

# Azienda per l'Assistenza Sanitaria

## n. 5 "Friuli Occidentale"

Via della Vecchia Ceramica, 1 – 33170 Pordenone

PEC: [aas5.protgen@certsanita.fvg.it](mailto:aas5.protgen@certsanita.fvg.it)

### ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE

Presidente: dott. Cesarino Zago

Pordenone, 26/9/2016

## RELAZIONE SUL FUNZIONAMENTO COMPLESSIVO DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE, TRASPARENZA E INTEGRITÀ DEI CONTROLLI INTERNI RELATIVO AL CICLO DELLA PERFORMANCE – ANNO 2015

### PREMESSA

Ai sensi dell'art 14, comma 4, lettera a) del D.Lgs. n. 150/2009 l'OIV *"monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso"*.

Gli ambiti analizzati sono i seguenti:

A . *Performance* organizzativa

- 1) approvazione PAL
- 2) assegnazione del budget ai centri di responsabilità;
- 3) monitoraggio degli obiettivi;
- 4) valutazione finale dei risultati raggiunti

B . *Performance* individuale

C . Processo di attuazione del ciclo della *performance*- Struttura Tecnica Permanente (STP)

D . Infrastruttura di supporto

E . 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*

F . Definizione e gestione degli standard di qualità

G . Descrizione delle modalità del monitoraggio dell'OIV .

Per effetto delle disposizioni di cui alla L.R. 16 ottobre 2014 n. 17 “Riordino dell’assetto istituzionale e organizzativo del Servizio Sanitario Regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria” a decorrere dall’1.1.2015 è stata istituita l’AAS n. 5 “Friuli Occidentale” con contestuale soppressione dell’Azienda Ospedaliera “S. Maria degli Angeli” di Pordenone e dell’Azienda per i Servizi Sanitari n. 6 “Friuli Occidentale”.

Nel presente documento, oltre a relazionare sul processo di misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale relativa all’anno 2015 dell’AAS n. 5 “Friuli Occidentale”, si dà conto dello stato di attuazione degli adempimenti previsti dalla Legge n. 190/2012 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nelle Pubbliche Amministrazioni”, e dal D.lgs. n. 33/2013 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”.

La relazione assume quale riferimento gli ambiti indicati nella delibera n. 23/2013 dell’ANAC “Linee guida relative agli adempimenti di monitoraggio e alla Relazione dell’OIV sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni”.

La performance è un concetto introdotto dal citato D.Lgs 150/09 che assume il significato di contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un soggetto (organizzazione, unità organizzativa, gruppo d’individui, singolo individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l’organizzazione è stata costituita.

Nell’Azienda, la performance va misurata:

- a livello complessivo aziendale rispetto all’efficace raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali (performance aziendale), sui quali viene valutata la Direzione Generale;
- a livello di singolo Dipartimento, Struttura Complessa e Struttura Semplice dipartimentale, individuata come centro di responsabilità (performance organizzativa) ;
- a livello di singolo dipendente afferente all’area contrattuale sia della dirigenza che del comparto (performance individuale).

Nel rispetto dei principi individuati dal decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e dalla deliberazione n.112/2010 della Commissione per la Valutazione, la Trasparenza, e l’integrità delle amministrazioni “Struttura e modalità di redazione del Piano della performance” (articolo 10, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150), il ciclo della performance assume le caratteristiche specifiche indicate dalla normativa regionale.

## **A. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

Le fasi del processo relativo alla performance organizzativa possono così essere riassunte:

- 1) approvazione PAL

- 2) percorso di budget;
- 3) monitoraggio degli obiettivi;
- 4) valutazione finale dei risultati raggiunti.

## **1) Approvazione PAL 2015**

Si riporta sinteticamente l'articolazione del processo di programmazione e controllo del SSR come disciplinato dalla L.R. n. 49/1996 e dalla L.R. n. 23/2004 e smi.

Nell'ambito degli obiettivi fissati dal Piano sanitario e sociosanitario regionale e dalle linee annuali di gestione emanate dalla Giunta regionale ai sensi dell'articolo 12, comma 2, della legge regionale 49/1996, il Direttore generale dell'Azienda, in coerenza con il suo mandato, predispone la proposta di PAL, che deve essere condivisa a livello di Area Vasta, e la presenta alla Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria regionale al fine di acquisirne il parere obbligatorio prima della negoziazione con la Direzione Centrale Salute.

