

**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 della performance relativa all'anno 2021***

## **Sommario**

Premessa .....	1
Metodologia di lavoro .....	1
Funzionamento complessivo del Sistema di valutazione .....	2
A. Performance organizzativa .....	2
B. Performance individuale .....	8
C. Valutazioni complessive dell'OIV .....	9
D. Processo di attuazione del ciclo della performance .....	10
E. Infrastruttura di supporto .....	10
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 .....	11
G. Definizione e gestione degli standard di qualità .....	12
H. Utilizzo dei risultati del sistema di misurazione e valutazione .....	12
I. Descrizione delle modalità del monitoraggio dell'OIV .....	12
J. Proposte di miglioramento del sistema di valutazione .....	13
Integrazione con il ciclo di bilancio ed i sistemi di controllo interni .....	13
Verifica delle buone pratiche di promozione delle pari opportunità .....	14
Coinvolgimento degli stakeholder .....	15

## **Premessa**

Il presente documento conclude formalmente il ciclo di gestione delle performance 2021 dell'IRCCS CRO di Aviano e viene redatto in conformità a quanto previsto dalla normativa vigente (artt. 10 e 14 del D.lgs. n. 150/2009 e s.m.i.) e sulla base delle linee guida emanate dalla CIVIT con le delibere n. 4 del 2012 e n. 23 del 2013 che illustrano i contenuti principali di tale documento.

La presente relazione descrive in estrema sintesi i risultati raggiunti nel 2021 a livello aziendale, di struttura operativa ed individuali, nel rispetto dei principi di trasparenza, veridicità e verificabilità dei contenuti.

La documentazione relativa alla performance è consultabile sul sito internet aziendale nella sezione "Amministrazione trasparente/Performance" e "Amministrazione trasparente/controlli e rilievi sull'Amministrazione/OIV", così come previsto dalla normativa vigente.

Si precisa che l'intervenuta proroga al 31 maggio del termine di scadenza di adozione dei bilanci di esercizio 2021 delle aziende sanitarie e il perdurare della situazione pandemica hanno condizionato la tempistica dell'attività di valutazione della performance determinando un inevitabile differimento della scadenza prevista per il 30 giugno.

Qui di seguito gli ambiti esaminati:

- A. Performance organizzativa;
- B. Performance individuale;
- C. Processo di attuazione del ciclo della performance;
- D. Infrastruttura di supporto;
- E. Utilizzo dei risultati del Sistema di misurazione e valutazione;
- 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;
- G. Integrazione con il ciclo di bilancio ed i sistemi di controlli interni;
- H. Definizione e gestione degli standard di qualità;
- I. Verifica delle buone pratiche di promozione delle pari opportunità;
- J. Coinvolgimento degli stakeholder;
- K. Descrizione delle modalità del monitoraggio dell'OIV;
- L. Proposte di miglioramento del sistema di valutazione.

## **Metodologia di lavoro**

Oltre alle disposizioni di cui al D. Lgs. 150/2009 e alle linee guida n. 3/2018 del DFP, vengono assunte quale riferimento nella predisposizione della presente relazione le indicazioni di cui alla delibera ex CIVIT n. 23/2013

anche attraverso lo schema di cui Allegato n. 1 “Monitoraggio sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni”.

## **Funzionamento complessivo del Sistema di valutazione**

### ***A. Performance organizzativa***

L’Organismo dà atto che il processo di programmazione e controllo degli enti e delle aziende facenti parte del Servizio sanitario regionale del Friuli Venezia Giulia (SSR) trova fondamento nella legge regionale 27/2018 di riforma del servizio sanitario regionale, così come integrata dalla Legge regionale 12 dicembre 2019, n. 22 che innova in tema di riorganizzazione dei livelli di assistenza, in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria la disciplina di cui alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006.

La performance organizzativa si fonda sui seguenti elementi:

1. programmazione aziendale;
2. controllo periodico infrannuale e annuale;
3. gestione per budget.

La programmazione del 2021 si è inserita in un contesto economico e normativo caratterizzato dal perdurare dell’emergenza pandemica COVID-19 che ha pesantemente condizionato il funzionamento del sistema sanitario regionale ivi compreso quello relativo all’Istituto.

