

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA FRIULI CENTRALE
ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE (O.I.V.)

**RELAZIONE ANNUALE SUL FUNZIONAMENTO COMPLESSIVO DEL
SISTEMA DI VALUTAZIONE, TRASPARENZA E INTEGRITA' DEI
CONTROLLI INTERNI RELATIVA AL CICLO DELLA PERFORMANCE**

Ai sensi dell'art. 14, co. 4, lett. a) del d. lgs. n. 150 del 2009

– ANNO 2022 –

Premessa

Con la presente Relazione, in conformità all'art. 14, co. 4, lett. a) del d. lgs. n. 150 del 2009 e sulla base delle Linee guida emanate dalla CiVIT con le delibere n. 4 del 2012 e n. 23 del 2013, si intende analizzare la messa a punto ed il grado di applicazione da parte dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Friuli Centrale, di seguito denominata ASUFC, degli strumenti e delle misure previste dal richiamato decreto con particolare riguardo agli aspetti relativi alla misurazione e alla valutazione della *performance*, alla trasparenza, nonché all'integrazione tra i diversi sistemi di controllo interno.

Nella consapevolezza che la riforma del d.lgs. n. 150 del 2009 ad opera del d.lgs. n. 74 del 2017 è intervenuta in modo significativo sul ruolo dell'Organismo indipendente di valutazione (OIV), impegnandolo in una molteplicità di attività e investendolo di ulteriori e delicati compiti fatti di continue azioni di verifica e controllo, ma anche di supporto e presidio all'operato stesso dell'Amministrazione, i componenti dell'organismo, sulla scia di quanto avviato e fatto nell'anno precedente, si sono adoperati, di concerto con l'Amministrazione, per corrispondere al meglio e ancora più compiutamente a quanto richiesto dalla nuova normativa intervenuta con il suddetto d.lgs. n. 74 del 2017.

La finalità è quella di garantire sia la correttezza dei processi di misurazione e valutazione, sia l'applicazione delle linee guida, delle metodologie e dei dettami legislativi supportando l'Azienda nello sviluppo ed integrazione dei Sistemi in essere.

Nel delineare i risultati ottenuti, nonché le criticità riscontrate con riferimento al funzionamento complessivo dei sistemi, l'analisi effettuata dall'OIV ha dovuto necessariamente tener conto di una concomitanza di fattori che hanno inciso in maniera determinante sul contesto interno.

In primis il perdurare dello stato di emergenza pandemico che ha reso difficoltoso il procedimento di adozione dell'Atto Aziendale, adottato definitivamente con decreto n. 581 del 24 maggio 2022 avente ad oggetto "Adozione Atto Aziendale ASUFC" e che ha visto l'Azienda impegnata in una profonda riorganizzazione che si è avviata nel corso del 2022.

Giova sottolineare che le Aziende Ospedaliere – Universitarie sono organizzazioni particolarmente complesse in quanto depositarie di una triplice missione: la formazione e la specializzazione dei futuri medici, la ricerca scientifica e l'erogazione di assistenza sanitaria specializzata e innovativa.

La peculiare natura dell'Azienda ad integrazione Universitaria si è concretizzata in assetti istituzionali, organizzativi, tecnici e gestionali del tutto caratteristici che hanno visto nel bilanciamento delle tre funzioni da assolvere la riorganizzazione e la conseguente adozione dell'atto aziendale nel corso del 2022.

Tale riorganizzazione ha inevitabilmente rallentato i lavori anche per la realizzazione dell'unico Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance

L'Azienda ha aggiornato e condiviso con l'Organismo lo stato dei lavori con la riunione tenutasi il 22 marzo u.s..

Le azioni aziendali in tema di funzionamento dei sistemi di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni si sono adattate agli eventi riorganizzativi in attuazione del nuovo atto aziendale, riposizionando le misure di tali sistemi già in essere riferendole al differente contesto.

