

Etica, Responsabilità e Management in sanità: rischi dei conflitti d'interesse

**Prevenzione:
adozione di strumenti
gestionali ed un
organizzativi, sfavorevole
terreno agli eventi**

**Paolo Cozzolino
Direttore DSP
AUSL di Parma**

Udine 07.02.2020

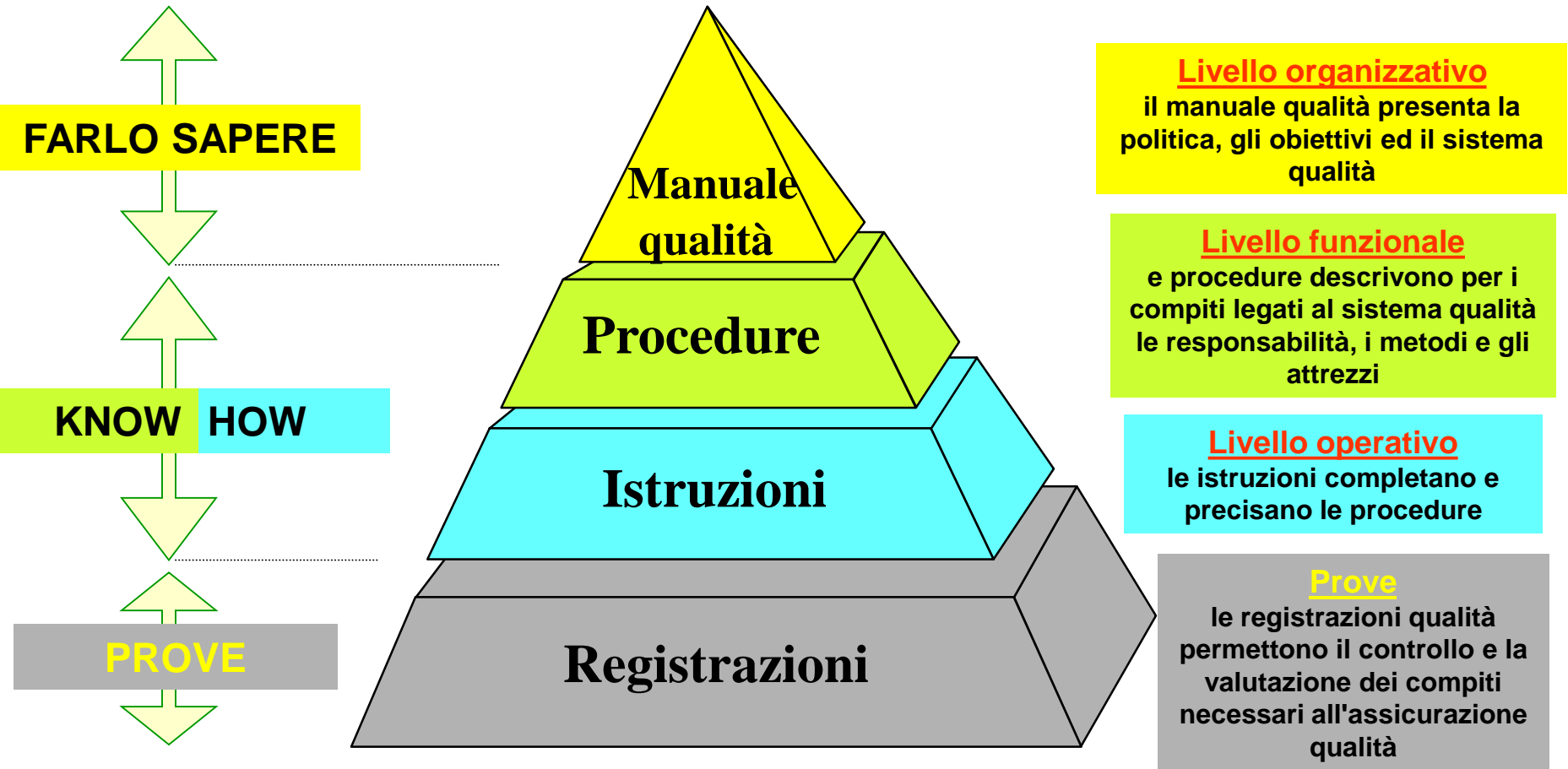


Qualità e Accreditamento SSN

- **D.L.vo 502/92**
 - **Art. 19) Competenze Regionali**
Agenzia Servizi Sanitari: Commissione nazionale
Accreditamento e qualità dei Servizi Sanitari
 1. Requisiti base soggetti a cui Regioni demandano Abilitazione soggetti convenzionati SSN
 2. Valuta l'attuazione del modello di accreditamento
 3. Esamina risultati attività di monitoraggio
 4. Le regioni individuano le modalità e gli strumenti per la verifica della attuazione del modello di accreditamento.
- **Il D.Leg.vo 156/97** “recepimento Dir 93/99CEE sul controllo ufficiale – Laboratori di prova ufficiali 45001 (17025).



Il sistema documentale



Regolamento n. 2017/625 relativo ai controlli ufficiali e alle altre attività ufficiali effettuati per garantire l'applicazione della legislazione sugli alimenti e sui mangimi, delle norme sulla salute e sul benessere degli animali, sulla sanità delle piante nonché sui prodotti fitosanitari. **Salvo diversamente disposto nei paragrafi da 2 a 4, esso si applica a decorrere dal 14 dicembre 2019.**

Regolamento n. 429/2016 relativo alle malattie animali trasmissibili e che modifica e abroga taluni atti in materia di sanità animale («normativa in materia di sanità animale»)
Il regolamento si applica a decorrere dal 21 aprile 2021

Articolo 5

Obblighi generali relativi alle autorità competenti e alle autorità di controllo competenti per il settore biologico

1. Dispongono di procedure e/o meccanismi atti a garantire:

- l'efficacia e l'adeguatezza dei controlli ufficiali e delle altre attività ufficiali;
- l'imparzialità, la qualità e la coerenza dei controlli ufficiali e delle altre attività ufficiali a tutti i livelli;
- il personale addetto ai controlli ufficiali e alle altre attività ufficiali non presenti alcun conflitto di interessi;

2. Dispongono

- di adeguate strutture di laboratorio;
- numero sufficiente di addetti adeguatamente qualificati ed esperti;
- strutture e attrezzature idonee e in adeguato stato di manutenzione;

Articolo 6

Audit delle autorità competenti

1. Al fine di garantire la conformità al presente regolamento, le autorità competenti procedono ad audit interni sono oggetto di audit e adottano le misure appropriate alla luce dei relativi risultati.
2. Gli audit di cui al paragrafo 1 sono soggetti a uno scrutinio indipendente e svolti in modo trasparente.

Articolo 7

Diritto di ricorso

1. Contro le decisioni adottate dalle autorità competenti riguardanti le persone fisiche o giuridiche, è ammesso il ricorso da parte di queste ultime in conformità del diritto nazionale.
2. Il diritto di ricorso non pregiudica l'obbligo delle autorità competenti di intervenire rapidamente per eliminare o limitare i rischi sanitari per l'uomo, per gli animali o per le piante, per il benessere degli animali o OGM e prodotti fitosanitari, anche per l'ambiente.

Articolo 11

Trasparenza dei controlli ufficiali

1. Le autorità competenti effettuano i controlli ufficiali con un livello elevato di trasparenza e, almeno una volta l'anno, mettono a disposizione del pubblico, anche pubblicandole su internet, le informazioni pertinenti riguardanti l'organizzazione e lo svolgimento dei controlli ufficiali.

Esse garantiscono inoltre la regolare e tempestiva pubblicazione di informazioni concernenti:

- a) il tipo, il numero e i risultati dei controlli ufficiali;
- b) il tipo e il numero dei casi di non conformità rilevati;
- c) il tipo e il numero dei casi in cui le autorità competenti hanno adottato misure coercitive (art.138)
- d) il tipo e il numero dei casi in cui sono state inflitte le sanzioni.

RATING degli Operatori !

Articolo 12
Procedure documentate di controllo

1. I controlli ufficiali ad opera delle autorità competenti sono eseguiti secondo procedure documentate.

Tali procedure riguardano le aree tematiche delle procedure di controllo di cui al capo II dell'allegato II e contengono istruzioni per il personale addetto ai controlli ufficiali.

2. Le autorità competenti dispongono di **procedure di verifica dei controlli**.

3. Le autorità competenti

a) adottano **azioni correttive** in tutti i casi in cui le procedure di verifica dei controlli rilevano carenze;

b) aggiornano secondo necessità le procedure documentate di controllo.

Capo II - Allegato II

Aree tematiche per le procedure di controllo

Aree tematiche per le procedure di controllo

1. Organizzazione delle autorità competenti e relazione tra autorità competenti centrali e autorità cui esse hanno conferito il compito di eseguire i controlli ufficiali o altre attività ufficiali;
2. Relazione tra le autorità competenti e gli organismi delegati o persone fisiche cui esse hanno delegato compiti connessi ai controlli ufficiali o ad altre attività ufficiali;
3. Dichiarazione sugli obiettivi da raggiungere;
4. Compiti, responsabilità e obblighi del personale;
5. Procedure di campionamento, metodi e tecniche di controllo comprese analisi, prove e diagnosi di laboratorio, interpretazione dei risultati e successive decisioni;
6. Programmi di screening e screening mirato;
7. Assistenza.

Articolo 13

Documentazione scritta dei controlli ufficiali

1. Le autorità competenti elaborano la documentazione scritta di tutti i controlli ufficiali da esse effettuati. Tale documentazione può essere su supporto cartaceo o avere formato elettronico.

Tale documentazione comprende:

- a) una descrizione degli obiettivi dei controlli ufficiali;
- b) i metodi di controllo applicati;
- c) gli esiti dei controlli ufficiali;
- d) se opportuno, l'indicazione delle azioni che le autorità competenti richiedono all'operatore interessato di porre in essere sulla base degli esiti dei controlli ufficiali.

2. Le AC rilasciano copia della documentazione, se richiesta dall'Operatore e informano tempestivamente per iscritto l'operatore in merito a qualsiasi caso di non conformità individuato mediante i controlli ufficiali.

CONCLUSIONI

Il Reg. 625/17 non prevede sostanziali differenze nella organizzazione e nel funzionamento delle AC rispetto al Reg. 882/04

Ambedue dispongono, sostanzialmente che le AC si organizzino e funzionino secondo i principi della norma ISO 17020 di «accreditamento» sugli organismi di ispezione

Pertanto i requisiti di gestione sono riferiti a:

1. **Programmazione** delle attività di controllo in funzione del rischio;
2. **Verifica** degli obiettivi programmati sia in quantità, che in qualità che in efficacia;
3. **Gestione delle «competenze»** del personale che effettua i controlli;
4. Gestione dei rapporti dei controlli e **pubblicazione degli indici di performance**;
5. **Gestione in qualità controllata delle attività** tra cui attrezzature, strumenti, finanziamenti, procedure di controllo, richieste da terzi ecc.

Gli “Standard” Nazionali

Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano



N. 22

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

ACCORDO 7 febbraio 2013.

Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: «Linee guida per il funzionamento ed il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte del Ministero della salute, delle Regioni e Province autonome e delle AASSLL in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria». (Rep. atti n. 46/CSR).

Lo Standard Nazionale 2013

Il processo di Pianificazione dei controlli ufficiali deve fondarsi sui seguenti elementi (di ingresso):

- Anagrafica imprese/utenti, aggiornata e organizzata in relazione alle tipologie/attività produttive;**
- Modello/i di categorizzazione del rischio;**
- Schede di LEA;**
- Registrazione dei controlli ufficiali effettuati e loro esiti;**
- Risorse disponibili;**
- Procedure documentate e relativa modulistica.**

Lo Standard Nazionale 2013

Il processo di pianificazione prevede come elemento di uscita un piano di lavoro che contenga:

- indicazione della programmazione delle attività da espletare, in funzione della durata del piano;**
- modalità e tempi di monitoraggio del piano e riprogrammazione;**
- verifica finale e relazione conclusiva, con l'indicazione delle cause degli eventuali scostamenti.**

Il piano di lavoro, a livello regionale e di ASL, può essere disaggregato in funzione dei territori e/o degli operatori addetti al controllo.

