

RELAZIONE SULL'ATTIVITÀ DELL'ANNO 2018 CIRCA IL FUNZIONAMENTO COMPLESSIVO DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE, TRASPARENZA ED INTEGRITÀ DEI CONTROLLI INTERNI

PREMESSA

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer, nominato con delibera del Direttore Generale n. 90 del 13/02/2019, composto dal Prof. Niccolò Persiani (Presidente), dalla Dott.ssa Monja Marinelli, dall'Ing. Davide Zanchi, nel premettere che la sua nomina è stata effettuata successivamente al periodo oggetto di analisi nella presente relazione, redige ai sensi dell'art. 14, comma 4, lettera a) del D. Lgs. n. 150/2009 e sulla scorta degli elementi informativi forniti dal Servizio Controllo di Gestione della SOS Risorse Economiche e finanziarie, dall'Ufficio Sviluppo Risorse Umane della SOS Politiche e Sviluppo Risorse Umane e dall'Ufficio Legalità, trasparenza e amministrazione del personale della SOC Amministrazione Legale e del Personale, la presente Relazione sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni con riferimento all'anno 2018.

Per la redazione della presente relazione l'OIV ha svolto le seguenti attività:

- confronto con il Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario sulla riorganizzazione aziendale anche a seguito del nuovo assetto derivante dall'applicazione del nuovo Statuto aziendale;
- confronto sul processo di programmazione e controllo e sul sistema di valutazione delle attività aziendali;
- analisi dei contratti integrativi aziendali e confronto con lo staff della direzione generale sul processo di budget, sul suo monitoraggio e sul raggiungimento degli obiettivi assegnati;
- presa d'atto del percorso di valutazione di struttura organizzativa ed individuale della dirigenza aziendale e di struttura organizzativa per il personale del comparto;
- analisi dei risultati e del processo di valutazione per l'anno 2017 sia per quanto riguarda il personale della dirigenza sia per il personale del comparto;
- confronto con il Responsabile per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza, per la migliore attuazione degli adempimenti normativi e per il rilascio delle dovute attestazioni, nonché per la verifica sul raggiungimento degli obiettivi aziendali relativamente alla performance;
- verifica degli obblighi di pubblicità, trasparenza e in materia di prevenzione della corruzione dell'Azienda;
- presa d'atto che nel 2018 è continuato lo sviluppo del sistema di valutazione individuale del personale del comparto, esteso per il primo anno alla totalità dei dipendenti.

Per la redazione della presente relazione sono inoltre stati visionati:

1. il Piano della Performance 2019-2021 adottato con Delibera del Direttore Generale n. 67 del 29/01/2019;
2. il sistema di misurazione e valutazione della performance, così come descritto nel suddetto Piano;
3. Il Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza 2019-2021 approvato con Delibera del Direttore Generale n. 72 del 29/01/2019.

L'OIV rileva come la Direzione dell'AOU Meyer abbia tra le proprie priorità operative quella di coltivare la cultura del perseguimento della performance e che ciò sia testimoniato da logiche e percorsi/processi che troveranno puntuale descrizione nei successivi paragrafi del presente documento.

Come indicato nella delibera CIVIT n. 23/2013, la relazione si articola nei seguenti punti:

- 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

L'Azienda assicura l'analisi ed il miglioramento della performance organizzativa attraverso un sistema di programmazione di budget, elaborato nel rispetto delle indicazioni della programmazione sanitaria nazionale e regionale, nonché, attraverso la correlata verifica intermedia dei risultati conseguiti, volta ad evidenziare gli eventuali scostamenti e le necessarie azioni correttive.

Le dimensioni della performance organizzativa, che l'Azienda ha individuato, presenti nella scheda di budget di ciascun Centro di Responsabilità (CdR) di I livello (Centri di Eccellenza e Dipartimento Interdisciplinare) e II livello (SOC e SOSA dipartimentale) sono le seguenti:

- **Ricoveri e Ambulatoriale:** Misurano i volumi produttivi in rapporto all'utilizzo delle risorse economiche, strumentali e organizzative;

- **Qualità:** Misurano l'impatto e l'applicazione dei percorsi clinici, il monitoraggio del rischio clinico e delle azioni messe in atto nel processo della Trasparenza e Prevenzione Corruzione;
- **Economica Finanziaria:** Misurano l'utilizzo delle risorse economiche in particolare per quanto attiene i consumi di beni.

