

Istituto di Ricovero e Cura
a Carattere Scientifico
materno – infantile
“Burlo Garofolo”
Trieste

**Relazione dell’OIV
sul funzionamento
complessivo del
Sistema di Valutazione,
Trasparenza e Integrità
dei controlli interni**

Anno 2017

INDICE

Presentazione	3
A. Performance organizzativa	4
B. Performance individuale	5
C. Processo di attuazione del ciclo della performance	6
D. Infrastruttura di supporto	6
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	6
F. Definizione e gestione degli standard di qualità	9
G. Benessere organizzativo	12
H. Utilizzo dei risultati del sistema di misurazione e valutazione	13
I. Descrizione delle modalità di monitoraggio dell'OIV	13
Allegato A Scheda di budget 2017	
Allegato B Scheda di valutazione individuale.....	

Presentazione

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) dell'Irccs Burlo Garofolo di Trieste redige - ai sensi dell'art. 14, comma 4, lettera a) del D.Lgs. n. 150/2009 sulla scorta degli elementi informativi forniti dalla SSD Programmazione e controllo di gestione, dalla SSD Politiche del Personale e dalle altre strutture aziendali coinvolte la presente Relazione sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni con riferimento all'anno 2017.

I componenti dell'OIV sono stati nominati con decreto del Direttore Generale n. 92 del 17 settembre 2015. L'OIV si è formalmente insediato in data 5 ottobre 2015. Il dott. Carlo Matterazzo, presidente, ha inviato le proprie dimissioni a far data dal 1/1/2017 ed è stato sostituito dal dott. Eugenio Possamai, nominato con decreto del Direttore Generale n. 9 del 15 febbraio 2017.

Avvio del ciclo delle performance

Il ciclo delle performance può essere definito come il meccanismo operativo con il quale l'azienda formula e articola gli obiettivi aziendali fino alla declinazione degli stessi in obiettivi individuali e crea le condizioni informative per garantirne il perseguimento. Il sistema si articola in quattro fasi fondamentali: 1. programmazione, 2. formulazione del budget, 3. svolgimento e misurazione dell'attività, 4. reporting e valutazione finale.

Il ciclo della performance ed il funzionamento del processo di budget è stato formalizzato con decreto n. 51 del 11/4/2017; nel corso del 2017 sono state pertanto rispettate le diverse fasi e responsabilità in esso definite.

Il **monitoraggio intermedio** sullo stato di avanzamento degli obiettivi, è stato svolto nei mesi di agosto e settembre, con il supporto della SSD Programmazione e controllo e della Direzione Sanitaria/Medica. L'esito del monitoraggio è stato comunicato ai responsabili delle strutture aziendali e presentato all'OIV nel corso della seduta dd. 16/10/2017. L'OIV ha preso atto degli esiti, constatando che la gran parte degli obiettivi risulta in linea e tutte le strutture sono state opportunamente avvisate dell'avvenuto monitoraggio, con l'invito a prenderne visione nello specifico software aziendale.

Il **monitoraggio finale** sul raggiungimento degli obiettivi si sta svolgendo nel mese di aprile e proseguirà nei mesi di maggio e giugno 2018, con la raccolta dell'eventuale documentazione a supporto.

Come indicato nella delibera CIVIT n. 23/2013, la stesura della Relazione risponde ai principi di trasparenza, attendibilità, ragionevolezza, evidenza e tracciabilità, verificabilità dei contenuti e dell'approccio utilizzato.

Vengono di seguito esposti gli ambiti ritenuti prioritari sui quali si focalizza la relazione:

- A. Performance organizzativa
- B. Performance individuale
- C. Processo di attuazione del ciclo della performance
- 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. Utilizzo dei risultati del Sistema di misurazione e valutazione
- H. Descrizione delle modalità del monitoraggio dell'OIV.

A. Performance organizzativa

Presso l'IRCCS Burlo Garofolo la performance viene misurata:

a) a livello complessivo **aziendale** rispetto all'efficace raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali (performance aziendale), prioritariamente derivati dagli obiettivi strategici regionali sui quali viene valutata la Direzione Generale, la cui rendicontazione viene effettuata nella Relazione sulla gestione allegata al bilancio d'esercizio che verrà formalmente adottato entro il 30/4/2018, sulla cui base la Regione esprime la propria valutazione finale rispetto ai singoli obiettivi assegnati. La tempistica di tale valutazione è solitamente successiva alla stesura del presente documento.

b) A livello di singola **Unità Operativa**, individuata come autonomo centro di responsabilità (performance organizzativa). La valutazione per l'anno 2017 è attualmente in corso e si prevede che venga conclusa entro il 30/6/2018. Per l'anno 2016 la valutazione ha evidenziato la presenza di alcune strutture (10 strutture su 35) che non hanno pienamente raggiunto gli obiettivi assegnati, collocandosi ad un livello comunque non inferiore al 73%, con la conseguente proporzionale riduzione della retribuzione di risultato.

c) A livello di **singolo dipendente** afferente all'area contrattuale sia della dirigenza che del comparto. La valutazione individuale relativa al 2017 è già stata avviata e si concluderà entro il 30/6/2018. Per l'anno 2016 la valutazione individuale ha evidenziato buoni livelli, con tutti i dirigenti e le posizioni organizzative, valutati positivamente, con una distribuzione ben rappresentata di tutte le fasce (sufficiente, media, ottima), che attesta un appropriato utilizzo dello strumento, come indicato nella relazione sulla performance relativa all'anno 2016.

Il processo di budget è stato avviato nel mese di febbraio 2017 e si è concluso con l'approvazione del decreto del Direttore Generale n. 51 dd 11/4/2017, relativo all'assegnazione del budget 2017 ai Centri di Attività Aziendali.

Il documento utilizzato per la negoziazione è la “scheda di budget” strutturata in due parti: nella prima parte sono riportati gli obiettivi, definiti da indicatore e algoritmo, e suddivisi tra incentivati e non incentivati; nella seconda sono riportate le risorse in termini di beni sanitari utilizzati nel 2016 e assegnati per il 2017 ed una scheda che rileva i volumi di attività sanitaria, la provenienza dei pazienti ricoverati, gli elogi ed i reclami/segnalazioni e l’informatizzazione. Si allega – a titolo di esempio – “Scheda di budget 2017” – cdr SC Neuropsichiatria infantile” (Allegato A).

In sede di budget sono stati assegnati gli obiettivi 2017 collegati a valere sulle risorse aggiuntive regionali, le risorse sono poi state definitivamente assegnate con decreto n. 125 dd 13/10/2017.

