

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 2016**

## **INDICE**

Presentazione .....	3
<b>A.</b> Performance organizzativa .....	5
<b>B.</b> Performance individuale .....	6
<b>C.</b> Processo di attuazione del ciclo della performance .....	7
<b>D.</b> Infrastruttura di supporto .....	7
<b>E.</b> 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 .....	7
<b>F.</b> Definizione e gestione degli standard di qualità .....	10
<b>G.</b> Benessere organizzativo .....	12
<b>H.</b> Utilizzo dei risultati del sistema di misurazione e valutazione .....	13
<b>I.</b> Descrizione delle modalità di monitoraggio dell'OIV .....	13
Allegato A Scheda di budget 2016 .....	
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 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 2016.

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. 32 del 5/4/2016; nel corso del 2016 sono state pertanto rispettate le diverse fasi e responsabilità in esso definite.

Le attività di avvio del ciclo delle performance descritte sono state relazionate all'OIV nella seduta dd 13/5/2016, come da verbale agli atti.

Il **monitoraggio intermedio** sullo stato di avanzamento degli obiettivi, è stato svolto nei mesi di agosto e settembre, 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. 21/10/2016. 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 2017, contestualmente alla definizione dei nuovi obiettivi di budget per l'anno 2017 (già formalizzati con decreto n. 51 dd. 11/4/2017), 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 30/4/2017, 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 2015 è stata effettuata con la DGR 1383 dd. 22/7/2016).

b) A livello di singola **Unità Operativa**, individuata come autonomo centro di responsabilità (performance organizzativa). La valutazione per l'anno 2016 è attualmente in corso e si prevede che venga conclusa entro il 30/6/2017. Per l'anno 2015 la valutazione ha evidenziato la presenza di alcune strutture (7 strutture su 39, pari al 18%) che non hanno pienamente raggiunto gli obiettivi assegnati, collocandosi ad un livello comunque non 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. La valutazione individuale relativa al 2016 è già stata avviata e si concluderà entro il 30/6/2017. Per l'anno 2015 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 2015.

Il processo di budget è stato avviato nel mese di febbraio 2016 e si è concluso con l'approvazione del decreto del Direttore Generale n. 33 del 5/4/2016, relativo all'assegnazione del budget 2016 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 2015 e assegnati per il 2016 ed una scheda relativa ai volumi di attività. Si allega – a titolo di esempio – *"Scheda di budget 2016 – cdr UCO Clinica Pediatrica"* (Allegato A).

In una seconda fase e successivamente alla stipula degli accordi sindacali regionali ed aziendali, sono stati assegnati anche gli obiettivi 2016 a valere sulle risorse aggiuntive regionali, secondo le progettualità e gli indicatori descritti nel decreto n. 76 dd. 11/8/2016.

## 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 e successivo decreto n. 78 del 13/09/2016 fino al 30/06/2017.

#### **Programma Triennale della Trasparenza e Integrità**

Con decreto del DG n. 10 del 30/01/2016 l'IRCCS Burlo Garofolo ha approvato il Piano triennale di prevenzione della corruzione e il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2016-2018. 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 2016**

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 23.11.2016, come da verbale agli atti, è stato effettuato un audit cumulativo relativo alle attività di anticorruzione e trasparenza svolte dalle strutture amministrative (prot. n. 1797/int), utilizzando una specifica checklist.

### **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**

Allo stato attuale lo strumento della Bussola della Trasparenza non è attivo, in quanto ancora in aggiornamento a seguito dell'entrata in vigore della nuova normativa e 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».

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: ¾.

#### **Criticità rilevate in tema di trasparenza**

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.