Il Servizio Controllo di Gestione invia trimestralmente a tutti i Responsabili di Centro di Responsabilità di I livello (Centri di Eccellenza e Dipartimento Interdisciplinare) e di II livello (SOC e SOSA dipartimentale), oltre alla Direzione Aziendale, il monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi previsti nella scheda di budget evidenziando gli scostamenti rispetto al valore negoziato a budget. Il monitoraggio ed il relativo scostamento viene fatto su tutti gli indicatori previsti nella scheda negoziata indipendentemente dal fatto che quell'indicatore rappresenti un obiettivo prioritario per l'Azienda e quindi direttamente legato al processo di valutazione.

A seguito dell'invio di tale monitoraggio il Controllo di Gestione è a disposizione della Direzione Aziendale e dei singoli Responsabili di CdR per analizzare i dettagli dei singoli scostamenti.

Entro il mese di febbraio dell'anno successivo a quello di riferimento il Controllo di Gestione invia alla Direzione Aziendale e ai Responsabili di Centro di Responsabilità di I livello e di II livello le risultanze del monitoraggio degli indicatori di cui il Controllo di Gestione è direttamente responsabile del monitoraggio per una prima analisi degli scostamenti di quanto realizzato rispetto a quanto programmato. In tale invio non sono ricompresi le risultanze degli indicatori il cui monitoraggio afferisce a strutture diverse dal Controllo di Gestione (es. Rischio Clinico per quanto attiene gli eventi avversi e Direzione Sanitaria per quanto riguarda l'adesione Protocolli e PDTA).

Gli indicatori mancanti vengono compilati dai vari servizi responsabili del loro monitoraggio ed inseriti da parte del Controllo di Gestione nelle schede di valutazione che a questo punto risultano complete in ogni loro parte. Da tale scheda viene determinato, in base alla pesatura degli indicatori, la percentuale di raggiungimento del singolo indicatore e dalla sommatoria di questi viene determinata la percentuale di raggiungimento complessiva degli obiettivi di struttura sia per la Dirigenza sia per il Comparto. Dopo tale fase, con specifica lettera a firma della Direzione Sanitaria viene inviata una prima proposta di valutazione ai singoli Responsabili di Centro di Responsabilità di I livello e di II livello con la richiesta di predisporre eventuali controdeduzioni alla ipotesi di valutazione iniziale. Tali integrazioni vengono raccolte dal Controllo di Gestione e poste al vaglio della Direzione Sanitaria per la relativa accettazione. A seguito di tale accettazione o meno viene rideterminata la percentuale di raggiungimento del singolo indicatore e della scheda di budget complessiva del CdR e passato l'intero materiale per il vaglio dell'OIV e delle organizzazioni sindacali.

B. PERFORMANCE INDIVIDUALE E SUA VALUTAZIONE

La valutazione della performance individuale, finalizzata alla promozione e alla crescita delle competenze delle

risorse umane, è determinata dalla valutazione di due dimensioni:

- la prestazione individuale, relativa al grado di raggiungimento degli obiettivi individuali e/o d'équipe;
- i comportamenti e le competenze organizzative, relativi alle caratteristiche individuali che definiscono la risorsa all'interno dell'Azienda; per ciascuna sono definiti criteri e indicatori.

L'assegnazione degli obiettivi e la successiva valutazione sono effettuate da parte del superiore gerarchico, tramite compilazione di apposite schede predisposte dalla SOS Politiche e Sviluppo Risorse Umane e dalla Direzione Area Professioni Sanitarie per il personale sanitario del Comparto. I contenuti della scheda sono condivisi con il valutato tramite appositi colloqui, nei quali si procede alla sottoscrizione della stessa.

In coerenza con la D.G.R.T. 308/2013 l'Azienda procede alla valutazione dei tre livelli di performance, con le seguenti pesature:

- obiettivi di budget assegnati alla struttura di appartenenza: 60% Dirigenza – 80% Comparto;
- performance legate al raggiungimento di obiettivi individuali assegnati dal responsabile di struttura: 20% Dirigenza – 10% Comparto;
- performance individuali ottenute da comportamenti e competenze professionali: 20% Dirigenza - 10% Comparto.

Si sottolinea che nel 2018 è continuato lo sviluppo del sistema di valutazione individuale del personale del comparto, esteso per il primo anno alla totalità dei dipendenti.

C. PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE

Il Servizio Controllo di Gestione della SOS Risorse Economiche e finanziarie, l'Ufficio Sviluppo Risorse Umane della SOS Politiche e Sviluppo Risorse Umane e l'Ufficio Legalità, trasparenza e amministrazione del personale della SOC Amministrazione Legale e del Personale svolgono le funzioni di struttura tecnica permanente e sono dotate di adeguate competenze per assicurare il funzionamento del processo di misurazione e valutazione.

Il percorso di budget è il meccanismo operativo che l'Azienda ha adottato per dare concretezza al ciclo annuale della performance.

L'Azienda articola il processo di budget in fasi successive ed integrate:

- definizione degli obiettivi strategici sulla base delle indicazioni regionali;
- formulazione delle proposte di budget ai direttori/responsabili delle aree organizzative interessate;
- definizione negoziata delle proposte definitive;
- approvazione del budget;
- eventuale rinegoziazione degli obiettivi a seguito di modifiche degli obiettivi economici e/o sanitari assegnati dalla Regione o Normative Nazionali nonché al monitoraggio periodico.

Inoltre l'Azienda ha collegato gli obiettivi organizzativi con le risorse economiche a disposizione garantendo pertanto che le scelte organizzative attivate hanno collegate le risorse necessarie coerenti con la

programmazione economica finanziaria.

Per le prossime annualità inoltre, l'AOU ha in programma di garantire particolare rilievo agli obiettivi legati alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza anche per le strutture sanitarie aziendali in aggiunta alle strutture di natura amministrativo-gestionale.

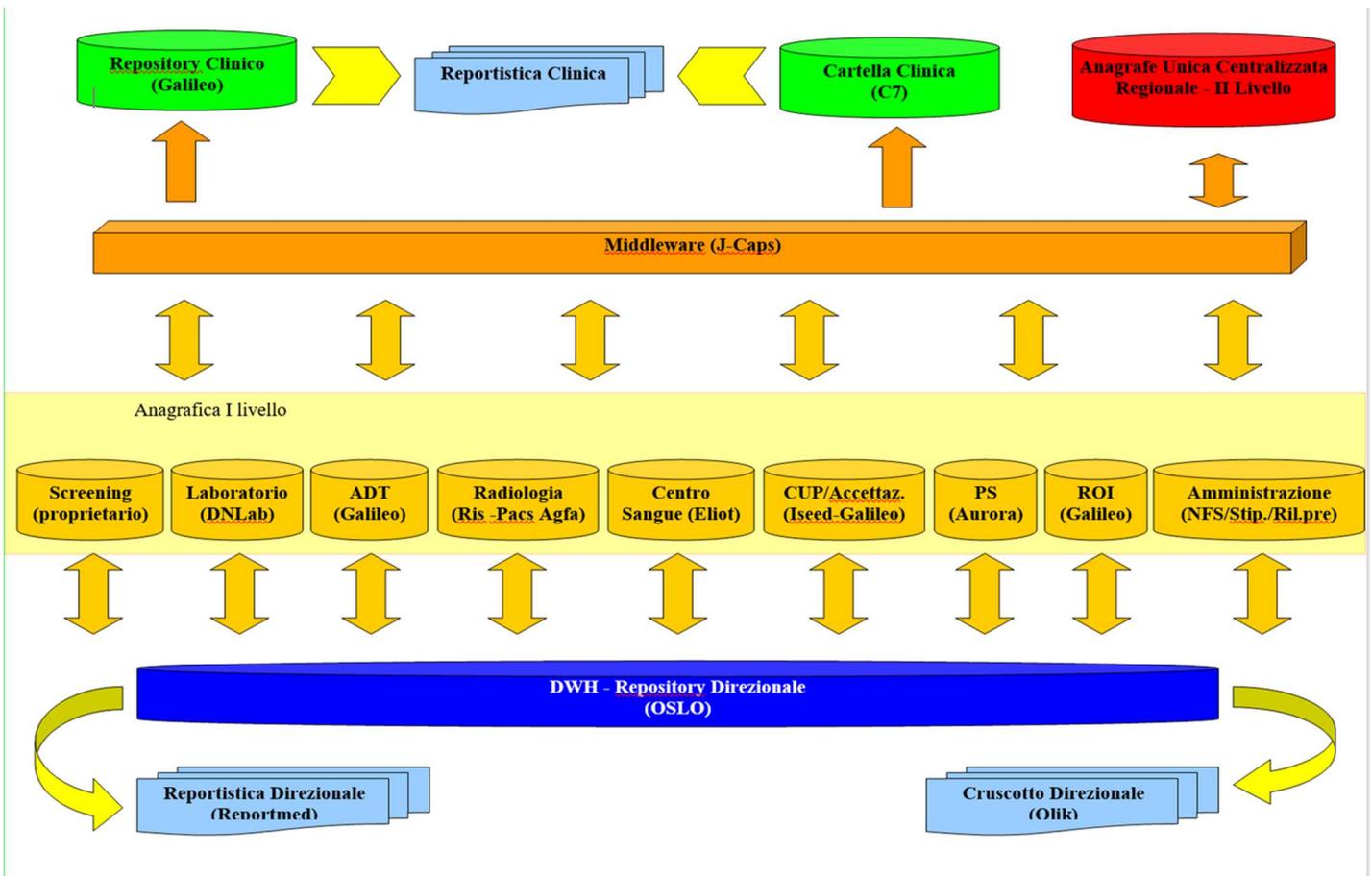
In una prima fase appare particolarmente significativo sostenere lo sviluppo etico-valoriale già in essere in Azienda attraverso l'attribuzione di un obiettivo trasversale alle strutture volto a favorire la partecipazione dei propri operatori ai corsi di formazione sul tema dell'anticorruzione, del codice di comportamento e del conflitto di interesse. La misura si inserisce tra le azioni di miglioramento che l'Azienda percorre e si integra con gli obiettivi del PTPCT. In quest'ottica la misura assume maggior rilievo per il fatto che i principali processi decisionali legati alle acquisizioni di personale, beni e servizi, da un punto di vista organizzativo, siano distribuiti tra l'Azienda ed ESTAR e coinvolgano principalmente i profili sanitari aziendali (partecipazione a collegi, commissioni, ecc.).

