



Fondazione IRCCS
Policlinico San Matteo

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

Oggetto: relazione del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni e sull'attestazione degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità art. 14, comma 4, lettera a e lettera g del d.lgs. n. 150/2009)

Sommario

| | |
|--|---|
| 1. Introduzione..... | 3 |
| 2. Performance organizzativa..... | 4 |
| 3. Performance individuale..... | 5 |
| 4. Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza (PTPCT)..... | 6 |
| 5. Piano Organizzativo Lavoro Agile (POLA)..... | 7 |
| 6. Piano triennale delle Azioni Positive (PTAP)..... | 7 |
| 7. Processo di attuazione..... | 8 |
| 8. Infrastruttura di supporto..... | 8 |
| 9. Definizione e gestione di standard di qualità..... | 8 |
| 10. Utilizzo dei risultati del Sistema di misurazione e valutazione..... | 9 |
| 11. Descrizione delle modalità del monitoraggio del NVP..... | 9 |

PREMESSA

Questa relazione rappresenta il momento di verifica annuale dell'applicazione da parte della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia (di seguito Fondazione) dei disposti di cui al D. Lgs. n.150/2009, dell'ANAC e delle metodologie e delle indicazioni dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) della Giunta della Regione Lombardia.

La Fondazione, in ottemperanza a quanto previsto:

- dal D. Lgs. n.150/2009;
- dalla legge regionale 7 luglio 2008 n. 20 "Testo unico delle leggi regionali in materia di organizzazione e personale";
- dall'articolo 1 lettera g) della legge regionale 6 agosto 2010 n. 14 "Interventi di razionalizzazione sul sistema regionale", che riserva all'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance la funzione di indirizzo e coordinamento dei singoli Nuclei di Valutazione delle Prestazioni degli enti del SSR;
- dai vari decreti attuativi della DG Salute/Welfare di Regione Lombardia;
- dalla DGR N° X / 5539 del 02/08/2016,

ha costituito, ai sensi delle normative di cui sopra, il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni.

Il D. Lgs. n.150/2009 prevede che l'Organismo di Valutazione, tra le altre sue funzioni, è chiamato a svolgere il monitoraggio complessivo del sistema di valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni elaborando una relazione annuale, ai sensi dell'art. 14, comma 4, lett. a), nonché ad attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità, ai sensi del predetto art. 14, comma 4, lett. g) dello stesso Decreto. Il disposto dell'art. 14, comma 4 D. Lgs. n.150/2009, pur non direttamente vincolante per gli Enti Sanitari, costituisce comunque un punto di riferimento.

1. Introduzione

Viene redatta la presente relazione - ispirata ai principi di trasparenza, attendibilità, ragionevolezza, evidenza e tracciabilità, verificabilità dei contenuti e dell'approccio utilizzato, finalizzata a riferire sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni della Fondazione).

Nella relazione medesima si evidenziano le criticità e i punti di forza emersi nel periodo di riferimento e si misurano, altresì, sia la correttezza dei processi di misurazione e valutazione sia l'applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti. L'analisi che segue è focalizzata sui seguenti ambiti integrati ai sensi del D.P.R. 30 giugno 2022, n. 81 nel "**Piano integrato di attività e organizzazione**" (PIAO):

:

- Performance organizzativa (definite nel Piano delle performance)
- Performance individuale (definite nel Piano delle performance)
- Piano triennale per la prevenzione della corruzione e trasparenza
- Piano Organizzativo Lavoro Agile (POLA)
- Piano triennale delle Azioni Positive (PTAP)
- Processo di attuazione del ciclo della performance
- Infrastruttura di supporto
- 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
- Definizione e gestione degli standard di qualità
- Utilizzo dei risultati del Sistema di misurazione e valutazione
- Descrizione delle modalità del monitoraggio del NVP.

2. Performance organizzativa

In linea di massima gli obiettivi formulati nel Piano della performance risultano conformi ai requisiti metodologici previsti dalla normativa vigente, definendo gli obiettivi programmatici e strategici della performance della Fondazione, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa. Tali obiettivi sono pertinenti e rilevanti rispetto alla missione istituzionale e agli stakeholders di riferimento. La programmazione dell'attività si adatta alla struttura organizzativa dell'Ente e al contesto istituzionale di riferimento. La performance dell'Ente si articola in attività che sono state individuate e tradotte concretamente su alcuni livelli, in coerenza con la struttura organizzativa. La misurazione della performance organizzativa riguarda la Direzione e i responsabili di unità organizzativa. Ai fini della valutazione del-

la performance organizzativa sono stati oggetto di misurazione i servizi realizzati con riferimento agli obiettivi programmati e in relazione alle priorità stabilite.

Come da indicazioni normative, il piano della performance è riassorbito nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO). Nell'elaborazione del Piano si è cercato di fornire uno strumento che mira;

1. supportare i processi decisionali, favorendo la verifica di coerenza tra risorse e obiettivi;
2. migliorare la consapevolezza del personale rispetto agli obiettivi dell'amministrazione, guidando i percorsi realizzativi e i comportamenti dei singoli;
3. comunicare anche all'esterno ai propri portatori di interesse (stakeholder) priorità e risultati attesi.

