

PREMESSA

L'art.17 della Legge Regionale 16 marzo 2011, n. 1, recante norme in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza delle amministrazioni regionali, stabilisce che dette amministrazioni promuovano il merito ed il miglioramento delle prestazioni e dei risultati organizzativi ed individuali, mediante l'utilizzo di sistemi premianti selettivi.

Detti sistemi devono essere improntati a logiche meritocratiche adeguate a valorizzare i dipendenti che conseguono la migliore prestazione attraverso una retribuzione selettiva di incentivi, sia economici che di carriera, evitando di consentire, in ogni caso, la distribuzione in maniera indifferenziata degli incentivi e dei premi collegati alle prestazioni e ai risultati.

Tale previsione si ricollega direttamente ad alcuni degli obiettivi in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico indicati all'articolo 1 della legge citata ed in particolare al riconoscimento dei meriti e dei demeriti, all'incentivazione della qualità della prestazione lavorativa e alla organizzazione di funzioni di valutazione e controllo della gestione funzionali all'attuazione del ciclo di programmazione, della gestione, della verifica e della riprogrammazione delle prestazioni e dei risultati.

La funzione di controllo della performance organizzativa e individuale del personale dirigenziale e non dirigenziale, è posta nella competenza dell'organismo indipendente di valutazione (OIV) che ha l'obbligo di sovrintendere al funzionamento complessivo del sistema della valutazione dei controlli interni, proponendo agli organi di indirizzo politico amministrativo la valutazione dei dirigenti apicali e l'attribuzione dei premi.

Onere dell'OIV è altresì quello di evidenziare agli organi di gestione le criticità riscontrate nello svolgimento delle proprie attività.

Rientra altresì nelle competenze dell'OIV, sulla base dei livelli di prestazione di risultato valutati, compilare un'apposita graduatoria distribuendo il personale valutato in diverse fasce di prestazione e risultato, al fine di assicurare che una quota più elevata, destinata al trattamento accessorio, venga attribuita al personale che si colloca nelle fasce di merito più alte, nel rispetto dei principi di merito e selettività sanciti dal D.Lgs. 150/2009.

Pertanto, la presente relazione viene strutturata nel seguente modo:

1. risultati dell'attività di valutazione svolta;
2. analisi delle criticità riscontrate;
3. proposte per il superamento delle criticità;
4. conclusioni.

1. Risultati dell'attività di valutazione

L'OIV, nel corso dell'anno 2014, ha effettuato 32 riunioni nel corso delle quali ha esaminato le relazioni inerenti le 157 strutture da valutare.

Dall'esito dell'attività valutativa è emersa la collocazione in fascia 1 (Range 0-20) di una sola struttura. Sono state collocate in fascia 2 (Range 21 - 79) n. 24 strutture.

Conseguentemente sono collocate in fascia 3 (Range 80-100) n. 132 strutture pari a 84%. Le motivazioni di tale risultato vanno inevitabilmente ricondotte a diversi fattori:

1. presenza di unico obiettivo;
2. impossibilità frequente di controllare dai flussi informativi aziendali la corrispondenza di quanto dichiarato dalle strutture;
3. utilizzo di indicatori generici o non chiari;
4. definizione di obiettivi non perseguibili sulla base delle condizioni di lavoro (p.e. apparecchiatura non disponibile o personale non adeguato).

Inoltre, è stato anche analizzato per le singole strutture il livello di differenziazione nella valutazione dei collaboratori dirigente e di comparto da cui è conseguito che 77 U.O. (49% del totale) hanno formalizzato una differente valutazione, 51 U.O. (32,5% del totale) risultano aver formulato valutazioni indifferenziate. Le restanti 29 U.O. avendo un unico elemento come personale non hanno potuto provvedere ad alcuna valutazione differenziata.

2. Analisi delle criticità riscontrate

Nell'attività di valutazione, l'OIV ha riscontrato numerose difficoltà/criticità riferibili in alcuni casi alla genericità degli obiettivi, all'incoerenza degli indicatori talvolta ad essi riferiti, ovvero alla carenza o impossibilità tecnica di utilizzare elementi oggettivi di valutazione per il raggiungimento dell'obiettivo assegnato. Per quest'ultima criticità, si rappresenta in particolare che per molti degli obiettivi proposti l'unico elemento di valutazione utilizzabile dall'OIV è stata la relazione del Dirigente. In altri casi, laddove l'obiettivo era quantificato, mancava la possibilità di verificare l'affermazione del Dirigente sull'effettivo raggiungimento dello stesso, in quanto il complesso dei Sistemi informativi aziendali non consentiva l'acquisizione del dato di riscontro.

