

Azienda per l'Assistenza Sanitaria

n. 5 "Friuli Occidentale"

Via della Vecchia Ceramica, 1 – 33170 Pordenone

PEC: aas5.protgen@certsanita.fvg.it

ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE

Presidente: prof. SILVIO BRUSAFERRO

Pordenone, 01 agosto 2019

RELAZIONE SUL FUNZIONAMENTO COMPLESSIVO DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE, TRASPARENZA E INTEGRITÀ DEI CONTROLLI INTERNI RELATIVO AL CICLO DELLA PERFORMANCE – ANNO 2018

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 .

Nel presente documento, oltre a relazionare sul processo di misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale, relativa all'anno 2018 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”.

Il ciclo della performance è un concetto introdotto dal citato D.Lgs. 150/2009 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.

Va tuttavia ricordato che sin dal 1996, con la L.R. 49 “Norme in materia di programmazione, contabilità e controllo del Servizio sanitario regionale e disposizioni urgenti per l’integrazione socio-sanitaria” la Regione Friuli Venezia Giulia aveva definito lo svolgimento delle attività di programmazione e controllo del Servizio Sanitario Regionale.

Nel rispetto dei principi individuati dal D.Lgs. 150/2009 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”, il ciclo della performance nell’Azienda AAS n. 5 “Friuli Occidentale” assume le caratteristiche specifiche indicate dalla normativa regionale.

In particolare, in azienda la performance viene misurata:

- a livello complessivo aziendale rispetto all’efficace raggiungimento degli obiettivi di PAL 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).

A. PERFORMANCE AZIENDALE E ORGANIZZATIVA

Le fasi del processo relativo alla performance aziendale e 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 2018

IL PAL 2018 è stato redatto nel rispetto dei principi generali caratterizzanti la programmazione regionale di cui alla D.G.R. n. 2667 del 28.12.2017 recante "LR 49/1996 art. 12 - Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario Regionale per l'anno 2018: approvazione preliminare", alla D.G.R. n. 185 del 02.02.2018 recante "LR 49/1996 art. 12 - Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario Regionale per l'anno 2018: approvazione definitiva" e alla D.G.R. n. 725 del 21.03.2018 recante "DGR 185/2018: LR 49/1996 art. 12 - Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario Regionale per l'anno 2018: approvazione definitiva – Integrazioni e modifiche".

Il documento contiene l'evidenza dei livelli attuativi programmati all'interno dell'Azienda in un'ottica di continuità con l'anno 2017, assicurando i necessari raccordi tra il percorso di programmazione attuato ed il grado di conseguimento/consolidamento delle diverse linee di attività poste dalla Direzione Centrale.

Relativamente al Bilancio preventivo, il documento è stato predisposto in conformità alle Linee annuali per la gestione del SSR 2018 e alle indicazioni regionali di cui alla nota prot. n. 60405/P del 23/03/2018, secondo lo schema e le disposizioni del D.Lgs n. 118/2011.

Nel corso del 2018 la manovra dell'Azienda è stata principalmente influenzata e caratterizzata, come esplicitato nel documento dal completamento del riordino dell'assetto istituzionale ed organizzativo del SSR conseguente all'applicazione della L.R. 16 ottobre 2014, n. 17

Con Decreto del Direttore Generale n. 276 del 29/03/2018 è stato adottato Piano Attuativo Locale (PAL) e bilancio preventivo per l'anno 2018.

Il Piano attuativo locale (PAL) 2018 esplicita a livello aziendale le progettualità riguardanti:

- Progetti di riorganizzazione delle funzioni
- Promozione della Salute e Prevenzione
- Assistenza distrettuale
- Assistenza farmaceutica e assistenza integrativa
- Assistenza sociosanitaria

- Progetti clinici assistenziali
- Rapporti con i cittadini

Il PAL evidenzia inoltre le strategie inerenti la gestione del personale sia in termini di rispetto dei vincoli che di consistenza della dotazione organica, di copertura degli incarichi e di modalità per l'esternalizzazione dei servizi.

