



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

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

**Verbale n. 10 del 15.12.2022
dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)
dell'Asl VCO**

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

Risultano presenti alla seduta i componenti dell'OIV:

Dr. Maurizio Provera (Presidente)

Dr.ssa Patrizia Marta (componente)

Dr.ssa Patrizia Spadone (componente)

Assenti

/

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

Nella seduta odierna i componenti O.I.V. esaminano, con la collaborazione del R.P.C.T., che svolge anche la funzione di Segretario O.I.V., il funzionamento del sistema di valutazione, trasparenza ed integrità dei controlli interni anno 2022 (ai sensi dell'art. 14, comma 4, lett. a) del D.Lgs n. 150/2009, così come modificato dall'art. 11 del D.Lvo n. 74/2017) al fine di redigere la relazione che si allega (All. A) al presente verbale, che ne costituisce parte integrante e sostanziale.

La seduta termina alle ore 17,10.

Letto, confermato e sottoscritto.

Il Presidente O.I.V.	
Presidente	Dr. Maurizio Provera Firmato in originale
Segretario Verbalizzante	Dr.ssa Giuseppina Primatesta Firmato in originale

**All. A) al Verbale dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)
n. 10 del 15.12.2022**

**Relazione sul funzionamento del Sistema di Valutazione, Trasparenza ed Integrità dei
controlli interni anno 2022
(ai sensi dell'art. 14, comma 4, lett. a del D.Lgs n. 150/2009, così come modificato
dall'art. 11 del D.Lvo n. 74/2017)**

INDICE

1. PREMESSA
2. P.I.A.O.
3. ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE (O.I.V.)
4. PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE
5. MONITORAGGIO O.I.V.
6. PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
7. TRASPARENZA
8. PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI

1. Premessa

L'art. 14, comma 4, lett. a) del D.Lgs n. 150/2009, così come modificato dall'art. 11 del D.Lvo n. 74/2017, prevede che l'O.I.V. monitori il funzionamento complessivo del Sistema della valutazione della trasparenza ed integrità dei controlli interni ed elabori una relazione annuale sullo stato dello stesso, anche formulando proposte e raccomandazioni ai vertici amministrativi. Di seguito si riporta la relazione.

2. P.I.A.O.

Si ritiene di fondamentale importanza richiamare il Piano Integrato di attività e organizzazione (P.I.A.O.) che rappresenta un nuovo adempimento per le pubbliche amministrazioni introdotto dall'articolo 6 del D.L. n. 80 del 9.6.2021. Il decreto, convertito, con modificazioni, con la Legge n. 113 del 6.8.2021, si inserisce tra le misure previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) per accompagnare la riforma della Pubblica Amministrazione e garantire la semplificazione. Nell'ambito degli obiettivi che il Piano intende perseguire è ricompreso quello di assorbire molti atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni, racchiudendoli in un unico documento. Ciò al fine di assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa, migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi, anche in materia di diritto di accesso. In via di prima attuazione il D.L. n. 228 del 30.12.21 "Milleproroghe" ha spostato la data per l'adozione del documento al 30.4.22 mentre il D.L. n. 36 del 30.4.2022 "*Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza*" ha differito, solo in sede di prima applicazione del PIAO, ulteriormente, il termine al 30.6.22. **L'ASL VCO ha adottato il P.I.A.O. 2022-2024 (aggiornamento 2022) con deliberazione n. 506 del 30.6.2022.**

Il P.I.A.O. è chiamato a definire più profili:

gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all'art. 10 del D.Lvo n.150/2009

la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione, secondo le logiche del project management, al perseguimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali, all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all'ambito d'impiego ed alla progressione di carriera del personale;

gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne (tenuto conto delle risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale di cui all'art. 6 del D.Lgs n. 165/2001) prevedendo, in aggiunta alle forme ordinarie di reclutamento anche la percentuale di posizioni disponibili, nei limiti fissati dalla legge, alle progressioni di carriera del personale destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse, e nelle modalità di valorizzazione dell'esperienza professionale maturata, fornendo adeguata informazione alle organizzazioni sindacali;

gli strumenti e le fasi per arrivare alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e

dell'organizzazione e per perseguire gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla vigente normativa in materia ed in conformità agli indirizzi adottati da A.N.A.C. con il Piano Anticorruzione;

l'elenco delle procedure da semplificare e ridisegnare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e consultando gli utenti, nonché la pianificazione delle attività;

le modalità e le azioni volte a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni (fisica e digitale) da parte dei cittadini ultra sessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;

le modalità e le azioni volte al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.

