**Organismo indipendente di valutazione**

**dell’I.R.C.C.S. Centro di Riferimento Oncologico di Aviano (CRO)**

**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 2017***

# Sommario

[Sommario 1](#_Toc526518517)

[Premessa 2](#_Toc526518518)

[Metodologia di lavoro 2](#_Toc526518519)

[Funzionamento complessivo del Sistema di valutazione 2](#_Toc526518520)

[A. Performance organizzativa 2](#_Toc526518521)

[Definizione degli obiettivi 2](#_Toc526518522)

[Attività di monitoraggio 6](#_Toc526518523)

[B. Performance individuale 8](#_Toc526518524)

[C. Valutazioni complessive dell’OIV 9](#_Toc526518525)

[D. Processo di attuazione del ciclo della performance 9](#_Toc526518526)

[E. Infrastruttura di supporto 9](#_Toc526518527)

[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 10](#_Toc526518528)

[G. Definizione e gestione degli standard di qualità 10](#_Toc526518529)

[H. Utilizzo dei risultati del sistema di misurazione e valutazione 11](#_Toc526518530)

[I. Descrizione delle modalità del monitoraggio dell’OIV 11](#_Toc526518531)

[J. Verifica dei risultati e delle buone pratiche di promozione delle pari opportunità 11](#_Toc526518532)

# 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 2017, 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.

Gli ambiti esaminati sono i seguenti:

1. Performance organizzativa;
2. Performance individuale;
3. Processo di attuazione del ciclo della performance;
4. Infrastruttura di supporto;
5. 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;
6. Definizione e gestione degli standard di qualità;
7. Utilizzo dei risultati del Sistema di misurazione e valutazione;
8. Descrizione delle modalità del monitoraggio dell’OIV.

# Metodologia di lavoro

L’attuale Organismo indipendente di valutazione (di seguito OIV) è stato nominato con deliberazione del direttore generale n. 49 del 09.02.2017.

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 l’Organismo ha tenuto nel corso del 2017 e 2018, 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. 49/1996 recante norme in materia di programmazione, contabilità e controllo del Servizio sanitario regionale (SSR) e disposizioni urgenti per l’integrazione sociosanitaria.
* 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. programmazione aziendale;
2. controllo quadrimestrale e annuale;
3. gestione per *budget*.

La programmazione per l’anno 2017 si è inserita in un contesto economico e normativo nazionale e regionale caratterizzata da:

* prosecuzione riordino istituzionale, avviato negli anni precedenti, con l’intento di focalizzare l’intera organizzazione rivolta al paziente/cittadino e alla sua famiglia, ponendo al centro ogni loro bisogno nel percorso di cura assistenziale, in ogni fase della vita;
* proseguimento dell’applicazione della DGR 2673/2014 con la quale sono stati definiti gli standard e le funzioni dell’assistenza primaria e dell’assistenza ospedaliera, che individua le dotazioni massime di posti letto per presidio ospedaliero di ciascuna azienda sanitaria;
* proseguimento dell’applicazione della DGR 929/2015 con la quale sono state individuate le strutture complesse sanitarie della prevenzione, distrettuali e ospedaliere, nonché i criteri standard per l’individuazione delle strutture semplici;
* completamento della rete di posti letto di Riabilitazione estensiva extra-ospedalieri come da DGR 2151/2015;
* proseguimento nonché perfezionamento delle modalità di finanziamento del Servizio Sanitario Regionale, secondo criteri standard, in particolare con l’implementazione della linea di finanziamento della funzione dell’emergenza urgenza secondo quanto previsto dal piano regionale (DGR 2039/2015);
* autorizzazione e accreditamento delle strutture intermedie e sociosanitarie;
* applicazione del DM 70/2015 Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera, nonché della Legge di stabilità 2016, art.1, commi 524-539 che prevede specifiche azioni per l’efficienza e gli esiti clinici del sistema ospedaliero;
* ulteriore riequilibrio, ai sensi dell’art. 14 della legge n. 17 del 16 ottobre 2014, delle risorse fra i tre livelli organizzativi (LEA), aggiornando gli attuali come già approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 7 settembre u.s.;
* trasparenza e accessibilità per rinforzare e riorganizzare i servizi;
* cogenza delle seguenti norme nazionali vincolanti per la Regione e per le Aziende:
* DL 6-7-2012 n. 95 convertito con Legge n. 135 del 7-8-2012 “spending review”
* DL 13-9-2012 n. 158 “Decreto Balduzzi”, convertito con legge n. 189 del 8-11-2012
* DL 18-10-2012, n. 179 “Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese”
* DL n. 78/2015 convertito con legge 125/2015 “spending review 2015”
* approvazione del Piano Oncologico, del 4° Piano Sangue, del Piano della Salute Mentale ed del Piano della Riabilitazione;
* permanenza di norme nazionali 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 2016 ridotta del 2% in quanto l’Istituto ha registrato un incremento superiore al 2,7% sulla base dei dati registrati a settembre 2016 rispetto al corrispondente periodo gennaio-settembre 2015;
* riduzione dei dispositivi medici del 3% rispetto al costo 2016;
* 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 125 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. A distanza di due anni dalla modifiche apportate all’articolo 9 Legge n.122/2010, dalla Legge n.190/2014 (legge di stabilità 2015), che hanno prodotto anche costi ricadenti nelle voci fisse la direzione ha dato indicazioni che gli effetti di tali automatismo non debbano più considerarsi neutri rispetto alle manovre del personale per l’esercizio in corso. Restano quindi validi il valore complessivo dei giustificativi concessi nel 2016 e l’indennità di esclusività 2015 e 2016;
* costi per manutenzioni ordinarie edili impiantistiche non dovranno superare quelli sostenuti nel 2015, adottando come prioritari gli interventi connessi con la sicurezza delle strutture e degli impianti;
* in relazione alla spending review (D.L. 6-7-2012, n.95 e s.i.m. art.15, comma 13) le aziende dovranno fare riferimento a quanto già attuato dal 2012 integrato con quanto previsto dalla DGR 1813/2015;
* il costo dell’“effetto trascinamento” del personale assunto nel 2016, nonché le assunzioni ritenute indispensabili per garantire adeguati livelli di assistenza tenuto conto del bilanciamento tra le cessazioni previste e il finanziamento assegnato;
* il ricorso a personale a tempo determinato o supplente per la sostituzione delle assenze prolungate.