La relazione relativa all'anno 2022 è effettuata anche in un'ottica di sintesi dell'attività svolta dall'Organismo in merito a quest'ultimo anno.

Il presente documento si ispira ai principi di trasparenza, attendibilità, ragionevolezza, evidenza e tracciabilità, verificabilità dei contenuti e dell'approccio utilizzato.

Le risultanze espresse in modo chiaro e di facile intelligibilità riguardano i seguenti ambiti:

- 1) performance organizzativa;
- 2) performance individuale;
- 3) processo di attuazione del ciclo della performance;
- 4) infrastruttura di supporto: sistemi informativi e informatici a supporto dell'attuazione del Ciclo della *Performance*;
- 5) utilizzo dei risultati del Sistema di misurazione e valutazione;
- 6) sistemi informativi e informatici a supporto del PTCT;
- 7) integrazione con il ciclo di bilancio ed i sistemi di controlli interni;
- 8) definizione e gestione degli standard di qualità;
- 9) verifica delle buone pratiche di promozione delle pari opportunità;
- 10) coinvolgimento degli stakeholder;
- 11) descrizione delle modalità del monitoraggio dell'Organismo di Valutazione;
- 12) proposte di miglioramento del sistema di valutazione.

Per effettuare tale analisi, l'O.I.V. ha preso in considerazione:

- **i tre Sistemi di Misurazione e Valutazione della Performance** presenti in Azienda;
- il **Ciclo della performance** di cui all'art. 4 del D. lgs 150/2009 e ss.mm.ii. che, in considerazione dell'art. 16, "Le regioni, anche per quanto concerne i propri enti e le amministrazioni del Servizio sanitario nazionale, e gli enti locali adeguano i propri ordinamenti ai principi contenuti negli articoli 3, 4, 5, comma 2, 7, 9 e 15, comma 1. Per l'attuazione delle restanti disposizioni di cui al presente decreto, si procede tramite accordo da sottoscrivere ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo n. 281 del 1997 in sede di conferenza unificata." per l'Azienda, in ossequio alla LR n.26/2015 e alla LR n. 22/2019, risulta definito dai seguenti documenti:
 - a) **Piano Attuativo**, che comprende il programma annuale e il bilancio preventivo (livello aziendale), approvato in via preliminare con Decreto del Direttore Generale n. 312 del 18/03/2022 "*Approvazione preliminare del Piano Attuativo – PA 2022 – Programma e Bilancio di Previsione*" e successivo Decreto del Direttore Generale n. 366 del 05/04/2022

“Piano Attuativo - PA 2022 - Programma e Bilancio di Previsione - Approvazione definitiva”;

- b) **Documento annuale di Budget “Performance organizzativa: approvazione schede budget e schede obiettivo anno 2022”**, approvato con Decreto del Direttore Generale n. 967 del 06/09/2022 con cui l’azienda suddivide in dettaglio i propri obiettivi assegnando ai centri di responsabilità obiettivi misurabili, controllabili e raggiungibili;
- **Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)** approvato con decreto n. 968 del 08/09/2022, che integra i contenuti del Piano Attuativo e del Piano Triennale Prevenzione e Corruzione;
 - **audizioni e relazioni** in conformità anche con l’allegato di cui alla delibera Civit n. 23/2013, della SOC Programmazione e Controllo di Gestione, SOC Gestione Risorse Umane dal Responsabile aziendale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
 - le modalità con le quali l’Amministrazione ha strutturato la propria organizzazione al fine di realizzare correttamente le attività previste dal ciclo della performance;
 - l’attuazione della normativa in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione.

1. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Le fasi di attuazione del processo relativo alla performance organizzativa possono essere così sintetizzate:

- Programmazione aziendale (Approvazione Piano Attuativo - PA)
- Percorso di assegnazione degli obiettivi
- Monitoraggio intermedio degli obiettivi
- Valutazione finale dei risultati raggiunti.