Il Consiglio dei Ministri, nella riunione del 26 maggio 2022, ha deliberato il regolamento di individuazione e abrogazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal PIAO. Per le pubbliche amministrazioni con più di 50 dipendenti, sono soppressi, in quanto assorbiti nelle apposite sezioni del P.I.A.O, gli adempimenti inerenti ai seguenti Piani:

Piani assorbiti dal P.I.A.O.	Riferimenti normativi
Piano della Performance Il documento definisce gli obiettivi ed i risultati dell'Ente.	Art. 10, commi 1, lett.a, e 1-ter del D. Lgs. 150/2009
Piano Organizzativo del lavoro agile (POLA) Il documento indica gli strumenti per sviluppare un'organizzazione agile, comprensiva anche della modalità del lavoro a distanza.	Art. 14, c. 1, della l. n. 124/2015
Piano dei fabbisogni E' un documento con il quale, anche tenendo conto anche delle risorse finanziarie a disposizione, si individuano le attività che l'Ente deve svolgere nel successivo triennio e, sulla base di questo atto, si individuano le risorse di cui necessita.	Art. 6, commi 1, 4, 6 del D.Lgs n. 165/2001
Piano di prevenzione della corruzione E' un documento che individua i rischi e le misure per combattere la corruzione.	Art. 1, commi 5, lett. a, 60, lett. a, L. n. 190/2012
Piano delle azioni positive E' un documento che definisce le azioni volte a mettere in atto parità di genere.	Art. 48, c. 1, del D.lgs. n. 198/2006

Di fatto l'ASL VCO, nei primi mesi dell'anno 2022, ha adottato, nel rispetto dei termini: - il Piano della Performance, con atto deliberativo n. 225 del 30.3.2022; - il PTPCT 2022-2024 (aggiornamento 2022), con atto deliberativo n. 324 del 30.4.2022.

Per quanto attiene il Piano triennale dei fabbisogni del personale (P.T.F.P.), inviato in Regione con nota prot. ASL VCO n. 60783 del 29.9.2021 ed al vaglio degli Uffici Regionali competenti per l'approvazione, è il documento che viene richiamato nel PIAO 2022.

Per quanto attiene il Piano Organizzativo del lavoro agile (POLA) occorre rilevare che, con l'adozione del Piano della Performance (con atto n. 225 del 30.3.2022) si è precisato che, per l'anno 2022, il Piano della Performance recepisce le *“Linee Guida per la disciplina del Lavoro agile, con valenza sperimentale e temporanea per il personale del comparto sanità”*, adottate con atto deliberativo n. 176 del 15.3.22, rinviando la predisposizione del POLA al momento della adozione del P.I.A.O. In tal senso ci si è mossi, inviando, nel contempo, il documento alle Organizzazioni Sindacali.

3. Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)

L'art. 44 del D.Lvo n. 33/2013, così come integrato dal D.lvo n. 97/2016, nell'indicare i compiti degli O.I.V., rileva che l'organismo verifica la coerenza tra gli obiettivi previsti nel Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e quelli indicati nel Piano della Performance, valutando, altresì, l'adeguatezza dei relativi indicatori.

L'art. 14 del D.Lvo n. 150/2009, nell'individuare i compiti dell'O.I.V., stabilisce che l'Organismo promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza ed all'integrità.

L'A.N.A.C., con Deliberazione n. 831/2016 relativa all'approvazione del PNA 2016, ha previsto un maggior coinvolgimento dell'O.I.V. nella formazione ed attuazione dei Piani, ritenendo che i componenti dell'O.I.V. debbano rafforzare il raccordo tra misure anticorruzione e misure di miglioramento della funzionalità delle amministrazioni e della performance degli uffici e dei funzionari pubblici.

All'O.I.V. compete, inoltre, di:

- verificare, anche ai fini della validazione della relazione sulla performance, che i piani triennali per la prevenzione della corruzione siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che, nella misurazione e valutazione della performance, si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione ed alla trasparenza (art. 1, comma 8bis, L. n. 190/2012 e smi);
- verificare i contenuti della relazione (redatta, ai sensi dell'art. 1, comma 14, della L. n. 190/2012, dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione), in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione ed alla trasparenza;
- esprimere parere obbligatorio nell'ambito del procedimento di adozione del Codice di Comportamento aziendale e svolgere un'attività di supervisione sull'applicazione del codice stesso;
- riferire all'A.N.A.C. in merito allo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza (art. 1, comma 8bis, L. n. 190/2012 e smi);
- promuovere e attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e integrità secondo le linee guida ANAC.

