

ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE
nominato con deliberazione n. 706/DG del 17/09/2020

Relazione sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni

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

Anno 2020

Sommario

| | |
|--|-----------|
| Sommario | 2 |
| Premessa | 3 |
| Metodologia di lavoro | 3 |
| Ciclo della Performance | 4 |
| <i>Performance organizzativa</i> | 4 |
| <i>Obiettivi</i> | 5 |
| <i>Performance individuale</i> | 6 |
| Processo di attuazione del ciclo della performance: struttura tecnica di supporto | 9 |
| Infrastruttura di supporto: sistemi informativi e informatici | 9 |
| Sistemi informativi e informatici a supporto PTTC | 9 |
| Definizione e gestione degli standard di qualità | 9 |
| Percorsi, rischio clinico ed esiti..... | 9 |
| Accreditamento e organizzazione | 10 |
| Attenzione agli stakeholder | 10 |
| Orientamento al cittadino..... | 10 |
| Utilizzo dei risultati del sistema di misurazione e valutazione | 11 |
| Descrizione delle modalità del monitoraggio dell'OIV | 11 |

Premessa

L'OIV, nominato con deliberazione n. 706/DG del 17/09/2020, si è insediato presso l'Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero San Giovanni – Addolorata in data 05 ottobre 2020.

L'Organismo, come previsto dalle leggi e regolamenti applicativi in materia, monitora il funzionamento del sistema di misurazione e valutazione, della trasparenza e dell'integrità dei controlli interni, verificando attraverso monitoraggi periodici e continui:

- l'effettiva e corretta identificazione della performance, attraverso la definizione di relativi obiettivi, indicatori e target, perseguite dall'Azienda nell'esercizio di riferimento in coerenza con il sistema di programmazione regionale;
- l'attribuzione degli obiettivi assegnati al personale in coerenza con le performance attese;
- la valutazione della correttezza della misurazione di grado di raggiungimento delle performance, attraverso la verifica dei sistemi e degli strumenti adottati dall'Azienda;
- la correttezza della valutazione delle performance individuali in attuazione delle vigenti metodologie di valutazione secondo principi di merito, trasparenza ed equità.

Il presente documento rappresenta la Relazione (nel seguito indicata semplicemente come "Relazione") sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni dell'Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero San Giovanni – Addolorata con riferimento all'anno 2020.

La Relazione è stata elaborata ai sensi dell'art. 14, comma 4, lettera a) del D.Lgs. 150/2009 e sugli elementi forniti dalla Struttura Tecnica Permanente, dall'UOC Controllo di gestione e da quanto rilevato direttamente dall'OIV dall'insediamento ad oggi.

Metodologia di lavoro

La metodologia applicata nella raccolta dei documenti di lavoro dall'OIV è quella indicata nella Delibera CIVIT n. 23 del 2013 e per quanto applicabile delle linee guida n. 2/2017 della Funzione Pubblica:

- Performance organizzativa
- Performance individuale
- Processo di attuazione del ciclo della performance
- Infrastruttura di supporto
- 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
- Definizione e gestione degli standard di qualità
- Utilizzo dei risultati del Sistema di misurazione e valutazione
- Descrizione delle modalità del monitoraggio dell'OIV.

L'OIV ha ritenuto, nell'ottica di considerare la presente relazione come sintesi del lavoro svolto, di rappresentare sinteticamente l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza ed alla integrità, alla promozione delle pari opportunità, delle indagini sul personale dipendente volte a rilevare il livello di benessere organizzativo e il grado di condivisione del sistema di valutazione, nonché la rilevazione della valutazione del proprio superiore gerarchico da parte del personale.

La relazione fa, altresì, implicito riferimento ai verbali delle sedute dell'Organismo durante le quali sono stati trattati gli argomenti oggetto del presente testo. A tali verbali, depositati presso la struttura di supporto, si rimanda per gli eventuali approfondimenti in merito a quanto descritto nei paragrafi successivi.

Ciclo della Performance

Performance organizzativa

La *Performance* organizzativa è stata valutata rispetto alla rispondenza ai requisiti metodologici definiti dall'art. 5 del D.Lgs. n.150/2009 e dall'art. 7 della L.R. 16 marzo 2011, n. 1.