## 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.

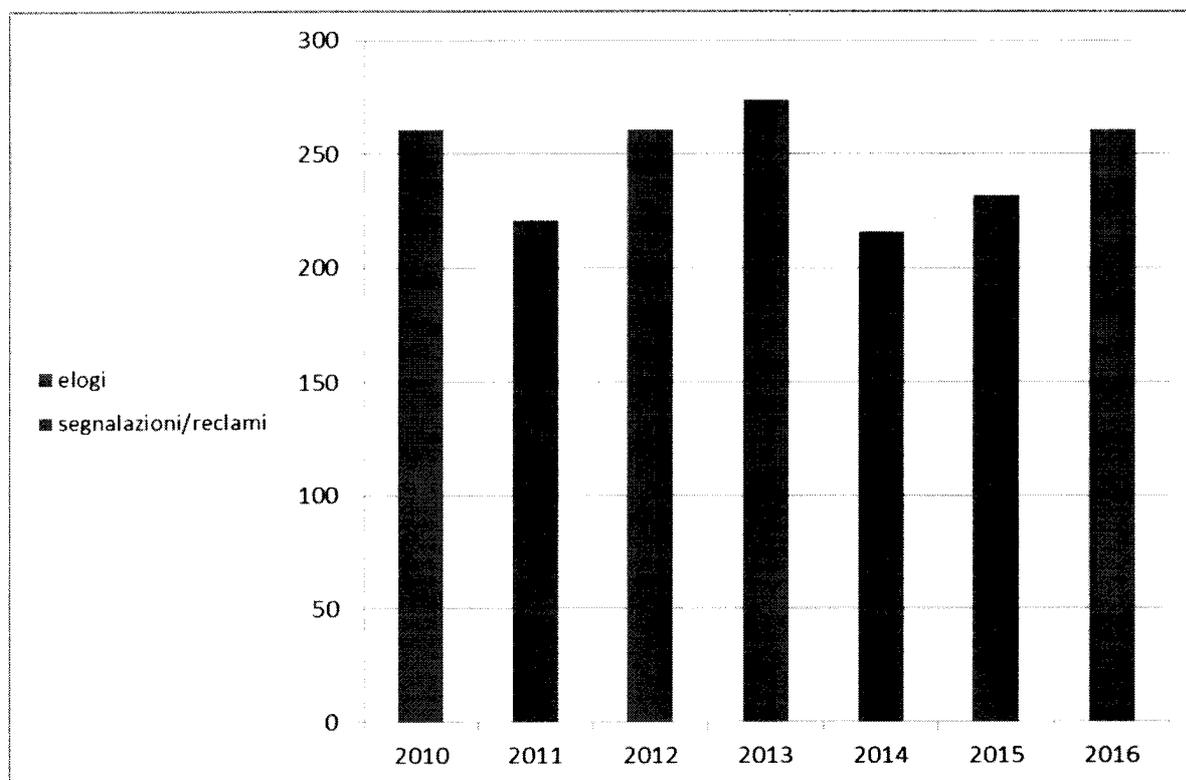
In attuazione delle linee di gestione regionali sono stati assegnati anche obiettivi di performance riguardanti gli esiti (appropriatezza dei tagli cesarei primari), che derivando da programmi nazionali permettono un confronto con le altre realtà nazionali e regionali.

L'attenzione alla qualità ed al confronto con gli utenti e gli stakeholder è mantenuta attraverso un costante monitoraggio delle segnalazioni ricevute dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP). Nel corso dell'anno 2016 sono pervenute all'Ufficio Relazioni con il Pubblico, attraverso diversi canali di comunicazione, 261 segnalazioni formali. Di queste si contano 165 elogi (63% dei contatti), 67 reclami e 30 segnalazioni.

Il 74% 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.

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 all'ultimo quinquennio:

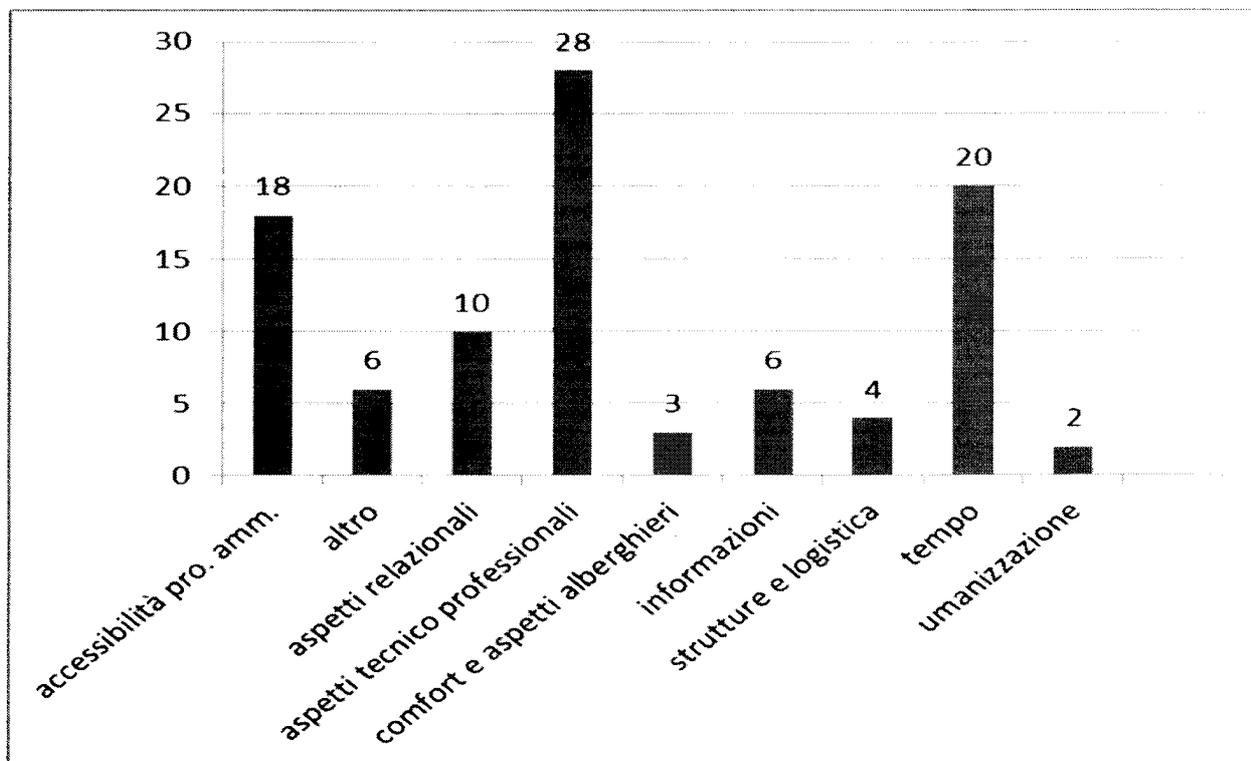


Distribuzione per Dipartimento delle segnalazioni e dei reclami, anno 2016:

STRUTTURA	TOTALE PER DIPARTIMENTO
Altre strutture o servizi	13
Dipartimento di Diagnostica avanzata	2
Dipartimento di Pediatria	50
Dipartimento Materno neonatale	20
Direzione sanitaria	12
<b>TOTALE</b>	<b>97</b>

Il sistema di classificazione dei reclami indica come categoria più rappresentata quella relativa agli “aspetti tecnico professionali”, seguita dalla categoria e “tempo”.

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 (Plain-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 2016 vi è stato un reclamo di natura tecnico professionale che è stato segnalato e trattato con le modalità del rischio clinico: scheda di incident reporting e audit clinico.

Inoltre il Burlo Garofolo ha pubblicato in intranet per l'opportuna diffusione interna gli esiti dall'indagine svoltasi nel secondo semestre 2015, dal titolo "Valutazione del clima esterno: esperienza riferita dal paziente", 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.

## 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 responsabili delle strutture, le PO ed i coordinatori dd 29/9/2015.