Anche in connessione con quest'ultima criticità, si evidenzia che le fasce di valutazione, così come oggi definite, non permettono una corretta e appropriata differenziazione delle valutazioni dell'operato dei Dirigenti e una graduazione della valutazione degli stessi.

L'impossibilità di poter operare valutazioni basandosi su elementi più puntuali e misurabili, di indicatori precisi, riscontrabili e oggettivi, in assenza di dati ufficiali ai fini del riscontro, determina il fatto che per la gran parte delle strutture non sia possibile all'OIV verificare e/o contestare il mancato raggiungimento dell'obiettivo, totale o parziale e, conseguentemente, che le stesse raggiungano il massimo della valutazione prevista. Sul raggiungimento totale dell'obiettivo ha altresì influito il fatto che in molti casi sia stato attribuito un unico obiettivo, per il quale, frequentemente, non veniva neppure determinato il valore soglia o di scostamento ai fini della verifica positiva. In altri casi si è riscontrato che l'obiettivo assegnato corrisponde nel più e nel meno ai normali compiti istituzionali della Struttura.

Analisi generale.

Relativamente alla funzione di Direzione di Dipartimento, di Distretto e di Presidio, si è rilevato unicamente la presenza di obiettivi concernenti il coordinamento delle attività delle strutture complesse e semplici che le compongono, mentre si è verificata anche l'assenza di obiettivi di risultato, concernenti il raggiungimento di obiettivi quantitativamente verificabili

in termini di contenimento dei costi, realizzazione di attività e/o ricavi, razionalizzazione dell'organizzazione del lavoro, adempimenti L.E.A.

In alcuni casi, si è invece verificato un'adeguata chiarezza sia dell'obiettivo che del risultato atteso, ma la mancanza di un necessario indicatore di calcolo, talché il punteggio da assegnare diventa lo stesso sia nel caso in cui l'azione richiesta sia garantita una volta o una molteplicità di volte.

Si è riscontrato in più casi la formulazione di obiettivi il cui mancato conseguimento non dipende da fattori governati dalla struttura di riferimento (eventi straordinari o eventuali, condizioni esterne alla struttura, obiettivi connessi al mancato raggiungimento di obiettivi da parte di altre equipe).

In alcuni casi, si è riscontrato per lo stesso tipo di servizio, svolto in differenti distretti o presidi ospedalieri, l'attribuzione di obiettivi miglioramento impostati su un incremento % uguale per tutti, senza tenere conto della eventuale differenziazione della diverse condizioni di partenza. Quanto sopra, laddove le basi di partenza siano fortemente differenziate e alcune delle strutture abbiano già realizzato uno standard adeguato e altre no, comporta una evidente disparità di trattamento in termini di maggiore o minore difficoltà di raggiungimento dell'obiettivo.

In altri casi, gli obiettivi si limitano ad identificarsi con l'attività ordinaria svolta dalla struttura.

Si è riscontrato in alcuni casi (esempio parti cesarei), l'indicazione di obiettivi non correlati e/o coerenti con gli obiettivi definiti a livello nazionale, almeno a livello tendenziale e con l'indicazione del termine ultimo entro il quale conseguire l'obiettivo nazionale.

In generale, si è riscontrato, con rilevanti evidenze, una notevole differenziazione di atteggiamento nell'attribuzione di obiettivi alle équipes in relazione sia al numero degli stessi (in molti casi un unico obiettivo in altri fino a 4/5) sia in relazione alla obiettiva difficoltà del raggiungimento (dalla mera esecuzione del compito d'Istituto al raggiungimento di obiettivi effettivamente sfidanti). Quanto sopra risulta incoerente con il sistema attualmente in uso che prevede, a parità del raggiungimento della % di risultato degli obiettivi assegnati, il medesimo compenso economico.

Viceversa, si richiama la Direzione aziendale sull'opportunità di valutare la possibilità di introdurre meccanismi di maggiore definizione del peso degli obiettivi assegnati (anche in funzione del personale e dei ruoli delle strutture esaminate),

rendendone più omogeneo il livello di performance richiesto per realizzarli ovvero, differenziare l'entità del compenso assegnato alle singole equipe parametrando in ragione del differente peso degli obiettivi assegnati alle stesse.