Sulla base delle disposizioni normative ed in particolare delle linee per la gestione del SSR anno 2021 recate con DGR n. 189 del 12 febbraio 2021, il CRO ha operato all’interno dei seguenti vincoli gestionali:

- per i farmaci oncologici ed emato-oncologici: mantenimento del valore registrato nell’anno 2020;
- riduzione del 3% del costo 2020 degli altri farmaci ospedalieri e del 10% della distribuzione diretta regionale;
- riduzione dei dispositivi medici del 3% rispetto al costo 2020 (esclusi i finalizzati);
- il numero delle prestazioni ambulatoriali per abitante sulla popolazione pesata è fissato a 3,4 prestazioni pro capite, con esclusione della branca di laboratorio (patologia clinica, microbiologia e anatomia patologica). In tale valore sono comprese le prestazioni di CT-PET;
- il tasso di ospedalizzazione di ogni Azienda non deve superare il 125,0 per mille;
- le manutenzioni ordinarie edili impiantistiche non dovranno avere costi massimi di quelli sostenuti nell’anno 2015; le Aziende adotteranno come priorità di intervento quelle connesse 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 proseguire nelle azioni di contenimento di cui al D.L. 78/2015 convertito con legge 125/2015.

Il percorso di predisposizione della programmazione 2021 si è realizzato attraverso la sequenza di atti di seguito esposta:

1. approvazione preliminare delle linee per la gestione del SSR nell'anno 2021 – che costituiscono il principale riferimento di programmazione attuativa per il SSR – con DGR n. 144 del 5 febbraio 2021;
2. approvazione definitiva delle linee per la gestione del SSR nell'anno 2021 con DGR n. 189 del 12 febbraio 2021;
3. elaborazione da parte delle Aziende della proposta di Piano attuativo ospedaliero (PAO) 2021 e trasmissione della stessa alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità (nota prot. n. 4633/DG del 15.03.2021), anche sulla base delle indicazioni per la redazione dei documenti contabili inerenti al preventivo 2021 inviate alle aziende da parte della Direzione medesima;
4. negoziazione, ai sensi della L.R. n. 27/2018, con l'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute in data 22 marzo 2021. «Durante l'incontro sono state affrontate le tematiche relative ai contenuti della proposta di programma annuale 2021, negli aspetti economici, organizzativi, degli investimenti, delle attività e del personale;
5. approvazione del PAO e bilancio preventivo 2021 con delibera n. 125 del 14 aprile 2021, successivamente integrato con il Programma Attuativo aziendale sul contenimento dei tempi di attesa, già trasmesso in fase di negoziazione, di cui alla delibera del direttore generale n. 164 del 13 maggio 2021 e approvato in via definitiva con deliberazione n. 393 del 30 settembre 2021 a seguito del parere favorevole espresso dal collegio sindacale;
6. approvazione del programma e del bilancio preventivo annuale consolidato da parte della Giunta regionale con DGR n. 1683 del 8 novembre 2021 e successive delibere di integrazione/modificazione;
7. approvazione del patto tra Regione e direttori generali degli enti del SSR, con DGR n. 1932 del 17 dicembre 2021;
8. DGR 1036 del 02.07.2021: “DI 73/2021, art 26 – dl 104/2020, art 29 - dl 18/2020, art 18, comma 1. Programma operativo per la gestione dell'emergenza da Covid-19 della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia. Riavvio attività piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa”, con cui si approvano modifiche, ex art. 26 del d.l. n. 73/2021, del vigente Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa;
9. DGR 1891 del 10.12.2021: DI 73/2021, art 26 – dl 104/2020, art 29 - dl 18/2020 e art 18. Programma operativo per la gestione dell'emergenza da Covid-19 della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia. Rimodulazione piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa”;

Il PAO 2021 integra il Piano della *performance* annuale e contiene la definizione degli obiettivi attesi; nel documento di budget gli stessi sono poi declinati per ciascun centro di responsabilità con puntuale

identificazione degli indicatori. Il PAO ed il documento di budget costituiscono le basi documentali del piano della performance del CRO.

