



RELAZIONE OIV SUL FUNZIONAMENTO COMPLESSIVO DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE TRASPARENZA E INTEGRITA' DEI CONTROLLI INTERNI

PRESENTAZIONE

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) dell'IRCSS Centro Neurolesi Bonino Pulejo di Messina redige – ai sensi dell'art. 14, comma 4, lettera a) del D.Lgs. n. 150/2009 - sulla scorta degli elementi forniti dalla Direzione Generale nonché dalle altre strutture aziendali coinvolte, la presente Relazione sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni con riferimento all'anno 2016.

L'OIV è stato nominato con deliberazione del Direttore Generale n. 516 del 10 giugno 2016, L'OIV si è formalmente insediato in data 31 agosto 2016.

PREMESSA

Nel corso del 2016 l'IRCSS Centro Neurolesi Bonino Pulejo di Messina ha subito un processo di riorganizzazione funzionale e gestionale, per effetto dell'entrata in vigore della Legge Regionale 9 ottobre 2015, n. 24 adottata dalla Regione Siciliana che ha modificato la Legge Regionale 14 aprile 2009, n. 5 recante "*Norme per il riordino del Sistema Sanitario Regionale*".

La citata normativa ha previsto l'accorpamento del presidio ospedaliero Piemonte dell'ex Azienda Ospedaliera Riuniti Papardo-Piemonte all'Istituto, con conseguente ampliamento della propria mission istituzionale che si è incentrata sulla ricerca clinica traslazionale nel campo delle "*Nanoscienze nell'ambito della prevenzione, del recupero e del trattamento delle gravi neurolesioni acquisite*".

Con successivo D.R.R.S. n. 551/GAB del 30 maggio 2016, seguito da una Convenzione Interaziendale sottoscritta con l'A.O. Papardo, avente durata trentennale con efficacia a decorrere dal 1 ottobre 2016, sono state disciplinate le modalità

operative dell'accorpamento del citato Presidio Ospedaliero che ha determinato, in esito alla dotazione di nuovi posti letto ed Unità operative, incluso il Pronto Soccorso ed i servizi correlati, l'acquisizione di nuove e maggiori risorse, sia in termini di personale che di strumenti, di attrezzature e forniture necessari per garantire una nuova, in termini qualitativi e quantitativi, tipologia di prestazioni sanitarie erogate.

Nel corso dell'anno 2016, quindi, e in particolare dal 1 ottobre 2016, l'avvenuto accorpamento ha comportato un diverso e sicuramente più complesso quadro di riferimento della mission aziendale, in termini di performance organizzativa e di assegnazione di obiettivi.

AVVIO DEL CICLO DELLA PERFORMANCE

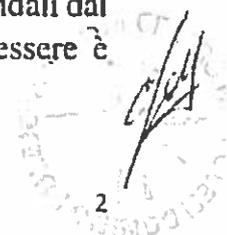
Il ciclo della performance può essere definito come il meccanismo operativo con il quale l'Istituto formula e articola gli obiettivi aziendali fino alla declinazione degli stessi in obiettivi individuali e crea le condizioni informative per garantirne il perseguimento.

Le attività di avvio del ciclo sono state relazionate all'OIV con nota del Direttore Generale prot. 738 del 24 novembre 2016, denominata "*Relazione Valutazione preliminare della Performance 2016*".

Al riguardo l'OIV, con nota del 20 dicembre 2016, ha espresso piena condivisione al metodo adottato in ordine alla valutazione intermedia della performance dei dirigenti del Centro Neurolesi Bonino Pulejo, distinguendo i due momenti (01.01.2016/30.09.2016) caratterizzanti lo stato antecedente e seguente l'accorpamento con l'ex P.O. Piemonte.

L'OIV, nel prendere atto degli esiti del monitoraggio intermedio effettuato, ha constatato che la gran parte degli obiettivi è risultata in linea con i risultati rilevati sia riguardo l'Area Medica che Amministrativa per il complesso delle attività di cui ai primi nove mesi dell'anno 2016, così come illustrati nella richiamata nota del Direttore Generale.