2.2 Analisi specifica:

a. Dipartimento prevenzione:

- relativamente alla direzione del dipartimento di prevenzione, si evidenzia la carenza di obiettivi misurabili riferiti al raggiungimento di soglie di attività complessive di tipo prestazionale o economico, nella logica di un rafforzamento delle responsabilità delle singole figure apicali.

b. Igiene e sanità pubblica e di prevenzione sui luoghi di lavoro:

- si evidenzia che la % di risultato atteso, prevista come indicatore del raggiungimento dell'obiettivo, non è riferibile ad un elemento di tipo quantitativo che consenta una valutazione oggettiva dell'attività svolta.
- Sempre in relazione ai predetti servizi, si rileva la genericità della descrizione dell'obiettivo.

c. D3D:

- Nell'obiettivo n. 6 della struttura distrettuale, si evidenzia come non sia richiesto il numero minimo di implementazioni di percorsi di valutazione di outcome per cui risulta un appiattimento della valutazione che determina, ad esempio, il raggiungimento dell'obiettivo anche con l'effettuazione di una singola prestazione.
- Si segnala altresì l'incongruità dell'obiettivo n. 5 poiché il risultato atteso è basato unicamente sul realizzarsi di una condizione meramente eventuale e non dipendente dalla struttura.

d. Dipartimento salute mentale, Direzione dipartimento:

- l'obiettivo n. 1 risulta generico in assenza di parametri di valutazione che consentano di valutare il miglioramento.

- Struttura Disturbi alimentari: l'unico obiettivo manca del risultato atteso.
- DSM Aree distrettuali: l'obiettivo 2 prevede per tutti e 4 i distretti un incremento dei progetti individuali di inserimento sociale e lavorativo della medesima %, senza tenere conto di eventuali livelli differenti di performance preesistenti. Identico ragionamento per i 3 SPDC relativamente all'obiettivo 2: incremento appropriatezza di ricovero.

e. Dipartimento misto dei servizi:

- per tutti e 4 i distretti, gli obiettivi 1 e 2, una volta conseguiti, non andranno ripresentati.
- Analogamente per l'obiettivo 3 del distretto C.
- Direzione dipartimento: valgono le stesse considerazioni svolte per il direttore del dipartimento di prevenzione. Potrebbe essere utile ipotizzare, per il Direttore di dipartimento, la partecipazione agli obiettivi assegnati alle singole aree dipartimentali al fine di meglio rappresentare, nell'ambito di un processo di responsabilizzazione sui risultati, la natura anche gerarchica e non di mero coordinamento della funzione.
- Medicina legale ospedaliera: manca il risultato atteso.
- Medicina legale territoriale: l'obiettivo non può più essere ripresentato in seguito alla modifica della normativa di settore da parte della Legge di Stabilità 2015.
- Radioterapia: manca l'indicatore di performance che integra l'obiettivo.
- ¹SIT: l'obiettivo si limita a ribadire l'ordinaria attività della struttura senza indicare l'azione di miglioramento richiesto.

f. Dipartimento Emergenza ed accettazione:

- Anestesia polo A e anestesia e rianimazione dei poli B, C, D : per l'obiettivo 1, il risultato atteso dovrebbe essere portato al 100%;
- anestesia polo B, C e D l'obiettivo di miglioramento dovrebbe essere individuato anche in modo differenziato anche in rapporto al livello della performance di partenza;

- Direzione Dea per l'obiettivo 1 manca il risultato minimo atteso e per l'obiettivo 2 se realizzato non va riproposto;
- PS e OBI per l'obiettivo 1 nel prosieguo si potrebbe passare al monitoraggio delle rilevazioni e alle attivazioni dei flussi atte a garantire il recupero delle spese per i cittadini non italiani;
- sempre per i PS e OBI dei 4 poli per gli obiettivi 2 e 3 si segnala che il risultato del miglioramento atteso è identico a prescindere dai dati di partenza.

g. Dipartimento chirurgico:

- l'obiettivo n. 1 assegnato alle UO di chirurgia generale, dovrebbe più opportunamente essere tarato in relazione all'attuale livello di performance delle quattro UO;
- Chirurgia Pediatrica - non è definito il valore del miglioramento atteso. Direzione Dipartimento Scienze Chirurgiche - non è previsto in capo al Responsabile del Dipartimento alcun coinvolgimento sugli obiettivi segnati alle altre Equipe che lo compongono.

h. Direzione Amministrativa:

- nessuna osservazione.

i. Direzione Generale:

- Incarico Professionale Alta Specializzazione , nell'obiettivo 1 manca l'indicatore di risultato necessario per la valutazione positiva dello stesso.

j. Direzione Sanitaria:

- Segreteria Tecnica Direzione Sanitaria – l'obiettivo assegnato corrisponde all'ordinaria attività dell'ufficio; analogamente per gli uffici problematiche territoriali e problematiche ospedaliere.