B. Performance individuale

La performance individuale nell'Irccs Burlo Garofolo è inserita all'interno di un sistema di valutazione che coinvolge tutto il personale dipendente della dirigenza e del comparto, attraverso l'assegnazione di obiettivi che valutano l'attività e professionalità degli operatori (considerando la valutazione come fattore di valorizzazione e motivazione dei dipendenti) e che misurano il loro contributo al raggiungimento della performance organizzativa. Il processo di valutazione individuale garantisce il contraddittorio con l'interessato in coerenza con il processo di responsabilizzazione agli obiettivi dell'Istituto stesso per la tutela della salute dei cittadini.

Il valutatore di prima istanza, individuato nel dirigente responsabile del valutato, e che, per il personale del comparto, è il coordinatore o il titolare di posizione organizzativa a diretta conoscenza dell'attività del valutato stesso, compila la scheda di valutazione in formato excel.

Le schede di valutazione individuale sono distinte in 3 tipologie:

- comparto;
- dirigenza Medica e Veterinaria e Sanitaria;
- dirigenza PTA.

Le schede di valutazione sono differenziate in merito al conseguimento alle capacità e ai comportamenti, alla realizzazione di progetti innovativi e alla continuità nell'impegno formativo e di produzione scientifica (quest'ultima solo per i dirigenti sanitari) e al conseguimento o all'apporto agli obiettivi di budget, previsto per tutti i soggetti valutati.

Durante la fase di valutazione il valutatore di prima istanza procede:

- alla condivisione della scheda di valutazione allestita con il valutato;
- alla sottoscrizione come valutatore della stessa scheda;
- alla consegna di una copia della scheda al valutato, che a sua volta l'ha sottoscritta per presa visione.

I criteri di valutazione sono stati definiti d'intesa con le OO.SS. delle aree della dirigenza e in sede di contrattazione integrativa con le OO.SS. rappresentative del comparto.

Con decreto n. 3 del 26 gennaio 2016 è stato adottato il "Regolamento per la valutazione permanente del personale del comparto".

La scheda di valutazione annuale, una volta condivisa e sottoscritta, viene inviata al Servizio per il Personale per l'archiviazione a fascicolo personale del dipendente. In caso di non condivisione della valutazione ricevuta, il valutato può formulare eventuali osservazioni all'interno della scheda stessa

Vengono allegati – ad esemplificazione – 3 fac-simile di "schede di valutazione individuale" due per la dirigenza medica, veterinaria e SPTA e una per il comparto (Allegato B).

C. Processo di attuazione del ciclo della performance

Il processo di attuazione del ciclo delle performance è realizzato grazie ad un'infrastruttura di supporto nella quale operano figure professionali con diverse competenze. Lo sviluppo del sistema di programmazione e controllo e la valutazione delle performance organizzative è coordinato dalla SSD Programmazione e controllo di gestione che applica la metodica di budget al fine di garantire efficacia ed efficienza ai processi di acquisizione e impiego delle risorse e concretizzare il principio della responsabilità economica, in collaborazione con la Direzione Sanitaria che garantisce il monitoraggio degli obiettivi sanitari. La SSD Politiche del Personale supporta il processo di valutazione individuale.

D. Infrastruttura di supporto

Il sistema di reporting, in fase di miglioramento e sviluppo, include dati di ricovero e report relativi alle prestazioni ambulatoriali nonché un'analisi dettagliata dei consumi di beni sanitari e non, in modo da monitorare gli scostamenti.

E' attivo un sistema di monitoraggio informatizzato con utilizzo di un software autoprodotta, che consente a ciascun responsabile, cui è stato fornito un identificativo ed una password, di verificare il livello di raggiungimento degli obiettivi, anche in corso d'anno, alimentato dai referenti degli obiettivi con i dati necessari alla valutazione.

Nel corso del 2017 è stato assegnato alla SSD Programmazione e controllo un medico igienista dedicato alla programmazione sanitaria per garantire un più efficace collegamento con le strutture operative cliniche.

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

Pubblicazione sulla sezione "Amministrazione Trasparente"

In attuazione del D.lgs. 14 marzo 2013, n. 33, entrato in vigore il 20 aprile 2013 l'IRCCS ha già negli anni precedenti riorganizzato la pubblicazione sul sito web istituzionale dei dati già presenti nella sezione "Trasparenza, valutazione e merito" nella sezione "Amministrazione Trasparente".

In seguito all'entrata in vigore del Nuovo decreto n. 97/2016 che ha modificato il d.lgs. 33/2013 e dell'approvazione della Delibera ANAC n. 1310 del 28/12/2016 «Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016» il sito è stato adeguato alla nuova struttura e i relativi contenuti sono stati aggiornati.

Nomina del Responsabile della Trasparenza e dell'Integrità

Con decreto n. 134 del 31.10.2017 e a decorrere dal 1 novembre 2017 è stata nominata in qualità di Responsabile della prevenzione della Corruzione e Trasparenza la dirigente Responsabile degli Affari Generali e Legali dott.ssa Benedetta Smedile al contempo prorogando gli incarichi di cui al decreto n. 78 del 13.09.2016 fino al 31.10.2017 rispettivamente di responsabile aziendale della prevenzione della corruzione assegnato alla dott.ssa Martina Vardabasso e di responsabile aziendale della Trasparenza assegnato all'Ing. Riccardo Zangrando.

L'IRCCS pertanto nel corso del 2017 ha provveduto ad unificare i due responsabili, in linea con le indicazioni ANAC.

Con lo stesso decreto 134/2017 si è poi provveduto a individuare il Gruppo tecnico multidisciplinare Anticorruzione Trasparenza al fine di garantire adeguato supporto al RPCT sia nella predisposizione e attuazione del Piano triennale della prevenzione Corruzione e della Trasparenza, sia nella condivisione degli obiettivi, dei percorsi formativi e la più ampia partecipazione di tutti i dipendenti.

Programma Triennale della Trasparenza e Integrità

Con decreto del DG n. 6 del 31/01/2017 l'IRCCS Burlo Garofolo ha approvato il Piano triennale di prevenzione della corruzione e il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2017-2019. In particolare il programma triennale per la trasparenza e l'integrità riporta, nell'allegato 1, in forma tabellare l'evidenza dei tipi di informazioni e/o documenti che in ottemperanza alla normativa vigente devono essere pubblicati sulla sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale, nonché la struttura competente della produzione e pubblicazione dei dati e la relativa tempistica di aggiornamento. Al punto 4.3 del Programma triennale per la trasparenza è esposto il metodo di

lavoro utilizzato per l'aggiornamento della sezione Amministrazione trasparente.

