

Relazione dell’OIV sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni in attuazione dell’art. 14, comma 4, lettera a) del D.Lgs. n. 150/2009.

***INDICE***

[1. Presentazione e premessa 3](#_Toc70581318)

[2. Performance organizzativa 4](#_Toc70581319)

[3. Performance individuale 6](#_Toc70581320)

[4. Processo del ciclo di attuazione della performance 7](#_Toc70581321)

[5. Infrastruttura di supporto 8](#_Toc70581322)

[6. 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. 9](#_Toc70581323)

[7. Definizione e gestione standard di qualità 10](#_Toc70581324)

[8. Utilizzo dei risultati del Sistema di Misurazione e Valutazione 12](#_Toc70581325)

[9. Descrizione delle modalità di monitoraggio dell’OIV 13](#_Toc70581326)

[10. Pari opportunità 14](#_Toc70581327)

[11. Considerazioni conclusive 15](#_Toc70581328)

# Presentazione e premessa

La presente relazione è redatta dall’OIV, con il supporto della Struttura Tecnica, ai sensi e in ossequio dell'art. 14, comma 4, lettera a) del D. Lgs. n. 150/2009.

L’Organismo Indipendente di Valutazione dell’Inrca è stato istituito con DGEN 329 del 06/10/2015. Nel corso del 2022 vi è stata la conclusione dell’attività del precedente OIV (nominato con Determine DGEN 295, 368 e 412 / 2019) e l’avvio delle attività del nuovo OIV nominato con le Determine DGEN 406 e 467/2022 e i cui componenti sono:

* Dott. Carlo Somenzi, Presidente;
* Dott.ssa Laura Oliveri, Componente;
* Dott. Luca Ricciotti, Componente.

Durante l’anno 2022 sono stati effettuati dall’OIV dal 24.01.2022 al 15.12.2022 numero 14 sedute come risulta dai verbali disponibili agli atti presso la Struttura Tecnica Permanente (STP) posta a supporto dell’OIV ai sensi della DGEN 329 del 06/10/2015 e s.m.i.

Con la presente relazione l’OIV riferisce sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni, nell’ambito del ciclo della performance 2022, mettendone in luce gli aspetti significativi ma tenendo presente quanto accaduto nel corso dell’anno in generale e nello specifico nell’ambito delle aziende sanitarie. Le attività di verifica effettuate dall’OIV si sono svolte attraverso l’analisi dei documenti predisposti dall’Amministrazione relativamente ai processi attivati per il raggiungimento, da parte delle strutture, degli obiettivi assegnati, e attraverso l’analisi di elementi informativi desunti dal sistema di controllo di gestione che consente il monitoraggio, la verifica intermedia e finale delle attività dell’Istituto, nelle modalità consentite dall’emergenza pandemica.

Lo scopo è di evidenziare i rischi e le opportunità di questo sistema al fine di presentare proposte per svilupparlo e integrarlo ulteriormente come sarà specificato nell’ultimo paragrafo della presente relazione.

In tema di analisi del funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni, ed in particolare in ordine alla assegnazione e alle risultanze degli obiettivi declinati nel budget aziendale relativo al ciclo della performance 2022, si deve considerare come l’esercizio 2022 ha rappresentato l’anno di superamento della situazione di emergenza sanitaria nazionale con le difficoltà organizzative e logistiche conseguenti.

La struttura e i contenuti della presente relazione si rifanno a quanto previsto dalle delibere n. 4/2012 e n. 23/2013 dell’ANAC, per quanto applicabili alle Aziende sanitarie.

Costituisce oggetto di questa relazione il Piano delle Performance 2022 approvato con Determina DGEN 192/2022 e successivamente integrato con DGEN 321/2022, e il sistema di misurazione e valutazione delle strutture operanti a livello aziendale adottato con la DGEN 21/2021 e poi inserito all’interno del PIAO adottato con Determina DGEN 202/2022. Le valutazioni relative al raggiungimento degli obiettivi 2022 non si sono ancora concluse in considerazione della mancata conclusione del bilancio d’esercizio 2022.

La presente Relazione è trasmessa al Dipartimento Funzione Pubblica, Ufficio per la valutazione della Performance, al Direttore Generale Inrca e, inoltre, è pubblicata sul sito istituzionale, nella sezione “Amministrazione Trasparente”, sottosezione “Controlli e rilievi sull’amministrazione – OIV”.

# Performance organizzativa

Preliminarmente si osserva che per performance organizzativa si intende fare riferimento ai “traguardi” che la struttura/ufficio deve raggiungere nel suo complesso e al perseguimento dei quali tutti (dirigenti e personale) sono chiamati a contribuire. La performance organizzativa può fare riferimento all’Ente nel suo complesso, e/o all’Unità/Struttura organizzativa, e/o al gruppo di lavoro.