I documenti di riferimento della Performance organizzativa sono:

- Regolamento sul ciclo della performance approvato con delibera 101/DG del 31/01/2019
- Atto Aziendale adottato con delibera n. 582/DG del 27/06/2018, così come modificato con delibera n. 88/DG del 29/01/2019 approvato con DCA n. U00117/2019 successivamente modificato con DCA n. U00276/2019 e smi formali;

Documenti strategici regionali

- DCA RL n. U00469 del 14/11/2019 Adozione in via definitiva del piano di rientro "Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021" ai sensi e per gli effetti dell'art. 2, comma 88 della L. 191/2009, secondo periodo" così come modificato e integrato dal DCA n. DCA n. U00018 20/01/2020;
- DGR n.1040 del 22/12/2020 "Definizione, ai sensi dell'articolo 2, comma 3, del d.lgs. 04 agosto 2016, n. 171, dei criteri generali e delle procedure per la valutazione dell'attività e della performance dei Direttori Generali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale e assegnazione degli obiettivi per l'anno 2020"
- DCA n. U00096 del 21/07/2020 Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID 19, art. 2 d.l. 34/2020

Documenti strategici aziendali

- Piano di Rientro 2017 – 2019 (delibera n. 236/2017) così come approvato con DCA RL n. U00223 del 16/06/2017 "applicazione del comma 525 dell'art. 1 L. n. 208 del 28/12/2015. Approvazione dei Piani di rientro triennali".
- Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza 2020-2022 (delibera n. 72/DG del 30/01/2020)
- PARM (delibera n. 117/DG del 14/02/2020)
- PAICA (delibera n. 459/DG del 08/06/2020)

- Piano triennale del fabbisogno del personale 2019 – 2021 (delibera n. 688/DG del 16/09/2020)
- Bilancio preventivo 2020 (delibera n. 977/DG del 30/11/2020)

Stante il DCA n. U00469 e smi, in mancanza di ulteriori istruzioni regionali, nelle more dell'adozione del Piano di efficientamento aziendale secondo periodo, l'Azienda ha ritenuto di assegnare per l'anno 2020 obiettivi in linea con il Piano della Performance 2018-2020 (delibera n. 173/DG del 28/02/2018) così come modificato con la relazione sulla performance anno 2019 (delibera n. 620/DG del 31/07/2020).

- Individuazione in via preliminare degli obiettivi strategici 2020 (delibera n. 338/DG del 10/12/2019)

Tempistiche della performance organizzativa

- Novembre 2019 avvio processo definizione degli obiettivi strategici aziendali
- Dicembre 2019 avvio del ciclo della performance, individuazione dei CdR (delibera n. 338/DG del 10/12/2019)
- Dicembre 2019 consolidamento delle schede di negoziazione di I e II livello (19/12/2019)
- Gennaio 2020 presa d'atto degli obiettivi assegnati ai CdR (delibera n. 17/DG del 21/01/2020)
- Febbraio 2020 integrazione degli obiettivi assegnati ai CdR con gli obiettivi del PTPCT (delibera n. 114/DG del 12/02/2020)
- Dicembre 2021 adozione della Relazione sulla Performance anno 2020 (delibera n. 797 24/12/2021).

Monitoraggi

La calendarizzazione dei monitoraggi è stata fortemente impattata dall'andamento della Pandemia COVID 19:

- Giugno 2020 monitoraggio I trimestre
- Settembre 2020 monitoraggio II trimestre rinegoziazione obiettivi in relazione all'andamento della Pandemia
- Novembre 2020 monitoraggio III trimestre rinegoziazione obiettivi in relazione all'andamento della pandemia
- Aprile 2021 elaborazione schede consuntivazione obiettivi quantitativi
- Maggio 2021 elaborazione schede consuntivazione obiettivi qualitativi

Obiettivi

Per l'anno 2020 sono stati assegnati obiettivi in continuità rispetto all'anno precedente (nel caso di mancato o parziale raggiungimento) o coerenti con la programmazione annuale 2020.

Nel corso dei monitoraggi periodici si è proceduto con la rinegoziazione in relazione agli impatti della pandemia COVID.

Gli obiettivi contenuti nelle schede di budget contengono obiettivi quantitativi e qualitativi che sono coerenti con le finalità contenute nella programmazione triennale del Piano di Efficientamento aziendale 2019-2020 e annuale di cui alle delibere n. 17 e 114 summenzionate.

L'OIV rileva che il processo di performance organizzativa si è svolto e concluso con tempistiche coerenti con la normativa vigente.