Il piano aziendale, in coerenza alle indicazioni della Regione in tema di programmazione delle Aziende e degli Enti Sanitari per l'anno 2021, sviluppa le progettualità per i seguenti ambiti:

- ✓ gestione dell'emergenza COVID-19;
- ✓ assistenza di prevenzione collettiva e sanità pubblica;
- ✓ assistenza primaria;
- ✓ integrazione e assistenza sociosanitaria;
- ✓ rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni e le ASP;
- ✓ assistenza ospedaliera;
- ✓ assistenza farmaceutica e integrativa;
- ✓ sistema informativo e privacy;
- ✓ flussi informativi, gestione contabile e delle risorse materiali;
- ✓ gli investimenti;
- ✓ la gestione delle risorse umane;
- ✓ organizzazione degli enti e governo delle attività;
- ✓ altre progettualità aziendali.

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 2021 e hanno concertato con la direzione dell'Istituto le modalità più adeguate per conseguire gli obiettivi a questo assegnati con le risorse disponibili. La programmazione aziendale è stata definita nel rispetto della normativa in tema di prevenzione della corruzione, trasparenza e privacy.

Al fine di realizzare un'efficace strategia di prevenzione del rischio di corruzione, come da indicazione di ANAC, gli obiettivi indicati nel piano triennale della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021 - 2023 sono stati formulati in collegamento con la programmazione strategica ed operativa.

In continuità con gli anni precedenti nelle schede di budget delle strutture amministrative è stata prevista un'apposita sezione dedicata agli obiettivi in tema di anticorruzione e trasparenza in coerenza con il contenuto del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, correlando gli stessi alla retribuzione di risultato.

Il ciclo della performance è stato avviato nel mese di gennaio con la presentazione delle progettualità ai direttori di dipartimento. Lo slittamento del termine per l'approvazione del programma annuale ha determinato però un ritardo nell'iter di definizione del budget. Si sottolinea inoltre che anche nel 2021 la gestione dell'emergenza sanitaria Covid-19 ha assorbito buona parte delle risorse professionali al rafforzamento delle misure di sicurezza introdotte per il contenimento del contagio e ha pertanto condizionato e semplificato le varie fasi del percorso di budget.

L'iter seguito è stato articolato nelle seguenti fasi:

1. Gennaio 2021: presentazione delle progettualità ai direttori di dipartimento;
2. Maggio 2021: incontri per la definizione della proposta degli obiettivi (Direzione Strategica, responsabile SOSD Controllo di Gestione, Dirigente delle Professioni Sanitarie);
3. Giugno 2021: svolgimento degli incontri di negoziazione di budget tra Direzione strategica, Dirigente delle Professioni Sanitarie, SOSD Controllo di Gestione e il singolo direttore/responsabile dei vari centri di responsabilità;
4. Periodo luglio-agosto 2021: individuazione e assegnazione degli obiettivi di budget delle strutture/uffici delle direzioni (generale, amministrativa, sanitaria e scientifica);
5. Periodo giugno-agosto 2021: predisposizione e invio proposta scheda di budget 2021 alle singole strutture;
6. Periodo luglio-agosto 2021: invio schede di budget modificate a seguito di osservazioni dei responsabili di budget o della direzione strategica;
7. Settembre 2021: approvazione del budget con delibera del direttore generale n. 364 del 16.09.2021 e trasmissione della delibera ai responsabili di budget in data 21.09.2021.

Le progettualità censite nelle schede di budget contengono obiettivi quantitativi e qualitativi, rappresentano la prosecuzione delle azioni intraprese negli anni precedenti e sono coerenti con le finalità dichiarate nella programmazione aziendale 2021.

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.

## Attività di monitoraggio infrannuale

L'attività di monitoraggio viene svolta sia per quanto attiene al PAO sia al budget.

### Monitoraggio Piano Attuativo Ospedaliero

Durante l'esercizio sono stati garantiti i monitoraggi infrannuali richiesti dalla Regione, il primo al 31.03 (Delibera n. 197 del 31.05.2021), il secondo al 30.06 (delibera n. 296 del 30.07.2021) e il terzo al 30.09 (delibera n. 442 del 02.11.2021).