Piano Attuativo (PA)

In considerazione del perdurare della situazione emergenziale anche nel 2022 e in ragione dell'intervenuta adozione del PNRR quale piano strategico nazionale d'intervento anche nel settore sanitario, che ha comportato la necessaria modifica e adeguamento della pianificazione e programmazione regionale attuativa e la valutazione di eventuali maggiori disponibilità, la Regione ha approvato in via preliminare, con delibera di Giunta Regionale (DGR) n. 54 del 21 gennaio 2022, le “Linee per la gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario regionale – anno 2022”, poi approvate in via definitiva con DGR n. 321 del 11 marzo 2022.

Il percorso di definizione del Piano Attuativo è stato delineato dalle “Indicazioni metodologiche per la stesura del Piano e Bilancio Preventivo 2022” trasmesse dall’Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS) con nota del 31/1/2022, ove è previsto che:

- entro il 17 febbraio 2022 l’Azienda presenta la proposta di Piano Attuativo (di seguito PA) alla stessa ARCS e alla Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità (di seguito DCS) per la negoziazione;
- entro il 25.2.2022 negoziazione per definire eventuali aspetti e contenuti della proposta di PA;
- entro il 23.3.2022 approvazione del PA 2022.

In attuazione a quanto previsto dalle Linee di Gestione 2022 e dalle indicazioni inviate dall’ARCS, l’Azienda ha predisposto la “Proposta di Piano Attuativo per l’anno 2022” e l’ha trasmessa all’ARCS per la negoziazione con nota prot. n. 32611 del 23/2/2022.

Con decreto n. 312 del 18/3/2022 è stato approvato, in via preliminare, il Piano Attuativo 2022 e Bilancio di Previsione, nelle more dei pareri della Conferenza dei Sindaci, dell’Università e del Collegio Sindacale.

Successivamente all’acquisizione dei pareri previsti dalla normativa, l’Azienda ha approvato definitivamente il PA 2022 e il bilancio di previsione con decreto n. 366 del 5/4/2022.

La Regione, con DGR n. 1682 del 11/11/2022 ha approvato i PA degli Enti del SSR FVG (Consolidato preventivo), con alcune modifiche ed integrazioni.

Il PA costituisce documento di riferimento e momento di avvio del ciclo della performance ai sensi dell'art. 10 del d.lgs 150/2009 ed esplicita a livello di Azienda le scelte frutto del processo di programmazione, evidenziando in particolare:

- le scelte strategiche aziendali
- la programmazione delle attività e delle progettualità
- la programmazione economica annuale
- la programmazione degli investimenti
- la programmazione del personale
- la programmazione delle gestioni delegate dei servizi.

Percorso di assegnazione obiettivi

Nel decreto del Direttore Generale n. 581 del 24.05.2022 con cui l'Azienda ha adottato l'Atto aziendale si specifica che l'attuazione sarà graduale e che tutte le funzioni clinico-assistenziali e di prevenzione, oltre a quelle di supporto tecnico-amministrativo continuano ad essere garantite secondo le modalità operative e le responsabilità in essere alla data di adozione dell'Atto, fino a diverso specifico provvedimento di modifica.

Pertanto l'Azienda ha ritenuto per l'anno 2022 di strutturare il percorso di programmazione di budget, nelle more della progressiva attuazione dell'Atto aziendale, individuando i Centri di responsabilità sede di budget e prevedendo, per alcune articolazioni organizzative aziendali, la sola scheda obiettivo.

Le schede di budget riportano per i singoli Centri di responsabilità:

- obiettivi: derivanti da PA, da altri atti di pianificazione aziendale (programmazione degli investimenti, piano dell'offerta formativa, ...), da Piano Nazionale Esiti, indicatori Bersaglio, tempi di attesa, firma digitale, qualificazione basi dati, volumi di attività;
- consumi: dato economico di consumo di beni sanitari e non sanitari relativi agli anni 2019-2020-2021;
- risorse professionali: dotazione di personale al 15.1.2022, salvo diversa disponibilità del dato.