Azioni specifiche anno 2017

Il D.lgs. n. 33/2013 prevede che il Responsabile per la Trasparenza adempia ai seguenti compiti:

- svolgere stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento, da parte dell'amministrazione, degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate;
- provvedere all'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità, all'interno del quale sono previste specifiche misure di monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di trasparenza e ulteriori misure e iniziative di promozione della trasparenza in rapporto con il Piano anticorruzione;
- controllare e assicurare la regolare attuazione dell'accesso civico;
- segnalare, in relazione alla loro gravità, i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione all'ufficio di disciplina, all'organo di indirizzo politico, all'Organismo indipendente di valutazione (OIV) e all'Autorità nazionale anticorruzione.

Metodologia adottata

Quale metodologia operativa e funzionale per promuovere e monitorare il livello di trasparenza è stato individuato lo strumento dell'audit e pertanto sono state inserite nel piano di audit del sistema qualità aziendale specifici momenti di monitoraggio dello stato di aderenza della trasparenza attuati mediante una specifica check-list elaborata nell'ambito di un progetto specifico nel 2014. Le evidenze degli audit sono riportate in apposito rapporto di audit.

In data 5 e 13.12.2017, come da verbale agli atti, è stato effettuato un audit cumulativo relativo alle attività di anticorruzione e trasparenza svolte dalle strutture amministrative e sanitarie (prot. int n. 86/2018), utilizzando una specifica checklist. In corso di audit sono stati pertanto verificati gli obiettivi di anticorruzione e trasparenza assegnati quali obiettivi di performance 2017 alle strutture amministrative e di staff, garantendo così la coerenza tra il ciclo della performance e quello dell'anticorruzione e trasparenza, raccomandato nel vigente PNA.

Codice di comportamento dei dipendenti pubblici

Con D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 è stato emanato il "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti, a norma dell'art. 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165"

Il nuovo Codice rappresenta una novità assoluta; tra le novità introdotte, lo stesso recepisce i principi sulla lotta alla corruzione e alla illegalità (art .8) oltre che sulla trasparenza e tracciabilità

8

(art. 9).

Pertanto, alla luce di quanto sopra, il dipendente deve assicurare l'adempimento degli obblighi di trasparenza previsti in capo alle pubbliche amministrazioni, secondo le disposizioni normative vigenti, prestando la massima collaborazione nell'elaborazione, reperimento e trasmissione dei dati sottoposti all'obbligo di pubblicazione sul sito istituzionale.

In ossequio al DPR n. 62/13 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del D.Lgs. n. 165/01" è stato adottato all'interno dell'Istituto, con decreto del Direttore Generale n. 73/14 dd. 11/08/2014 il Codice di Comportamento che rappresenta una delle "azioni e misure" principali di attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione. Compete al responsabile garantirne la massima diffusione e conoscenza.

Il Codice di Comportamento- già rivisto nel corso del 2017 alla luce delle linee guida ANAC e Agenas specifiche per gli enti del SSN - verrà formalmente approvato nel suo ultimo aggiornamento nel corso del 2018."Il codice è stato pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" oltre che notificato alle parti interessate con tramite la posta elettronica interna.

Verifica da parte di enti esterni

Lo stato di implementazione dell'Amministrazione Trasparente secondo le novità introdotte dal D.lgs 97/2016 è stato verificato secondo la griglia predisposta dall'ANAC dall'OIV nel corso della seduta dd 28/4/2017: gli esiti sono regolarmente pubblicati nell'apposita sezione.

La medesima verifica, secondo la nuova griglia e le indicazioni fornite dall'ANAC, per l'anno 2017 viene effettuata nel corso della seduta del 27/4/2018.

F. Definizione e gestione degli standard di qualità

Tra gli obiettivi assegnati alle strutture sono presenti anche obiettivi di qualità che riguardano la completezza della documentazione clinica.

In attuazione delle linee di gestione regionali sono stati assegnati anche obiettivi di performance riguardanti gli esiti (appropriatezza dei tagli cesarei primari), che derivando da programmi nazionali permettono un confronto con le altre realtà nazionali e regionali. Vengono inoltre assegnati altri obiettivi di appropriatezza che derivano da indicatori monitorati a livello nazionale e regionale.

L'attenzione alla qualità ed al confronto con gli utenti e gli stakeholder è mantenuta attraverso un costante monitoraggio delle segnalazioni ricevute dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP).

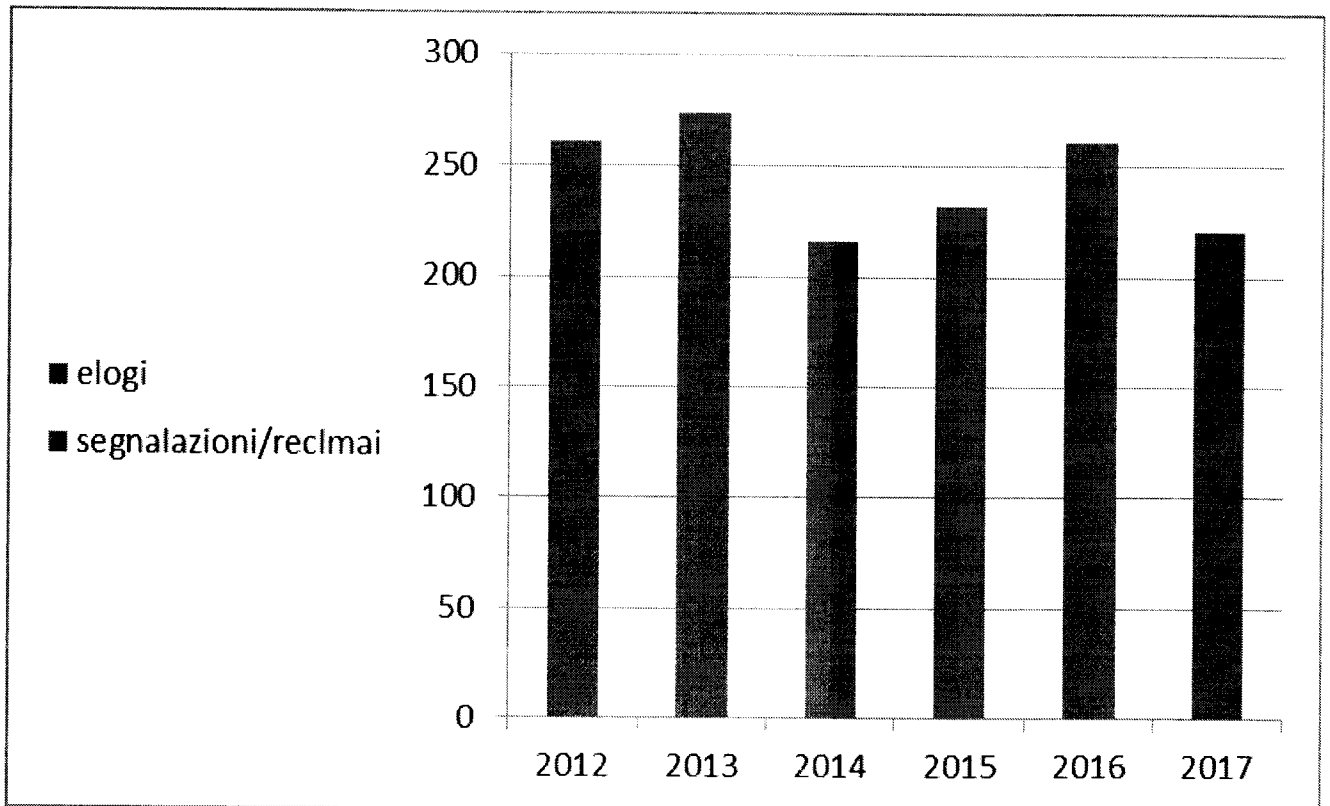
Nelle schede di budget 2017, in particolare nella scheda che riassume l'attività della struttura, è stato inserito un focus relativo alle segnalazioni dell'Istituto e della struttura per sensibilizzare i responsabili alla qualità percepita.

