

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 2015

INDICE

| | |
|---|----|
| Presentazione..... | 3 |
| A. Performance organizzativa | 3 |
| 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..... | 10 |
| G. Benessere organizzativo | 13 |
| H. Utilizzo dei risultati del sistema di misurazione e valutazione..... | 14 |
| I. Descrizione delle modalità di monitoraggio dell'OIV | 15 |
| Allegato A Scheda di budget 2015 | |
| 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 S.C. Pianificazione, controllo direzionale e sviluppo, dalla SC Politiche e gestione 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 2015.

Il nuovo Direttore Generale dell'IRCCS Burlo Garofolo si è insediato presso l'Istituto in data 18 maggio 2015, nel mese di luglio ha iniziato la sua attività la nuova Direzione Strategica, la quale ha avviato un percorso di attivazione di tutti gli organi ed organismi interni ed esterni previsti dalle vigenti normative, nell'ottica di favorire la trasparenza interna ed esterna dell'operato della Direzione stessa.

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.

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.

Le attività di avvio del ciclo delle performance descritte sono state relazionate all'OIV nella seduta dd 6/11/2015, come da verbale agli atti.

Il **monitoraggio intermedio** sullo stato di avanzamento degli obiettivi, è stato svolto nel mese di novembre, con il supporto della SC Pianificazione controllo direzionale e sviluppo 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 4/12/2015. 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 nei mesi di aprile e maggio 2016, contestualmente alla definizione dei nuovi obiettivi di budget per l'anno 2016 (già formalizzati con decreto n. 33 dd 5/4/2016), 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 (già predisposta nel bilancio d'esercizio 2015, adottato con decreto n. 42 dd 29/4/2016), 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 (per l'anno 2014 è stata effettuata con la DGR 1771 dd 11/9/2015).

b) A livello di singola **Unità Operativa**, individuata come autonomo centro di responsabilità (performance organizzativa). La valutazione per l'anno 2015 è attualmente in corso e si prevede che venga conclusa entro il 30/6/2016. Per l'anno 2014 la valutazione ha evidenziato la presenza di alcune strutture (8 strutture su 35, pari al 23%) che non hanno pienamente raggiunto gli obiettivi assegnati, collocandosi ad un livello inferiore all'80%, 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, solo per quest'ultimo a partire dall'anno 2015 ed in via sperimentale. Anche la valutazione individuale relativa al 2015 è in corso di effettuazione e si concluderà entro il 30/6/2016. Per l'anno 2014 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.

Il processo di budget, visto l'avvicinarsi di due direzioni nel corso del 2015, ha subito un ritardo rispetto alla naturale calendarizzazione e si è concluso nel mese di settembre 2015 con l'approvazione del decreto del Direttore Generale n. 96 del 24 settembre 2015, relativo all'assegnazione del budget 2015 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 2014 e assegnati per il 2015 ed una scheda relativa ai volumi di attività. Si allega – a titolo di esempio – *"Scheda di budget 2015 – cdr UCO Clinica Pediatrica"* (Allegato A).

Parallelamente al percorso di budget, sono stati assegnati anche gli obiettivi 2015 a valere sulle risorse aggiuntive regionali, secondo le progettualità e gli indicatori descritti nel decreto n. 97 del 24 settembre 2015.

Il percorso di negoziazione degli obiettivi e di valutazione della performance organizzativa già in parte seguito nel 2015 è stato meglio definito con apposito regolamento (approvato con proprio decreto n. 32 dd 5/4/2016) e applicato nella negoziazione del budget 2016.

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 Struttura Complessa Pianificazione, controllo direzionale e sviluppo 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 Struttura Complessa SC Politiche e gestione 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.

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 aveva 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".

Nomina del Responsabile della Trasparenza e dell'Integrità

In qualità di Responsabile della Trasparenza e dell'Integrità è stato nominato l'ing. Riccardo Zangrando con decreto del DG n. 63 del 03/07/2014 fino al 30/06/2015, nomina rinnovata con decreto n. 87 del 13/08/2015 fino al 30/06/2016.

Programma Triennale della Trasparenza e Integrità

Con decreto del DG n. 10 del 30/01/2015 l'IRCCS Burlo Garofolo ha approvato il Piano triennale di prevenzione della corruzione e il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2015-2017. 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 2015

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.

Si segnala che il 24/08/2015 è stato messo in produzione il nuovo sito internet dell'IRCCS che ha apportato notevoli modifiche dal punto di vista dell'organizzazione dei contenuti e dal punto di vista grafico. Tutti i contenuti relativi all'Amministrazione trasparente sono stati travasati nel nuovo sito ed è stato mantenuto invariato lo strumento di upload dei contenuti messo a disposizione dei vari produttori di dati e informazioni.

Il 17 settembre 2015 è stato avviato l'applicativo ADweb e quindi il Burlo si è uniformato allo standard regionale di produzione dei provvedimenti (decreti e determine e firmati digitalmente) implementando altresì la sezione albo pretorio e la sezione amministrazione trasparente su infrastruttura informatica standard regionale Insiel. Ciò ha permesso di rendere conformi tali sezioni alla normativa laddove in precedenza lo erano solo parzialmente dovendo caricare documenti scannerizzati.

Formazione

In tema di formazione (riferimento punto 4.4 del programma) sul tema specifico della prevenzione della corruzione è stato organizzato il corso base rivolto a tutti i dipendenti "L'applicazione della normativa anticorruzione nell'IRCCS Burlo Garofolo" erogato in 9 edizioni nel

2015, cui hanno partecipato 263 dipendenti ed un corso avanzato "L'impatto della normativa anticorruzione dell'IRCCS Burlo Garofolo", dedicato ai referenti delle aree maggiormente a rischio, cui hanno partecipato 29 dipendenti.

Nelle giornate del 9 e 15 dicembre p.v. è stato erogato il corso "CAD e firma digitale" che ha trattato anche il tema della trasparenza.

