Azienda Usl Toscana sud est

Relazione dell'Organismo indipendente di valutazione sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni

Anno 2022

(art. 14, comma 4, lettera a del d.lgs. n. 150/2009)

PRESENTAZIONE

L'articolo 14, comma 4, lettera a) del d. lgs. n. 150/2009, come modificato dall'art.11, comma 1, lettera c) del d. lgs. n.74/2017, dispone che l'Organismo indipendente di valutazione della *performance*: "*monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso, anche formulando proposte e raccomandazioni ai vertici amministrativi".*

Con la delibera n.4/2012, la CIVIT (ora Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) ha fornito le linee guida per la redazione della relazione degli O.I.V. sul funzionamento del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni ai sensi del citato art 14 D.lg. 150/2009 nonché relative all' Attestazione dell'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità ai sensi dell'art. 14 c. 4 lettera g) del suddetto Decreto.

A tale delibera ha fatto seguito la deliberazione n. 23/2013, nella quale specifica attenzione è data alla relazione annuale sul sistema di valutazione, trasparenza ed integrità dei controlli interni, quale principale momento di sintesi del monitoraggio da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione.

La Regione Toscana in applicazione della L.R. n. 67/2017 ha adottato la deliberazione n. 465 del 28/05/2012 le linee di indirizzo in materia di valutazione del personale del SSR ed agli Organismi Indipendenti di Valutazione.

L'Azienda USL Toscana Sud Est, in applicazione del D.Lgs. n. 150/2009 e s.m.i. ha costituito il proprio O.I.V. a decorrere dal 01/09/2019 con Deliberazione n. 936 del 13/8/2019 ed attualmente in composizione definita con deliberazione n. 1118 del 26/08/2022.

Con la presente relazione lo scrivente Organismo, riferisce sullo stato di funzionamento del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni operante presso l'Azienda Usl Toscana sud est, mettendo in evidenza gli aspetti positivi e negativi, nonché le proposte per l'integrazione e per lo sviluppo relativamente all'anno 2022.

12.04.2023

L'Organismo Indipendente di Valutazione

SOMMARIO

PRESENTAZIONE 2
A.PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 5
B.PERFORMANCE INDIVIDUALE 7
C.PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE 8
D. INFRASTRUTTURA DI SUPPORTO 9
E.SISTEMI INFORMATIVI E INFORMATICI DI SUPPORTO ALL'ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ PER IL RISPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE 9
F.DEFINIZIONE E GESTIONE DEGLI STANDARD DI QUALITA' 10
G.UTILIZZO DEI RISULTATI DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE 10
H.DESCRIZIONE DELLE MODALITA' DI MONITORAGGIO DELL'OIV 11

A. *PERFORMANCE* ORGANIZZATIVA

Preliminarmente si riportano gli atti deliberativi di riferimento:

- Deliberazione del Direttore Generale n. 47 del 17 gennaio 2019 – Sistema di valutazione individuale – revisione regolamento
- Deliberazione del Direttore Generale n. 275 del 9 marzo 2021 - adozione del sistema di valutazione delle strutture
- Deliberazione del Direttore Generale n. 676 del 20 maggio 2021 – sistema di misurazione e valutazione della performance

Successivamente, con deliberazione n 1037 del 1 agosto 2022 l'azienda ha provveduto ad un aggiornamento del SVMP attraverso la predisposizione di un sistema che integra sia la parte relativa alla performance organizzativa delle strutture che la parte relativa alla performance individuale dei dirigenti e del comparto

Con deliberazione n. 170 del 1 febbraio 2022 è stato adottato il Piano delle Performance della azienda per il triennio 2022- 2024 con Pianificazione 2022.

Con deliberazione n. 605 del 29 aprile 2022 è stato adottato il Piano di Prevenzione della Corruzione e trasparenza 2022-2024.