A seguito della scadenza dell'O.I.V., a suo tempo nominato per il triennio 2018-2020, con deliberazione n. 888 del 2.12.20 è stata attivata la procedura per la ricostituzione dello stesso mediante l'emissione di avviso di pubblica selezione ai fini della nomina di n. 3 componenti dell'O.I.V.

dell'ASL VCO, di cui uno con funzioni di Presidente. Ciò in conformità a quanto previsto dal Decreto del Ministero per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione del 6 agosto 2020. Con atto deliberativo n. 196 del 5.3.2021 è stato nominato l'O.I.V. per il triennio 2021-2023 così composto: - Presidente Dr. Maurizio Provera e componenti Dr.ssa Patrizia Marta e Dr.ssa Patrizia Spadone.

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

Con deliberazione n. 790 del 2.8.2018 è stata ridefinita la composizione dell'Organismo denominato "*Struttura Tecnica permanente per la misurazione della Performance*" (organismo a supporto dell'OIV) costituita (ai sensi dell'art. 14, commi 9,10 del D.Lvo n. 150 del 27.10.2009, smi), a suo tempo, con deliberazione n. 126 del 31.3.2015.

L'art. 14, comma 4, lett. a) del D.Lgs n. 150/2009, così come modificato dall'art. 11 del D.Lvo n. 74/2017, prevede che l'O.I.V. monitori il funzionamento complessivo del Sistema della valutazione della trasparenza ed integrità dei controlli interni ed elabori una relazione annuale sullo stato dello stesso, anche formulando proposte e raccomandazioni ai vertici amministrativi.

Pertanto i componenti O.I.V. procedono, anche mediante un confronto con il R.P.C.T. dell'Azienda, all'esame del sistema e relazionano in merito. La relazione presenta, in modo sintetico, le principali evidenze riferite: alla performance organizzativa, al processo di attuazione del ciclo della performance, al monitoraggio da parte dell'O.I.V., alla tematica legata alla prevenzione della corruzione e trasparenza, alla partecipazione dei cittadini. Si tiene conto dei diversi documenti aziendali, tra gli altri: del PIAO per l'anno 2022, delle schede obiettivi 2022.

4. Processo di attuazione del ciclo della performance

La performance rappresenta il contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato), che un'azienda apporta, attraverso la propria azione, al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi ed, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'azienda è stata costituita.

L'art. 10 del D. Lgs. n. 150 del 27.10.2009 prevede che le Pubbliche Amministrazioni, al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, devono redigere un documento programmatico triennale (aggiornato annualmente), denominato "Piano della Performance" ovvero lo strumento che avvia il ciclo di gestione della performance.

La Regione Piemonte, con la D.G.R. n. 25-6944 del 23.12.2013, pur evidenziando che non ricorre per le aziende sanitarie l'obbligo di adottare gli strumenti operativi previsti dall'art. 10 del D.Lvo n. 150 e s.m.i. (ovvero Piano della Performance e Relazione sulla Performance), ha ritenuto opportuno la predisposizione annuale di un provvedimento programmatico, denominato Piano annuale della Performance (P.A.P.), con il quale, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed il target sui quali si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance. Il P.A.P. deve tenere prioritariamente conto degli obiettivi direttamente assegnati dalla Regione al Direttore Generale e può contenere sia obiettivi strategici (di valenza pluriennale) sia obiettivi operativi (di valenza annuale).

Questo è uno dei documenti ricompreso nel P.I.A.O. Tenuto conto che la scadenza per la redazione del Piano della Performance era il 31 marzo 2022, in conformità a quanto disposto dalla DGR 25-6944 del 23.12.2013 **si è provveduto ad adottare, con atto n. 225 del 30.3.2022 il documento per l'anno 2022, al quale si fa rinvio.**

Si precisa che il Piano della Performance è stato pubblicato nel sito ASL, sezione Amministrazione Trasparente – sottosezione Performace – Piano della Performance.

