Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni. Anno di riferimento 2019 (art. 14, c. 4, lett. a d.lgs. n. 150/2009)

Premessa

L'AOUP aderisce al sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali, il progetto Bersaglio della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa che risponde all'obiettivo di fornire a ciascuna Regione una modalità di misurazione, confronto e rappresentazione del livello della propria offerta sanitaria.

Il Sistema di Valutazione della Performance dei Sistemi Sanitari Regionali è stato attivato nel 2008, attraverso la collaborazione di quattro Regioni: Toscana, Liguria, Umbria e Piemonte (quest'ultimo abbandonerà la collaborazione nel 2010).

Nell'anno 2010 si sono aggiunte Valle d'Aosta (che uscirà dal Network nel 2012), Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano e Marche, nel 2011 la Regione Basilicata, nel 2012 la Regione Veneto e nel 2014 le Regioni Emilia Romagna e Friuli Venezia Giulia. Dal 2015, aderiscono anche la Regione Calabria, la Lombardia e la Puglia.

Un processo di condivisione inter-regionale ha portato alla selezione di circa 300 indicatori, di cui 150 di valutazione e 150 di osservazione, volti a descrivere e confrontare, tramite un processo di benchmarking, le diverse dimensioni della performance del sistema sanitario: lo stato di salute della popolazione, la capacità di perseguire le strategie regionali, la valutazione della dinamica economico-finanziaria e dell'efficienza operativa, la valutazione dell'esperienza degli utenti e dei dipendenti, l'ambito dell'Emergenza-Urgenza, la prevenzione collettiva, il governo e la qualità dell'offerta, l'assistenza farmaceutica.

I risultati sono rappresentati tramite uno schema a bersaglio, che offre un intuitivo quadro di sintesi della performance ottenuta dalla Regione, illustrandone immediatamente punti di forza e punti di debolezza. Dal 2017, al bersaglio viene affiancata una rappresentazione tramite "pentagrammi", per mostrare l'efficacia dei sistemi sanitari regionali nella presa in carico dei percorsi assistenziali.

Gli indicatori sono elaborati a livello di Regione e a quello di Azienda; alcune Regioni scelgono inoltre di elaborare i dati dei propri Stabilimenti ospedalieri e dei propri Distretti. Dal 2008, viene annualmente redatto un report, con i risultati delle Regioni e delle Aziende. Dal 2010, il report viene reso pubblico e accessibile da parte tutti gli stakeholder. Le Regioni aderenti al network considerano un valore la

trasparenza e l'accountability del proprio operato e rendono pubblici i propri risultati.

Il d.lgs. n.150 del 2009 e ss.mm.ii. prevede tra i compiti degli OIV il monitoraggio del funzionamento complessivo del sistema di valutazione, della trasparenza ed integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a d.lgs. n. 150/2009), documento attraverso il quale gli OIV riferiscono circa l'attività svolta, gli esiti della stessa e sottolineano i rischi e le opportunità del sistema in vigore. In particolare il presente documento è redatto, per quanto compatibile con la realtà delle aziende sanitarie, conformemente ai contenuti suggeriti dall'A.N.A.C. con delibera n.23 del 2013. L'Autorità stessa indica che le linee contenute nella delibera, sebbene rivolte specificatamente alle Amministrazioni statali, agli Enti Pubblici non economici nazionali e alla Camere di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura, costituiscono un parametro di riferimento per tutti gli enti e le amministrazioni di cui all'art.1, comma 2 del d.lgs. n. 150/2009.

A tal fine il presente documento riferisce sul funzionamento complessivo del sistema interno dell'AOUP per l'anno 2019. Si segnala che questo OIV si è insediato ad aprile dell'anno 2019 a ciclo avviato.