Il documento è composto da:

- a) programma annuale;
- b) bilancio economico preventivo annuale 2018 composto da:
 - conto economico preventivo gestione sanitaria;
 - conto economico preventivo gestione servizi sociali in delega;
 - conto economico preventivo consolidato;
 - rendiconto finanziario preventivo

2) Percorso di budget 2018

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 stati negoziati con i singoli Dipartimenti e Strutture aziendali a partire dal mese di marzo 2018 e le schede di Budget sono state sottoscritte dalle parti entro giugno 2018.

La scheda di budget contiene, in particolare, gli obiettivi da realizzare nell'anno, 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 è articolata in obiettivi economici, obiettivi di rilevanza regionale (contenuti nel PAL), obiettivi di rilevanza aziendale e obiettivi gestionali.

La gestione per budget rappresenta lo strumento per il collegamento del sistema premiante alle attività in relazione alle risorse destinate alla produttività collettiva per il comparto ed alla retribuzione di risultato per la dirigenza

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 (outcome 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.

Le intese locali prevedono le seguenti tipologie di obiettivi:

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

Obiettivi generali 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 percorso di budget.

3) Monitoraggio degli obiettivi

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

- 31 maggio e 30 settembre: stato di avanzamento primo e secondo quadrimestre (decreto legislativo 118/2011)
- 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 si sono effettuate le relative modifiche.

La S.C. Programmazione attuativa e Controllo direzionale 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.

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 stata 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 e Controllo. La proposta di valutazione così determinata è stata convalidata dalle Direzioni Sanitaria e Amministrativa ed è stata presentata all'OIV nella seduta del 26/06/2019.

L'OIV, dopo una ricognizione generale sui dati aggregati, ha effettuato una valutazione puntuale a campione sulle diverse performance.

L'OIV ha validato nella stessa seduta la Relazione sulla 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 ne consegue, per la dirigenza, è la seguente:

- a) quota base obiettivi generali distinta per tipologia di incarico
- b) quota integrativa obiettivi generali riferita:
 - per i direttori di Distretto, di Dipartimento, SOC, SSD – 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.

Al fine di collegare la performance organizzativa con quella individuale, è stato confermato anche per il 2018 il regolamento triennale per la corresponsione della retribuzione di risultato per la dirigenza e alla produttività collettiva e miglioramento dei servizi per il comparto (Conferma disciplina sistema incentivante 2016-2018 Integrazione anno 2018 sottoscritto il 31/05/2018 Area del Comparto, il 27/06/2018 Area della Dirigenza Medica e Veterinaria ed il 5/06/2018 Area della

Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa) che prevede la corresponsione della quota integrativa attribuita ai dipendenti in relazione alla valutazione dell'apporto individuale degli stessi alla realizzazione dell'obiettivo, avuto riguardo ai seguenti elementi:

- a) il grado di raggiungimento dell'obiettivo
- b) l'apporto individuale del singolo (dirigente o personale del comparto) nel conseguimento degli obiettivi
- c) l'esercizio di funzioni gestionali per i dirigenti responsabili.

La valutazione è effettuata dal Responsabile e si articola su quattro livelli per l'attribuzione di un numero crescente di quote economiche:

- A) l'apporto individuale all'ottenimento del risultato è in linea con responsabilità, abilità e competenze di base previste per il profilo di appartenenza. A questo livello corrisponde l'erogazione della quota base senza ulteriori quote integrative.
- B) l'apporto individuale nell'ottenimento del risultato corrisponde pienamente alle responsabilità, abilità e competenze del profilo di appartenenza. L'espletamento delle funzioni avviene, inoltre, garantendo un sufficiente grado di collaborazione, impegno e disponibilità in modo tale che il contributo dato alla realizzazione dell'obiettivo sia superiore a quello del punto a). A questo livello corrisponde una quota economica integrativa.
- C) l'apporto individuale all'ottenimento del risultato corrisponde pienamente alle responsabilità, abilità e competenze del profilo di appartenenza, risolvendo spesso le criticità operative non routinarie, in modo tale che il contributo dato alla realizzazione dell'obiettivo sia superiore al punto b). L'espletamento delle funzioni avviene, inoltre, garantendo un buon grado di collaborazione e di impegno. A questo livello corrispondono due quote economiche integrative.
- D) l'apporto individuale all'ottenimento del risultato è eccellente, posto che riesce a massimizzare la propria produttività, autoregolandola in funzione degli obiettivi specifici e delle priorità complessive. Nella realizzazione delle attività rispetta sempre i tempi, garantendo un servizio/prodotto quali-quantitativamente apprezzabile, superiore a quello dei punti precedenti. L'espletamento delle funzioni avviene, inoltre, garantendo piena e costante collaborazione nonché elevato impegno. A questo livello corrispondono tre quote economiche integrative.