L'iter di definizione ha previsto la trasmissione della proposta di scheda, a cura SOC Programmazione e controllo, alle varie articolazioni organizzative.

Dopo confronti con la Direzione e la SOC Programmazione e controllo, sono state definite e sottoscritte le schede finali. Il percorso si è concluso a fine agosto 2022 e con decreto n. 967 del 6/9/2022 sono state approvate le schede budget e le schede obiettivo 2022.

Le schede così definite sono lo strumento di collegamento ai sistemi premianti, nelle modalità previste dai SMVP delle tre aziende cessate.

Monitoraggio intermedio degli obiettivi

Monitoraggio PA

La L.R. 12 dicembre 2019, n. 22, all'articolo 57 prevede che dal 2020 le Aziende procedono con report di monitoraggio trimestrali da effettuarsi entro il 31 maggio, il 31 luglio e il 31 ottobre.

Con le note prot. 18062 del 10/5/2022, n. 25892 del 8/7/2022 e n. 38898 del 19/10/2022 l'ARCS ha trasmesso le indicazioni per la redazione dei rendiconti trimestrali.

Sono stati quindi predisposti i rendiconti infrannuali al 31/3/2021, al 30/6/2021 e al 30/9/2021.

Monitoraggio obiettivi di struttura

La SOC Programmazione e Controllo di Gestione ha avviato in data 27/9/2022 il monitoraggio della performance 2022, a seguito del quale è stato richiesto alle strutture di descrivere per ciascun obiettivo le attività realizzate al 30/9/2022, evidenziando eventuali criticità nel raggiungimento dei risultati attesi e proponendo modifiche rispetto a quanto previsto.

A seguito dei riscontri pervenuti dalle strutture, che hanno fornito gli elementi utili a evidenziare lo stato di avanzamento delle attività e hanno segnalato alcune criticità e richieste di modifica e/o stralcio degli obiettivi, l'Azienda ha approvato il decreto n. 138 del 7/12/2022 "Monitoraggio performance organizzativa: approvazione modifiche e integrazioni schede budget 2022".

Valutazione finale dei risultati raggiunti

Verifica del PA 2022

Con nota prot. 190057 del 31.3.2023 la DCS ha trasmesso il documento "Direttive, criteri, modalità ed elementi economico – finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2022".

L'Azienda ha quindi approvato in via preliminare con decreto n. 493 del 28/4/2023 e in via definitiva con decreto n. 494 del 2/5/2023 il Bilancio d'esercizio 2022 che contiene come parte integrante la Relazione sulla gestione 2022 del Direttore generale.

L'andamento della gestione 2022, seppure in equilibrio di bilancio, evidenzia aspetti di miglioramento delle performance sanitarie, in una situazione in cui si deve ancora pienamente recuperare il gap rispetto al periodo pre Covid, a titolo d'esempio nella gestione delle liste di attesa.

Verifica obiettivi 2022

Ai fini di procedere all'istruttoria per la valutazione dei risultati finali, la SOC Programmazione e Controllo di Gestione ha trasmesso entro il 10/3/2023 a tutte le strutture le schede degli obiettivi 2022 chiedendo di descrivere per ciascun obiettivo le attività realizzate al 31.12.2022, allegando tutte le evidenze documentali necessarie.

Le attività di verifica sono ancora in corso.

2. PERFORMANCE INDIVIDUALE

In ASU FC anche nel 2022 sono ancora in vigore i 3 diversi Sistemi di valutazione della performance derivanti dalle ex tre aziende:

- per l'ex ASUIUD la scheda obiettivi contiene gli obiettivi individuali del solo direttore della struttura, mentre a tutto il restante personale dirigente e del comparto viene assegnata la scheda individuale, come da regolamenti approvati con decreti n. 628/2017 e n. 1125/2017
- per l'AAS3 la scheda contiene obiettivi di performance organizzativa per i dirigenti della struttura, compreso il direttore/responsabile, nonché per il personale del comparto (o direttamente afferente alla struttura o inserito in una piattaforma assistenziale trasversale, che concorre al raggiungimento degli obiettivi della struttura), come da regolamento "Sistema di misurazione e valutazione della performance" approvato con decreto n. 351 dd 02.11.2016
- per l'ASS2 la scheda contiene obiettivi di performance organizzativa per i dirigenti della struttura, compreso il direttore/responsabile, nonché per il personale del comparto, come da regolamento approvato con decreto n. 428/2019.