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 (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 questo quadro normativo l'IRCCS con decreto del Direttore Generale n. 73 del 11/08/2014 ha provveduto – ai sensi dell'art. 1, comma 2, del DPR n. 62/2013 - alla stesura del codice aziendale di comportamento dei dipendenti secondo le linee guida contenute nella delibera CIVIT n.75/2013

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

Si rileva altresì che alla verifica del sito mediante la Bussola della Trasparenza, strumento di rilevazione del Governo Italiano, in data 24 novembre 2015 il risultato è stato pari a:

- indicatori riordino trasparenza soddisfatti 68/68;
- sezione attestazioni OIV: 1/1;
- altri indicatori: 3/4

Criticità rilevate in tema di trasparenza

Assieme al Responsabile della Trasparenza è stato rilevato che vi sono degli aspetti relativi agli obblighi della trasparenza che possono essere oggetto di miglioramento, tra cui la necessità di un più preciso e puntuale aggiornamento dei dati pubblicati e la necessità di modificare alcune pagine

per renderle di più facile lettura e richiamo. In particolare la sezione relativa al Personale e quella delle Attività e procedimenti dovrebbero essere riprogettate per renderle maggiormente omogenee e fruibili.

F. Definizione e gestione degli standard di qualità

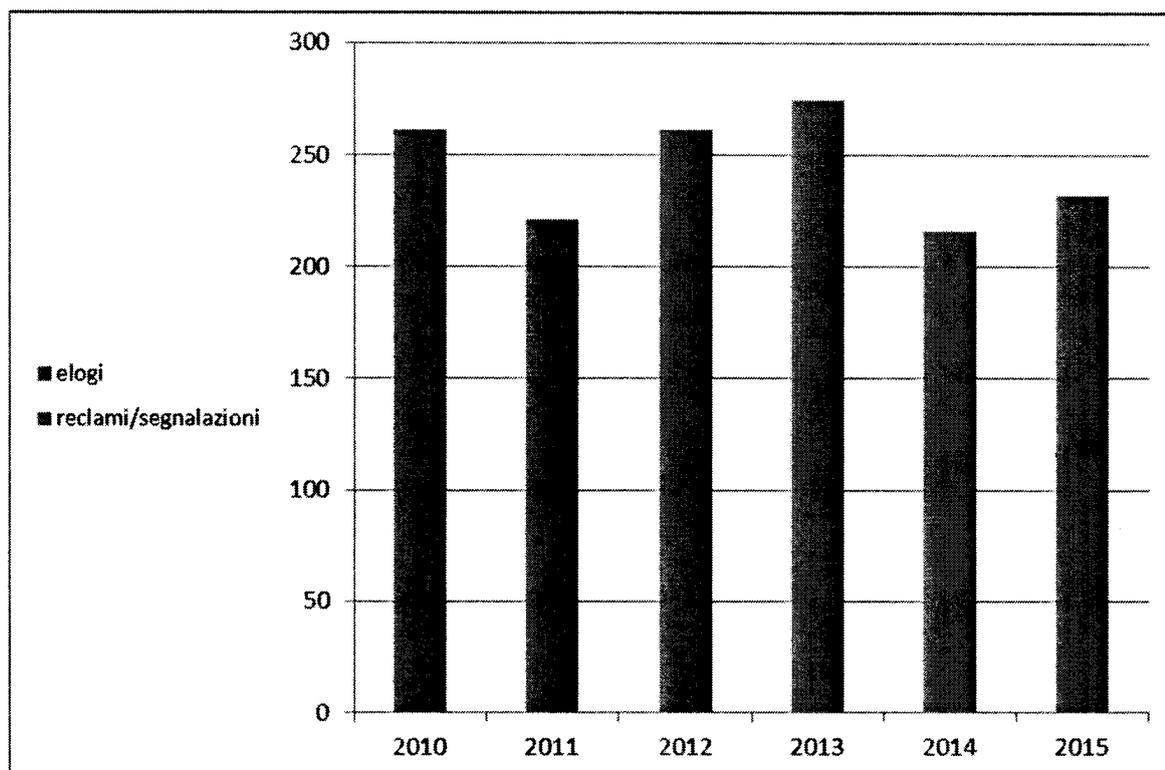
Tra gli obiettivi assegnati alle strutture sono presenti anche obiettivi di qualità che riguardano la completezza della documentazione clinica.

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.

L'attenzione alla qualità ed al confronto con gli utenti e gli stakeholder è dimostrata da una costante attività di monitoraggio delle segnalazioni ricevute dall'Ufficio relazioni con il pubblico. Nel corso dell'anno 2015 sono pervenute all'Ufficio Relazioni con il Pubblico, attraverso diversi canali di comunicazione, 232 segnalazioni formali. Di queste si contano 167 elogi (72% dei contatti), 35 reclami e 30 segnalazioni.

L'83% degli elogi si riferisce a prestazioni erogate dal dipartimento di pediatria e in particolare dalla Clinica Pediatrica, dove viene facilitato l'accesso alla modulistica delle segnalazioni. Questa disponibilità alla "valutazione" sembra venir premiata, poiché si verifica un aumento nel numero totale di segnalazioni ma in particolare di elogi

Nel 2015 si è registrata una riduzione di segnalazioni rispetto all'annualità precedente, si propone la rappresentazione grafica riferita all'ultimo quinquennio:



Nel 2015 le segnalazioni e i reclami sono equamente distribuiti nei due maggiori Dipartimenti clinico assistenziali:

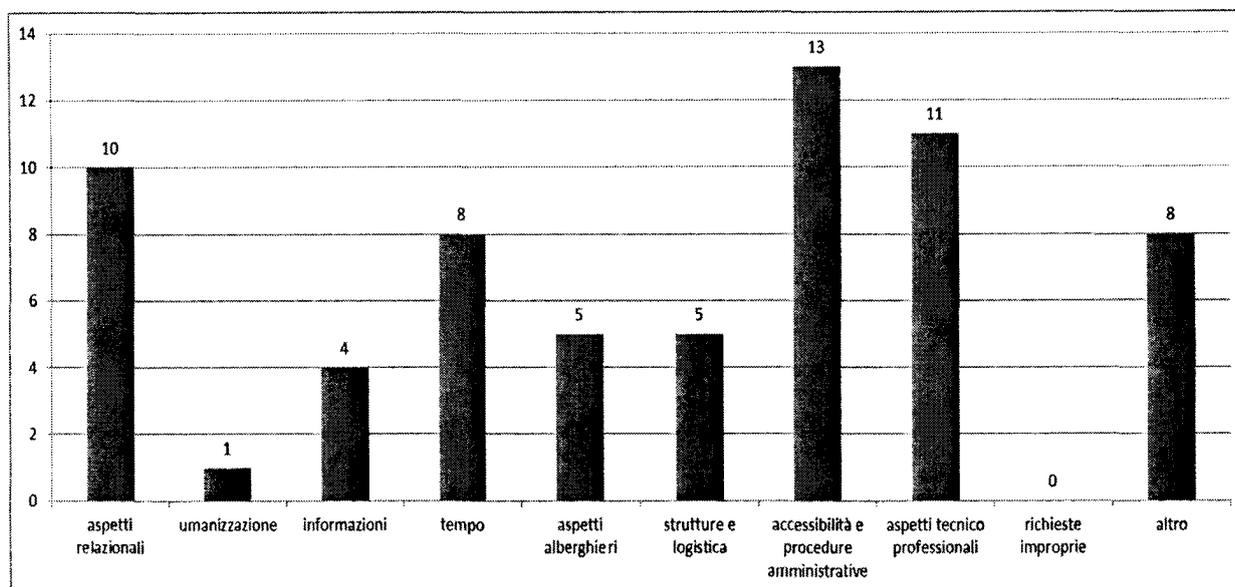
| STRUTTURA | TOTALE PER DIPARTIMENTO |
|--------------------------------------|-------------------------|
| Altre strutture o servizi | 12 |
| Dipartimento di Diagnostica avanzata | 2 |
| Dipartimento di Pediatria | 22 |
| Dipartimento Materno neonatale | 22 |
| Direzione amministrativa | 3 |
| Direzione sanitaria | 2 |
| Direzione generale | 2 |
| TOTALE | 65 |

Il sistema di classificazione dei reclami indica come categoria più rappresentata quella relativa all' "accessibilità e procedure amministrative", seguita dalla categoria "aspetti tecnico professionali" e "aspetti relazionali".

Comparando l' analogo periodo dello scorso anno si sono ridotti in modo considerevole i

reclami della categoria “tempo” riferiti alle “Liste di attesa” per intervento chirurgico.”

Si riporta una rappresentazione grafica:



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.

In corso d’anno sono inoltre state effettuate altre attività relative alla qualità percepita:

- è stata valutata la customer satisfaction di minori e genitori ricoverati presso la degenza della Clinica Pediatrica;
- è stata valutata la qualità percepita sul servizio di ristorazione, attraverso la somministrazione di questionari strutturati, rivolti ad adulti e minori, presso i reparti di degenza e nella mensa aziendale.

Inoltre il Burlo Garofolo ha partecipato per quanto di competenza alla raccolta di 272 consensi propedeutici alla realizzazione di un sondaggio telefonico per l’analisi del clima esterno. L’indagine dal titolo “Valutazione del clima esterno: esperienza riferita dal paziente” è stata promossa dalla Direzione Centrale Salute che ha adottato un questionario composto da 50 domande, somministrato su base volontaria, attraverso intervista telefonica, con l’obiettivo di valutare “l’esperienza” riferita dal paziente ricoverato negli ospedali del Friuli Venezia Giulia.

Non sono al momento noti i tempi previsti per l’elaborazione ed interpretazione dei dati da

parte del Servizio di Epidemiologia della Direzione Centrale Salute.

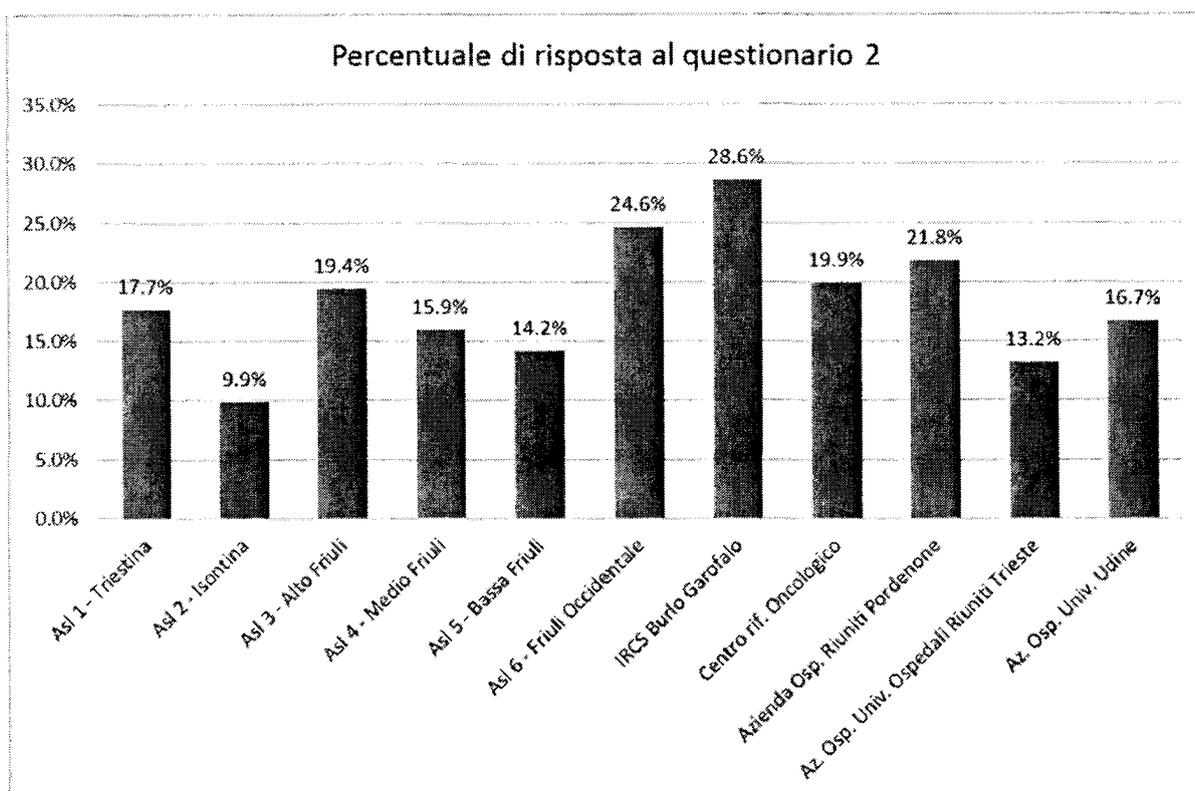
G. Benessere Organizzativo

Nel corso dell'incontro plenario della Direzione Strategica con i responsabile delle strutture, le PO ed i coordinatori dd 29/9/2015, sono stati presentati i risultati relativi all'indagine sul benessere organizzativo per i dipendenti del Sistema Sanitario Friuli Venezia Giulia.