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

- Confronto con la Direzione strategica sull'organizzazione e mission aziendale;
- Confronto sul processo di programmazione e controllo e sul sistema di valutazione delle attività aziendali;
- Confronto con lo staff della direzione strategica sul processo di budget, sul suo monitoraggio e sul raggiungimento degli obiettivi assegnati;
- Analisi dei risultati e del processo di valutazione per l'anno 2018 sia per quanto riguarda il personale della dirigenza sia il personale del comparto;
- Confronto con il Responsabile per la prevenzione della corruzione e trasparenza, per la migliore attuazione degli adempimenti normativi nonché per la verifica delle misure/attività/azioni adottate in tale ambito;
- Confronto con il Direttore della UOC Controllo di gestione 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;

Per la redazione della presente relazione sono inoltre stati visionati i documenti afferenti il ciclo della performance anno 2019, nello specifico:

- Delibera aziendale n. 41 dell'1/02/2019 con la quale è stata rinviato l'aggiornamento del Piano della performance 2018-2020, ferme restando le linee programmatiche indicate nel vigente piano adottato con Delibera aziendale 246/2018.
- Piano della Performance anni 2019-2021 adottato con delibera n.284 del 16/4/19;
- Tabella obiettivi AOUP 2019;

- Delibera di budget n.378 del 31/05/2019.
- Il Piano triennale Prevenzione Corruzione e trasparenza 2019 -2021 adottato con Deliberazione n.19 del 30/01/2019

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, volti ad evidenziare gli eventuali scostamenti e le necessarie azioni correttive.

Allorché:

- sulla base degli indirizzi di programmazione regionale (DGRT 1479/2018 – assegnazione obiettivi alle aziende sanitarie del SSR)
- come risultato del processo negoziale continuamente in essere tra i diversi livelli di management aziendale,
- in attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza contenute nel PTPCT 2019-2021

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 (precisando l'ambito di applicazione, l'obiettivo specifico, l'indicatore e lo standard):

- **Sostenibilità economica**
- **Qualità delle cure**
- **Aderenza alle strategie regionali ed Area Vasta**
- **Performance di sistema** (es. appropriatezza/ efficienza clinica dei processi per ciascuna linea produttiva)
- **Progetti aziendali** (es. percorsi organizzativi di supporto ai processi sanitari).

Con la Delibera di budget n.378 del 31/05/2019 è stato preso atto delle schede di budget sottoscritte nei vari incontri dalla Direzione Aziendale e dai Direttori dei Dipartimenti Sanitari e delle singole Strutture Organizzative Complesse e Semplici Autonome, nonché dei Direttori/Dirigenti/Referenti delle Strutture Tecnico- Amministrative di Staff e dei Coordinatori Sanitari.

Le osservazioni dell'OIV sul funzionamento della performance organizzativa possono essere così riassunte:

- Il Servizio Controllo di Gestione invia trimestralmente a tutti gli attori coinvolti, di cui sopra, 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. L'Azienda è dotata di un avanzato ed efficiente sistema informativo di reportistica che consente, ai vari responsabili di accedere attraverso lo stesso al monitoraggio dei propri indicatori; successiva è l'interlocuzione tra il Servizio ed i responsabili di CdR per l'analisi degli scostamenti e l'eventuale compilazione di indicatori mancanti.
- Dalle schede viene determinata, 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 che per il comparto.
- Il ciclo della performance viene chiuso rispettando, il termine del 30 giugno dell'anno successivo a quello in esame, attraverso l'adozione della Relazione sulla performance da parte dell'Azienda, che viene successivamente validato dall'OIV (nell'anno 2018 è inviata all'OIV in data 29/06/2019 comprensiva delle risultanze del budget 2018 delle singole articolazioni organizzative, lo stesso OIV in data 03/07/2019 ha validato il documento).

Performance individuale

Per quanto concerne la valutazione delle performance individuali sono stati adottati i seguenti atti di riferimento:

- **Performance comparto:** ultimo aggiornamento riferito al Contratto Collettivo Integrativo del 21/05/2018, con il quale si è stabilito di corrispondere un acconto sulla produttività ridotto del 20% a decorrere dal 01Febbraio 2019, riconducendo tali somme al complessivo Sistema di Misurazione e Valutazione della performance vigente in azienda.
- **Regolamento valutazione della Dirigenza Medica:** Delibera n.663 del 21/07/2017.
- **Regolamento del sistema di valutazione della dirigenza STPA:** Delibera n.663 del 21/07/2017.