Infine con deliberazione n 608 del 29 aprile 2022 l'azienda ha approvato il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) con i seguenti allegati

- Allegato 1 - Piano azioni positive 2019 - 2020
- Allegato 2 - Selezione 60 processi
- Allegato 3 - Scheda gestione rischio
- Allegato 4- Esiti monitoraggio 60 processi
- Allegato 5- Modulistica rilevazione conflitto di interessi
- Allegato 6 - Esiti monitoraggio processi a rischio
- Allegato 7 - Griglia obblighi pubblicazione
- Allegato 8 - Piano triennale dei fabbisogni di personale 2020- 2022
- Allegato 9 - Riferimenti normativi

Il sistema di budget prevede l'articolazione delle schede da assegnare ai Centri di responsabilità secondo le 4 macro-aree strategiche:

L'organizzazione aziendale prevede le seguenti macro-strutture definite come Centri di Responsabilità (CdR) di 1^ livello: a) Zone Distretto ; b) Presidi Ospedalieri c) Staff della Direzione Aziendale e Sanitaria ; d) Dipartimenti ospedalieri ; e) Dipartimenti di Coordinamento Tecnico Scientifico; f) Dipartimenti delle professioni; g) Dipartimento della Prevenzione ; h) Dipartimento del farmaco ; i) Dipartimento dell'Emergenza Urgenza ; j) Dipartimenti amministrativi e tecnico. Ogni CdR di primo livello è organizzato al loro interno in Aree Dipartimentali e AOP (Cdr di 2^ livello), nonché in Unità Operative e Unità Funzionali, definiti Centri di Responsabilità di 3^ livello. Tutti i Centri di Responsabilità ai vari livelli sono titolari di scheda di budget e perciò inserite nel processo di valutazione dei risultati.

Inoltre, occorre evidenziare che l'Azienda utilizza, anche, il sistema regionale multidimensionale di i valutazione della Performance del Laboratorio Management e Sanità, costituito dalla Scuola Superiore Sant'Anna. La Regione definisce annualmente gli obiettivi assegnati ad ogni azienda sanitaria. Tali obiettivi insieme a quelli che scaturiscono da linee di indirizzo Nazionali, Regionale, di Area Vasta e Aziendali concorrono alla valutazione annuale della performance delle strutture aziendali.

Oltre agli obiettivi regionali (compresi anche gli indicatori di performance del bersaglio MeS), agli obiettivi economici di rispetto dei vincoli di bilancio, sono stati assegnati anche obiettivi riguardanti le azioni di sviluppo e di omogeneizzazione all'interno della azienda.

Gli obiettivi trasversali a più centri di responsabilità, tesi ad uniformare e migliorare l'offerta e i percorsi all'interno dell'Azienda hanno riguardato: attività specialistica e tempi di attesa degli interventi chirurgici programmati e prestazioni ambulatoriali, Piano nazionale (PNE), rispetto dei nuovi LEA, la rete dell'emergenza urgenza, la prevenzione e promozione alla salute, qualità, sicurezza e rischio clinico, formazione, trasparenza ed anticorruzione.

La scheda di budget rappresenta il documento operativo di riferimento per la performance organizzativa. La scheda, predisposta per ciascuna struttura, definisce gli obiettivi da perseguire, i valori attesi, gli indicatori con i quali verrà misurato il raggiungimento o meno degli obiettivi ed il peso di ciascun obiettivo/indicatore.

La misurazione e la valutazione della performance organizzativa è stata realizzata attraverso la l'individuazione di indicatori che sono monitorati al fine di valutare il raggiungimento o meno dei corrispondenti obiettivi. Con riferimento ad alcuni indicatori, in particolare connessi al ciclo della performance (valutazione di struttura ed individuale) si procede ad una valutazione intermedia con cadenza trimestrale con erogazione di un acconto sulla produttività annuale. Sia la fase di monitoraggio infrannuale (riferita per lo più a obiettivi di processo) che di verifica finale sono rappresentati con una specifica reportistica a cura del Controllo di Gestione.