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 2015 derivanti da indicazioni regionali, unitamente ad altri obiettivi strategici aziendali, è stata attuata attraverso l'adozione del PAO 2015 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 iniziato le sue attività nell'ultimo trimestre 2015, prendendo visione del ciclo della

performance 2014, regolarmente avviato, con evidenza documentale dell'assegnazione degli obiettivi 2014 (PAO decr. N. 143 dd 30/12/2013 e Assegnazione degli obiettivi decr. N. 74 dd 11/8/2014).

L'OIV si avvale della collaborazione della struttura di supporto rappresentata dalla SC Pianificazione, controllo direzionale e sviluppo, anche con un sistema di monitoraggio basato su un software autoprodotta, che consente di verificare il livello di raggiungimento degli obiettivi, anche in corso d'anno, da parte dei responsabili delle strutture complesse aziendali. A tale proposito si sottolinea la differenziazione degli obiettivi tra personale dirigente e personale del comparto, che garantisce una completa copertura di tutte le figure professionali e per le diverse strutture aziendali.

L'OIV ha preso atto dell'avvenuta valutazione della performance organizzativa 2014, avvalendosi della sintesi presentata dai valutatori di I istanza e procedendo ad un'analisi approfondita di alcuni obiettivi presi a campione, al fine di rappresentare tutte le strutture.

Dalla documentazione prodotta si evidenziano, altresì, casi di non completo raggiungimento degli obiettivi assegnati, correlati ad una proporzionale decurtazione della retribuzione di risultato.

A seguito dell'adozione del decreto n.116/2015 relativo alla presa d'atto degli esiti della valutazione dell'OIV in merito agli obiettivi ed ai progetti RAR 2014, non sono pervenute contestazioni da parte del personale.

Per quanto concerne la valutazione individuale, preso atto della metodologia illustrata da parte del responsabile della SC Politiche e gestione del personale, sono state analizzate le varie tipologie di schede utilizzate in azienda per il personale dirigente, ritenendole idonee alla funzione. Per quanto riguarda il personale del comparto, verificata l'esistenza delle schede di valutazione solo per le posizioni organizzative, si è evidenziata la necessità di estendere tale procedimento a tutto il personale del comparto. L'IRCCS ha provveduto in tale senso mediante l'adozione del decreto n. 3 del 26 gennaio 2016 è stato adottato il "Regolamento per la valutazione permanente del personale del comparto".

L'OIV ha preso atto dell'avvio del ciclo delle performance 2015, esaminando la seguente documentazione:

- Decr. 32/2015: "Adozione del "Programma annuale e bilancio preventivo per l'esercizio 2015 – PAO 2015";
- Decr. 96/2015 "Assegnazione del budget 2015 ai centri di attività aziendali e del budget di risorsa 2015";
- Decr. 97/2015: "Approvazione dei progetti oggetto di incentivazione a valere sulle risorse aggiuntive regionali 2015".

Successivamente l'OIV ha analizzato a campione l'esito del monitoraggio infrannuale

degli obiettivi 2015, rilevando e segnalando alcune criticità riscontrate.

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 al 31 gennaio 2016 della delibera n. 43/2016.

Trieste, 13 maggio 2016

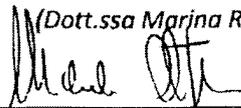
I componenti OIV



(Dott. Carlo Materazzo)



(Dott.ssa Marina Ranzi)



(Dott. Michele Chittaro)

Allegato A

“Scheda di Budget 2015”



SCHEDA DI BUDGET 2015

CDR:

Indice:

Obiettivi di attività: obiettivi incentivati e non incentivati

Budget beni sanitari

Volumi di attività (riferimento I semestre 2015)



Obiettivi di attivita' 2015

Dipartimento:

Struttura:

Area: D

OGGETTO DI STRUTTURA N. 3.6

Peso D: 20

Prevenire il Diabete: diabete in età evolutiva

1. definizione ed implementazione del protocollo di transizione delle cure da centri per l'età evolutiva a centri per adulti
2. definizione di un protocollo per la gestione del paziente pediatrico con chetoacidosi
3. partecipazione con il tramite dei referenti aziendali alle iniziative regionali

INDICATORE

ALGORITMO

- 1- Il protocollo di transizione è applicato nel 100% dei pazienti in età adolescenziale affidati alle cure di centri per adulti
- 2 - evidenza documentale della definizione di un protocollo per la gestione del paziente pediatrico con chetoacidosi
- 3 - Partecipazione dei referenti aziendali ai tavoli regionali convocati

- 1- si=100;no=0
- 2- si=100;no=0
- 3- si=100;no=0

Modalita' di valutazione: 1- verifica della congruenza del n atteso di pz burlo a cui applicare il protocollo/ n pazienti presi in carico da AAS 1 2- Il protocollo e' elaborato ed inviato alla DS entro il 31/12/2015 3. convocazioni al gruppo regionale.