Nel corso dell'anno 2017 sono pervenute all'Ufficio Relazioni con il Pubblico, attraverso diversi

canali di comunicazione, 221 segnalazioni formali. Di queste si contano 121 elogi (55% dei contatti), 68 reclami e 32 segnalazioni.

Non compaiono nella reportistica i contatti informativi o gli interventi di “rapida risoluzione”, che pervengono all’Ufficio Relazione con il Pubblico e su cui si interviene in tempo reale o con modalità che non danno l’avvio ad un’istruttoria formale.

Si propone la rappresentazione grafica riferita agli ultimi sei anni:



RECLAMI E SEGNALAZIONI, distribuiti per Dipartimento

STRUTTURA	TOTALE
Dipartimento di Pediatria	18
Dipartimento Materno neonatale e T.I	28
Dipartimento di Chirurgia	22
Dipartimento di Diagnostica avanzata	13
Direzione Generale	3
Direzione Amministrativa	2
Direzione Sanitaria	6
Altre strutture e servizi	9
TOTALE	101

Il sistema di classificazione dei reclami indica come categoria più rappresentata quella relativa al “Tempo”, seguita dalle categorie “Comfort e aspetti alberghieri” ed “Accessibilità e procedure amministrative”.

La macrocategoria “Tempo” si specifica in alcune sottocategorie più puntuali:

- liste di attesa per prenotazione e ricovero, tipicamente le liste d’attesa per intervento chirurgico o per prestazioni ambulatoriali;
- tempi di attesa per certificazione, documentazione e presidi, per es. i giorni di attesa per ottenere copia della cartella clinica o i referti di laboratorio;
- tempi di attesa per erogazione di esami e prestazioni, le tradizionali code agli sportelli o negli ambulatori.

Il problema delle liste di attesa coinvolge in particolare la programmazione operatoria mentre la tematica delle code (di persona e telefoniche) riguarda le attività ambulatoriali.

Il responsabile dell’URP riferisce che in seguito all’approfondimento di alcune segnalazioni sono stati attivati nel corso dell’anno degli interventi volti a identificare, sperimentare e attivare dei correttivi.

La logica adottata si ispira al modello PDCA (Plan-Do-Check-Act), nota come Ciclo di Deming, tesa al miglioramento continuo della qualità. Tali azioni, di cui vi è evidenza all'URP, sono state realizzate attraverso il coinvolgimento attivo delle strutture di assistenza e delle altre articolazioni aziendali utilizzando strumenti quali audit clinici, approfondimenti normativi, modifiche di procedure.

Nel corso del 2017 sono state predisposte le schede di incident reporting per 3 dei reclami trattati dall'URP.