La valutazione dei risultati delle performance organizzative supportata da elementi oggettivi è effettuata sulla base delle informazioni elaborate dal Controllo di gestione in relazione agli indicatori quantitativi presenti nelle schede budget, attraverso l'acquisizione dei dati presenti nelle fonti ufficiali aziendali o regionali, nella documentazione e nelle relazioni prodotte dalle strutture relativamente al conseguimento degli obiettivi qualitativi ed organizzativi (definizione di linee guida, aggiornamento e predisposizione di protocolli clinico/assistenziali, ecc.).

In particolare, i predetti indicatori (Key Performance Indicators) sono classificati in base alla loro fonte:

- da flussi, il cui risultato deriva dalla fonte stessa;
- obiettivi documentali, trasversali a più strutture o relativi alla singola struttura per i quali sarà valutata la documentazione prodotta anche dalle strutture deputate.

Occorre ricordare che sulla base degli esiti del ciclo della performance, l'OIV comunica le criticità riscontrate, formulando, ove necessario, una proposta di azioni correttive e di miglioramento da attuare nel ciclo di programmazione in corso e/o nell'esercizio successivo.

Per quanto concerne la valutazione dei risultati finali della *performance* organizzativa 2022 occorrerà riferirsi a quanto sarà indicato nella relazione sulla *performance* che dovrebbe essere adottata e pubblicata entro il prossimo 30 giugno.

Per l'anno 2021 la relazione sulla performance è stata approvata con deliberazione n. 1670 del 31 dicembre 2022, previa validazione da parte dell'OIV. Il ritardo nell'approvazione della relazione è in parte dovuta al perdurare della crisi pandemica ancora presente nel 2022 e in parte alla effettiva disponibilità di alcune informazioni utili ai fini della valutazione della performance organizzativa (es. Mes) elaborate in data successiva al 30 giugno.

Per quanto concerne l'assegnazione degli obiettivi di performance organizzativa si rappresenta che per l'anno 2022 il processo è avvenuto secondo la seguente tempistica :

- Dicembre 2021: Definizione delle Linee di indirizzo per il budget 2022 da parte della Direzione Aziendale (Allegato 1)
- Dal 09/12/2021 al 31/01/2022: si sono svolte le negoziazioni di budget di 1° Livello
- Da Gennaio a Giugno 2022: si sono svolte le negoziazioni di budget di 2° e 3° Livello
- 11/08/2022: Delibera DG 1100/2022 Programmazione operativa anno 2022- approvazione schede budget 2022
- Da Settembre a Ottobre 2022: revisione schede budget

Permangono criticità, anche per l'anno 2022, relativamente alla tempistica di svolgimento delle singole fasi del ciclo della performance, in parte connesse alla gestione dell'emergenza Covid.

Con riferimento alla performance organizzativa si evidenzia che occorrerebbe integrare il sistema di misurazione e valutazione della performance per attuare la valutazione partecipativa degli stakeholder anche nella fase di pianificazione e programmazione.

B. PERFORMANCE INDIVIDUALE

La valutazione individuale permanente del personale avviene attraverso la compilazione di una scheda che prende in considerazione due dimensioni:

Sezione B1 relativa al grado di raggiungimento degli obiettivi individuali e per la quale sono previste tre aree dimensionali:

- B1.a) Dimensione Tecnico Professionale: qui occorre individuare l'Azione Professionale in relazione al livello di responsabilità;
- B1.b) Dimensione Relazionale: qui si mette in risalto la capacità di lavorare in squadra;
- B1.c) Dimensione Formativa: qui si soppesa la partecipazione alle attività di formazione professionale, siano esse obbligatorie oppure a partecipazione volontaria, purché con ECM conseguiti e certificati dove previsti per ruolo (per la valutazione di questa dimensione è il Valutato che deve presentare copia della documentazione necessaria).

Sezione B2 relativa ai comportamenti e alle competenze organizzative e per la quale sono previsti tre focus legati a:

- B2.a) Cambiamento: ossia flessibilità, innovazione ed iniziativa;
- B2.b) Tensione al risultato: intesa come orientamento all'utente, orientamento al risultato e capacità decisionale;
- B2.c) Etica e Valori: ossia appartenenza, affidabilità e tutoraggio.

