

ORGANISMO INDIPENDENTE DI

VALUTAZIONE

ASP DI CATANZARO

I PARTE: Relazione annuale dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di Valutazione, Trasparenza e Integrità dei controlli interni - Anno 2020

II PARTE: Il monitoraggio sull'assegnazione degli obiettivi organizzativi e individuali relativi al ciclo della performance in corso - Anno 2021

*I PARTE: Relazione annuale dell'Oiv sul funzionamento complessivo del Sistema di Valutazione,
Trasparenza e Integrità dei controlli interni - Anno 2020*

Introduzione

Ai sensi dell'art. 14, comma 4, lett. a) del D.Lgs. n 150/2009 (aggiornato a giugno 2017) l'OIV *"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"*.

La relazione ha come riferimento il ciclo della *performance* in corso, che prende avvio con l'adozione del piano della performance 2020-2022 e si conclude con la validazione della Relazione sulla performance riferita all'anno 2020.

Ai sensi della delibera CiVIT n. 4/2012, la stesura della Relazione risponde ai principi di trasparenza, attendibilità, ragionevolezza, evidenza e tracciabilità, verificabilità dei contenuti e dell'approccio utilizzato.

Sotto un profilo generale, la Relazione riferisce sul funzionamento del Sistema di misurazione e valutazione della *performance* nell'anno precedente, piano triennale 2020-2022, allo scopo prioritario di favorire un graduale processo di miglioramento dell'organizzazione nonché dei servizi erogati e pertanto si darà altresì atto delle azioni che saranno intraprese anche nell'attuale ciclo, 2021-2023 e in quelli futuri.

In premessa è necessario evidenziare che questo OIV si è insediato, per cause non imputabili allo stesso, in data 5 gennaio 2021, a seguito di un primo incontro preliminare all'insediamento con i componenti della "struttura tecnica permanente" individuati dalla stessa ASP con nota n. 0131577 del primo dicembre 2020, svolto in data 2 dicembre 2020. Occorre peraltro evidenziare che il precedente organismo è cessato a settembre 2019 e che pertanto per tutto l'arco temporale intercorrente tra la cessazione del precedente organismo e l'insediamento di quello attuale le funzioni sono rimaste pressoché scoperte. Tale precisazione è propedeutica all'ulteriore conseguenza che diviene necessario avviare un'azione di riconciliazione dei periodi interessati facendo riferimento allo stato dell'arte cristallizzato nell'ultima relazione disponibile e, comunque, al piano della performance 2018-2020.

E' opportuno evidenziare che presso l'ASP di Catanzaro, così come nelle altre aziende del Servizio Sanitario Nazionale, è operativo un sistema di budgeting, reporting e valutazione annuale dei risultati raggiunti. Tale sistema è stato esteso capillarmente sia al personale dirigenziale che del comparto, ed è applicato secondo i criteri ed il modello d'incentivazione definito in sede di Contrattazione Integrativa, in osservanza alle disposizioni dei CCNL di riferimento. In tal senso l'attuazione del Decreto 150/2009, così come integrato dal D. Lgs. 25 maggio 2017, n. 74, ha rappresentato per l'ASP un'opportunità per migliorare, revisionare e talora integrare con nuovi strumenti i meccanismi di controllo e di valutazione già esistenti, introdotti in sanità con la riforma del 1992. Si ricorda inoltre che lo stesso Decreto 150 fa confluire nel "Ciclo di gestione della performance" il sistema dei controlli che erano stati previsti dal Decreto 286/1999, ovvero "il controllo di gestione, il controllo strategico e la valutazione dirigenziale".

In tale contesto l'ASP ha proceduto ad avviare il ciclo di gestione della performance 2020 di cui al piano triennale 2020 /2022. **Nello specifico, il piano della performance 2020-2022 è stato adottato con delibera n. 891 del 7 dicembre 2020, ben oltre il termine del 31.01.2020.**

Si precisa che il Presidente OIV si è insediato nel mese di gennaio 2021, mentre il precedente ha cessato le sue funzioni nel mese di settembre 2019.

Nonostante risulti di palmare evidenza che il ritardo nell'adozione del Piano 2020-2022 abbia delle ripercussioni rilevanti sulla gestione del ciclo della performance, l'OIV procederà all'analisi del documento facendo riferimento sia alla particolare circostanza dell'annualità 2020 - contraddistinta dalla Pandemia da Covid 19 che ha obbligato le aziende sanitarie a focalizzarsi sull'assistenza sanitaria – che alla situazione generale.