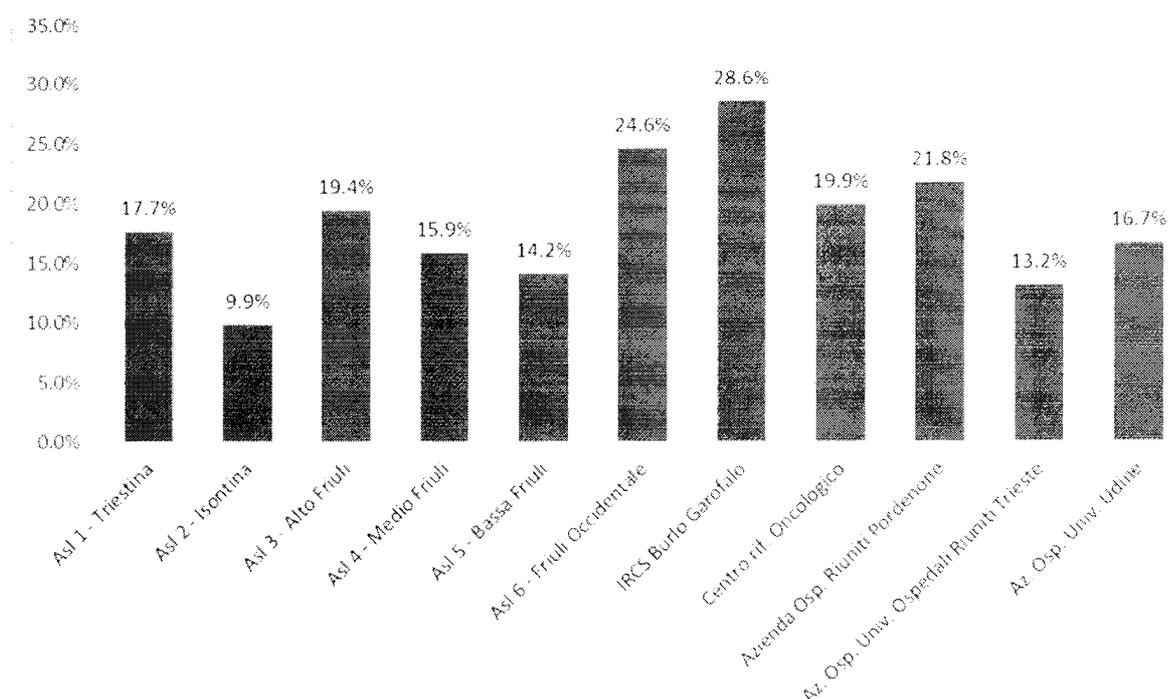
Gli elementi caratterizzanti del questionario sono i seguenti:

- **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:

12

Percentuale di risposta al questionario 2



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 2016 derivanti da indicazioni regionali, unitamente ad altri obiettivi strategici aziendali, è stata attuata attraverso l'adozione del PAO 2016 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 2016, esaminando la seguente documentazione:

- Decr. 134/2015: “Adozione del “Programma annuale e bilancio preventivo per l’esercizio 2016 – PAO 2016” integrato e sostituito dal decr. 39/2016;
- Decr. 33/2016 “Assegnazione del budget 2016 ai centri di attività aziendali e del budget di risorsa 2016”;
- Decr. 76/2016: “Approvazione dei progetti oggetto di incentivazione a valere sulle risorse aggiuntive regionali 2016”.

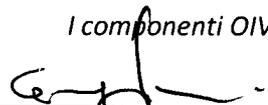
Successivamente l’OIV ha analizzato a campione l’esito del monitoraggio infrannuale degli obiettivi 2016.

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 marzo 2017 della delibera n. 236/2017.

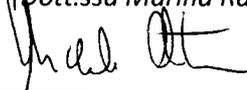
L’OIV pertanto tenuto conto delle considerazioni sopra esposte valuta positivamente il Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni, attuato dall’IRCCS Burlo Garofolo nell’anno 2016.

*Trieste, 28 aprile 2017*

*I componenti OIV*

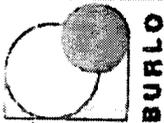
  
 \_\_\_\_\_  
 (Dott. Eugenio Possamai)

  
 \_\_\_\_\_  
 (Dott.ssa Marina Ranzi)

  
 \_\_\_\_\_  
 (Dott. Michele Chittaro)

# **Allegato A**

**“Scheda di Budget 2016”**



# Obiettivi di attivita' 2016

Dipartimento: Pediatria

Struttura: U.C.O. Clinica pediatrica

Responsabile:  
prof. Alessandro Ventura

Linea ID	Ob. struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2015	Soglia
----------	---------------	-----	------	--------	--------	------------	-------------	--------