Il ciclo della *performance* individuale 2021 si è concluso e i relativi dati significativi sono illustrati nel successivo paragrafo G.

Con riferimento al ciclo della performance individuale 2022 si riporta di seguito la tempistica:

- dal 01/01/2022 al 28/02/2022 completamento valutazioni finali ciclo 2021 avviate in data 01/12/2021;
- dal 01/03/2022 al 30/03/2022 verifiche per chiusura e storicizzazione ciclo anno 2021;
- dal 01/04/2022 al 15/04/2022 avvio ciclo di valutazione anno 2022: allineamento associazioni Valutatore – Valutato;
- dal 16/04/2022 al 30/06/2022 - APERTURA SCHEDE ed assegnazione obietti vi /comportamenti attesi 2022

- dal 01/09/2022 al 31/10/2022 evento Valutazione Intermedia, facoltativo da avviarsi nel caso di richiesta da parte del valutato o se si presentano criticità
- Fase per APERTURA SCHEDA ai neo assunti successivamente al 01/06;
- dal 01/12/2022 al 31/12/2022 - CHIUSURA SCHEDE;
- Avvio evento Valutazione Finale che si conclude nel I trimestre dell'anno successivo a quello di valutazione, ossia al 28/02/2023.

Operativamente, l'assegnazione formale degli obiettivi individuali avviene attraverso un sistema informatizzato che prevede la gestione delle schede individuali su una piattaforma informatica accessibile tramite portale.

L'informatizzazione, la creazione degli archivi associativi e la loro revisione hanno comportato una partenza un po' tardiva rispetto a quanto previsto dai regolamenti aziendali vigenti, nel primo anno di implementazione. Inoltre a causa degli eventi intercorsi all'inizio dell'anno 2020 e in corso nel 2021 per il contenimento della pandemia da COVID-19, la fase di valutazione finale del 2020 e si è protratta oltre il termine previsto oltre marzo 2021.

Per quanto concerne l'eventuale mancata accettazione da parte del valutato in relazione agli esiti della valutazione è prevista una procedura di contraddittorio gestita dall'OIV che può essere avviata se la valutazione finale è inferiore ai 50/100 e su richiesta scritta del Valutato stesso che, pertanto, avvia la procedura con apposita istanza inoltrata alla struttura aziendale competente che a sua volta la trasmette all'OIV. A conclusione del contraddittorio l'OIV può confermare la valutazione negativa o trasformarla in positiva con motivazione scritta.

La Deliberazione 47/2019 inoltre prevede una procedura di richiesta di verifica da parte dell'OIV. Con riferimento alle valutazioni relative all'anno 2022 sono pervenute, alla data di elaborazione della presente relazione, n. 1 richiesta.

Le dimensioni della performance individuale, coerentemente con quanto previsto dall'art. 9 del Dlgs 150/2009, dovrebbero essere ulteriormente dettagliate e implementate al fine di esplicitare meglio per la dirigenza la capacità di valutazione dei propri collaboratori in una ottica di maggiore differenziazione.

L'OIV suggerisce di esplicitare meglio gli obiettivi dei dirigenti di vertice, che contribuiscono direttamente alla realizzazione degli obiettivi triennali e annuali.

C. PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE

L'OIV valuta l'effettivo funzionamento del processo di misurazione e valutazione, con specifico riferimento a fasi, tempi e soggetti coinvolti.

Il ciclo di gestione della performance è composto dalle seguenti fasi:

- definizione e negoziazione degli obiettivi strategici ed operativi che devono essere raggiunti dalle strutture aziendali con relativi indicatori e valori attesi, nonché di definizione ed assegnazione degli obiettivi individuali da raggiungere da parte dei singoli professionisti;
- monitoraggio nel corso dell'anno del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget tramite l'analisi dell'andamento degli indicatori e degli scostamenti dai valori attesi, con conseguente eventuale adozione di azioni correttive nonché di valutazione individuali infra annuali (Monitoraggio infra annuale della performance);
- misurazione e valutazione a chiusura dell'anno del grado di raggiungimento degli obiettivi sia delle strutture (Valutazione performance organizzativa) che dei singoli professionisti (Valutazione performance individuale) e correlata distribuzione degli incentivi.