Ai fini di una valutazione complessiva della performance organizzativa dell’Istituto si può far riferimento a quanto già indicato in sede di Bilancio Preventivo Economico 2022 adottato con DGEN 679 del 31 dicembre 2022, che visti i tempi di adozione rappresenta una sorta di preconsuntivo aziendale.

L'esercizio 2022 rappresenta per l'Istituto un anno che, da una parte, ha mantenuto i connotati di difficoltà del 2021, legati all’emergenza pandemica, a cui si sono sommate le difficoltà relative all’emergenza energetica e, dall’altra parte, ha visto una ripresa delle attività nella logica di una convivenza con il “Covid”, grazie allo sviluppo ed all’ entrata a regime di percorsi già avviati negli anni precedenti (vedi radiologia interventistica) che saranno esposti successivamente in modo più dettagliato.

Particolarmente rilevante è stata l’attuazione, per la parte sanitaria, del nuovo assetto istituzionale che ha trovato un suo significativo momento nell’elezione dei nuovi Direttori di Dipartimento e nella determina 561/DGEN/2022 avente come oggetto la Ricognizione dell’assetto organizzativo – dipartimentale dell’IRCCS-INRCA.

Sempre nel 2022 fortemente rilevante e significativo è stato il percorso di consolidamento dell’attività scientifica con la site visit avvenuta nelle prime settimane di maggio. Attualmente il percorso non ha trovato una conclusione formale per la necessità di superare alcune dinamiche regionali di natura più amministrativa che sostanziale dato il giudizio positivo della Commissione Ministeriale sulle attività caratterizzanti un IRCCS.

La site visit, inoltre, è stata l’occasione per sollecitare il riavvio del percorso istituzionale con la Regione Calabria mai in realtà interrotto. L’intensa attività intercorsa nel 2022 troverà un suo auspicabile consolidarsi molto probabilmente nel 2023. Sempre con riferimento alla Regione Calabria si evidenzia l’importante accordo con l’Università della Calabria al fine di arrivare a realizzare un percorso di convenzionamento analogo a quello realizzato con l’Università Politecnica delle Marche; è stato infatti stipulato un Protocollo d’Intesa tra Università della Calabria e INRCA per la clinicizzazione della UOC di Geriatria e della UOSD Laboratorio Analisi del Presidio Ospedaliero INRCA di Cosenza nell’attesa di ricevere l’accordo quadro tra Università della Calabria e Regione Calabria.

Sempre considerando l’area scientifica si consideri l’entrata a regime del percorso dei c.d. piramidabili (assunzione per 5 anni + 5 di giovani ricercatori e personale di supporto della ricerca aventi specifici requisiti al fine di superare forme di precariato oramai protrattesi da troppo tempo) che ha visto la realizzazione dei primi concorsi in tal senso.

Ovviamente nell’anno 2022, le difficoltà legate alle dinamiche sopra citate ed all’incombenza dell’emergenza Covid che solo a fine anno sembra essere rientrata in una gestione quasi normale, hanno impedito il proseguimento di ulteriori rafforzamenti istituzionali quali ad esempio la prevista apertura dei 18 posti letto di sub acuti presso il Presidio di Casatenovo, o il trasferimento al Murri della Geriatria di Fermo.

Per quanto riguarda il Presidio di Casatenovo va richiamata la recente costituzione del Dipartimento interaziendale Patologie Respiratorie Di.P.Re. costituito dalla Regione Lombardia tra l'ASST di Lecco e il presidio INRCA e che vede come capo dipartimento il Direttore dell’UOC di Pneumologia di Casatenovo - Merate. Il dipartimento interaziendale rappresenta una tappa molto importante nel percorso di crescita e valorizzazione da parte della regione Lombardia della struttura INRCA di Casatenovo nell'ambito del sistema sanitario della Lombardia, e nella rete dei servizi della ATS.

Infine si segnala nel corso del 2022 l’entrata a regime sostanziale delle attività della “Rete Aging” (Associazione non riconosciuta che comprende tredici IRCCS interessati alle tematiche legate all’invecchiamento e che già partecipano a diversi progetti ministeriali, dei quali l’Istituto è capofila). Parimenti si ricorda inoltre la partecipazione dell’INRCA nelle Reti IRCCS Neurologica e Cardiologica che rafforzano la capacità progettuale dell’Istituto.

Come già detto la programmazione aziendale era stata avviata con l’approvazione della Determina n. 192/2022.

L’approvazione degli obiettivi sanitari degli Enti del SSR della Regione Marche per l'anno 2022 è avvenuta con DGR n. 1283 del 10/10/2022, sostanzialmente alla conclusione dell’emergenza pandemica.

La dinamica interna dell’Istituto è stata condizionata dall’emergenza pandemica in quanto la declinazione analitica degli obiettivi si è concretizzata solo alla fine della c.d. seconda ondata covid, ovvero nella primavera del 2022, visto la complessità della situazione, e ha trovato la sua conclusione con la già citata determina 321/2022 che, seppur posticipata temporalmente (1 luglio 2022) è comunque in miglioramento rispetto alla tempistica dell’anno precedente.