Pianificazione strategica

Il potere di indirizzo, programmazione e controllo fa capo alla Direzione Strategica dell'Azienda costituita dal Direttore Generale, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, che operano unitariamente pur nel rispetto dei relativi ruoli e responsabilità.

Dal punto di vista istituzionale la Regione è il principale interlocutore dell'Azienda (che definisce ed assegna il finanziamento) e, nel momento di nomina dei Direttori Generali, assegna specifici obiettivi di mandato, con validità triennale, ed obiettivi annuali. In particolare, con DGR n. 12-6931 del 29.5.2018 con la quale è stato nominato il Direttore Generale dell'ASL VCO, sono stati individuati gli obiettivi di mandato.

Le aree strategiche individuate dall'azienda sono le seguenti,:

Area Strategica: Promozione della salute e prevenzione malattie

La tutela della salute collettiva viene garantita, attraverso il Dipartimento di Prevenzione, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita e dando attuazione al primo livello essenziale di Assistenza Sanitaria Collettiva in Ambiente di Vita e di Lavoro che comprende tutte le attività preventive rivolte ai singoli ed alle collettività. Si richiama, a questo proposito, la messa in atto delle azioni previste nel Piano Locale di Prevenzione (PLP) in coerenza con gli indirizzi del P.R.P. – prosecuzione dell'attività di screening oncologici – adozione ed implementazione del Piano vaccinale covid e del Piano tamponi covid.

Area Strategica: Assistenza territoriale

Il distretto, nel definire, a livello territoriale, le politiche per la salute, promuove la presa in carico del paziente dall'inizio sino al completamento del suo percorso di salute. Obiettivo prioritario, per l'anno 2022, è la realizzazione del P.N.R.R. che prevede la messa in atto dei progetti con riferimento alle Case di Comunità (3) – all'Ospedale di comunità – alla centrale operativa. Si intende, inoltre, rafforzare la continuità ospedale-territorio – promuovere/potenziare le forme aggregative multi professionali (MMG, PLS, Geriatri, infermieri territoriali, terapisti della riabilitazione, Assistenti sociali e OSS) per la presa in carico dei pazienti in ADI e lungo assistenza al fine di prevenire il fenomeno dei ricoveri. Si ritiene di rafforzare la presa in carico precoce al domicilio dei pazienti covid e di proseguire nella messa in atto del Piano cronicità come da programmazione specifica.

Area Strategica: Assistenza ospedaliera

Si intende: – realizzare una progressiva deospedalizzazione attraverso l’attuazione di politiche per limitare l’uso improprio del ricovero ospedaliero e generare appropriatezza, lavorando sui percorsi di continuità assistenziale; – fornire piena collaborazione alle aziende viciniori al fine di realizzare una rete ospedaliera integrata a livello sovrazonale; mettere in atto azioni volte a perseguire l’umanizzazione delle cure – gestire il rischio infettivo attraverso l’attività svolta dall’UPRI; – mettere in atto le azioni del P.N.R.R.; – mettere in atto il Piano di recupero per le liste di attesa.

Area Strategica: Trasparenza, Prevenzione della Corruzione, Privacy

Si tratta di mettere in atto le azioni in materia di trasparenza e di prevenzione della corruzione in applicazione del P.T.P.C.T. 2022–24, in corso di adozione, proseguendo nella valorizzazione della cultura dei valori di etica, integrità, legalità a tutti i livelli dell’azienda. in via di approvazione. In particolare il termine per la predisposizione dell’aggiornamento del Piano per l’anno 2022 è stato spostato, da A.N.A.C: al 30.4.2022 al fine di realizzare un allineamento con il P.I.A.O. Inoltre, in materia di privacy, si intende proseguire nell’adeguamento al G.D.P.R. e nell’attivazione di corsi formativi sul tema.

Area Strategica: Governo economico-finanziario

Si tratta di un vincolo più che di un obiettivo in quanto occorre razionalizzare il livello di spesa nell’ambito delle risorse disponibili, pur garantendo i livelli essenziali di assistenza. Si intende realizzare un miglior controllo e contenimento dei costi, con particolare riferimento alla spesa farmaceutica, alla spesa per dispositivi medici ed alla spesa riferita al personale. Si intende, inoltre, tendere al miglioramento dei livelli produttivi (con riferimento all’attività di ricovero e specialistica) come da obiettivi regionali.