3.4.8	3.16	Rischio clinico: sicurezza della documentazione sanitaria- garantire la standardizzazione della cartella clinica rispetto alla presenza e completezza dei seguenti documenti: a- valutazione del rischio cadute b- valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso c- rivalutazione quotidiana del dolore durante la degenza d- rivalutazione del dolore dopo somministrazione di terapia condizionata e- FUT nei primi 10 giorni di ricovero f- valutazione del rischio di Ldp	SI	E	10	1- n di cartelle chiuse contenenti i documenti previsti/n di cartelle selezionate	>=65%
-------	------	---	----	---	----	---	-------

3.21		Migliorare la sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro	SI	D	10	Partecipazione del personale dipendente e convenzionato NON formato negli ultimi 5 anni ai corsi in tema di sicurezza nei luoghi di lavoro	>20%
------	--	---	----	---	----	--	------

4.3		Migliorare la produzione scientifica dell'IRCCS	SI	D	10	numero di articoli accettati o pubblicati dal 01/04/2016 al 31/12/2016, su rivista indicizzata, con affiliazione corretta.	>= 5 articoli di cui almeno 3 su rivista indicizzata, con affiliazione corretta
-----	--	---	----	---	----	--	---

3.3.2	8.2	Programmazione degli interventi socio-sanitari- accreditamento: partecipare alle attivita' preparatorie all'accreditamento istituzionale.	SI	D	15	risoluzione delle non conformita' di pertinenza della struttura, individuate con l'autovalutazione	si'
-------	-----	---	----	---	----	--	-----

3.4.6	10.23	Erogazione dei livelli di assistenza: garantire i livelli di assistenza, l'appropriatezza ed il miglioramento continuo delle prestazioni	SI	D	15	- numero di ricoveri in Day Hospital medico con finalita' diagnostica - individuare, concordare e applicare con la Regione day service	84%
-------	-------	--	----	---	----	--	-----

- 1 <=50%;
- 2 almeno 5 pacchetti day service attivati



Dipartimento: Pediatria

Struttura: U.C.O. Clinica pediatrica

Responsabile:  
prof. Alessandro Ventura

# Obiettivi di attivita' 2016

Linea ID	Ob. struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2015	Soglia
3.7	14.2			SI	D	10	- % dei DRG mai definiti - tutte le SDO sono inserite e validate entro il termine di chiusura stabilito (ultimo 99 utile del mese successivo a quello di dimissione).	8.3% 1.5%; 2 100% (toll.2%)
3.7	15.1			SI	D	20	- Utilizzo della firma digitale negli applicativi gestionali del G2 clinico - utilizzo della firma digitale nella lettera di dimissione, a partire dall'avvio.	49 (dic 2015) 1 >80; 2 >80;
3.7	15.7			SI	D	10	Utilizzo del sistema dell'order entry per le richieste a partire dal mese di maggio 2016, così come certificato da report a cura della Direzione Sanitaria/SC Immunopatologia/ SC Microbiologia	95%
3.4.7	2.2			NO	D		Le prestazioni specialistiche pediatriche sono garantite: per le priorità' D per le priorità' P	1.>= 90%; 2: >= 85%
3.4.7	2.7			NO	D		Volume prestazioni ALP/volume prestazioni istituzionali	< 1
3.2.3	3.3			NO	D		partecipare al percorso dello Screening neonatale per la parte di competenza	SI
3.4.8	3.7			NO	D		Rischio clinico: sorveglianza delle cadute e prevenzione dei danni da caduta.	1 >=80%: 4 SI
							1. N di cartelle chiuse con la scheda di valutazione del rischio caduta compilata in modo completo/numero di cartelle selezionate 4. la documentazione informativa sulla "Prevenzione cadute" predisposta dal gruppo di lavoro regionale e' consegnata ai pazienti e al care giver	