Va osservato che, vista la conclusione dell’emergenza pandemica che aveva stravolto le attività e i suoi riferimenti anche gestionali, l’Istituto ha deciso di riassegnare per il 2022 obiettivi economici alle UU.OO. (normalmente riguardante il valore della produzione erogata e il consumo dei materiali sanitari), contrariamente al biennio precedente.

Come si evince dalla Relazione sulla BPE 2022 si può segnalare che le principali performance 2022, che saranno valutate in maniera puntuale a livello di raggiungimento degli obiettivi per singola UO, si sono caratterizzate:

* Nel perdurare, nella prima parte dell’esercizio, della positiva risposta all’emergenza pandemica da parte dell’Istituto che ha visto la necessità per lo stesso di ripensare completamente i suoi modelli organizzativi consentendogli di fornire assistenza adeguata. Inoltre l’Istituto ha partecipato adeguatamente anche alla campagna vaccinale regionale;
* Nel contribuire ad impostare percorsi di gestione strutturata dell’emergenza pandemica attraverso l’istituzione nelle Marche e in Lombardia di ambulatori follow up Covid, l’impostazione di percorsi trasversali a più UUOO per la riabilitazione dei pazienti Covid e il trattamento comune degli stessi;
* nel positivo mantenimento dell’area ricerca soprattutto nella logica della capacità competitiva dell’Istituto sia con l’ottenimento di ricerche finalizzate che una sostanziale stabilità nei punti di IFN ottenuti;
* nel rafforzamento della politica della gestione del rischio aziendale attraverso la rivisitazione e l’aggiornamento dell’adattamento alla dimensione aziendale di tutte le raccomandazioni ministeriali e con l’introduzione di PDTA;
* nel rafforzamento dei percorsi di dipartimentalizzazione aziendale attraverso l’integrazione delle attività delle diverse aree del comparto socio assistenziale;
* nel consolidamento della qualificazione aziendale attraverso il positivo superamento del percorso di certificazione aziendale.

La coda dell’emergenza pandemica ha, in parte, condizionato anche le attività di monitoraggio intermedie mensili e trimestrali che si sono concentrate più su aspetti macro, piuttosto che su percorsi gestionali consolidati come le reportistiche dell’UO Controllo di Gestione tipicamente messe a disposizione della Direzione e delle UO titolari di Budget che nel sistema Inrca coincidono con le Unità Operative Complesse e con le Unità Operative Semplici Dipartimentali.

Nel corso del 2022 è stato utilizzato lo strumento della revisione del Budget previsto nell’ambito dello SMIVAP.

Un ulteriore strumento della performance organizzativa utilizzato in ambito INRCA è costituito dai progetti direzionali approvati con nota 27841/2022 e da altre progettazioni derivanti da indicazioni regionali (RAR Regione Lombardia Delibera Regione Lombardia XI/6873 del 02/08/2022) che rappresentano progetti riguardanti specifici e ben definiti gruppi di lavoro e che fanno riferimento a innovazioni gestionali ed operative approvate direttamente dalla Direzione Generale.

# Performance individuale

Preliminarmente si osserva che per performance individuale si fa riferimento agli obiettivi assegnati specificamente al dirigente o al dipendente, il quale è l’unico soggetto chiamato a risponderne: essi possono essere collegati agli obiettivi della struttura (andando, ad esempio, ad enucleare il contributo specifico richiesto al singolo), ma possono anche fare riferimento ad attività di esclusiva responsabilità del dirigente/dipendente e non collegate a quelle della struttura (es. incarichi ad personam).

Il contributo di ogni singolo apporto professionale è finalizzato al raggiungimento degli obiettivi di performance organizzativa della struttura in cui il dipendente è collocato e, conseguentemente, ai più generali obiettivi strategici aziendali. Nel contempo, nell’ambito del sistema Inrca, è oramai consolidata anche una ulteriore dimensione di obiettivi che si realizzano attraverso un’apposita scheda di valutazione individuale e che, unitamente agli obiettivi della performance organizzativa, individuano la complessiva performance individuale di ciascun dipendente. La scheda di valutazione individuale è un importante strumento a supporto dell’Istituto, volto alla valorizzazione del personale dipendente, oltre che di analisi e verifica delle performance. Inoltre, esso assume una doppia valenza, in quanto posto anche a sostegno dei processi di miglioramento dell’Istituto e dei singoli individui. Infatti, dal punto di vista dell’Istituto, questo processo è orientato al miglioramento delle prestazioni nei confronti dei “clienti” esterni ed interni, mentre a livello individuale permette di stimolare lo specifico apporto del singolo e le sue competenze professionali, oltre che incoraggiare e valorizzare i comportamenti individuali. Infine, va ricordato che all’interno dell’Inrca la valutazione del personale è parte integrante del Sistema Premiante come indicato nello SMIVAP che evidenzia come sia collegata alla scheda di valutazione individuale una percentuale della quota incentivante, diversificata a seconda del ruolo del valutato.