Performance individuale

I documenti di riferimento della performance individuale aziendale sono:

- ✓ Delibera n°1/2016 per il comparto
- ✓ Delibera n° 2/2016 per la dirigenza

In ordine al metodo di determinazione dei punteggi e delle conseguenti quote di produttività collettiva/risultato legate alla performance individuale, si rappresenta che l'amministrazione, in ottemperanza alla contrattazione integrativa sottoscritta con le OO.SS. in materia, procede secondo i seguenti step:

1. Per il personale del Comparto, è individuato un parametro d'accesso al fondo incentivante di area contrattuale, in considerazione dei livelli di coinvolgimento e responsabilità nella gestione dei risultati di struttura rispetto alla qualifica.

Di seguito lo schema utilizzato:

| Categoria | Punteggio |
|-----------|-----------|
| D/DS | 2 |
| C | 1,80 |
| BS | 1,40 |
| B | 1,20 |
| A | 1 |

Tenuto conto della numerosità dei dipendenti assegnati ad ogni struttura aziendale e prendendo come riferimento la sommatoria dei pesi parametrici di cui ai precedenti paragrafi, si procede al calcolo dei corrispondenti "fondi incentivanti" virtualmente spettanti ad ogni CdR.

Successivamente, vengono considerati i seguenti parametri riferiti ad ogni singolo dipendente:

- Valenza della struttura di appartenenza
- Parametro individuale di accesso al fondo
- Periodo di servizio prestato nell'anno presso il CdR di appartenenza.

La moltiplicazione dei tre parametri costituisce la quota teorica individuale spettante.

Tale quota è suscettibile delle variazioni che intervengono attraverso la valutazione dei seguenti elementi:

- la scheda di valutazione individuale, nella quale è riportato il grado di raggiungimento degli obiettivi dei singoli, che prevede un punteggio da 0,5 a 1,5. La valutazione prevede una scheda preventiva, compilata entro il 30 giugno, ed una finale con scadenza, di norma, entro il 30 aprile dell'anno successivo;
- il grado di responsabilità ai fini del conseguimento degli obiettivi di budget. E' previsto che il risultato relativo alla performance organizzativa vada ad incidere in modo differenziato nel calcolo dell'incentivazione dei singoli dipendenti, secondo lo schema di seguito indicato:

| incarico/categoria | Livello di responsabilità |
|---|----------------------------------|
| Posizioni Organizzative e Coordinamento | 100% |
| Categoria D -Ds | 80% |
| Categoria C | 60% |
| Categoria Bs e B | 50% |
| Categoria A | 40% |

l'effettiva presenza in servizio, per la quale tuttavia non sono considerate le seguenti tipologie di assenza:

- ferie e riposi compensativi;
- formazione obbligatoria;
- astensione obbligatoria per gravidanza.

Per l'elaborazione dei dati, l'amministrazione si avvale dell'applicativo della società HMS Consulting S.r.l. "Alfabox", gestito dalla UOC Risorse Umane e utilizzato dai valorizzatori, pari a circa 150 dipendenti per l'annualità in oggetto.

La procedura di valutazione per l'anno 2020.

A causa della pandemia verificatasi all'inizio del 2020, gli obiettivi concordati in sede di budget sono risultati non più compatibili con l'attività legata all'emergenza sanitaria richiesta dalla Regione a questa Azienda in considerazione, prevalentemente ma non esaustivamente, della sospensione delle prestazioni chirurgiche e specialistiche nella fase di lockdown.

In tal senso, si osserva che la stessa Regione Lazio solo in data 22.12.2020 ha adottato la deliberazione di assegnazione degli obiettivi per l'anno 2020 ai Direttori Generali delle Aziende ed Enti regionali, in considerazione del fatto che è stato ritenuto "necessario adeguare gli obiettivi all'emergenza epidemiologica in atto e quindi modificarli in base alle sopravvenute esigenze".

In conformità con le indicazioni di cui al predetto provvedimento, l'Amministrazione ha reputato appropriato proporre una scheda di valutazione unica per tutto il personale i cui criteri sono diretti a misurare l'apporto individuale di ciascun dipendente nel corso dell'emergenza sanitaria tutt'ora in atto.

La misura adottata dall'amministrazione, pertanto, ancorché in deroga all'ordinaria gestione della valutazione delle performance individuali, ha inteso rispettare, con la massima aderenza possibile vista la situazione contingente, le disposizioni del D.Lgs 150/2009 ed armonizzare gli obiettivi aziendali con quelli stabiliti a livello regionale per tutte le Aziende.

