**Organismo indipendente di valutazione**

**dell’I.R.C.C.S. Centro di Riferimento Oncologico**

**AVIANO**

**Relazione sul funzionamento complessivo del sistema di**

**valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni**

**(art. 14, comma 4, lettera a), del d.lgs. n. 150/2009)**

***Analisi del ciclo 2016***

# Sommario

[Sommario 1](#_Toc464160141)

[Premessa 2](#_Toc464160142)

[Metodologia di lavoro 2](#_Toc464160143)

[Funzionamento complessivo del Sistema di valutazione 2](#_Toc464160144)

[A. Performance organizzativa 2](#_Toc464160145)

[Definizione degli obiettivi 2](#_Toc464160146)

[Attività di monitoraggio 6](#_Toc464160147)

[B. Performance individuale 6](#_Toc464160148)

[C. Valutazioni complessive dell’OIVP 7](#_Toc464160149)

[D. Processo di attuazione del ciclo della performance 7](#_Toc464160150)

[E. Infrastruttura di supporto 7](#_Toc464160151)

[F. Sistemi informativi e informatici a supporto dell’attuazione del Programma triennale per la trasparenza e l’integrità e per il rispetto degli obblighi di pubblicazione 8](#_Toc464160152)

[G. Definizione e gestione degli standard di qualità 8](#_Toc464160153)

[H. Utilizzo dei risultati del sistema di misurazione e valutazione 9](#_Toc464160154)

[I. Descrizione delle modalità del monitoraggio dell’OIVP 9](#_Toc464160155)

[J. Verifica dei risultati e delle buone pratiche di promozione delle pari opportunità 9](#_Toc464160156)

# Premessa

Il presente documento costituisce la relazione sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni del Centro di Riferimento Oncologico di Aviano relativamente all’anno 2016, redatta conformemente a quanto previsto dall’art. 14, comma 4, lett. a), del d.lgs. n. 150/2009, che prevede l’elaborazione di un rapporto annuale recante evidenza delle attività di monitoraggio del sistema della valutazione, della trasparenza, dell’integrità e dei controlli interni.

La relazione adotta i requisiti di stesura di cui alle delibere CIVIT (ora ANAC) n. 4/2012, 5/2012, 23/2013 e tiene conto di quanto previsto dalla normativa regionale in tema di programmazione e controllo di gestione.

# Metodologia di lavoro

L’attuale l’Organismo indipendente di valutazione (di seguito OIV) è stato nominato con deliberazione del direttore generale n. 49 del 09.02.2017 e ha tenuto la prima riunione il 26 aprile 2017.

Il nuovo OIV ha operato in continuità con il vecchio Organismo, ha esaminato le osservazioni che il precedente OIV ha formulato con riferimento all’anno 2016, facendole proprie, e ha espresso ulteriori raccomandazioni e rilievi sull’intero ciclo della performance.

Per la stesura del documento una particolare importanza ha rivestito inoltre l’analisi della relazione sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni relativa al 2015.

L’OIV conferma l’obiettivo di realizzare un documento esaustivo ma snello e di semplice consultazione.

Per tale motivo ha adottato le indicazioni di redazione previste dalla delibera CIVIT n. 23/2013 nella stesura del testo e nell’impiego delle tabelle di sintesi alla medesima delibera allegate.

L’OIV ritiene, inoltre, di fare sintetica menzione dell’assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all’integrità nonché alla promozione delle pari opportunità.

La relazione fa riferimento ai verbali delle sedute che i due Organismi hanno tenuto nel corso degli anni 2016 e 2017, durante le quali sono stati trattati gli argomenti oggetto del presente testo. A tali verbali si rimanda per gli eventuali approfondimenti in merito a quanto descritto nei paragrafi successivi.

# Funzionamento complessivo del Sistema di valutazione

## Performance organizzativa

La *performance* organizzativa è stata valutata rispetto alla rispondenza ai requisiti metodologici definiti dall’art. 5 del d.lgs. n. 150/2009.