La verifica è stata operata sugli obiettivi di accesso alla premialità (dal 01.01.2016 al 30.09.2016) riportati nella predetta nota e nelle schede riassuntive degli obiettivi negoziati per il medesimo periodo, allegati alla stessa, confortata dalle Rilevazioni effettuate dal Controllo di Gestione e dai Sistemi Informativi Aziendali dal cui quadro di insieme è emerso che l'attività complessivamente posta in essere è risultata tendenzialmente in linea con gli obiettivi assegnati.



Questo quadro evidenzia un andamento della gestione complessiva in miglioramento rispetto all'anno precedente prevalentemente per gli obiettivi assegnati all'Area Sanitaria e di Ricerca.

La formalizzazione puntuale di detti obiettivi non potrà, però, non tenere conto in futuro, a parere di questo OIV, peraltro già evidenziato nella predetta nota del 20 dicembre 2016, di fattori riguardanti non solo gli indici quantitativi ma anche gli elementi riconducibili ad aree comportamentali che evidenzino, ai fini della valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi medesimi, le capacità manageriali e le attitudini organizzative dei destinatari degli stessi.

Il monitoraggio finale sul raggiungimento degli obiettivi per l'anno 2016 è auspicabile che abbia termine entro il mese di maggio 2017 con la raccolta della necessaria documentazione a supporto.

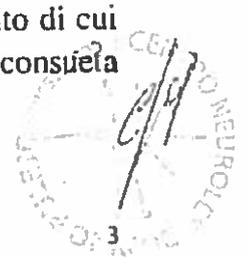
Il Piano della Performance 2016 sottoposto all'attenzione dell'OIV nel corrente mese di marzo presenta l'estensione della valutazione della performance organizzativa alle Aree sanitarie e di Ricerca e Amministrativo Gestionali ed esprime con completezza gli indicatori, i risultati attesi e gli strumenti di misurazione e valutazione.

PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Dall'analisi del documento di performance emerge che presso l'IRCSS Bonino Pulejo la stessa viene misurata:

- a) A livello complessivo aziendale rispetto all'efficace raggiungimento degli obiettivi strategici (performance aziendale), prioritariamente derivati dagli atti di programmazione, di indirizzo e coordinamento regionali sui quali viene valutata la Direzione Generale;
- b) A livello di singolo Dirigente di struttura (ad opera del Direttore Generale), individuata come autonomo centro di responsabilità (performance organizzativa). La valutazione per l'ultimo trimestre 2016 è attualmente in corso ed è auspicabile che venga conclusa entro il 30 maggio 2017;
- c) A livello di singolo dipendente del comparto (ad opera del Dirigente) afferente alle singole strutture. Anche valutazione individuale per l'ultimo trimestre 2016 è attualmente in corso ed è auspicabile che venga conclusa entro il 30 maggio 2017.

Il processo di valutazione della performance, in ragione dell'accorpamento di cui alle premesse, sta subendo un inevitabile ritardo rispetto alla consueta calendarizzazione.



Il documento del Piano della Performance 2016 richiama, approfondendoli, gli obiettivi strategici già espressi nella nota del Direttore Generale del 24 novembre 2016 definendo, nel dettaglio, gli obiettivi operativi, gli indicatori e le schede di valutazione che saranno oggetto di un percorso di contrattazione sindacale.

PERFORMANCE INDIVIDUALE

Dall'analisi del documento si evince che la performance individuale nell'IRCCS Bonino Pulejo è inserita all'interno di un sistema di valutazione che coinvolge tutto il personale della dirigenza e del comparto, attraverso l'assegnazione di obiettivi che riguardano l'attività e la professionalità degli operatori nell'ottica di considerare la valutazione come fattore di valorizzazione e di motivazione dei dipendenti e che misurano il loro contributo al raggiungimento della performance organizzativa.