Il Piano attuativo locale (PAL) è lo strumento attraverso il quale vengono attuate le strategie regionali e aziendali.

Il PAL esplicita a livello di Azienda e di struttura operativa le scelte frutto del processo di programmazione annuale. Il programma annuale evidenzia a livello di Azienda e di struttura operativa:

- a) obiettivi annuali e politiche gestionali;
- b) interventi su: struttura organizzativa, processi operativi e direzionali, risorse;
- c) dinamiche del personale;
- d) investimenti da effettuare nell'anno, loro valutazione e modalità di finanziamento.

Sulla base delle Linee annuali per la gestione del SSR, DGR n. 394/2015 e delle Indicazioni Metodologiche ed Operative per la Redazione dei Piani attuativi locali (PAL), l'Azienda ha adottato il PAL 2015 con decreto del Direttore Generale n. 183 del 31/3/2015.

## **2) Percorso di budget**

Il percorso di budget, che funge da guida e da strumento di controllo di gestione per l'Azienda, ed è riferito all'esercizio corrente, evidenzia gli obiettivi operativi assegnati ai diversi responsabili, sulla base delle risorse umane tecniche, strumentali e finanziarie disponibili, a seguito del percorso di predisposizione del PAL, per il loro raggiungimento.

L'AAS 5 adotta il sistema di budget quale strumento che consente l'attribuzione di obiettivi e di risorse ai centri di responsabilità (in sede di programmazione) e la verifica dei risultati (in sede di rendicontazione).

I budget sono negoziati con i singoli Dipartimenti e Strutture aziendali e vengono periodicamente monitorati dalla funzione di controllo di gestione.

Nell'articolazione organizzativa dell'Azienda vengono identificate due diverse tipologie di Centro di responsabilità: Centri di responsabilità di attività (coincidenti con i dipartimenti, le strutture complesse e le strutture semplici dipartimentali) sia in ambito sanitario che amministrativo/tecnico e Centri di responsabilità di risorsa (uffici/servizi amministrativi).

#### **a) Centro di responsabilità di attività**

Sono le articolazioni aziendali deputate allo svolgimento dei servizi istituzionali caratteristici dell'Azienda (in particolare le attività sanitarie).

Tali strutture sono responsabili dell'efficacia ed efficienza delle attività produttive, hanno autonomia e responsabilità relativamente all'utilizzo e all'organizzazione delle risorse assegnate (personale, beni e servizi), esclusa qualsiasi forma di discrezionalità relativa alle modalità di acquisizione delle stesse.

#### **b) Centro di responsabilità di risorsa**

Sono le articolazioni aziendali deputate a gestire l'acquisizione delle risorse necessarie all'espletamento delle attività istituzionali (in particolare gli uffici amministrativi).

Tali strutture sono responsabili del processo di acquisizione delle risorse che dovranno essere utilizzate dai centri di attività e dai vincoli gestionali di cui alle linee per la gestione del SSR,

I responsabili dei Centri di risorsa devono curare la previsione della quantità e della qualità, l'acquisizione al migliore rapporto qualità/prezzo, la razionalizzazione, lo sviluppo e la dismissione delle risorse di competenza, senza interferire sulle modalità di utilizzo di questi fattori che spettano ai responsabili dei Centri di attività, fatte salve le indicazioni derivanti dalla ragionevolezza e dal buon andamento amministrativo.

Salva la competenza del Dipartimento per i Servizi Condivisi/EGAS, i responsabili dei Centri di risorsa, nel rispetto della normativa vigente e nei limiti della programmazione regionale e aziendale e del budget annualmente determinato.

La sommatoria dei costi previsti per i centri di attività e di risorsa dovrà trovare corrispondenza nel totale del budget previsto a livello generale d'Azienda nel conto economico preventivo.

A ciascun Centro di responsabilità viene annualmente attribuito, previa negoziazione, un budget specifico (di attività e/o di risorsa) e le connesse responsabilità di raggiungimento degli obiettivi prefissati.

La scheda di budget contiene, in particolare, gli obiettivi da realizzare in un determinato arco temporale (anno solare), le risorse da impiegare e le attività da compiere, ed individua opportuni indicatori utili a verificare il grado di realizzazione degli obiettivi stessi.