Gli obiettivi strategici nell'ambito dei quali sono stati definiti gli obiettivi operativi ritenuti prioritari a garantire l'efficienza e l'efficacia complessiva dell'Ente, nonché il funzionamento dell'organizzazione sono i seguenti:

- obiettivi strutturali
- obiettivi organizzativi
- obiettivi amministrativi
- obiettivi regionali.

In particolare, la fondazione ha individuato le seguenti aree di performance, così come meglio dettagliate nell'Allegato 1 del PIAO:

sviluppo delle attività sanitarie;

- sviluppo dell'attività di ricerca;
- qualità dell'assistenza;
- sicurezza delle cure.

3. Performance individuale

Il processo di individuazione degli obiettivi strategici prima e di quelli operativi poi ha risposto ad una logica bottom-up con coinvolgimento dei titolari delle unità organizzative destinatarie del processo di programmazione, nonché tenendo conto di quanto emerge dal confronto con i principali stakeholders. Tutti gli obiettivi individuali sono coerenti con quelli di carattere strategico, costituendone declinazione in attività di pertinenza delle unità organizzativa di volta in volta coinvolte.

L'assegnazione è avvenuta tramite emanazione di direttive recanti gli obiettivi assegnati, gli indicatori, l'attività programmata e il tempo di attuazione previsto.

La valutazione della performance individuale è basata su un sistema che valuta gli obiettivi conseguenti e i comportamen-

ti organizzativi confrontando i comportamenti attesi dal valutato con il ruolo effettivamente esercitato nell'organizzazione. In particolare, si sottolinea che l'attuazione della mission da parte della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo avviene per mezzo di un modello organizzativo definito nel POAS 2022-2024 incentrato sulla gestione per processi. Nel modello organizzativo basato sui processi vengono quindi individuate due matrici gestionali in cui si distinguono due macro tipologie di processi:

- processi per la produzione delle prestazioni sanitarie che determinano la matrice produttiva e gestionale;
- processi necessari per migliorare e ottimizzare il funzionamento della struttura aziendale e/o delle unità organizzative attraverso una specifica tecnostruttura gestionale.

4. Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza (PTPCT)

L'Ente ha approvato il PTPCT secondo le prescrizioni contenute nella Deliberazioni ANAC e nel PNA. Con riferimento specifico alla trasparenza l'ente è in linea con gli obblighi di legge e gli standard definiti da ANAC anche in ordine alla tipologia dei dati pubblicati nel sito web e al relativo aggiornamento. In particolare, si evidenzia che il Consiglio di Amministrazione della Fondazione, con Deliberazione n. 5/C.d.A./100 del 25 novembre 2022, ha individuato per il 2023, obiettivi strategici programmatici di lungo termine sulla scorta dei quali il RPCT predispone la sezione anticorruzione del PIAO 2023/2025, quali:

"1.1 definizione un sistema integrato di controlli interni, anche attraverso 'opportuna costituzione del "Comitato di coordinamento dei controlli", previsto dalla D.G.R. XI/6278 del 11 aprile 2022, il quale persegue la sinergia e il collegamento dei diversi ambiti e delle diverse aree di indagine considerate a maggior rischio, fungendo da strumento di raccordo tra le funzioni di RPCT, Internal Auditing, Qualità, Risk Management, Ciclo performance e Privacy, con lo scopo di garantire maggiore efficienza organizzativa e assicurare il coordinamento dei controlli;

1.2 miglioramento dell'organizzazione dei flussi informativi e della comunicazione sia all'interno che all'esterno della Fondazione, attraverso la partecipazione costante dei Dirigenti responsabili di struttura".

5.Piano Organizzativo Lavoro Agile (POLA)

La Fondazione, anche in relazione all'insorgenza della pandemia, ha percepito che l'attività lavorativa in modalità agile sarebbe diventata una modalità di lavoro in via ordinaria. Pertanto, si è proceduto a disciplinare con apposito regolamento l'attività Smart Working a livello aziendale, e, nel contempo, si è provveduto alla predisposizione dei contratti individuali e alla successiva sottoscrizione da parte dei dipendenti interessati. L'accordo è individuale e prevede i seguenti elementi:

- Durata dell'accordo (a termine o a tempo indeterminato);
- Modalità di svolgimento della prestazione lavorativa, con indicazione delle giornate di lavoro da svolgere in sede e quelle da svolgere a distanza;
- Modalità di recesso (con un preavviso di almeno 30 giorni);
- Ipotesi di giustificato motivo di recesso;
- Tempi di riposo non inferiori a quelli previsti in presenza;
- Modalità di esercizio del potere e del controllo da parte del datore di lavoro;
- Impegno del lavoratore a rispettare le prescrizioni indicate sulla salute e la sicurezza del lavoro agile.

