

**BURLO**  
Organismo Indipendente di Valutazione

Prot. N. 4449 - G. 0/20



## VERBALE OIV n. 3/2019

Il giorno 30 luglio alle ore 9.00, nella Sala del Consiglio dell'I.R.C.C.S. Burlo Garofolo di Trieste si è riunito l'Organismo Indipendente di Valutazione dell'Istituto, costituito con decreto del Commissario Straordinario n. 54 del 17/5/2019.

Sono presenti:

dott. Antonello Inglese

Presidente

dott.ssa Valentina Lorenzutti

Componente

dott. Michele Chittaro assente giustificato.

Per l'IRCCS è presente: la dott.ssa Martina Vardabasso, dirigente amministrativo della SSD Programmazione e controllo

Ordine del giorno:

1. Avvio valutazioni obiettivi di budget e obiettivi RAR 2018.
2. Varie ed eventuali

In apertura di seduta il Presidente OIV ritiene opportuno rappresentare alcune criticità collegate agli aspetti di accessibilità del sito web aziendale.

Vengono, nel merito, coinvolti il dott. Dario Carlevaris, direttore della SC Ingegneria clinica informativa ed approvvigionamenti, l'ing. Francesco Barbagli afferente alla medesima struttura e la dott.ssa Elisabetta Danielli, referente qualità aziendale, nonché referente del sito aziendale.

Il presidente OIV evidenzia l'opportunità di implementare la sezione dell'Amministrazione Trasparente inserendo gli obiettivi di accessibilità dell'ente, nell'apposita sotto-sezione "altri contenuti", con riferimento a quanto previsto dal Decreto Legge n. 179/2012 e dalla Circolare AGID n. 1/2016 che ha definito le **modalità di pubblicazione degli Obiettivi di accessibilità** cui le Pubbliche amministrazioni sono tenute annualmente a pubblicare sul proprio sito web.

Il presidente OIV ritiene altresì necessario promuovere e migliorare l'accessibilità del sito web, mediante un'autovalutazione che rispetti il form "Modello di rapporto conclusivo di accessibilità" e la possibilità di declinare gli obiettivi di accessibilità dell'Istituto all'interno della programmazione aziendale (schede di budget) e di collegarli al PTPC.

Preso atto che l'istituto si avvale di una ditta specializzata esterna ai fini della certificazione dell'accessibilità del sito sotto il profilo della configurazione tecnico-informatica, viene condiviso con il Direttore della SC Ingegneria informativa e col referente del sito aziendale, che l'ente effettuerà ulteriori verifiche ed approfondimenti sugli aspetti di accessibilità e di sicurezza/crittografia dei dati trasmessi tramite il sito aziendale, al fine

di procedere all'allineamento dei requisiti del sito stesso, secondo le linee guida e le indicazioni dell'AGID (Agenzia per l'Italia digitale).

Il presidente OIV invita, infine, l'Amministrazione ad adeguare il sistema **Segnalazione di condotte illecite — Whistleblowing** in base a quanto previsto dall'art. 54 bis del d.lgs. n. 165/2001 così come modificato dalla legge 30 novembre 2017, n. 179, garantendo l'anonimato del segnalante mediante un sistema di inoltro delle segnalazioni on line con procedura di riscontro ed accesso con codifiche numeriche univoche rilasciate al momento dell'invio della medesima segnalazione (art 54 bis, D.Lgs 165/2001 e linee guida ANAC (**Determinazione n. 6 del 28 aprile 2015**)).

#### 1. Avvio valutazioni obiettivi di budget e obiettivi RAR 2018.

La dott.ssa Vardabasso illustra sinteticamente le fasi principali del processo di budget seguito nel corso del 2018.

Le negoziazioni con le singole strutture si sono svolte nei mesi di febbraio e marzo 2018 e gli obiettivi sono stati formalmente assegnati ai Centri di Responsabilità con Decreto DG n. 45/2018 "Assegnazione del budget 2018 ai centri di attività aziendali e del budget di risorsa", rettificato dal decreto DG n. 121 dd 12/10/2018.