Definizione degli obiettivi

Il processo di programmazione e controllo degli enti e delle aziende facenti parte del Servizio sanitario regionale del Friuli Venezia Giulia è consolidato da quasi due decenni, essendo stato disciplinato:

* dalla l.r. 23/2004 recante disposizioni sulla partecipazione degli enti locali ai processi programmatori e di verifica in materia sanitaria, sociale e sociosanitaria e disciplina dei relativi strumenti di programmazione, nonché altre disposizioni urgenti in materia sanitaria e sociale;
* dalla l.r. 26/2015 recante disposizioni in materia di programmazione e contabilità e altre disposizioni finanziarie urgenti.

Tale metodologia si articola nelle seguenti fasi:

1. controllo quadrimestrale e annuale;
2. gestione per *budget*.

La programmazione per l’anno 2016 si è inserita in un contesto economico e normativo nazionale e regionale caratterizzata da:

* completamento dell’assetto istituzionale previsto dalla legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17 recante “Riordino dell’assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitarie sociosanitarie”;
* permanenza di norme nazionale vincolanti per la Regione e per le Aziende (d.l. 6 luglio 2012, n. 95 convertito con legge 7 agosto 2012, n. 135, cd. *Spending review*; d.l. 13 settembre 2012, n. 158 cd. Decreto Balduzzi, convertito con l. 8 novembre 2012 n. 189, d.l. 18 ottobre 2012, n. 179 recante ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese”;
* sistema di finanziamento in continuità con regole/criteri degli anni precedenti, perfezionando le modalità secondo criteri standard di popolazione pesata e standard di riferimento individuati attraverso le migliori performance fra le aziende oppure tramite riferimenti nazionali. In questa prospettiva si è proceduto al graduale riequilibrio, come previsto dall’articolo 53 della l.r. 17/2014;
* attivazione di strumenti gestionali volti a porre in essere manovre coerenti con le attività assistenziali programmate e nel rispetto delle misure complessive di contenimento nei costi quali:
* farmaceutica ospedaliera pari alla spesa 2015 ridotta dell’1% in quanto l’Istituto ha registrato un incremento inferiore al 5,2% sulla base dei dati registrati a settembre 2015 rispetto al corrispondente periodo gennaio-settembre 2014;
* dispositivi medici mantenuti ai livelli di spesa del 2015 in quanto comprendono anche la parte relativa alla ricerca finanziata con fondi ad hoc;
* numero di prestazioni ambulatoriali per abitante sulla popolazione pesata non superiore a 3,5, con esclusione della branca di laboratorio;
* tasso di ospedalizzazione di ogni Azienda non superiore al 130 per mille;
* costo del personale non superiore al consuntivo 2012 abbattuto dell’1% limitatamente alle competenze fisse non ricadenti nei fondi contrattuali di ciascun ruolo, come già previsto per il 2014;
* riduzione del ricorso all’Istituto delle prestazioni aggiuntive nella misura almeno pari al 50% rispetto al costo sostenuto per tali prestazioni nel 2012;
* costi per manutenzioni ordinarie edili impiantistiche non superiori a quelli sostenuti nel 2015, adottando come prioritari gli interventi connessi con la sicurezza delle strutture e degli impianti;
* in relazione alla spending review (art. 15, comma 13, del d.l. n. 95/2012), riferimento a quanto già attuato dal 2012 integrato con quanto previsto dalla DGR 1813/2015;
* costo dell’”effetto trascinamento” del personale assunto nel 2015, nonché le assunzioni ritenute indispensabili per garantire adeguati livelli di assistenza tenuto conto del bilanciamento tra le cessazioni previste e il finanziamento assegnato;
* ricorso a personale a tempo determinato o supplente per la sostituzione delle assenze prolungate.