D – E. INFRASTRUTTURA e SISTEMI INFORMATIVI E INFORMATICI A SUPPORTO

Il Sistema informativo aziendale, si avvale di strumenti e procedure finalizzate all'acquisizione, elaborazione, verifica, produzione e diffusione delle informazioni utili per l'esercizio delle funzioni di programmazione, attuazione e controllo dell'attività dell'Azienda.

L'Azienda ormai da alcuni anni ha investito per la costruzione di un Datawarehouse (DWH) aziendale come unica fonte informativa certificata aziendale dalla quale estrarre informazioni sia per uso interno che per uso esterno.

Per dare una rappresentazione sintetica e schematica dell'architettura del DWH Aziendale si rimanda alla figura seguente.

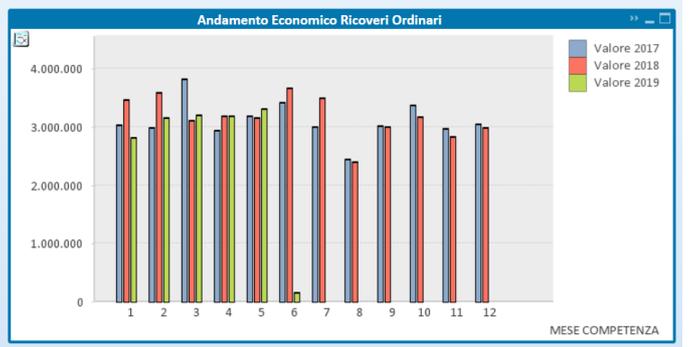
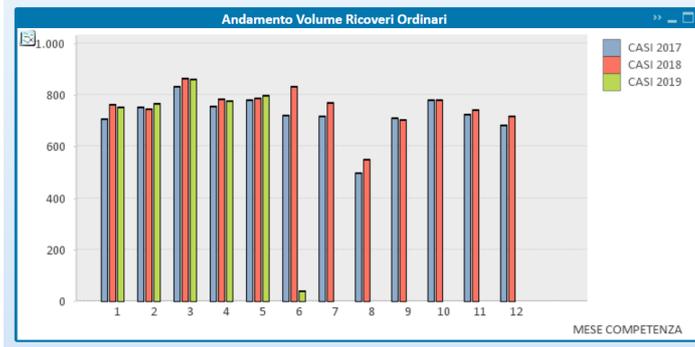


Da giugno 2019 il Controllo di Gestione sta diffondendo nuovi strumenti di reporting direzionale ed operativo, prima alla Direzione Aziendale ed allo Staff della Direzione Sanitaria, ed a seguire a tutti i Responsabili di Centro di Responsabilità di I livello e di II livello che consentiranno un più rapido aggiornamento delle informazioni contenute in tali report ed una diffusione più rapida e capillare. Di seguito si riporta a mero titolo esemplificativo una immagine del nuovo Cruscotto Direzionale ed una seconda immagine di un report di monitoraggio dell'andamento dei ricoveri.