Il processo di budgeting si è sviluppato secondo quanto previsto dal "Regolamento aziendale del processo di programmazione e budget dell'IRCCS Burlo Garofolo", approvato con Decreto DG n. 32/2016.

Nel corso dell'anno la SSD Programmazione e controllo ha effettuato un monitoraggio intermedio sullo stato di avanzamento degli obiettivi al 31/8/2018. L'esito del monitoraggio è stato comunicato ai responsabili delle strutture aziendali e presentato all'OIV all'epoca in carica che ha preso atto degli esiti, constatando che la gran parte degli obiettivi risultava in linea (rif. verbale dd. 15/10/2018)

Si sottolinea, come elemento di pregio, che il monitoraggio infrannuale e finale sono avvenuti con una modalità informatizzata utilizzando un apposito software che consente la compilazione on-line, da parte dei responsabili, dello stato di avanzamento di ciascun obiettivo assegnato.

La dott.ssa Vardabasso illustra, inoltre, il percorso istruttorio svolto per la misurazione finale del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget 2018 sulla base:

- ✓ delle relazioni a consuntivo prodotte dai responsabili delle schede di budget;
- ✓ delle fonti informative ufficiali regionali o aziendali, ove disponibili (es. Indicatori LEA, Indicatori Screening, Flussi SDO, SIASI, SIASA, Report monitoraggio tempi d'attesa, Valutazione indicatori rischio clinico, ecc.);
- ✓ delle evidenze documentali prodotte o pubblicate sul portale aziendale.

In esito alla istruttoria effettuata, la SSD Programmazione e Controllo ha predisposto, per ogni struttura e per ciascun obiettivo, una proposta di valutazione che ha sottoposto alla valutazione di prima istanza da parte del Commissario straordinario, del Vice commissario straordinario con funzioni di Direttore Sanitario ed Amministrativo e del Vicecommissario straordinario con funzioni di Direttore Scientifico, ciascuno per la propria area di competenza, preventivamente alla validazione da parte dell'OIV.

Tali valutazioni sono state completate e formalizzate in apposite note come da tabella sotto riportata.



<b>Strutture</b>	<b>Valutazione</b>	<b>Nota formale</b>
Direzione generale	Commissario Straordinario	Prot. 1037/2019
Direzione Amministrativa	Vicecommissario straordinario con funzioni di Direttore Amministrativo	Prot. 972/2019
Direzione scientifica	Direttore Scientifico	Prot. 908/2019
Direzione sanitaria e Dipartimenti clinici	Vicecommissario straordinario con funzioni di Direttore Sanitario	Prot. 1136/2019

La documentazione a supporto è conservata agli atti delle SSD Programmazione e Controllo e delle Strutture coinvolte unitamente al documento riepilogativo della percentuali di raggiungimento degli obiettivi di budget di ciascuna struttura (performance organizzativa)

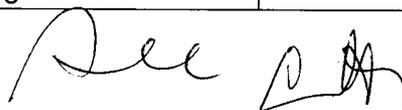
L'OIV, preso atto del percorso istruttorio e valutativo svolto dall'istituto, procede con la verifica, a campione, delle relazioni di rendicontazione di alcuni obiettivi afferenti ad un campione casuale di strutture esaminate; si decide di campionare una scheda per ciascun dipartimento/area di responsabilità.

Vengono esaminati, in particolare, gli obiettivi di seguito riportati:

#### **Direzione generale: Ufficio Relazioni con il Pubblico e comunicazione**

<b>Id obv</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Risultato raggiunto al 31/12/2018</b>	<b>Livello di raggiungimento</b>
3.27	RISCHIO CLINICO: violenza sugli operatori. Diffondere la procedura aziendale relativa alla raccomandazione ministeriale per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari (raccomandazione numero 8).	Il personale ha partecipato alle attività del gruppo di lavoro.	Il personale ha partecipato alle attività del gruppo di lavoro, come da relazione del responsabile, agli atti	100%
Valutazione Commissario Straordinario – prot. 1037/2019		100%		
Verifica OIV:		Preso visione della relazione prodotta dal Direttore della Struttura in dd 3/1/2019. L'OIV conferma la valutazione espressa dalla Direzione		

