.2010 e dalle circolari prot. n. 37747/DB2008 del 30.12.2010 e prot. n. 20278/DB2008 del 20/7/2011), venne nominato il Nucleo di Valutazione aziendale.

Successivamente, con deliberazione n. 266 del 20/9/2012, per le motivazioni ivi riportate, si prese atto della modifica della composizione del Nucleo di Valutazione aziendale e della nuova composizione: Presidente: Dr. Renzo Sandrini.

Componenti: Dr. Claudio Bianco; Prof. Davide Maggi; Dr. Nicola Paronzini; Dr. Luigi Savoia.

In data 27 settembre, alle ore 14,15, presso la Sala Riunioni di Palazzo Beltrami, si è riunito il Nucleo di Valutazione Aziendale, costituito con la citata deliberazione n. 266/2012, ai fini della valutazione dell'attività di gestione e degli obiettivi negoziati con i Dirigenti delle Strutture Aziendali per l'anno 2012.

Risultano presenti alla seduta

Dr. Renzo Sandrini – Presidente del Nucleo

ed i componenti del Nucleo:

Prof. Davide Maggi

Dr. Nicola Paronzini

Dr. Claudio Bianco

Dr. Luigi Savoia

Assenti

/

Segretario verbalizzante, Dr.ssa Giuseppina Primatesta.



Il Nucleo prosegue con la valutazione degli obiettivi delle diverse strutture aziendali.

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE Obiettivi 2012: CRITICITA'			
Sezione	Contenuto obiettivo	Obiettivo 2012	Risultato al 31.12.2012
Costi di gestione	Costi di gestione	3.840.945	4.511.978
Governo produzione	Ambulatoriale	250.897	223.633
	N° prestazioni flusso C	11.594	10.384
	Valorizzazione prestazioni	245.614	217.389

Obiettivo 2012 (€)	Risultato al 31.12.2012 (€)	Sforamento Budget (€)	— Importo prestazioni aggiuntive (€)	— Importi giustificati (*): maggior costo anno 2012 rispetto al 2011 per rette e differenziale legato ai costi per gruppi appartamento incrementati nel 2011 rispetto a 2010 (€)	Sforamento Finale (€)
3.840.945	4.511.978	671.033	54.918	915.593	/

(*) $173.065 + 742.528 = 915.593$

Penalizzazione: 2 punti.

Per quanto riguarda l'attività ambulatoriale, come si rileva dalle relazioni del Direttore del Dipartimento, Dr. Farina, tenuto conto che l'attività è realizzata sia da personale dirigente medico che da psicologi, tali prestazioni devono essere incrementate dalle prestazioni psicologiche in quanto non comprese. In particolare il Dipartimento pone in essere programmi che non sempre sono completamente misurati dal flusso C e nei quali sono coinvolti medici e psicologi: uno tra questi è il progetto "Esordi" e "Riabilitazione precoce". Il Dr. Farina evidenzia, inoltre, come più volte ribadito, il problema legato alla carenza di personale, in particolare dirigente medico nonché di psicologi. Il Nucleo alla luce dei rilievi effettuati ritiene raggiunti gli obiettivi.



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

(escluso Soc Medicina Legale)

Obiettivi 2012: CRITICITA'

Sezione	Contenuto obiettivo	Obiettivo 2012	Risultato al 31.12.2012
Costi di gestione	Costi di gestione	2.014.337	2.181.285

Si richiamano le relazioni inviate dal Responsabile del Dipartimento, Dr Lembo, in data 13/2/2013 e 28/6/2013, che effettuano una analisi dettagliata della spesa 2012 e forniscono ampie giustificazioni in merito la mancato raggiungimento, a cui si fa rinvio.

Obiettivo 2012 (€)	Risultato al 31.12.2012 (€)	Sforamento Budget (€)	– Importo prestazioni aggiuntive (€)	– Risparmio costi gestibili giustificate reagenti – convenzione 2012/2011 direttamente spese vaccini decurtazione afferente alla Sos Educazione Sanitaria (€)	Sforamento Finale (€)
2.014.337	2.181.285	166.948	461	157.244	9.243

Penalizzazione: – 0,45 punti + 2 = – 2,45

*

SOC OSTETRICIA GINECOLOGIA

Obiettivi 2012: CRITICITA'