Con nota del 10/02/2021, sono state preventivamente informate le OO.SS. del Comparto e della Dirigenza in ordine alla eccezionalità della modifica alla predetta procedura ordinaria e tale comunicazione non ha ricevuto osservazioni dalle OO.SS. e pertanto si ritiene sia stata accolta favorevolmente.

Un ulteriore ostacolo si è verificato riguardo la fruibilità dell'applicativo "Alfabox" nel mese di gennaio us.. La società HMS Consulting S.r.l. ha infatti comunicato che a causa di interventi di sviluppo delle funzionalità del prodotto, sarebbe stato necessario procedere all'aggiornamento dei PC aziendali per gli utenti interessati.

La UOC Risorse Umane, al fine di risolvere tale problematica, ha richiesto l'intervento della competente UOSD ICT e nel mese di aprile sono state pubblicate sull'intranet aziendale le istruzioni operative per l'aggiornamento dei PC, con contestuale comunicazione di detta pubblicazione ai singoli interessati.

In esito a tale procedura, l'aggiornamento è stato effettuato da una parte dei valorizzatori mentre, per la maggioranza di essi, è stato necessario l'intervento diretto dell'operatore ICT con conseguente allungamento dei tempi di compilazione delle schede di valutazione.

Ulteriore motivo di ritardo nella conclusione del processo di assegnazione e consuntivazione degli obiettivi individuali 2020, è derivato dall'attacco hacker che ha colpito l'Azienda nella notte del 12 settembre 2021.

L'Azienda, pertanto, ha potuto portare a conclusione il processo di consuntivazione della performance individuale 2020 solamente nel mese di dicembre 2021.

Gli avvenimenti summenzionati hanno, evidentemente condizionato anche la tempistica del processo di assegnazione degli obiettivi individuali relativi all'anno 2021.

Non sono pervenute, al momento, richieste di riconsiderazione del punteggio della scheda individuale attribuito dal valorizzatore.

L'OIV valuta positivamente la correttezza metodologica e la coerenza del processo di misurazione e valutazione di performance organizzativa adottato dall'Azienda.

Nella valutazione ha tenuto conto di fattori quali l'impatto della pandemia e le problematiche tecniche esterne derivate dalla piattaforma informatica dell'Amministrazione, e, non da ultimo, dall'attacco hacker di settembre 2021, che hanno determinato un forte ritardo nella conclusione del processo di valutazione della performance individuale, ostacolando la conclusione dell'intero processo nelle tempistiche previste.

Processo di attuazione del ciclo della performance: struttura tecnica di supporto

La struttura deputata all'attuazione del ciclo è costituita dalla UOC Programmazione e Controllo (Allegato 1 "il monitoraggio sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni relativo al ciclo della performance anno 2020 - sezione C "Processo di attuazione del ciclo della performance STP). L'UO Politiche del Personale e Gestione delle Risorse Umane interviene nella fase della valutazione individuale e relativa misurazione e quantificazione del premio di risultato avvalendosi del supporto tecnico di altre strutture organizzative.

L'OIV, a tal proposito, valuta positivamente l'unificazione dell'intero processo di valutazione della performance (organizzativa e individuale) presso la UOC programmazione e Controllo, stabilita dalla Direzione Strategica a partire dal ciclo 2022.

Infrastruttura di supporto: sistemi informativi e informatici

Non ci sono particolari novità rispetto all'anno precedente, la pandemia ha di fatto sospeso l'ulteriore implementazione di indicatori sul DWH, risulta, invece, giunto a completamento il processo di implementazione della COAN.

L'OIV prende atto del completamento dell'implementazione della COAN e auspica la ripresa del processo di implementazione del datawarehouse.

Sistemi informativi e informatici a supporto PTTC

La raccolta e pubblicazione dei dati avviene ancora su base manuale.

Definizione e gestione degli standard di qualità

Percorsi, rischio clinico ed esiti

Nel 2020 sono state realizzate e pubblicate sul sito intranet aziendale n. 58 procedure, protocolli, istruzioni operative e PDTA (di cui n. 25 relative alla gestione del COVID-19).

il CC-ICA (Comitato per le infezioni) ha prodotto e pubblicato il "*Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA)*", dove ha previsto lo svolgimento di n. 8 attività da realizzare con rispettiva matrice, in linea con gli obiettivi forniti dalla Regione; nello specifico tra le attività troviamo: informazione e formazione degli operatori per la prevenzione ed il controllo delle ICA e del COVID-19, implementazione procedure prevenzione del rischio infettivo, indagine di prevalenza sulle principali ICA e sul COVID-19, monitoraggio epidemiologico, migliorare appropriatezza assistenziale e organizzativa.