<b>Id obv</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Risultato raggiunto al 31/12/2018</b>	<b>Livello di raggiungimento</b>
15.1	Identificare lo studio di un modello di comunicazione per l'ambito materno-infantile per ottimizzare l'efficacia di interventi di educazione e promozione della salute in collaborazione con la DCS.	Modello predisposto	Predisposto e approvato il Progetto di ricerca: RC n. 7/18 "Parlare di salute: analisi dei bisogni e nuovi modelli di comunicazione" (per la durata di 2 anni), In collaborazione con la Direzione Centrale Salute della Regione FVG.	100%



Valutazione Straordinario – prot. 1037/2019	Commissario	100%
Verifica OIV:	Agli atti la determina dirigenziale n. 6/2018 che approva il progetto/modello di ricerca L'OIV concorda con la valutazione espressa e ritiene l'obiettivo raggiunto.	

**Direzione amministrativa: SC Gestione tecnica e realizzazione del nuovo ospedale:**

<b>Id obv</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Risultato raggiunto al 31/12/2018</b>	<b>Livello di raggiungimento</b>
7.4	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza (decr. n. 7/2018)	1 Consegna al Responsabile RPCT delle tabelle di valutazione del rischio compilate ed individuazione delle proposte di misure di abbattimento del rischio nel caso in cui il rischio sia $\geq 6$ . 2 Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.	Le valutazioni di rischio sono state consegnate e la documentazione è stata trasmessa entro il tempi – come da certificazione del RPCT agli atti	100%
Valutazione Vicecommissario straordinario con funzioni di Direttore Amministrativo – prot. 972/2019		100%		
Verifica OIV:	Vengono esaminate le schede di valutazione del rischio (per l'indicatore n. 1) ed il report di audit (per l'indicatore n. 2) del RPCT che certificano l'assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza ed anticorruzione da parte della SOC Gestione tecnica. Presa visione della relazione del RPCT con cui attesta il rispetto del target nei tempi previsti, l'OIV valuta l'obiettivo raggiunto.			

<b>Id obv</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Risultato raggiunto al 31/12/2018</b>	<b>Livello di raggiungimento</b>
12.11	Inviare periodicamente alla Direzione la reportistica relativa all'attuazione del piano degli investimenti	Reportistica inviata	Sono stati inviati alla Direzione i report di monitoraggio degli investimenti edili ed impiantistici di competenza della SC con cadenza quadrimestrale, in conformità a quanto stabilito dalla Regione FVG. In particolare, il I	100%

 4

			<p>monitoraggio quadrimestrale 2018 è stato approvato con decreto n.68 dd. 31.05.2018, il II monitoraggio quadrimestrale 2018 è stato approvato con decreto n.115 dd. 28.09.2018 ed il III monitoraggio quadrimestrale 2018 è stato inviato alla Regione con nota prot. n.638 dd. 22.01.2019 a firma del Commissario Straordinario e recepito nel bilancio consuntivo 2018 approvato con decreto n. 50 dd. 30.04.2019</p>	
Valutazione Vicecommissari o straordinario con funzioni di Direttore Amministrativo - prot. 972/2019	100%			
Verifica OIV:	Agli atti risultano n. 3 report di monitoraggio quadrimestrale degli investimenti. Si conferma pertanto la valutazione espressa dalla Direzione e si ritiene l'obiettivo raggiunto.			

<b>Id obv</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Risultato raggiunto al 31/12/2018</b>	<b>Livello di raggiungimento</b>
15.11	Partecipare alla revisione del sistema ASCOT e software collegati per la gestione delle attività amministrative.	Partecipazione alla revisione del sistema ASCOT e software collegati per la gestione delle attività amministrative secondo quanto previsto dalla programmazione regionale.	Obiettivo stralciato in quanto non sono stati convocati i tavoli regionali	Obiettivo stralciato
Valutazione: Vicecommissario straordinario con funzioni di Direttore Amministrativo - prot. 972/2019	Obiettivo stralciato			
Verifica OIV:	Dalla documentazione agli atti risulta che i tavoli regionali non sono stati convocati per cui la SC non ha potuto partecipare alla revisione del sistema. L'OIV concorda con le motivazioni dello stralcio dell'obiettivo, già espresse dalla Direzione.			