Inoltre va ricordato che le scelte strategiche regionali per il 2016 si sono orientate alla governance clinica integrata, intesa come insieme di processi che le organizzazioni attivano per consentire la partecipazione dei professionisti ai processi decisionali al fine di rispondere reciprocamente delle decisioni condivise e più in particolare:

1. revisione dei setting assistenziali per le principali malattie croniche e di maggiore criticità, definendo anche le modalità di collaborazione multidisciplinare e multi professionale;
2. promozione della salute e assistenza integrata;
3. razionalizzazione dell’offerta e dell’effettiva copertura alla popolazione delle prestazioni di evidente e dimostrata efficacia, con l’obiettivo di eliminare le pratiche obsolete ed inutili, disinvestendo ciò che è inefficace (spreco) e reinvestendo le risorse e le competenze recuperate in pratiche o interventi sanitari o organizzativi efficaci;
4. adozione, nelle scelte di programmazione aziendale, di valutazioni di tecnologia (HTA), sia per le tecnologie che per i processi assistenziali;
5. proseguimento della revisione degli attuali modelli organizzativi mediante processi di analisi per ridurre gli sprechi, al fine di un uso efficiente delle risorse;
6. garanzia del rispetto dei tempi d’attesa in regime ospedaliero e ambulatoriale in coerenza con la DGR 2034/2015;
7. introduzione più estesa di strumenti di valutazione degli esiti assistenziali e dell’impatto sulla salute della comunità;
8. sostegno ai processi di governance con l’estensione e l’innovazione della tecnologia informatica;
9. attuazione della legge regionale 10 novembre 2015, n. 26.

In conseguenza di quanto sin qui premesso, il percorso di predisposizione del programma aziendale 2016 si è realizzato attraverso la sequenza di atti di seguito esposta:

1. approvazione preliminare delle linee per la gestione del Servizio sanitario regionale nell’anno 2016 – che costituiscono il principale riferimento di programmazione attuativa per il SSR – con DGR n. 2393 del 27 novembre 2015;
2. elaborazione da parte delle Aziende della proposta di PAO 2016 e trasmissione della stessa alla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia (nota prot. n. 21112/DG del 15.12.2015), anche sulla base delle indicazioni per la redazione dei documenti contabili inerenti al preventivo 2016 inviate alle aziende da parte della Direzione medesima con nota n. 20741/P del 4 dicembre 2015;
3. approvazione definitiva delle linee per la gestione del Servizio sanitario regionale nell’anno 2016 con DGR n. 2559 del 22 dicembre 2015;
4. negoziazione con la DCSISPSF in data 21.12.2015, ai fini della verifica della fattibilità tecnica, della sostenibilità economica e del rispetto delle indicazioni pianificatorie regionali della proposta di PAO presentate;
5. approvazione del PAO 2016 con deliberazione n. 281 del 30 dicembre 2015, tenuto conto delle osservazioni sulla negoziazione formulate per le vie brevi dalla DCSISPSF;
6. adozione del programma ed il bilancio preventivo annuale consolidato da parte della Giunta regionale con DGR n. 349 del 04 marzo 2016, successivamente integrata e modificata con le delibere n. 611 del 13 aprile 2016, n. 2023 del 28 ottobre 2016, n. 2186 del 18 novembre 2016, n. 2246 del 24 novembre 2016 e n. 2549 del 23 dicembre 2016;
7. approvazione del Patto tra Regione e direttori generali degli enti del Servizio sanitario regionale, con DGR n. 391 del 11 marzo 2016.

Il PAO 2016 di cui al precedente punto 5 integra il Piano della *performance* annuale e contiene la definizione degli obiettivi attesi.

Tenuto conto dello scenario di riferimento e delle scelte strategiche regionali, le indicazioni della Regione in tema di programmazione delle aziende e degli enti sanitari per l’anno 2016 sono orientate allo sviluppo delle seguenti progettualità:

* progetti di riorganizzazione delle funzioni;
* promozione della salute e prevenzione;
* assistenza primaria;
* progetti attinenti le attività clinico-assistenziali;
* assistenza farmaceutica;
* progetti attinenti la programmazione degli interventi socio-sanitari;
* progetti attinenti le attività amministrative e tecniche.

