**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**

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

***Analisi del ciclo 2018***

# Sommario

[Sommario 1](#_Toc526518517)

[Premessa 2](#_Toc526518518)

[Metodologia di lavoro 2](#_Toc526518519)

[Funzionamento complessivo del Sistema di valutazione 3](#_Toc526518520)

[A. Performance organizzativa 3](#_Toc526518521)

[Definizione degli obiettivi 3](#_Toc526518522)

[Attività di monitoraggio 8](#_Toc526518523)

[B. Performance individuale 9](#_Toc526518524)

[C. Valutazioni complessive dell’OIV 10](#_Toc526518525)

[D. Processo di attuazione del ciclo della performance 11](#_Toc526518526)

[E. Infrastruttura di supporto 11](#_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 12](#_Toc526518528)

[G. Definizione e gestione degli standard di qualità 12](#_Toc526518529)

[H. Utilizzo dei risultati del sistema di misurazione e valutazione 13](#_Toc526518530)

[I. Descrizione delle modalità del monitoraggio dell’OIV 13](#_Toc526518531)

[J. Verifica dei risultati e delle buone pratiche di promozione delle pari opportunità 14](#_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 2018, 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’integrità̀ e dei controlli interni.

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

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’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 2018 e 2019, 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 (SSR) 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 processo si articola nelle seguenti fasi:

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

La programmazione per l’anno 2018 si è inserita in un contesto economico e normativo nazionale e regionale caratterizzata:

* dalla 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, “Spending review”; D.L. 13 settembre 2012, n. 158, “Decreto Balduzzi”, convertito con legge dell’8 novembre 2012, n. 189; D.L. 18 ottobre 2012, n. 179, “Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese”; D.L. n. 78/2015 convertito con legge 125/2015 “spending review 2015”) e dalla prosecuzione dell’applicazione della L.R. 16 ottobre 2014, n. 17;
* dalla prosecuzione del percorso relativo al sistema di finanziamento intrapreso negli anni precedenti, sviluppando i criteri allocativi delle risorse secondo parametri e processi oggettivi di standardizzazione. Il criterio di riparto del finanziamento fra gli enti del SSR è impostato su standard di popolazione pesata e su standard di riferimento individuati attraverso la comparazione fra le aziende oppure tramite riferimenti nazionali. In questa prospettiva si è quindi proceduto al graduale riequilibrio, come previsto all’articolo 53 della legge regionale n. 17 del 16 ottobre 2014;
* dall’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 2017 ridotta dell’1% in quanto l’Istituto ha registrato un incremento inferiore al 16,5% sulla base dei dati registrati a ottobre 2017 rispetto al corrispondente periodo gennaio-ottobre 2016, esclusi da tale ambito i vaccini e i farmaci oncologici ed emato-oncologici;
	+ costi dei dispositivi medici ridotti del 3% rispetto al 2017;
	+ numero di prestazioni ambulatoriali per abitante sulla popolazione pesata non superiore a 3,4, con esclusione della branca di laboratorio (patologia clinica, microbiologia e anatomia patologica);
	+ tasso di ospedalizzazione di ogni azienda non superiore al 122,5 per mille;
	+ costi per manutenzioni ordinarie edili impiantistiche non superiore a quelli sostenuti nel 2015, adottando come prioritari gli interventi finalizzati alla sicurezza delle strutture e degli impianti;
	+ *spending review* *ex* art. 15, comma 13, del D.L. 6 luglio 2012, n. 95 con riferimento a quanto già attuato dal 2012 integrato con quanto previsto dalla DGR 1813/2015;
	+ costo dell’“effetto trascinamento” del personale assunto nel 2017 nonché delle 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 2018 sono state orientate alla *governance* clinica integrata intesa come un insieme di processi (strategie, regole, accordi, procedure e comportamenti individuali e collettivi) che le organizzazioni attivano per coinvolgere i professionisti nei processi decisionali e rispondere reciprocamente, *management* e professionisti, di tali decisioni. In particolare si rende necessario proseguire con le seguenti azioni:

1. promozione della salute e assistenza integrata;
2. revisione dei *setting* assistenziali per le principali malattie croniche e di maggiore criticità;
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 e 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 criteri espliciti di evidenza e di provata scientificità, sia per le tecnologie che per i processi assistenziali;
5. revisione degli attuali modelli organizzativi per renderli sempre più rivolti alle esigenze del paziente e dei suoi familiari;
6. garanzia al cittadino del rispetto dei tempi d’attesa in regime ospedaliero e ambulatoriale in coerenza con la DGR 2034/2015 e sua applicazione;
7. utilizzo 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 2018 si è realizzato attraverso la sequenza di atti di seguito esposta:

1. approvazione preliminare delle linee per la gestione del SSR nell’anno 2018 – che costituiscono il principale riferimento di programmazione attuativa per il SSR – con DGR n. 2667 del 28 dicembre 2017;
2. elaborazione da parte delle Aziende della proposta di Piano attuativo ospedaliero (PAO) 2018 e trasmissione della stessa alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità (DCS, nota prot. n. 1759/DG del 26 gennaio 2018), anche sulla base delle indicazioni per la redazione dei documenti contabili inerenti al preventivo 2018 inviate alle aziende da parte della Direzione medesima;
3. negoziazione con la Direzione centrale salute in data 30 gennaio 2018, ai fini della verifica della fattibilità tecnica, della sostenibilità economica e del rispetto delle indicazioni pianificatorie regionali della proposta di PAO presentate;
4. approvazione definitiva delle linee per la gestione del SSR nell’anno 2018 con DGR n. 185 del 2 febbraio 2018;
5. revisione del programma annuale sulla base delle indicazioni della DCS che invitano le aziende a redigerlo senza prevedere particolari sviluppi ma a confermare le attività del 2017;
6. ulteriore incontro con la DCS in data 14 febbraio 2018;
7. approvazione definitiva delle linee per la gestione del SSR nell’anno 2018 con DGR n. 725 del 21 marzo 2018;
8. approvazione del patto tra Regione e direttori generali degli enti del SSR, con DGR n. 736 del 21 marzo 2018;
9. adozione del PAO 2018 con deliberazione n. 151 del 30 marzo 2018, tenuto conto delle indicazioni per la redazione dei documenti contabili preventivi 2018 inviate dalla DCS prot. n. 6405/P del 23.03.2018;
10. approvazione del programma e del bilancio preventivo annuale consolidato da parte della Giunta regionale con DGR n. 1423 del 27.07.2018, successivamente integrata e modificata con le delibere n. 1911 e 1912 del 19 ottobre 2018, n. 2163 e 2165 del 23 novembre 2018 e n. 2350 del 14 dicembre 2018.

Il PAO 2018 di cui al punto 9 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 2018 sono orientate allo sviluppo delle seguenti progettualità:

* progetti di riorganizzazione delle funzioni;
* promozione della salute e prevenzione;
* assistenza distrettuale;
* assistenza farmaceutica;
* assistenza sociosanitaria;
* progetti clinico assistenziali;
* rapporto con i cittadini.

In esito a tali indicazioni, il PAO declina, per quanto di competenza, 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 2018 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 gennaio-febbraio 2018: predisposizione dei report di analisi della *performance* delle strutture cliniche e di ricerca, triennio 2015-2017, con particolare riferimento ai criteri/indicatori IRCCS e agli indicatori/*target* regionali e predisposizione delle proposte di *budget* dei centri di responsabilità;
2. 20 febbraio 2018: presentazione delle linee di gestione 2018 al collegio di direzione;
3. periodo 19 marzo 2018 - 31 maggio 2018: svolgimento degli incontri di negoziazione tra la direzione strategica e le strutture operative dei dipartimenti clinici e di ricerca;
4. mese di giugno 2018: predisposizione delle schede definitive e loro trasmissione ai responsabili di budget con nota del direttore generale (prot. 11674/DG del 14 giugno 2018), con invito alla sottoscrizione e alla documentata comunicazione ai collaboratori;
5. mese di giugno 2018: individuazione e assegnazione degli obiettivi di *budget* delle strutture e articolazioni organizzative.
6. mese di luglio 2018: approvazione del *budget* 2018 con deliberazione del direttore generale n. 290 del 16 luglio 2018.