Analogamente al 2020 e 2021, tenuto conto della pandemia Covid-19, occorre rendicontare, anche per il 2022, le spese Covid, al fine di consentire il reintegro delle risorse utilizzate nell’ambito dei finanziamenti ad hoc.

Si procederà all’utilizzo dei fondi di cui al P.N.R.R. per l’ammodernamento del parco tecnologico e digitale nei tempi della programmazione operativa.

Area Strategica: Governo clinico

Riguarda le azioni atte a migliorare l’efficacia e l’efficienza dell’intero sistema sotto il profilo delle qualità. In particolare, si intende perseguire l’appropriatezza delle prestazioni erogate (che riguarda tutte le aree della prevenzione, territoriale ed ospedaliera), contribuendo ad una maggior efficacia nell’uso dei servizi sanitari ed all’ottimizzazione delle risorse economiche, peraltro sempre più scarse, ricercando, costantemente, la sostenibilità economica.

In particolare l’azienda è impegnata: **a)** nella messa in atto delle azioni previste nel Piano pandemico; **b)** nella messa in atto delle indicazioni regionali per la gestione del rischio clinico e delle disposizioni fornite dall’Unità di Gestione del Rischio Clinico dell’ASL VCO; **c)** nell’applicazione degli adempimenti previsti dalla Rete Oncologica Piemontese (D.G.R. n. 51 – 2485 del 23.11.2015), tenendo conto dei relativi indicatori e standard; **d)** nel rispetto degli standard previsti nel Piano Nazionale Esiti (PNE);

nell'attuazione del "Nuovo sistema di Garanzie (NSG)" e nella verifica del posizionamento dell'azienda rispetto alla griglia LEA; e) nella messa in atto delle 18 Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza del paziente; – nell'applicazione del Manuale del Ministero della Salute per la sicurezza in sala operatoria con riguardo al Dipartimento delle Patologie Chirurgiche. Inoltre si dovrà mettere in atto tutte le azioni specifiche tenuto conto della pandemia in atto.

L'Azienda è impegnata nel mantenimento degli stol di eccellenza conseguiti: bollini rosa/ONDA/UNICEF.

Area Strategica: Salute e sicurezza dei luoghi di lavoro

Si assegna particolare importanza alla formazione in materia di sicurezza sul lavoro con particolare riferimento all'attivazione di corsi di formazione obbligatoria in materia di sicurezza sul lavoro. Inoltre si dovrà mettere in atto tutte le azioni specifiche tenuto conto della pandemia in atto.

*

Le aree strategiche, a loro volta, sono state declinate in obiettivi strategici (obiettivi definiti anche tenuto conto dei documenti di programmazione nazionali e regionali, integrati con le esigenze strategiche aziendali).

Gli obiettivi strategici vengono poi tradotti in obiettivi operativi annuali che vengono assegnati ai Direttori: – di Dipartimento, delle Sos Dipartimentali – delle Strutture complesse aziendali – delle Sos in staff alla Direzione Generale, delle sos amministrative, delle funzioni e poi declinate a ciascun dirigente. Nella scheda obiettivi annuale 2022 viene indicato, per ciascun obiettivo, l'indicatore e lo standard. E' in via di completamento la procedura volta alla definizione e condivisione della scheda obiettivi per l'anno 2022.

Nella declinazione degli obiettivi ai Direttori di Struttura si tiene inoltre conto degli obiettivi assegnati, annualmente, dalla Regione Piemonte ai Direttori Generali.

Obiettivi strategici

Il processo di redazione del Piano si inserisce nell'ambito del processo di pianificazione strategica e programmazione dell'ASL VCO.

La pianificazione strategica tiene conto di una serie di fattori, in primis dei Piani Socio Sanitari nazionali e regionali e delle norme, disposizioni, circolari, ecc, nazionali e regionali, che impattano sulla salute della popolazione e sul funzionamento dell'ASL, nonché degli obiettivi assegnati al Direttore Generale da parte della Regione, sia di mandato, al momento della nomina, sia annuali (a tutt'oggi la Regione non ha ancora assegnato gli obiettivi annuali ai Direttori Generali). La pianificazione dell'ASL VCO tiene inoltre conto della necessità di affrontare e gestire, con riferimento a tutte le aree strategiche dell'azienda, la pandemia Covid-19 anche attraverso la definizione di obiettivi strategici.