In esito a tali indicazioni, il PAO riporta la programmazione quali-quantitativa delle prestazioni, le linee di attività dell’area clinico-assistenziale e di ricerca e gli obiettivi afferenti alle linee progettuali indicate dalla Regione.

A partire dagli obiettivi strategici definiti nel programma annuale, l’Istituto ha avviato il percorso di *budget* attraverso il quale i responsabili delle strutture operative sono stati portati a conoscenza dell’evoluzione definitiva della programmazione aziendale per il 2016 e hanno concertato con le direzioni dell’Istituto le modalità più adeguate per conseguire gli obiettivi a questo assegnati con le risorse disponibili:

1. predisposizione di report di analisi della performance nel triennio 2013-2015, con particolare riferimento ai criteri / indicatori IRCCS e agli indicatori / target regionali;
2. presentazione del percorso di budget al Collegio di direzione in data 28 febbraio 2016;
3. predisposizione della proposta di budget 2016 nel mese di marzo;
4. svolgimento nel mese di marzo degli incontri di negoziazione tra la Direzione strategica e le singole strutture operative del dipartimento di oncologia medica, del dipartimento di oncologia chirurgica, del dipartimento di oncologia radioterapica e della diagnostica per immagini;
5. svolgimento nel mese di maggio dell’incontro di negoziazione tra la Direzione strategica e le strutture operative del dipartimento di ricerca traslazionale;
6. negoziazione nel mese di giugno del budget delle strutture delle Direzioni amministrativa, sanitaria, scientifica e degli uffici in staff della Direzione generale;
7. predisposizione definitiva delle schede di budget da parte della Direzione strategica.

Nelle diverse schede di budget gli obiettivi strategici aziendali sono stati declinati in obiettivi operativi, con l’individuazione dei relativi indicatori, target e criteri di valutazione. Sono inoltre state riportare le risorse di personale negoziate necessarie per il raggiungimento degli obiettivi stessi.

Gli obiettivi/progetti contenuti rappresentano la prosecuzione delle azioni intraprese negli anni precedenti e sono coerenti con le finalità contenute nella programmazione aziendale 2016.

Per la fase di definizione degli obiettivi, l'OIV ritiene che i processi posti in essere dall'amministrazione siano sostanzialmente idonei a garantirne la rispondenza con i requisiti metodologici definiti dall'art. 5 del d.lgs. n. 150/2009.

Le fasi di revisione e valutazione sono disciplinate nel documento denominato “Percorso di budget 2016”.

Nel corso dell’anno si sono tenuti gli incontri di revisione di budget delle strutture operative come previsto dal “documento percorso di budget 2016”. Conseguentemente è stata rivista una parte degli obiettivi e sono state riformulate le schede di *budget*, successivamente inviate alle strutture per la sottoscrizione prevista dalla procedura aziendale.

Il percorso descritto è stato formalizzato con la deliberazione n. 377 del 30 dicembre 2016.

Nel corso dell’anno sono stati individuati e assegnati alle varie strutture operative, direzioni e dipartimenti gli obiettivi correlati alle risorse aggiuntive regionali per l’anno 2016 nell’ambito delle aree prioritarie individuate dalla Regione e i progetti relativi allo svolgimento di attività ritenute di particolare rilievo aziendale. I relativi accordi sindacali sono stati sottoscritti in data 09 novembre 2016.

Attività di monitoraggio

#### *Verifiche intermedie delle schede di budget*

Il precedente OIV ha verificato in corso d’opera il percorso di assegnazione degli obiettivi, come riportato nei verbali n. 8 del 23 giugno 2016 e n. 14 del 12 agosto 2016, fornendo alcune indicazioni di natura metodologica ritenute utili a migliorare il ciclo complessivo e l’efficacia degli obiettivi individuati ed assegnati.