Ciò premesso, la Relazione annuale dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di Valutazione, Trasparenza e Integrità dei controlli interni del 2020, nel rispetto dei principi fissati dalle delibere CIVIT 6/2012 e 23/2013, è organizzata secondo la seguente struttura:

- A. Performance organizzativa
- B. Performance individuale
- C. Stato di attuazione del ciclo della performance
- D. Infrastruttura di supporto
- E. Sistemi informativi e informatici a supporto dell'attuazione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità e per il rispetto degli obblighi di pubblicazione
- F. Definizione e gestione degli standard di qualità
- G. Utilizzo dei risultati del sistema di misurazione e valutazione
- H. Descrizione delle modalità del monitoraggio dell'OIV
- I. Criticità, effetti e azioni da promuovere

A. Performance organizzativa

L'OIV ha proceduto al monitoraggio del processo di gestione della performance organizzativa con riferimento a tutte le fasi, che vanno dalla definizione degli obiettivi, alla misurazione in corso d'anno, fino alla valutazione finale dei risultati.

In linea generale, il sistema di budget attuato presso l'ASP di CZ è stato adottato dall'Azienda quale strumento gestionale e di programmazione annuale, è articolato in schede contenenti obiettivi di attività, economico-finanziari e progettuali per ogni Centro di Responsabilità aziendale (Piano dei centri di costo e dei centri di responsabilità adottato con deliberazione n° 47 del 2018), attribuendo responsabilità economiche di budget solo per i costi direttamente controllati dal Responsabile, anche per evidenziare la caratteristica gestionale e non solamente contabile dello strumento adottato.

Con riferimento agli obiettivi di budget 2020, per le Strutture Complesse e le Strutture Semplici a valenza Dipartimentale, la struttura tecnica di supporto (nella sua attuale composizione a partire da gennaio 2021) nella riunione del 26.04.2021 riferisce di non essere a conoscenza dell'avvio del processo, né tantomeno del suo stato di avanzamento. Con pec del 20.04.2021 l'OIV ha chiesto chiarimenti e informazioni alla Direzione Amministrativa.

In generale, e con specifico riferimento agli anni precedenti al 2020, il documento utilizzato per la negoziazione è la "scheda di budget" strutturata in due parti: nella prima parte sono riportati gli obiettivi, gli indicatori di verifica e il risultato atteso per l'anno; nella seconda sono riportate le risorse in termini di personale dipendente in servizio il primo gennaio (espresso in tempi pieni equivalenti), i consumi di beni sanitari, non sanitari e service relativi.

Il piano della Performance 2020-2022 include le seguenti sezioni:

EXECUTIVE SUMMARY

I PARTE: ANALISI DESCRITTIVA

1. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER ESTERNI
 - 1.1 Chi siamo
 - 1.2 Cosa facciamo
 - 1.3 Come operiamo
2. IDENTITA' DELL'AZIENDA SANITARIA
 - 3.1 L'amministrazione "in cifre"
 - 3.2 Mandato istituzionale e Missione
 - 3.3 Albero delle performance
4. ANALISI DI CONTESTO
 - 4.1 Analisi del contesto esterno
 - 4.2 Analisi del contesto interno
 - 4.3 Il contesto normativo di riferimento
 - 4.4 I fattori critici
 - 4.5 Punti di forza

II PARTE: VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

4. GLI OBIETTIVI STRATEGICI
5. DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI
 - 5.1 Obiettivi assegnati al personale dirigenziale
6. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE
 - 6.1 Fasi, soggetti e tempi di redazione del piano
 - 6.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio
 - 6.3 Collegamento con il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione
 - 6.4 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance
7. IL SISTEMA DEGLI INDICATORI
 - 7.1 Elenco degli indicatori aziendali

Si evidenzia un errore materiale nella numerazione dei capitoli.

CRITICITA':

La mancata adozione del piano della performance nei tempi previsti (gennaio 2020) non ha consentito di attivare in maniera virtuosa il ciclo della performance.

AZIONI DI MIGLIORAMENTO:

La finalità del ciclo della performance è l'adozione, in ambito pubblico, di un sistema, mutuato anche dalle *best practice* del sistema privatistico, che pone al centro dell'azione amministrativa il cittadino con le proprie istanze in modo da innescare un circolo virtuoso rispondente al paradigma: migliore organizzazione-migliore qualità dei servizi – maggiore soddisfazione del cittadino – maggiore efficienza – più economicità.