Nel 2020 vi sono state 39 richieste di risarcimento rispetto alle 54 del 2019.

L'Azienda verifica i risultati dell'assistenza attraverso vari indicatori: in Pronto soccorso si utilizza il sistema regionale di monitoraggio, nelle degenze si applicano gli Indicatori Prevalenti sui risultati delle cure.

Accreditamento e organizzazione

Non ci sono aggiornamenti, le attività iniziate nel 2019 hanno subito una battuta d'arresto causa la pandemia.

Attenzione agli stakeholder

Rispetto ai rapporti con il Volontariato è operativo il Tavolo misto di consultazione istituito nel 2016 con delibera n. 347. Inoltre è stata istituita nel mese di giugno la "Festa del volontario", giornata evento dedicata agli operatori aziendali e alle associazioni con l'obiettivo di condividere e rafforzare l'impegno comune per migliorare la qualità dell'assistenza, l'accoglienza e l'umanizzazione delle cure.

Orientamento al cittadino

Gli standard di qualità generali sono stati individuati ed illustrati nell'ambito della Carta dei Servizi, disponibile on line al link <https://www.hsangiovanni.roma.it/104013325-standard-di-qualit-1.html>

Le indagini di Customer satisfaction vengono effettuate trimestralmente attraverso interviste relativamente alla attività di ricovero presso i reparti di degenza, per l'anno 2020 solo telefoniche a causa dell'emergenza COVID, i cui risultati sono disponibili al link <https://www.hsangiovanni.roma.it/104013326-customer-satisfaction-1.html>

Gestione dei reclami a funzione di tutela è regolarmente svolta dall'URP, sulla base delle procedure individuate e descritte nel regolamento per la gestione ed il trattamento degli esposti, disponibile on line al link <https://www.hsangiovanni.roma.it/104013319-espostisegnalazioniencomi-1.html> ove è reperibile anche reportistica periodica

Revisione degli standard di qualità è prevista sulla base dei risultati ottenuti attraverso le indagini di Customer Satisfaction e dalla analisi dei reclami pervenuti, non si è ad oggi ritenuto necessario revisionare gli standard di qualità.

Nella AREA relativa agli obiettivi qualitativi è stata prevista una apposita macrosezione "Protocolli percorsi ed esiti" e una sezione "Rischio clinico e ICA" dove sono riportati obiettivi ed indicatori relativi alle attività prima ricordate.

Utilizzo dei risultati del sistema di misurazione e valutazione

Complessivamente l'OIV ha osservato un miglioramento degli aspetti metodologici di gestione del ciclo della performance organizzativa in linea con le osservazioni via via formulate, evidenziando l'integrazione fra il ciclo della performance e gli obiettivi previsti nel Piano di Rientro e di bilancio.

Descrizione delle modalità del monitoraggio dell'OIV

Nel corso dell'anno 2020 l'Organismo ha provveduto a svolgere le proprie attività di verifica e di indirizzo sulla base delle scadenze operative dell'Amministrazione.

Ad ogni seduta è stata analizzata la documentazione prodotta, richiedendo tutti gli approfondimenti documentali del caso e provvedendo ad interpellare direttamente le diverse figure di dirigenti ed operatori al fine di una migliore comprensione degli argomenti trattati.

Di ogni seduta è stata data puntuale descrizione nei verbali contestualmente redatti, nei quali è stata data evidenza dei documenti verificati e delle azioni di approfondimento richieste.