# Obiettivi di attivita' 2016

Dipartimento: Pediatria

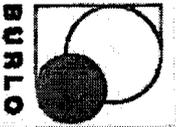
Struttura: U.C.O. Clinica pediatrica

Responsabile:  
prof. Alessandro Ventura

Linea ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2015	Soglia
3.4.8 3.11	Rischio clinico sicurezza della documentazione sanitaria: migliorare il flusso di informazioni relativo ai fattori di rischio - sperimentare l'integrazione della lettera di dimissione su fattori di rischio specifici	NO	D			1- e' stato predisposto un modulo da allegare alla lettera di dimissione inerente il rischio caduta e alle colorizzazioni/infrazioni e alle vaccinazioni 2- il n di lettere integrate/n tot di lettere di dimissione		1 si; 2 >= 70%
3.4.8 3.13	Rischio clinico: garantire la corretta applicazione del protocollo per la corretta identificazione del paziente	NO	D			1- n corretta identificazioni/n tot di procedure che richiedono l'identificazione nel periodo indice 2- n di pz presenti durante la visita con braccialetto identificativo/n di pz tot presenti		1 >= al 75%; 2 >=80%
3.4.8 3.17	Rischio clinico: garantire la corretta valutazione del dolore in tutte le strutture di degenza e ambulatoriali che eseguono sedazione o analgesia locale	NO	D			1- n di cartelle chiuse contenenti la scheda di valutazione entro 24 ore compilata in modo completo/n di cartelle selezionate per il controllo 2- n di cartelle con registrazione quotidiana completa/n di cartelle selezionate per il controllo 3- n di cartelle con rivalutazione del dolore entro 1 ora per ogni episodio con valore > a 0/n di cartelle selezionate per il controllo 4- almeno 1 rappresentante della dirigenza e 1 del comparto hanno partecipato all'incontro di audit di valutazione dei risultati e per concordare eventuali attivita' di miglioramento		1 >=90%; 2 >=80%; 3 >=90%; 4 si'
3.5.1 6.1	Promuovere l'appropriatezza prescrittiva e il contenimento della spesa farmaceutica per i prescrittori ospedalieri	NO	D			Incontro di condivisione con la SC Oncematologia, la UCO Clinica pediatrica, la SC Farmacia e la SC Pianificazione al fine di individuare possibili aree terapeutiche di miglioramento rispetto al rapporto costo-efficacia dei farmaci a parita' di sicurezza e tollerabilita' e relativo monitoraggio.		si
3.5.1 6.3	Promuovere l'utilizzo di biosimilari.	NO	D			prescrizioni/confezioni erogate ai nuovi pazienti affetti dal morbo di Crohn, e' garantita con farmaci biosimilari		>=80%
3.5.1 6.4	Promuovere la prescrizione di medicinali a brevetto scaduto.	NO	D			L'utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto definiti nella tab. 1 della DGR 2559/2015 non supera i valori della media regionale della singola categoria.		si

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



# Obiettivi di attivita' 2016

Dipartimento: Pediatria

Struttura: U.C.O. Clinica pediatrica

Responsabile:  
prof. Alessandro Ventura

Linea ID	Ob. struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2015	Soglia
----------	---------------	-----	------	--------	--------	------------	-------------	--------

3.5.1	6.5					5. Individuare i farmaci ad elevato impatto di spesa per l'istituto.	NO	D	Individuazione del percorso clinico/amministrativo per la gestione dei pazienti affetti da malattie croniche e rare, condiviso con AAS 1.	si
-------	-----	--	--	--	--	--	----	---	---	----

3.5.1	6.9					11. Assicurare la corretta prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA, nel rispetto delle indicazioni prefissate.	NO	D	Corretta compilazione degli appositi registri dei medicinali soggetti a registro AIFA ed invio alla SC Farmacia della modulistica	si
-------	-----	--	--	--	--	---	----	---	---	----

3.4.3	12.15					Malattie rare: Implementazione del flusso informativo al registro regionale delle malattie rare di cui al DM 279/2001.	NO	D	Garantire, per quanto di competenza, il flusso informativo al registro regionale.	si
-------	-------	--	--	--	--	--	----	---	---	----

16.3						Rispetto del budget dei beni sanitari assegnato a parita' di attivita svolta (rispetto al 2015)	NO	D	Rispetto del budget assegnato, a parita' di attivita svolta	1.228.966	1.136.959
------	--	--	--	--	--	---	----	---	---	-----------	-----------

Totale pesi: 100



# Obiettivi di attivita' 2016

Dipartimento: **Pediatria**

Struttura: **U.C.O. Clinica pediatrica**

Responsabile:  
**prof. Alessandro Ventura**

Linea ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2015	Soglia

Il Direttore Generale

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Amministrativo

Il Responsabile di Struttura

Il Responsabile della Direzione delle Prof. Sanitarie

18 MAR. 2016

**Scheda Risorse**

<b>Risorse correnti</b>	<b>Budget 2016 Beni Sanitari</b>
-------------------------	----------------------------------