Sezione	Contenuto obiettivo	Obiettivo 2012	Risultato al 31.12.2012
Costi di gestione	Costi di gestione	1.355.274	1.553.898
Gestione produzione	DH Ambulatoriale	400.020 367.701	274.743 336.807
	Peso medio DRG	0,74	0,69
	N° prestazioni flusso C	9.869	9.162
	Valorizzazione prestazioni flusso C	293.826	275.032
Day Hospital	N° casi	395	252
Azioni critiche	Adesione target spesa	156.750	171.657
Risk management	Governo rischio infettivo	Rispetto indicatori regionali	75%

b b m m 3



Qualità	Obiettivi qualità	Rispetto indicatori regionali	Parzialmente raggiunto (4,50 su 15)
---------	-------------------	-------------------------------	-------------------------------------

Obiettivo 2012 (€)	Risultato al 31.12.2012 (€)	Sforamento Budget (€)	— Importo prestazioni aggiuntive (€)	Risparmio costi gestibili (€)	— 2012/2011 direttamente	Sforamento Finale (€)
1.355.274	1.553.898	198.624	9.118	37.829		151.677

Penalizzazione: 11,19 punti + 2 = 13,19

La Direzione Generale il giorno 5 luglio 2013 alle ore 12,30 ha convocato il Dr. Olivero al fine di concordare la scheda obiettivi 2013. Nell'incontro si è anche fatto riferimento alla scheda obiettivi 2012 indicando una serie di obiettivi non raggiunti e richiedendo, se ritenuto, di inviare elementi giustificativi. Non pervenendo alcuna comunicazione il Direttore Generale, con lettera prot. n. 50409 del 20 agosto 2013, consegnata tramite raccomandata a mano, ha richiesto al Dr Olivero di presentare una relazione in merito agli obiettivi 2012 entro e non oltre il 2 settembre. Quindi, il Presidente del Nucleo ha, più volte, contattato telefonicamente il Dr. Olivero, invitandolo a fornire giustificazioni circa il mancato raggiungimento di taluni obiettivi. Tuttavia, nessuna comunicazione è pervenuta. Il Nucleo, in assenza di elementi giustificativi, provvede ad effettuare la valutazione tenuto conto dei dati consuntivi 2012 a disposizione.

*

SOC DISTRETTO OMEGNA Obiettivi 2012: CRITICITA'			
Sezione	Contenuto obiettivo	Obiettivo 2012	Risultato al 31.12.2012
Governo produzione	ADI casi	93	70
	SID casi	521	420
	ADP casi	406	325
Qualità	Obiettivi qualità	Rispetto indicatori	Parzialmente raggiunto (12,50 su 15)

Come emerge dalla relazione presentata dal Responsabile del Distretto, Dr. Ficili, si rileva che la diminuzione dei casi ADP deriva da una valutazione distrettuale nel senso che è stato richiesto ai medici di medicina generale di circoscrivere l'attivazione degli ADP ai casi



strettamente necessari ed indifferibili in quanto per l'azienda il costo è totale trattandosi di prestazione aggiuntiva. Il Nucleo, tenuto conto delle giustificazioni addotte, ritiene raggiunto l'obiettivo.

Per quanto attiene la diminuzione dei casi di ADI e SID, come si legge nella relazione del Dr. Ficili, è dovuta essenzialmente a 2 fattori: – all'assenza, in molti casi, del care giver che non permette l'attivazione delle cure domiciliari per cui si è costretti a ricorrere a setting diversi (ricoveri temporanei in RSA); i casi più semplici (terapie o medicazioni non complesse) sono gestiti attraverso un'opera di educazione del care giver ed una supervisione del personale infermieristico. Tenuto conto delle motivazioni addotte, ma anche considerato che la Regione richiede il potenziamento di tali tipologie di cure e che occorre coinvolgere i MMG, il nucleo ritiene l'obiettivo raggiunto parzialmente per il 50%.

*

SOC DISTRETTO VERBANIA Obiettivi 2012: CRITICITA'			
Sezione	Contenuto obiettivo	Obiettivo 2012	Risultato al 31.12.2012
Costi di gestione	Costi di gestione	36.099.466	37.894.950
Governo produzione	ADI casi	93	79
	ADP casi	478	226
	Screening casi	2.432	2.300
	Screening valorizzazione	18.561	17.554
Qualità	Obiettivi qualità	Rispetto indicatori	Parzialmente raggiunto (12 su 15)

Obiettivo 2012 (€)	Risultato al 31.12.2012 (€)	Sforamento Budget (€)	– Importo prestazioni aggiuntive (€)	– Risparmio costi gestibili (€)	2012/2011 direttamente	Sforamento Finale (€)
36.099.466	37.894.950	1.795.484	/	3.241.168	/	

Penalizzazione: 2 punti.