La scheda Budget dei Centri di responsabilità di attività/risorsa è articolata in obiettivi economici, obiettivi di rilevanza regionale (contenuti nel PAL), obiettivi di rilevanza aziendale e obiettivi gestionali.

Correlato alla scheda di budget è il sistema premiante di valutazione del personale secondo gli accordi integrativi aziendali che definiscono le modalità erogazione delle retribuzione di risultato e del premio per la qualità delle prestazioni individuali (ai sensi e per gli effetti dei cui all'art. 4 del CCNL 3.11.2005 e s.m. e i.) e distribuzione delle Risorse Aggiuntive Regionali (RAR) siglati per la Dirigenza Medica e la Dirigenza Sanitaria e delle Professioni Sanitarie e Professionale Tecnica ed Amministrativa, nonché accordi per l'erogazione della produttività collettiva e premio per la qualità delle prestazioni individuali (ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 4 c.2 del CCNL 7.4.1999), fondo del Direttore Generale per le emergenze e criticità aziendali, distribuzione delle Risorse Aggiuntive Regionali siglati per il comparto.

Gli accordi sono stati siglati in data 2/10/2015 dalle OO.SS. per l'Area della Dirigenza Sanitaria e delle Professioni Sanitarie e Professionale Tecnica ed Amministrativa e per l'Area della Dirigenza Medica e per l'Area Comparto in data 20/10/2015.

Gli obiettivi incentivati sono finalizzati: all'incremento dell'efficienza quali/quantitativa del sistema ed all'ottimizzazione dei fattori di produzione; al miglioramento dell'efficacia del sistema (out come sull'utenza interna ed esterna), garantendo adeguati standard di qualità; al miglioramento e all'evoluzione organizzativa dei servizi, anche in funzione dell'adeguamento ai nuovi strumenti tecnologici.

Vengono identificati a tal fine, le seguenti tipologie di obiettivi:

- a) generali
- b) specifici
- c) strategici

Obiettivi generali coincidono di norma con quanto previsto dai contratti collettivi nazionali e coinvolgono tutto il personale dirigente e comparto.

Obiettivi specifici coincidono di norma con gli obiettivi di cui alle intese sulle RAR.

Obiettivi strategici coincidono di norma con gli obiettivi a valenza strategica per la Direzione Generale e possono essere individuali o di equipe e sono identificati direttamente dal Direttore Generale, anche al di fuori del processo di budget.

Gli obiettivi incentivati generali, assegnati ai Centri di Attività, sono di norma individuati all'interno del percorso di budget.

Il sistema premiante collega la corresponsione della retribuzione di risultato/produttività collettiva ad un sistema di valutazione che riguarda:

- a) il grado di raggiungimento dell'obiettivo
- b) l'apporto individuale del dirigente/personale del comparto
- c) l'esercizio di funzioni gestionali per i dirigenti responsabili.

### 3) Monitoraggio degli obiettivi

Gli obiettivi di PAL sono rendicontati e inviati alla Direzione Centrale Salute, Integrazione Sociosanitaria e Politiche sociali al:

- 31 luglio: stato di avanzamento primo semestre
- 30 aprile dell'anno successivo: relazione sulla gestione del Direttore Generale per il Bilancio Consuntivo.

Nel corso dell'anno, in sede di consolidato preventivo, sono stati modificati alcuni obiettivi di PAL e conseguentemente in sede di monitoraggio sono effettuate le relative modifiche.

La S.C. Programmazione, Controllo, Qualità, Accredimento e Risk Management ha svolto, nel corso dell'anno, il monitoraggio delle schede di budget con frequenza:

- mensile per l'andamento dei costi dei beni di consumo;
- semestrale per il monitoraggio dello stato di avanzamento degli obiettivi generali assegnati nelle schede di budget;
- incontri periodici con le U.O. per valutazione sulle criticità di raggiungimento degli obiettivi e sugli indicatori sia di processo che di risultato.

La Programmazione, Controllo, Qualità, Accredimento e Risk Management garantisce le attività di valutazione per le seguenti tipologie di obiettivi:

- Volumi di attività (ambulatoriale, ricovero)
- Consumi
- Indicatori rischio clinico (es. valutazione del dolore, rischio di cadute, tasso di infezioni del sito chirurgico, ecc).