Il mandato Normativo – Norme di Funzionamento

DGR n. 327/2004 «Applicazione della L.R. n. 34/98 in materia di autorizzazione ed accreditamento istituzionale «DGR n. 1943 del 4.12.2017 Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accREDITamento delle strutture sanitarie

DGR n. 385/2011 «Requisiti specifici per l'accREDITamento dei Dipartimenti di Sanità Pubblica»

DGR n. 1488/2012 «Requisiti di funzionamento/accREDITamento dei Servizi dei Dipartimenti di Sanità Pubblica che espletano attività di controllo ufficiale in tema di sicurezza alimentare, salute e benessere degli animali

DGR 200/2013 «Linee guida regionali per le Aziende Usl sulle metodologie di esercizio della funzione di vigilanza/controllo da parte dei Dipartimenti di Sanità Pubblica», in attuazione della DGR n. 2071/2010

DGR n. 1510/2013 «Linee guida per il funzionamento e il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte del Ministero della Salute delle Regioni e Province autonome e delle AASSLL in materia di sicurezza degli alimenti



STRUMENTI ATTUALMENTE A DISPOSIZIONE

Manuale della qualità (MQ)

- Procedure gestionale ed operative
- Istruzioni operative
- Sistema di registrazione

Indice

Parte 1. Scopo e campo di applicazione

Parte 2. Riferimenti normativi

Parte 3. Definizioni ed acronimi

Parte 4. Servizio SIAN/SVET

4.1 Organizzazione

4.2 Disposizioni generali

4.3 Indipendenza, imparzialità, integrità, riservatezza

4.4 Operatività

4.5 Subappalto

4.6 Gestione in qualità

4.6.a) Politica

4.6.b) Responsabilità ed autorità per la qualità

4.6.c) Pianificazione

4.6.d) Sistema documentale

4.6.e) Audit interni (Piano di audit)

4.6.f) Gestione delle non conformità e gestione delle azioni correttive e preventive

4.6.g) Riesame da parte della direzione e miglioramento

4.7 Sistema informativo

Parte 5. Personale del Servizio

5.1 Qualificazione del personale

5.2 Formazione e addestramento

5.3 Piano di sicurezza degli operatori

Parte 6. Attività di controllo ufficiale

6.a) Procedure di Controllo Ufficiale

6.b) Conseguenze dei controlli (NC e sanzioni)

6.c) Sistema di rilascio delle certificazioni ufficiali

Parte 7. Altre attività ufficiali (non connesse alla sicurezza alimentare)

Parte 8. Ricorsi, reclami e contenziosi

Parte 9. Comunicazione e informazione

Parte 10. Piani di emergenza

STRUMENTI ATTUALMENTE A DISPOSIZIONE PER IL CONTROLLO UFFICIALE SU OSA

- **MANUALI** specifici per le diverse tipologie di OSA e articolati in aree di indagine per ciascuna delle quali sono stati identificati :
 - Requisiti normativi, cioè i punti specifici delle norme di riferimento rispetto ai quali viene effettuata la valutazione presso la struttura e a fronte dei quali sono emesse eventuali NC
 - Requisiti applicativi , cioè i requisiti che a fronte dei requisiti normativi individuati , sono oggetto di indagine in campo
 - Criteri di conformità cioè i criteri che l'operatore del C.U. utilizza per determinare la conformità dei requisiti applicativi
- **LISTE DI RISCONTRO** (check list) collegate ai rispettivi manuali
- **SCHEDA DI REGISTRAZIONE DEL CONTROLLO UFFICIALE (SCU)**
- **SCHEDA DI REGISTRAZIONE DELLE NON CONFORMITÀ (SNC)**

Schema di procedura

Durante le verifiche, si può riscontrare il pieno rispetto, la mancanza totale del requisito oppure una sua parziale carenza. Pertanto le possibilità di non conformità che si generano durante un controllo ufficiale sono le seguenti:

1. **Non conformità maggiore (NC)**: in caso di assenza di un requisito
2. **Non conformità minore (nc)**: in caso di presenza del requisito solo parziale

Schema di procedura

Scala di conformità	Livello di conformità del requisito
<u>SI (S)</u> requisito completamente rispettato	<u>C</u> conformità
<u>si (si)</u> requisito sostanzialmente rispettato ma necessita di miglioramento	<u>C</u> Conforma e ma necessita miglioramento
<u>no (no)</u> requisito non conforme ma solo parzialmente soddisfatto	<u>nc</u> non conformità minore
<u>NO (N)</u> requisito completamente non rispettato	<u>NC</u> non conformità maggiore

Schema di procedura

Azioni conseguenti al rilevamento di non conformità

Il mancato rispetto dei requisiti normativi genera Tipologie di procedimenti, che in relazione ai provvedimenti previsti dalla normativa stessa sono riassunte nella successiva tabella:

Tabella dei Provvedimenti conseguenti al controllo ufficiale

Requisito valutato		Livello di non conformità (al requisito valutato)	
		NC (non posseduto - Grado della non conformità: NO)	requisito posseduto parzialmente - Grado della non conformità: 1. sì (parzialmente conforme) 2. no (nc minore)
Tipologia Procedimento per requisito valutato	PA	Procedimento amministrativo Coattivo : AC o proposta al Sindaco (sospensione, revoca, registrazione /riconoscimento, sequestro, blocco ufficiale, ordinanza o diffida sindacale)	Prescrizione - Disposizione (ex Articolo 302-bis D.L.vo 81/08 o ex art. 10 DPR 520/55) - Proposta di ordinanza o diffida sindacale
	PS	Procedimento amministrativo Sanzionatorio	
	PG	Procedimento giudiziario , compresi: sequestri giudiziari, prescrizione per contravvenzione (art. 20 D.L.vo 758/94) Prescrizione (SPSAL)	Disposizione ex art. 10 DPR 520/55 (nei casi esplicitati dal D.L.vo 81/08 e Circolare RER 10/2014)



SCHEDA CONTROLLO UFFICIALE

Nr°

DATA

Controllo Ufficiale eseguito da

DITTA
sede

numero di riconoscimento

AUDIT

ISPEZIONE

Attività su DOMANDA

SEGNALAZIONE

PROGRAMMATA

Verifiche		si	nc	Arete controllate e riscontri
Condizioni strutturali e attrezzature	Edilizie strutturali e manutentive			
	Attrezzature e macchinari			
Condizioni pulizia sanificazione	Pre operativa superfici a contatto			
	Operativa superfici a contatto			
	Pulizia ambienti di lavoro e pertinenze			
	Programmi di pulizia e registrazioni			
Igiene lavorazioni e personale	Igiene del personale			
	Igiene della lavorazione			
Gestione dei prerequisiti	Lotta agli infestanti			
	Garanzie di potabilità dell'acqua utilizzata			
	Formazione personale			
	Gestione scarti/RIFIUTI			
	Tracciabilità/ lottizzazione			
	Fornitori			
	Mantenimento catena del freddo			
Mat. prime semilav.	Materie prime, ingredienti, semilavorati			
Prodotto finito	Prodotto finito e etichettatura			
Piano HACCP	presenza documentazione del Piano			
	Presenza della documentazione (monitoraggio, registrazioni, calibrazione ecc.)			
	sul posto attività (monitoraggio, registrazioni, calibrazione ecc.) e rilievi strumentali			
Certificazione				
Campioni effettuati				

SCHEDA DI RILEVAZIONE DELLE NON CONFORMITA' E PRESCRIZIONI

- E' finalizzata a documentare in maniera puntuale le non conformità riscontrate nel corso di attività di controllo (audit, ispezioni, verifiche) le prescrizioni impartite, le verifiche successive (follow up)
- Rappresenta la base per la registrazione delle non conformità nel sistema informatico della AUSL ai fini del loro utilizzo nell'ambito della categorizzazione del rischio utente.



SCHEDA RILEVAZIONE NON CONFORMITA' E PRESCRIZIONI

Data:/...../..... N.

Controllo Ufficiale eseguito da

Ditta, ragione sociale, sede dello stabilimento

Notificato al rappresentante della ditta

Signor:

Tipologia stabilimento

Numero di riconoscimento

NON CONFORMITÀ COLLEGATA A N.C. PRECEDENTE N° DEL/...../.....

NON CONFORMITÀ COLLEGATA ALLA SCHEDA CONTROLLO N° DEL/...../.....

Condizioni strutture attrezzature	Condizioni pulizia sanificazione	Igiene lavorazione e personale	Gestione dei prerequisiti	Mat. prime, ingredienti, semilav.	Prodotto finito	Piano HACCP

DESCRIZIONE DELLA NON CONFORMITÀ E PRESCRIZIONE DEL VETERINARIO UFFICIALE

PROVVEDERE ALLE PRESCRIZIONI ENTRO DATA:/...../..... Il Rilevatore

AZIONI CHE LA DITTA INTENDE INTRAPRENDERE :

PREVENTIVE :

CORRETTIVE:

PER LA DITTA : firma

RICHIESTA DI PROROGA ALLE PRESCRIZIONI SINO AL/...../..... PER LA DITTA

Data/...../..... SI APPROVA PROROGA (vedi retro) Il Rilevatore

ESITO DELLA VERIFICA DELL'ESECUZIONE DELLA PRESCRIZIONE DEL VETERINARIO:

- ESGUITO SI
- NO - PROVVEDIMENTO SANZIONE PROPOSTA SOSPENSIONE DEL RICONOSCIMENTO
- SOSPENSIONE TEMPORANEA PROPOSTA DI REVOCA DEL RICONOSCIMENTO

Data/...../..... Il Rilevatore

Qualificazione Operatori RER

	Ispettore su OSA	Auditor su OSA	Auditor sui Servizi
verifica ed ispezione presso gli OSA	√	√	
attività di audit presso gli OSA		√	
supervisione interna al servizio		√	
audit sui Servizi			√

LA SUPERVISIONE

- La supervisione è un aspetto della attività di formazione, addestramento ed affiancamento. Serve ad “**affinare**” le capacità tecniche degli operatori, mediante la “socializzazione” delle migliori conoscenze, attraverso un confronto diretto e sul campo tra operatori. Si realizza nella **conduzione**, da parte di un Auditor su OSA, di Ispezioni, o Audit su OSA **congiuntamente** con un altro operatore in addestramento o incaricato delle attività di controllo presso l’OSA oggetto di supervisione.

LA SUPERVISIONE

- **Verifica “di campo”**, da parte dell’operatore qualificato, della applicazione di procedure operative (**PO**) ed istruzioni (**IO**), dell’operatore AUSL oggetto di supervisione;
- Evidenziazione di problemi e approfondimenti su situazioni specifiche;
- **Condivisione sulla valutazione** della appropriatezza delle attività espletate presso l’OSA e delle conclusioni raggiunte;
- Valutazione congiunta dell’applicazione delle PO ed IO al caso concreto, come verifica ulteriore della loro applicabilità;
- **Evidenziazione di problemi interpretativi o applicativi**, in esito alle attività di cui sopra su cui necessitano approfondimenti o modifiche procedurali Tale attività deve essere presa in considerazione durante i riesami della direzione.

Sistema dei Controlli: DGR 200/13

La vigilanza è un compito istituzionale del DSP finalizzato alla prevenzione dei rischi per la salute della collettività. A tal fine la vigilanza viene mirata ai rischi più rilevanti ed è programmata in una logica di sinergia con le funzioni di promozione della cultura della prevenzione. Il DSP assicura la trasparenza dei metodi, indipendenza di valutazione, uniformità tecnica e correttezza procedurale nell'azione di vigilanza.

Caratteristiche «Vigilanza» (DGR 200/13)

Regole per esercitare la vigilanza/controllo

1. La finalizzazione e la tipizzazione dei controlli
2. La programmazione dell'attività
3. La conduzione dei controlli
4. La registrazione
5. La valutazione e la rendicontazione

La finalizzazione e la tipizzazione dei controlli

1. Il “controllo su requisiti specifici”. Possono essere momenti di controllo a sé stanti o anche costituire parti dei livelli successivi. Sono tendenzialmente operati mediante l'utilizzo di check list.

2. Il “controllo su un insieme di requisiti specifici”, riferiti a diversi aspetti del sistema produttivo nell'ambito di una Unità locale, ai fini di stabilirne le condizioni di igiene e sicurezza per i lavoratori e/o la popolazione e la conformità alla normativa. I livelli di conformità e/o di rischio sono relativi solo al preciso momento in cui viene eseguito il controllo.

La finalizzazione e la tipizzazione dei controlli

3. Il “controllo di sistema”, strumento per la valutazione del sistema di prevenzione attuato su una intera organizzazione, sue parti ovvero suoi processi. Pertanto il “controllo di sistema” focalizza l’attenzione sulla raccolta delle evidenze relative al fatto che il titolare dell’Unità Locale abbia individuato nella sua organizzazione e nei suoi processi ogni area potenziale di rischio, le modalità per la gestione e le azioni di miglioramento.

Il “controllo di sistema” permette di valutare la probabilità di mantenere il rispetto dei requisiti nel tempo o la capacità di raggiungere determinati obiettivi prefissati.

Conduzione dei controlli

Trasparenza delle procedure organizzative, tecniche e amministrative: tutte le attività di vigilanza sono svolte sulla base di procedure formalizzate, approvate con le modalità previste a livello aziendale, periodicamente verificate nella loro applicazione e rese note ai portatori d'interessi.

Omogeneità dei comportamenti mediante l'utilizzo di check-list. L'utilizzo di liste di riscontro favorisce inoltre la trasparenza dell'attività svolta, sia in termini di appropriatezza che di omogeneità nella valutazione dei requisiti verificati.