Nei riguardi di questa metodologia, che nasce indubbiamente con la finalità di valorizzare il dipendente e premiare il merito, l'OIV ha rilevato nel corso del triennio qualche criticità, messa in luce in particolare dai ricorsi dei dipendenti che l'OIV ha analizzato. Tali criticità possono essere ricondotte principalmente a due ambiti:

- il sistema prevede un “gioco a somma zero” per cui a fronte di una valutazione che supera la media (es. C) deve corrispondere una valutazione sotto la media (A). Questo fa sì che il benchmark della performance non sia “storico” (performance dell’anno in corso rispetto all’anno precedente), ma trasversale (performance di un dipendente rispetto ad un altro). Quindi può accadere che un dipendente veda abbassata la propria valutazione non perché la propria performance sia diminuita, ma perché è aumentata quella degli altri dipendenti. Se da un lato un tale sistema sprona al miglioramento continuo, dall’altro può generare incomprensioni, perché mentre un dipendente ha percezione della propria performance storica, non ha invece informazioni sulla valutazione data ai colleghi.
- La descrizione del livello di performance corrispondente alle 4 fasce ha in qualche occasione creato delle difficoltà ai valutatori di prima istanza, in quanto alcuni passaggi risultano soggettivamente interpretabili (ad esempio dove si dice “il contributo dato alla realizzazione dell’obiettivo sia superiore a quello del punto a”). A sostegno dei valutatori e dell’omogeneità delle valutazioni, si potrebbe intervenire con alcune precisazioni dei 4 livelli, magari dettagliandole a seconda dei macro-contesti.

Inoltre il sistema di valutazione individuale così come strutturato ha una particolare ricaduta anche sulla progressione di carriera ed è una ulteriore motivazione al ricorso.

Si ricorda infatti che il valutato può presentare istanza di ricorso avverso la valutazione entro 15 giorni dalla presa visione della scheda. Nell’istanza dovrà specificare chiaramente gli aspetti della valutazione oggetto di ricorso e le motivazioni. Durante il procedimento di ricorso può chiedere di farsi assistere da un rappresentante sindacale o da altra persona di fiducia. Competente per la valutazione di 2^a istanza è l’Organismo Indipendente di Valutazione, che procede, di norma, nella prima seduta utile successiva alla richiesta del valutato. Il procedimento di ricorso deve risultare a verbale e deve tenere conto delle motivazioni del valutato e del valutatore.

Riguardo alla procedura di gestione dei ricorsi, l’OIV ha più volte sottolineato nei verbali come la sua valutazione di 2° istanza non possa che essere di tipo tecnico-formale. L’OIV infatti ha le competenze per esprimere un parere sull’osservanza del regolamento aziendale nell’attribuzione della valutazione, ma non possiede gli elementi per entrare nel merito della valutazione. Si suggerisce pertanto all’Azienda di considerare l’istituzione, per la valutazione di 2° istanza, di un “collegio tecnico” che, per la sua composizione, possa entrare maggiormente nel merito della valutazione.

Per direttori di Dipartimento, Distretto, S.C., S.S.D. l’attribuzione della quota integrativa è collegata al rispetto del budget economico assegnato ed agli obiettivi gestionali.

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.