k. Dipartimento Scienze Mediche:

- Cardiologia Pediatrica - manca un indicatore di risultato. Direzione Dipartimento Scienze Mediche – anche in questo caso non viene prevista alcuna condivisione rispetto agli altri obiettivi assegnati alle UOC costituenti il Dipartimento.

l. Dipartimento di integrazione:

- Medicina Fisica riabilitativa: l'unico obiettivo risulta in realtà essere attività istituzionale e quindi non incentivabile di per se, soprattutto in assenza di qualunque parametro numerico indicatore dell'obiettivo da raggiungere.
- Neonatologia: viene genericamente posto come obiettivo la riduzione della degenza media senza l'indicazione di un valore obiettivo da realizzare.
- Ostetricia e ginecologia: l'obiettivo 1 _ riduzione dei parti cesarei – indica soltanto un valore % di miglioramento, peraltro limitato, quando viceversa andrebbe rapportato all'obbligo di raggiungere, in un arco temporale ragionevole, l'obiettivo nazionalmente fissato del 15% sul totale dei parti.
- Pediatria: obiettivo 1 – incremento n. Pac – l'obiettivo è in se valido, potrebbe risultare insufficiente in coerenza con una politica nazionale che trasferisce dal Day-hospital al PAC tipologie di pacchetti prestazionali in misura più rilevante dell'indicatore obiettivo del 5%.

3. Proposte per il superamento delle criticità

Sulla base delle verifiche effettuate riguardo il raggiungimento degli obiettivi assegnati alle strutture gestionali dell'azienda per l'anno 2013 e delle criticità evidenziate, l'OIV ritiene di dover formulare alcune proposte metodologiche che possano, per il futuro, rendere più coerente con la normativa di settore e funzionale il processo di verifica dei risultati di performance delle strutture aziendali.

A tale scopo, si evidenziano le seguenti considerazioni migliorative:

1. in primis si evidenzia una sostanziale mancanza di coerenza tra il Piano della Performance 2012 – 2014, approvato nel 2012 dall'Azienda con la Delibera n.1315 del 14.12.2012, e la natura di molti degli obiettivi assegnati. In particolare, non emergono negli obiettivi assegnati a molte UO quelli riferiti ai classici indicatori di performance

dell'attività ospedaliera, che oltretutto renderebbero confrontabile il dato della stessa con quella delle altre strutture ospedaliere regionali, utile benchmark per individuare le ipotesi di miglioramento.

2. Sono pressoché assenti, e andrebbero inseriti, obiettivi riferibili alle necessità del riequilibrio economico della gestione quali quelli finalizzati a garantire:
 - una maggiore efficienza della spesa per l'acquisizione dei servizi (vedi legge 135/2012 Spending review);
 - l'efficienza e la razionalizzazione della spesa delle singole UO mediante l'attribuzione di tetti di spesa, sia per l'attività di erogazione diretta che indiretta;
 - il contenimento della spesa per il personale mediante razionalizzazione dell'organizzazione;
 - il contenimento/ la riduzione della mobilità passiva;
 - l'allineamento al tasso regionale di ospedalizzazione;
 - il miglioramento del livello di appropriatezza prescrittiva;
 - l'introduzione di meccanismi di controllo interno;
 - l'allineamento, per quanto riguarda la funzione ospedaliera, ai parametri regionali in materia di occupazione dei posti letto, indice di turn over e di durata della degenza media, indice di Case-Mix della prestazione ospedaliera;
 - il contenimento/riduzione della spesa farmaceutica interna e territoriale mediante l'effettuazione di interventi volti ad incentivare una maggiore appropriatezza prescrittiva.
3. andrebbero introdotti specifici obiettivi concernenti il controllo sulle strutture sanitarie private accreditate al fine del contenimento/azzeramento delle prestazioni extra-disciplina e/o ultra-budget;
4. al fine di orientare l'amministrazione verso un complessivo miglioramento della performance organizzativa, volta altresì al miglioramento della qualità percepita dell'offerta sanitaria e della performance amministrativa, si evidenzia l'opportunità di meglio definire e strutturare
 - obiettivi di appropriatezza e di governo clinico;
 - obiettivi di gestione del rischio clinico;
 - obiettivi di innovazione del sistema organizzativo e di miglioramento del sistema aziendale informativo ed informatico;