Al momento il percorso di valutazione della performance individuale 2022, al pari di quello della performance organizzativa, non si è ancora concluso, essendo unitario.

In ogni caso si ricorda che il processo della scheda di valutazione individuale è uno strumento realmente utilizzato all’interno dell’Inrca già dal 2009.

Come indicato nella Relazione sulla performance 2021, partendo anche dalle proposte presentate dall’OIV, data la necessità per l’Istituto di rafforzare la dimensione della valutazione individuale ridando “spinta” alla stessa al fine di ottenere i benefici potenziali, fermo restando che, come in più sedi ripetuto, la differenziazione dei giudizi non rappresenta un fine di un SMVP ma di sicuro ne rappresenta un indicatore della qualità dello stesso. Sempre in tale ambito è stata identificata la specifica soglia/valore di riferimento che contraddistingua il giudizio negativo, ed è stato meglio esplicitato il correlato percorso di garanzia di riferimento per il valutato che intenda richiedere la valutazione di II istanza, nella logica di miglioramento del sistema proposta dall’Oiv nel corso della sua attività e segnalata nelle relazioni degli anni precedenti.

Sinteticamente la performance individuale, sin dal 2021, per ciascun dipendente all’interno dell’Inrca può essere rappresentata nello schema seguente:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Profilo professionale | Contributo agli obiettivi di performance organizzativa – Obiettivi Progetti Direzionali (eventuale solo se coinvolti) | Contributo agli obiettivi di performance organizzativa – Obiettivi Scheda di Budget | Obiettivi della Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | TOTALE  Modalità di distribuzione del fondo incentivi |
| Dirigenti |  | 75% | 25% | 100% |
| Comparto | 8% | 64,4% (il 70% del 92%) | 27,6% (il 30% del 92%) | 100% |

Nella rappresentazione della scheda B dell’allegato 1 della delibera Anac 23/2013 si specifica che la classificazione dei dirigenti tra I e II Fascia è stata interpretata nel seguente modo:

* I Fascia Dirigenti titolari di Unità Operative Complesse e Semplici dipartimentali
* II Fascia Dirigenti titolari di Unità operativa Semplici e di incarichi professionali

# Processo del ciclo di attuazione della performance

Il ciclo di gestione della performance è partito con la definizione del Piano della performance che è stato realizzato nei tempi dovuti in quanto per il 2022 vi è stata l’introduzione del PIAO che ne ha posticipato l’adozione, in considerazione che lo stesso era in prima applicazione. Stante l’incertezza normativa circa l’adozione del PIAO che si è protratta fino all’ultimo, l’Istituto ha deciso di adottare il Piano della Performance con la determina DGEN 192/2022 del 29 aprile 2022, fermo restando che nello specifico il processo si è sviluppato attraverso l’invio delle linee guida del budget, la convocazione degli incontri di budget da parte della Direzione Generale e l’avvio dei medesimi incontri, sin dai primi mesi dell’anno.

Nel corso del 2022 alla fine non è stata rispettata la scadenza di assegnazione degli obiettivi entro il 30 aprile sia per la parte relativa alla scheda di valutazione individuale sia perché il processo di negoziazione e assegnazione degli obiettivi di budget per UO (schede di budget) che doveva completare il processo di definizione degli obiettivi Inrca stante la conclusione dell’emergenza pandemica, come sopra già indicato. Ad ogni buon conto il percorso che ha trovato la sua conclusione con il master budget aziendale in tempi comunque migliorati rispetto agli anni precedenti (DGEN 321 del 01 luglio 2022).

Il percorso, in considerazione della presenza di obiettivi economici per il 2022 che risentono dei tempi di conclusione del bilancio consuntivo previsto per il 31 maggio 2023 e che quindi protraggono la tempistica dell’analisi delle performance, non ha ancora trovato la sua conclusione.

# Infrastruttura di supporto

Il sistema informativo a supporto della gestione riveste un ruolo strategico per misurare e valutare le performance e consentire di prendere decisioni consapevoli. La complessità organizzativa (multi regionalità in un contesto di azienda unica, numerosità dei Presidi in relazione alla dimensione aziendale) e le caratteristiche dell’ambiente in cui l’Inrca opera (elevato grado di variabilità e velocità di variazione e basso grado di prevedibilità) rendono necessario disporre di strumenti di governo che possano fare affidamento sulla tempestiva e adeguata disponibilità di informazioni utili.