Come emerge dalla relazione presentata dal Responsabile del Distretto, Dr.ssa Bolongaro, si rileva che la diminuzione dei casi ADP deriva da una valutazione distrettuale nel senso che è stato richiesto ai medici di medicina generale di circoscrivere l'attivazione degli ADP ai casi strettamente necessari ed indifferibili in quanto per l'azienda il costo è totale trattandosi di prestazione aggiuntiva. Il Nucleo, tenuto conto delle giustificazioni addotte, ritiene raggiunto l'obiettivo.



Il Nucleo tenuto conto che le convocazioni per lo screening serena, come si legge nella relazione, vengono inviate a tutte le donne aventi diritto da parte dell'UVOS di Novara ed il numero di donne che si presentano al consultorio non è prevedibile, ritiene che l'obiettivo si possa considerare per una parte raggiunto (75%) in quanto i distretti possono effettuare un' opera di diffusione con i MMG intercettando un maggior numero di donne.

Per quanto attiene la diminuzione dei casi di ADI, come si legge nella relazione, è dovuta sostanzialmente all'assenza, in molti casi, del care giver, figura necessaria per l'attivazione dei casi di assistenza domiciliare, sia alla tendenza di privilegiare, da parte dei familiari e dei MMG, il ricorso a setting di cura diversi quali il ricovero temporaneo in struttura socio sanitaria. Tenuto conto delle motivazioni addotte, ma anche considerato che la Regione richiede il potenziamento di tali tipologie di cure e che occorre coinvolgere i MMG, si ritiene l'obiettivo raggiunto parzialmente per il 50%.

*

SOC DISTRETTO DOMODOSSOLA Obiettivi 2012: CRITICITA'			
Sezione	Contenuto obiettivo	Obiettivo 2012	Risultato al 31.12.2012
Governo produzione	Screening casi	2.480	2.279
	Screening valorizzazione	18.927	17.393
	Sid casi	857	873 (*)
(*) L'obiettivo è raggiunto comprendendo le prestazioni infermieristiche estemporanee: 849 + 24 = 873			
Qualità	Obiettivi qualità	Rispetto indicatori	Parzialmente raggiunto (12 su 15)

Il Responsabile della Soc Distretto, Dr. Ferrari, con riguardo all'obiettivo specifica dello screening, ha osservato che i dati sono di provenienza UVOS e quindi non gestiti direttamente dalle strutture distrettuali e non risulta possibile una verifica approfondita. Il Nucleo, tenuto conto che le convocazioni per lo screening serena vengono inviate a tutte le donne aventi diritto da parte dell'UVOS di Novara ed il numero di donne che si presentano al consultorio non è prevedibile, ritiene che l'obiettivo si possa considerare per una parte raggiunto (50%) in quanto i distretti possono effettuare un' opera di diffusione con i MMG.

*

SOC OCULISTICA Obiettivi 2012: CRITICITA'			
Sezione	Contenuto obiettivo	Obiettivo 2012	Risultato al 31.12.2012
Costi di gestione	Costi di gestione	998.314	1.282.977

P JF

M. C. S.



Gestione produzione	DH Ambulatoriale	680.348 914.145	573.178 1.380.044
Governo produzione	N° casi DH	608	517
Governo produzione	N° prestazioni flusso C	10.808	11.566
	Valorizzazione prestazioni flusso C	850.571	1.322.777
Risk management	Governo rischio infettivo	Rispetto indicatori regionali	57%

Obiettivo 2012 (€)	Risultato al 31.12.2012 (€)	Sforamento Budget (€)	— Importo prestazioni aggiuntive (€)	— riconoscimento maggiori costi per incremento sedute operatorie settimanali da 3 a 4 e aumento budget riconosciuto dalla Direzione Generale (€)	Sforamento Finale (€)
1.098.314 (*)	1.282.977	184.663	15.664	170.300	/

(*) Durante l'anno è stato riconosciuto un aumento del budget per la protesica (lentine) ed un aumento delle sedute operatorie da 3 settimanali a 4.

Penalizzazione: 2 punti.

Come rilevato dal Responsabile della Soc Oculistica, Dr. Bordin, con lettera del 27.5.2013 (e successiva lettera del 13.6.2013), si è realizzato una riduzione dell'attività di DH ed un aumento delle prestazioni ambulatoriali, in conformità a specifiche indicazioni regionali.

*

SOS EDUCAZIONE SANITARIA Obiettivi 2012: CRITICITA'			
Sezione	Contenuto obiettivo	Obiettivo 2012	Risultato al 31.12.2012
Gli obiettivi risultano raggiunti al 100%.			