Il processo di valutazione individuale garantisce il contraddittorio con l'interessato in coerenza con il processo di responsabilizzazione agli obiettivi dell'Istituto stesso.

Si apprezza come nel piano della performance 2016 si sia tenuto conto delle indicazioni espresse da questo OIV nella nota del 20 dicembre 2016 in ordine all'inserimento tra i criteri di valutazione dei Dirigenti oltre la performance operativa anche il comportamento organizzativo.

Parliamo, quindi, di un sistema "misto" in quanto articolato sulla valutazione dei risultati della performance (il cosa) e la valutazione delle competenze agite (il come).

In prospettiva, una volta assimilato da parte dei dirigenti il concetto che il sistema di misurazione e valutazione anche delle "competenze agite" offre allo stesso valutato l'occasione di migliorare e consolidare le professionalità richieste dal ruolo ricoperto verificando, esso stesso, la coerenza e l'efficacia dei risultati raggiunti, sarebbe auspicabile prevedere, oltre al piano delle attività ordinarie:

1. L'adozione di un Piano obiettivi dirigenziali (piano operativo) in cui potranno essere individuati "obiettivi di progetto" legati all'innovazione e al miglioramento dei servizi che discendano, sì, dagli obiettivi strategici dell'Istituto e dalle esigenze di efficienza ed efficacia della gestione ma che potrebbero prevedere "competenze trasversali" per tutti o parte dei dirigenti, in modo da testare quei comportamenti agiti, tipici del momento relazionale tra le diverse strutture quali, ad esempio, la Visione Sistemica, la Comunicazione, il Networking etc;
2. Una maggiore declinazione degli elementi di valutazione delle capacità manageriali e organizzative che tengano conto, in ragione delle diverse connotazioni delle strutture, di comportamenti misurabili quali:

- Programmazione e Organizzazione;
 - Innovazione e Miglioramento;
 - Empowerment e sviluppo dei propri collaboratori;
 - Leadership e autorevolezza;
 - Lavoro di gruppo;
 - Autosviluppo/Autoapprendimento;
 - Visione Sistemica;
 - Decisione e Rischio;
 - Orientamento ai risultati;
 - Comunicazione;
 - Negoziazione e gestione dei conflitti;
 - Tolleranza all'ansia e padronanza di sé;
 - Iniziativa e autonomia;
 - Networking e costruzione di reti relazionali
3. Possibilità per il futuro di articolare i pesi previsti per il 2016 per le macro aree Performance operativa (pari a 80) e Comportamento organizzativo (pari a 20) prevedendo, altresì, una ulteriore quota discrezionale meta comportamentale attribuita al Direttore Generale (con un peso all'inizio della sperimentazione non superiore a 10) per consentire di tenere conto delle differenze tra i vari dirigenti in termini, ad esempio:
- a) Complessità organizzativa gestita;
 - b) Continuità e costanza di impegno nell'attività manageriale per la gestione dei servizi erogati;
 - c) Complessità relazionale;
 - d) Clima organizzativo

Nella definizione delle varie fasi del sistema di misurazione e valutazione della performance quali la definizione degli obiettivi, l'associazione degli obiettivi al target, l'analisi sullo stato di avanzamento dei programmi, la valutazione del raggiungimento degli obiettivi dirigenziali attraverso la misurazione degli indicatori selezionati e la conseguente corresponsione degli incentivi in funzione del contributo personale al raggiungimento della performance individuale, si ritiene utile suggerire, per il futuro, una verifica periodica dello stato di realizzazione degli obiettivi sulla base dell'andamento gestionale e del contesto esterno.

Per questo la proposta dello scrivente OIV è rivolta all'effettuazione, durante l'anno, di una verifica intermedia formalizzata nel corso della quale i dirigenti dovranno presentare una scheda sullo stato di avanzamento degli obiettivi che potrà permettere di fare emergere eventuali scostamenti o criticità di particolare rilievo.



Lo scopo è quello di affrontare possibili ostacoli o particolari eventi esogeni intervenuti, non presi in considerazione nella fase iniziale di pianificazione e che possano influenzare in modo significativo il conseguimento dei risultati.