Per quanto concerne le informazioni sull'adeguatezza della Struttura Tecnica Permanente, in termini sia di risorse umane e finanziarie che di competenze professionali disponibili, si evidenzia che l'azienda, ad oggi non ha ancora costituito la Struttura Tecnica Permanente, anche se l'azienda assicura il necessario supporto all'OIV attraverso la segreteria, la struttura del Controllo di Gestione, la struttura deputata alla gestione delle Risorse umane, il responsabile della trasparenza e il responsabile della prevenzione della corruzione. Sarebbe comunque necessario procedere alla costituzione/definizione della struttura tecnica permanente per la misurazione della performance, dotata delle risorse necessarie all'esercizio delle relative funzioni.

D. *INFRASTRUTTURA DI SUPPORTO*

Con riferimento alla infrastruttura di supporto si rileva che 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 dell'attività dell'Azienda.

L'Azienda ormai da alcuni anni ha investito per la costruzione di un Datawarehouse (DWH) aziendale come fonte informativa di riferimento che si alimenta con i principali flussi informativi.

Per l'acquisizione e la verifica dei dati il Controllo di Gestione accede anche ad alcuni gestionali sanitari presenti in azienda e alla reportistica disponibile sul Business Objects di Regione Toscana.

Il ciclo di budget è gestito da un software integrato con il DWH aziendale.

Per quanto concerne il Controllo di Gestione esso supporta l'attività di programmazione e controllo attraverso i meccanismi operativi del budgeting, reporting e della valutazione.

La struttura del Controllo di Gestione supporta inoltra l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) anche svolgendo la necessaria attività istruttoria assicurando allo stesso, il supporto conoscitivo, in termini di dati contabili e di attività relativi alle diverse strutture organizzative aziendali (CdR) offrendo la propria collaborazione e consulenza per gli eventuali approfondimenti.

Il Sistema di Valutazione Individuale dell'Azienda Usl Toscana Sudest a partire dall'annualità 2019 ha avviato la gestione delle schede individuali informatizzata.

E. SISTEMI INFORMATIVI E INFORMATICI DI SUPPORTO ALL'ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ PER IL RISPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

L'amministrazione ha provveduto alla istituzione, in base a quanto stabilito dalla normativa in vigore e alle delibere dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) e in conformità con quanto previsto nelle Linee guida per i siti web della Pubblica Amministrazione, dell'apposita sezione "*Amministrazione trasparente*"**.**

Rispetto agli obblighi di pubblicazione attualmente l'azienda non dispone di piattaforme/software dedicati. Strumenti di tale tipologia in grado di garantire e tracciare/monitorare costantemente i flussi di dati e informazioni destinati alla pubblicazione, intercettando eventuali ritardi o non conformità, presuppongono, oltre all'investimento iniziale, anche il coinvolgimento e la collaborazione di più professionalità, affinché le richieste di pubblicazione possano essere inviate, attraverso tale sistema/piattaforma, dopo averne verificato la completezza e il formato aperto (dei dati) anche grazie al supporto informatico del personale tecnico, per poi procedere alla pubblicazione sul portale.

Al momento l'attività è assolta mediante attività di trasmissione con email di richieste a cura della funzione Trasparenza e invio dei dati e documenti da parte dei dirigenti responsabili per la successiva pubblicazione.

L'OIV ha svolto l'attività di monitoraggio sugli adempimenti, da parte dell'ASL inerenti gli obblighi relativi alla trasparenza , all'integrità e all'anticorruzione, anche tramite accessi il portale della trasparenza, nonché ha provveduto per il 2022 all'attestazione annuale prevista dalla delibera ANAC n.213/2020 di tali adempimenti, formalizzata nella seduta del 20 giugno 2022 evidenziando alcune criticità con particolare in riferimento alla completezza del dato e all'aggiornamento delle informazioni contenute nella sezione "consulenti e collaboratori" e alla necessità di integrare alcune informazioni nella sezione Società Partecipate.