Note: assegnata alla S.S. Endocrinologia, auxologia e diabetologia

Area: D
Peso D: 100

OBIETTIVO DI STRUTTURA N. 8.1

Accreditamento: aderire al programma regionale di accreditamento istituzionale e accreditamento all'eccellenza JACIE-FACT

| INDICATORE | ALGORITMO |
|--|---------------------|
| Attestazione di avvenuto invio al Centro Nazionale trapianti e ricezione della application form entro 31/03/2015 | 1- SI = 100; NO = 0 |

Modalita' di valutazione: invio al CNT dell'attestazione

Note: assegnato al dott. Tommasini

Area: D
Peso D: 10

OBIETTIVO DI STRUTTURA N. 10.5

Consolidare la partecipazione alla rete delle malattie rare
1 Collaborare alle iniziative regionali ivi compresa la definizione di PDTA
2 Implementare il flusso informativo al registro regionale
3 Definire un PDTA per la neurofibromatosi
4 Definire un PDTA per il Duchenne

| INDICATORE | ALGORITMO |
|---|---|
| 1 Partecipazione dei referenti aziendali ai tavoli regionali convocati 2- Incrementare del 10% i casi non ancora segnalati al Registro regionale ma già seguiti dall'Istituto e segnalazione al registro regionale del 100% dei nuovi casi 3-4 - i 2 PDTA (neurofibramatosi-Duchenne) sono elaborati entro 31 Dicembre | 1- si=100;no=0 2- si=100;no=0 3-4 - si=100;no=0 |

Modalita' di valutazione: 1- convocazioni del gruppo regionale 2- valutazione da registro regionale 3-4 I due PDTA sono elaborati ed inviati alla DS entro il 31/12/2015

Area: D

OGGETTO DI STRUTTURA N. 10.6

Peso D: 10

Malattie reumatiche:
- partecipare alle iniziative regionali della rete reumatologica in ambito pediatrico

INDICATORE

ALGORITMO

Evidenza documentale di 2 PDTA relativi all'età evolutiva
1- PDTA sull'artrite idiopatica giovanile
2- PDTA sul LES ad esordio pediatrico

1- SI = 100; NO = 0

Modalità di valutazione: i due PDTA sono elaborati ed inviati alla DS entro 31/12/2015

Area: D

OGGETTO DI STRUTTURA N. 10.10

Peso D: 20

Qualità e appropriatezza delle cure
Aderire ai programmi regionali sul tema del choosing wisely.
Redigere, in collaborazione con gli specialisti medici, liste di interventi a maggior rischio di inappropriatazza in quanto spesso non necessari, inutili, o addirittura potenzialmente dannosi.
In particolare affrontare i seguenti temi:
1- esami preoperatori in pazienti a basso rischio
2- esami di laboratorio di diagnostica avanzata
3- induzione del parto

INDICATORE

ALGORITMO

2- predisposizione di un protocollo operativo contenente i criteri per la prescrizione di test di diagnostica avanzata e di alto costo i cui risultati sono poco rilevanti per il percorso diagnostico e terapeutico del bambino.

SI = 100; NO = 0

Modalità di valutazione: le linee guida sono predisposte ed inviate alla DS

Area: D
Peso D: 10

OBIETTIVO DI STRUTTURA N. 12.2

Estensione della firma digitale dei referti ambulatoriali

INDICATORE

ALGORITMO

Nel mese di dicembre il 50% dei referti presenti su G2 è firmato digitalmente.

SI = 100; NO = 0

Modalita' di valutazione: dati a sistema

Note: Dati a sistema I semestre=0%

Area: D
Peso D: 10

OBIETTIVO DI STRUTTURA N. 12.9

Aumentare la refertazione con G2 clinico

INDICATORE

ALGORITMO

rapporto n referti G2/referti tot (visite e controlli) è pari al 75%.

SI = 100; NO = 0

Modalita' di valutazione: dati a sistema

Note: I semestre 2015 : rapporto n referti G2/referti tot = 72%

Area: D
Peso D: 20

OBIETTIVO DI STRUTTURA N. 16.1

Rispettare il budget assegnato per i beni sanitari

INDICATORE

ALGORITMO

Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari

$\geq 98 = 100$; $< 98 = 0$

Target: 1.262.580

Modalita' di valutazione: Dati a sistema-eventuali scostamenti dovranno essere preventivamente segnalati e autorizzati dalla Direzione Strategica per il tramite della SC Pianificazione.

Note: Budget assegno 1.262.580

Obiettivo NON incentivato

Area: D

OBBIETTIVO DI STRUTTURA N. 2.1

Tempi di attesa:

- Gestire la propria offerta nel rispetto del dettato nazionale e regionale sull'apertura e la chiusura delle agende, con rispetto:
- priorità B: percentuale compresa tra 95% e 100%, (rapporto tra le prenotazioni complessive che soddisfano il requisito e il totale delle richieste in B)
- priorità D: percentuale compresa tra 85% e 90%, (rapporto tra le prenotazioni complessive che soddisfano il requisito e il totale delle richieste in D)

INDICATORE

ALGORITMO

3- apertura e chiusura delle agende:

- priorità B: percentuale compresa tra 95% e 100%, (rapporto tra le prenotazioni complessive che soddisfano il requisito e il totale delle richieste in B)
- priorità D: percentuale compresa tra 85% e 90%, (rapporto tra le prenotazioni complessive che soddisfano il requisito e il totale delle richieste in D)

3- SI = 100; NO = 0

Modalità di valutazione: Dati a sistema CUP.

Note: assegnato a tutte le strutture cliniche

Obiettivo NON incentivato

Area: D

OBBIETTIVO DI STRUTTURA N. 10.17

Ridurre i DH diagnostici collaborando con la Direzione Sanitaria nella definizione di percorsi assistenziali più appropriati

INDICATORE

ALGORITMO

SI = 100; NO = 0

Modalità di valutazione: evidenza documentale

Note: Nel I semestre 2015 i dh diagnostici con drg medico sono 720 su 784 DH con DRG medico

Obiettivo NON incentivato

Area: D

OBIETTIVO DI STRUTTURA N. 10.33

Predisporre entro il 31/12/2015 un PDTA integrato sull'attività di ginecologia pediatrica

| INDICATORE | ALGORITMO |
|------------|-----------|
|------------|-----------|

| | |
|--|------------------|
| Predisposizione di un documento condiviso tra Uco Clinica pediatrica e UCO Clinica Ostetrico Ginecologica. | SI = 100; NO = 0 |
|--|------------------|

Modalita' di valutazione: Evidenza documentale

Note: Predisposizione di un documento condiviso tra Uco Clinica pediatrica e UCO Clinica Ostetrico Ginecologica.