L’UO Controllo di gestione ha supportato la Direzione Aziendale per la gestione del budget (supporto alla predisposizione del Piano delle Performance e delle linee guida aziendali, supporto alla predisposizione della bozza di obiettivi annuali di azienda e di un set di obiettivi per ogni U.O., monitoraggio degli indicatori relativi agli obiettivi concordati, consulenza continua a favore dei responsabili di U.O.), ha elaborato dati di costo e di produzione, per giungere alla elaborazione delle informazioni utili per indirizzare le scelte operative, ha predisposto reportistica “personalizzata” per i diversi livelli dirigenziali.

Si ribadisce che la complessità del sistema degli obiettivi di budget rende opportuno valutare la possibilità di sviluppo di una gestione informatizzata, questo consentirebbe una migliore gestione dell'intero percorso, specie se integrata con una funzione di cruscotto direzionale.

Con l’occasione l’OIV ribadisce quanto già detto in precedenza circa l’opportunità di incrementare le risorse destinate alla funzione di supporto, sia in termini di personale dedicato sia in termini di applicativi utilizzati (anche tenendo conto della particolare articolazione territoriale dell’Istituto), al fine di rappresentare un importante sviluppo in termini di supporto al processo decisionale da concludersi entro il 2023. Al fine di migliorare quest’ultima dimensione è comunque in corso di realizzazione un progetto aziendale di definizione e realizzazione informatica di un moderno cruscotto aziendale che consenta di sfruttare pienamente le potenzialità del nuovo sistema informativo sanitario grazie al quale l’Istituto dispone della cartella clinica informatizzata e di una informatizzazione di tutte le attività clinico assistenziali.

Si conferma infine come la possibilità di realizzazione di incontri telematici, tenuto conto della competenza e professionalità dimostrata dalla struttura tecnica di supporto, abbia dimostrato una sua grande validità e, indipendentemente dall’emergenza pandemica, possa rappresentare una modalità di lavoro più efficiente ed ugualmente efficace.

# 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.

Per quanto riguarda gli obblighi di trasparenza, l’Istituto ha adottato le procedure necessarie per assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi e nominato i referenti aziendali per la Trasparenza, su proposta del dirigente dell’ufficio competente per la pubblicazione. Le regole e i meccanismi di funzionamento che costituiscono il “Sistema della trasparenza” dell’Istituto sono state condivise con i dirigenti di tutte unità operative interessate all’alimentazione e della sezione “Amministrazione Trasparente”.

Le sottosezioni di “Amministrazione Trasparente” vengono alimentate sia in modo diretto, tramite caricamento dei dati su un portale dove i responsabili della pubblicazione operano in back office con apposite credenziali, che attraverso degli automatismi di rinvio a banche dati aziendali, regionali o nazionali.

Si rappresenta che in seguito alla delibera ANAC n. 7 del 17 gennaio 2023 dovrà essere implementata la nuova sottosezione “Bandi di gara e contratti”.

Il sistema informatico di supporto alla pubblicazione tiene traccia della data di ciascuna pubblicazione, e tale informazione è presente su tutte le pagine web di AT.

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) approvato dall’Istituto con determina n. 80/DGEN/2023 del 15.03.2023 contiene l’elenco dei referenti per la Trasparenza e dei i responsabili di ogni singola pubblicazione. Questi assicurano l’aggiornamento sistematico dei dati per i quali vige l’obbligo di pubblicazione,

Il PIAO prevede che l’attività di monitoraggio venga svolta su due livelli:

• Livello “micro” - a cura dei responsabili degli uffici competenti per la pubblicazione sono previste attività sistematiche di auto-monitoraggio delle sottosezioni di “Amministrazione Trasparente” a cura dei responsabili degli uffici competenti per la pubblicazione;

• Livello “macro” - a cura del Responsabile della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione (RTPC) è previsto il monitoraggio a supporto dell’OIV durante le verifiche annuali, ai sensi dell’art. 14, c. 4, lett. g), del d.lgs. n. 150/2009, oltre a controlli periodici “a campione” su subset di informazioni, effettuate con il supporto dei Sistemi Informativi Aziendali.

# Definizione e gestione standard di qualità

Il processo evolutivo e di miglioramento avviato dall’IRCCS-INRCA nel corso degli ultimi anni ha portato all’implementazione di un Sistema di Gestione per la Qualità (SGQ), in conformità alla norma UNI EN ISO 9001, con l’obiettivo di mantenere e raggiungere un livello qualitativo dell’Istituto in grado di soddisfare le esigenze di tutti i portatori di interesse.

Il modello di SGQ adottato, basato su un approccio per processi e sul metodo del PLAN – DO – CHECK - ACT (pianificare – eseguire – verificare - agire), è stato certificato in conformità alla norma internazionale UNI EN ISO 9001:2008 da un Ente di certificazione esterno accreditato nel 2009 in prima emissione e nel 2012 per la ricertificazione, in tutte le Sedi ed Unità Operative dell’istituto, per le attività di progettazione ed erogazione di attività di ricerca sull’invecchiamento e servizi di assistenza nell’ambito della programmazione della normativa sanitaria - prestazioni sanitarie di ricovero ordinario, Day Hospital, Day Surgery, Accettazione geriatrica in urgenza, Specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale.