Roma, 29 aprile 2022

Federico LEGA (Presidente)

Roberto DELFINO

Maria Rosaria PERRINI

Allegato 1: monitoraggio sul funzionamento complessivo del SVTI dei controlli interni relativo al ciclo della performance anno 2020

| A. Performance organizzativa | | | | |
|--|--|---|---|--|
| A.1 | frequenza dei monitoraggi intermedi | | | trimestrale |
| A.2 | destinatari reportistica | | | Direzione strategica |
| | | | | Direttori/responsabili CdR |
| | | | | Gestori della spesa |
| A.3 | criticità rilevate nel corso dei monitoraggi hanno portato alla modifica degli obiettivi | | | SI, degli obiettivi operativi |
| B. Performance individuale | | | | |
| B.1 | categorie di personale oggetto di assegnazione obiettivi individuali | | | |
| | personale in servizio nel corso dell'anno (valore assoluto) | personale a cui sono stati assegnati obiettivi (valore assoluto) | quota personale con assegnazione tramite colloquio (valore assoluto) | quota personale con assegnazione tramite controfirma scheda obiettivi (valore assoluto) |
| Dirigenti medici | 555 | 535 | 100% | 100% |
| Dirigenti SPTA | 50 | 45 | 100% | 100% |
| Comparto | 1.889 | 1.811 | 100% | 100% |
| totale | 2.494 | 2.391 | | |
| non è stato valutato il personale in aspettativa/comando e il personale che al 31/12 non aveva raggiunto almeno i 40 gg lavorativi | | | | |
| B.2 | coerenza del processo di assegnazione degli obiettivi con il Sistema | | | |
| Dirigenti medici | SI | | | |
| Dirigenti SPTA | SI | | | |
| Comparto | SI | | | |
| C. processo di attuazione del ciclo della performance STP (Struttura tecnica permanente) | | | | |
| C.1 | Unità di personale della STP | | | 4 |
| C.2 | Unità di personale con competenze giuridiche | | | 2 |
| | Unità di personale con competenze economico gestionali | | | 1 |
| | Unità di personale con competenze altre | | | 1 |
| C.3 | costo annuo STP | la STP coincide con la UOC Programmazione Strategica | non ci sono costi aggiuntivi | |
| C.4 | composizione STP adeguata in termini di numero e bilanciamento delle competenze necessarie? | | | SI |

**D. infrastruttura di supporto
Sistemi informativi e Sistemi informatici**

| | | | |
|------------|---|---|---|
| D.1 | sistemi di CDG (Controllo di Gestione Utilizzati) | | 1 |
| D.2 | Strutture Organizzative che fanno uso del CDG | | Direzione strategica |
| | | | Direttori/responsabili CdR |
| | | | UOC Programmazione e Controllo |
| | | | Gestori della spesa |
| D.3 | quali applicativi alimentano il CDG e con quali modalità | COGE | manuale |
| | | COAN | automatica |
| | | SIS | automatica |
| | | NOIPA (personale) | automatica |
| D.4 | altri sistemi alimentati con i dati del CDG e con quali modalità | DWH | automatica |
| D.5 | il CDG è utilizzato per la misurazione degli indicatori di obiettivi strategici e | obiettivi strategici obiettivi operativi | SI SI |
| | ESEMPIO | Budget annuo | (Valore dei costi consuntivi anno - valore dei costi concordati anno) /valore dei costi concordati anno |
| D6 | da quali sistemi provengono i dati sulle risorse finanziarie assegnate agli obiettivi strategici e operativi ? | COGE COAN | obiettivi strategici obiettivi operativi |

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

| | | | | |
|--|---|---|--|---|
| E.1 | sistemi informativi e informatici per l'archiviazione, la pubblicazione e la trasmissione dei dati | | | |
| tipologia di dati | disponibilità del dato | trasmissione dei dati al soggetto responsabile della pubblicazione | pubblicazione nella sezione amministrazione trasparente | trasmissione ad altri soggetti dove effettuata |
| articolazione uffici, responsabili, telefono e posta elettronica | no banca dati no banca dati banca dati | pubblicazione diretta da parte del gestore banca dati | | NO |
| consulenti e collaboratori | no banca dati | pubblicazione diretta da parte dell'ufficio competente | | ANAGRAFE PRESTAZIONI |