Inoltre va ricordato che le scelte strategiche regionali per il 2017 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, criteri espliciti di evidenza e di provata scientificità, 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 al cittadino 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;
10. coinvolgimento del personale.

In conseguenza di quanto sin qui premesso, il percorso di predisposizione del programma aziendale 2017 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 2017 – che costituiscono il principale riferimento di programmazione attuativa per il SSR – con DGR n. 2275 del 24 novembre 2016;
2. elaborazione da parte delle Aziende della proposta di PAO 2017 e trasmissione della stessa alla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia (nota prot. n. 21229/DG del 19.12.2016), anche sulla base delle indicazioni per la redazione dei documenti contabili inerenti al preventivo 2017 inviate alle aziende da parte della Direzione medesima con nota n. 20996/P con mail del 01.12.2016;
3. approvazione definitiva delle linee per la gestione del Servizio sanitario regionale nell’anno 2016 con DGR n. 2550 del 23 dicembre 2016;
4. negoziazione con la DCSISPSF in data 23.12.2016, 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 2017 con deliberazione n. 375 del 30 dicembre 2016, tenuto conto delle osservazioni sulla negoziazione formulate dalla DCSISPSF con nota prot. 20989/P del 27.12.2016;
6. adozione del programma ed il bilancio preventivo annuale consolidato da parte della Giunta regionale con DGR n. 736 del 21.04.2017, successivamente integrata e modificata con le delibere n. 1001 del 01 giugno 2017 , n. 1344 del 17 luglio 2017, n. 1571 del 22 agosto 2017 e n. 2336 del 22 novembre 2017.
7. approvazione del Patto tra Regione e direttori generali degli enti del Servizio sanitario regionale, con DGR n. 774 del 28 aprile 2017.

Il PAO 2017 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 2017 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;
* rapporto con i cittadini;
* sistema informativo.

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 2017 e hanno concertato con le direzioni dell’Istituto le modalità più adeguate per conseguire gli obiettivi a questo assegnati con le risorse disponibili. L’iter seguito è stato articolato nelle seguenti fasi:

1. mese di febbraio 2017: predisposizione dell’albero della performance in linea con gli indirizzi di carattere programmatorio ministeriale, regionale e aziendale e dei report di analisi della performance delle strutture cliniche e di ricerca, triennio 2014-2016, con particolare riferimento ai criteri/indicatori IRCCS e agli indicatori/target regionali;
2. 16 marzo 2017: presentazione del percorso di budget al collegio di direzione;
3. periodo 28.03.2017-14.04.2017 e 17.05.2017-18.05.2017: riunioni di istruttoria di budget tra le singole strutture dei dipartimenti clinici e di ricerca finalizzate alla definizione di una proposta di budget;
4. periodo 05.06.2017- 27.06.2017: svolgimento degli incontri di negoziazione tra la direzione strategica e le singole strutture operative dei dipartimenti clinici e di ricerca;
5. mese di luglio 2017: predisposizione scheda definitiva con l’evidenza di alcune modifiche in termini di risorse umane negoziate a seguito del piano di rientro inviato alla Direzione Centrale Salute nel mese di luglio. Trasmissione della scheda ai responsabili di budget con nota del Direttore Generale (prot. 12769/DG), con invito a restituirne copia firmata dal responsabile ed a comunicarne i contenuti ai collaboratori tramite firma di presa visione;
6. mese di agosto 2017: individuazione e assegnazione degli obiettivi di budget delle strutture/uffici delle direzioni (generale, amministrativa, sanitaria e scientifica).