L’implementazione del sistema della qualità ha continuato ad essere garantita anche alla luce dell’evoluzione normativa e del contesto, facendo sì che il sistema si ampliasse, andando a comprendere anche la gestione di tutte le attività di risk-management e diventando un “Sistema di Gestione Qualità, Rischio e Sicurezza”.

Il sistema di gestione è stato pianificato per processi.

I processi primari sono:

P01: ricerca, progettazione e sviluppo

P02: degenze e chirurgie

P03: servizi

I processi di supporto sono:

P04: gestione risorse (risorse umane, formazione)

P05: strutture, infrastrutture e Tecnologia Clinica

P06: Information Techonology

P07: controllo prodotto e servizi forniti dall’esterno

P08: programmazione e controllo

P09: gestione del rischio clinico, salute, sicurezza, prevenzione e protezione

P10: leadership e pianificazione.

Nella pianificazione del Sistema di Gestione Qualità Rischio e Sicurezza (SGQRS) l’organizzazione ha tenuto conto dei risultati derivanti dall’analisi dei fattori interni ed esterni del proprio contesto, dei requisiti delle parti interessate ed ha determinato i rischi e le opportunità da affrontare per:

- assicurare che il sistema consegua i risultati attesi

- accrescere gli effetti desiderati

- prevenire o ridurre gli effetti indesiderati

- conseguire il miglioramento.

La pianificazione accurata di tutte le attività permette di prevenire errori e disservizi ed eventi avversi/incidenti.

L’attività di controllo dei processi primari e secondari a supporto, è garantita attraverso la raccolta e l’analisi di indicatori di monitoraggio specifici, allo scopo di garantire il corretto andamento del processo stesso, e di indicatori di esito, in grado di misurare le prestazioni del processo e fornire dati utili al miglioramento. La continua verifica e misurazione dei trend e dei risultati perfeziona le metodiche del SGQRS e stimola il personale coinvolto, il quale apporta il proprio determinante contributo all’eccellenza delle attività svolte e alla soddisfazione dell’Utente.

L’aggiornamento e l’adeguatezza del SGQRS alle esigenze dell’Utente è garantito dai riesami periodici del SGQRS nonché dai continui miglioramenti e dalle azioni correttive rivolte a tutte le attività dell’Istituto. Il SGQRS dell’Istituto è documentato in maniera da dare evidenza della sua attuazione e consentire di monitorarlo, misurarlo e poterne migliorare continuamente l’efficacia.

Nel pianificare il sistema l’organizzazione ha definito le azioni per affrontare i rischi e le opportunità individuate e le modalità per integrare tali azioni nel sistema e valutarne l’efficacia. Tali azioni sono state descritte in specifiche matrici elaborate per ognuno dei processi individuati nella mappatura.

Gli obiettivi del SGQRS sono stabiliti annualmente dal Direttore Generale, in collaborazione con la Direzione Sanitaria, Scientifica ed Amministrativa, con il Responsabile del Sistema di Gestione Qualità, Rischio e Sicurezza (SGQRS) di Istituto, con il gruppo di Coordinamento del SGQRS di Istituto e con i Referenti QRS di Sede, durante il Riesame della Direzione.

Gli obiettivi sono stabiliti tenendo conto della politica della qualità, del budget, di una stima dei miglioramenti conseguibili; di piani di sviluppo e programmi produttivi a breve termine. I suggerimenti ed il confronto sul SGQRS INRCA sono garantiti dall’attivazione di canali di comunicazione interna strumenti in grado di favorire l’integrazione tra ricerca/assistenza e governo clinico/certificazione, così come previsto dai Progetti Direzionali sviluppati in questi anni “INRCA: modello di attuazione di processi per l’integrazione del Sistema Gestione Qualità e del Governo Clinico” e “Sicurezza delle cure e dei processi lavorativi”.

# Utilizzo dei risultati del Sistema di Misurazione e Valutazione

Il ciclo della performance nell’ambito dell’Istituto è oramai consolidato nella dinamica che lo caratterizza ivi comprese le problematiche che tipicamente caratterizzano i percorsi di valutazione individuale, come recentemente rappresentati nell’ambito delle linee guida del DFP.

Si rimanda a tal proposito ad alcune considerazioni già presenti nelle relazioni sulla Performance degli anni precedenti.

In una logica di miglioramento e di sempre maggiore efficacia del sistema di misurazione e valutazione si ritiene utile riportare in questa relazione considerazioni già fatte da questo Organismo Indipendente di Valutazione con la Direzione e contenute nei verbali redatti rispetto alle quali comunque va riconosciuto che l’Istituto ha implementato alcuni dei suggerimenti proposti.