Successivamente l'OIV, in coerenza con le disposizioni normative, ha proceduto ad un aggiornamento delle necessarie valutazioni al 31 ottobre 2022 in materia di trasparenza al fine di verificare il superamento delle criticità evidenziate nella seduta del 20 giugno.

Nella seduta del 7 novembre 2022 l'Oiv ha preso atto che l'Azienda ha provveduto a superare le criticità evidenziate attraverso la pubblicazione dei documenti richiesti ad eccezione di quanto richiesto relativamente alla sezione "consulenti e collaboratori" per cui l'OIV ha confermato una valutazione non positiva.

Al fine di superare di assicurare la necessaria *compliance* rispetto gli obblighi di pubblicazione e trasparenza il responsabile della trasparenza, con nota del 17 marzo 2023, ha fornito alcune indicazioni operative per la corretta rilevazione e trasmissione dei flussi informativi e per la successiva pubblicazione delle informazioni stesse.

L'OIV suggerisce l'implementazione di un sistema informativo integrato che possa coniugare le esigenze dell'organizzazione aziendale con l'automazione dei processi e che permetta, in modo sempre più automatico e tempestivo, la corretta e completa pubblicazione delle informazioni richieste. Tale sistema rappresenterebbe sicuramente anche una importante misura della strategia di prevenzione del rischio di corruzione, di cui la trasparenza è la principale declinazione.

F. DEFINIZIONE E GESTIONE DEGLI STANDARD DI QUALITA'

In conformità agli indirizzi regionali, l'Azienda ha provveduto alla pubblicazione della Carta dei Servizi 2022 contenente "Gli impegni dell'Azienda USL Toscana Sud Est verso i cittadini".

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico ha predisposto la prevista relazione di tutela per l'anno 2021 ed il primo semestre 2022, dalle quali si evince un numero di reclami elevato nell'ambito delle seguenti categorie: relazionali e tempi di attesa. La predisposizione di tale documento rappresenta un importante strumento di analisi a supporto dei processi di programmazione, erogazione controllo dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

Nel mese di gennaio 2023 il RPCT ha trasmesso la relazione annuale relativamente all'anno 2022. La relazione con riferimento alla sezione "misure generale" riporta quanto segue: "il complesso delle misure attuate ha avuto un effetto (diretto o indiretto) positivo sulla qualità dei servizi, neutrale sull'efficienza dei servizi (es. in termini di riduzione dei tempi di erogazione dei servizi), neutrale sul funzionamento dell'amministrazione (es. in termini di semplificazione/snellimento delle procedure), positivo sulla diffusione della cultura della legalità e positivo sulle relazioni con i cittadini".

Con deliberazione n. 1618 del 21 dicembre 2022 l'Azienda ha provveduto al rinnovo del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni. A

riguardo si evidenzia che la Relazione annuale del Comitato unico di Garanzia per l'anno 2022 non è disponibili agli atti dell'OIV.

La Relazione del responsabile dell'UPD in ordine ai procedimenti disciplinari concernenti il 2022 è stata trasmessa all'OIV in data 12/04/2023. Si evidenzia che, sulla base della documentazione disponibile, non è ravvisabile chiaramente se e in che termini gli esiti dei procedimenti disciplinari incidano sul sistema di valutazione. L'Oiv suggerisce, pertanto, di aggiornare il Sistema di valutazione inserendo un riferimento a eventuali procedimenti disciplinari.

G. UTILIZZO DEI RISULTATI DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE

La valutazione individuale finale per l'anno 2021, sia per il personale del Comparto che della Dirigenza, è completa con la ricezione pressoché totale delle relative schede attese 10.858.

