

**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 2019

Sommario

Premessa	1
Metodologia di lavoro	3
Funzionamento complessivo del Sistema di valutazione	3
A. Performance organizzativa	3
B. Performance individuale	8
C. Valutazioni complessive dell'OIV	10
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	11
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	12

Premessa

La presente relazione sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni del Centro di Riferimento Oncologico di Aviano relativamente all'anno 2019 è 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 evidenziando punti di forza e di debolezza dei meccanismi operativi nel loro complesso. La presente relazione ha quindi la finalità di documentare sia la correttezza dei processi di misurazione e valutazione, sia l'applicazione delle linee guida, delle metodologie e dei dettami legislativi presentando eventuali proposte per sviluppare ed integrare il Sistema di misurazione e Valutazione della Performance.

L'Organismo indipendente di valutazione (di seguito OIV) è stato nominato con deliberazioni del direttore generale nr. 171 del 14/05/2020 e nr. 282 del 06/08/2020 e si è insediato in data 24 settembre 2020.

Nell'introdurre la Relazione sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni per l'anno 2019, non si può prescindere dal delineare il complesso contesto all'interno del quale l'OIV ha operato, atteso che la sua operatività è stata fortemente condizionata dai tempi di insediamento. Purtuttavia sulla scia di quanto avviato e fatto negli esercizi precedenti dagli OIV scaduti, i componenti si sono adoperati, di concerto con l'Azienda, per corrispondere al meglio e ancora più compiutamente a quanto richiesto dalla nuova normativa intervenuta con il suddetto d.lg. n. 74 del 2017.

La relazione adotta i requisiti di stesura di cui alla delibera CIVIT (ora ANAC) 23/2013, delle indicazioni presenti nelle Linee guida per la Relazione annuale sulla performance (anno 2018) e nelle Linee guida per il Sistema di Misurazione e Valutazione della performance (anno 2017) nonché di quanto previsto dalla normativa regionale in tema di programmazione e controllo di gestione.

Gli ambiti esaminati sono i seguenti:

- A. Performance organizzativa;
- B. Performance individuale;
- C. Valutazioni complessive dell'OIV;
- D. Processo di attuazione del ciclo della performance;
- E. Infrastruttura di supporto;
- 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. Definizione e gestione degli standard di qualità;
- H. Utilizzo dei risultati del Sistema di misurazione e valutazione;
- I. Descrizione delle modalità del monitoraggio dell'OIV;
- J. Proposte di miglioramento del sistema di valutazione.

Metodologia di lavoro

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) 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 programmatici 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;
- dalla l.r. 28/2018 ha disposto una periodicità semestrale in deroga a quanto previsto dalla Legge regionale n. 26 del 10 novembre 2015.

Tale processo si articola nelle seguenti fasi:

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

La programmazione del 2019 si è inserita in un contesto economico e normativo caratterizzato:

- dalla permanenza di norme nazionali vincolanti per la Regione e per le Aziende (D.L. 6.07.2012 n.95 convertito con Legge n.135 del 7.08.2012 “Spending review”, D.L. 13.9.2012 n.158 “Decreto Balduzzi”, convertito con L. n.189 del 8.11.2012, D.L. 18.10.2012 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. n. 17 del 16.10.2014, successivamente modificata con L.R. n. 27 del 17.12.2018;
- dalla conferma anche per l’anno 2019 del sistema di finanziamento intrapreso negli anni precedenti.

Sulla base delle disposizioni normative sopracitate ed in particolare delle linee per la gestione del SSR anno 2019, il CRO ha operato all'interno dei seguenti vincoli gestionali:

- farmaceutica ospedaliera pari alla spesa 2018 in quanto l'Istituto ha registrato un incremento superiore al 2,78% sulla base dei dati registrati a ottobre 2018 rispetto al corrispondente periodo gennaio-ottobre 2017. Sono esclusi da tale ambito i vaccini e i farmaci per la cura della atrofia muscolare spinale;
- riduzione dei dispositivi medici del 3% rispetto al costo 2018;
- 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 125,0 per mille;
- 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 2018, 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.