	<b>Anno 2015</b>	<b>Proposta Budget 2016</b>	<b>Assegnato 2016</b>
prodotti farmaceutici ed emoderivati (*)	1.054.346	971.568	
prodotti per nutrizione enterale, chimici e altri	4.100	0	
materiali diagnostici	33.084	32.091	
presidi medico-chirurgici e materiale sanitario	137.436	133.300	
materiali protesici	0	0	
materiali per dialisi	0	0	
<b>Totale prodotti sanitari</b>	<b>1.228.966</b>	<b>1.136.959</b>	<b>0</b>

(\*) La proposta Budget 2016 alla voce "Prodotti farmaceutici ed emoderivati" è stata calcolata al netto del consumo di emoderivati per l'anno 2015 pari a € 67.051 che su indicazioni regionali non verranno valorizzati. Gli emoderivati utilizzati verranno monitorati nelle quantità consumate. Le modalità di richiesta rimangono invariate.

<b>Personale</b>	<b>Forza al 31/12/2015</b>
Dirigenti medici	12
Dirigenti medici universitari	3
Dirigenti sanitari	0
<b>TOTALE</b>	<b>15</b>

<b>Formazione</b>	<b>Totale</b>	<b>Comparto</b>	<b>Dirigenza</b>
Budget assegnato al Dipartimento di Pediatria	31.335	22.244	9.090

	<b>Anno 2014</b>	<b>Anno 2015</b>
Costo farmaci per giornata di degenza - anno 2015	163	151
Tariffa media per gg. di degenza -	349	363

INDICATORI	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015	delta 2015/2014 <sup>1</sup>
<b>A) Attivita' Ambulatoriale</b>				
Numero prestazioni ist. totale	12.848	12.624	11.617	-7,98%
Numero prestazioni aas triestina	5.037	4.782	4.494	-6,02%
Numero prestazioni altre aas regione	4.966	4.957	4.467	-9,89%
Numero prestazioni extra regione	2.753	2.784	2.578	-7,40%
Numero prestazioni stranieri	92	101	78	-22,77%
<hr/>				
<b>Totale tariffato</b>	<b>301.591</b>	<b>298.315</b>	<b>279.840</b>	<b>-6,19%</b>
Importo aas triestina	121.885	116.895	113.136	-3,22%
Importo altre aas regione	110.806	111.238	102.820	-7,57%
Importo extra regione	66.680	67.682	61.975	-8,43%
Importo stranieri	2.220	2.500	1.909	-23,64%
<hr/>				
<b>Attivita' libero professionale</b>				
Numero prestazioni	797	966	785	-18,74%
Totale tariffato	91.530	104.690	91.249	-12,84%
<hr/>				
<b>B) Attivita' di ricovero</b>				
Numero ricoveri totale	2.352	2.622	2.524	-3,74%
<hr/>				
RICOVERO ORDINARIO				
Numero ricoveri totale	672	651	695	+6,76%
Numero ricoveri aas triestina	162	160	217	+35,63%
Numero ricoveri altre aas regione	204	186	201	+8,06%
Numero ricoveri extra regione	283	286	254	-11,19%
Numero ricoveri stranieri	23	19	23	+21,05%
Peso medio complessivo	0,78	0,70	0,67	-4,09%
Giornate di degenza	4.233	3.738	3.816	+2,09%
<hr/>				
RICOVERO DH/DS				
Numero ricoveri totale	1.680	1.971	1.829	-7,20%
Numero ricoveri aas triestina	486	518	509	-1,74%
Numero ricoveri altre aas regione	698	809	754	-6,80%
Numero ricoveri extra regione	486	630	544	-13,65%