Di queste n. 10.293 sono state chiuse, n. 565 sono risultate non valutabili ed ad esse viene assegnato d'ufficio la valutazione conseguita dalla struttura di afferenza, tra queste vanno ricomprese quelle relative al personale oltre che in lunga assenza, quello dimesso nel primo trimestre e quello neo-assunto nell'ultimo trimestre dell'anno, o a personale trasferito c/o altra struttura oppure dimesso prima che fosse nominato il nuovo responsabile e quindi di fatto il valutatore si è trovato nell'impossibilità di procedere per la mancanza della diretta conoscenza del valutato; infine n. 74 schede sono state aperte dal relativo Valutatore ma chiusa senza punteggio e per le quali è stato assegnato d'ufficio la valutazione conseguita dalla struttura di afferenza. Infine delle 10.293 schede totali chiuse 5 sono state gestite in modalità cartacea in quanto relative a personale presente n azienda in regime di comando in entrata e non a ruolo sanitario regionale e quindi nominativi non gestibili nel database della Valutazione.

La situazione complessiva della performance delle strutture dell'azienda 2021, dopo aver verificato gli obiettivi assegnati ai Centri di Responsabilità con i dati consuntivi, aver valutato anche le eventuali controdeduzioni dei responsabili delle strutture organizzative, è la seguente:

Classe di risultato	DIRIGENZA		COMPARTO
	Numero valutazioni	Distribuzione %	Numero valutazioni
90%-100%	8.546	96,39%	1.752
75%-89%	250	2,82%	209
60%-74%	50	0,56%	28

50%-59%	14	0,16%	3
<50%	6	0,07%	
Totale	8.866		1.992

Nella tabella seguente si riportano i risultati medi ottenuti dalla dirigenza e dal comparto suddivisi per area confrontando il valore dal 2019 al 2021.

	Dirigenza			Comparto	
Area	**2019**	**2020**	**2021**	**2019**	**2020**
Ospedale	92,9	93,6	93,6	98,0	98,2
Territorio	96,1	96,7	96,7	98,0	98,2
Prevenzione	99,6	99,0	96,9	99,7	99,5
Amministrativa/Tecnica	99,2	96,5	98,4	99,1	95,9
STAFF	99,4	98,9	99,2	99,3	98,8
Azienda	**95,7**	**95,6**	**95,4**	**98,6**	**98,1**

Si evidenzia una sostanziale stabilità nel grado di raggiungimento degli obiettivi e si ricorda che nel 2021 il processo nel suo complesso ha dovuto tener conto dell'emergenza pandemica (soprattutto nella prima parte dell'anno) e lo sforzo per la campagna vaccinale anti-Covid.

Per quanto riguarda l'anno 2022 il processo di valutazione non si è ancora concluso, si riportano tuttavia i dati disponibili alla data odierna:

Numero delle schede attese: 10.478

Numero di schede non valutabili (relative al personale che non poteva essere valutato): 653

Numero di schede correttamente chiuse a marzo 2023 entro la data di chiusura del ciclo di valutazione : 9.825

I dati definitivi saranno resi disponibili con la chiusura da parte della struttura preposta al controllo di gestione con le risultanze del budget 2022.

H. DESCRIZIONE DELLE MODALITA' DI MONITORAGGIO DELL'OIV

Nel corso del 2022 l'OIV si è impegnato nel monitorare l'applicazione del sistema di gestione della performance verificando la coerenza e l'allineamento degli strumenti messi in campo rispetto alle indicazioni

regionali e nazionali e con particolare riferimento ai processi di misurazione, tramite la verifica a campione di schede di budget e schede individuali.

Ha provveduto a fornire pareri e rilievi, evidenziando le problematiche ancora in corso su cui occorrerà orientare l'azione futura, al fine di perfezionare/migliorare il sistema complessivo della performance.

Ha operato sia attraverso le sedute “online”, che tramite richieste di approfondimento e analisi avvenute con il supporto del Controllo di Gestione, degli uffici interessati e della segreteria OIV.

LORUSSO
STEFANO
14.04.2023
15:46:52
UTC

Abati
Roberto
14.04.2023
12:34:17
GMT+01:00

Firmato digitalmente da: Rossi Ornella
Data: 14/04/2023 15:38:32