Censire gli impianti e assegnare il livello di rischio

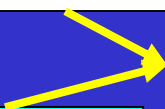
DPCM 12.01.2017
PNI
Piani Sorveglianza

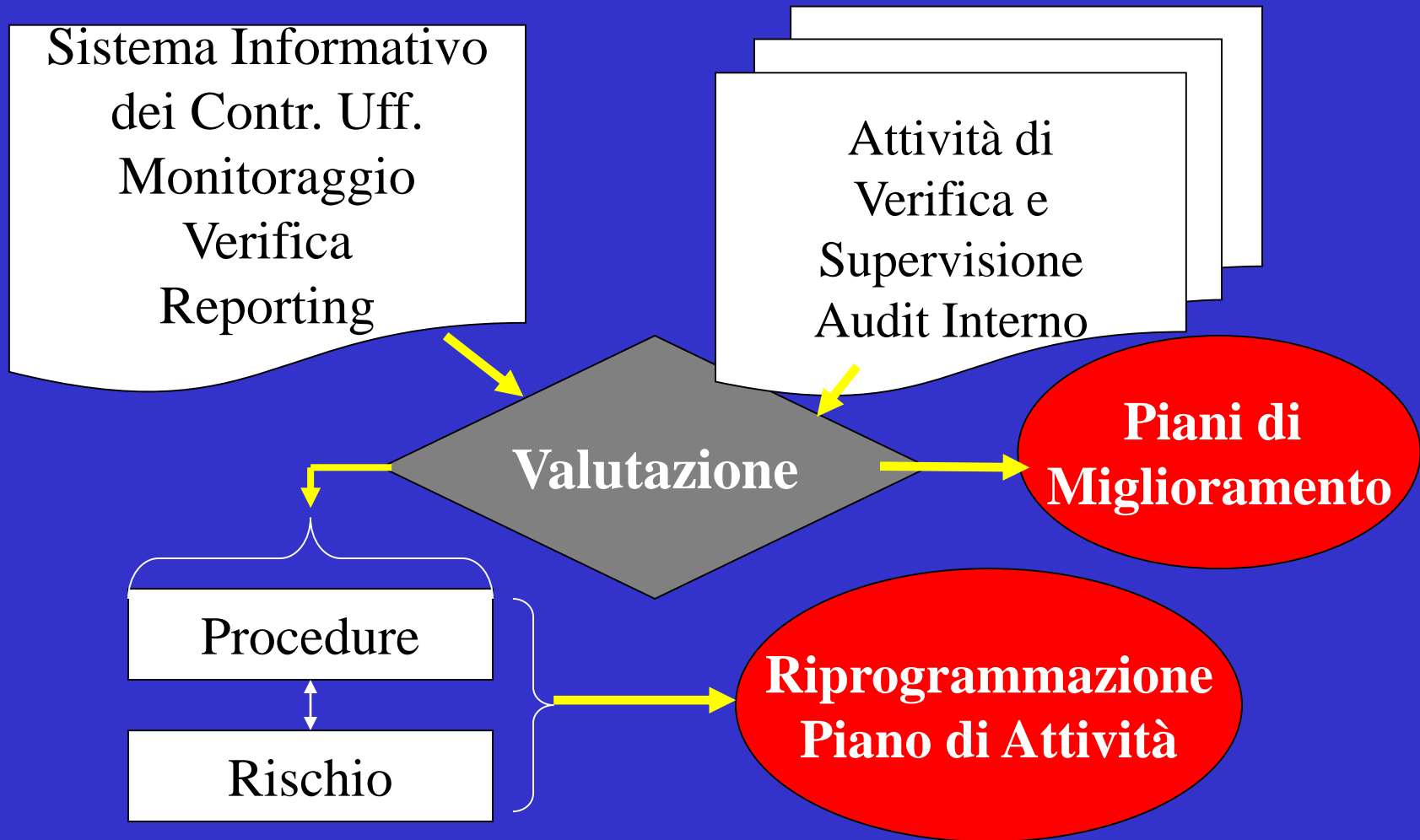
Definire i LEA
in funzione territorio

Elaborare le
Procedure
Operative
di Controllo

Piano Attività ASL
Piano Lavoro
Individuale

Budget





Sistema Informativo
dei Contr. Uff.
Monitoraggio
Verifica
Reporting

Attività di
Verifica e
Supervisione
Audit Interno

Valutazione

**Piani di
Miglioramento**

Procedure



Rischio

**Riprogrammazione
Piano di Attività**



Il Sistema Informativo

Un **sistema informativo aziendale** è l'insieme di

- mezzi tecnici
- procedure organizzative
- risorse umane

La cui **FINALITA'** ultima è la gestione delle informazioni prodotte, usate e condivise da un'azienda durante l'esecuzione dei processi aziendali.



Il Sistema Informativo del DSP

Scopo

Supportare i processi aziendali mediante:

- a) Realizzazione delle attività e dei documenti correlati;
- b) Pianificazione delle attività;
- c) Analisi, verifica e valutazione di quanto realizzato;
- d) Raccolta ed elaborazione dei dati secondo i flussi informativi vigenti in modo da fornire report regionali, report di Budget e di performance.



Registrazione delle attività espletate di:

1. Interventi di Controllo Ufficiale - SICER
2. Attività Clinica – RURER e ONIT
3. Altre attività – SICER - Pratiche di buona Prassi

Reportistica

Regionale

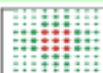
Aziendale



BUDGET e Dati di PERFORMANCE

SOMMARIO

1. **Oggetto**
2. **Scopo /obiettivo**
3. **Campo di applicazione**
4. **Responsabile della procedura**
5. **Riferimenti normativi e documentali**
6. **Definizioni/abbreviazioni**
7. **Matrice delle responsabilità**
8. **Descrizione delle attività svolte**
 - 8.1 **Elementi della Pianificazione - Generalità**
 - 8.1.2 **Descrittori del territorio**
 - 8.1.3 **LEA**
 - 8.1.4 **Attività non ricomprese nei LEA**
 - 8.1.5 **Osservazione Epidemiologica**
 - 8.1.6 **Categorizzazione del Rischio**
 - 8.1.7 **Elementi in uscita dal Riesame della Direzione**
 - 8.1.8 **Ascolto ed interazione con committenza, utenza e partner**
 - 8.1.9 **Risorse e Contrattazione del Budget di previsione di attività del DSP**
 - 8.2 **Elementi della Pianificazione - Fase operativa**
 - 8.2.1 **Criteri per la Pianificazione operativa delle attività del DSP**
 - 8.2.2 **Criteri per l'attribuzione di incarichi e responsabilità per la realizzazione del piano delle attività**
 - 8.2.3 **Criteri per la definizione del piano organizzativo**
 - 8.2.4 **Criteri per la programmazione delle attività**
 - 8.3 **Programmazione e Piano delle attività del DSP e dei Servizi del DSP**
 - 8.3.1 **Programmazione delle attività**
 - 8.3.2 **Piano di Attività del DSP e dei Servizi del DSP**
 - 8.3.3 **Programmazione delle attività di servizio e di SOT**
 - 8.3.4 **Piano di Lavoro individuale**
 - 8.4 **Il Sistema delle Verifiche e Riprogrammazione**
 - 8.5 **Relazione finale delle Attività**
9. **Indicatori e parametri di controllo**



DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI IPOTESI DI CONFLITTO DI INTERESSI

ALLEGATO al Piano individuale di Lavoro Prot. n.del.....

Il sottoscritto
..... in relazione
al proprio rapporto di lavoro con A. USL di Parma, presso il Servizio
..... afferente al Dipartimento di
Sanità Pubblica, in riferimento alle attività definite nel Piano individuale di Lavoro
assegnato per l'anno 20.....,

DICHIARA

di essere in condizioni di conformità rispetto a quanto stabilito nel DPR 16 aprile 2013
n° 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici a norma
dell'art. 54 del D.L.vo 30 marzo 2001 n° 165" ed in particolare dall' art. 4, (conflitto di
interessi) come recepito dal Codice di Comportamento per il personale operante
presso Azienda USL di Parma e Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma in corso di
validità,

SI IMPEGNA

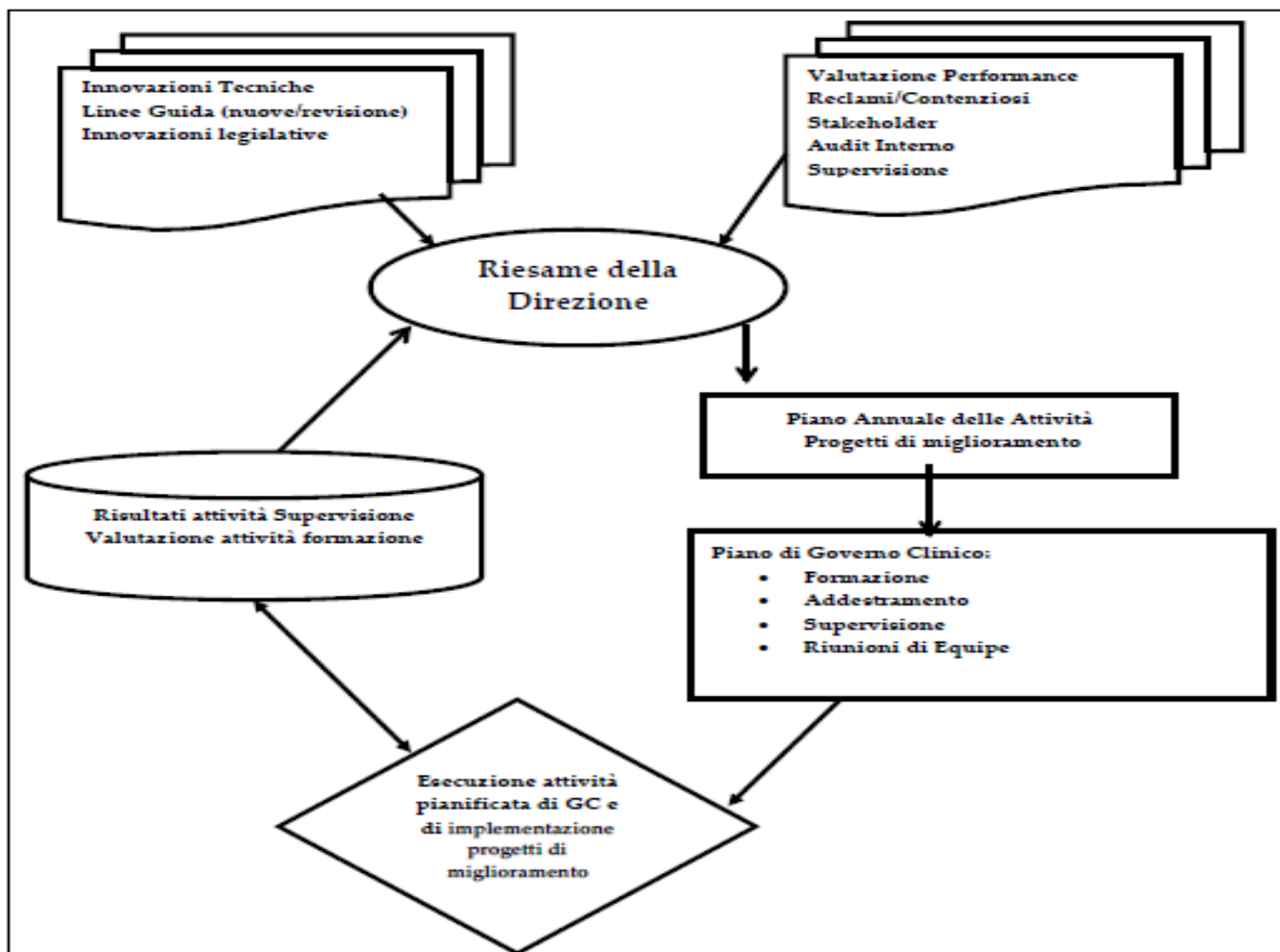
1. a comunicare tempestivamente al dirigente della struttura o servizio di appartenenza la propria adesione o appartenenza ad associazioni od organizzazioni, a prescindere dal loro carattere riservato o meno, i cui ambiti di interessi possano interferire con lo svolgimento dell' attività dell'ufficio di appartenenza;
2. a comunicare al dirigente della struttura o servizio di appartenenza, per iscritto ed in tempo utile per la trattazione della pratica o lo svolgimento dell'attività, specificandone le ragioni, ogni cambiamento che dovesse intervenire nella situazione sopra dichiarata prima di effettuare qualsiasi attività nell'ambito del Piano di Lavoro assegnato e comunque degli incarichi ricevuti.

.....li.....

.....

(Timbro

Logigramma 1: Ciclo del Governo Clinico a livello di Servizio



La responsabilità di attuazione del ciclo di governo clinico è del Direttore del Servizio Aziendale e del Direttore di Servizio, nell'ambito dei rispettivi ruoli, così come definiti nel Regolamento del DSP di Parma.

Qualità e Accreditamento SSN

**Direttiva “per una P.A. di qualità” del 19.12.2006
“Esplicito riferimento alle ISO”.**

**DL.vo 150/2009 ” ottimizzazione della produttività del
lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle P.A.»**

Art. 3:

**La misurazione e la valutazione della performance sono
volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti
dalle amministrazioni pubbliche, nonché alla crescita
delle competenze professionali...**

Il ciclo di gestione della performance si articola nelle seguenti fasi:

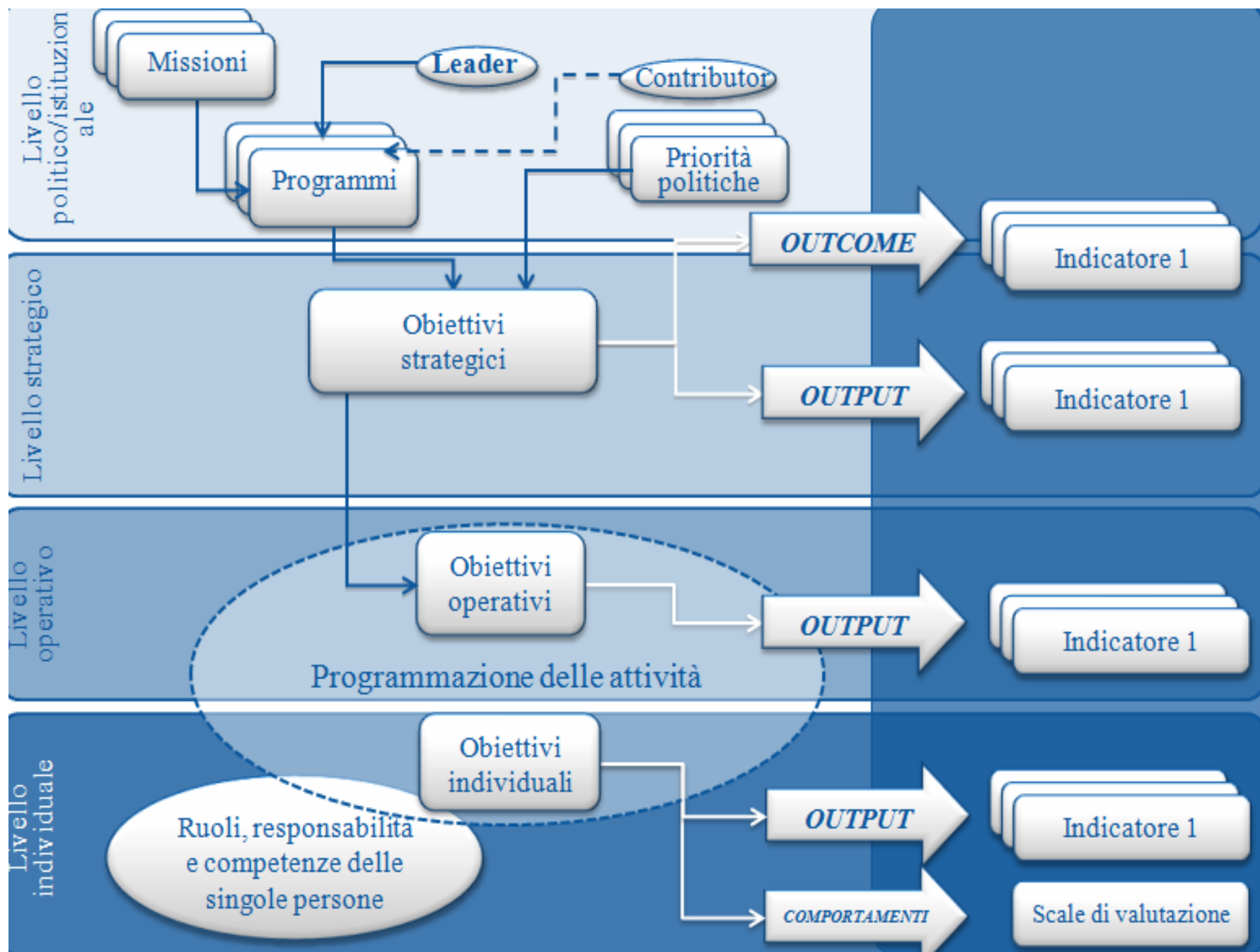
- a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;

- e) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- f) rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

è il contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un'entità (individuo, gruppo di individui, unità organizzativa, organizzazione, programma o politica pubblica) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi ed, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata costituita. Pertanto il suo significato si lega strettamente all'esecuzione di un'azione, ai risultati della stessa e alle modalità di rappresentazione. Come tale, pertanto, si presta ad essere misurata e gestita.