BURLO



Budget 2015 Beni Sanitari

Risorse correnti

| | Anno 2014 | I Semestre 2014 | I Semestre 2015 | Delta | Delta % | Proposta Budget 2015 | Assegnato 2015 |
|---|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-------------------|----------------------|------------------|
| | (1) | (2) | (3) | (4) = (3) - (2) | (5) = 100*(4)/(2) | | |
| prodotti farmaceutici ed emoderivati | 1.126.803 | 554.117 | 495.634 | -58.482 | -10,6 | 1.104.267 | 1.104.267 |
| prodotti per nutrizione enterale, chimici e altri | 2.291 | 1.135 | 2.079 | 944 | 83,1 | 0 | 0 |
| materiali diagnostici | 35.843 | 22.486 | 20.368 | -2.118 | -9,4 | 34.767 | 34.767 |
| presidi medico-chirurgici e materiale sanitario | 126.998 | 73.156 | 88.228 | 15.073 | 20,6 | 123.546 | 123.546 |
| materiali protesici | 0 | 0 | 0 | 0 | — | 0 | 0 |
| materiali per dialisi | 0 | 0 | 0 | 0 | — | 0 | 0 |
| Totale prodotti sanitari | 1.291.935 | 650.894 | 606.311 | -44.584 | -6,8 | 1.262.580 | 1.262.580 |

| | | | | | | | |
|-----------------------|---------|--------|-----|---------|-----|--|--|
| Distribuzione diretta | 130.975 | 83.964 | 566 | -83.398 | -99 | | |
|-----------------------|---------|--------|-----|---------|-----|--|--|



Volumi di Attivita' (parziale) 2015

| INDICATORI | Anno 2013 | Anno 2014 | Anno 2015 (2° trim.) | Prolez. al 31/12/2015 ¹ | delta 2015/2014 ² |
|--|-----------|-----------|-------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| A) Attivita' Ambulatoriale | | | | | |
| Numero prestazioni ist. totale | 12.848 | 12.624 | 6.111 | 12.056 | -4,50% |
| Numero prestazioni aas triestina | 5.037 | 4.782 | 2.414 | 4.719 | -1,31% |
| Numero prestazioni altre aas regione | 4.986 | 4.957 | 2.290 | 4.446 | -10,30% |
| Numero prestazioni extra regione | 2.753 | 2.784 | 1.357 | 2.776 | -0,29% |
| Numero prestazioni stranieri | 92 | 101 | 50 | 129 | +28,21% |
| Totale tariffato | | | | | |
| Totale tariffato | 301.591 | 298.315 | 147.539 | 290.440 | -2,64% |
| Importo aas triestina | 121.885 | 116.895 | 61.105 | 120.269 | +2,89% |
| Importo altre aas regione | 110.806 | 111.238 | 52.488 | 100.335 | -9,80% |
| Importo extra regione | 66.680 | 67.682 | 32.664 | 66.902 | -1,15% |
| Importo stranieri | 2.220 | 2.500 | 1.282 | 3.513 | +40,51% |
| Attivita' libero professionista | | | | | |
| Numero prestazioni | 797 | 966 | 478 | 911 | -5,72% |
| Totale tariffato | 91.530 | 104.890 | 55.284 | 104.603 | -0,08% |
| B) Attivita' di ricovero | | | | | |
| Numero ricoveri totale | 2.352 | 2.622 | 1.136 | 2.572 | -1,90% |
| RICOVERO ORDINARIO | | | | | |
| Numero ricoveri totale | 672 | 651 | 352 | 721 | +10,69% |
| Numero ricoveri aas triestina | 162 | 160 | 118 | 252 | +57,33% |
| Numero ricoveri altre aas regione | 204 | 186 | 99 | 190 | +2,06% |
| Numero ricoveri extra regione | 283 | 286 | 123 | 255 | -10,87% |
| Numero ricoveri stranieri | 23 | 19 | 12 | 29 | +50,00% |
| Peso medio complessivo | 0,78 | 0,70 | 0,67 | 0,65 | -7,48% |
| Giornate di degenza | 4.233 | 3.738 | 1.860 | 3.762 | +0,65% |
| RICOVERO DH/DS | | | | | |
| Numero ricoveri totale | 1.680 | 1.971 | 784 | 1.840 | -6,67% |
| Numero ricoveri aas triestina | 486 | 518 | 216 | 528 | +1,89% |
| Numero ricoveri altre aas regione | 698 | 809 | 319 | 731 | -9,83% |
| Numero ricoveri extra regione | 486 | 630 | 240 | 556 | -11,76% |



Volumi di Attivita' (parziale) 2015

| INDICATORI | Anno 2013 | Anno 2014 | Anno 2015 (2° trim.) | Prolez. al 31/12/2015 ¹ | delta 2015/2014 ² |
|-------------------------------------|------------------|------------------|-------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| Numero ricoveri stranieri | 10 | 14 | 9 | 42 | +200,00% |
| Peso medio complessivo | 0,57 | 0,53 | 0,57 | 0,60 | +11,79% |
| Giornate di degenza | 2.722 | 3.161 | 909 | 2.920 | -7,62% |
| Totale tariffato | 2.587.802 | 2.408.361 | 1.097.487 | 2.490.476 | +3,41% |
| Importo abbattuto aas triestina | 678.396 | 638.428 | 336.986 | 764.727 | +19,78% |
| Importo abbattuto altre aas regione | 986.340 | 925.217 | 366.800 | 825.181 | -10,81% |
| Importo TUC extra regione | 765.582 | 749.550 | 368.415 | 816.614 | +8,95% |
| Importo abbattuto stranieri | 157.484 | 95.166 | 25.286 | 78.784 | -17,21% |

C) Altri dati di attivita'

RICOVERO ORDINARIO

| | | | | | |
|----------------------|-------|-------|-------|-------|---------|
| Numero interventi | 33 | 11 | 8 | 18 | +60,00% |
| Tasso operatorio | 0,00 | 0,00 | 0,00 | | |
| Tasso di occupazione | 56,00 | 46,50 | 49,38 | 48,85 | +5,06% |
| Indice di rotazione | 33,00 | 33,00 | 18,05 | 37,23 | +12,81% |

RICOVERO DH/DS

| | | | | | |
|----------------------|--------|--------|--------|--------|----------|
| Numero interventi | 9 | 6 | 0 | 0 | -100,00% |
| Tasso operatorio | 0,00 | 0,00 | 0,00 | | |
| Tasso di occupazione | 243,00 | 272,00 | 296,13 | 299,43 | +10,09% |
| Indice di rotazione | 458,00 | 507,00 | 319,67 | 538,45 | +6,20% |