“*Responsiveness*” e “*accountability*” rappresentano, sotto tale angolo di osservazione, imprescindibili fattori di propulsione del processo di miglioramento continuo richiesto alle amministrazioni, nonché l'epicentro fondamentale del passaggio tra la mera logica burocratica, incentrata in genere, sulla definizione di obiettivi quali-quantitativi autoreferenziali, ad una logica di *responsiveness management*, fortemente orientata sull'*outcome* prodotto.

Per favorire l'ormai irrinunciabile passaggio di paradigma, è necessario che:

- i piani della performance siano approvati entro i termini normativamente previsti (30 gennaio dell'anno di avvio);
- gli obiettivi definiti siano rispondenti all'acronimo SMART (specifici, misurabili, realizzabili, rilevanti, scadenziati);
- gli obiettivi siano tempestivamente assegnati ad inizio di ogni esercizio, facendo riferimento ai dati di consuntivo dell'esercizio in chiusura e prevedendo una revisione in corso d'anno tenendo conto degli obiettivi individuati nell'ambito dell'indirizzo politico;
- il processo di definizione degli obiettivi avvenga in una logica di tipo negoziale tra tutti gli attori coinvolti;
- siano previsti dei monitoraggi intermedi sullo stato di avanzamento degli obiettivi programmati in modo realizzare appieno il cosiddetto ciclo di Deming (Plan, Do, Check, Act);
- una maggiore, fino alla completa, informatizzazione dei flussi di dati che alimentano la misurazione degli obiettivi consuntivati;
- sia prevista un'attività formativa di tipo manageriale in materia di performance da rivolgere, in primis, al personale dirigente, finalizzato ad avviare un percorso di allineamento di valori.

B. Performance individuale

Il sistema di valutazione ha il suo perno nella riforma introdotta con la L. 4 marzo 2009, n.15 e s.m.i., attuata con il D. Lgs n. 150 del 27.10.2009 così come integrato e modificato dal D.lgs. 12 maggio 2016 n. 74.

La performance individuale nell'ASP di Catanzaro, di norma, è inserita all'interno di un sistema di valutazione che coinvolge tutto il personale dipendente, della dirigenza e del comparto, attraverso l'assegnazione di obiettivi che valutano l'attività e professionalità degli operatori (considerando la valutazione come fattore di coinvolgimento e motivazione dei dipendenti) e, con sempre maggiore evidenza all'aumentare del livello di professionalità del valutato, che misurano il loro contributo al raggiungimento della performance organizzativa.

Le schede di valutazione individuale sono realizzate e costantemente implementate in base alle esigenze specifiche dell'Azienda; sono distinte in 2 tipologie: una per il comparto ed un'altra per la dirigenza (Direttori di struttura/Incarichi professionali).

Durante la fase di assegnazione degli obiettivi il valutatore di prima istanza procede:

- alla condivisione della scheda di valutazione allestita con il valutato o con gruppi di valutati;
- alla sottoscrizione come valutatore della stessa scheda;
- alla consegna di una copia della scheda al valutato, che a sua volta l'ha sottoscritta per presa visione.

In caso di non condivisione della valutazione ricevuta, il valutato può formulare eventuali osservazioni all'interno della scheda stessa e richiedere, attraverso comunicazione protocollata, l'attivazione della procedura di valutazione di seconda istanza rivolgendosi all'OIV.

CRITICITA': Le criticità rilevate nell'ambito della performance organizzativa si sono riflesse anche sulla performance individuale. La mancanza di tempestività nell'assegnazione degli obiettivi alle unità operative ha, infatti, condotto a un ritardo eccessivo nell'assegnazione degli obiettivi ai singoli. A queste si aggiunge la tipologia degli obiettivi, prevalentemente di natura qualitativa, la misurazione è affidata alla percezione - e pertanto alla soggettività — del valutatore.

AZIONI DI MIGLIORAMENTO:

L'OIV mediante la presente relazione, intende porre l'attenzione su aspetti relativi alla promozione della cultura del risultato nel complesso dell'organizzazione aziendale sensibilizzando tutti gli operatori aziendali sull'importanza della futura relazione annuale affinché la stessa non sia vissuta solo come un mero adempimento burocratico ma altresì come uno strumento di partecipazione del singolo al ciclo della performance anche in termini di rappresentazione ed interpretazione delle attività e dei servizi, delle criticità presenti, dei fattori di contesto, delle leve di miglioramento delle performance.