Con la nomina del Direttore Generale dell'Asl VCO, con DGR n. 11-3293 del 28.5.2021 sono stati individuati dalla Regione Piemonte i seguenti **obiettivi di mandato**:

1.	Assicurare l'equilibrio economico – finanziario dell'Azienda
2.	Ridurre i tempi di attesa per prestazioni ambulatoriali, ricoveri ed interventi
3.	Sviluppare il Piano Pandemico Regionale a livello aziendale
4.	Migliorare i flussi informativi e l'appropriatezza prescrittiva
5.	Sviluppare il Fascicolo Sanitario Elettronico ed i servizi on-line
6.	Trasparenza: rispetto degli adempimenti di cui all'art. 2, comma 2, del D.Lgs n. 171/2016.

Obiettivi Operativi

Secondo la logica del Piano della Performance, ad ogni area strategica corrispondono obiettivi strategici, questi ultimi articolati in obiettivi operativi, riportati all'interno delle apposite schede che individuano l'obiettivo operativo, a cui si associa un indicatore ed un target (valore atteso). Anche per l'anno 2022 (come è avvenuto per gli anni 2020/21), in considerazione della pandemia e della necessità di mettere in atto tutte le azioni al fine di debellare la stessa con il coinvolgimento dell'intera azienda, si è ritenuto di predisporre una scheda obiettivi sintetica.

Nella declinazione degli obiettivi ai Direttori di Struttura si tiene inoltre conto degli obiettivi assegnati, annualmente, dalla Regione Piemonte ai Direttori Generali.

Sistema di misurazione e valutazione della Performance

L'azienda adotta un processo attraverso il quale, nel quadro degli obiettivi, delle risorse, delle strategie e dei programmi previsti dagli atti di programmazione regionali ed aziendali, pianifica, su base annuale, e con riferimento ai diversi soggetti cui sono conferiti incarichi di responsabilità, gli obiettivi da perseguire, le risorse a tal fine destinate. La verifica dei risultati e degli scostamenti, positivi o negativi, dalle previsioni di budget, costituisce elemento fondamentale per la valutazione dei Responsabili.

Ciò al fine di guidare le strutture verso il raggiungimento della missione aziendale. Viene utilizzato il sistema di reporting (mediante la predisposizione di report da parte della Struttura in staff alla Direzione Generale Controllo di Gestione), che consente di mettere a disposizione dell'Azienda una serie di informazioni indispensabili per confrontare gli obiettivi prefissati con i risultati conseguiti, permettendo, nel caso si evidenzino criticità, di introdurre tempestive azioni correttive.

Il processo di budget si articola in una serie di fasi attraverso le quali, annualmente, la Direzione Generale, con il supporto delle strutture di staff:

- a) elabora le linee annuali sulla base della programmazione regionale e locale – assegna il budget generale a disposizione per l'esercizio di riferimento – richiama gli obiettivi strategici da perseguire. Tutto ciò con lo stretto coinvolgimento del Collegio di Direzione;
- b) richiede ai Direttori di Dipartimento, di Sos Dipartimentali, di Soc e di Sos in staff alla Direzione Generale, una relazione in merito al grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati nell'anno precedente, nonché una proposta di 1 obiettivo specifico di struttura per il nuovo anno;
- c) predispone una scheda obiettivi per ogni dipartimento e struttura aziendale (anche tenuto conto di quanto previsto nel Piano della Performance) condividendola nell'ambito del Collegio di Direzione;
- d) organizza un incontro a livello Dipartimentale, nel corso del quale, dopo un confronto, vengono sottoscritte le schede obiettivi dai Direttori delle Strutture afferenti il dipartimento, e pianifica un

incontro con quelle Strutture che non afferiscono ad un ambito dipartimentale sempre al fine della sottoscrizione delle schede;

- e) raccolte le schede obiettivi, debitamente sottoscritte, assume l'atto deliberativo;
- f) effettua un monitoraggio periodico dell'andamento degli obiettivi in funzione della loro scadenza e della loro rilevanza. A questo proposito, a cadenza trimestrale, la Struttura in Staff alla Direzione Generale, Controllo di Gestione, mette a disposizione della Direzione Generale e dei Direttori dei Dipartimenti/Sos Dipartimentali, Soc e Sos in staff alla Direzione Generale alcuni report (per quanto riguarda i dati di spesa e di produzione) al fine di verificare che l'andamento della gestione sia in linea con gli obiettivi previsti, anche al fine di adottare eventuali azioni correttive. Collaborazione viene fornita anche dalla Struttura funzionale Tecnica permanente per la misurazione della performance. Qualora lo scostamento sia stato determinato dal sopraggiungere di condizioni esterne che hanno modificato la situazione originaria, i Direttori di Dipartimento/Struttura possono chiedere alla Direzione Generale l'attivazione della procedura di revisione dell'obiettivo a suo tempo assegnato, motivandone la richiesta.