Questa fase si potrebbe caratterizzare in incontri con i Dirigenti sia in modalità plenaria che individuale, durante i quali il Direttore Generale potrà concordare eventuali modifiche o una rimodulazione degli obiettivi.

Analoghe considerazioni si ritiene di dovere esprimere riguardo la valutazione del personale del comparto ad opera del Dirigente responsabile delle singole strutture.

All'esito della conclusione dell'iter di validazione delle schede di validazione anche conseguente al confronto sindacale, l'OIV esprimerà, con propria relazione, un giudizio in ordine alla correttezza dei processi di misurazione, valutazione e premialità adottati.

MODALITA' DI RACCORDO E INTEGRAZIONE CON I DOCUMENTI DI PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA E DI BILANCIO

Il raccordo tra il sistema di misurazione e valutazione e di documenti di programmazione finanziaria è auspicabile che avvenga durante la fase di predisposizione del bilancio di previsione annuale, allineata con la fase di definizione degli obiettivi dei Dirigenti.

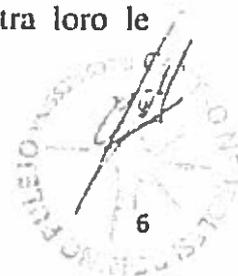
Sarebbe, di regola, questo il momento in cui l'Istituto da un lato fissa i propri obiettivi operativi per l'anno successivo e dall'altro predispone un bilancio preventivo coerente.

PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE

Il processo di attuazione del ciclo della performance potrebbe essere concepito come occasione per riflettere sugli strumenti e sui sistemi di pianificazione e controllo già esistenti ed altri che potrebbero essere adottati.

In particolare, al fine di monitorare l'andamento gestionale delle strutture dell'Istituto, si potrebbe, adottando la necessaria gradualità, collegare tra loro le seguenti attività:

- 1) Pianificazione strategica;
- 2) Programmazione obiettivi dirigenziali;



- 3) Esperienze di valutazione del rischio collegato ad attività di Internal Audit;
- 4) Reporting;
- 5) Sistema di contabilità;
- 6) Rilevazione degli organismi di controllo.

Questi strumenti di controllo e valutazione rappresentano un elemento determinante a sostegno del processo decisionale dell'Istituto, supportando la Direzione Generale nella formulazione delle priorità strategiche e nella definizione degli obiettivi dirigenziali, in coerenza con le indicazioni regionali.

Il Sistema di misurazione e valutazione della Performance organizzativa e individuale dovrà sempre più mutuare dagli strumenti sopra descritti elementi utili a coniugare un accettabile livello di conoscenza con procedure le più semplici possibili.

Sarebbe auspicabile configurare un sistema informativo integrato "Data Warehouse" di Istituto, in grado di tracciare, in modo permanente, le diverse variabili dei processi interni all'organizzazione e di raccogliere, integrare e riorganizzare i dati provenienti dai diversi applicativi gestionali in uso a dette strutture, fornendo, così, un supporto coerente, puntuale e univoco a tutti gli strumenti di controllo e valutazione.

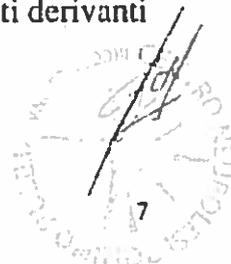
Questo migliorerebbe gli attuali sistemi di reporting riferiti anche, e soprattutto, alle prestazioni sanitarie, ai consumi di beni sanitari nonché ai dati del personale.

ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA' E PER IL RISPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

PUBBLICAZIONE SULLA SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"

In attuazione del D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 l'IRCCS Bonino Pulejo aveva già negli anni precedenti riorganizzato la pubblicazione sul proprio sito istituzionale dei dati in aderenza agli indicatori emessi dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri – Ministero per la pubblica amministrazione e la semplificazione.