	Al 31.03.2021 (delibera CRO n. 197 del 31.05.2021)	Al 30.06.2021 (delibera CRO n. 296 del 30.07.2021)	Al 30.09.2021 (delibera CRO n. 442 del 02.11.2021)
Andamento dei costi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Manovra del personale	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Progettualità aziendali (linee progettuali regionali)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Investimenti	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Il controllo annuale è stato realizzato attraverso la predisposizione del bilancio consuntivo corredato dalla relazione sulla gestione che esplicita, motiva e commenta i risultati rispetto agli obiettivi posti in sede di programmazione, con particolare riferimento ai ricavi, ai costi, agli oneri dell'esercizio e agli investimenti (delibera n. 259 del 31.05.2022).

### Monitoraggio budget

Tutto il percorso di budget e il suo monitoraggio hanno seguito un percorso semplificato a causa della situazione pandemica ancora non superata, che ha rappresentato un elemento di incertezza rispetto all'attuazione della programmazione aziendale e che avrebbe potuto richiedere in corso d'anno una revisione in funzione del quadro epidemiologico.

Durante l'anno non sono stati organizzati degli incontri di monitoraggio/revisione degli obiettivi ma in sede di valutazione sono state prese in considerazione e valutate tutte le richieste di modifica/stralcio inviate da alcuni responsabili delle strutture.

La SOSD Controllo di Gestione ha comunque garantito il monitoraggio infrannuale degli obiettivi di budget con le seguenti modalità:

- il monitoraggio infrannuale di alcuni obiettivi quantitativi o all'interno della reportistica direzionale/di struttura operativa (cartella oncologica, produzione scientifica, consumi prodotti sanitari, etc..) o tramite l'invio di specifici report (referti digitali, completezza dei campi di sala operatoria, etc...);
- il monitoraggio trimestrale delle linee progettuali;
- la verifica dello stato di avanzamento degli obiettivi aziendali (diffusione degli obiettivi, percorso performance, analisi appropriatezza prescrittiva dei farmaci, etc..) in base alla scadenza degli stessi, tramite l'analisi delle relazioni dei referenti dei progetti e delle loro osservazioni;
- l'invio nel mese di dicembre delle schede di monitoraggio con i dati aggiornati a settembre-ottobre.

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

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

Per ogni struttura la SOSD controllo di gestione ha effettuato le misurazioni dei risultati sulla base dei dati reperibili direttamente dai diversi sistemi informativi e sulla base dei report e delle evidenze fornite dai responsabili del monitoraggio individuati nelle singole schede di budget. Per ogni obiettivo sono stati applicati i criteri di valutazione definiti in sede di negoziazione e deliberati.

Sono inoltre state valutate le motivazioni e i documenti a supporto di parziali o mancati raggiungimenti di alcuni obiettivi presentati da alcuni centri di responsabilità. In presenza di questi elementi si è proceduto al ricalcolo del risultato raggiunto del singolo obiettivo in rapporto al peso del fattore ostativo e alla conseguente determinazione della percentuale di incentivazione.

Le risultanze sono state inviate ai responsabili di budget e per alcune strutture sono stati organizzati degli appositi incontri con il Direttore Sanitario e la SOSD Controllo di Gestione per l'analisi puntuale dei risultati delle schede. In particolare su quest'ultimo punto, l'Organismo Indipendente di valutazione ha espresso apprezzamento in quanto ritiene che questa modalità operativa rappresenti un'innovazione e favorisca un clima interno positivo.

La valutazione annuale degli obiettivi incentivati mediante le RAR del comparto e della dirigenza e della produzione strategica del comparto e della dirigenza PTA è stata presentata all'Organismo nelle date del 16 giugno 2022 e 10 agosto 2022, come da verbali n.16 e n.18.

Per l'anno 2021 le Risorse Aggiuntive Regionali sono state destinate al personale dipendente principalmente nell'ambito emergenziale covid-19 e nell'avvio del nuovo sistema gestionale del personale, coerentemente alle indicazioni regionali. Come da verbale del 10 agosto 2022, l'OIV ha preso visione a campione delle relazioni specifiche di alcuni progetti delle varie aree e ha preso atto di quanto rendicontato.

I risultati sono descritti e sintetizzati nella "Relazione sulla performance 2021", approvata con deliberazione n. 376 del 09.08.2022 e nel documento di "validazione della relazione sulla performance 2021".