Il monitoraggio quadrimestrale dell’attuazione del programma e del rispetto dei vincoli di bilancio è stato effettuato secondo le indicazioni della l.r. 10 novembre 2015, n. 26.

#### *Valutazione annuale delle schede di budget*

Alla chiusura dell’esercizio di *budget* si è proceduto alla verifica dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi assegnati nelle diverse schede di *budget*.

Il raggiungimento degli obiettivi è stato attestato in prima istanza dalla direzione strategica sulla base di propri strumenti di monitoraggio o avvalendosi della documentazione prodotta dai responsabili che hanno partecipato al percorso di *budget* 2016.

Il processo di validazione delle risultanze da parte dell’OIV si è concluso in data 23 maggio 2017, come da verbale n. 2. In questa sede l’Organismo ha preso atto che nel corso del 2016 la direzione strategica ha riorientato il percorso di budget definendo una soglia di piena positività per l’accesso alla quota intera di incentivazione di risultato e produttività collettiva a verifica di una performance complessiva uguale o maggiore del 70% (nota prot. 3916/S del 3 marzo 2017).

## Performance individuale

Il ciclo della *performance* si chiude con la valutazione individuale del personale dipendente.

Negli ultimi anni l’Istituto ha avviato un processo di valutazione della *performance* individuale differenziato a seconda che si tratti di personale dirigente o non dirigente.

La valutazione individuale della dirigenza analizza e misura in modo trasparente la *performance* dei dipendenti e valorizza il loro impegno e i loro risultati.

Lo strumento utilizzato è rappresentato da una scheda di valutazione in formato Excel, articolata in sette dimensioni:

* per i direttori di struttura complessa:
* caratteristiche comportamentali;
* collaborazione e partecipazione multidisciplinare;
* capacità organizzative;
* gestione risorse umane;
* innovazione tecnologica;
* contributo individuale alle attività relativa agli obiettivi di *budget* dell’anno in corso attività scientifiche e didattiche;
* per i dirigenti:
* caratteristiche comportamentali;
* collaborazione e partecipazione multidisciplinare;
* capacità organizzative;
* qualità e formazione professionale;
* rapporti con i cittadini o rapporti interni/esterni con e per conto dell’Istituto;
* contributo individuale alle attività relativa agli obiettivi di *budget* dell’anno in corso;
* attività scientifiche e didattiche.

Le diverse dimensioni sono pesate attraverso coefficienti di correzione variabili che contribuiscono a rendere il punteggio coerente con le responsabilità dirigenziali attribuite. Ciascuna dimensione è scomposta in più fattori di osservazione, il cui valore medio moltiplicato per il coefficiente fornisce il valore della dimensione.

Tra i fattori di osservazione sono ricompresi anche gli obiettivi descritti nella scheda di *budget* al fine di rendere coerenti i due strumenti di valutazione.

La valutazione individuale del comparto è effettuata tramite una scheda semplificata che considera due dimensioni: contributo individuale agli obiettivi di *budget* di gruppo e componenti professionali e organizzative.

La valutazione individuale positiva rappresenta, sia per la dirigenza che per il comparto, la precondizione per accedere ai sistemi di incentivazione. Non vi sono graduazioni ulteriori di valutazione all’intero di un giudizio positivo complessivo.

La valutazione della performance individuale del personale del comparto, una volta conclusa, è stata sottoposta al vaglio dell’OIV che ha approvato l’attività svolta in data 23 maggio 2017 (verbale n. 2).

Per quanto riguarda la dirigenza, l’OIV ha concluso l’esame del procedimento di valutazione della dirigenza in data 15 novembre 2017 (verbale n. 5).

## Valutazioni complessive dell’OIV

L’Organismo ha verificato la rispondenza alla normativa citata della metodologia di lavoro seguita presso il CRO.

In permessa ad ogni considerazione, si ritiene necessario richiamare l’attenzione sul significato di quanto espresso nel paragrafo relativo alla definizione degli obiettivi 2016 per sottolineare la particolare complessità del ciclo in esame, caratterizzato dai pesanti atti di revisione dell’impianto complessivo del sistema sanitario regionale.