Insieme al Responsabile della Trasparenza è stato rilevato l'enorme sforzo fatto, in così poco tempo, nel popolare il sito della trasparenza con gli ulteriori dati derivanti dall'accorpamento di cui alle premesse.



Con separata relazione l'OIV ha redatto apposita attestazione di cui al Comunicato Presidente ANAC del 21 dicembre 2016 e alla delibera ANAC n. 236/2017.

L'IRCSS Bonino Pulejo risulta adempiente, nei termini temporali fissati dall'Autorità Nazionale Anticorruzione, riguardo gli obblighi di pubblicazione derivanti dalla Legge 190/2012, art. 1, comma 32.

Si rileva, però, la necessità di riprogettare alcune sezioni del sito per renderle maggiormente omogenee e fruibili e di provvedere a un più preciso e puntuale aggiornamento dei dati pubblicati.

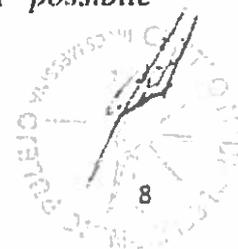
NOMINA DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

In ossequio al disposto di cui all'art. 1, comma 7 della Legge n. 190/2012, come novellato dal D.Lgs. 97/2016, la Direzione Generale dell'IRCCS Bonino Pulejo ha deliberato, con provvedimento n. 352 del 21 aprile 2016, con effetto a decorrere dal 27 aprile 2016, di procedere alla nomina di un nuovo e unico Responsabile della Prevenzione, della Corruzione e della Trasparenza, individuato nella dott.ssa Flavia Lello.

PROGRAMMA TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

Con deliberazione del Direttore Generale n. 53 del 30 gennaio 2017 l'IRCCS Bonino Pulejo ha approvato il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2017-2018-2019.

Sebbene carente nella mappatura di alcuni processi aziendali dovuta alla riorganizzazione dell'Istituto di cui alle premesse, il Programma contiene tutti gli elementi attraverso i quali l'Istituto stesso ha ritenuto di sistemizzare le proprie attività al fine di formulare una strategia di prevenzione del fenomeno corruttivo attraverso un insieme di azioni preliminari di analisi che, in sintesi, consiste nell'esaminare l'organizzazione, le sue regole e le sue prassi di funzionamento in termini di "*possibile esposizione*" al rischio.



Emerge una particolare attenzione e rilievo nella trattazione del tema della "trasparenza", quale uno degli strumenti principali di prevenzione dei fenomeni di cui sopra.

Appare di rilievo l'approccio non burocratico ma sostanziale che si è voluto adottare nella redazione del Programma, in linea con tutti i principi della buona amministrazione, qualità dei servizi, trasparenza dei ruoli e delle attività, nella consapevolezza che in un ambiente più chiaro in cui le risorse umane lavorano in team e fanno comunità, i fenomeni corruttivi e l'uso deviato della funzione pubblica diminuiscono.

L'aggiornamento del PTCP 2016-2018 ha chiarito meglio il concetto di processo. La mappatura dei processi e l'individuazione delle responsabilità intese a riguardare tutte le attività poste in essere per produrre i servizi (amministrativo-gestionali e sanitari) costituisce la condizione prodromica a delineare le varie fasi dei processi dall'origine (INPUT) all'indicazione del risultato atteso (OUTPUT) attraverso una sequenza di attività (fasi/tempi/risorse/interrelazioni) che consenta di raggiungere il risultato.

Il mutamento radicale dell'assetto organizzativo dell'IRCSS Bonino Pulejo inciderà non poco nella complessa attività di mappatura dei processi e nella gestione del rischio.

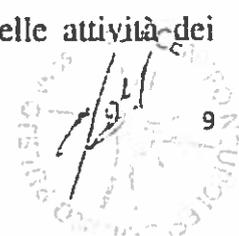
Per questo è degno di apprezzamento il richiamo presente nel Programma (art. 4) inteso a rafforzare il legame con gli obiettivi strategici e dirigenziali, evidenziando proprio la genesi del complesso processo di gestione del rischio.