## ***B. Performance individuale***

### **Valutazione individuale della dirigenza**

La valutazione individuale della dirigenza è tesa ad analizzare e misurare in modo trasparente la performance dei dipendenti e a valorizzare il loro impegno e i loro risultati.

Lo strumento utilizzato è rappresentato da una scheda di valutazione articolata in diverse dimensioni (caratteristiche comportamentali, collaborazione e partecipazione multidisciplinare, capacità organizzative, dimensione quali - quantitativa, contributo individuale alle attività relativa agli obiettivi di budget dell'anno in corso, attività scientifiche e didattiche, ecc).

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: a partire dal 2021 è stato chiesto ai responsabili di struttura di individuare per ogni collaboratore alcuni obiettivi misurabili presenti nelle schede di budget da correlare alla performance individuale, evidenziando il contributo al raggiungimento degli stessi.

La valutazione individuale è effettuata dal diretto superiore del valutato, secondo i principi del contraddittorio e della partecipazione.

L'occasione del confronto per la valutazione individuale deve essere proficuamente utilizzata anche per individuare piani di miglioramento e sviluppo per il dirigente, dei quali si dovrà tener conto nei programmi formativi aziendali per l'anno successivo.

Il range di punteggio per considerare la valutazione positiva è tra 18 e 30.

La valutazione individuale positiva rappresenta la preconditione per accedere ai sistemi di incentivazione; non vi sono graduazioni ulteriori di valutazione all'interno di un giudizio positivo complessivo.

Al fine di assicurare adeguati livelli di coerenza tra la performance organizzativa e quella individuale, quest'ultimo percorso si è avviato in affiancamento all'attività istruttoria sulla performance organizzativa. Nel mese di giugno la SOSD Controllo di Gestione ha trasmesso ai singoli responsabili il format delle schede di valutazione individuali dei collaboratori come da atti acquisiti alla struttura.

L'analisi degli esiti riportati in una tabella di sintesi, predisposta dalla SOSD Controllo di Gestione, evidenzia una diversa graduazione della valutazione dei singoli dirigenti con un punteggio minimo di 18,91 (in un solo caso) e un massimo di 30 (in 8 casi).

L'OIV durante l'incontro del 15.07.2022 ha preso atto che non sono state formulate contestazioni e ritiene che il percorso valutativo sia stato praticato conformemente alle disposizioni.

Il materiale è agli atti presso la SOC Legale, affari generali e gestione risorse umane.

### **Valutazione individuale del comparto**

La scheda di valutazione individuale per il comparto considera sei dimensioni (qualità lavorativa, impegno lavorativo, risoluzione dei problemi, relazione verso gli utenti esterni/interni, collaborazione con i colleghi e flessibilità) per le quali il valutatore deve riportare un punteggio da 1 a 5 secondo le declinazioni riportate nella scheda.

L'OIV durante la riunione del 10.05.2022 ha preso visione della tabella di sintesi che rappresenta tutto il personale del comparto valutato, il punteggio ottenuto dalla scheda di valutazione (massimo ottenibile 30, calcolato in base alla scala di valutazione approvata con Delibera n. 487 del 25/11/21), la percentuale di raggiungimento e il nominativo del valutatore rappresentato dal diretto superiore del valutato. Nella tabella di sintesi inoltre sono riportate le motivazioni per cui non è stato possibile valutare una parte del personale.

L'Organismo evidenzia che il posizionamento della valutazione è aggregato verso l'alto e raccomanda l'utilizzo dello strumento della valutazione della performance per stimolare la differenziazione delle valutazioni.

### ***C. Valutazioni complessive***

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 2021 per sottolineare la particolare complessità del ciclo in esame, caratterizzato dalla ricaduta della revisione dell'impianto complessivo del sistema sanitario regionale e dall'impatto organizzativo gestionale della pandemia.

Per la fase di definizione degli obiettivi, si 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.

Si ribadisce 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.

Per quanto riguarda gli obiettivi incentivati con RAR si rimanda a quanto riportato nella sezione "attività di monitoraggio".

### D. Processo di attuazione del ciclo della performance

Il processo di funzionamento del Sistema di valutazione nell'anno 2021 è sintetizzato nello schema seguente, con l'indicazione dei soggetti coinvolti nelle varie fasi del ciclo della performance.