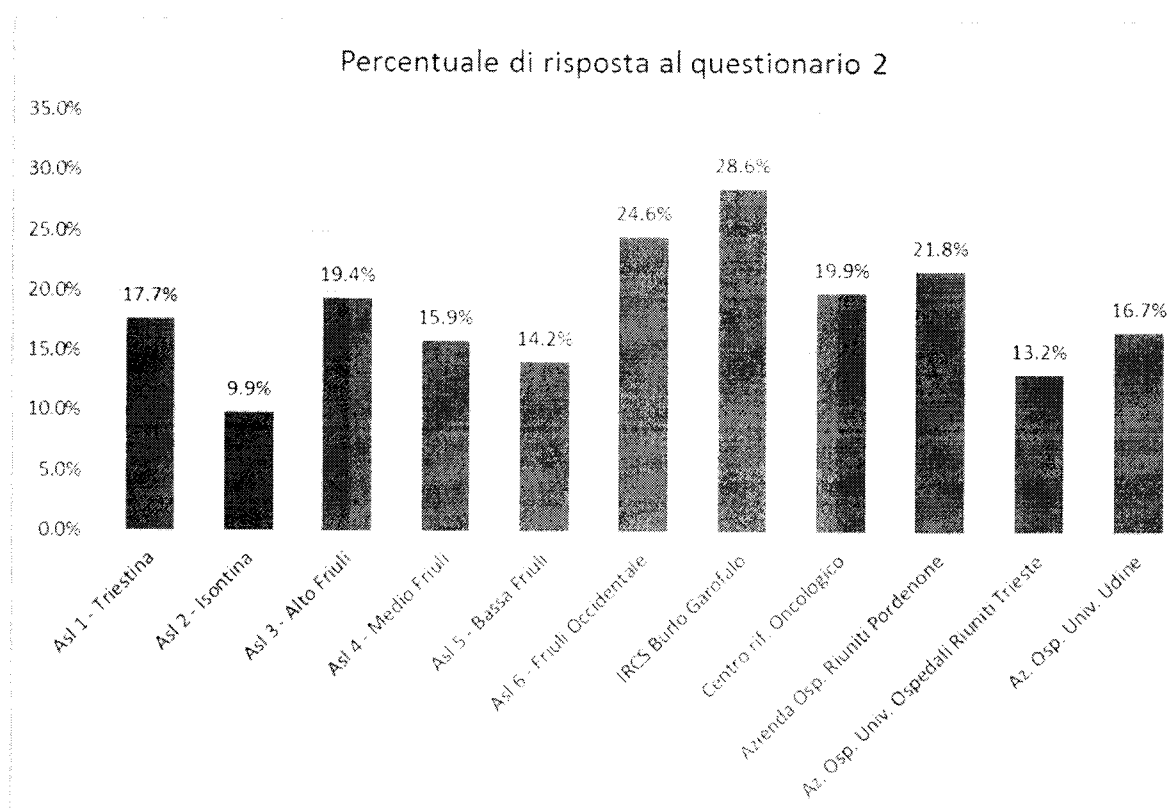
G. Benessere Organizzativo

L'ultima rilevazione, curata dalla regione FVG e relativa ai dipendenti del Sistema Sanitario del FVG risale all'anno 2014 ed è stata presentata nel corso dell'incontro plenario della Direzione Strategica con i responsabile delle strutture, le PO ed i coordinatori dd 29/9/2015.

Gli elementi caratterizzanti del questionario sono i seguenti:

- **Popolazione di riferimento:** L'indagine di clima organizzativo per i dipendenti del Sistema Sanitario Friuli Venezia Giulia ha coinvolto i **3455 (17%)** dipendenti a tempo determinato ed indeterminato;
- **Periodo di svolgimento:** 1 dicembre – 31 dicembre 2014;
- **Raccolta dati:** CAWI (Computer Assisted Web Interview): Per garantire l'anonimato delle risposte e per consentire l'accesso alla piattaforma web ai dipendenti sono state consegnate una login ed una password da inserire nella home page del questionario;
- **Questionari:** In base al ruolo rivestito dai dipendenti il questionario da compilare si è diversificato in:
 - ✓ **Questionario 1:** questionario destinato ai responsabili di struttura;
 - ✓ **Questionario 2:** questionario destinato al restante personale (medici non responsabili di struttura, infermieri, oss, amministrativi...etc..)

La percentuale di adesione al questionario 2 è stata la più elevata di tutti gli enti del SSR, come si evince dal grafico sotto riportato:



La Direzione Strategica ha preso atto degli esiti del questionario individuando quattro aree da migliorare e potenziare: la formazione, la comunicazione interna, il percorso di budget e la sicurezza nei luoghi di lavoro.

H. Utilizzo dei risultati del Sistema di misurazione e valutazione

L'individuazione puntuale degli obiettivi aziendali 2017 derivanti da indicazioni regionali, unitamente ad altri obiettivi strategici aziendali, è stata attuata attraverso l'adozione del PAO 2017 ed esplicitata attraverso la declinazione degli obiettivi di budget annuali delle strutture aziendali (strutture complesse e strutture semplici dipartimentali).

La valutazione della performance organizzativa di Unità Operativa, attuata sulla misurazione preventivamente comunicata a tutti i Responsabili di U.O., è finalizzata anche al riconoscimento degli incentivi previsti dal sistema premiante ed è collegata alla valutazione della performance individuale che misura l'apporto di ciascun dipendente al raggiungimento degli obiettivi di struttura.

I. Descrizione delle modalità del monitoraggio dell'OIV

L'OIV ha preso atto dell'avvio del ciclo delle performance 2017, esaminando la seguente documentazione:

- Decr. 121/2016: “Adozione del PAO 2017 ai sensi della DGR 2550/2016” integrato e sostituito dal decr. 65/2017 relativo al recepimento del consolidamento regionale di cui alla DGR 736/2017;
- Decr. 51/2017 “Assegnazione del budget 2017 ai centri di attività aziendali e del budget di risorsa 2017”;
- Decr. 125/2017: “Approvazione definitiva dei progetti oggetto di incentivazione a valere sulle risorse aggiuntive regionali per l’anno 2017”.

Successivamente l’OIV ha analizzato a campione l’esito del monitoraggio infrannuale degli obiettivi 2017.

In ottemperanza a quanto previsto dalla normativa vigente in materia di trasparenza, l’OIV ha effettuato, con esito positivo, la verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull’aggiornamento e sull’apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell’Allegato 2 – Griglia di rilevazione di cui alla delibera ANAC 141/2018.

L’OIV pertanto tenuto conto delle considerazioni sopra esposte valuta positivamente il Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni, attuato dall’IRCCS Burlo Garofolo nell’anno 2017.

Trieste,

 componenti OIV

(Dott. Eugenio Possamai)



(Dott.ssa Marina Ranzi)



(Dott. Michele Chittaro)

Allegato A

“Scheda di Budget 2017”

- **Obiettivi di attività 2017 (incentivati e non)**
 - **Attività**
 - **Scheda risorse**
-

Obiettivi di attivita' 2017

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Neuropsichiatria infantile

Responsabile:
dott. Marco Carrozzi

Linea ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2016	Soglia
3.4.3. 3.24	MALATTIE RARE: Partecipare alla rete regionale delle malattie rare. Condividere a livello regionale almeno 1 percorso assistenziale per ogni gruppo nosologico entro il 31 dicembre 2017. Implementare il flusso informativo del registro regionale delle malattie rare di cui al DM 279/2001.	SI	D	10		Il 100% dei casi di competenza sono stati inseriti nel registro regionale (prevalenza al 30 novembre 2017).	100% al 30/11/2017	
3.4.8. 3.29	RISCHIO CLINICO: Sicurezza della documentazione sanitaria. Standardizzare la cartella clinica garantendo presenza e completezza dei documenti	SI	D	10		5 cartelle verificate a bimestre = 30 cartelle verificate/anno per ogni Struttura 1. numero di cartelle chiuse in ogni Struttura di degenza contenenti tutti i documenti previsti /numero di cartelle selezionate, 2. numero di cartelle chiuse in ogni struttura di degenza con i documenti richiesti compilati in modo completo/numero di cartelle selezionate.	1. >= 80 % 2. >= 40 %	
3.4.8. 3.62	RISCHIO CLINICO: violenza sugli operatori. Diffondere la procedura aziendale relativa alla raccomandazione ministeriale per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari (raccomandazione numero 8).	SI	D	5		Il 90% degli operatori ha partecipato al corso di formazione specifico	si	
4.1	Migliorare la produzione scientifica dell'IRCCS.	SI	D	15		1. Incremento rispetto al 2016 del numero assoluto di pubblicazioni, coerenti con il mandato e corrette nell'affiliazione su rivista internazionale, accettate al 31.12.2017. 2. Avvio di un progetto in rete con IDEA o ISS su casistica multicentrica.	5 pubblicazioni 1.> 5; 2.>= 1;	
3.5. 6.5	Monitoraggio delle prescrizioni dei farmaci off label e predisposizione di un report trimestrale e annuale.	SI	D	10		Evidenza del percorso di verifica da parte della Farmacia ospedaliera dell'adesione alle procedure previste dal protocollo aziendale (in particolare il feedback rispetto alla terapia).	= 0 > 80% prescrizioni aderenti al protocollo	