I dati gestionali e prestazionali vengono resi disponibili (con periodicità anche mensile in alcuni casi) anche attraverso il sito intranet aziendale.

Altri indicatori vengono monitorati dal livello regionale (es. completezza della cartella endoscopica, screening).

A completamento del monitoraggio, i singoli responsabili predispongono la documentazione a supporto.

### 4) Valutazione finale dei risultati raggiunti

L'attività valutativa è avviata attraverso la presentazione della relazione degli obiettivi da parte dei responsabili dei Centri di responsabilità di attività/risorsa, cui segue la fase istruttoria da parte della S.C. Programmazione, Controllo, Qualità, Accredimento e Risk Management. La proposta di valutazione così determinata è stata convalidata dalle direzioni sanitaria e amministrativa ed è stata presentata all'OIV nella seduta del 26/9/2016. L'OIV, dopo una ricognizione generale sui dati aggregati, ha effettuato una valutazione puntuale a campione sulle diverse performance.

## B. PERFORMANCE INDIVIDUALE

Gli accordi siglati dalle OO.SS. hanno previsto una valutazione della performance individuale per tutti i dipendenti: dirigenti e comparto.

La tipologia di compensi individuali che consegue, per la dirigenza, è la seguente:

- a) quota base obiettivi generali
- b) quota integrativa obiettivi generali riferita:
  - per i direttori di Dipartimento, SOC, SOS Dip. e SOS Centri di Attività (CdA) – al rispetto del budget economico assegnato ed agli obiettivi gestionali;
  - per i dirigenti alla valutazione sull’apporto individuale al raggiungimento degli obiettivi
- c) quota obiettivi specifici;
- d) quota obiettivi strategici.

La quota base è distinta per tipologia di incarico, mentre la quota integrativa è attribuita ai dirigenti in relazione alla valutazione del proprio responsabile sulla base dell’apporto individuale degli stessi alla realizzazione degli obiettivi ed è articolata su quattro livelli, per l’attribuzione di un numero crescente di quote economiche.

La tipologia di compensi individuali per il comparto, è la seguente:

- a) obiettivi generali
  - quota base riferita alla categoria di inquadramento
  - quota integrativa obiettivi generali riferita alla valutazione sull’apporto individuale al raggiungimento degli obiettivi
- b) quota obiettivi specifici;
- c) quota obiettivi strategici.

La quota base spetta a tutti i dipendenti, la quota integrativa è attribuita in relazione all’apporto individuale al raggiungimento degli obiettivi ed è articolata su quattro livelli, per l’attribuzione di un numero crescente di quote economiche.

Nel 2015 l’Azienda ha dato attuazione all’istituto “della quota integrativa” con la compilazione delle diverse schede. L’OIV nella seduta del 29 luglio e in seguito alla relazione sul “percorso aziendale dell’introduzione dell’istituto della quota integrativa” ha concluso la propria valutazione rinviando la valutazione per i ricorsi in atto.

### **C. PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE-STRUTTURA TECNICA PERMANENTE (STP)**

La S.C. Programmazione, Controllo, Qualità, Accredimento e Risk Management assicura le attività di supporto all'intero percorso di valutazione. La struttura permanente si avvale a sua volta della collaborazione della Struttura del Personale nonché del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e del Responsabile della Trasparenza.

### **D. INFRASTRUTTURA DI SUPPORTO**

La S.C. Programmazione, Controllo, Qualità, Accredimento e Risk Management utilizza sistemi informativi e sistemi informatici per misurare gli obiettivi economici e di attività, attraverso l'utilizzo di applicativi INSIEL (portale direzionale verticali: business objects consumi, ricoveri, farmaceutica, ambulatoriale).

Nell'anno 2015 è stato utilizzato, per gli obiettivi gestionali, un sistema di monitoraggio integrato (S.S. Formazione, la S.C. Politiche del personale e Servizio Informatico) per la rilevazione dei crediti formativi del personale con obbligo ECM, mentre è in fase di ulteriore implementazione e perfezionamento, da parte della S.C. Politiche del personale, la rilevazione della fruizione da parte del personale di almeno 32 gg di congedo ordinario.