C. Stato di attuazione del ciclo della performance

A partire da settembre 2019, l'Azienda è stata sottoposta ad un regime di amministrazione straordinaria, in virtù del quale funzioni e responsabilità sono state riorganizzate. In particolare, l'UOC Programmazione e Controllo, a cui negli anni precedenti era demandata la responsabilità della gestione del ciclo della performance è stata oggetto di profonde trasformazioni all'esito delle quali le responsabilità ad essa attribuite sono state redistribuite su altri uffici. In data 1.08.2020 il Responsabile della struttura è stato posto in quiescenza senza che vi sia stata disposta alcuna sostituzione. Allo Stato non si ha contezza circa la negoziazione e l'assegnazione degli obiettivi 2020. Il piano della performance 2021-2023 non risulta adottato.

D. Infrastruttura di supporto

In generale, la rilevazione e il monitoraggio delle performance aziendali e di struttura operativa avviene attraverso il sistema informativo aziendale (datawarehouse), gestito a livello centrale dalla struttura complessa Programmazione e Controllo.

L'ASP CZ ha sviluppato un sistema informativo ed informatico di Business Intelligence che raccoglie, secondo logiche di business, la maggior parte dei flussi sanitari e territoriali di produzione e consumo ed i flussi economici e contabili all'interno di un Datawarehouse aziendale e di strumenti a supporto dei processi di programmazione e controllo e di rappresentazione visuale di indicatori e flussi con cruscotti direzionali.

I flussi sanitari e territoriali sono acquisiti con il loro intero corredo informativo all'interno del DWH (sviluppato secondo le logiche dei sistemi di Decision Support System) e concorrono alla valorizzazione dei risultati economici delle Unità Organizzative della azienda e alla definizione di

indicatori di attività, performance e di utilizzo di risorse.

L'acquisizione dei flussi contabili e dei sistemi gestionali consente di determinare l'economicità delle unità organizzative secondo le modalità di evoluti sistemi di contabilità analitica separata dal sistema di contabilità generale. Ciò avviene anche attraverso il ribaltamento dei costi generali e dei servizi sanitari e la valorizzazione delle prestazioni intermedie dei servizi di supporto.

Inoltre, dati economici e di attività (sanitaria e territoriale) concorrono ad alimentare le variabili ed indicatori che le misure per le previsioni di budget. Ciò avviene con l'utilizzo di schede di budget costruite all'interno del sistema o definite in Excel con recupero dei valori di consuntivo dal sistema. Infine le rappresentazioni visuali fornite da altri strumenti della soluzione completano le possibilità di analisi dei dati e consentono la valutazione delle performance e dei risultati anche rispetto a specifici oggetti di analisi quali ad esempio esiti dei ricoveri, stato di salute della popolazione, prescrizioni dei medici e pediatri di libera scelta.

E. Sistemi informativi e informatici a supporto dell'attuazione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità e per il rispetto degli obblighi di pubblicazione

Nomina del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

- In qualità di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza è stata nominata la dott.ssa Rossella Galati, con deliberazione n. 626 del 10 giugno 2019.

Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della Trasparenza

- Il Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della Trasparenza per il triennio 2021-2023 è stato adottato con Delibera del Direttore Generale nr. 339 del 17.03.2021.

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 nuovo Codice rappresenta una novità assoluta; tra le novelle introdotte, lo stesso recepisce 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'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro, con deliberazione del Direttore Generale n. 38 del 16/01/2014, ha provveduto - ai sensi dell'art. 1, comma 2, del DPR n. 62/2013 - alla stesura del codice aziendale di comportamento dei dipendenti secondo le linee guida contenute nella delibera CIVIT n.75/2013. Il codice è stato pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Il Rispetto degli obblighi di trasparenza

Per l'anno 2021, l'ANAC con la delibera n. 294 del 13 aprile 2021, ha fissato al 30 giugno la pubblicazione delle attestazioni degli OIV relative all'assolvimento di specifiche categorie di obblighi di pubblicazione al 31.05.2021.