L'accordo può essere rescisso in caso di giustificato motivo. Sono inoltre state previste iniziative formative per formare il personale che deve svolgere lavoro agile, con l'obiettivo di formare il personale all'utilizzo delle piattaforme e degli altri strumenti, per rafforzare il lavoro in autonomia, la collaborazione e la condivisione di informazioni.

6.Piano triennale delle Azioni Positive (PTAP)

Gli obiettivi generali del PTAP sono promuovere e diffondere iniziative finalizzate alla conoscenza del ruolo del CUG, al benessere lavorativo a tutti i livelli organizzativi, alla formazione/informazione mirata ad una maggiore consapevolezza in tema di mobbing, discriminazione di genere, stalking e pari opportunità, favorire nell'ambito lavorativo parità e pari opportunità di genere, rafforzando la tutela dei lavoratori e delle lavoratrici e garantendo assenza di qualunque forma di violenza morale o psicologica e di discriminazione diretta e indiretta, promuovere e realizzare iniziative finalizzate alla conciliazione tra vita lavorativa e vita familiare.

Il Piano delle Azioni Positive nasce dal lavoro svolto all'interno del CUG ed è elaborato individuando delle aree di azioni da realizzare nel prossimo triennio, tenendo conto nelle necessità emerse per la valorizzazione del benessere

organizzativo e lavorativo del personale (nonché delle necessità informative e formative in tema di rispetto alla persona, di prevenzione delle molestie morali e sessuali, di Parità, Pari opportunità in base all'art. 14 del Codice di Condotta). Il Piano si articola in due parti: una costituita da attività conoscitive, di monitoraggio e analisi e l'altra, più operativa, riguardante il raggiungimento obiettivo pertinenti.

7. Processo di attuazione

Il Sistema di valutazione della Fondazione, manifesta un funzionamento in linea con il disposto normativo, sia in termini di proposizione degli obiettivi che in termini di attuazione da parte dell'Ente. Il NVP ha interagito con la Direzione e con i responsabili degli Uffici dirigenziali in un reciproco spirito di collaborazione e di apertura a processi innovativi in applicazione del D.Lgs. n. 150/2009.

8. Infrastruttura di supporto

Il NVP ha raccolto dati, notizie e documentazione utile all'azione di monitoraggio e di misurazione delle attività svolte.

9. Definizione e gestione di standard di qualità

La definizione e gestione degli standard di qualità corrispondono ad una precisa politica dell'ente, che corrisponde al modello elaborato da Regione Lombardia per la valutazione "multidimensionale" delle performance del Sistema Sanitario, al fine di concorrere al miglioramento continuo della qualità dei servizi erogati.

L'Ente inoltre persegue la politica della qualità anche attraverso le indagini di "Customer Satisfaction" che si prefiggono di misurare il grado di soddisfazione degli utenti rispetto alla qualità dei servizi offerti all'interno delle Aziende Sanitarie, attraverso il monitoraggio strutturato di segnalazioni, reclami, osservazioni e suggerimenti degli utenti. In particolare, la Fondazione articola il dialogo e l'ascolto con gli stakeholders attraverso:

- le segnalazioni e le valutazioni pervenute tramite posta elettronica o presentate direttamente all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) che ricopre un ruolo fondamentale in tema;

- customer satisfaction: questionari volti a raccogliere il grado di soddisfazione dei degenti e dei pazienti ambulatoriali per le prestazioni sanitarie erogate dal Policlinico, distribuiti all'interno della Fondazione e messi a disposizione sul sito web istituzionale nella Sezione Amministrazione Trasparente (Sotto-sezione di 2° livello "Servizi in rete" contenuta nella Sotto-sezione di 1° livello "Servizi erogati").

10. Utilizzo dei risultati del Sistema di misurazione e valutazione

L'applicazione del Sistema di misurazione e valutazione ha dimostrato che la procedura adottata, oltre ad essere in linea con le vigenti disposizioni normative, è anche in grado di apportare un buon contributo anche in termini di maggior coinvolgimento del personale nel perseguimento degli obiettivi programmati. E' necessario tuttavia prevedere ulteriori azioni di miglioramento. Si segnalano in particolare le seguenti: lo sviluppo del sistema di valutazione, sia per la parte comportamenti e capacità che per la parte risultati; sviluppare indicatori di outcome al fine di rilevare l'impatto dei servizi erogati piuttosto che la loro semplice realizzazione.

11. Descrizione delle modalità del monitoraggio del NVP

L'attività del NVP si è realizzata grazie alla collaborazione costante con la Direzione e le UO dell'Ente, che hanno consentito di avvalersi dei dati in possesso dei competenti servizi per effettuare le verifiche necessarie.

Al fine di garantire la massima efficacia dell'azione del NVP, anche in ossequio all'art. 7 della DGR XI/4942, in nucleo ha indetto una riunione con il Collegio Sindacale per la verifica dell'applicazione degli istituti contrattuali correlati alla produttività collettiva e retribuzione di risultato, nonché per la verifica di alcuni processi soggetti a rischio di corruzione e che interessano entrambi gli organismi.