### **E. 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**

Il sistema informativo di supporto alla pubblicazione dei dati previsti dal piano della trasparenza è fornito da Insiel e presenta due sezioni diverse per le precedenti aziende. Dal 2015 entrambe vengono alimentate in modo uniforme.

Il Programma triennale per la Trasparenza ed Integrità anno 2015-2017 è stato adottato con decreto n. 58 del 30/1/2015 ed è stato pubblicato sul sito internet "Amministrazione Trasparente" nella sezione "Disposizioni Generali" sotto sezione "Programma per la Trasparenza e l'Integrità".

Lo stato di attuazione del suddetto Piano è stato presentato all'OIV in data 26/9/2016 ed è riportato nella tabella E dell'allegato 1 alla presente relazione.

### **F. DEFINIZIONE E GESTIONE DEGLI STANDARD DI QUALITÀ**

In Regione da anni è consolidato un programma regionale di governo clinico e della sicurezza delle cure.



Nell'ambito del programma di qualità e sicurezza, semestralmente viene realizzato il monitoraggio sulla qualità della documentazione clinica che accompagna i pazienti nei processi clinico-assistenziali.

In tema di sicurezza del paziente e di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza, è stato svolto il monitoraggio riferito a:

- Infezioni vie respiratorie in pazienti con ventilazione meccanica
- Infezioni sito chirurgico
- Adeguatezza della profilassi antibiotica perioperatoria
- Pratica dell'igiene delle mani

Sono stati valutati i seguenti indicatori regionali:

- valutazione iniziale del dolore;
- valutazione quotidiana del dolore;
- valutazione rischio lesioni da decubito;
- valutazione rischio cadute;
- sicurezza del farmaco: completezza (compilazione di ogni parte) del foglio unico di terapia;
- presenza e completezza (compilazione di ogni parte) del consenso informato chirurgico;
- presenza e completezza (compilazione di ogni parte) del consenso informato anestesiologicalo;
- completezza (compilazione di ogni parte) della check list chirurgica;
- polifarmacoterapia nell'anziano fragile.

Nell'anno 2015 è stato effettuato, a livello regionale, un percorso di revisione degli indicatori di esito delle cure sulla base degli standard previsti dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

Attualmente le Regioni che partecipano al network sono: Basilicata, Emilia Romagna, Liguria, Marche, P.A. Trento, P.A. Bolzano, Toscana, Umbria, Veneto e Friuli Venezia Giulia.

Questo Sistema di valutazione delle performance, risponde all'obiettivo di fornire a ciascuna regione una modalità di misurazione, confronto e rappresentazione della performance delle aziende sanitarie tra regioni differenti.

In ottica multidimensionale i risultati conseguiti dalle aziende sanitarie delle Regioni sono stati analizzati secondo sei dimensioni di analisi, per un totale di 130 indicatori, di cui 80 di valutazione e 50 di osservazione, volti a descrivere e confrontare, tramite un processo di benchmarking, varie dimensioni della performance del sistema sanitario: lo stato di salute della popolazione, la capacità di perseguire le strategie regionali, la valutazione sanitaria, la valutazione dell'esperienza dei cittadini e dei dipendenti, ed infine la valutazione della dinamica economico-finanziaria e dell'efficienza operativa.

I risultati sono rappresentati tramite uno schema a bersaglio, che offre un immediato quadro di sintesi sulla performance ottenuta dalla regione/azienda sulle dimensioni del sistema ed in particolare sui punti di forza e di debolezza. Il confronto avviene sia a livello regionale che delle aziende territoriali, ospedaliere e ospedaliero-universitarie.

Alcuni di questi indicatori sono stati utilizzati nelle linee per la gestione del SSN 2015 per la definizione degli obiettivi delle linee progettuali contenute nel PAL 2015.

#### **G. DESCRIZIONE DELLE MODALITÀ DEL MONITORAGGIO DELL'OIV**

**L'allegato 1**, esplicita gli elementi/criteri di monitoraggio sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni relativo al ciclo della performance anno 2015 dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale".

**L'allegato 2** è relativo al monitoraggio sull'assegnazione degli obiettivi organizzativi e individuali relativo al ciclo della performance in corso.

Data, 26/9/2016

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Cesarino Zago', is written over a horizontal line. The signature is stylized and cursive.

Presidente: dott. Cesarino Zago