Nello specifico l’OIV, confermando la positività dell’impianto, ritiene utile ricordare alcuni degli aspetti di miglioramento realizzati dall’Istituto rispetto a situazioni precedenti divergenti, anche tenendo conto dell’incidenza per l’anno 2022 della coda dell’emergenza pandemica, quali il recupero, in termini temporali, circa la chiusura delle negoziazioni di Budget.

# Descrizione delle modalità di monitoraggio dell’OIV

L’OIV ha effettuato nel 2022 n. 14 incontri. Complessivamente, comprendendo quanto proseguito nel 2023, l’attività dell’Organismo è stata sviluppata attraverso le seguenti modalità di monitoraggio:

• monitoraggio concomitante dello stato di avanzamento del grado di raggiungimento degli obiettivi attraverso la documentazione e i dati forniti dalla struttura di supporto

• verifica e validazione del percorso di attribuzione dei premi al personale;

• gestione delle valutazioni di seconda istanza, analisi documentale, audizioni;

• incontri e colloqui con i diretti interessati e con le articolazioni coinvolte;

* verifica dello stato di attuazione della sezione amministrazione trasparente e delle attività correlate sia attraverso confronto con il responsabile che tramite l’analisi dei dati pubblicati;

• verifica coerenza tra piano anticorruzione ed obiettivi declinati nel Piano della Performance;

• confronto con la direzione strategica per analizzare le caratteristiche peculiari dell’Istituto e per condividere alcuni interventi di miglioramento

Più analiticamente si rappresenta lo sviluppo degli incontri fino ad oggi realizzato

|  |  |
| --- | --- |
| **Data incontro** | **Sintesi attività** |
| 26/04/2022 | Relazione dell’OIV sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni in attuazione dell’art. 14, comma 4, lettera a) del D.Lgs. n. 150/2009;  Analisi PIAO. |
| 31/05/2022 | Analisi obblighi di trasparenza, ai sensi della delibera Anac n. 201/2022;  Controdeduzioni schede valutazione individuale e schede di budget 2021 – audizioni;  Verifica incarico funzione organizzativa. |
| 09/06/2022 | Conclusione analisi obblighi trasparenza, ai sensi della delibera Anac n. 201/2022. |
| 25/07/2022 | Monitoraggio percorso di budget 2022. |
| 19/09/2022 | Controdeduzioni schede valutazione individuale e schede di budget 2021 – audizioni;  RAR 2022;  Sistema premiante 2020 – 2021 dei c.d. Piramidati. |
| 10/10/2022 | Controdeduzioni schede valutazione individuale e schede di budget 2021 - conclusione;  Stato di avanzamento RAR 2022;  Progetti direzionali 2021. |
| 21/11/2022 | Monitoraggio stato avanzamento lavori Sistema Premiante 2022;  Controdeduzioni schede valutazione individuale e schede di budget 2021 – prima analisi. |
| 15/12/2022 | Controdeduzioni schede valutazione individuale e schede di budget 2021 – audizioni. |
| 23/01/2023 | Controdeduzioni schede valutazione individuale e alle schede di budget 2021 – conclusione;  Analisi PIAO. |
| 28/02/2023 | Revisione ultima bozza PIAO. |
| 13/03/2023 | RAR 2022 Regione Lombardia. |

# Pari opportunità

L’OIV ha verificato i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità ai sensi dell’art. 14, lettera h), del d.lgs. 150/2009 e s.m.i. Nell’anno 2022 il Comitato Unico di Garanzia (CUG) si è riunito 4 volte, per parlare del Gender Equality Plan, il quale è stato adottato in data 08.03.2022 con Dgen n. 103, https://www.inrca.it/inrca/files/Pretorio/Allegato%20BILANCIO%20DI%20GENERE%20INRCA.pdf, inteso come Piano strategico per la parità di genere dell’Istituto che comprenda misure concrete finalizzate a promuovere la cultura dell’inclusione nel profondo rispetto delle diversità e nel costante contrasto a ogni forma di discriminazione determinata da età, genere, origine etnica, orientamento sessuale, religione, posizione politica, condizioni di disabilità, attraverso azioni e strumenti capaci di valorizzare le differenze.

Tale GEP comprende ed è in perfetta armonia con le finalità e le azioni del Comitato Unico di Garanzia, la cui mission è quella di creare un ambiente di lavoro positivo, quale elemento imprescindibile per ottenere un maggior apporto dei lavoratori e delle lavoratrici, sia in termini di produttività che di appartenenza.