L'OIV ha concluso la propria valutazione nella seduta del 26/06/2019, relativamente agli obiettivi generali ed individuali, sintetizzati nella relazione sulla performance validata nella stessa seduta.

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

La S.C. Programmazione e Controllo ha assicurato le attività di supporto all'intero percorso di assegnazione, monitoraggio e valutazione del ciclo della performance. La struttura permanente si è avvalsa a sua volta della collaborazione della Struttura del Personale nonché del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

D. INFRASTRUTTURA DI SUPPORTO

La S.C. Programmazione e Controllo 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).

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 Piano aziendale anticorruzione 2016-2018 - aggiornamento 2018 è stato adottato con decreto n. 88 del 30/01/2018 ed è stato pubblicato sul sito internet "Amministrazione Trasparente" nella sezione "Disposizioni Generali" sotto sezione "Programma per la Trasparenza e l'Integrità".

È stato presentato all'OIV nella seduta del 30 maggio 2019. Nella stessa seduta l'OIV ha proceduto alla verifica prevista dall'allegato 2) della delibera ANAC 236/2017 relativa all'assolvimento degli obblighi di pubblicazione"

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

Il sistema informativo di supporto alla pubblicazione dei dati previsti dal piano della trasparenza è fornito da INSIEL.

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:

- Adeguatezza della profilassi antibiotica perioperatoria
- Pratica dell'igiene delle mani
- Corretto utilizzo degli antibiotici (antimicrobial stewardship)

Sono stati valutati i seguenti indicatori regionali:

- valutazione iniziale del dolore;
- valutazione quotidiana del dolore;
- rivalutazione del dolore;
- valutazione cadute accidentali;
- 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.

Anche nel 2018 sono stati utilizzati, nelle linee di gestione del SSR 2018 per la definizione degli obiettivi delle linee progettuali contenute nel PAL 2018, degli indicatori di esito delle cure sulla base degli standard previsti sia dal PNE (Piano Nazionale Esiti) sia dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa .

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.

G. DESCRIZIONE DELLE MODALITÀ DEL MONITORAGGIO DELL'OIV

L'OIV, nominato con decreto n. 309 del 27/05/2015, ha costantemente monitorato il funzionamento complessivo del sistema di valutazione e trasparenza per l'anno 2018, come sintetizzato nella presente relazione e descritto nel verbale n. 1 del 5/04/2018. L'OIV, scaduto il 29/06/2018, è stato prorogato con decreto del Direttore Generale n. 545 del 17/07/2018 vista la necessità di garantire l'espletamento degli adempimenti programmati. Si è quindi riunito in data 7/08/2018.

A seguito delle previste procedure è stato nominato il nuovo OIV con decreto n. 370 del 02.05.2019. Nelle sedute del 26/06/2019 e del 01/08/2019 ha, quindi, concluso il monitoraggio del ciclo della performance 2018. In ragione di ciò, la stesura conclusiva della relazione sul funzionamento è stata effettuata oltre i termini previsti.

Si rimanda per ulteriori dettagli agli allegati:

- **allegato 1**, che 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 2018 dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale".
- **allegato 2**, relativo al monitoraggio sull'assegnazione degli obiettivi organizzativi e individuali relativo al ciclo della performance in corso.

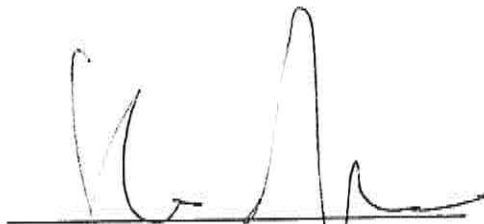
PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO

Per quanto riguarda la metodologia della valutazione individuale si rimanda a quanto già espresso nella sezione dedicata.

Per quanto riguarda la valutazione della performance organizzativa si raccomanda:

- che, sia in fase di assegnazione sia di valutazione, la performance del dirigente sia correlata alla performance dei collaboratori;
- di individuare ex ante i criteri di valutazione con particolare riferimento ad eventuali margini di tolleranza.

Pordenone, 01/08/2019



Presidente: prof. Silvio Brusaferrò