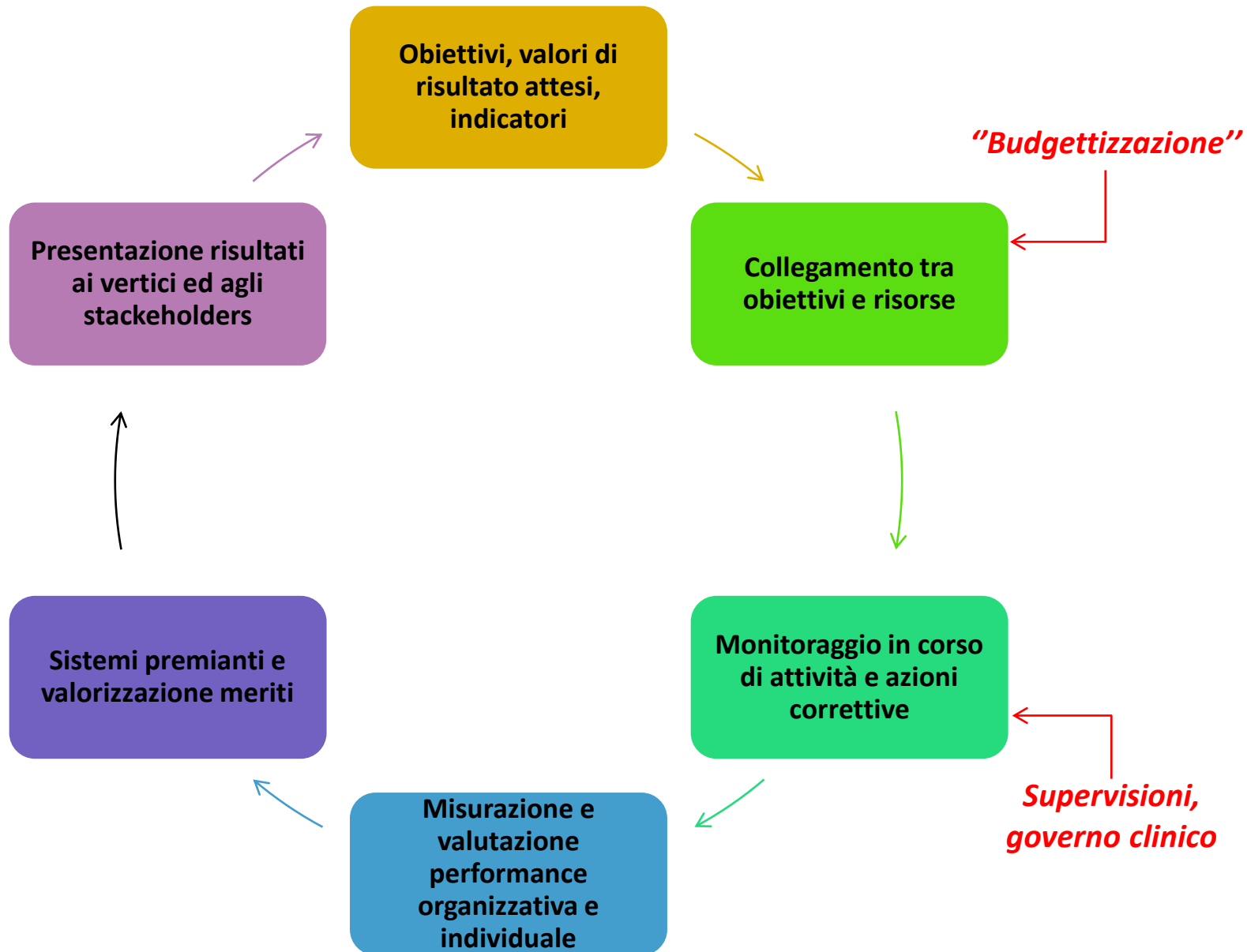
Un Sistema di misurazione della performance si compone di tre elementi fondamentali:

1. indicatori;
2. target;
3. infrastruttura di supporto e processi.



Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150

Ciclo di gestione della performance



Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150

Chi misura la performance?

- Organismo indipendente di cui l'Amministrazione (OIV) si avvale;
- Commissione per valutazione trasparenza e integrità delle P.A. (Legge n. 15 del 4 marzo 2009);
- Dai Dirigenti di ogni singola Amministrazione.

Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150

Ambiti di misurazione e valutazione performance organizzativa

- ❑ Grado attuazione piani e programmi attività, rispettando tempi previsti e standards quantitativi e qualitativi;
- ❑ Grado miglioramento nella capacità di attuare i piani e sviluppo competenze professionali;
- ❑ Efficienza uso risorse (contenimento/riduzione costi, ottimizzazione tempi);
- ❑ Qualità e quantità delle prestazioni e dei servizi erogati;
- ❑ Grado attuazione politiche di soddisfazione dei destinatari dei servizi;
- ❑ Grado di soddisfazione dei destinatari dei servizi;
- ❑ Grado di coinvolgimento e collaborazione dei destinatari dei servizi;
- ❑ Grado raggiungimento obiettivi di promozione pari opportunità.



IL LAVORO FATTO dal DSP

✓ SISTEMA DI RACCOLTA DATI:

- Manuali e checklist condivisi;
- Tablet (minimizzare gli errori!);
- Sistema informativo Sicer (SWG);
- Aggiornamento continuo del personale sul SWG;
- Supervisione, tutoraggio, governo clinico.

✓ INDICATORI:

- ✓ *Performance organizzativa*: Servizio
- ✓ *Performance individuale*: per i singoli operatori.

NB: gli attuali indicatori riguardano esclusivamente controlli ufficiali pianificati.

✓ **MACRO-OBIETTIVI:**

- Valutare grado attuazione delle attività pianificate;
- Valutare la qualità operativa nei controlli ufficiali;
- Individuare criticità per programmare azioni correttive (efficienza ed efficacia controllori)
- Attestare grado di conformità degli utenti controllati (rispetto delle norme) ed il trend negli anni;
- Individuare situazioni critiche (ambiti di indagine più critici);
- Trovare gli elementi per migliorare programmazioni successive.

✓ **OBIETTIVI SPECIFICI:**

Esplicitati nel Piano di Lavoro Annuale (sintesi dei LEA e di specifici obiettivi aziendali)...

✓ **INDICATORI PERFORMANCE DI SERVIZIO:**

1. Frequenza allevamenti/stabilimenti controllati e non conformi sui presenti;
2. Frequenza ispezioni effettuate e non conformi;
3. Trend % allevamenti/stabilimenti non conformi dal 2016 ad oggi;
4. Trend % ispezioni non conformi dal 2016 ad oggi;
5. Frequenza di non conformità per tipologia di ispezione e di verifiche;
6. Frequenza % di non conformità per tipo di ispezione sul totale delle non conformità;
7. % ispezioni difformi per SOT rispetto alla media delle SOT.

✓ **INDICATORI PERFORMANCE INDIVIDUALE:**

1. Media dei minuti impiegati per ispezione (distribuzione vet rispetto alla media);
2. % di utilizzo delle ore pianificate per le ispezioni;
3. % ispezioni non conformi per veterinario rispetto alla media dei veter.;
4. Relazione tra tempo impiegato e non conformità rilevate per veterinario;
5. Distribuzione veterinari rispetto alla media dei minuti spesi in ispezione + identificazione outliers;
6. Distribuzione veterinari rispetto al peso del rischio impianti assegnati + identificazione outliers;
7. Correlazione fra tempo speso in ispezione e non conformità rilevate per ciascun vet.

1ª FASE

- ESTRAZIONE DATI DA SICER - FUNZIONI QUERY GIA' IMPOSTATE NEL SISTEMA
- IMPORTAZIONE DATI IN FOGLI DI CALCOLO

2ª FASE

- PULIZIA DEI DATI ED EVENTUALI CORREZIONI (FASE CRITICA)
- ANALISI DEI DATI PER IL CALCOLO DEGLI INDICATORI (Excel – SPSS)

3ª FASE

- STATISTICA DESCRITTIVA ED INFERENZIALE
- ESPRESSIONE DEI RISULTATI IN FORMA DI GRAFICI E TABELLE
- COMUNICAZIONE DEI RISULTATI DELLA VALUTAZIONE

IL METODO

Alcune variabili di interesse:

- Tempo impiegato per ispezione
- Percentuale di esiti difformi sul totale delle ispezioni svolte
- Peso del rischio per le aziende

Alcune domande di interesse:

- Come descrivere la situazione delle aziende nella nostra provincia?
- Come descrivere i risultati delle ispezioni?
- Come capire se le scale di giudizio sono omogenee? Di quali misure possono avvalersi i valutatori per allinearsi fra loro?
- Esistono fattori diversi dal comportamento delle aziende che possono modificare l'esito di un'ispezione (es. tempo impiegato, distretto di appartenenza, esiti di ispezioni precedenti?)

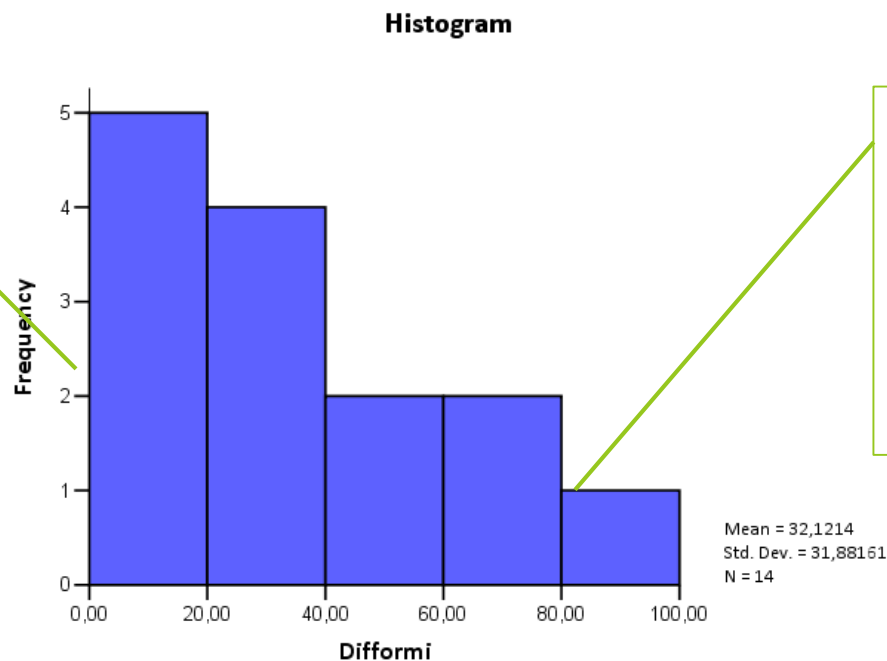
Distribuzione degli esiti nell'ambito di un'ispezione

I grafici sono generalmente **asimmetrici positivi**

- la maggior parte degli operatori rileva un numero basso di difformità e si trovano nelle barre di sinistra
- gli operatori che rilevano alte percentuali di difformità sono pochi e si collocano a destra del grafico

Un esempio: percentuale di difformità relative al benessere negli allevamenti di suini

5 operatori hanno rilevato una percentuale di difformità compresa fra lo 0 e il 20%



1 solo operatore ha rilevato una percentuale di difformità compresa fra 80 e 100

MISURE DI TENDENZA CENTRALE

Media: $\bar{X} = \frac{x_1+x_2+x_3+\dots+x_n}{n}$

Mediana: il valore che occupa la posizione centrale in una serie ordinata di dati