Il percorso di predisposizione della programmazione 2019 si è realizzato attraverso la sequenza di atti di seguito esposta:

1. approvazione preliminare delle linee per la gestione del SSR nell'anno 2019 – che costituiscono il principale riferimento di programmazione attuativa per il SSR – con DGR n. 2514 del 28 dicembre 2018;
2. elaborazione da parte delle Aziende della proposta di Piano attuativo ospedaliero (PAO) 2019 e trasmissione della stessa alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità (DCS, nota prot. n. 3543/DG del 22 febbraio 2019), anche sulla base delle indicazioni per la redazione dei documenti contabili inerenti al preventivo 2019 inviate alle aziende da parte della Direzione medesima;
3. negoziazione con la Direzione centrale salute in data 7 marzo 2019, 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 2019 con DGR n. 448 del 22 marzo 2019;
5. adozione del PAO 2019 con deliberazione n. 131 del 1 aprile 2019, tenuto conto delle osservazioni trasmesse dalla DCS con mail del 20 marzo 2019;

6. approvazione del programma e del bilancio preventivo annuale consolidato da parte della Giunta regionale con DGR n. 878 del 30.05.2019, successivamente integrata e modificata con le delibere n. 1455, n. 1626, n. 1765, n. 1812, n. 2052 e n. 2092 del 2019;
7. approvazione del patto tra Regione e direttori generali degli enti del SSR, con DGR n. 1012 del 21 giugno 2019.

Il PAO 2019 di cui al punto 5 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 2019, sviluppa le progettualità per i seguenti ambiti:

- ✓ promozione della salute e prevenzione;
- ✓ assistenza distrettuale e assistenza socio-sanitaria;
- ✓ assistenza farmaceutica e assistenza integrativa;
- ✓ accreditamento;
- ✓ assistenza ospedaliera;
- ✓ rete cure sicure FVG;
- ✓ promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH;
- ✓ rapporto con i cittadini;
- ✓ sistema informativo.

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 2019 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 tenendo conto anche degli obblighi inerenti la trasparenza.

L'iter seguito è stato articolato nelle seguenti fasi:

1. mese di gennaio 2019: presentazione delle linee di budget 2019 alla direzione strategica per la validazione;
2. periodo 30.01.2019- 06.02.2019: incontri di istruttoria di budget tra i singoli responsabili dei centri di attività e un gruppo di supporto ristretto costituito dal direttore sanitario, dal direttore scientifico, dai responsabili delle SOSD direzione delle professioni sanitarie e del controllo di gestione. L'esito di

- queste riunioni è stato quello di procedere, dopo un'analisi dei dati di performance della struttura, alla definizione di una proposta di budget di obiettivi rilevanti e coerenti rispetto alla programmazione regionale, nazionale e aziendale, misurabili e correlati alle risorse assegnate;
3. periodo 04.03.2019-18.03.2019: svolgimento degli incontri di negoziazione di budget tra il comitato di budget, individuato con nota prot. 5965 del 28 marzo 2019, il singolo direttore/responsabile dei vari centri di responsabilità e il direttore di dipartimento dei dipartimenti clinici e di ricerca;
 4. periodo 18.03.2019-25.03.2019: individuazione e assegnazione degli obiettivi di budget delle strutture/uffici delle direzioni (generale, amministrativa, sanitaria e scientifica);
 5. mese di marzo 2019: trasmissione ai direttori di struttura complessa, ai responsabili di struttura semplice dipartimentale e ai referenti organizzativi infermieristici la nota del Direttore Generale prot. 5965 del 28.03.2019 avente oggetto "Budget 2019", con allegati la scheda di budget 2019 (con invito a restituirne copia firmata dal responsabile ed a comunicarne i contenuti ai collaboratori tramite firma di presa visione) e l'analisi della performance dell'ultimo triennio 2016-2018;
 6. mese di aprile 2019: approvazione del budget con delibera del direttore generale n. 145 del 09.04.2019 e trasmissione della delibera ai responsabili di budget;
 7. approvazione, con delibera n. 377 del 13.08.2019, della scheda di budget della SOSD Attività Oncologica presso il Presidio Ospedaliero di San Vito anno 2019, a seguito del conferimento dell'incarico di responsabile della SOSD (delibera n. 268 del 19.06.2019).

Le progettualità contenute nelle schede di budget contengono obiettivi quantitativi e qualitativi, rappresentano la prosecuzione delle azioni intraprese negli anni precedenti e sono coerenti con le finalità contenute nella programmazione aziendale 2019.