Il CUG INRCA sta già da alcuni anni affrontando tematiche di diversità ed inclusione attraverso varie iniziative istituzionali, prevedendo anche rapporti e collaborazioni con stakeholder esterni all’Istituto, quale ad esempio la collaborazione con la Consigliera di Parità della Provincia di Ancona. Tutto ciò al fine di promuovere l’affermazione di una cultura orientata alle pari opportunità, alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, alla condivisione delle responsabilità familiari tra i sessi. Quindi un ambiente improntato al benessere, al supporto a situazioni di stress o burn out e capace di prevenire, rilevare e contrastare ogni forma di violenza sessuale, morale e psichica. Nell’anno 2022 il Comitato si è riunito anche per parlare del Gender Equality Plan, definire l’indagine relativa allo smart working/conciliazione tra tempi di lavoro e tempi di vita. Pertanto, in merito a ciò, il CUG ha messo a punto un questionario rivolto a tutto il personale, a tutte le professionalità, sia a coloro che hanno già utilizzato lo smart working che a chi non ne ha mai usufruito con l’intento di contribuire a definire politiche orientative e realizzare percorsi che tengano conto di tali problematiche. L’indagine è stata proposta ai 1207 dipendenti dell’IRCCS INRCA delle varie sedi: Ancona, Casatenovo, Cosenza, Fermo, Osimo, Treia- Appignano, nel periodo compreso tra il 13 luglio ed il 13 settembre 2022. L’indagine quindi intendeva sondare la percezione dell’importanza dello smart working e degli strumenti di conciliazione vita lavorativa/personale all’interno dell’Istituto poiché, mai come oggi, nella gestione delle risorse umane e nelle prassi manageriali delle imprese più attente ai propri dipendenti, emerge forte l’esigenza di cogliere sentimenti e sensazioni delle persone nelle organizzazioni. Hanno partecipato all’indagine 188 operatori su 1207 pari al 15,6% dei dipendenti dell’azienda. Tutto il personale è stato informato dell’iniziativa ed invitato a partecipare alla compilazione del questionario, in modalità online sulla intranet aziendale. La tecnica di somministrazione del questionario tramite piattaforma informatica presentava il vantaggio di ridurre gli errori di rilevazione e di assicurarne la compilazione una sola volta per ciascun dipendente, garantendo sia la riservatezza dei dati acquisiti, sia l’anonimato dei lavoratori. Il report con i risultati dell’indagine è stato realizzato nel mese di dicembre ed inviato alla Direzione Strategica ed all’OIV, Organismo Indipendente di Valutazione aziendale solo in forma aggregata, nel massimo rispetto dell’anonimato del dipendente. I risultati del report sono stati presentati ai dipendenti durante l’appuntamento Inrcatalk del mese di dicembre 2022. L’inrcatalk è un incontro mensile aperto a tutti i dipendenti Inrca, sia in presenza che online. In esso vengono trattati di volta in volta gli argomenti più disparati, per far conoscere le varie attività, permettere una circolazione di informazioni e aumentare così il senso di appartenenza. Successivamente, con l’approvazione della Direzione Generale, il report è stato pubblicato sulla sezione intranet, per renderlo disponibile ai dipendenti. Nel dicembre 2022, sulla base del Gender Equality Plan, il CUG ha predisposto il Piano Triennale Azioni Positive 2023-2025 nell’ambito appunto del PIAO (Piano Integrato di Attività ed Organizzazione). Nel Ptap ha comunque individuato alcune azioni ulteriori e specifiche per il triennio, ovvero:

OBIETTIVO 1- Attivazione nuova indagine sul benessere organizzativo in accordo e collaborazione con la Uosd “Qualità e sicurezza del paziente Benessere organizzativo ed Accreditamento” - Resa dati alla Direzione Strategica per attivazione azioni correttive e migliorative sulla base del report – Azioni di contrasto allo stress ed al burn out degli operatori in prima linea e nelle aree d’emergenza tramite attivazione sportello d’ascolto

OBIETTIVO 2- Realizzazione di iniziative di informazione/sensibilizzazione sull’attività del Cug Inrca e sulla sua azione di rispetto delle tematiche di genere e contrasto alla discriminazione

# Considerazioni conclusive

Il quadro complessivo della realtà aziendale dell’INRCA appare sostanzialmente positivo, soprattutto tenendo conto dei miglioramenti indicati nel precedente paragrafo, in una lettura continua con gli anni precedenti, in particolare rimarcando la complessità di una azienda che opera in diversi ambiti regionali.

Considerato il graduale superamento dell’emergenza pandemica, l’Istituto ha progressivamente operato per recuperare le attività precedenti all’emergenza, proseguendo il percorso di miglioramento delle tempistiche nell’ottica del processo circolare finalizzato alla total quality dell’Istituto, denominato PDCA.

In particolare l’OIV ritiene ci siano ancora margini di miglioramento rispetto alle tempistiche del ciclo budget.

Inoltre, come già sottolineato, lo sviluppo di una gestione maggiormente informatizzata del ciclo performance consentirebbe una migliore gestione dell'intero percorso, anche a livello documentale, specie se integrata con una funzione di cruscotto direzionale.

L’Organismo Indipendente di Valutazione

Dott. Carlo Somenzi (Presidente)

Dott. ssa Laura Oliveri (Componente)

Dott. Luca Ricciotti (Componente)

Per presa visione

La Struttura Tecnica di supporto

F.to Dott. Roberto Di Ruscio