**Direzione scientifica:**

<b>Id</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Risultato raggiunto al</b>	<b>Livello di</b>
-----------	------------------	-------------------	-------------------------------	-------------------

*Alle* *LM*

obv			31/12/2018	raggiugimento
4.7	Organizzare eventi.	Organizzare almeno due "Giornate del ricercatore".	La prima giornata del ricercatore è stata organizzata in data 5/7/2019. Oltre alla partecipazione all'EuroBioHighTech da parte dei ricercatori dell'IRCCS, è stata organizzata una successiva giornata, con il coinvolgimento della T and B e associati, con l'obiettivo di promuovere una maggior partecipazione ai progetti europei. Per questioni organizzative la giornata si è tenuta il 7/01/2019 p.v. Il primo invito è stato inviato ai ricercatori in data 18/12/2018.	100%
Valutazione Direttore Scientifico – prot. 908/2019		100%		
Verifica OIV:		Agli atti vi è evidenza documentale delle 2 giornate formative organizzate Considerato che, per mere ragioni organizzative, la 2° giornata si è tenuta nei primi giorni del 2019, l'OIV concorda con la valutazione di pieno raggiungimento espressa dal Direttore Scientifico.		

Id obv	Obiettivo	Indicatore	Risultato raggiunto al 31/12/2018	Livello di raggiungimento
15.21	Migliorare la contabilità analitica relativa alla ricerca corrente e finalizzata..	Corretta implementazione dei costi (personale e comuni) ai fini della puntuale rilevazione della contabilità separata della ricerca corrente e finalizzata	Utilizzo dei nuovi subcentri legati alla ricerca nel sistema ascot-personale e ascot-economato.	100%
Valutazione Direttore Scientifico – prot. 908/2019		100%		
Verifica OIV:		Agli atti il report fornito dalla SSD Programmazione e controllo che dà evidenza dell'utilizzo nel sistema ASCOT dei subcentri legati alla ricerca. L'OIV concorda con la valutazione e ritiene l'obiettivo raggiunto.		

La seduta viene sospesa dalle 13 alle 13.30 per pausa pranzo.

Si riprende la seduta con il campionamento delle rendicontazioni di altre strutture.

*[Handwritten signature]*

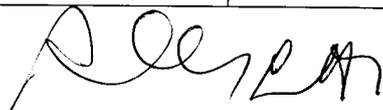
**Direzione Sanitaria: Dipartimento di pediatria: SC Neuropsichiatria infantile**

<b>Id obv</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Risultato raggiunto al 31/12/2018</b>	<b>Livello di raggiungimento</b>
2.3	TEMPI DI ATTESA: Garantire i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali...	Prestazioni ambulatoriali di visita neurologica garantite secondo la priorità: 1. priorità B (10 giorni) 2. priorità D (30 giorni).	1. priorità B (10 giorni) soglia 1. >=95% % di visite rispettate priorità B 44% 2. priorità D (30 giorni) soglia 2. >=90% % di visite rispettate priorità D 40%.	45%
Valutazione: Vicecommissario straordinario con funzioni di Direttore Sanitario – prot. 1136/209		45% - in proporzione rispetto alla soglia prevista a livello regionale		
Verifica OIV:		La reportistica fornita evidenzia che i tempi di attesa per la visita neurologica sono stati rispettati nel 44% dei casi per la fascia B (a fronte di un target del 95%) e nel 40% dei casi nella fascia D (a fronte di un target del 90%). L'OIV conferma la valutazione di parziale raggiungimento dell'obiettivo nella misura del 45% secondo le modalità di calcolo espresse dal DS.		