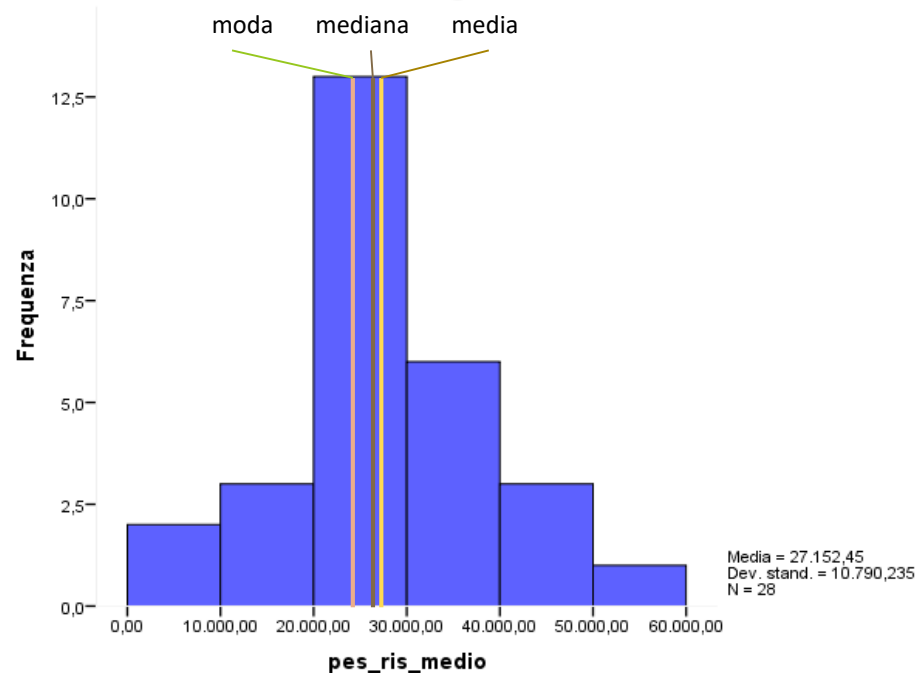
Moda: la modalità più frequente fra quelle osservate in un data distribuzione di frequenze

Per dati distribuiti come i nostri talvolta è più utile fare riferimento alla mediana, piuttosto che alla media

Esistono varie procedure per calcolare il grado di asimmetria, noi ci accontentiamo di questa

$$\text{asimmetria} = \text{media} - \text{moda}$$

È auspicabile che l'attività di controllo porti progressivamente allo spostamento dalla curva normale verso una curva asimmetrica positiva (in altre parole i controlli dovrebbero portare ad un miglioramento nel rispetto della legge)



Quando si osserva una distribuzione è inevitabile – e in una certa misura auspicabile- notare un certo grado di variabilità fra i casi

Per esempio, in un'ispezione:

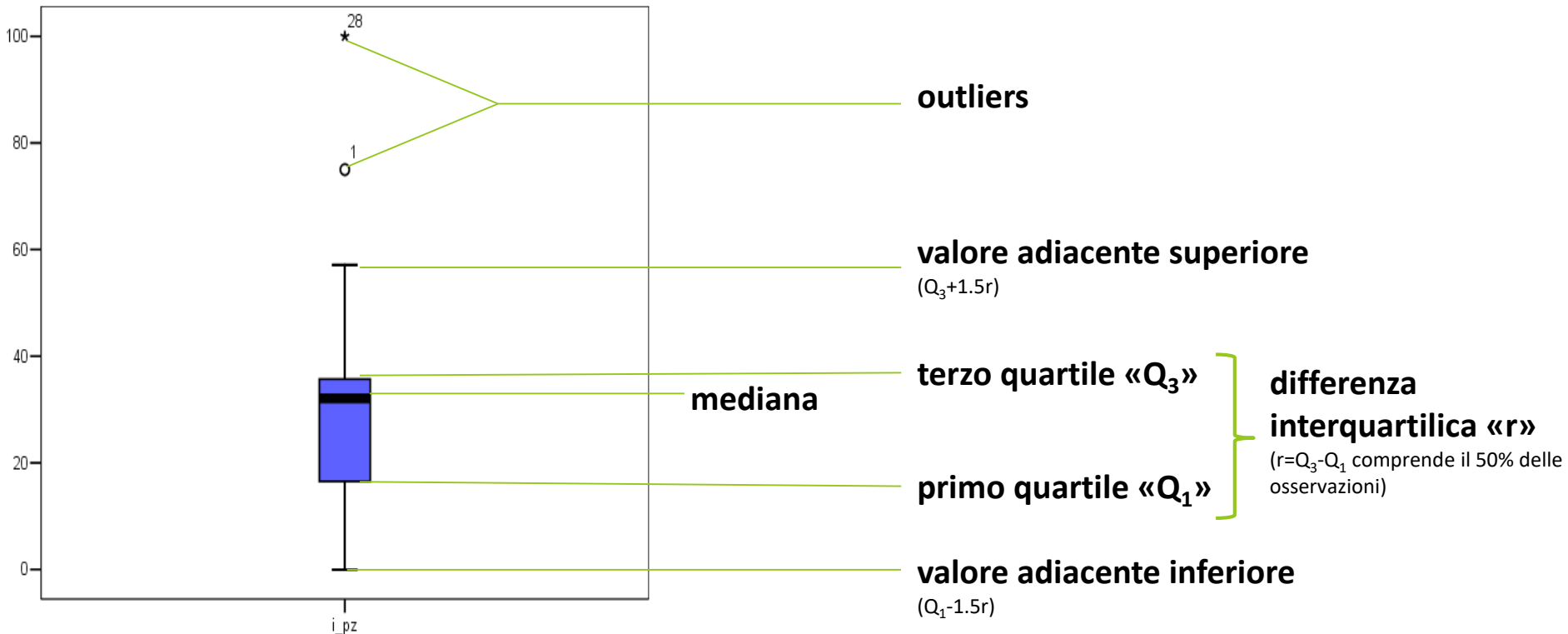
Esiti troppo disomogenei → scarsa concordanza fra gli operatori e/o elevata diversità fra allevamenti

Esiti troppo omogenei → auto-condizionamento e/o allevamenti con problematiche identiche

GRAFICI BOX AND WHISKERS

Il discostamento di uno o più valori rispetto al resto della distribuzione, può essere dovuto sia **al caso** che ad un reale problema di **sovrastima/sottostima**.

Fino a quando un dato è da considerarsi nella norma?



I grafici Box and Whisker possono risultare poco informativi in due casi:

Quando il numero di difformità rilevate tende a zero



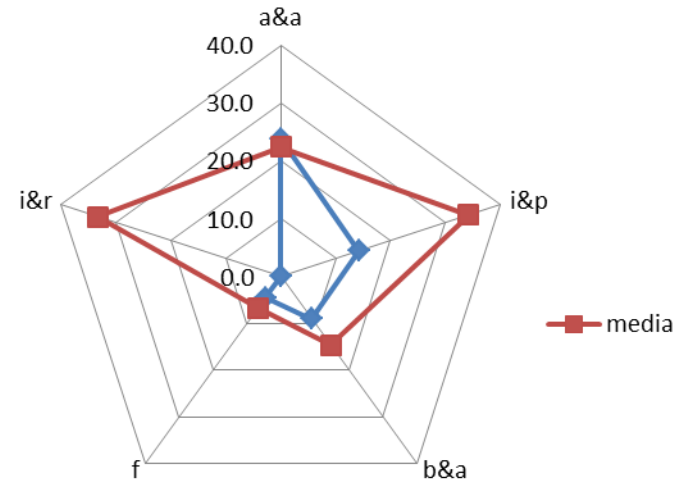
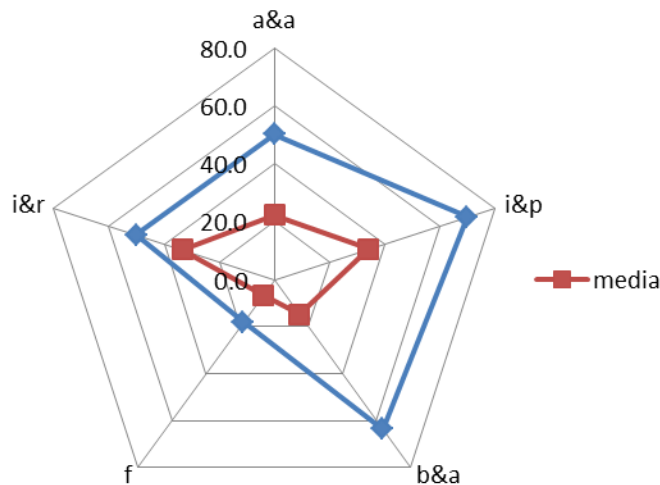
Basta trovare una non conformità per risultare outlier

Quando il numero di operatori impegnato nei controlli è scarso



La distribuzione può risultare troppo omogenea (nessun outlier è rilevabile) o troppo poco omogenea (si osservano più outliers del dovuto)

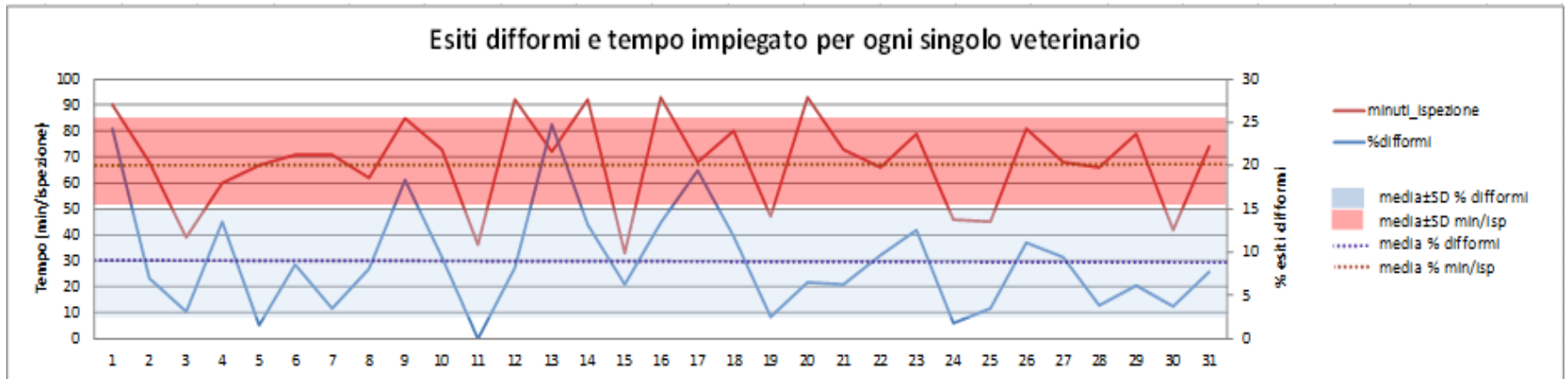
UN RIASSUNTO DELLA SITUAZIONE PERSONALE: I GRAFICI «RADAR»



Nota bene: sta a noi decidere se ha più senso utilizzare la media o la mediana in funzione del tipo di distribuzione!

Ottimizzazione del lavoro e rapporto $\frac{\text{difformità rilevate}}{\text{tempo impiegato}}$

L'esempio degli allevamenti di bovini



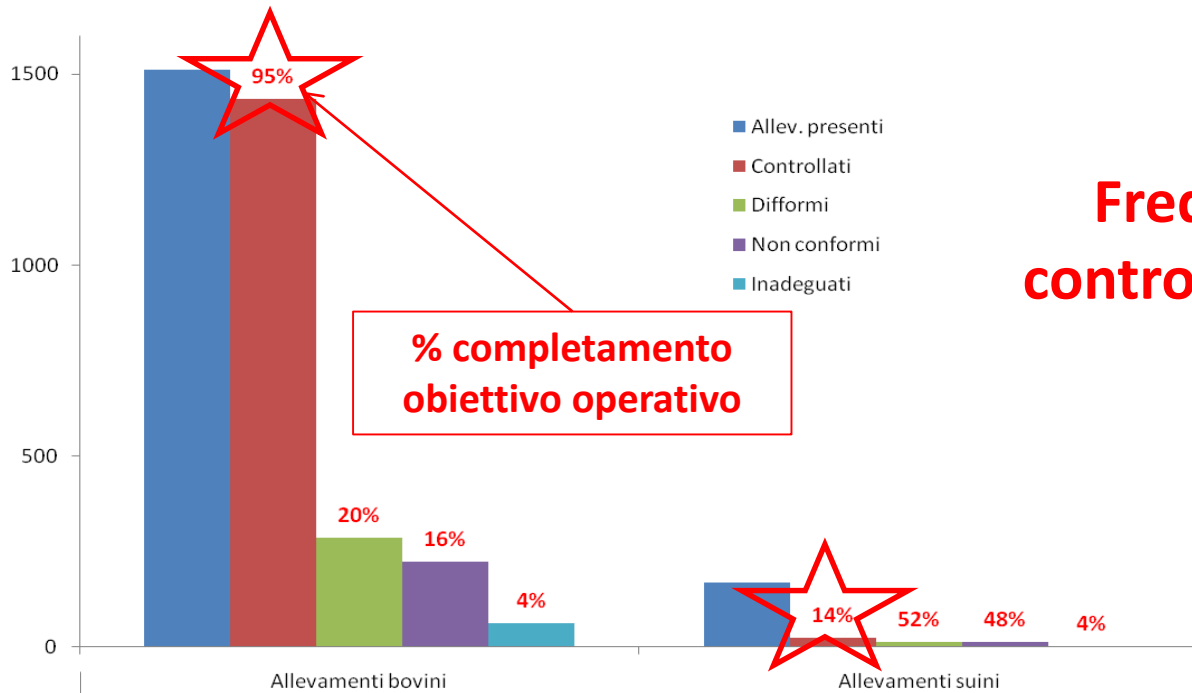
Alcuni operatori risultano collocati al di fuori della «fascia» delimitata dalla **deviazione standard**

Se le distribuzioni fossero normali nell'intervallo colorato ricadrebbe il 68% dei valutatori.