Le valutazioni individuali seguono il percorso definito dal Sistema di Valutazione dell'Azienda da cui proviene il personale.

Il percorso per la valutazione individuale è avviato ma non ancora concluso.

3. PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE

Il processo di funzionamento del Sistema di valutazione nell'azienda ASU FC nell'anno 2022, è sintetizzato nel seguente schema, con l'indicazione dei soggetti coinvolti nelle varie fasi del ciclo di gestione della performance. Nella tabella, vengono individuati le fasi, i tempi ed i soggetti coinvolti per gli adempimenti 2022, che sono stati fortemente condizionati dall'emergenza pandemica.

FASI	TEMPI	SOGGETTI COINVOLTI
Piano della Performance	<ul style="list-style-type: none"> - - Approvazione definitiva PA 2022 con decreto n. 366 del 5/4/2022 - - Definizione schede obiettivi, a seguito di confronti sulle proposte pervenute dalle strutture, nel mese di agosto - - Approvazione del PIAO con decreto n. 968 del 08/09/2022 	<ul style="list-style-type: none"> - Direzione Strategica - SOC Programmazione e Controllo di Gestione - Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
Monitoraggi infrannuali (obiettivi di performance organizzativa)	- Monitoraggio PA al 31/3/2022, 30/6/2022 e al 30/9/2022	SOC Programmazione e Controllo di Gestione

Rendicontazione ed erogazione indennità (obiettivi di performance organizzativa e obiettivi specifici-RAR)	<ul style="list-style-type: none"> - Approvazione definitiva Bilancio di esercizio 2022 con decreto n. 494 del 2.5.2022 - Approvazione della Relazione sulla performance – attività in corso 	<ul style="list-style-type: none"> - Direzione Strategica - SOC Programmazione e Controllo di Gestione - SOC Risorse Umane - SOC Gestione Economico-finanziaria
--	---	---

4. INFRASTRUTTURA DI SUPPORTO

Durante il periodo di attività, dal suo insediamento, l'OIV ha fruito del costante supporto dalle strutture interne dell'ASU FC, chiamate di volta in volta secondo le esigenze, con particolare riferimento alla SOC Programmazione e controllo di gestione (in attuazione all'Atto aziendale ha assunto dal 1/10/2022 la denominazione di SC Programmazione attuativa), che ha svolto le funzioni di "Struttura tecnica permanente per la misurazione della performance" di cui all'art. 14, comma 9 e 10, del D.Lgs. n. 150/2009.

In sede di misurazione della performance organizzativa, la SOC Programmazione Attuativa ha riscontrato gli indicatori di risultato relativi a tutti gli obiettivi assegnati garantendo un buon livello di affidabilità dei dati utilizzati con preferenza per fonti informative esterne (es. Indicatori LEA e Bersaglio, dati amministrativi/flussi ministeriali, Report monitoraggio tempi d'attesa ARCS) o fonti interne (dati e informazioni) raccolti sulla base di flussi informatici o strumenti di rilevazione certificati (es. report di monitoraggio dell'attività di ricovero ed ambulatoriale, report di valutazione degli indicatori di rischio clinico prodotto dalla Direzione Sanitaria, contatti del sito, tempi di pagamento, tempi di risposta medi, ecc.).

L'OIV evidenzia che l'Azienda provvede a pubblicare i documenti di programmazione approvati sul sito internet aziendale ed i report per il monitoraggio dell'attività sanitaria delle strutture cliniche, collegati agli obiettivi di budget sul sito intranet, consultabili dagli utenti interni per un monitoraggio continuo.