L'assegnazione degli obiettivi per la valutazione della performance individuale sono effettuate dal superiore gerarchico, tramite la compilazione di apposite schede predisposte dalla UOC Politiche e Gestione delle Risorse Umane e dalla Direzione Area Professioni Sanitarie per il personale sanitario del Comparto. I contenuti della scheda sono condivisi con il valutato, tutto viene svolto come da regolamento del 01/02/13 per il comparto, mentre per la Dirigenza si fa riferimento ai regolamenti di cui alle delibere sopra citate.

L'Azienda procede alla valutazione dei tre livelli di performance:

- obiettivi di budget assegnati alla struttura di appartenenza;

- performance legate al raggiungimento degli obiettivi individuali assegnati dal responsabile di struttura;
- performance individuali ottenute da comportamenti e competenze professionali.

L'AOUP ha in dotazione un sistema informativo importante per la valutazione delle performance individuali del personale della dirigenza.

Il sistema è stato impostato sulla valutazione di specifiche competenze (tecnico professionali, manageriali, relazionali, realizzative, cognitive e di efficacia personale, ecc.) scelte tramite focus group ed interviste. Il valutatore deve rispondere ad un questionario situazionale, dove le situazioni sono legate alle competenze e più situazioni rispondono a competenze diverse. La riduzione della soggettività del valutatore deriva dal fatto che il risultato finale è legato ad un algoritmo oggettivo.

Per implementare questo sistema è stata erogata dal 2016 formazione specifica. Obiettivo di tale sistema è quello di creare una cultura valutativa diversa, non solo finalizzata alla retribuzione di risultato, ma anche ad evidenziare le eccellenze presenti in Azienda.

Il sistema è ben strutturato, è comunque un sistema soggettivo formalizzato. la criticità ancora più rilevante consiste nella difficoltà di motivare, spiegare le valutazioni effettuate.

PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE

Le aree di intervento individuate dall'Azienda (SOSTENIBILITA' ECONOMICA - QUALITA' DELLE CURE - PERFORMANCE DI SISTEMA - STRATEGIE REGIONALI E D'AREA VASTA - PROGETTI AZIENDALI) sono articolate a loro volta in specifici ambiti di applicazione.

Attraverso la piattaforma web in uso in Azienda, alimentata dalla UOC Controllo di Gestione, i direttori di struttura possono visualizzare i propri dati ed utilizzarli per monitorare la propria attività anche in funzione degli obiettivi di budget assegnati.

La Direzione Aziendale, supportata dal Controllo di gestione, dal Rischio clinico e dalla Farmaceutica, effettua incontri di monitoraggio con ciascun DAI, cui sono invitati tutti i Direttori di struttura afferenti il DAI stesso. In tale incontro viene illustrata la relativa scheda di budget a cui è stata aggiunta una colonna dove compare faccina verde, gialla o rossa a seconda dell'esito positivo o negativo del monitoraggio effettuato. Cliccando poi sui tali faccine si possono vedere in dettaglio tutti i dati inerenti l'obiettivo esaminato. Di solito in tali riunioni l'attenzione viene posta soprattutto su quegli obiettivi con risultato del monitoraggio negativo (faccina

rossa). Il Controllo di Gestione segnala al DAI, prima della riunione, quali sono le criticità rilevata, in modo tale che i Direttori si presentino all'incontro preparati.

A volte viene richiesto di effettuare, se motivate, alcune modifiche agli obiettivi di budget assegnati e ricorda che i Direttori di Dipartimento hanno l'obbligo dapprima di comunicare all'interno del proprio DAI gli obiettivi di budget assegnati e poi di effettuare riunioni a seguito del monitoraggio degli stessi. Di tali riunioni viene inviato il verbale alla U.O. Controllo di Gestione.

- **Trasparenza**

Per il programma della trasparenza 2019 è stata portata avanti l'attività di controllo sugli adempimenti inerenti gli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, orientando i titolari dei dati verso la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate.

L'Azienda ha risposto nel corso del 2018 al crescente numero di accessi generalizzati, nel rispetto del regolamento in materia di cui la stessa si era dotata nel corso del 2017.