Nelle diverse schede di budget gli obiettivi strategici aziendali sono stati declinati in obiettivi operativi, con l’individuazione dei relativi indicatori, *target*, criteri di valutazione, peso in termini di incentivazione e articolazione organizzativa responsabile del monitoraggio del dato. Sono state inoltre 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 della programmazione aziendale 2018. Nelle schede di *budget* delle strutture dei dipartimenti clinici e di ricerca sono stati inoltre individuati gli obiettivi incentivati con risorse aggiuntive regionali (RAR), oggetto di verifica e approvazione in sede di accordi integrativi per le aree del comparto e della dirigenza.

Nella fase di definizione degli obiettivi, l'OIV nella seduta del 23 maggio 2018 (verbale n. 7) ha esaminato le proposte di schede di budget 2018 e ha osservato che sono stati:

* confermati gli obiettivi 2017 in termini di volumi/produttività, con alcuni correttivi in termini di valutazione;
* confermati gli obiettivi qualitativi delle varie strutture con nuovi *target*;
* confermati gli obiettivi sui tempi di attesa (senza scala di valutazione);
* introdotti alcuni indicatori per il contenimento dei consumi di prodotti farmaceutici e sanitari correlati con il valore della produzione per le strutture del dipartimento delle alte tecnologie e del dipartimento clinico: [consumo di prodotti sanitari della struttura 2017] / [valore della produzione totale della struttura 2017]. Nel caso dei prodotti farmaceutici, il numeratore viene incrementato del 3%, in linea con il preventivo aziendale anno corrente;
* individuati i progetti incentivati con RAR all’interno delle schede di budget; per alcune strutture l’obiettivo RAR rappresenta il percorso di mantenimento o di acquisizione delle certificazioni ISO, JACIE, OECI, EUSOMA.

Ha inoltre formulato suggerimenti su alcuni indicatori (verbale n. 7 del 23 maggio 2018), come nel caso del monitoraggio delle liste di attesa che si è proposto di abbinare alla valutazione degli scostamenti di volume di produzione ambulatoriale assoluti tra un anno e l’altro.

Nella seduta del 4 luglio 2018, l’Organismo ha preso visione degli obiettivi di budget 2018 relativi alle strutture/uffici delle direzioni approvandoli in linea di massima e suggerendo di migliorare la correlazione tra la descrizione dell’obiettivo e quella degli indicatori nonché l’esplicitazione della natura dell’impegno aggiuntivo che viene richiesto anche per attività routinarie (verbale n. 8).

Le fasi di revisione e valutazione sono disciplinate nel documento denominato “Percorso di *budget* 2018”.

Nel corso dell’anno si sono tenute due serie di incontri di revisione di *budget* delle strutture operative come previsto dal documento “percorso di *budget* 2018”. Conseguentemente è stata rivista una parte degli obiettivi e sono state riformulate le schede di *budget*, successivamente reinviate alle strutture.

Il percorso descritto è stato formalizzato con la deliberazione n. 513 del 15 novembre 2018.

Sono stati individuati e assegnati alle varie articolazioni organizzative gli obiettivi correlati alle risorse aggiuntive regionali per l’anno 2018 nell’ambito delle aree prioritarie individuate dalla Regione. I relativi accordi sindacali sono stati sottoscritti in data 17 settembre 2018 per l’area del comparto, 8 novembre 2018 per l’area della dirigenza medica e 3 luglio 2019 per l’area della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa.

Attività di monitoraggio

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

L’OIV ha analizzato in corso d’opera il percorso di budget 2018 fornendo alcune indicazioni di natura metodologica ritenute utili a migliorare il ciclo complessivo e l’efficacia degli obiettivi individuati ed assegnati.

Durante l’incontro del 5 ottobre 2018, l’OIV ha preso in esame la revisione del *budget* operata dalla direzione aziendale, anche attraverso un confronto con la direzione sanitaria, e in linea di massima ha concordato con gli esiti di tale revisione. Ha peraltro osservato che:

* relativamente all’*impact factor* è condivisibile l’introduzione del criterio di esame della serie storica e l’adozione di un criterio di ponderazione non sulla singola unità operativa ma sull’intera struttura, atteso che la produzione scientifica e l’attività sperimentale possono avere andamenti discontinui e che i dati messi a disposizione evidenziano una crescita dell’*impact factor* normalizzato;
* la decisione di poter rivedere l’obiettivo posticipando le scadenze in conseguenza di fattori esterni (es. AIFA) è plausibile sia nei settori di ricerca che in alcune procedure di carattere amministrativo;
* è condivisibile la rimodulazione degli obiettivi nel caso in cui sono state operate scelte di riorganizzazione significativa tra il CRO e l’AAS 5 anche in conseguenza della necessità di riorientamento dei sistemi informativi a supporto degli indicatori di valutazione. In questi casi si è suggerita una semplificazione degli oggetti di misurazione perseguendo comunque una coerenza rispetto agli andamenti pregressi delle unità operative in riorganizzazione;
* è accettabile una revisione degli indicatori tra volumi e severità o impegno nei trattamenti diagnostico-terapeutici laddove la riduzione di volume è giustificata dall’aumento della complessità;
* è stata prevista anche una ridefinizione delle risorse assegnate in alcune unità operative oggettivamente basata su reali carenze di organico venutesi a determinare nel corso dell’anno.

L’OIV ha infine osservato come vada contrastata la tendenza a giustificare a ribasso la valutazione quando il supporto di giustificazione non è basato su concrete e oggettive evidenze (verbale n. 9 del 5 ottobre 2018).

L’Organismo ha infine accertato che 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. 227/2018 e 392/2018).

#### *Valutazione annuale delle schede di* budget *e degli obiettivi finanziati con risorse aggiuntive regionali*

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 di competenza sulla base di propri strumenti di monitoraggio o avvalendosi della documentazione prodotta dai responsabili che hanno partecipato al percorso di *budget* 2018.

Il processo di validazione delle risultanze da parte dell’OIV si è concluso in data 27 giugno 2019, come da verbale n. 11. L’Organismo ha preso in esame in modo sistematico le schede di monitoraggio del *budget* e le relative valutazioni sotto il profilo della 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 conseguentemente inseriti nella valutazione interna.

La valutazione annuale degli obiettivi incentivati mediante le RAR della dirigenza medica e del comparto è stata presentata in data 27 giugno 2019 (come da verbale n. 11) all’Organismo il quale ha constatato che persiste, sebbene con qualche miglioramento in termini di rendicontazione, la formulazione non chiara o insufficiente degli indicatori e del *target* in un significativo numero di casi. Ha ribadito pertanto la necessità di integrazione al fine di rendere non equivoca la valutazione, mediante l’esplicitazione di indicatori il più possibile quantitativi correlati al *target* e una conseguente previsione di un correlato impegno in termini di orario aggiuntivo.

L’Organismo ha valutato con modalità campionaria gli obiettivi RAR dell’area del comparto e a questo riguardo ritiene che le valutazioni effettuate siano congruenti e quindi condivisibili. Ha rilevato peraltro che il procedimento di verifica non si è concluso per alcuni obiettivi che saranno oggetto di valutazione nella prossima seduta. L’OIV anche in merito agli esiti della valutazione degli obiettivi assegnati alla dirigenza medica effettua una valutazione campionaria concludendo con una concordanza con gli esiti rappresentati nel processo di valutazione condotto internamente.

Poiché la documentazione relativa non è pervenuta, al momento della redazione del presente documento non può essere dato conto del percorso di valutazione della *performance* correlata agli obiettivi strategici incentivati con la quota riservata al direttore generale.

## Performance individuale

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

L’Istituto ha consolidato il processo di valutazione della *performance* individuale differenziato a seconda che si tratti di personale dirigente o non dirigente.

La valutazione individuale della dirigenza è compiuta mediante una scheda di valutazione le cui 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 esita in un giudizio negativo o positivo, peraltro senza ulteriori livelli di graduazione.

La valutazione della *performance* individuale del personale del comparto, una volta conclusa, è stata sottoposta al vaglio dell’OIV il quale ha riscontrato che le procedure messe in atto, sia pure coerenti rispetto all’impianto, rispondono parzialmente alle previsioni normative riguardanti la selettività e il merito del sistema premiante (verbale n. 10 in data 16 aprile 2019).

Per quanto riguarda la dirigenza, l’Organismo ha preso in esame la tabella di sintesi della valutazione individuale riferita a circa il 90% del personale e, considerati gli esiti, ha ribadito l’opportunità di introdurre un diretto collegamento tra i risultati e la retribuzione incentivante (verbale n. 11 del 27.06.2019).