Considerazioni

L'OIV conferma che, la mancanza di strumenti dedicati al monitoraggio e gestione della performance, rende onerosa la gestione operativa del ciclo, tenuto conto anche della dimensione aziendale.

Si apprezza l'utilizzo del sistema intranet aziendale come primo momento di supporto informativo/informatico, supporto che deve vedere la sua completa realizzazione nel corso dei prossimi anni.

5. UTILIZZO EFFETTIVO DEI RISULTATI DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE

I risultati del sistema di misurazione e di valutazione delle performance generano ricadute giuridiche ed economiche; essi, infatti, assumono rilievo sia ai fini dell'assegnazione, conferma e revoca degli incarichi professionali e di struttura, che ai fini dell'erogazione degli incentivi direttamente correlati agli esiti delle valutazioni espresse.

Considerazioni

L'OIV nella sua attività di verifica dell'efficacia del SMVP, prende atto che, al netto delle modifiche organizzative attuate dall'Azienda, i risultati conseguiti nel ciclo precedente sono stati considerati nelle valutazioni programmatiche del ciclo in corso (2023).

6. SISTEMI INFORMATIVI E INFORMATICI A SUPPORTO DELL'ATTIVAZIONE DEL PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CURRUZIONE E LA TRASPARENZA

Non è presente un sistema informativo-informatico dedicato che supporti, con flussi automatizzati, il PTPCT.

Pertanto sulla base del D.Lgs. 33/2013, che prevede esplicitamente che "I dirigenti responsabili degli uffici dell'amministrazione garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge" (art. 43, comma 3) il Piano rimanda ai singoli Direttori titolari di incarichi, la responsabilità della trasmissione e dell'aggiornamento dei dati, che assumono rilievo anche verso l'esterno. I compiti dei Dirigenti aziendali preposti alle strutture competenti alla produzione e aggiornamento sono quelli di:

- verificare i propri compiti nell'ambito di quanto previsto dal PTPCT (allegato 2);
- garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge;
- garantire l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali in possesso dell'amministrazione, l'indicazione della loro provenienza e la riutilizzabilità delle informazioni pubblicate.

Nello specifico:

- per i provvedimenti la pubblicazione avviene già automaticamente mediante l'utilizzo della funzione "Amministrazione Trasparente" già disponibile in ADWEB;
- per i dati che non sono contenuti in specifici provvedimenti, e per i quali non vi sono Banche dati disponibili, le scadenze non corrispondono quasi mai a date predefinite, quindi il monitoraggio e

la pubblicazione richiede necessariamente un intervento di verifica puntuale (es. Conto Annuale, Accordi Integrativi Aziendali ecc.);

Considerazioni

Pare opportuno precisare che il completamento dei flussi informativi, che riguarda anche gli obiettivi del PTPCT (compresi quelli relativi alla trasparenza), alla luce delle integrazioni dei sistemi, così come voluto anche dal PIAO, dovrebbero essere gestiti dallo stesso applicativo che dovrà essere attivato per la gestione della performance organizzativa.

Infine per quanto attiene alla possibilità di pubblicazione diretta si potrebbe creare un collegamento diretto fra GIFRA (sistema di gestione documentale) e il Sito Aziendale, ma entrambi sono gestiti da INSIEL e pertanto non gestisce l'Azienda i programmi di sviluppo.

7. INTEGRAZIONE CON IL CICLO DI BILANCIO ED I SISTEMI DI CONTROLLO INTERNI

Il livello di coerenza tra il sistema di misurazione e valutazione della performance della programmazione sanitaria annuale con le risorse economico-finanziarie a disposizione dell'Azienda, comprendenti il finanziamento regionale e le entrate proprie, è esplicitata nel documento di programmazione attuativa (PA) redatto con cadenza annuale e nell'assegnazione del budget economico alle singole articolazioni organizzative.