Nell'ambito della scheda obiettivi assegnata ad ogni Direttore di Dipartimento, di Sos Dipartimentale, di Soc, di Sos in staff al Direttore Generale a ciascun obiettivo è attribuito assegnato un peso; la somma totale del peso di tutti gli obiettivi è pari a 100.

L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.), l'anno successivo a quello di riferimento, valuta il raggiungimento degli obiettivi assegnati, annualmente, ai singoli Direttori di Dipartimento, di Sos Dipartimentale, di Soc, di Sos in staff al Direttore Generale. Per effettuare la valutazione l'O.I.V. utilizza la reportistica resa dalla Struttura in Staff alla Direzione Generale Controllo di Gestione e dalla Struttura funzionale Tecnica Permanente per la misurazione della performance, tiene conto della relazione trasmessa da ciascun Direttore, delle informazioni ed elaborazioni fornite dai soggetti titolari a detenerle o produrle, della relazione predisposta dai Coordinatori eventualmente individuati per specifici obiettivi, degli indicatori e standard che costituiscono parte integrante della scheda obiettivi.

Sulla scorta delle informazioni così ottenute l'O.I.V. valuta il grado di raggiungimento degli obiettivi effettuando 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. La valutazione finale di risultato è 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.

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

Dopo che il Direttore Generale ha preso formalmente atto delle risultanze del lavoro dell'O.I.V. le stesse vengono trasmesse all'Ufficio Personale che provvede ad erogare, per quell'anno, il saldo degli incentivi.

Nella scheda obiettivi 2022 sono state individuate le seguenti sezioni:

Obiettivi regionali	Si tratta degli obiettivi assegnati dalla Regione ai Direttori Generali per l'anno 2022.
Azioni strategiche aziendali	Si tratta di obiettivi che tengono conto della messa in atto di alcune azioni strategiche aziendali: - tempistica per la chiusura di SDO di ricovero e/o caricamento delle prestazioni ambulatoriali sugli applicativi aziendali (per le strutture che non gestiscono SDO o prestazioni ambulatoriali si è previsto il rispetto delle scadenze di invio dei flussi di competenza della struttura). - messa in atto adempimenti, nazionali, regionali ed aziendali per la gestione ed il contenimento della pandemia Covid 19 e per la ripresa dell'attività ordinaria. In talune schede possono essere state previste azioni specifiche assegnate ad una struttura in particolare.
Governo clinico - qualità - appropriatezza - rischio clinico	Tale sezione si riferisce alla collaborazione alla realizzazione del programma di accreditamento istituzionale ed alla messa in atto del Programma regionale rischio clinico.
Salute e sicurezza sul lavoro	Si è richiesto la redazione di una relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2021, in qualità di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con particolare attenzione: - al rispetto della normativa in materia di sicurezza sul lavoro e di rischio antincendio - alla formazione sulla sicurezza anche da parte dei collaboratori.
Prevenzione corruzione/Trasparenza/Privacy	Si è previsto: - per la prevenzione della corruzione/trasparenza: la collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel Piano. - per la Privacy: l'aggiornamento delle nomine degli autorizzati al trattamento dei dati ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

Valutazione obiettivi 2022 da parte dell'O.I.V.

Relativamente agli obiettivi 2022 solo dopo che la Segreteria O.I.V. ha raccolto la documentazione a supporto della valutazione degli obiettivi l'O.I.V. ha potuto avviare l'iter valutativo organizzando incontri e redigendo appositi verbali.

L'O.I.V. ha richiesto la collaborazione di alcuni componenti della Struttura tecnica permanente per la misurazione della performance. L'Organismo assicura: - all'Azienda il supporto, metodologico e strumentale, allo svolgimento dell'intero ciclo di gestione della performance, alla stesura del piano e della relazione sulla performance; - all'O.I.V. la necessaria collaborazione per lo svolgimento delle attività di volta in volta richieste.