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

fasi	documenti	tempi di adozione	Soggetti coinvolti
Piano della performance	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. PAO</li> <li>2. Approvazione schede di budget</li> <li>3. Approvazione progetti Risorse Aggiuntive Regionali</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Delibera n. 125 del 14.04.2021</li> <li>2. Delibera n. 364 del 16.09.2021</li> <li>3.1 Delibera n. 314/2021 per l'area sanità</li> <li>3.2 Delibera n. 524/2021 per l'area del comparto</li> <li>3.3 Delibera n. 525/2021 per l'area della PTA</li> </ol>	Direzione strategica SOSD controllo di gestione SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie SOC Legale, Affari Generali e gestione Risorse Umane Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
Monitoraggi infrannuali (performance organizzativa)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. obiettivi regionali</li> <li>2. obiettivi aziendali</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. cadenza trimestrale (vedasi paragrafo Monitoraggio Piano Attuativo Ospedaliero)</li> <li>2. periodicità diversa a seconda della tipologia di obiettivo (vedi paragrafo "monitoraggio budget")</li> </ol>	Direzione strategica SOSD controllo di gestione
Performance individuale	Avvio del percorso	14.06.22 per la dirigenza  07.03.22 comparto	SOSD controllo di gestione  SOC Legale, Affari Generali e gestione Risorse Umane
Rendicontazione ed erogazione indennità (obiettivi di performance organizzativa e obiettivi specifici – RAR)	relazione sulla performance	delibera 376 del 09.08.2022	Direzione strategica SOSD controllo di gestione OIV SOC Legale, Affari Generali e gestione Risorse Umane

### E. Infrastruttura di supporto

Il Servizio sanitario regionale del Friuli Venezia Giulia si avvale di una software house regionale che mette a disposizione strumenti gestionali sia in ambito amministrativo che sanitario. I sistemi messi a disposizione sono adeguati per quanto attiene alla gestione corrente delle attività mentre dal punto di vista del controllo

di gestione permangono importanti criticità: costi del personale, centri di costo per progetto/attività, assenza di sistemi di reporting automatico, assenza di sistemi di ribaltamento dei costi.

Alla luce di tali considerazioni l'OIV riconosce lo sforzo sviluppato a livello aziendale ma ritiene opportuno precisare che l'assenza di un sistema di gestione delle performance "automatizzato" ad uso delle diverse articolazioni organizzative impegnate nel ciclo della performance (controller ed ufficio risorse umane) costituisce un importante vincolo operativo che incide anche sulle tempistiche di attuazione del ciclo stesso.

#### ***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***

Attualmente non sono attivi sistemi di integrazione dei flussi informativi che provengono dai diversi applicativi aziendali e che permettano quindi una gestione automatizzata a supporto degli obblighi informativi previsti dal D.Lgs. 33/2013. L'Istituto ha adottato un sistema decentrato e diffuso di pubblicazione e aggiornamento dei dati in "Amministrazione Trasparente", in relazione alle funzioni delle singole strutture. In continuità con gli anni precedenti nelle schede di budget delle strutture amministrative è stata prevista un'apposita sezione dedicata agli obiettivi in tema di anticorruzione e trasparenza in coerenza con il contenuto del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, correlando gli stessi alla retribuzione di risultato e in particolare:

- 1) adempimenti in tema di pubblicazione tempestiva dei documenti, atti e informazioni nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale secondo quanto previsto dal Dlgs. 33/2013;
- 2) anticorruzione: mappatura dei processi relativi alla acquisizione di beni e servizi, individuazione dei rischi e delle azioni correttive.

Nel corso dell'anno 2021 è stato cambiato il sito web dell'Istituto e di conseguenza anche la sezione relativa ad amministrazione trasparente. Ciò ha comportato un controllo/implementazione di tutti i contenuti caricati sul sito aziendale che a seguito di migrazione su nuovo applicativo non trovavano più corrispondenza. Per quanto riguarda le attività svolte nell'anno 2021, si precisa che è stato istituito il monitoraggio trimestrale utile a valutare il grado di assolvimento degli obblighi di trasparenza con redazione di una relazione, da parte dei responsabili individuati, sullo stato dell'arte indicando se i dati sono aggiornati oppure, in caso di ritardi, fornendo motivazioni e stabilendo una data entro la quale assolvere il compito.