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

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

Per quanto riguarda il PAO, con delibera 878/2019 è stato approvato il consolidato preventivo il quale dispone che, come stabilito dalla Legge regionale n. 28/2018 e in deroga a quanto previsto al capo IV del titolo III della Legge regionale n. 26 del 10 novembre 2015 e successive modifiche e integrazioni (Disposizioni in materia di programmazione e contabilità e altre disposizioni urgenti), il processo di controllo della gestione degli enti del Servizio sanitario regionale si articola in un controllo semestrale al 30 giugno 2019:

	Al 30.06.2019 (delibera CRO n. 347 del 31.07.2019)
Risorse economiche	<input checked="" type="checkbox"/>
Manovra del personale	<input checked="" type="checkbox"/>
Progettualità aziendali	<input checked="" type="checkbox"/>

L'Istituto, nella delibera n. 347 del 31.07.2019 avente oggetto "Rendiconto economico infrannuale 1° semestre 2019 e proiezione annua", ha inserito inoltre una tabella che riporta anche il monitoraggio del piano investimenti approvato con delibera n. 525 del 29.11.2018.

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. 197 del 01.06.2020).

Per quanto riguarda il percorso di budget è stato attivato un sistema di monitoraggio periodico rivolto ai responsabili.

Gli scostamenti sono stati analizzati dalla direzione strategica con i responsabili delle strutture operative. In particolare durante l'anno si sono tenute due serie di incontri di monitoraggio e revisione di budget tra la direzione e i responsabili di budget in coerenza con quanto previsto dal documento "linee guida budget 2019". Durante questi incontri sono stati negoziati sia nuovi obiettivi sia variazioni ad obiettivi/indicatori/risultati attesi/criteri di valutazione; queste revisioni sono state approvate con delibere del direttore generale n. 377 del 13.08.2019 e n. 591 del 30.12.2019.

L'attuale OIV prende atto delle attività che sono state realizzate dal precedente OIV con particolare riferimento alle modifiche che sono riportate in allegato al verbale n. 13 del 18.12.2019 e che sono state recepite nella delibera del Direttore Generale n. 591 del 30.12.2019.

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 gerarchicamente sovraordinata sulla base degli strumenti di monitoraggio presenti in azienda o avvalendosi della documentazione prodotta dai responsabili che hanno partecipato al percorso di budget 2019.

Il processo di validazione delle risultanze delle schede di budget da parte dell'OIV si è concluso in data 24 settembre 2020, come da verbale n. 1. 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 rilevato che la valutazione è stata agita nel rispetto delle linee guida per il budget.

La valutazione annuale degli obiettivi incentivati mediante le RAR del comparto e della dirigenza è stata presentata all'Organismo nelle date del 10 e 18 dicembre 2020 (come da verbali n. 3 e n. 4).

Per l'anno 2019 le Risorse Aggiuntive Regionali sono state destinate al personale dipendente al fine di incrementare l'attività sia in ambito chirurgico che assistenziale ma soprattutto al fine di ottenere un incremento dei ricavi per sostenere e contribuire al conseguimento del pareggio di bilancio. L'Organismo prende atto che alcuni obiettivi RAR sono stati individuati tra gli obiettivi di budget prevedendo una diversa valutazione in termini di incremento percentuale.

L'OIV prende atto di questa modalità operativa e riconosce lo sforzo di individuazione per lo stesso obiettivo di due target incrementali diversi per la parte di budget e la quota parte finanziata con le RAR. L'OIV, inoltre, raccomanda di mantenere questa modalità qualora si decida di avere come riferimento lo stesso obiettivo sia di budget che di RAR.

A conclusione delle analisi effettuate, l'Organismo evidenzia che la metodologia è correttamente applicata ed invita, con riferimento ai progetti RAR, a perfezionare gli indicatori riferiti agli obiettivi di budget ed agli obiettivi incentivati con le RAR riferiti alla medesima attività specificando meglio le logiche incrementali sia in termini di fonte dati che di dotazione organica.

I risultati sono descritti e sintetizzati nella "Relazione sulla performance 2019", approvata con deliberazione n. 499 del 23.12.2020.

B. Performance individuale

L'Istituto ha consolidato il processo di valutazione della *performance* individuale come previsto dai contratti decentrati approvati con delibere del direttore generale n. 437, 441 e 447 del 27.09.2019.

Valutazione individuale della dirigenza

La valutazione individuale della dirigenza prevede l'utilizzo di una scheda di valutazione in formato Excel ed è 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 analisi sono ricompresi anche obiettivi della scheda di budget evidenziando il contributo al raggiungimento degli stessi al fine di rendere coerenti i due strumenti di valutazione individuale.

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.