Dalla Relazione sulla Gestione e dalla relazione al bilancio del Collegio Sindacale, pervenute all'Organismo in data 04/05/2023, si evince un buon grado di allineamento tra il bilancio e i risultati complessivi aziendali attesi (al 31.12.2022).

Nel corso degli ultimi anni, nell'ambito di un generale processo di efficientamento dell'azione amministrativa, il legislatore ha attribuito sempre più rilevanza ai controlli interni, con la progressiva eliminazione/riduzione dei controlli di legittimità.

E' opportuno precisare che a diverse Strutture sono stati imputati, ratione materiae, tali compiti. I Dipartimenti e le SOC Programmazione e Controllo di Gestione, Risorse Umane, Gestione Economico-Finanziario, Qualità Accreditamento e Rischio Clinico, il Responsabile della Prevenzione della Trasparenza e della Corruzione svolgono, infatti, funzioni di controllo interno attraverso il loro diretto coinvolgimento nei processi di programmazione e controllo della performance organizzativa.

Considerazioni

Tuttavia precisando che i sistemi di controllo interno devono prevedere e quindi garantire i modelli di raccolta, registrazione e conservazione dei dati anche ai fini del monitoraggio della valutazione, della gestione finanziaria, della verifica finale e dell'audit, attualmente non esiste un sistema informativo integrato che consenta di svolgere tali funzioni in maniera organica e strutturata.

8. DEFINIZIONE E GESTIONE STANDARD DI QUALITÀ

Dall'analisi della documentazione inerente il Ciclo della performance 2022 dell'Azienda si evince l'introduzione di specifici obiettivi riguardanti la qualità dei servizi e l'appropriatezza delle prestazioni erogate che spaziano dalla completezza della documentazione clinica, al rispetto degli indicatori di appropriatezza, qualità ed esiti delle prestazioni erogate sulla base di standard nazionali o derivanti da benchmark con altre aziende (es. Piano nazionale Esiti, Network delle Regioni, ecc.), alla partecipazione alle attività dedicate al mantenimento/estensione delle certificazioni di qualità e gli accreditamenti applicabili.

Considerazioni

Il progresso evento pandemico ha rafforzato maggiormente la consapevolezza della importanza della dovuta attenzione verso standard di qualità non solo “dei percorsi e processi sanitari” ma anche standard di qualità “dei percorsi e processi organizzativi”, così come sottolineato dal PIAO.

9. VERIFICA DELLE BUONE PRATICHE DI PROMOZIONE DELLE PARI OPPORTUNITÀ

Si segnala che a tutt'oggi non è ancora stato costituito il Comitato Unico di Garanzia dell'AUSFC; l'Azienda ha provveduto tuttavia ad approvare il “Piano di Parità di Genere” (decreto n. 1173 del 26/10/2022).

Considerazioni

Pertanto in ragione della necessità dell'Organismo di rilevare lo stato delle azioni introdotte, per effettuare la piena realizzazione delle pari opportunità nel lavoro e del benessere organizzativo, e permettere quindi una compiuta relazione anche ai fini della valutazione della performance organizzativa complessiva dell'amministrazione e della valutazione della performance individuale del dirigente responsabile al momento, si segnala l'importanza dell'attuazione di quanto previsto dal piano e quindi l'integrazione nell'ambito degli obiettivi di performance.

Al riguardo si sottolinea la necessità di un forte legame tra le dimensioni di pari opportunità, benessere organizzativo e performance delle amministrazioni. È infatti evidente che l'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e il miglioramento dell'efficienza e della qualità dei servizi non può prescindere dalla creazione di un ambiente di lavoro caratterizzato dal

rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza, anche solo morale o psichica, sui lavoratori.

La promozione delle pari opportunità e più in generale del benessere organizzativo nella pubblica amministrazione è punto di partenza per il raggiungimento degli obiettivi di valore pubblico auspicati dall'Amministrazione.