Infatti l'analisi dei rischi deve essere di natura organizzativa e tendere all'acquisizione delle conoscenze del contesto ambientale e operativo delle attività gestite, piuttosto che alla mera applicazione meccanicistica di formule matematiche per il calcolo del rischio stesso.

L'obiettivo dichiarato di coinvolgere i responsabili delle attività appare condivisibile.

FORMAZIONE

Particolare raccomandazione è rivolta a prevedere continue attività formative rivolte sia al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, ai Dirigenti (Amministrativi e Sanitari) nel loro specifico ruolo di promotori della corretta gestione dei procedimenti e dei principi etici e comportamentali delle attività dei lavoratori.



Altrettanta adeguata formazione dovrà essere rivolta ai dipendenti, soprattutto a coloro impiegati in settori particolarmente esposti al fenomeno corruttivo.

La puntuale pubblicazione sul sito dell'Istituto dei procedimenti amministrativi e delle risultanze delle buone pratiche sanitarie costituisce una prima ed importante risposta alla predetta esigenza.

CODICE DI COMPORTAMENTO DEI DIPENDENTI PUBBLICI

Con D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 è stato emanato il "*Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti, a norma dell'art. 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165*".

Il Codice rappresenta una novità assoluta tesa a recepire i principi sulla lotta alla corruzione e alla illegalità (art.8) oltre che sulla trasparenza e tracciabilità (art.9).

Pertanto, alla luce di quanto sopra, il dipendente deve assicurare l'adempimento degli obblighi di trasparenza previsti in capo alle pubbliche amministrazioni, secondo le disposizioni normative vigenti, prestando la massima collaborazione nell'elaborazione, reperimento e trasmissione dei dati sottoposti all'obbligo di pubblicazione sul sito istituzionale.

In questo quadro normativo l'IRCCS Bonino Pulejo, con deliberazione del Commissario Straordinario n. 275/CS del 6 marzo 2015 ha provveduto, ai sensi del richiamato D.P.R. 62/2913, all'adozione del codice aziendale di comportamento dei dipendenti, dei consulenti e dei collaboratori secondo le linee guida contenute nella delibera CIVIT n.75/2013.

Il Codice è pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente"

DEFINIZIONE E GESTIONE DEGLI STANDARD DI QUALITA'

Nella sezione "Amministrazione Trasparente" si apprezza un primo tentativo, peraltro riferito al 2015, di richiamare la centralità del tema più impegnativo della Carta dei Servizi: gli standard intesi come elemento di qualità dei servizi verso i cittadini sia come meccanismo interno di miglioramento continuo.

Complessivamente questi tre temi (standard, coinvolgimento dei cittadini e del personale) sono da declinare nelle fasi di comunicazione degli standard ai cittadini, nel

coinvolgere il personale per assicurare il rispetto costante degli obiettivi fissati dagli standard intesi come punto di riferimento per orientare l'azione.

Dal momento che i cittadini trovano negli standard una guida ai livelli di qualità del servizio utilizzando gli stessi sia per verificare concretamente "il patto" costituito dalla Carta dei Servizi che per orientarsi nella scelta della struttura sanitaria cui rivolgersi e parimenti gli operatori possono, attraverso un adeguato processo di coinvolgimento, trovare negli standard un elemento rafforzativo dell'identità aziendale, si ritiene che tale strumento debba, a conclusione del più volte evidenziato iter di accorpamento, potenziato e valorizzato anche nella prospettiva di considerarlo come strumento di valutazione della performance aziendale e dei dirigenti.