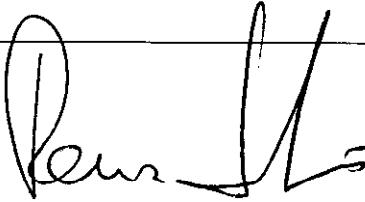
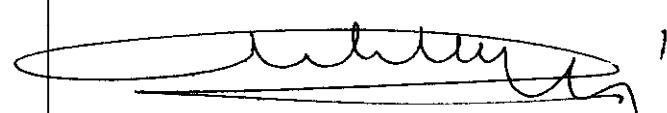
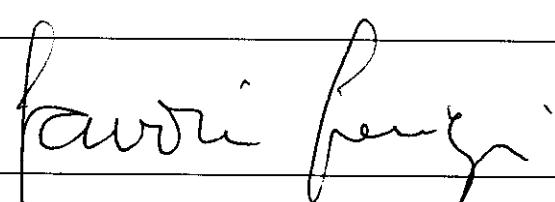
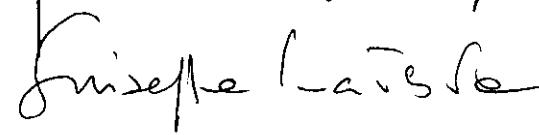
*

Terminato l'esame delle schede obiettivi il nucleo procede a fare le verifiche previste dalla legge n. 71/2013 della CIVIT. Le risultanze dell'attività svolta sono riportate nel documento allegato.

La seduta si conclude alle ore 18,20.



LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

Il Presidente: Dr. Renzo Sandrini	
I Componenti: Dr. Claudio Bianco	
Prof. Davide Maggi	
Dr. Nicola Paronzini	
Dr. Luigi Savoia	
Segretario Verbalizzante Dr.ssa Giuseppina Primatesta	



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

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Aut/SAT 1

Sede legale: Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.645020
e-mail: protocollo@pec.aslvc.co.it - www.aslvc.co.it



P.I./Cod.Fisc. 00634880033

SEGRETERIA NUCLEO VALUTAZIONE

Sede legale: Via Mazzini, 117 – 28887 Omegna (VB)

Sede Operativa Omegna

Tel. 0323 868391 Fax 0323 643020

e-mail: programmazione@aslvc.co.it

Prot. n. 59469 RS/mm

Omegna, 30/09/2013

Alla cortese attenzione

CIVIT - Commissione Indipendente per la

Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità

Amm.ni pubbliche Autorità nazionale anticorruzione

Piazza Augusto Imperatore, 32 -

00186 Roma

Documento di attestazione

A. Il Nucleo di Valutazione dell'A.S.L. V.C.O. ai sensi dell'art. 14, comma 4, lettera g), del d.lgs. n. 150/2009 e delle successive delibere n. 2/2012 e n. 50/2013 ha effettuato la propria verifica sulla pubblicazione, sull'aggiornamento, sulla completezza e sull'apertura del formato di ciascun dato ed informazione elencati nell'allegato 1.

B. Il Nucleo di Valutazione dell'A.S.L. V.C.O. ha svolto i propri accertamenti, tenendo anche conto dei risultati e degli elementi emersi dall'attività di controllo sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione svolta dal Responsabile della trasparenza ai sensi dell'art. 43, comma 1, del d.lgs. n. 33/2013.

Sulla base di quanto sopra, Il Nucleo di Valutazione dell'A.S.L. V.C.O., ai sensi dell'art. 14, comma 4, lettera g) del d.lgs. n. 150/2009,

ATTESTA

la veridicità e attendibilità di quanto riportato nell'allegato 1 riguardo all'assolvimento di ciascun obbligo di pubblicazione sul sito web dell'amministrazione (in apposita sezione "Amministrazione trasparente") dei dati previsti dalle leggi vigenti nonché dell'aggiornamento dei medesimi dati al momento dell'attestazione *

Il Nucleo di Valutazione riporta una sintetica motivazione di quanto attestato:

Viene rilevata la sostanziale completezza dei dati informativi richiesti.

Si precisa che alla "sottosezione pagamenti" manca il piano degli stessi importi aggregati per classi di debito; detta tabella verrà al più presto rielaborata in conformità alle nuove disposizioni.

Circa i "servizi erogati" sono pubblicati i costi per macro settori con evidenza del costo del personale. L'ASL è in attesa di ricevere, dalla Regione Piemonte, le indicazioni per operare il confronto (in modo omogeneo) con le altre Aziende Sanitarie del Territorio.

Il Nucleo, infine, rileva la completa informazione sui dati del personale a tutti i livelli, ad eccezione dei dipendenti assunti a tempo determinato, dato di prossima pubblicazione.

* Il concetto di veridicità è inteso qui come conformità tra quanto rilevato dall'OTV nell'allegato 1 e quanto pubblicato sul sito istituzionale al momento dell'attestazione.



Il Presidente
Nucleo di Valutazione
Dr. Renzo Sandrini