MESE COMPETENZA	Dimessi 2017	Dimessi 2018	Dimessi 2019	Scostamento
1	706	762	751	-11
2	752	745	764	19
3	831	862	858	-4
4	754	783	776	-7
5	781	788	797	9
6	720	831	38	-793
7	718	769	0	-769
8	497	548	0	-548
9	709	703	0	-703
10	778	781	0	-781
11	723	740	0	-740
12	683	717	0	-717
TOTALE	8.652	9.029	3.984	-5.045

MESE COMPETENZA	Valore Economico 2017	Valore Economico 2018	Valore Economico 2019	Scostamento €
1	3.023.797	3.465.040	2.811.525	-653.515
2	2.988.510	3.585.508	3.153.978	-431.530
3	3.813.952	3.108.038	3.202.836	94.798
4	2.938.582	3.180.229	3.188.826	8.597
5	3.184.982	3.150.369	3.302.018	151.649
6	3.423.572	3.658.205	156.709	-3.501.496
7	3.004.654	3.492.839	0	-3.492.839
8	2.440.031	2.395.816	0	-2.395.816
9	3.012.729	2.994.687	0	-2.994.687
10	3.373.380	3.172.751	0	-3.172.751
11	2.967.637	2.822.510	0	-2.822.510
12	3.038.999	2.977.822	0	-2.977.822
TOTALE	37.210.825	38.003.814	15.815.892	-22.187.922



L'accesso a tale sistema di reporting è profilato centralmente dal Controllo di Gestione su ogni utente, in modo tale che questo possa vedere solo l'attività di cui è direttamente responsabile, mentre la Direzione Aziendale e lo Staff della Direzione Sanitaria potrà analizzare trasversalmente tutta l'Azienda.

Tale sistema di reporting permetterà una maggiore personalizzazione rispetto alle esigenze informative manifestate dal singolo fruitore.

F. DEFINIZIONE E GESTIONE DEGLI STANDARD DI QUALITÀ

Obiettivo del Controllo di Gestione è predisporre il budget generale d'Azienda (Master Budget) ed i budget operativi trasversali (risorse umane, investimenti, acquisti, sale operatorie, ecc.) congiuntamente ai budget dei singoli CdR di I e II livello entro la fine dell'esercizio antecedente a quello di riferimento e di procedere al monitoraggio degli indicatori contenuti nella scheda di budget, di cui il Controllo di Gestione è responsabile, trimestralmente.

Il Controllo di Gestione, effettua un monitoraggio mensile dell'andamento a livello Aziendale che è reso disponibile in questa prima fase unicamente alla Direzione Aziendale.

Grazie alle modalità di alimentazione del DWH Aziendale i dati sono sempre oggetto di quadratura e certificazione.

F. UTILIZZO DEI RISULTATI DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE

Il sistema di misurazione e valutazione della performance ha teso a coprire tutte le aree previste dal D.Lgs. 150/2009, ossia la performance individuale di tutti i dirigenti, in quanto il ciclo di valutazione è entrato a regime nel 2015, nonostante la difficoltà di una implementazione in assenza di adeguato supporto informatico. L'aspetto positivo da cogliere nella implementata valutazione individuale della dirigenza risiede nella implicita diffusione, su tutti i livelli aziendali, delle politiche e degli obiettivi strategici aziendali.

H. DESCRIZIONE DELLE MODALITÀ DEL MONITORAGGIO DELL'OIV

L'OIV esercita la sua attività di supervisione e di supporto allo sviluppo efficace del Ciclo di gestione della performance. L'attività riguarda tutti gli ambiti delle implementazioni realizzate dall'ente in tema di ciclo della performance, sia con riferimento al rispetto della normativa che in relazione alla diffusione della cultura della performance e della Trasparenza. Con riferimento agli obblighi di trasparenza, l'OIV ha verificato costantemente il progressivo adeguamento alla normativa, redigendo le attestazioni richieste dall'ANAC.

L'attività è stata svolta attraverso incontri presso la sede aziendale, confronti telefonici ed e-mail, produzione di verbali.

Firenze, 03.06.2019

Il Presidente dell'OIV

Prof. Niccolò PERSIANI

(FIRMATO – originale agli atti)