Obiettivi di attivita' 2017

Dipartimento: **Pediatria**

Struttura: **S.C. Neuropsichiatria infantile**

Responsabile:
dott. Marco Carrozzi

Linea ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2016	Soglia
3.3.2. 8.3	Completare il percorso relativo all'accreditamento istituzionale.	SI	D	5		Rielaborare la guida dei servizi della struttura secondo il nuovo atto aziendale, entro il 30/04/2017, secondo il format definito dall'URP, da validare da parte della DS e pubblicare sul sito dell'IRCCS.		si
3.1.9. 10.10	Predisporre una bozza di documento relativo alla riorganizzazione della rete pediatrica regionale entro il 30/09/2017.	SI	D	10		Predisposizione di una bozza di documento di riorganizzazione dell'attivita' pediatrica in accordo con la DCS contenente la proposta di riorganizzazione della rete pediatrica regionale e di nuovi modelli organizzativi.		si, entro il 30/09/2017
3.3.9 10.72	Sviluppo della rete per la presa in carico dei Disturbi del comportamento alimentare.	SI	D	10		1. Implementare l'ambulatorio specialistico per i DCA 2. Partecipare all'attivita' dell'equipe funzionale per i DCA per l'eta' evolutiva in collaborazione con ASUI TS 3. Attivare la funzione di osservatorio epidemiologico per i DCA, relativamente all'eta' evolutiva, in collaborazione con DCS.		1. si; 2. si; 3. si;
3.7.6. 14.1	Garantire la correttezza della compilazione delle SDO aderendo al piano di formazione regionale per il personale delle aziende sanitarie coinvolto nella compilazione delle SDO.	SI	D	10		1. Tutto il personale medico partecipa ai corsi di formazione sulla compilazione della nuova SDO. 2. Le nuove SDO sono compilate correttamente.		1. si 2. > o= 90% SDO compilate correttamente
5. 15.5	Utilizzare la ricetta dematerializzata per la prescrizione delle visite specialistiche ambulatoriali.	SI	D	5		Evidenza dell'utilizzo della ricetta dematerializzata sui pazienti residenti in FVG.		> = 70%
5. 15.18	Utilizzo obbligatorio della cartella informatizzata, della firma digitale nel G2 clinico, Dnlab, Cardionet.	SI	D	10		Utilizzo della firma digitale negli applicativi gestionali del G2 clinico - utilizzo della firma digitale nella lettera di dimissione.		1. 81%; 2. 100% > = 90 %
Totale pesi: 100								

Obiettivi di attivita' 2017

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Neuropsichiatria infantile

**Responsabile:
dott. Marco Carrozzi**

Linea ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2016	Soglia
----------	--------------	-----	------	--------	--------	------------	-------------	--------

Il Direttore Generale

Il Responsabile di Struttura

Il Direttore Scientifico

Il Responsabile della Direzione delle Prof. Sanitarie

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Amministrativo

Obiettivi di attivita' 2017

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Neuropsichiatria infantile

Responsabile:
 dott. Marco Carrozzi

Linea ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2016	Soglia
3.3.8. 3.9	Collaborare all'attivazione della rete per le malattie neuromuscolari e la sclerosi laterale amiotrofica. Attivare il PDTA per la sclerosi multipla entro la seconda meta' del 2017.	NO	D			1. Partecipazione alle reti locali quale riferimento pediatrico. 2. Evidenza documentale della Presa in carico di almeno il 50% dei pazienti con sclerosi multipla con le modalita' previste dal percorso assistenziale, per la parte di competenza pediatrica.	1. si 2.>= 50 %	
3.4.8. 3.28	RISCHIO CLINICO: Implementazione del modello della Rete Regionale "CURE SICURE". Implementare il modello della rete cure sicure in accordo con la delibera n. 1970 del 21.10.2016 "DM 279/2001 Rete Cure Sicure FVG Della Regione Friuli Venezia Giulia": attivare le azioni necessarie a sviluppare il modello definito.	NO	D			Partecipare alle attivita' aziendali ed ai gruppi di lavoro.	si	
3.4.8. 3.38	RISCHIO CLINICO: corretta identificazione del paziente. Applicare i protocolli per la corretta identificazione del paziente (procedure standardizzate per la corretta identificazione dei pazienti tramite identificazione attiva).	NO	D			Almeno 2 verifiche/anno effettuate: 1. Numero di corrette identificazioni del paziente/Numero totale delle procedure che richiedono identificazione nel periodo indice. 2. Numero di pazienti presenti al momento dell'osservazione nelle strutture di degenza con braccialeto identificativo/Numero totale dei pazienti presenti al momento dell'osservazione.	> 40%.	
3.4.8. 3.58	RISCHIO CLINICO: controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Partecipare al progetto regionale "CLEAN CARE IS SAFER CARE": Attuare la strategia multimodale proposta dall'OMS.	NO	D			Compliance > 40%.	> 40%.	
3.4.8. 3.61	RISCHIO CLINICO: controllo delle infezioni correlate all'assistenza. partecipare alla formazione specifica per prevenire e contenere le infezioni correlate all'assistenza	NO	D			Almeno il 10% degli operatori della Struttura frequentano i corsi di formazione.	>= 10%	
3.5. 6.8	Sviluppare la cultura della farmacovigilanza.	NO	D			Partecipazione dei referenti di Struttura per la farmaco vigilanza alle attivita' formative aziendali.	si	