<b>Id obv</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Risultato raggiunto al 31/12/2018</b>	<b>Livello di raggiungimento</b>
2.3	Migliorare la performance scientifica dell' IRCCS.	Aumento del n. di pubblicazioni e/o dell' IF.	Nel 2018 sono stati pubblicati 8 articoli vs 11 del 2017, pari al 75% della soglia.	75%
Valutazione: Vicecommissario straordinario con funzioni di Direttore Sanitario – prot. 1136/209		75% - in proporzione rispetto alla soglia prevista. L'attività di partecipazione a progetti di ricerca, anche di Rete, ha implicato necessariamente una minore attività pubblicatoria – valutazione Direttore Scientifico - nota prot. 990/2019.		
Verifica OIV:		Agli atti la rendicontazione del Direttore Scientifico che giustifica la diminuzione del numero di pubblicazioni rispetto al 2017 con una maggiore partecipazione a progetti di ricerca. L'OIV prende atto delle giustificazioni e della valutazione espressa dal Direttore Scientifico.		

**Direzione Sanitaria: Dipartimento materno infantile e delle terapie intensive: SCU Clinica ostetrico ginecologica**

<b>Id obv</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Risultato raggiunto al 31/12/2018</b>	<b>Livello di raggiungimento</b>
9.3	QUALITA' DELLE CURE: ridurre la percentuale delle dimissioni volontarie al di sotto dello 0,5% del totale delle dimissioni	Soglia di dimissioni volontarie prevista dal progetto Bersaglio rispettata  Con decr. 121 dd. 12.10.2018 è stata	Dimissioni volontarie= 1,06	94%

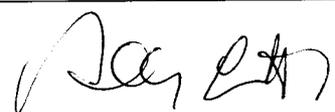
 7

		formalizzata la rettifica della soglia: la soglia corretta è < 1,05%.	
Valutazione: Vicecommissario straordinario con funzioni di Direttore Sanitario – prot. 1136/209	94% - in proporzione rispetto alla soglia prevista		
Verifica OIV:	Dato atto che il report evidenzia un risultato di 1,06 a fronte di un target <1,05, l'obiettivo viene valutato raggiunto in proporzione secondo l'algoritmo di calcolo.		

<b>Id obv</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Risultato raggiunto al 31/12/2018</b>	<b>Livello di raggiungimento</b>
10.54	LEAN MANAGEMENT.	Applicare il percorso elaborato durante l'attività di formazione a partire dal 01/04/2018	Apertura di due ambulatori per la visita anestesiologicala al mattino dalle ore 8 alle ore 15 per due giorni alla settimana per migliorare il percorso. Monitoraggio continuo della saturazione degli ambulatori	100%
Valutazione: Vicecommissario straordinario con funzioni di Direttore Sanitario – prot. 1136/209	100%			
Verifica OIV:	Agli atti il percorso elaborato con evidenza della relativa applicazione. L'OIV ritiene l'obiettivo raggiunto.			

#### **Direzione Sanitaria: SC Direzione delle professioni sanitarie**

<b>Id obv</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Risultato raggiunto al 31/12/2018</b>	<b>Livello di raggiungimento</b>
10.18	Partecipazione degli operatori dedicati al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno.	80% operatori dedicati in servizio presso l'IRCCS formati.	Obiettivo parzialmente raggiunto: sono stati formati il 50% degli operatori della saturazione degli ambulatori rispetto alla soglia dell'80%	63%
Valutazione: Vicecommissario straordinario con funzioni di Direttore Sanitario – prot. 1136/209	63%			
Verifica OIV:	Agli atti vi è evidenza che è stato formato il 50% degli operatori a fronte di un target dell'80%; l'obiettivo si ritiene raggiunto in proporzione nella misura del 63%.			