Infine nel contesto dell’esame della documentazione approntata ai fini della pubblicazione nella sezione Amministrazione Trasparente, l’OIV ha evidenziato la necessità di integrare le schede di valutazione individuali dei dirigenti e dei responsabili con funzioni gestionali di un item dedicato alla capacità di differenziazione delle valutazioni individuali dei collaboratori (verbale n. 10 del 16 aprile 2019).

## Valutazioni complessive dell’OIV

L’Organismo ha verificato la sostanziale rispondenza della metodologia seguita presso il CRO al quadro normativo in materia di valutazione della *performance*.

Preliminarmente si ritiene necessario richiamare l’attenzione sul significato di quanto espresso nel paragrafo relativo alla definizione degli obiettivi 2018 per sottolineare la particolare complessità del ciclo in esame, caratterizzato dalla ricaduta della revisione dell’impianto complessivo del sistema sanitario regionale.

Il ciclo di attività dell’anno 2018 è stato costantemente seguito dall’OIV e le relative attività sono registrate nei verbali n. 7 del 23 maggio 2018, n. 8 del 4 luglio 2018, n. 9 del 5 ottobre 2018, n. 10 del 16 aprile 2019 e n. 11 del 27 giugno 2019.

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.

Rispetto alla metodologia di valutazione utilizzata, l’OIV constata l’attuazione di alcuni suggerimenti formulati nel corso dell’anno.

L’Organismo ha ribadito 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 evidenziato inoltre la necessità di integrare le schede di valutazione individuali dei dirigenti e dei responsabili con funzioni gestionali di un *item* dedicato alla capacità di differenziazione delle valutazioni individuali dei collaboratori (vedasi al proposito quanto rilevato nei verbali n. 10 del 16 aprile 2019 e n. 11 del 27 giugno 2019).

Per quanto riguarda gli obiettivi incentivati con 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 dalla struttura operativa semplice dipartimentale Controllo di gestione 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.

## Infrastruttura di supporto

Il Servizio sanitario regionale del Friuli Venezia Giulia si avvale di un unico fornitore di *software* che mette a disposizione strumenti gestionali sia in ambito amministrativo che 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*.

## 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. 141/2019, ha verificato sul sito aziendale la pubblicazione e la qualità dei dati previsti dalla normativa in materia di trasparenza.

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) ai fini del quale è stata ricevuta visita in settembre 2018, da cui conseguono 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. A seguito dell’audit per il mantenimento e l’estensione della certificazione al Dipartimento Clinico avvenuto a novembre 2018, sono state evidenziate non conformità maggiori e minori. Le non conformità maggiori sono state risolte entro i termini previsti (tre mesi), mentre le minori verranno rivalutate in occasione della visita di rinnovo;
* accreditamento della Organization of European Cancer Institutes (OECI) quale “Comprehensive Cancer Center” nel 2015, valido fino al 27 ottobre 2019. È stata concordata con l’ente di accreditamento la visita di rinnovo per febbraio 2020. È in atto il processo di autovalutazione rispetto ai requisiti;
* accreditamento di programmi specifici: JACIE per il programma trapianti, la cui visita di rinnovo si è svolta con la notifica di alcune non conformità; EUSOMA per la *Breast Unit*, di cui si è ricevuto audit da parte dell’ente (BCCert) a maggio 2018. Sono state svolte le azioni di miglioramento rispetto alle non conformità sollevate.

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 relativamente al programma regionale che a 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.

## 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 riorientamento 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 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 2018 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 2018 l’Organismo ha provveduto a svolgere le proprie attività di verifica e di indirizzo sulla base delle scadenze operative dell’Istituto.

Ad ogni seduta è stata analizzata la documentazione prodotta, richiedendo tutti gli approfondimenti documentali del caso e provvedendo a interpellare direttamente le diverse figure di dirigenti e 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 compiute.

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.

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

Nel corso dell’anno 2018 l’Istituto ha garantito nella composizione delle commissioni concorsuali il rispetto dell’equilibrio di genere.

Aviano, 24 luglio 2019

 Dott. Gianbattista Spagnoli