Note

¹ Il valore della Proiezione e' calcolato sul periodo [((valore parziale del periodo anno in corso) * (valore anno precedente))/(valore del periodo anno precedente)]

² Il valore del Delta e' calcolato sul periodo [((proiezione) - (valore anno precedente))/(valore anno precedente)]

| Ambulatoriale | | | | | | | | | | |
|-------------------|--------------|---------------------|--------------|---------------------|------------------|--------------------|------------------|--------------------|-----------------|--------------------------------|
| | 2013 | | 2014 | | 1° semestre 2014 | | 1° semestre 2015 | | proiezione 2015 | delta (proiez. 2015-2014)/2014 |
| prestazione | erogato | importo | erogato | importo | erogato | importo | erogato | importo | | |
| visite | 1.009 | € 29.261,00 | 1.011 | € 29.470,00 | 509 | € 14.781,00 | 536 | € 16.516,00 | 1.083 | 5,11% |
| controlli | 276 | € 4.561,60 | 290 | € 4.963,40 | 149 | € 2.473,40 | 126 | € 2.081,60 | 283 | -15,44% |
| altre prestazioni | 2.661 | € 71.940,10 | 2.842 | € 73.672,60 | 1.363 | € 37.593,10 | 1.170 | € 33.300,30 | 2.268 | -14,16% |
| totale: | 3.946 | € 105.762,70 | 3.982 | € 108.106,20 | 2.021 | € 54.827,50 | 1.831 | € 50.908,90 | 3.683 | -4,33% |

| Libera professione | | | | | | | | |
|--------------------|-----------|-------------------|---------|---------|------------------|---------|------------------|---------|
| | 2013 | | 2014 | | 1° semestre 2014 | | 1° semestre 2015 | |
| prestazione | erogato | importo | erogato | importo | erogato | importo | erogato | importo |
| visite | 19 | € 3.040,00 | | | | | | |
| controlli | 2 | € 260,00 | | | | | | |
| altre prestazioni | | | | | | | | |
| totale: | 21 | € 3.300,00 | | | | | | |

| Ambulatoriale | | | | | | | | | | |
|-------------------|--------------|--------------------|--------------|--------------------|------------------|--------------------|------------------|--------------------|-----------------|--------------------------------|
| | 2013 | | 2014 | | 1° semestre 2014 | | 1° semestre 2015 | | proiezione 2015 | delta (proiez. 2015-2014)/2014 |
| prestazione | erogato | importo | erogato | importo | erogato | importo | erogato | importo | | |
| visite | 508 | € 14.874,00 | 507 | € 14.703,00 | 250 | € 7.540,00 | 281 | € 7.588,00 | 509 | 0,36% |
| controlli | 1.877 | € 31.158,20 | 1.547 | € 25.880,20 | 781 | € 12.984,80 | 638 | € 10.890,80 | 1.284 | -18,31% |
| altre prestazioni | 540 | € 5.058,40 | 342 | € 3.553,50 | 186 | € 1.927,80 | 96 | € 1.030,40 | 175 | -48,92% |
| totale: | 2.923 | € 60.889,60 | 2.396 | € 43.936,70 | 1.227 | € 22.432,60 | 984 | € 19.199,20 | 1.947 | -16,72% |

| Libera professione | | | | | | | | |
|--------------------|-----------|-------------------|---------|---------|------------------|---------|------------------|---------|
| | 2013 | | 2014 | | 1° semestre 2014 | | 1° semestre 2015 | |
| prestazione | erogato | importo | erogato | importo | erogato | importo | erogato | importo |
| visite | | | | | | | | |
| controlli | | | | | | | | |
| altre prestazioni | | | | | | | | |
| totale: | 21 | € 3.300,00 | | | | | | |

| Ambulatoriale | | | | | | | | | | |
|-------------------|--------------|--------------------|--------------|--------------------|------------------|--------------------|------------------|--------------------|-----------------|--------------------------------|
| | 2013 | | 2014 | | 1° semestre 2014 | | 1° semestre 2015 | | proiezione 2015 | delta (proiez. 2015-2014)/2014 |
| prestazione | erogato | importo | erogato | importo | erogato | importo | erogato | importo | | |
| visite | 555 | € 16.095,00 | 589 | € 16.501,00 | 300 | € 8.700,00 | 309 | € 8.961,00 | 596 | 3,00% |
| controlli | 771 | € 12.798,80 | 855 | € 14.183,00 | 434 | € 7.204,40 | 423 | € 7.021,80 | 833 | -2,53% |
| altre prestazioni | 302 | € 14.991,70 | 279 | € 8.143,90 | 120 | € 4.307,80 | 119 | € 3.674,10 | 277 | -0,83% |
| totale: | 1.628 | € 43.885,50 | 1.703 | € 39.827,90 | 884 | € 20.212,20 | 881 | € 19.656,90 | 1.698 | -0,41% |

| Libera professione | | | | | | | | |
|--------------------|------------|--------------------|------------|--------------------|------------------|--------------------|------------------|--------------------|
| | 2013 | | 2014 | | 1° semestre 2014 | | 1° semestre 2015 | |
| prestazione | erogato | importo | erogato | importo | erogato | importo | erogato | importo |
| visite | 351 | € 40.400,00 | 311 | € 35.830,00 | 164 | € 18.840,00 | 170 | € 20.818,00 |
| controlli | 69 | € 5.500,00 | 77 | € 7.252,00 | 43 | € 4.040,00 | 28 | € 2.942,00 |
| altre prestazioni | | | | | | | | |
| totale: | 410 | € 45.900,00 | 388 | € 43.082,00 | 207 | € 22.880,00 | 198 | € 23.760,00 |

| Ambulatoriale | | | | | | | | | | |
|-------------------|--------------|---------------------|--------------|---------------------|------------------|--------------------|------------------|--------------------|-----------------|--------------------------------|
| | 2013 | | 2014 | | 1° semestre 2014 | | 1° semestre 2015 | | proiezione 2015 | delta (proiez. 2015-2014)/2014 |
| prestazione | erogato | importo | erogato | importo | erogato | importo | erogato | importo | | |
| visite | 2.244 | € 65.078,00 | 2.325 | € 67.425,00 | 1.205 | € 34.945,00 | 1.299 | € 37.671,00 | 2.506 | 7,80% |
| controlli | 942 | € 15.637,20 | 898 | € 14.906,80 | 427 | € 7.088,20 | 471 | € 7.818,80 | 891 | 10,30% |
| altre prestazioni | 1.172 | € 20.472,10 | 1.362 | € 24.444,00 | 664 | € 12.005,50 | 683 | € 12.323,70 | 1.401 | 2,89% |
| totale: | 4.358 | € 101.185,30 | 4.688 | € 106.776,80 | 2.296 | € 64.838,70 | 2.483 | € 67.813,30 | 4.898 | 6,82% |