Il percorso di valutazione è stato avviato in data 20.08.2020 dalla SOC Legale, Affari Generali e gestione Risorse Umane la quale ha trasmesso ai singoli responsabili il format delle schede di valutazione individuali dei collaboratori.

Durante la seduta del 27.11.2020, l'OIV, dopo aver preso atto che tutti i dirigenti hanno avuto una valutazione positiva, ha rilevato che i punteggi riportati sono sufficientemente differenziati: le schede riportano un punteggio da un minimo di 18,76 (in un solo caso) ad un massimo di 30 punti (in sei casi).

L'OIV ha raccomandato che vengano predisposti adeguati meccanismi operativi di collegamento tra l'esito della valutazione individuale ed il trattamento incentivante superando quindi l'attuale modalità che assume la performance individuale quale preconditione all'accesso della quota incentivante collegata alla performance organizzativa.

L'OIV sottolinea la necessità di rivedere gli strumenti per la valutazione della performance individuale in coerenza alle disposizioni normative nazionali, contrattuali e alle logiche organizzative aziendali che non possono prescindere dal riconoscimento/valorizzazione dell'apporto dei singoli alla performance organizzativa.

Valutazione individuale del comparto

Dal 2019 è stata introdotta una nuova scheda di valutazione individuale per il comparto che considera cinque dimensioni (impegno lavorativo, capacità nella risoluzione dei problemi, capacità di relazione verso gli utenti esterni/interni, capacità di collaborazione con i colleghi e flessibilità) per le quali il valutatore deve riportare un punteggio da 0 a 4 secondo le declinazioni riportate nella scheda.

L'OIV durante la riunione del 24.09.2020 ha preso visione delle schede e ha validato il percorso applicato che è risultato coerente alle indicazioni fornite ai valutatori con nota prot. 3159 del 19 febbraio 2019.

C. 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 2019 per sottolineare la particolare complessità del ciclo in esame, caratterizzato dalla ricaduta della revisione dell'impianto complessivo del sistema sanitario regionale.

Si precisa che la tempistica della gestione del ciclo della performance è stata condizionata dall'emergenza sanitaria Covid-19.

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'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.

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

La struttura deputata all'attuazione del ciclo è costituita dalla struttura operativa semplice dipartimentale controllo di gestione che risulta essere 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.

E. 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. 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

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 ha valutato opportuno suggerire all'RPCT la strutturazione di una procedura per assicurare l'assolvimento degli obblighi di trasparenza ed il monitoraggio 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.

La mancanza di un sistema che generi in automatico i file soggetti ad obbligo di pubblicazione nelle sezioni di Amministrazione Trasparente comporta possibili ritardi ed errori. Altra criticità è l'assenza di un sistema di alert idoneo a segnalare il mancato o tardivo aggiornamento dei dati.

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 e di certificazione del Sistema Gestione Qualità (ISO 9001:2015), con l'attivazione di programmi di miglioramento continuo della qualità e della sicurezza delle cure.

In particolare, nel 2019 l'Istituto si è impegnato su:

- la prosecuzione del programma di accreditamento internazionale secondo il modello OECl con l'implementazione delle azioni di miglioramento previste nel piano di adeguamento con l'autovalutazione e conseguenti azioni di implementazione in vista del rinnovo previsto per il 2020;
- il mantenimento della certificazione del processo di diagnosi e cura del tumore della prostata, attività afferente alla Prostate Cancer Unit dell'area pordenonese;
- il piano di adeguamento a seguito delle non conformità emerse in occasione del rinnovo dell'accREDITAMENTO JACIE per il programma trapianti di cellule staminali emopoietiche, effettuato nel 2018;
- il mantenimento con visita di sorveglianza dell'accREDITAMENTO della Breast Unit secondo lo standard EUSOMA.

H. Utilizzo dei risultati del sistema di misurazione e valutazione

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.

I. Descrizione delle modalità del monitoraggio dell'OIV

Considerato che l'OIV si è insediato in data 24 settembre 2020, le modalità di monitoraggio utilizzate 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 e RPCT.

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;
- 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;
- maggiore integrazione tra le linee di accreditamento all'eccellenza e la programmazione aziendale;
- evidenza del coinvolgimento degli stakeholder esterni.

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.

Aviano, 29 dicembre 2020

Dott.ssa Barazzutti Cristina

(firmato digitalmente)

Dott.ssa Tecla Del Dò

(firmato digitalmente)

Dott. Fabio Samani

(firmato digitalmente)