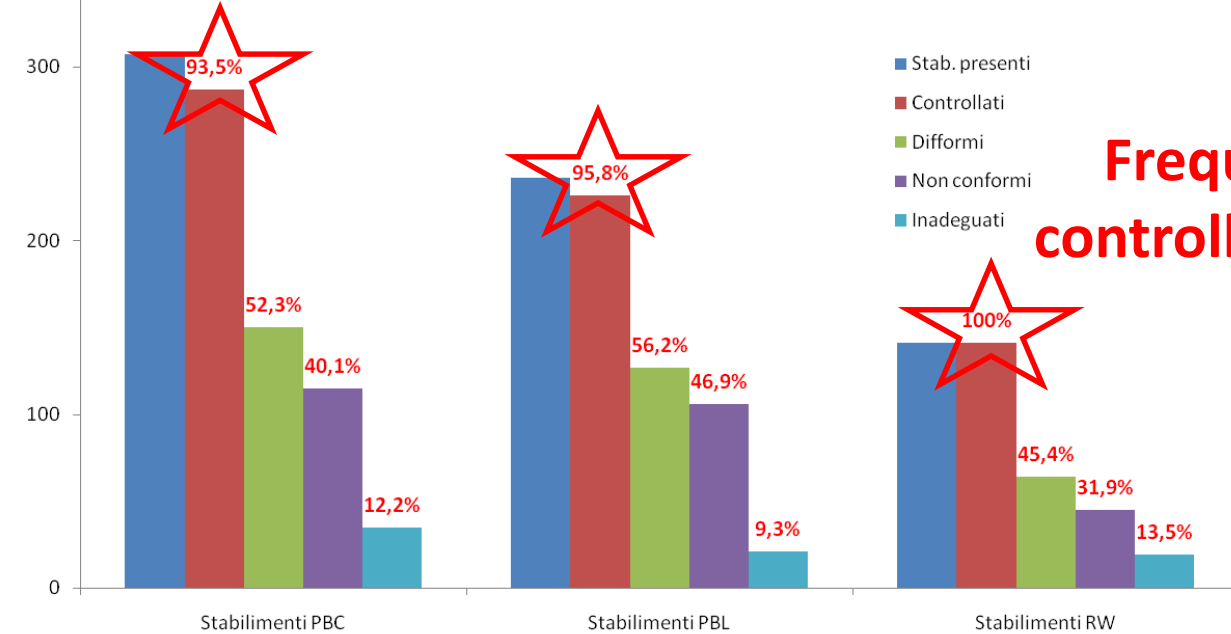
Nel doppio dell'intervallo colorato ricadrebbe il 95% dei valutatori e nel triplo il 99.8%

ALCUNI ESEMPI

INDICATORI PERFORMANCE DI SERVIZIO



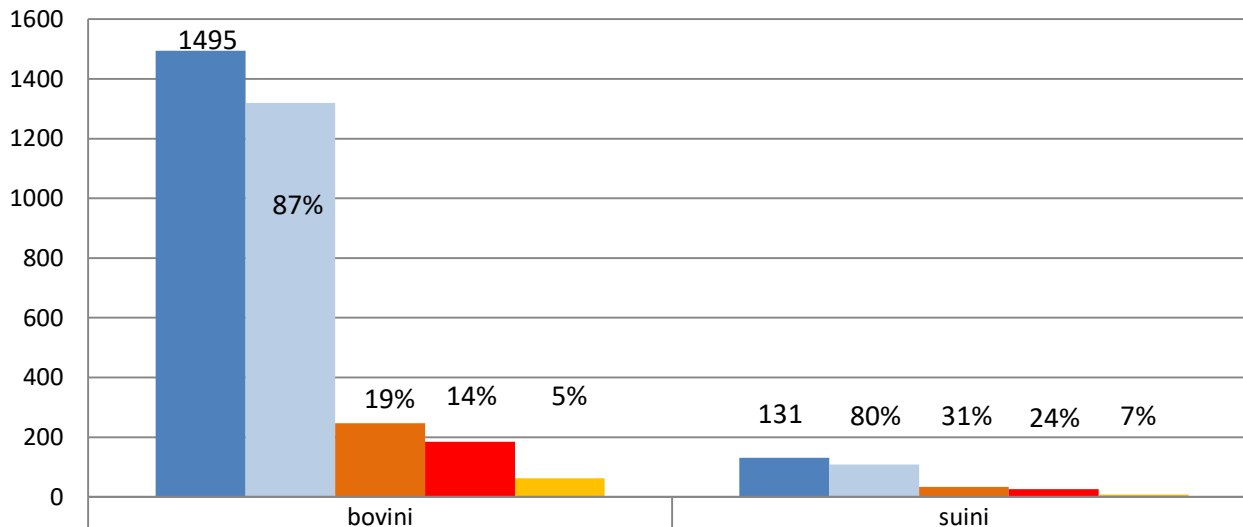
Frequenze (%) allevamenti controllati e di non conformi sui presenti



Frequenze (%) stabilimenti controllati e di non conformi sui presenti

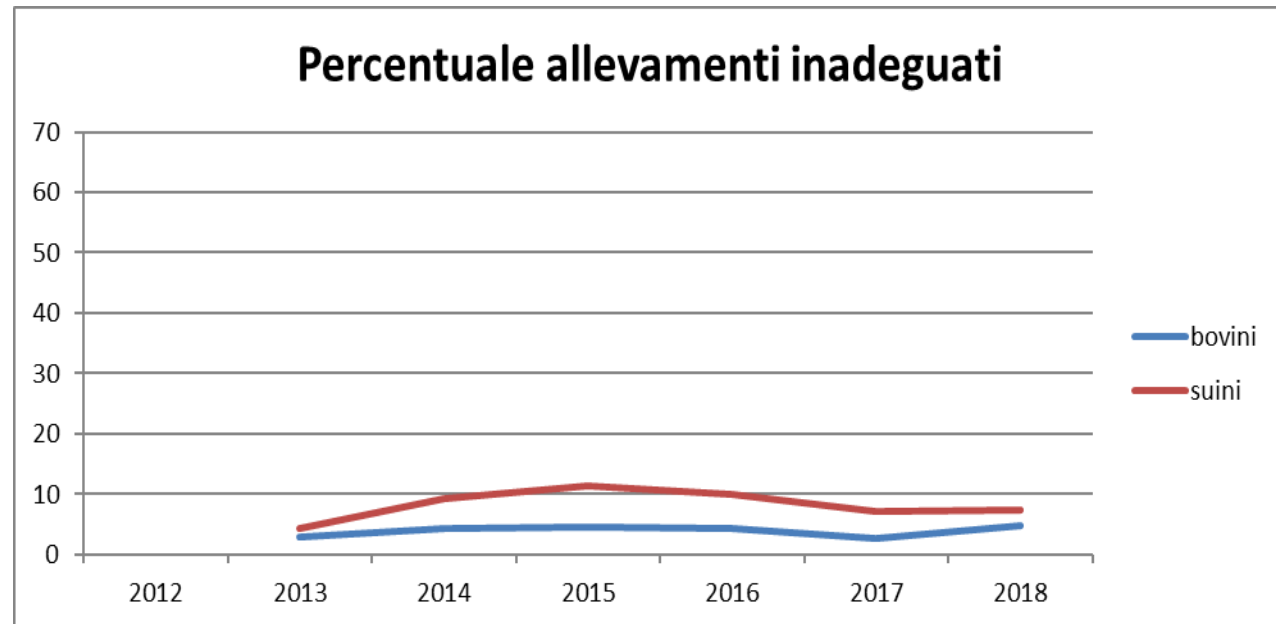
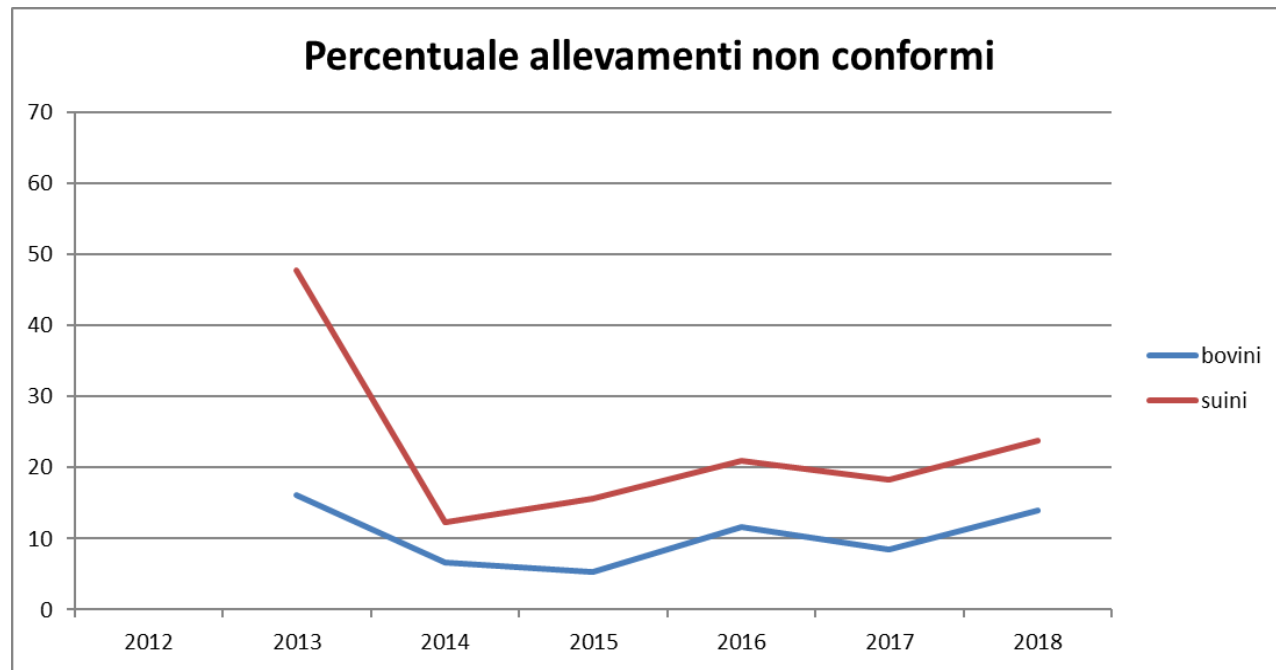
ALLEVAMENTI CON IRREGOLARITA' NEL 2018

Allevamenti controllati nel 2018



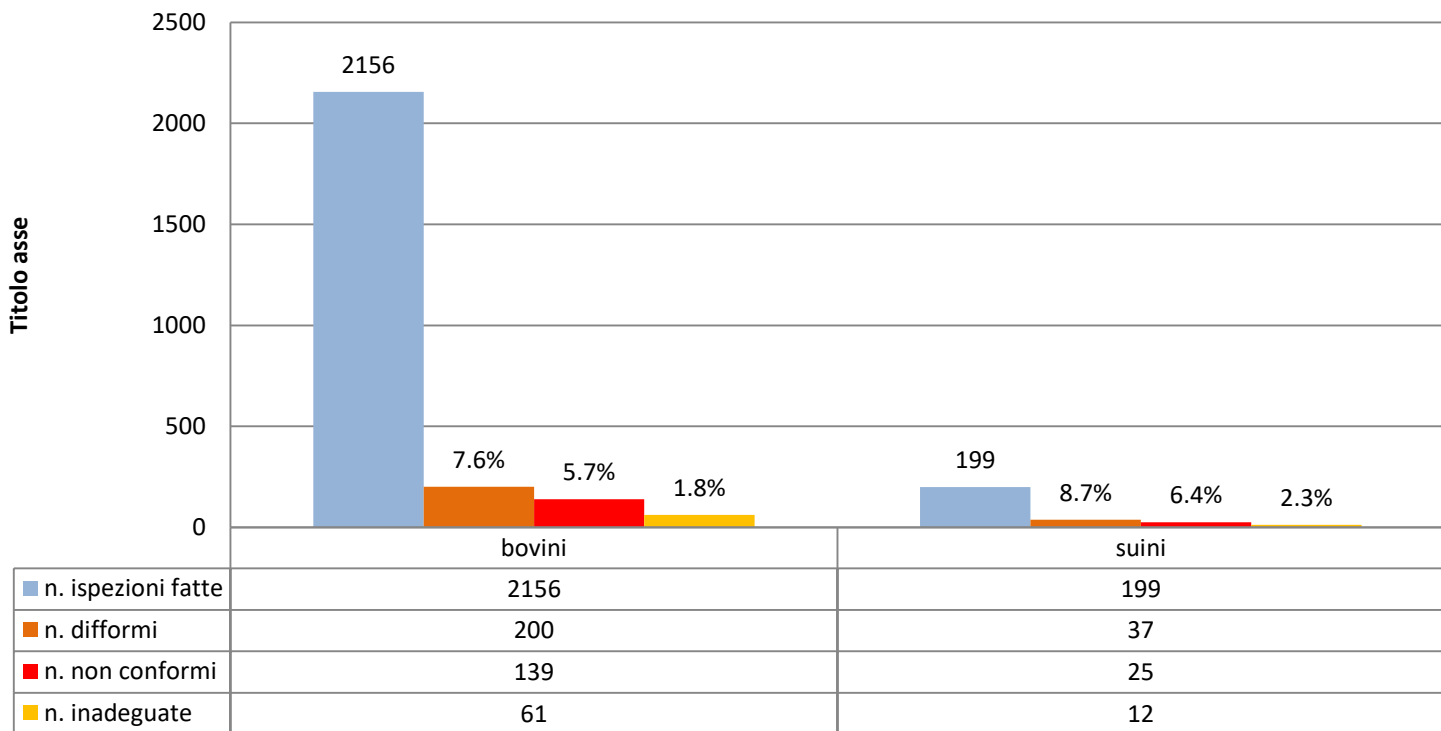
■ presenti	1495	131
■ controllati	1320	109
■ difformi (NO+no+si)	247	34
■ non conformi (NO+no)	185	26
■ inadeguati (si piccolo)	62	8

Dal 2013 ad oggi la percentuale di allevamenti non conformi e inadeguati è rimasta più o meno costante nel tempo (fa eccezione un picco negli allevamenti suini nel 2013)