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 2017.

Per la fase di definizione degli obiettivi, l'OIV ha esaminato le schede di budget 2017 visionando alcune a campione e riscontrando che sono complete, ben articolate e allineate agli indirizzi di carattere programmatorio ministeriale, regionale e aziendale (verbale n. 3 del 28.06.2017).

Le fasi di revisione e valutazione sono disciplinate nel documento denominato “Percorso di budget 2017”.

Nel corso dell’anno si sono tenuti gli incontri di revisione di budget delle strutture operative come previsto dal “documento percorso di budget 2017”. 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. 415 del 23 novembre 2017.

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 2017 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 18 dicembre 2017 per l’area del comparto, 28 marzo 2018 per l’area della dirigenza medica e 2 maggio 2018 per l’area della dirigenza SPTA.

Attività di monitoraggio

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

L’OIV ha analizzato in corso d’opera il percorso di budget 2017 fornendo alcune indicazioni di natura metodologica ritenute utili a migliorare il ciclo complessivo e l’efficacia degli obiettivi individuati ed assegnati.

Nello specifico, l’OIV ha valutato la revisione degli obiettivi, riscontrando la tendenza alla riduzione del target per un certo numero degli stessi e segnalando alla direzione la necessità di un attento monitoraggio per le valutazioni di competenza sull’andamento complessivo della gestione (Verbale n. 5 del 15.11.2017).

L’analisi del monitoraggio infrannuale del budget 2017 effettuata nella seduta del 15.11.2017, ha evidenziato una ridotta disponibilità dei dati, perfettamente disponibili nel 69% dei casi e con alcune carenze nel grado di completezza nei rimanenti casi. A tal proposito l’OIV ha suggerito alla direzione di farsi parte attiva nel raccomandare ai diversi servizi un più puntuale adempimento dei debiti informativi.

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 (delibere n. 416/2017 e 184/2017).

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

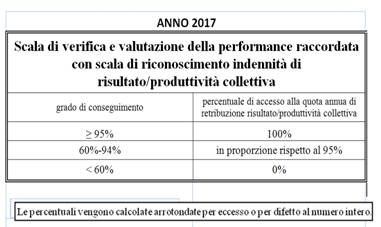
Alla chiusura dell’esercizio di *budget* si è proceduto alla verifica dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi assegnati nelle diverse schede di *budget*.

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 2017.

Il processo di validazione delle risultanze da parte dell’OIV si è concluso in data 4 luglio 2018, come da verbale n. 8. L’Organismo ha preso in esame in modo sistematico le schede di monitoraggio del budget e le relative valutazioni dando priorità alla valutazione dei criteri e della metodologia utilizzata.

Sono state prese in esame alcune schede a campione rappresentative della tipologia delle strutture e al loro interno sono stati analizzati in particolare gli obiettivi che presentavano criticità in termini di misurazione. L’OIV ha condiviso le valutazioni di prima istanza trovando supporti oggettivi sufficienti all’espressione del parere. Rispetto alla metodologia di valutazione utilizzata, l’Organismo ha constatato che alcuni dei suggerimenti introdotti nella valutazione espletata l’anno precedente sono stati acquisiti e autonomamente inseriti nella valutazione interna.

Infatti è stata introdotta una scala di valutazione che meglio differenzia, in termini di premialità, le unità operative che hanno conseguito in modo più completo gli obiettivi rispetto a quelle che li hanno conseguiti in modo incompleto, prevedendo anche una soglia minima al di sotto della quale nessun premio può essere riconosciuto.



La valutazione annuale delle RAR è stata presentata all’Organismo in data 05.10.2018 (come da verbale n. 9) L’Organismo ha esaminato le valutazioni di prima istanza dei progetti RAR della dirigenza medica e della dirigenza SPTA anno 2017 e le ha approvate anche alla luce di un colloquio chiarificatore con il Direttore Sanitario. A questo riguardo, è stato appurato che il perseguimento degli obiettivi e la relativa remunerazione è conseguente alla constatazione che la dirigenza interessata da tali obiettivi ha effettuato completamente il debito orario previsto dall’accordo integrativo. L’OIV ha formulato i seguenti suggerimenti:

* la necessità di una migliore oggettivazione dei risultati attesi espressi dagli indicatori;
* l’opportunità di sottoscrivere gli accordi sindacali in sede locale più tempestivamente rispetto al ciclo di gestione annuale;
* l’esplicitazione a priori della quantità oraria richiesta per ciascun progetto da rendersi da parte dei dirigenti a giustificazione dell’erogazione delle RAR.