10.COINVOLGIMENTO DEGLI STAKEHOLDER

Nelle varie fasi del ciclo di gestione della performance vi è stato un coinvolgimento dei principali stakeholder esterni (Enti locali e Organizzazioni Sindacali) ed interni.

Considerazioni

L'OIV conferma la necessità di implementare, oltre alle analisi di customer satisfaction volte a migliorare la qualità dei servizi erogati agli utenti, le modalità di coinvolgimento sistematico degli stakeholder e dei cittadini utenti nel percorso di valutazione aziendale mediante iniziative di rilevazione della qualità percepita, come previsto dalle Linee Guida n. 4/2019 del Dipartimento Funzione Pubblica sulla Valutazione partecipativa nelle Pubbliche Amministrazioni.

11.DESCRIZIONE DELLE MODALITA' DEL MONITORAGGIO DELL'ORGANISMO DI VALUTAZIONE

Le modalità di monitoraggio utilizzate dall'OIV sono:

- Analisi dei dati forniti dall'Amministrazione;
- Verifica della documentazione fornita dalle strutture aziendali;
- Attività di controllo di tipo informatico sugli obblighi di pubblicazione;
- Audizioni con direttori e direttrici delle strutture aziendali a seconda delle necessità.

12.PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE

A valle della disamina e del monitoraggio sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza ed integrità dei controlli interni, così come articolatosi fino ad ora nell'Azienda ed in considerazione delle criticità riscontrate, emerge la necessità di perseguire i seguenti obiettivi:

- è necessario lavorare focalizzati tutti (comparto e dirigenza) sugli stessi traguardi operativi; solo così si possono evitare disfunzioni, disorganizzazioni e possibili conflitti, e creare un senso di appartenenza aziendale, come già rilevato nella riunione del 22/03/2023 durante la

quale si sono affrontati, per un opportuno confronto, i temi di maggior criticità e sui quali l'azienda sta lavorando per trovare soluzioni organizzative di minimo impatto e massima resa;

- decidere, anche in base al ruolo agito nell' amministrazione, quale peso attribuire alle varie dimensioni da valutare, superando eventuali scollamenti tra risultati riferibili ad obiettivi di struttura organizzativi/budget, e la valutazione individuale/comportamentale. Si sottolinea come sia necessaria una unica valutazione di sintesi facilmente comprensibile a tutti i fruitori del sistema sia interni che esterni (cfr. verbale n. 2/2023);
- individuare obiettivi e target riferibili a dati certi ed attendibili, definizione di indicatori sempre più rilevanti e di agevole lettura e misurabilità;
- sistematizzare il processo di informatizzazione aziendale tale da permettere tempestività e certificabilità dei dati per poter effettuare la lettura degli stessi in tempi adeguati e tali da consentire azioni di verifica e riprogettazione dei sistemi e quindi dei risultati;
- creare maggiore integrazione tra i sistemi di controllo interno aziendali, le cui funzioni sono svolte da diverse strutture aziendali, e che necessitano di un sistema informativo-informatico integrato che consenta di svolgere tali funzioni in maniera organica e strutturata, anche attraverso l'utilizzo di flussi informativi comuni e di un regolamento aziendale che permetta di esplicitare in maniera chiara ruoli, funzioni e responsabilità dei vari attori;
- puntare su azioni di monitoraggio integrato per evitare dispersioni di attività e di riallineamento degli obiettivi/target;
- effettuare la piena realizzazione delle pari opportunità nel lavoro e del benessere organizzativo così come richiesto ulteriormente dal DPCM 132/2022 (Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione);
- coinvolgere in modo sistematizzato gli stakeholder esterni nel processo di Valutazione Aziendale.

Letto, confermato e sottoscritto.

Lì, 26 maggio 2023

dott.ssa Silvana De Simone, presidente

Firmato

dott. Francesco Taiti, componente

Firmato

dott.ssa Cristina Zavagno, componente

Firmato