INDICATORI	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015	delta 2015/2014 <sup>1</sup>
Numero ricoveri stranieri	10	14	22	+57,14%
Peso medio complessivo	0,57	0,53	0,58	+7,93%
Giornate di degenza	2.722	3.161	3.157	-0,13%
<b>Totale tariffato</b>	<b>2.587.802</b>	<b>2.408.361</b>	<b>2.533.304</b>	<b>+5,19%</b>
Importo abbattuto aas triestina	678.396	638.428	772.145	+20,94%
Importo abbattuto altre aas regione	986.340	925.217	913.242	-1,29%
Importo TUC extra regione	765.582	749.550	756.041	+0,87%
Importo abbattuto stranieri	157.484	95.166	91.876	-3,46%
<b>C) Altri dati di attivita'</b>				
RICOVERO ORDINARIO				
Numero interventi	33	11	18	+63,64%
Tasso operatorio	0,00	0,00	0,00	
Tasso di occupazione	56,00	46,50	54,02	+16,17%
Indice di rotazione	33,00	33,00	35,81	+8,52%
RICOVERO DH/DS				
Numero interventi	9	6	4,00	-33,33%
Tasso operatorio	0,00	0,00	0,00	
Tasso di occupazione	243,00	272,00	286,10	+5,18%
Indice di rotazione	458,00	507,00	512,25	+1,04%

### Note

Il valore del Delta e' calcolato: ((valore anno attuale - valore anno precedente)/(valore anno precedente))

# **Allegato B**

## **“Schede di valutazione individuale”**

**Dirigenza medica e sanitaria**

**Dirigenza PTA**

**Comparto**

---

## SCHEMA 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

## 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**

<b>Raggiungimento obiettivi certificato dall'Organismo indipendente di valutazione</b>	
--	--

Valore medio di raggiungimento riferito all'intero periodo oggetto di valutazione	
---	--

Trieste,

IL DIRIGENTE VALUTATO

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

# SCHEDA DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE E DEI RISULTATI DEL PERSONALE DEL COMPARTO

CATEGORIA \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_

Cognome e nome: \_\_\_\_\_

Profilo professionale \_\_\_\_\_

Area di riferimento per il periodo.....

1: non in linea alle attese

2: sufficiente rispetto al ruolo assegnato

3: in linea a quello richiesto dal ruolo

4: superiore alle attese

Valutazione completamente positiva: 24 punti

Valutazione positiva con margini di miglioramento: 21 punti

MACROAREA	FATTORI	AUTOVALUTAZIONE punteggio	VALUTAZIONE punteggio
ABILITA' E COMPETENZE PROFESSIONALI	Riconosce, ascolta e soddisfa i bisogni dell'utente tenendo in considerazione le esigenze interne	4	4
	Porta a termine i compiti assegnati/pianificati con attenzione, correttezza e precisione, nonché nei termini prescritti	4	4
	Svolge con competenza e alto livello qualitativo le proprie prestazioni	4	4
RELAZIONE	Offre spontaneamente aiuto e supporto ai colleghi e condivide conoscenze	4	4
	Si relaziona con gli utenti ed i colleghi in modo garbato, utilizza il linguaggio più adeguato al contesto ed ai bisogni dei destinatari	4	4
	Nel lavoro di squadra dimostra un approccio collaborativo e di condivisione	4	4
PIANIFICAZIONE E ORGANIZZAZIONE	Di fronte ai cambiamenti procedurali ed organizzativi si dimostra proattivo e si adatta alle soluzioni individuate	4	4
	Conosce, applica e propone procedure/protocolli e sovente è propositivo e partecipa nell'elaborazione di nuovi documenti	4	4
	Dimostra autonomia e capacità di innovazione, è sicuro nella pianificazione e nell'esecuzione della propria attività	4	4
RESPONSABILITA' RISOLUZIONE DEI PROBLEMI	Contestualizza i problemi e ricerca le soluzioni più efficaci ed idonee	4	4
	Svolge e pianifica le attività nella consapevolezza del proprio ruolo dimostrando competenza professionale	4	4
	Sviluppa e condivide costantemente la propria competenza professionale	4	4
		<b>48</b>	<b>48</b>

PIANO DI MIGLIORAMENTO

Il valutato

Il valutatore

data

PARTECIPAZIONE AGLI OBIETTIVI DI STRUTTURA

SI

NO

% DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DI STRUTTURA (VALUTAZIONE DI PRIMA ISTANZA)