 8

Id obv	Obiettivo	Indicatore	Risultato raggiunto al 31/12/2018	Livello di raggiungimento
13.22	<b>CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE:</b> 1. Definire i criteri di accesso; 2. Partecipare alle attività dei tavoli regionali. 3. Monitorare l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore sia in ambito pediatrico che ostetrico ginecologico.	1. Entro il primo semestre 2018 il tavolo definisce i criteri di accesso alla rete delle cure palliative e inoltra una proposta operativa alla Direzione Centrale Salute; 2. Partecipazione ai tavoli Regionali; 3. Trasmissione dei Report alla Direzione Centrale Salute.	I professionisti individuati hanno collaborato alla stesura dei Criteri di accesso alla rete delle cure palliative (DGR 185/2018).  I professionisti individuati hanno partecipato alle riunioni del tavolo regionale.	100%
Valutazione:		100%		
Verifica OIV:		Nel merito di questo obiettivo, l'OIV non riscontra agli atti il report trasmesso alla DCS relativamente all'indicatore n.3. Chiede pertanto alla dott.ssa Vardabasso di integrare la documentazione mancante che si riserva di valutare nella prossima seduta		

## 2. Varie ed eventuali

Alle ore 15.30 intervengono il Direttore Sanitario, dott. Trua, e la responsabile della Piattaforma dell'Emergenza-Urgenza, dott.ssa Schreiber per riferire in merito ad alcuni progetti RAR 2019 individuati dall'Istituto per il personale del comparto, finalizzati ad assicurare la continuità dei servizi assistenziali e tecnico-diagnostici in carenza di organico ed al mantenimento/aumento dell'offerta chirurgica e/o ambulatoriale.

Il dott. Trua spiega la necessità dell'Istituto di potenziare nel 2° semestre l'attività chirurgica, che per alcuni mesi è stata rallentata a causa della carenza di anestesisti. Con la ricostituzione dell'organico medico ed il coinvolgimento dell'equipe infermieristica, l'ente intende implementare, nella seconda metà dell'anno, l'attività chirurgica/ambulatoriale nonché garantire la continuità dei servizi assistenziali e tecnico-diagnostici, eventualmente anche con un impegno lavorativo aggiuntivo al normale orario di servizio, nei settori in cui si ravvisano situazioni di criticità, individuando specifiche progettualità da finanziarsi con le Risorse aggiuntive regionali (RAR) 2019 del personale del comparto.

La dott.ssa Vardabasso precisa che sono già stati sottoscritti gli accordi sindacali decentrati in attuazione delle DGR di assegnazione delle RAR per l'anno 2019 e che prossimamente verranno formalizzati con apposito decreto di approvazione delle progettualità individuate.

Vista la situazione di criticità e l'impegno aggiuntivo richiesto al personale, il Direttore Sanitario rappresenta la volontà di voler riconoscere al personale, già in corso d'anno, le quote premiali collegate agli obiettivi in parola in relazione al livello di raggiungimento dell'obiettivo stesso nel periodo di riferimento.



Sul punto l'OIV osserva che, qualora l'obiettivo sia strutturato in modo tale da prevederne la sua realizzazione con periodicità infrannuale (mensile/trimestrale), esplicitata nella scheda dell'obiettivo e che l'attività svolta sia misurabile e valutabile, con precisi indicatori di risultato, per stati di avanzamento periodici conclusi e certificati tramite apposita relazione del responsabile di progetto validata dal Direttore Sanitario, l'Amministrazione potrà procedere alla liquidazione periodica del progetto, secondo le quote indicate dal responsabile di progetto, correlate al livello raggiungimento dell'obiettivo nel periodo di riferimento, e previa verifica dell'eccedenza oraria maturata, laddove richiesta. A consuntivo dell'anno, la SSD Controllo di Gestione sottoporrà all'attenzione dei componenti dell'OIV tutto il materiale organicamente raccolto per la verifica finale.

Si concorda di aggiornare i lavori nel corso del mese di agosto pv per concludere le verifiche degli obiettivi di budget ed avviare la valutazione delle relazioni riferite ai progetti RAR 2018 di tutte le 3 aree contrattuali.

A conclusione delle operazioni di verifica e valutazione di competenza dell'Organismo, l'Amministrazione procederà ad adottare formalmente la Relazione sulla performance 2018 ed a trasmetterla all'OIV per la validazione.

La seduta si chiude alle ore 17.30.

Letto, confermato e sottoscritto.

Il Presidente

- Dott. Antonello Inglese

 firmato

I componenti:

- Dott.ssa Valentina Lorenzutti

 firmato

Il segretario verbalizzante:

- dott.ssa Martina Vardabasso

 firmato