Il ciclo di attività dell’anno 2016 è stato costantemente seguito dall’OIVP e le relative attività sono registrate nei verbali n. 13 del 23 giugno 2016, n. 14 del 12 agosto 2016, n. 1 del 26 aprile 2017, n. 2 del 23 maggio 2017 e n. 3 del 28 giugno 2017, n. 4 del 3 agosto 2017 e n. 5 del 15 novembre 2017.

Per la fase di definizione degli obiettivi, l’OIV ritiene che i processi posti in essere dall’amministrazione siano sostanzialmente idonei a garantirne la rispondenza con i requisiti metodologici definiti dall’art. 5 del d.lgs. n. 150/2009.

Per la fase della misurazione, l’OIV esprime una valutazione positiva sull’adeguatezza dei monitoraggi intermedi posti in essere dall’amministrazione e della qualità dei dati utilizzati, tenendo conto del loro grado di tempestività e affidabilità.

L’OIV ha sottolineato l’importanza di esplicitare ex ante il raccordo tra verifica e valutazione della performance e graduazione dell’accesso al sistema premiante, di equipe ed individuale. Vedasi al proposito quanto rilevato nei verbali n. 2 del 23 maggio 2017.

## Processo di attuazione del ciclo della performance

La struttura deputata all’attuazione del ciclo è costituita dall’Ufficio controllo di gestione ed è adeguata in termini di competenze professionali.

L’OIV valuta positivamente il funzionamento del processo di misurazione e valutazione, con specifico riferimento a fasi, tempi e soggetti coinvolti.

Si veda in proposito l’allegato 1, sezione C.

## Infrastruttura di supporto

Il Servizio sanitario regionale del Friuli Venezia Giulia si avvale, come per gli anni passati, di un unico fornitore di software che mette a disposizione strumenti gestionali sia in ambito amministrativo che in ambito sanitario. Le capacità dei sistemi messi a disposizione sono adeguate alla gestione corrente del servizio ma non sempre consentono la flessibilità di impiego per ambiti tipici del controllo di gestione.

Peraltro l’Organismo rileva che la piattaforma informativa in uso presso l’Istituto, ancorché migliorabile nella direzione prima evidenziata, è diffusa presso tutte le strutture e viene adeguatamente impiegata per le finalità di controllo e governo aziendale richieste.

Alla luce di tali considerazioni l’OIV ritiene in linea di massima adeguati sistemi informativi e informatici a supporto del funzionamento del ciclo della performance.

Si veda l’allegato 1, sezione D.

## Sistemi informativi e informatici a supporto dell’attuazione del Programma triennale per la trasparenza e l’integrità e per il rispetto degli obblighi di pubblicazione

L’OIV, sulla base della tabella di cui alla delibera ANAC n. 236/2017, ha verificato sul sito aziendale la pubblicazione e la qualità dei dati previsti dalla normativa.

In primo luogo l’OIV ha ritenuto che l’ambito di applicazione soggettivo tipo A sia applicabile solo in parte, considerata la natura dell’ente giuridico IRCCS CRO. Sempre per tale motivo, il criterio di completezza rispetto ai vari uffici è stato considerato non applicabile.

La situazione dei sistemi informativi e informatici di supporto è riassunta nell’allegato 1 sezione E.

L’OIV valuta l’attuale strutturazione adeguata a garantire la trasparenza dei dati oggetto di pubblicazione pur rilevando che uno sviluppo specifico dei sistemi informativi dedicati consentirebbe una maggior snellezza procedurale con migliori capacità di monitoraggio dei relativi processi.

Peraltro, in base a quanto brevemente espresso al paragrafo precedente, gli sviluppi in tale settore sono condizionati dalle linee regionali di crescita.