Obiettivi di attivita' 2017

Dipartimento: **Pediatria**

Responsabile:
dott. Marco Carrozzi

Struttura: **S.C. Neuropsichiatria infantile**

Linea ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2016	Soglia
3.7.4.	9.2	NO	D			Richiamare nei 5 gg successivi alla dimissione a domicilio dopo un ricovero ordinario non urgente (sono esclusi tutti quelli a cui dopo il ricovero viene attivato un progetto di assistenza domiciliare o vengono trasferiti in altre strutture sanitarie ospedaliere o intermedie) per conoscere lo stato di salute dopo il ricovero al fine di far sentire la vicinanza della struttura al cittadino e per intercettare opportunita' di miglioramento dei servizi offerti	a) Modifica del consenso informato al trattamento e/o all'intervento chirurgico entro il 30/4 per inserire l'informazione relativa al recall telefonico dopo il ricovero; b) Stesura delle brevi domande da porre al telefono entro il 30/4; c) Effettuare le chiamate a domicilio in maniera sistematica dal 1/6.	a) si; b) si; c) si;
3.1.10.	10.11	NO	D			Collaborare per quanto di competenza alla stesura del nuovo piano di riabilitazione.	Partecipazione, per quanto di competenza, alla stesura del Piano della Riabilitazione e attuazione di quanto in esso previsto.	si
10.29		NO	D			Consolidare l'organizzazione dipartimentale dell'IRCCS.	Partecipare all'80% delle riunioni dei comitati e delle assemblee indette dal Direttore del Dipartimento.	partecipazione >=80%
3.3.8.	10.30	NO	D			SALUTE MENTALE: 1. Collaborare con la DCS al Piano d'azione regionale per la salute mentale. 2. Adottare il nuovo gestionale regionale. 3. Collaborare con la rete regionale dei servizi di salute mentale per l'eta' evolutiva.	1. Partecipazione per quanto di competenza, alla stesura del Piano della salute mentale per l'eta' evolutiva e attuazione di quanto in esso previsto. 2. Evidenza di adozione del nuovo gestionale reso disponibile dalla Regione. 3. Evidenza di partecipazione alla rete.	1.2.3. si
3.3.9.	10.31	NO	D			DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE: Partecipare e collaborare attivamente al Tavolo tecnico regionale DCA. Consolidare la rete di offerta garantendo l'attivita' a regime degli ambulatori dedicati e dei centri diurni per l'eta' adulta e per l'eta' evolutiva. Partecipare alla formazione per operatori che si occupano di DCA. Predisporre un report sull'attivita' 2017 della rete sulla base di indicazioni della Direzione. Attivare la funzione di osservatorio epidemiologico per i DCA, in collaborazione con la Direzione Centrale Salute, i DSM e i servizi per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza.	1. Evidenza di Partecipazione ad almeno l'80% degli incontri. 2. Evidenza di Partecipazione alla stesura di un documento relativo ad un percorso aziendale strutturato per l'intervento semiresidenziale. Evidenza documentale sulla Continuazione dell'attivita' di ricovero ed ambulatoriale. 3. Evidenza di corsi formativi.	1. >= 80 % 2. si 3. si

Obiettivi di attivita' 2017

Dipartimento: **Pediatria**

Struttura: **S.C. Neuropsichiatria infantile**

Responsabile:
 dott. **Marco Carrozzi**

Linea ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2016	Soglia
3.3.11.	10.32 AUTISMO: Applicare il documento redatto nel corso del 2016 sul percorso assistenziale per il minore affetto da disturbi dello spettro autistico. Partecipare al tavolo regionale in tema di salute mentale. Implementare il percorso diagnostico assistenziale per il minore affetto da disturbi dello spettro autistico.	NO	D			1. Evidenza dell'applicazione del percorso per quanto di competenza. 2. Evidenza di partecipazione ad almeno l'80% degli incontri regionali. 3. Organizzazione di corsi (Early Start Denver Model) in tema di gestione del minore con disturbi dello spettro autistico.	1. si 2. >= 80 % 3. si	>=
11.2	Partecipare alle attivita' di formazione obbligatoria riguardante temi trasversali quali: sicurezza nei luoghi di lavoro, come affrontare le situazioni di emergenza (BLS e PBLSD), conoscenza del piano anticorruzione e della normativa sulla trasparenza, conoscenza della normativa sulla sicurezza dei dati (L sulla privacy).	NO	D			Almeno il 40% del personale eleggibile della struttura ha partecipato ai corsi obbligatori.	> = 40%	
3.2.6.	13.4 Collaborare alla prevenzione delle dipendenze da sostanze d'abuso e dipendenze comportamentali.	NO	D			Protocollo condiviso con le altre aziende sanitarie regionali relativamente ai minori.	si	
3.5.	15.19 Assicurare il controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA.	NO	D			Tutti i prescrittori formati all'utilizzo dell'applicativo PSM-PT. Il n di prescrizioni effettuate tramite il PSM, ai nuovi pazienti che ne necessitano, e' >= al 50%.	si	
3.5.	15.20 Garantire la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM.	NO	D			L'85% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale sono erogate mediante PSM.	>= 85 %	
Totale pesi:								

Obiettivi di attivita' 2017

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Neuropsichiatria infantile

**Responsabile:
dott. Marco Carrozzi**

Linea ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2016	Soglia
----------	--------------	-----	------	--------	--------	------------	-------------	--------

Il Direttore Generale

Il Responsabile di Struttura

Il Direttore Scientifico

Il Responsabile della Direzione delle Prof. Sanitarie

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Amministrativo

STRUTTURA OPERATIVA

DIPARTIMENTO DI PEDIATRIA - SC NEUROPSICHIATRIA

PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER ESTERNI	2014	2015	2016	Delta 2016/2015
num tot prest amb istituzionali	7.243	6.637	7.831	17,99%
prime visite	1.074	1.002	1.236	23,35%
visite controllo	1.154	1.127	1.469	30,35%
altre prestazioni	5.015	4.508	5.126	13,71%
tariffato prestazioni ambulatoriali	€ 135.726	€ 129.823	€ 155.782	20,00%
num tot prest amb in LP	232	236	280	18,64%

DRG PIU' FREQUENTI/PRESTAZIONI SPECIFICHE	DESCRIZIONE	FREQ.	% cum sul tot.	peso DRG
26	Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	91	43,75%	0,48
429	Disturbi organici e ritardo mentale	55	35,18%	0,79
431	Disturbi mentali dell'infanzia	52	47,71%	0,48
425	Reazione acuta di adattamento e disfunzione psicosociale	15	51,33%	0,54

PRESTAZIONI PER INTERNI	2014	2015	2016
num prestazioni per interni			104
num prestazioni per PS			411

ATTIVITA' DI RICOVERO	2014	2015	2016	Delta 2016/2015
num dimessi totali	438	432	415	-3,94%
num pazienti operati (ORD+DH)				