| Libera professione | | | | | | | | |
|--------------------|------------|--------------------|------------|--------------------|------------------|--------------------|------------------|--------------------|
| | 2013 | | 2014 | | 1° semestre 2014 | | 1° semestre 2015 | |
| prestazione | erogato | importo | erogato | importo | erogato | importo | erogato | importo |
| visite | 217 | € 28.960,00 | 309 | € 43.847,00 | 197 | € 23.280,00 | 163 | € 21.128,00 |
| controlli | 149 | € 13.370,00 | 208 | € 18.508,00 | 103 | € 9.170,00 | 107 | € 10.328,00 |
| altre prestazioni | | | 2 | € 20,00 | | | 10 | € 50,00 |
| totale: | 366 | € 42.330,00 | 677 | € 62.375,00 | 300 | € 32.450,00 | 280 | € 31.506,00 |

| Ambulatoriale | | | | | | | | | | |
|-------------------|---------------|----------------|---------------|----------------|------------------|----------------|------------------|----------------|-----------------|--------------------------------|
| | 2013 | | 2014 | | 1° semestre 2014 | | 1° semestre 2015 | | proiezione 2015 | delta (proiez. 2015-2014)/2014 |
| prestazione | erogato | importo | erogato | importo | erogato | importo | erogato | importo | | |
| visite | 4.314 | 125.108 | 4.412 | 128.099 | 2.274 | 65.946 | 2.404 | 68.716 | 4.864 | 5,72% |
| controlli | 3.868 | 64.176 | 3.599 | 59.743 | 1.791 | 29.731 | 1.958 | 27.523 | 3.332 | -7,43% |
| altre prestazioni | 4.675 | 112.480 | 4.825 | 110.814 | 2.333 | 55.834 | 2.067 | 50.529 | 4.098 | -11,40% |
| totale: | 12.856 | 301.742 | 12.836 | 298.657 | 6.398 | 181.511 | 6.129 | 147.767 | 12.094 | -4,29% |

| Libera professione | | | | | | | | |
|--------------------|------------|--------------------|------------|--------------------|------------------|--------------------|------------------|--------------------|
| | 2013 | | 2014 | | 1° semestre 2014 | | 1° semestre 2015 | |
| prestazione | erogato | importo | erogato | importo | erogato | importo | erogato | importo |
| visite | 587 | 72.400 | 660 | 79.477 | 361 | 42.100 | 333 | 41.844 |
| controlli | 149 | € 13.370,00 | 208 | € 18.508,00 | 103 | € 9.170,00 | 107 | € 10.328,00 |
| altre prestazioni | | | 2 | € 20,00 | | | 10 | € 50,00 |
| totale: | 736 | € 85.770,00 | 870 | € 97.995,00 | 464 | € 61.270,00 | 450 | € 52.222,00 |

Non compreso il contratto "rilevazione attività", utilizzato per prenotare cicli di prestazioni e necessario per gestire flussi di lavoro - viene rilevato invece nel prospetto di sintesi



Il Direttore Generale: dott. Gianluigi Scannapieco

Il Direttore Sanitario: dott. ssa Adele Maggiore

Il Direttore Amministrativo: dott. Stefano Dorbolo

Trieste, 12 4 SET. 2015

Il Responsabile della Struttura:

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

referita 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

#VALORE!

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

#VALORE!

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

#VALORE!

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

#VALORE!

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

punteggio coefficiente

2

valore item

#VALORE!

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

#VALORE!

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

#VALORE!

Stile Relazionale

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

punteggio coefficiente

2

valore item

#VALORE!

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

#VALORE!

il valutato

il valutatore

data

SCHEMA DI AUTOVALUTAZIONE

Dirigenti Direzione amministrativa/ direzione generale

Anno 2015

Cognome e nome:

Profilo professionale:

Incarico attribuito:

Struttura:

Periodo oggetto di valutazione: dal al

Giudizio*

Collaborazione e partecipazione multidisciplinare

- a) capacità di coinvolgere altri professionisti nei processi decisionali
- b) capacità di coinvolgere altri professionisti in attività interdisciplinari
- c) disponibilità alla discussione del proprio operato con quello di altri professionisti
- d) partecipazione agli organismi collegiali
- e) grado di partecipazione attiva ad iniziative proposte da altri professionisti

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

Capacità organizzative

- a) capacità di organizzare l'attività favorendo la fruizione delle ferie
- b) capacità di organizzare l'attività in coerenza con le esigenze formative
- c) capacità di introdurre innovazioni organizzative
- d) capacità di rispettare i mandati concordati con le risorse disponibili

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Capacità decisionali e di responsabilizzazione

- a) capacità di assumere decisioni autonome coerenti con il mandato assegnato
- b) capacità di suggerire iniziative innovative coerenti con il mandato aziendale
- c) capacità di intraprendere percorsi di condivisione dei processi con altri professionisti per risolvere problemi operativi legati a contingenze logistiche od organizzative

| |
|--|
| |
| |
| |

Dimensione quantitativa dell'attività svolta

- a) differenziale tra volumi di attività concordati e volumi realizzati
- b) disponibilità ad un impegno orario flessibile

| |
|--|
| |
| |

Appropriatezza e qualità delle prestazioni effettuate

- a) qualità della documentazione amministrativa
- b) rispetto dei protocolli adottati

| |
|--|
| |
| |

Innovazione tecnologica

- a) capacità di proporre nuove soluzioni tecnologiche
- b) approccio metodologico alla proposta di nuove soluzioni tecnologiche
- c) coerenza delle soluzioni proposte con i vincoli e gli obiettivi dell'Istituto

| |
|--|
| |
| |
| |

Attività formative

- a) continuità nell'impegno formativo

| |
|--|
| |
|--|

- 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