Dal colloquio con la Responsabile della Prevenzione della Corruzione emerge che non si ha contezza dell'assolvimento dell'obbligo riferito all'anno 2020 (Delibera ANAC 213 del 4 marzo 2020), durante il quale questo OIV non era insediato.

E. Definizione e gestione degli standard di qualità

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro, negli ultimi anni ha incrementato e migliorato il proprio sistema informativo indirizzandosi verso la costruzione di un sistema di misurazione della performance con lo scopo sia di valutare l'impatto delle proprie azioni sullo stato di salute della popolazione, sia di stimare in modo obiettivo e completo l'operato dell'Azienda stessa. Il sistema di misurazione esistente è stato quindi ampliato e integrato con indicatori di processo e di esito volti a cogliere i diversi ambiti assistenziali tipici di un'azienda sanitaria locale tenendo conto anche dei nuovi indicatori di performance, coerenti con gli obiettivi definiti a livello nazionale dal *Programma Nazionale Esiti*.

Tra gli indicatori monitorati costantemente vengono indicati (Fonte: banca dati aziendale):

- la percentuale di ultra65enni con frattura di collo del femore operati entro 2 giorni dal ricovero in quanto l'aumento del tempo di attesa preoperatoria è correlato con l'aumento dell'insorgenza di complicanze e conseguentemente con un rischio di morte superiore (Per il 2019: 63,64%);
- la percentuale di parti cesarei primari in quanto il parto con taglio cesareo costituisce un aumentato rischio per la madre e per il nascituro qualora venga effettuato senza ve ne sia la necessità ospedali (Per il 2019: 38,84%);
- la proporzione tra il numero di Colecistectomie effettuate in laparoscopia (Per il 2019: 95,80%).

Non sono state sviluppate iniziative connesse alla sicurezza dei pazienti e alla gestione del rischio clinico.

Segnalazioni URP

L'ultimo rapporto pubblicato sul sito internet si riferisce al 2018.

Per l'anno 2018 sono stati pubblicati sul sito istituzionale i dati sull'attività svolta dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) dell'Asp Catanzaro.

Dal Report emerge che nell'anno 2018 le segnalazioni pervenute sulle prestazioni sanitarie rese dall'ASP, sono state complessivamente 201 di cui 194 reclami (96,5 %) e 7 encomi (3,5%).

L'andamento delle segnalazioni per l'anno 2018 è in aumento rispetto al 2017.

Gli utenti (201) che hanno inteso porgere segnalazioni sono in prevalenza uomini 107 e

rappresentando il 53 % degli utenti totali e 94 donne ovvero il 47 %.

Nella distribuzione degli utenti per luogo di residenza, si evidenzia che le segnalazioni sono prevalentemente rientranti del distretto di Lamezia Terme (142 casi), segue il distretto di Catanzaro, (28 casi) poi il distretto di Soverato (3 casi) ed infine quelli provenienti da altre province e regione (28 casi).

Le segnalazioni sono state presentate prevalentemente attraverso il colloquio diretto con la responsabile dell'URP od altri operatori dell'Ufficio: 137 (68% dei casi). Hanno scelto la modalità telefonica e/o la posta elettronica 64 utenti (32% dei casi).

Le segnalazioni ricevute sono classificate nella tabella seguente:

Rapporto 2018 ASP CZ

| Classificazione del reclamo | Codice | |
|--|----------|------------|
| <u>A: ACCESSIBILITÀ PRESTAZIONI</u> | A | 58 |
| Difficoltà a mettersi in contatto per telefono | A1 | 18 |
| Impossibilità a prenotarsi o disdire telefonicamente | A2 | 2 |
| Lunghi tempi di attesa per prestazioni sanitarie | A3 | 6 |
| Lunghi tempi di attesa per uffici e ambulatori | A4 | 1 |
| Orari sportelli inadeguati | A5 | 1 |
| Lunghi tempi di attesa per file sportelli | A6 | 24 |
| Tempi lunghi, difficoltà in erogazione ausili e iter pratiche invalidi | A7 | 4 |
| Tempi lunghi per rimborsi spese sanitarie | A8 | 0 |
| Difficoltà burocratiche, leggi disattese | A9 | 2 |
| | | |
| <u>B: DIRITTO ALLA PRESTAZIONE E ALLA QUALITÀ</u> | B | 103 |
| Prestazione non effettuata per mancanza di materiale e/o farmaci | B1 | 2 |
| Prestazione non effettuata per apparecchiatura non funzionante | B2 | 4 |
| Prestazione non effettuata per assenza personale medico e sanitario | B3 | 25 |
| Prestazione non effettuata per assenza altri operatori | B4 | 2 |
| Disfunzioni organizzative rilevate lungo prestazioni | B5 | 45 |
| Disfunzioni CUP | B6 | 18 |
| Carenza o mancata assistenza medica ed infermieristica | B7 | 2 |
| Pagamento non dovuto | B8 | 3 |
| Negata prestazione per errata valutazione | B9 | 2 |
| | | |
| <u>C: DIRITTO ALLA INFORMAZIONE CORTESIA E RISPETTO</u> | C | 13 |
| Comportamento scorretto del personale medico e sanitario | C1 | 1 |
| Comportamento scorretto del personale amministrativo (sportello) | C2 | 3 |
| Mancato avviso o scarsa informazione ricevuta | C3 | 7 |
| Procedure poco chiare | C4 | 1 |
| Segnaletica insufficiente | C5 | 1 |
| | | |
| <u>D: CONFORT ALBERGHIERO E AMBIENTE</u> | D | 20 |
| Ambiente non idoneo (arredi – spazi- distributori) | D1 | 3 |
| Presenza di persone non autorizzate | D2 | 0 |
| Accessibilità ai percorsi (scale, ascensori, parcheggi , carrozzelle) | D3 | 6 |
| Sicurezza (furti,vandalismo ecc..) | D4 | 0 |
| Segnalazione per interventi di risanamento ambientale | D5 | 2 |
| Scarsa Igiene o mancanza materiali igienici | D6 | 1 |
| Segnalazione Bisogni | D7 | 8 |
| | | |
| TOTALE RECLAMI | | 194 |
| <u>E: ENCOMI AL PERSONALE</u> | | 7 |
| TOTALE GENERALE compresi ENCOMI | | 201 |

G. Utilizzo dei risultati del sistema di misurazione e valutazione

La valutazione della performance organizzativa di Unità Operativa, attuata sulla misurazione preventivamente comunicata a tutti i Responsabili di U.O., è finalizzata anche al riconoscimento degli incentivi previsti dal sistema premiante ed è collegata alla valutazione della performance individuale che misura l'apporto di ciascun dipendente al raggiungimento degli obiettivi di struttura. L'attività di valutazione degli obiettivi riferiti al 2020 da parte dell'OIV non è stata ancora avviata.

H. Descrizione delle modalità del monitoraggio dell'OIV

L'OIV si è riunito tendenzialmente con cadenza settimanale e sin dal suo insediamento ha avviato, come di consueto, una fase di programmazione con cui dare impulso all'avvio del ciclo della performance, stimolando gli appositi uffici a produrre i documenti necessari.

In questo primo anno l'attività dell'OIV è stata finalizzata, quasi esclusivamente, alla valutazione delle performance degli anni precedenti sulla base delle schede di budget trasmesse dalla struttura Programmazione e Controllo, che si occupa della misurazione degli obiettivi.

I criteri di valutazione adottati sono esplicitati nella prima seduta con cui si è avviata la misurazione di ciascuna annualità.

Ad ogni seduta è seguito un verbale.

I. Criticità, effetti e azioni da promuovere

Si elencano di seguito le principali criticità:

1. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

CRITICITA': Nel 2020 il piano della performance è stato adottato solo a dicembre. Non si ha contezza circa il processo di negoziazione e assegnazione degli obiettivi. Il ciclo della performance ha perso una parte della sua efficacia inficiando la validità del sistema premiante e si è fatto ricorso ad altri strumenti gestionali per attutire l'impatto di una ritarda programmazione.

AZIONI DA PROMUOVERE: Recuperare il ritardo nell'assegnazione degli obiettivi, in modo da poter attivare il monitoraggio intermedio, senza il quale mancano le condizioni per eventuali interventi correttivi o ridefinizione degli obiettivi.

*II PARTE: Il monitoraggio sull'assegnazione degli obiettivi organizzativi e individuali relativo al ciclo
della performance in corso - Anno 2021*

Il piano della performance 2021-2023 non è ancora stato adottato. L'OIV, con comunicazione pec del 9 febbraio 2021, ha segnalato l'urgenza nell'adozione del piano e nell'assegnazione degli obiettivi riferiti all'annualità 2022.