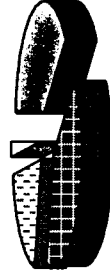
RICOVERI ORDINARI	2014	2015	2016	Delta 2016/2015
num dimessi totali in RO	193	230	208	-9,57%
num gg degenza RO	1364	1537	1354	-11,91%
num tot dimessi in RO	193	230	208	-9,57%
peso medio RO	0,6	0,63	0,62	-1,59%
tasso di occupazione	89%	96%	89%	-7,29%
totale tariffato RO (fascia A)	€ 514.642	€ 737.277	€ 587.960	-20,25%

RICOVERI DH/DS	2014	2015	2016	Delta 2016/2015
num dimessi totali in DH/DS	245	202	207	2,48%
num gg degenza DH/DS	493	437	436	-0,23%
numero medio accessi	2,01	2,16	2,11	-2,31%
peso medio DH	0,59	0,60	0,62	3,33%
tasso di occupazione	158%	140%	92%	-34,29%
totale tariffato DH fascia A)	€ 190.775	€ 169.344	€ 166.712	-1,55%

TARIFFATO TOTALE (RO+DH+Amb)	2014	2015	2016	Delta 2016/2015
	€ 841.143	€ 1.036.444	€ 910.454	-12,16%

ANALISI PROVENIENZA	2014	2015	2016
RO per ASUI TS	80	105	78
RO per altre AAS regionali	73	91	87
RO per extraregione	38	30	38
RO per stranieri	2	4	5
DH per ASUI TS	193	230	208
DH per altre AAS regionali	83	79	82
DH per extraregione	101	84	79
DH per stranieri	58	39	42
% RO+DH ASUI TS	3	0	4
% RO+DH ASUI TS	245	202	207
% RO+DH altre AAS reg.	37%	43%	39%
% RO+DH extraregione	40%	41%	40%
% RO+DH stranieri	2,2%	1,6%	1,9%
% RO+DH stranieri	1%	1%	2%

PROVENIENZE 2016



- %39 RO+DH ASUI TS
- %40 RO+DH altre AAS reg.
- %19 RO+DH extraregione
- %2 RO+DH stranieri

RECLAMI ED ELOGI 2016	2015	2016	Delta 2016/2015
num reclami struttura	1	4	75%
num reclami BURLO	65	97	33%
% reclami struttura	2%	4%	63%
num elogi struttura	4	1	-300%
num elogi BURLO	167	165	-1%
% elogi struttura	2%	1%	-295%

INFORMATIZZAZIONE	dicembre-15	2016
Firma digitale su G2	37%	85%
Firma digitale su lettera di dimissione	0%	100% da ottobre 2016

Scheda Risorse

Risorse correnti	Budget 2017 Beni Sanitari		
	OBIETTIVO Budget 2016	Consumi Anno 2016	Proposta Budget 2017
prodotti farmaceutici ed emoderivati (*)	18.896	19.660	20.000
prodotti per nutrizione enterale, chimici e altri	1.152	867	0
materiali diagnostici	615	15	500
presidi medico-chirurgici e materiale sanitario	4.470	4.871	4.725
materiali protesici	0	0	0
materiali per dialisi	0	0	0
Totale prodotti sanitari	25.133	25.413	25.225

Personale	TESTE 31/12/2015	TESTE 31/12/2016 + SS Diagnosi e tratt. delle epilessie
	Dirigenti medici	6
Dirigenti Psicologo	3	3
TOTALE	9	10

Formazione	Totale	Comparto	Dirigenza
Budget assegnato al Dipartimento di Pediatria 2017	15.011	10.367	4.644

Allegato B

“Schede di valutazione individuale”

Dirigenza medica e sanitaria

Dirigenza PTA

Comparto



SCHEDA ANNUALE

ai fini della valutazione del contributo individuale al raggiungimento degli obiettivi anno _____

Cognome e nome: _____

Incarico attribuito: _____

Struttura di riferimento per l'anno oggetto della valutazione: _____

Collaborazione e partecipazione multidisciplinare

riferita alla capacità di coinvolgere altri professionisti nei processi decisionali, in attività di ricerca, alla disponibilità a discutere il proprio operato con altri professionisti, alla continuità nella partecipazione agli organismi collegiali ed al grado di partecipazione attiva ad iniziative proposte da altri professionisti

punteggio coefficiente

1

valore item

Capacità organizzative

capacità di organizzare l'attività favorendo la fruizione delle ferie, incoerenza con le esigenze formative, di introdurre innovazioni organizzative e di rispettare i mandati concordati con le risorse disponibili

punteggio coefficiente

1

valore item

Capacità decisionali e di responsabilizzazione

capacità di assumere decisioni coerenti con il mandato assegnato e di intraprendere percorsi di condivisione per risolvere problemi legati a contingenze logistico/organizzative

punteggio coefficiente

1

valore item

Dimensione quantitativa dell'attività svolta

rispetto dei volumi di attività concordati, capacità di attrazione dell'attività svolta e disponibilità ad un impegno orario flessibile

punteggio coefficiente

1,5

valore item

Appropriatezza e qualità delle prestazioni effettuate

appropriatezza e qualità delle prestazioni erogate (diagnostica, trattamenti terapeutici e documentazione correlata), impegno diretto nella gestione del rischio clinico, nella certificazione/accreditamento, rispetto dei protocolli adottati

punteggio coefficiente

2

valore item

Innovazione Tecnologica

capacità di proporre soluzioni tecnologiche e relativo approccio metodologico, coerenza delle soluzioni proposte con i vincoli e gli obiettivi dell'Istituto

punteggio coefficiente

1

valore item

Attività formativa e scientifica

continuità nell'impegno formativo e partecipazione attiva ad eventi formativi, organizzazione eventi di formazione avanzata/scientifica, partecipazione ad attività di tutoraggio e produzione scientifica

punteggio coefficiente

2

valore item

Stile Relazionale

disponibilità con i colleghi, con i cittadini e segnalazioni rilevate dall'URP eo da altri organismi

punteggio coefficiente

2

valore item

Il punteggio minimo da conseguire per la valutazione positiva è 20,7 pari a 6/10 del massimo conseguibile

il valutato

il valutatore

data

- b) partecipazione attiva ad eventi formativi
- c) partecipazione ad attività di tutoraggio

Stile relazionale

- a) disponibilità con i colleghi
- b) disponibilità con i cittadini
- c) segnalazioni rilevate dall'URP o da altri organi

***Giudizio: O=ottimo; B=buono; D=discreto S=sufficiente**

Raggiungimento obiettivi certificato dall'Organismo indipendente di valutazione	
Valore medio di raggiungimento riferito all'intero periodo oggetto di valutazione	

Trieste,

IL DIRIGENTE VALUTATO

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