L'OIV nella seduta del 16.06.2022 in coerenza con quanto disposto dalla delibera ANAC n. 201 del 13.04.2022 ha controllato tutte le sezioni e preso visione della griglia predisposta dal RPCT che ha

comunicato all'OIV alcune criticità del collegamento al sito PerlaPA per problemi tecnici. L'OIV ha effettuato un'analisi approfondita anche verificando direttamente sul sito di cui sopra e verificato la corrispondenza; il RPCT ha successivamente ripristinato il collegamento automatico tra la sezione del sito aziendale e l'applicativo PerlaPA.

Si ritiene opportuno precisare che i sistemi informativi e informatici a supporto del funzionamento del ciclo della performance e dell'attuazione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità e per il rispetto degli obblighi di pubblicazione, sono quelli messi a disposizione da INSIEL, (società in house della Regione, con specifica sezione per gli Enti del SSR).

### ***G. Definizione e gestione degli standard di qualità***

L'Istituto ha proseguito il suo impegno negli specifici programmi di accreditamento, sia obbligatorio che volontario, con l'attivazione di programmi di miglioramento continuo della qualità e della sicurezza delle cure. In particolare, nel 2021 l'Istituto si è impegnato su:

- la prosecuzione del programma di accreditamento internazionale secondo il modello OECD con l'implementazione delle azioni di miglioramento definite in conseguenza della visita di accreditamento;
- il rinnovo dell'accREDITamento della Breast Unit secondo lo standard EUSOMA, con audit a distanza sulla totalità dei processi e strutture coinvolti, a seguito del quale si sono resi necessari alcuni adeguamenti risolti nei tempi indicati dall'ente di accREDITamento;
- l'accREDITamento da parte di AIFA del programma delle sperimentazioni di Fase I, con l'avvio della fase ispettiva attraverso un audit da remoto da completare con la visita in presenza al termine della fase emergenziale;
- la prosecuzione della preparazione all'audit da parte di ACCREDIA al Dipartimento della Ricerca e della Diagnostica Avanzata dei Tumori (programmato per il 2022) per la verifica della conformità alla norma ISO 15189, in ottemperanza al Regolamento Europeo 746 del 2017.

### ***H. Utilizzo dei risultati del sistema di misurazione e valutazione***

I risultati del sistema di misurazione e di valutazione delle performance generano ricadute giuridiche ed economiche; essi, infatti, assumono rilievo sia ai fini dell'assegnazione, conferma e revoca degli incarichi professionali e di struttura, che ai fini dell'erogazione degli incentivi direttamente correlati agli esiti delle valutazioni espresse.

#### ***I. Descrizione delle modalità del monitoraggio dell'OIV***

Le modalità di monitoraggio utilizzate dall'OIV sono state:

- analisi dei dati forniti dall'Amministrazione;

- verifica della documentazione fornita dalle strutture aziendali;
- attività di controllo sugli obblighi di pubblicazione direttamente dal sito;
- incontro con Direzione Aziendale, RPCT e Dirigente delle Professioni Sanitarie.

### ***J. Proposte di miglioramento del sistema di valutazione***

In considerazione delle attività fino ad oggi agite e in relazione a quanto riscontrato dalle analisi effettuate si ritiene opportuno identificare i seguenti ambiti di miglioramento:

- sviluppo di meccanismi operativi di stretto collegamento tra sistema di valutazione della performance organizzativa e della performance individuale. E' necessario definire un sistema che preveda un'unica valutazione quale sintesi delle due dimensioni sopra riportate;
- rafforzamento dei livelli di integrazione con il ciclo di bilancio ed i sistemi di controllo interni;
- identificazioni di indicatori e target coerenti con il mandato dei diversi operatori in grado di rafforzare logiche di appartenenza al contempo valorizzando anche performance individuali;
- individuazione di obiettivi e target riferibili a dati certi ed attendibili, definizione di indicatori semplici, misurabili e monitorabili;
- implementazione degli obiettivi correlati al Piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- avvio di un monitoraggio sugli strumenti adottati in azienda per favorire le pari opportunità.