Infatti le dimensioni generali della qualità dei servizi devono includere:

- La tempestività e altri fattori di qualità legati al tempo (puntualità, regolarità etc);
- La semplicità delle procedure di accesso e amministrative;
- La comprensibilità e completezza delle informazioni;
- Gli aspetti legati all'orientamento e all'accoglienza nelle strutture sanitarie;
- Gli aspetti legati alle strutture fisiche e al comfort inteso nel senso più ampio;
- Gli aspetti legati alle relazioni sociali e umane e in primo luogo la personalizzazione e l'umanizzazione del trattamento sanitario;

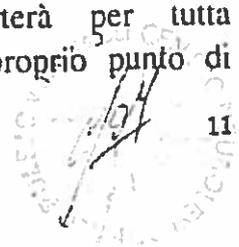
Il tutto per ribadire che il significato vero degli standard di qualità nella carta dei servizi risiede nel fatto che le aziende sanitarie prendono "impegni" con i cittadini e che gli standard devono esprimere un livello qualitativo atteso.

Nella consapevolezza delle difficoltà nel definire gli standard di qualità in termini di misurazione di fenomeni gestionali trova apprezzamento nella presente relazione la voce "tempi di attesa" inserita nella sezione "Amministrazione Trasparente" ma sarebbe, altresì, significativo uno sforzo rivolto a rafforzare il processo di verifica e miglioramento di componenti del servizio forse più intangibili e difficili da misurare, come l'informazione, la personalizzazione e l'umanizzazione.

BENESSERE ORGANIZZATIVO

Nel rilevare che l'ultima indagine aziendale sul benessere organizzativo risale al febbraio 2016, si evidenzia la necessità, secondo una tempistica nell'anno che tenga conto dell'assestamento delle posizioni organizzative derivanti dall'accorpamento, di rimodulare l'indagine.

Questo particolare contesto di cambiamento comporterà per tutta l'organizzazione (dirigenti, operatori sanitari) la modifica del proprio punto di



osservazione, la necessità di coniugare continuamente i propri modi di agire con le finalità dell'Istituto, a confrontarsi con i destinatari (i cittadini) e i committenti nella comunità sociale.

L'analisi di clima, la lettura dei dati e la valutazione dei risultati costituirà certamente un valido ausilio alla Direzione generale per comprendere l'entità dello sforzo quotidiano degli operatori dell'IRCCS nel favorire la trasformazione dell'Istituto acquisendo informazioni preziose sul momento contingente e visualizzare le vie da seguire per promuovere azioni di miglioramento sostenibili nei diversi ambiti dell'organizzazione.

Pur apprezzando la metodologia adottata per l'indagine effettuata nel 2016 si suggerisce, per la prossima, di verificare la possibilità di scomporre i contenuti e di codificare i temi, a partire da argomenti complessi per giungere a unità più semplici anche per facilitare la lettura nel report conclusivo, prevedendo distinte aree che a solo titolo di esempio di seguito si riportano:

1. **Area Relazione:** includenti tutte le domande nelle quali l'argomento da approfondire riguarda la relazione tra colleghi, con la dirigenza e con l'utenza;
2. **Area Comunicazione:** includente il tema della comunicazione intesa come passaggio di conoscenza e informazione tra colleghi, sia come coinvolgimento progettuale e condivisione degli obiettivi;
3. **Area Organizzazione:** includente il tema dell'organizzazione generale, dell'integrazione fra servizi, dei rapporti con la dirigenza, delle procedure, della chiarezza di ruoli e di mansioni;
4. **Area Dotazione organica:** includente il tema del carico di lavoro e le ovvie ripercussioni sulla qualità delle prestazioni erogate e sul clima lavorativo;
5. **Area Dotazione strutturale:** includenti il tema dell'adeguatezza o meno delle strutture tecnologiche e ambientali in uso degli operatori;
6. **Area Professionalità:** includente l'esigenza o meno di una implementazione professionale anche riguardo il bisogno di formazione e di aggiornamento;
7. **Area Retributiva:** includente il livello di soddisfazione al riguardo nonché di incentivi economici.

In conclusione si suggerisce l'inserimento di alcune domande aperte alla fine del questionario volte a percepire con modalità più immediata e soggettiva lo stato d'animo degli intervistati in relazione al clima lavorativo.

31.03.2017

ORGANISMO INDIVIDUALE DI VALUTAZIONE

Dott. Giorgio Di Giorgio