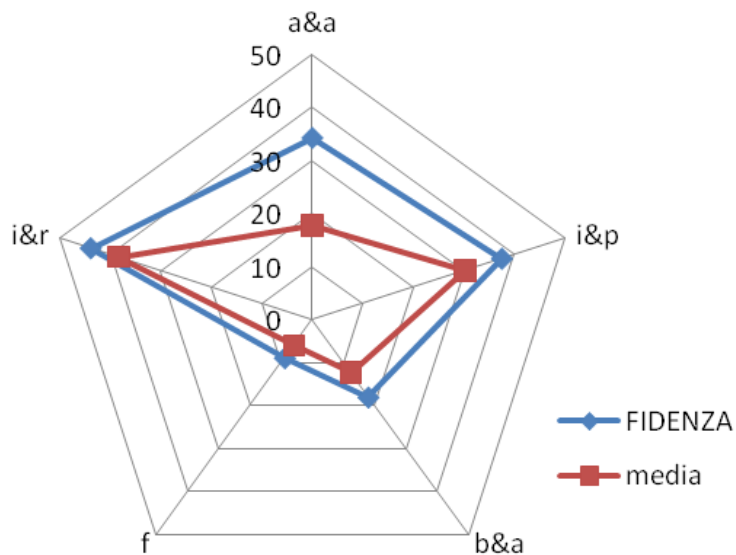


LE ISPEZIONI IRREGOLARI NEGLI ALLEVAMENTI DI BOVINI E SUINI NEL 2018

Ispezioni 2018



% ispezioni non conformi per SOT rispetto alla media delle SOT



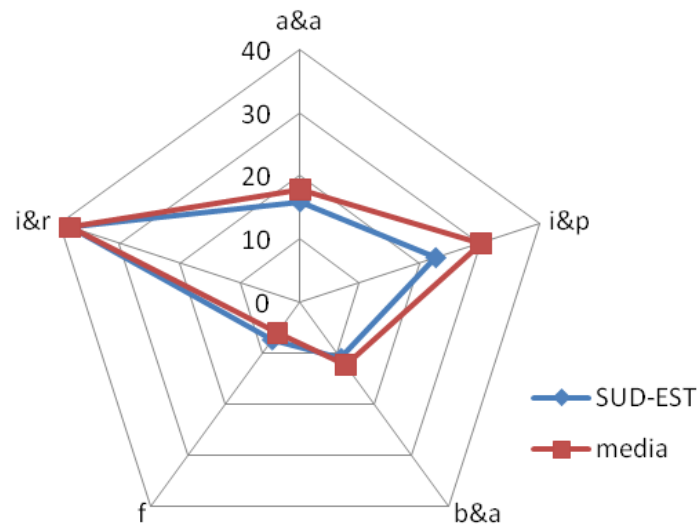
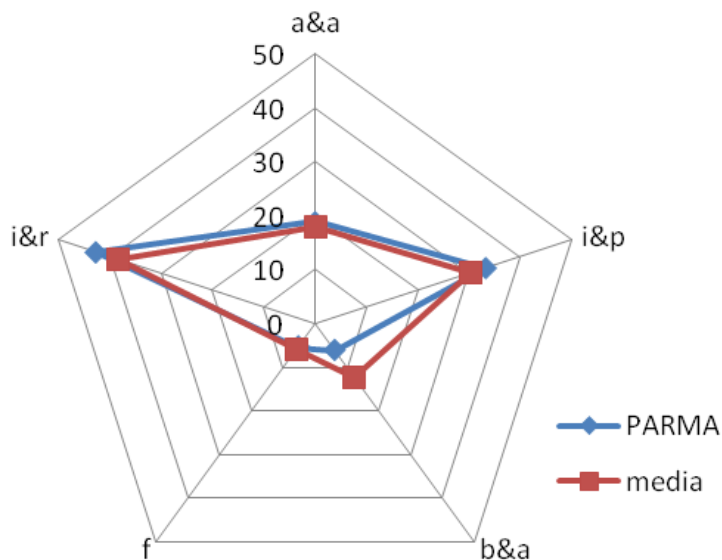
a&a – ispezione alimentazione

i&p – ispezione igiene produzioni

b&a – ispezione benessere

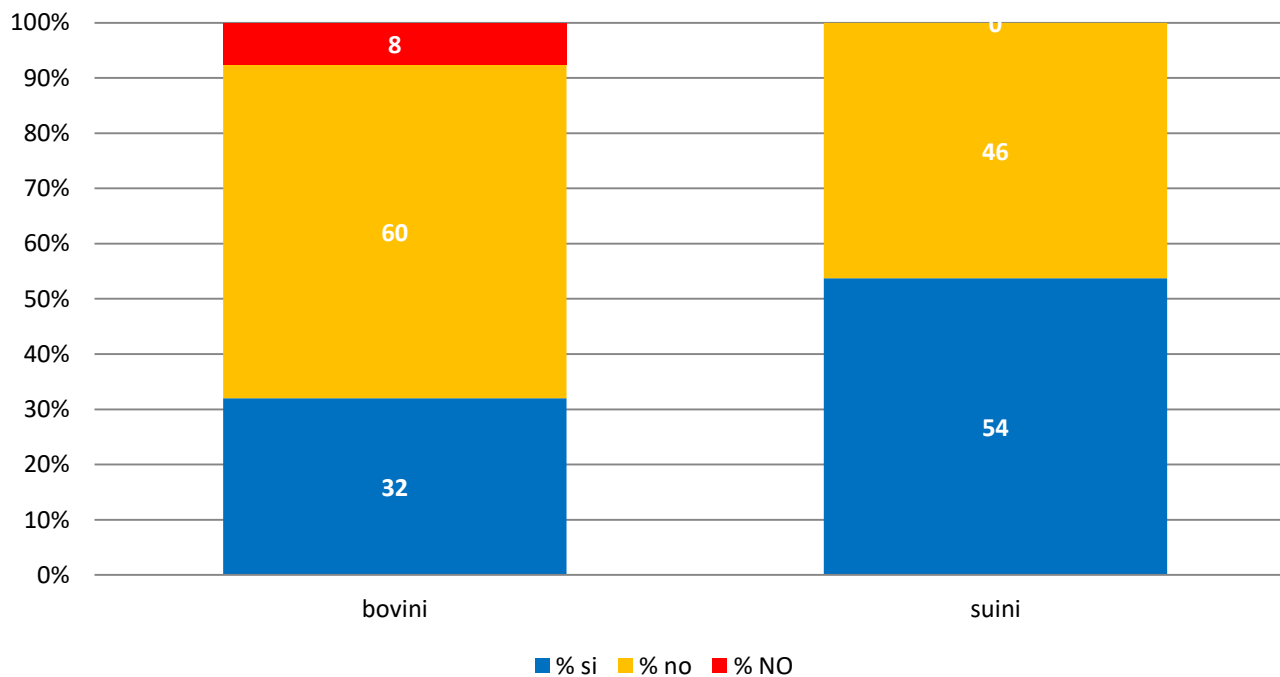
f – ispezione farmacosorveglianza

i&r – ispezione identificazione e anagrafe



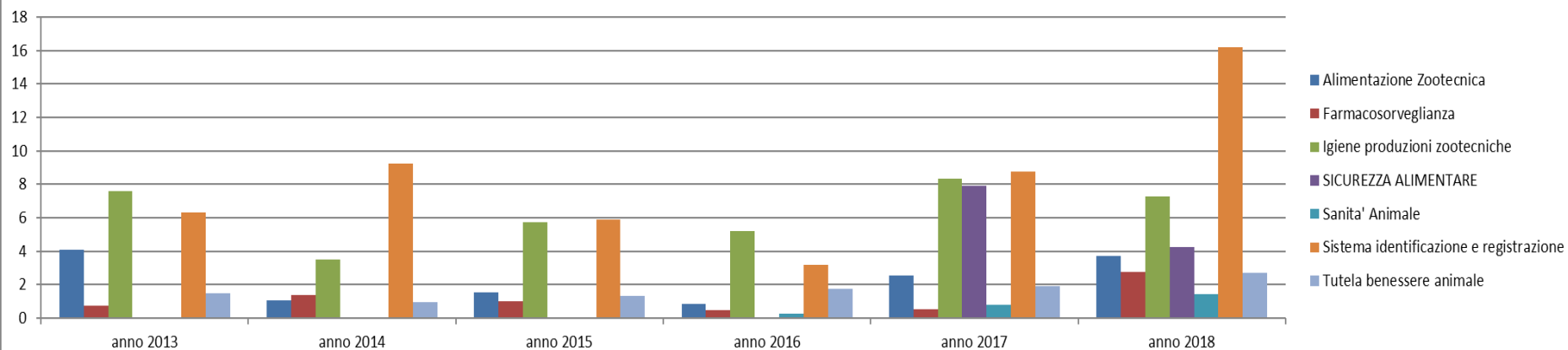
VERIFICHE: DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DI DIFFORMITA' NEGLI ALLEVAMENTI (NO, no, si)

Distribuzione di esiti NO, no e "si piccolo" sul totale di verifiche con esito non pienamente conforme

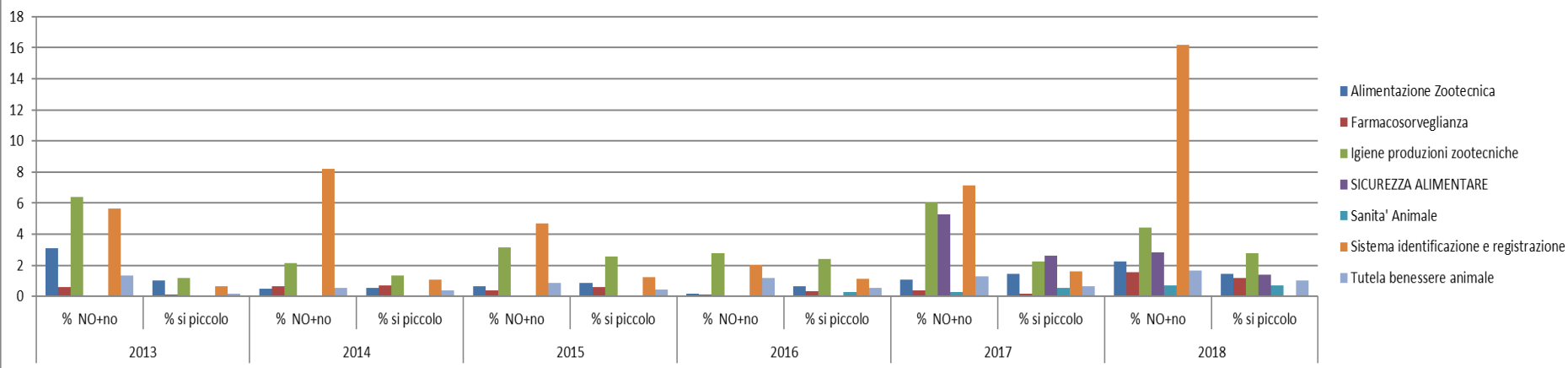


Allevamenti bovini tipologie di verifiche con esito non conforme e/o inadeguato

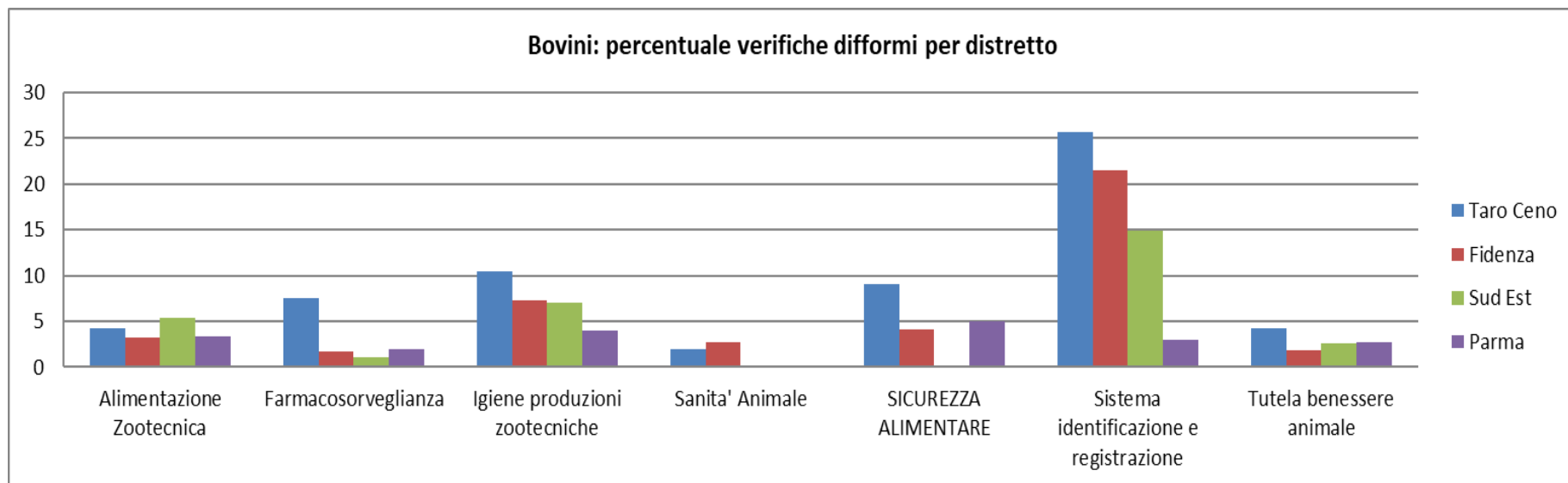
Bovini: percentuale verifiche si+no+NO entro le ispezioni 2013, 2014, 2015, 2016, 2017,2018



Bovini: percentuale delle verifiche con esito "si piccolo" ed esito "no+NO" entro le ispezioni 2013, 2014, 2015, 2016, 2017,2018