L'OIV ha potuto evidenziare la presenza di un adeguato sistema di pianificazione e controllo della performance organizzativa, mediante il quale gli obiettivi definiti dalla programmazione regionale e aziendale trovano collocazione operativa nelle schede di budget negoziate con i singoli Responsabili.

Gli strumenti di raccolta e pubblicazione dei dati relativi alla fase di misurazione/valutazione consentono di mettere a disposizione di ciascun Responsabile i risultati raggiunti rispetto agli obiettivi negoziati.

Sicuramente vanno implementati sistemi automatizzati di monitoraggio dei dati a supporto delle attività di controllo e orientamento dei comportamenti. Si dà atto dell'attivazione nel corso dell'anno 2021 di modalità operative strutturate di confronto sulle risultanze della performance organizzativa che rappresentano un'innovazione rispetto agli esercizi precedenti e favoriscono un clima interno positivo.

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.

### ***Integrazione con il ciclo di bilancio ed i sistemi di controllo interni***

Il livello di coerenza tra il sistema di misurazione e valutazione della performance della programmazione sanitaria annuale con le risorse economico-finanziarie a disposizione dell'Azienda, comprendenti il finanziamento regionale e le entrate proprie, è presente nel PAO coerentemente con le Linee per la Gestione che esplicitano i vincoli economici di cui al paragrafo A della presente relazione.

Nel corso degli ultimi anni, nell'ambito di un generale processo di efficientamento dell'azione amministrativa, il legislatore ha attribuito sempre più rilevanza ai controlli interni, con la progressiva eliminazione/riduzione dei controlli di legittimità.

E' opportuno precisare che a livello aziendale le principali articolazioni organizzative impegnate su attività di controllo in relazione al mandato affidato sono:

- SOSD controllo di gestione
- SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
- SOC Legale, Affari Generali e gestione Risorse Umane Ufficio personale ivi compreso il RPCT
- Ufficio qualità accreditamento e rischio clinico.

E' necessario precisare i sistemi di controllo interno in essere non sono supportati da sistemi informatici integrati che consentano di svolgere tali funzioni in maniera organica e strutturata.

### ***Verifica delle buone pratiche di promozione delle pari opportunità***

Si segnala che nel 2021 non era stato costituito il Comitato Unico di Garanzia.

Pertanto in ragione della necessità dell'Organismo di rilevare lo stato delle azioni introdotte, per effettuare la piena realizzazione delle pari opportunità nel lavoro e del benessere organizzativo, e permettere quindi una compiuta relazione ai fini della valutazione della performance organizzativa complessiva dell'amministrazione e della valutazione della performance individuale del dirigente responsabile si segnala la mancata realizzazione del piano delle azioni positive e quindi l'impossibile integrazione nell'ambito degli obiettivi di performance.

Al riguardo si sottolinea la necessità di un forte legame tra le dimensioni di pari opportunità, benessere organizzativo e performance delle amministrazioni. È infatti evidente che l'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e il miglioramento dell'efficienza e della qualità dei servizi non può prescindere dalla creazione di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere

organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza, anche solo morale o psichica, sui lavoratori. Sono mantenute le attività relative al mantenimento di un clima organizzativo positivo così come riportato nella relazione sulla performance anno 2021.

### ***Coinvolgimento degli stakeholder***

Nelle varie fasi del ciclo di gestione della performance vi è stato un coinvolgimento dei principali stakeholder esterni (Organizzazioni Sindacali e Utenti). E' attivo in istituto lo strumento di rilevazione della soddisfazione degli utenti mediante un questionario costruito nell'ambito del progetto INTENT (Programma dell'Europa centrale INTERREG) ed implementato dal CRO ampliando la numerosità e l'analisi per raccogliere informazioni sull'esperienza dei propri pazienti. L'obiettivo generale del progetto è quello di sviluppare e sperimentare un modello innovativo di cura del cancro per migliorare la centralità del paziente. La gestione dei reclami rappresenta un ulteriore strumento utilizzato per l'attuazione di azioni di miglioramento.

Aviano, 24 ottobre 2022

Dott.ssa Barazzutti Cristina

(firmato)

Dott.ssa Tecla Del Dò

(firmato)

Dott. Gianbattista Spagnoli

(firmato)