| tipologia di dati | disponibilità del dato | trasmissione dei dati al soggetto responsabile della pubblicazione | pubblicazione nella sezione amministrazione trasparente | trasmissione ad altri soggetti dove effettuata |
|--|--|--|--|---|
| dirigenti | banca dati | pubblicazione diretta da parte dell'ufficio | | NO |
| incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti | no banca dati | pubblicazione diretta da parte dell'ufficio competente | | ANAGRAFE PRESTAZIONI |
| bandi di concorso | no banca dati | pubblicazione diretta da parte dell'ufficio | | RL/BURL/GU |
| tipologia procedimenti | no banca dati | pubblicazione diretta da parte dell'ufficio | | NO |
| bandi di gara e contratti | tracciato richiesto ai fini della pubblicazione su amministrazione trasparente | pubblicazione diretta da parte dell'ufficio competente | | banche dati amm.ni pubbliche |
| sovvenzioni, contributi, sussidi e vantaggi economici | non di competenza dell'amministrazione | | | |
| <i>E.1. b</i> | sistemi informativi e informatici per l'archiviazione, la pubblicazione e la trasmissione | | | |
| tipologia di dati | grado di apertura delle banche dati di archivio per la pubblicazione dei dati (soggetti che accedono) | banche dati non utilizzate per la pubblicazione (specificare perché) | | pubblicazione in sezione diverse da amministrazione trasparente (specificare perché pubblicazione al di fuori) |
| articolazione uffici, responsabili, telefono e posta elettronica | dove sussistono banche dati le stesse sono accessibili al personale individuato (cfr sezione E1) | la pubblicazione avviene sempre manualmente a cura degli uffici responsabili del dato ove disponibili estraendo i dati dalla banca dati (cfr sezione E1 ed E2) | | NO |
| consulenti e collaboratori | | | | |
| dirigenti | | | | |
| incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti | | | | |
| bandi di concorso | | | | |
| tipologia procedimenti | | | | |
| bandi di gara e contratti | non di competenza dell'amministrazione | | | |
| sovvenzioni, contributi, sussidi e vantaggi economici | non di competenza dell'amministrazione | | | |
| <i>E.2</i> modello organizzativo di raccolta, pubblicazione e monitoraggio <i>n.b. la pubblicazione dei dati avviene a cura diretta del soggetto responsabile</i> | | | | |
| attività svolte dai soggetti | raccolta dati | pubblicazione dati online | supervisione e coordinamento | monitoraggio |

| E.2 modello organizzativo di raccolta, pubblicazione e monitoraggio | | | | |
|---|--|---|---|---|
| <i>n.b. la pubblicazione dei dati avviene a cura diretta del soggetto responsabile</i> | | | | |
| attività svolte dai soggetti | raccolta dati | pubblicazione dati online | supervisione e coordinamento | monitoraggio |
| responsabile della comunicazione | NO | NO | NO | NO |
| responsabile gestione sito web | NO | NO | NO | NO |
| responsabile SIS | NO | NO | NO | NO |
| RPCT | solo quelli di propria competenza | solo quelli di propria competenza | SI | SI |
| OIV | NO | NO | NO | SI |
| E.3 monitoraggio sulla pubblicazione dei dati svolto dall'OIV | | | | |
| <i>n.b. il monitoraggio dell'OIV avviene con cadenza annuale</i> | | | | |
| | oggetto del monitoraggio | modalità del monitoraggio | comunicazione esiti monitoraggio | azioni correttive innescate dagli esiti del monitoraggio |
| strutture centrali | a) pubblicazione b) qualità/completezza | 1) supporto informatico 2) eventuale colloquio con responsabili 3) sulla totalità dei dati per la pubblicazione e a campione per la qualità completezza | Direzione Strategica RPCT Programmazione e controllo | NO |
| E.4 sistemi di rilevazione quantitativa e qualitativa degli accessi alla sezione | | | | |
| | | presenza | note | |
| sistemi per contare gli accessi alla sezione | | NO | | |
| sistemi per contare gli accessi ai singoli link nell'ambito della sezione | | | | |
| sistemi per quantificare il tempo medio di navigazione degli utenti in ciascuna delle pagine wb in cui è strutturata la sezione | | | | |
| sistemi per verificare se l'utente consulta una sola oppure una pluralità di pagine web nell'ambito della sezione | | | | |
| sistemi per verificare se l'utente sta accedendo per la prima volta alla sezione o se l'ha già consultata in precedenza | | | | |
| sistemi per verificare la provenienza geografica degli utenti | | | | |
| sistemi per misurare il livello di interesse dei cittadini sulla qualità delle informazioni pubblicate e per raccoglierne giudizi | | | | |
| sistemi per la segnalazione, da parte degli utenti del sito, di ritardi e inadempienze relative alla pubblicazione dei dati | | | | |
| sistemi per la raccolta delle proposte dei cittadini finalizzate al miglioramento della sezione | | | | |
| pubblicazione sul sito dei dati rilevati dai sistemi di conteggio accessi | | | | |
| avvio di azioni correttive sulla base di proposte/segnalazioni dei cittadini | | | | |