## Definizione e gestione degli standard di qualità

L’IRCCS CRO di Aviano viene periodicamente monitorato nell’ambito di programmi di accreditamento/certificazione:

* accreditamento istituzionale regionale dell’intero Istituto nel 2016, valido per tre anni;
* certificazione del Sistema Gestione Qualità in base alla norma ISO 9001, il cui nuovo certificato triennale è stato ottenuto nel 2016. Attualmente è in atto la fase di mantenimento e adeguamento alla nuova versione 2015, nonché l’estensione alle Direzioni, con la prospettiva di giungere alla certificazione dell’interno istituto nel 2018;
* accreditamento della Organization of European Cancer Institutes (OECI) quale “Comprehensive Cancer Center” nel 2015, valido fino al 27 ottobre 2019;
* accreditamento di programmi specifici: JACIE per il programma trapianti, in scadenza nel 2018; EUSOMA per la Breast Unit in corso.

Tutti i sistemi richiedono continuo adeguamento ai requisiti, monitoraggio dei livelli di raggiungimento, valutazione esterna dell’adeguatezza agli standard.

Nell’ambito degli standard di qualità legati ai tempi di attesa è mantenuto il sistema di monitoraggio sia nell’ambito del programma regionale che di quello nazionale. Il raggiungimento degli obiettivi è perseguito anche attraverso strategie di collaborazione con la AAS 5 per la migliore gestione delle prestazioni nell’ottica del soddisfacimento delle esigenze degli utenti.

Per gli aspetti di dettaglio, si rinvia all’allegato 1, sezione F.

## Utilizzo dei risultati del sistema di misurazione e valutazione

Il sistema di misurazione e valutazione in uso presso l’Istituto è attivo da anni e ha consentito di intervenire con progressive azioni di ri-orientamento delle attività e di miglioramento delle prestazioni complessivamente erogate.

L’impianto generale del sistema informativo e informatico potrebbe, con un suo significativo miglioramento, consentire un valido supporto ad una maggior strutturazione del percorso di ritorno (*feedback*) informativo utile ad un governo più attento ad azioni di dettaglio con tempi di reazione più rapidi rispetto all’andamento del ciclo.

Lo sviluppo del sistema informativo e informatico sarebbe certamente di supporto nel percorso verso la piena attuazione di quanto richiesto dal d.lgs. 150/2009 in merito alla valutazione individuale.

Anche nel corso dell’anno 2016 l’OIV ha osservato un miglioramento degli aspetti metodologici di gestione del ciclo della performance in linea con le osservazioni via via formulate.

## Descrizione delle modalità del monitoraggio dell’OIV

Nel corso dell’anno 2016 l’Organismo ha provveduto a svolgere le proprie attività di verifica e di indirizzo sulla base delle scadenze operative dell’Amministrazione.

Ad ogni seduta è stata analizzata la documentazione prodotta, richiedendo tutti gli approfondimenti documentali del caso e provvedendo ad interpellare direttamente le diverse figure di dirigenti ed operatori al fine di una migliore comprensione degli argomenti trattati.

Dei lavori svolti nel corso di ciascuna riunione è stata data puntuale descrizione nei verbali contestualmente redatti, nei quali è stata data evidenza dei documenti verificati e delle azioni di approfondimento richieste.

Come riportato nei verbali, la Direzione dell’Istituto, in particolare nella persona del Direttore sanitario, è stata frequentemente presente alle riunioni fornendo un contributo di approfondimento e chiarimento utile all’analisi della documentazione prodotta.

L’attività dell’OIV ha riguardato sia la fase di assegnazione degli obiettivi – in termini di valutazione e di individuazione di meccanismi correttivi applicabili, se ritenuti necessari – sia la fase della loro verifica finale.

L’esito del processo è sintetizzato nell’allegato 2.

## Verifica dei risultati e delle buone pratiche di promozione delle pari opportunità

Nel corso dell’anno 2016 l’Istituto ha garantito nella composizione delle commissioni concorsuali il rispetto dell’equilibrio di genere.

Aviano, 2 gennaio 2018

Dott. Gianbattista Spagnoli