La formazione effettuata nel corso dell'anno 2018 ha sviluppato, nell'ambito di un più ampio progetto di diffusione della cultura della trasparenza e della legalità, la tematica del conflitto di interessi focalizzando l'attenzione sia sugli aspetti formali (modalità di formulazione delle dichiarazioni, modulistica ecc.) sia su quelli sostanziali, esplicitando a una platea di dirigenti e funzionari l'estensione del concetto e l'importanza dell'individuazione di tutte le situazioni, anche potenziali, di conflitto.

Il monitoraggio degli obblighi di pubblicazione, oggetto di verifica dell'OIV al 30/06/2020, verranno pubblicati entro il 31 luglio 2020 nell'apposita sezione del sito. Tali scadenze sono state posticipate rispetto a quelle indicate dalla normativa (31/03/ - 30/04) a causa dell'emergenza COVID-19.

- **Anticorruzione**

Con Deliberazione del Direttore Generale n.19 del 30/01/2019 è stato approvato il Piano aziendale per la prevenzione della corruzione e per la Trasparenza: esso riporta le azioni da compiere e la mappatura del rischio corruzione nelle varie attività aziendali con le misure organizzative volte a prevenire il medesimo rischio.

Tra le varie azioni a supporto del Piano aziendale per la prevenzione della corruzione, nell'anno 2018, è stato adottato il Codice di Comportamento aziendale e validato dall'OIV nell'anno 2019.

Parallelamente all'attuazione delle azioni previste dal Piano, è stata effettuata un'importante attività formativa che ha coinvolto i Dipendenti dei vari ruoli dell'Azienda.

INFRASTRUTTURA E SISTEMI INFORMATIVI DI 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 delle 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.

Viene utilizzato un cruscotto informativo attraverso il quale il Controllo di Gestione diffonde strumenti di reporting direzionale ed operativi, sia alla Direzione Generale che a quella Sanitaria, oltre che a seguire a tutti i Responsabili di Centro di responsabilità di I livello e di II livello, con rapido aggiornamento delle informazioni contenute. I report di monitoraggio riguardano, come già detto tutti gli aspetti di gestione aziendale dall'analisi dei budget e degli scostamenti, all'andamento dei ricoveri, all'analisi dei diversi DRG.

DEFINIZIONE E GESTIONE DEGLI STANDARD DI QUALITA'

Obiettivo dell'Azienda è predisporre il budget generale dell'Azienda ed i budget operati trasversali congiuntamente ai budget dei singoli CdR, entro al fine dell'esercizio antecedente a quello di riferimento e di procedere al monitoraggio degli indicatori contenuti nella scheda di budget. Grazie a tali sistemi i dati sono sempre oggetto di quadratura e certificazione.

Inoltre l'Azienda è impegnata nella definizione, nel monitoraggio e nell'aggiornamento degli standard di qualità contenuti nella carta dei servizi aziendale.

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 del D.lgs. 15/2009, ossia la performance individuale di tutti i dirigenti, diffondendo, su tutti i livelli aziendali le politiche e gli obiettivi strategici aziendali.

DESCRIZIONE DELLE MODALITA' DI MONITORAGGIO DELL'OIV

L'OIV effettua il proprio monitoraggio attraverso la consultazione della documentazione pubblicata nella sezione amministrazione trasparente, della documentazione interna di volta in volta richiesta per l'analisi di specifici argomenti ed attraverso il confronto in apposite riunioni con il componente di supporto, i

Direttori di Struttura e diversi attori dell'AOUP coinvolti, secondo la specificità delle questioni trattate. Le stesse comprovate da relazioni e verbali.

CONTROLLI INTERNI

L'AOUP sta proseguendo l'opera di articolazione progressiva del proprio Sistema di Controllo Interno (SCI) su tre livelli, in conformità con il modello, internazionalmente riconosciuto, delle 'Tre Linee di Difesa'. In questo modello la 'prima linea' è costituita dai controlli di linea, diretti ad assicurare il corretto svolgimento delle operazioni che, per ogni processo, sono effettuate nell'ambito di ciascuna struttura operativa. La 'seconda linea' è costituita da controlli sulla gestione dei rischi e/o di tipo andamentale, di verifica del rispetto dei limiti assegnati alle varie funzioni operative, e di coerenza tra operatività e obiettivi; sono tipicamente affidati a strutture 'trasversali', diverse da quelle impegnate sui processi. La 'terza linea' è rappresentata, infine, dalla revisione interna (internal audit), destinata alla valutazione della funzionalità del complessivo SCI aziendale, condotto mediante un controllo continuo di natura indipendente.