## 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 17 aprile 2018 (verbale n. 6). L’Organismo ha constatato che il suggerimento proposto nel 2016 di una revisione dello strumento di valutazione individuale del personale del comparto non è stato recepito nel corso dell’anno 2017 e che la metodologia utilizzata è risultata la stessa dell’anno 2016.

Per quanto riguarda la dirigenza, l’OIV ha concluso l’esame del procedimento di valutazione della dirigenza in data 4 luglio 2018 (verbale n. 8). L’Organismo ha confermato la potenziale idoneità delle schede di valutazione individuale della dirigenza a costituire uno strumento utile alla valorizzazione del merito in forma differenziata come richiesto dalle disposizioni normative in materia di performance delle pubbliche amministrazioni. L’OIV ha osservato che la dimensione “raggiungimento degli obiettivi certificato dall’OIVP” della scheda è da ritenere estranea alla scheda di valutazione individuale in quanto l’organismo esprime la sua valutazione sull’andamento della struttura e quindi eliminabile. Ha osservato inoltre che la correlazione tra le potenzialità di differenziazione previste dalla scheda non genera in modo proporzionale ricadute sulla retribuzione di risultato. L’Organismo ha suggerito, quindi, di introdurre elementi di gradualità tra la valutazione individuale, performance organizzative di struttura ed il corrispettivo di risultato.

## 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 2017 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 2017 è stato costantemente seguito dall’OIV e le relative attività sono registrate nei verbali n. 3 del 28 giugno 2017, n. 4 del 3 agosto 2017, n. 5 del 15 novembre 2017, n. 6 del 17 aprile 2018 e n. 7 del 23 maggio 2018, n. 8 del 4 luglio 2018 e n. 9 del 5 ottobre 2018.

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.

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.

Rispetto alla metodologia di valutazione utilizzata, l’OIV constata che alcuni dei suggerimenti introdotti nella valutazione espletata nel 2016, sono stati acquisiti e autonomamente inseriti nella valutazione interna. In particolare è stata introdotta una scala di valutazione che meglio differenzia, in termini di premialità, le unità operative che hanno conseguito in modo più completo gli obiettivi rispetto a quelle che li hanno conseguiti in modo incompleto, prevedendo anche una soglia minima al di sotto della quale nessun premio può essere riconosciuto.

L’Organismo ha osservato che le schede di valutazione individuale della dirigenza sono potenzialmente idonee a costituire uno strumento utile alla valorizzazione del merito individuale in forma differenziata come richiesto dalle disposizioni normative in materia di performance delle pubbliche amministrazioni. L’Organismo ha suggerito, quindi, di introdurre elementi di gradualità tra la valutazione individuale, performance organizzative di struttura ed il corrispettivo di risultato (vedasi al proposito quanto rilevato nei verbali n. 3 del 28 giugno 2017 e n. 8 del 4 luglio 2018).

Per quanto riguarda le RAR si rimanda a quanto riportato nella sezione “attività di monitoraggio”.

## 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 della medicina trasfusionale (trattamento cellule staminali per le terapie cellulari come attività svolta in autonomia e medicina trasfusionale in quanto sede del dipartimento trasfusionale di area Pordenonese) ricevuta visita in settembre 2018, in atto azioni di miglioramento per la risoluzione delle Non Conformità rilevate;
* accreditamento regionale del provider ECM (CAF) effettuato alla fine del 2016, il servizio è stato accreditato a pieno titolo, prosegue l’attività mantenendo l’attenzione sugli standard previsti dalla regione FVG;
* 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 rispetto alla nuova versione 2015, nonché l’estensione al Dipartimento di Oncologia Clinica;
* 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, visita di rinnovo prevista per 8 e 9 ottobre 2018; EUSOMA per la Breast Unit: ricevuto AUDIT da parte dell’ente (BCCert) a maggio 2018. Sono in corso le azioni di miglioramento rispetto alle Non Conformità sollevate;
* Adeguamento agli standard previsti da Determina AIFA per le sperimentazioni di Fase I: in corso. L’istituto ha provveduto a deliberare il gruppo operativo di riferimento, sono in corso azioni di miglioramento organizzativo e strutturale per rispondere ai requisiti previsti.

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 2017 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 2017 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 2017 l’Istituto ha garantito nella composizione delle commissioni concorsuali il rispetto dell’equilibrio di genere.

Aviano, 5 ottobre 2018

Dott. Gianbattista Spagnoli