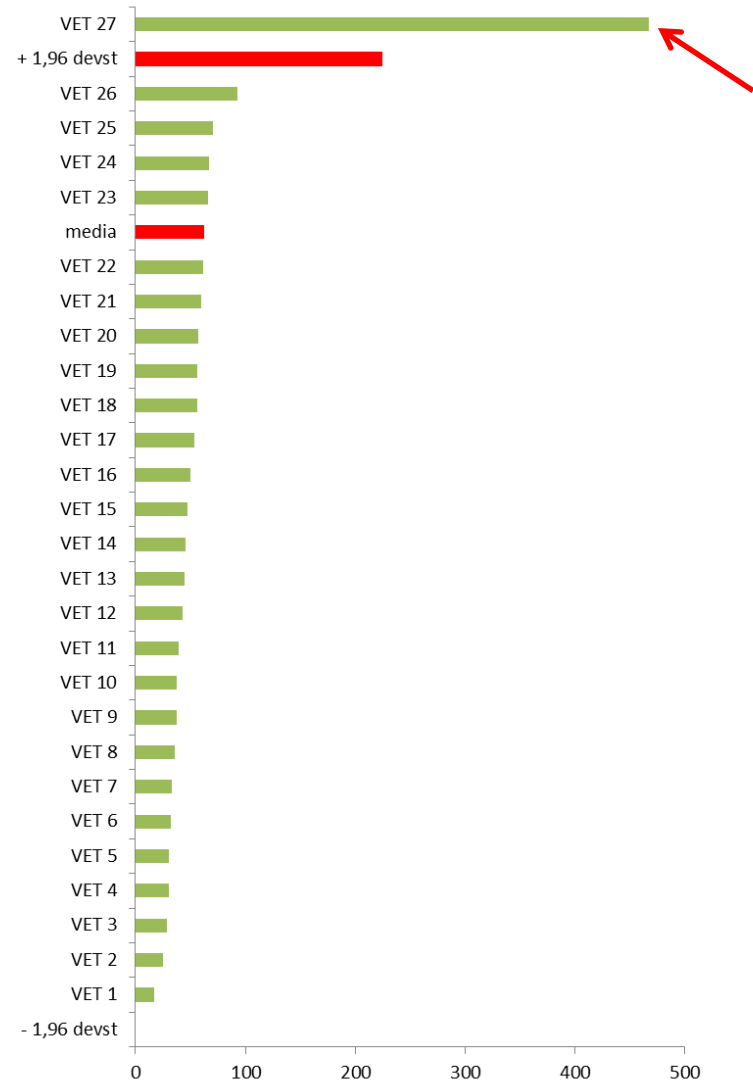
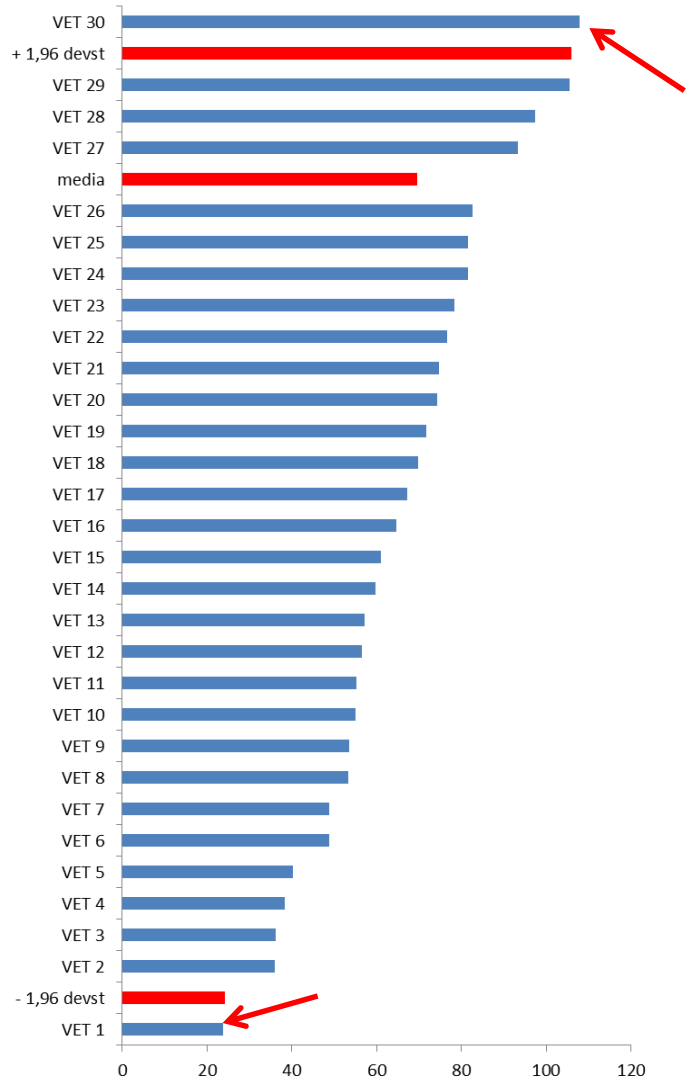


Frequenza di verifiche dall'esito difforme (si+no+NO) per distretto e tipologia di ispezione

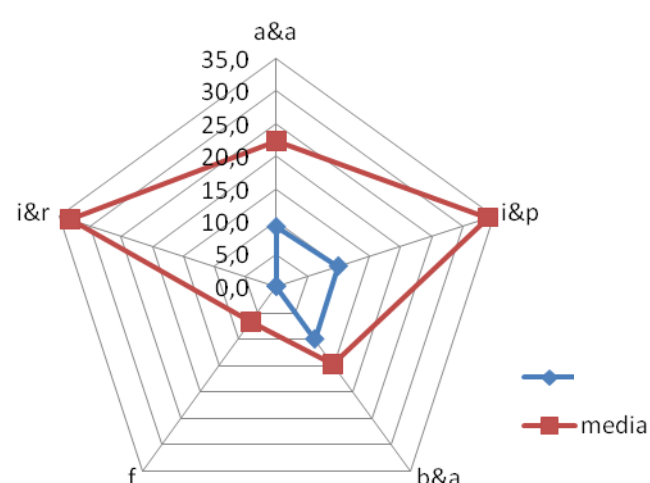
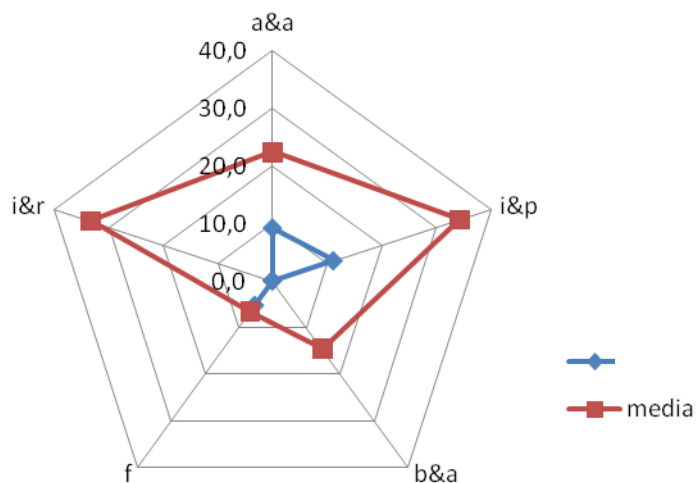
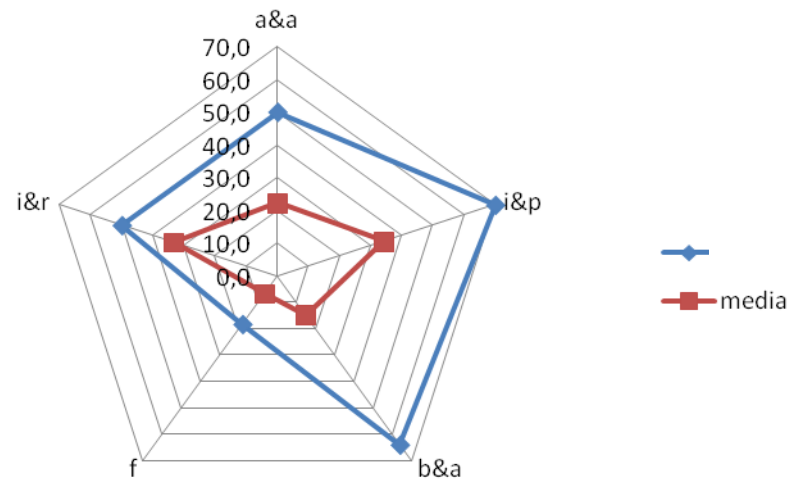
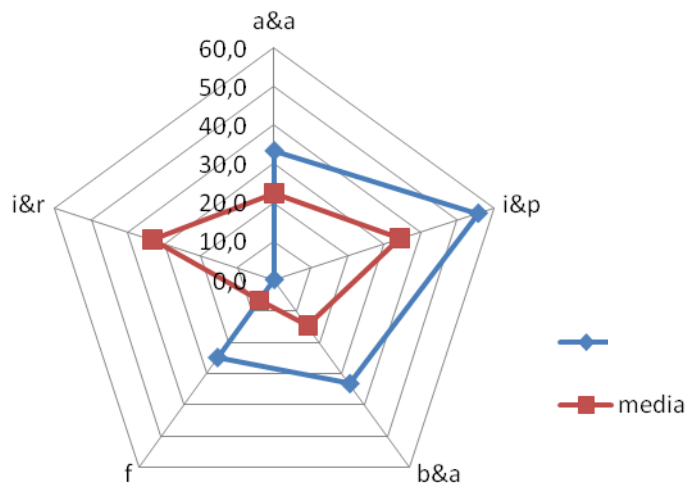


INDICATORI PERFORMANCE INDIVIDUALE

Media dei minuti impiegati per ispezione nei bovini
(distribuzione vet rispetto alla media)

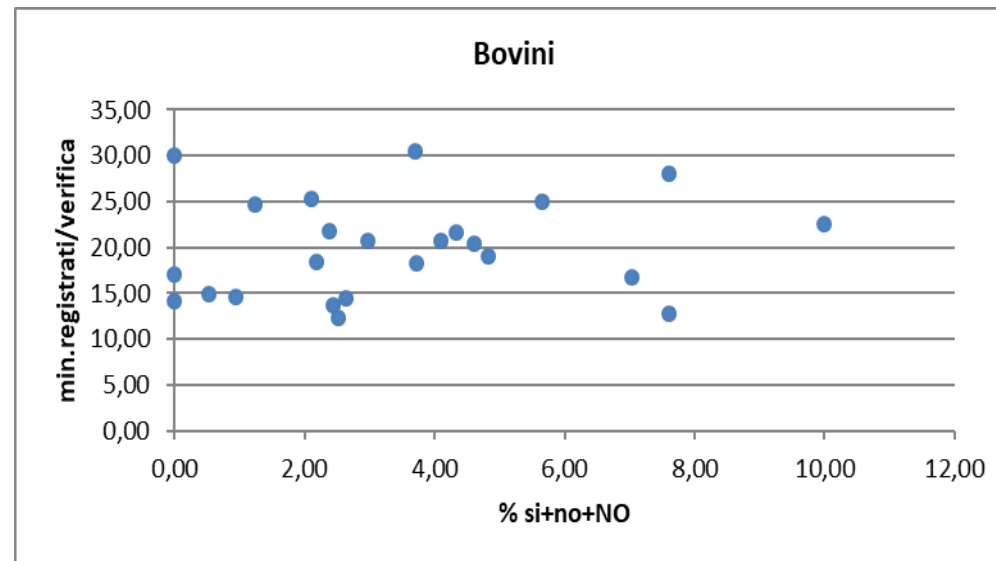
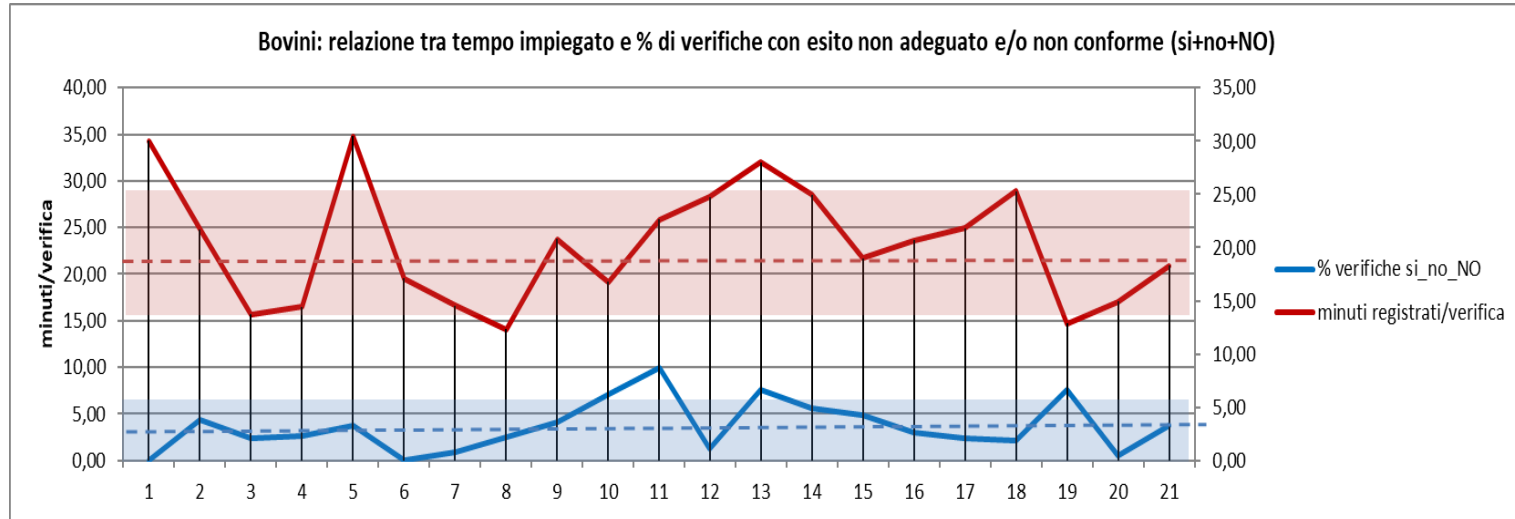


Media (%) ispezioni non conformi per veterinario rispetto alla media (%) dei veterinari



Allevamenti bovini, relazione fra percentuale di si+no+NO, tempo impiegato per la verifica e peso del rischio

1	x1
2	x2
3	x3
4	x4
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	



Non si osservano correlazioni fra irregolarità riscontrate e tempo speso nel controllo

Anali del rischio corruzione nel DSP di Parma
legge n. 190/2012

Piano integrato per la Prevenzione della
Corruzione e la Trasparenza 2020/2022





Grazie per l'attenzione!