L'O.I.V. ha terminato le valutazioni degli obiettivi 2022 assegnati alle diverse strutture aziendali in data 16.6.2022 (vedi verbale n. 6) invitando la Segreteria O.I.V. a trasmettere i verbali delle sedute e l'esito

delle valutazioni al Direttore Generale per l'assunzione di provvedimenti di competenza.
Con atto n. 622 dell'1.8.2023 il Direttore Generale ha approvato le risultanze della valutazione operata dall'O.I.V.

La Relazione sulla Performance riferita all'anno 2022 è stata validata dall'OIV il 24.7.2023.

5. Monitoraggio O.I.V.

Nel corso dell'anno 2022 l'attività di monitoraggio è stata svolta con particolare riferimento agli obblighi di pubblicazione dettati dalla normativa vigente in materia di trasparenza, come risulta dai verbali appositamente redatti e anche della prevenzione della corruzione.

6 Prevenzione della corruzione

Il Responsabile della corruzione ha redatto, in conformità a quanto disposto dalla L. n. 190/2012), una relazione (pubblicata, entro il 31.1.2022, sul sito nella sezione "Amministrazione Trasparente") sullo stato di attuazione del Piano con riguardo all'anno 2021 in conformità allo schema fornito da A.N.A.C.

Dal punto di vista formativo nel corso dell'anno 2022 sono state attivate ulteriori edizioni del corso fad in tema di prevenzione della corruzione.

Per quanto riguarda la misura di prevenzione della corruzione legata alla rotazione del personale, il R.P.C.T., nel corso dell'anno 2022, ha inviato una lettera indirizzata ai Direttori di Struttura ed ai Referenti anticorruzione dell'ASL VCO ricordando l'importanza dell'applicazione della rotazione come misura di prevenzione della corruzione e precisando, laddove non si riesca a metterla in atto, di applicare misure alternative illustrate nella medesima lettera, richiamando le deliberazioni ANAC sul tema (misure che possono comprendere, seppure a titolo esemplificativo: – la predisposizione di modalità operative che consentano una maggior condivisione delle attività fra gli operatori evitando l'isolamento di certe mansioni; – la definizione di check list da utilizzare dagli operatori nelle attività di controllo dei processi più esposti a rischio corruttivo).

Per quanto riguarda il Codice di Comportamento il RPCT ha invitato i Direttori di Struttura a diffondere tra i propri collaboratori la conoscenza del Codice di Comportamento (atto n. 162 del 22.2.18) tenendo presente che ANAC ha definito il Codice come una misura di carattere generale volta a ripristinare un più generale rispetto di regole di condotta che favoriscono la lotta alla corruzione.

I componenti O.I.V. rilevano che, nell'assegnare gli obiettivi, per l'anno 2022, ai Direttori di Dipartimento, di Soc, Sos Dipartimentale e Sos in staff, la Direzione Generale ha individuato, analogamente agli anni pregressi, una specifica sezione dedicata alla prevenzione della corruzione ed al miglioramento della trasparenza, in conformità a quanto previsto nella sezione del PIAO 2023 dedicata alla Performance.

Il RPCT ha richiesto all'Ufficio Ispettivo l'effettuazione di verifiche in materia di inconferibilità e di incompatibilità (D.Lgs. n. 39/2013 e smi) con particolare riferimento ai Direttori di Struttura (Soc, Sosd, Sos).

7. Trasparenza

Nel corso dell'anno 2022 si è realizzato un confronto con il Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza per quanto attiene l'ambito della trasparenza.

In merito alla trasparenza occorre rilevare che, con riferimento alla delibera emanata da ANAC, l'OIV ha attestato l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione come risulta dai relativi verbali.

8. Partecipazione dei cittadini

La partecipazione dei cittadini si realizza attraverso:

- l'attivazione dell'Ufficio per le relazioni con il Pubblico;
- l'adozione del Regolamento di Pubblica Tutela (deliberazione n. 904 del 14.12.2017);
- la Commissione Mista conciliativa finalizzata all'ascolto dei bisogni degli utenti ed al rispetto del diritto di partecipazione dei cittadini ai processi aziendali; - la messa in atto di indagini sulla valutazione della qualità percepita;
- l'attività svolta dalla Conferenza di Partecipazione;
- l'adozione della Carta dei Servizi;
- l'adozione del Piano di Comunicazione riferito al triennio 2021/23 adottato con deliberazione n. 975 del 30.12.20.