Per effetto della Legge 190/2012, l'Azienda ha inoltre rafforzato le attività di valutazione dei rischi di illegalità, frode e mancata compliance, focalizzandosi in via prioritaria sui processi aziendali che, per loro natura e per indicazione normativa, risultano a maggior 'rischio corruzione'.

L'anno 2019 ha visto un notevole sforzo affinché l'elaborazione e l'aggiornamento delle procedure aziendali aventi rilevanza contabile avvenisse in piena coerenza con quanto disposto sia dalla normativa regionale sul controllo contabile, sia con i 'Percorsi Attuativi di Certificabilità dei dati e dei bilanci' delle Aziende Sanitarie (Decr. Interministeriale Salute / Economia e Finanze del 17.9.2012, D.M. Salute 1.3.2013). Nel 2020 l'Azienda proseguirà la manutenzione dell'impianto di regolamentazione interna nel senso indicato, attuando percorsi di collaborazione trasversali, che saranno coordinati da un apposito Comitato per la Governance Amministrativo Contabile (costituito con delibera del Dir. Gen. n. 63 /2019).

Nella ristrutturazione del sistema di controllo interno l'Azienda ha istituito (dal 2016) la U.O. Internal Audit che, per conto della Direzione Aziendale, opera per la sintesi delle principali funzioni di controllo, con particolare riferimento alle attività amministrative. Trascorso ormai il primo periodo di impianto e sperimentazione, l'U.O. Internal Audit è ora principalmente impegnata sul fronte delle verifiche di compliance e, in minor parte, anche su verifiche di rischio operativo. E' acquisita una collaborazione stabile con altre funzioni di controllo trasversale, strutturata e disciplinata da apposite regolamentazioni interne, le cui più rilevanti manifestazioni sono le seguenti:

- collaborazione con il Controllo di Gestione, negli sviluppi del Piano della Performance, nel coordinamento con il Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza, nel processo di Budget;
- collaborazione con la funzione Qualità, per la valutazione preventiva del disegno dei controlli inclusi nel Manuale di Qualità (a seguito di norme interne introdotte dal 2017)
- collaborazione con il Responsabile Aziendale Protezione Dati Personali /Data Protection Officer, nel disegno delle strategie di prevenzione e degli strumenti di gestione operativa sul tema.

In merito si cita la relazione annuale aziendale ai sensi della DGRT 1199/2016 “Attuazione del Sistema di Controllo Interno e stato di avanzamento del Percorso Attuativo di Certificabilità nell’Azienda Ospedaliero – Universitaria Pisana”.

L’attività di assurance si svolge su due piani: quello della valutazione del disegno dei controlli e quello del funzionamento dei controlli.

L’attività sarà facilitata, supportata e monitorata da un Comitato per la Governance Amministrativo Contabile, istituito con Delib. del Dir. Generale n. 63 del 18.2.2019, del quale fanno parte la U.O. Internal Audit, la U.O. Accreditamento / Assicurazione Qualità e la U.O. Gestioni Economiche e Finanziarie. Pertanto il Piano di Audit 2019 include, accanto ai ‘tradizionali’ e specifici interventi di verifica su singoli processi, anche l’attività di tipo ‘trasversale’ da svolgere lungo l’intero corso dell’anno sui Cicli Contabili contemplati dal P.A.C.

Altresì è stato approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 763 del 16.10.2019 il piano attuativo di certificabilità dei dati contabili e dei bilanci(P.A.C) individuando responsabilità, controlli e relativi riferimenti normativi, procedurali interni

Nel 2020 la U.O. Internal Audit, accanto alle verifiche programmate nel Piano Annuale di Audit, sarà impegnata ad aggiornare la metodologia di rilevazione del livello di rischio dei processi aziendali, sviluppando, anche secondo indicazioni normative nazionali, la metodica di mappatura dei rischi di illegalità / compliance dei processi aziendali finora utilizzata, con la quale è stata effettuata la completa mappatura di tutti i processi dell’Azienda.

L’OIV nel corso dell’anno monitorerà tale processo.