- obiettivi connessi alla riduzione delle liste di attesa;
 - obiettivi connessi alla riduzione dei ricoveri ospedalieri ed all'incremento delle attività di ospedalizzazione domiciliare, anche al fine di riequilibrare la spesa ospedaliera con quella territoriale;
 - obiettivi di censimento e monitoraggio sul territorio di popolazione anziana e/o caratterizzata da fragilità al fine di potenziare l'attività domiciliare integrata.
5. si reputa infine opportuno una miglior definizione dei livelli percentuali di raggiungimento del risultato relativi agli indicatori di performance assistenziale, al fine di allineare i risultati aziendali ai valori nazionali o alle regioni bench-mark; in particolare per:
- frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni,
 - proporzione dei parti con taglio cesareo primario sul totale,
 - colicestectomia laparoscopica :proporzioni dei ricoveri con degenza post operatoria inferiore a 3 giorni,
 - infarto miocardico acuto: proporzioni trattati con PTCA entro 2 giorni ,
 - realizzazione dei livelli di copertura fissati dai LEA relativamente agli screening della prevenzione dei tumori alla mammella, del collo dell'utero e della prostata,
 - allineamento ai valori nazionali di riferimento per quanto attiene le vaccinazioni obbligatorie
6. al fine di una piena aderenza agli obblighi informativi riferibili agli adempimenti LEA, si suggerisce di concentrare l'attenzione sulla continuità e sulla regolarità di introduzione nel sistema informativo aziendali dei dati necessari per alimentare detti flussi. A titolo meramente esemplificativo, si indicano:
- obiettivi riferiti al rispetto delle tempistiche di introduzioni dei dati
 - obiettivi riferiti al rispetto delle tempistiche di chiusura delle SDO
 - obiettivi riferiti ai controlli sulla regolarità degli adempimenti amministrativi finalizzati alla corretta individuazione del paziente che beneficia della prestazione sanitaria, con particolare attenzione per i pazienti provenienti da fuori regione, al fine di non determinare in capo alla Regione medesima la perdita del connesso compenso per mobilità attiva.

4. Conclusioni

In generale, si nota una mancanza di collegamento tra gli obiettivi conferiti al Direttore Generale dalla Regione Lazio e la loro trasposizione in quelli assegnati alle singole équipes.

Infine non si nota in generale un collegamento tra gli obiettivi di performance e il ciclo di programmazione economico finanziario e di bilancio.

Dovendo dare suggerimenti all'amministrazione circa i criteri cui attenersi per la determinazione degli obiettivi per l'anno 2015 si evidenzia l'opportunità di:

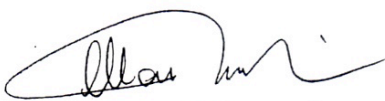
1. ridefinire, ovvero prorogare il Piano della Performance dell'azienda al fine di completare il raggiungimento degli obiettivi previsti anno 2012/2014
2. collegare gli obiettivi 2015 da assegnare alle singole équipes, per la parte di competenza, agli obiettivi regionalmente definiti per il Direttore Generale.
3. collegare o introdurre obiettivi connessi alla realizzazione della programmazione economica finanziaria e di bilancio
4. introdurre obiettivi connessi alla realizzazione di migliori standard di servizi, di governo clinico, gestione del rischio clinico e della trasparenza della gestione
5. introdurre obiettivi e/o indicatori che consentano la comparabilità della Performance delle strutture aziendali con quelle di altre amministrazioni
6. consentire, sia con l'introduzione degli obiettivi di risultato prestazionale, che di rispetto di budget prefissati, la effettiva valutazione della efficacia, della efficienza ed economicità delle gestioni

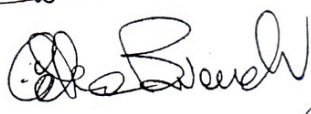
Infine, come raccomandazione di carattere generale si pone all'attenzione dell'amministrazione di ottimizzare gli indicatori di risultato per i quali è possibile, mediante gli strumenti informativi ed informatici dell'azienda, acquisire dati oggettivi di riscontro, eventualmente anche mettendo in atto azioni volte a migliorare l'acquisizione dei dati stessi.

In ottica di equità nel rapporto fra numero e complessità degli obiettivi assegnati e valore economico attribuito agli stessi, si suggerisce la possibilità di una rideterminazione del meccanismo incentivante, o mediante una più attenta valutazione del valore intrinseco dell'obiettivo e della difficoltà del raggiungimento dello stesso in rapporto di un risultato economico quantificato in misura paritaria, ovvero differenziando il risultato economico

connesso al pieno raggiungimento dell'obiettivo in relazione alle diverse valutazioni di difficoltà degli obiettivi assegnati.

Si resta a disposizione per qualsiasi ulteriore ed eventuale approfondimento.

Il Presidente 

Il Componente 

Il Componente 