F. definizione e gestione degli standard di qualità

| | | |
|-------------------|--|--|
| <i>F.1</i> | l'amministrazione ha definito standard di qualità per i propri servizi all'utenza ? | SI |
| <i>F.2</i> | l'amministrazione realizza misurazioni per il controllo della qualità erogata ai fini del rispetto degli standard di qualità ? | SI |
| <i>F.3</i> | l'amministrazione ha adottato soluzioni organizzative per la gestione dei reclami, delle procedure di indennizzo e delle class action | gestione reclami gestione indennizzi gestione class action |
| <i>F.4</i> | le attività di cui alle domande precedenti hanno avviato percorsi per la revisione degli standard di qualità ? | NO |

Allegato 2: monitoraggio sull'assegnazione degli obiettivi organizzativi e individuali relativo al ciclo della performance anno 2021

| 1. categorie di personale oggetto di assegnazione obiettivi individuali | | | | |
|--|---|---|---|--|
| | personale in servizio nel corso dell'anno (valore assoluto) | personale a cui sono stati assegnati obiettivi (valore assoluto) | quota personale con assegnazione tramite colloquio (valore assoluto) | quota personale con assegnazione tramite controfirma scheda obiettivi (valore assoluto) |
| Dirigenti medici | raccolta la quasi totalità delle schede con obiettivi ed indicatori da parte dei circa 160 valutatori | | | |
| Dirigenti SPTA | | | | |
| Comparto | | | | |
| 2. coerenza del processo di assegnazione degli obiettivi con il Sistema | | | | |
| Dirigenti medici | SI | | | |
| Dirigenti SPTA | SI | | | |
| Comparto | SI | | | |

Allegato 3: monitoraggio sulla valutazione del grado di conseguimento degli obiettivi individuali e sull'erogazione dei premi, relativo al ciclo della performance anno 2020

| 1. | categorie di personale oggetto di assegnazione obiettivi individuali | | | |
|------------------|--|---------------------------------|-----------------------------|--|
| | personale valutato (valore assoluto) | periodo conclusione valutazioni | | quota personale con comunicazione della valutazione tramite colloquio con valutatore |
| | | mese /anno | valutazione ancora in corso | |
| Dirigenti medici | 523 | dic-21 | NO | 50% - 100% |
| Dirigenti SPTA | 45 | dic-21 | NO | 50% - 100% |
| Comparto | 1.800 | dic-21 | NO | 50% - 100% |
| totale | 2.368 | | | |

non è stato valutato il personale in aspettativa/comando e il personale che al 31/12 non aveva raggiunto almeno i 40 gg lavorativi

| 2. | peso dei criteri di valutazione nella valutazione delle diverse categorie di personale | |
|------------------|--|-------------------------|
| | performance organizzativa CdR | performance individuale |
| Dirigenti medici | 100% | 100% |
| Dirigenti SPTA | 100% | 100% |
| Comparto | 100% | 100% |

| 3. | distribuzione del personale per classi di punteggio finale | | | |
|------------------|--|-----------|-------|--------|
| | 100% - 90% | 89% - 60% | < 60% | totale |
| Dirigenti medici | 366 | 147 | 10 | 523 |
| Dirigenti SPTA | 36 | 8 | 1 | 45 |
| Comparto | 1.610 | 121 | 69 | 1.800 |
| totale | 2.012 | 276 | 80 | 2.368 |

| 4. | totale delle retribuzioni/premio di risultato previsto ed erogato | | | |
|------------------|---|---------------------------------------|--------------------------------|--|
| | importo massimo previsto (€) | importo eventuale acconto erogato (€) | mese e anno erogazione acconto | importo erogato a saldo (complessivo in assenza acconti) (€) |
| Dirigenti medici | 580.729,79 | | | |
| Dirigenti SPTA | 183.447,90 | | | |
| Comparto | 1.950.690,60 | | | 1.853.008,00 |

(*) Per il personale della Dirigenza, gli importi indicati sono provvisori e non considerano eventuali residui derivanti da altri fondi.

Per il personale del comparto l'importo è da considerare definitivo in esito all'accordo sottoscritto in sede di contrattazione integrativa in data 2.3.2022

| 5. | distribuzione di personale per classe di retribuzione di risultato/premio | | | |
|------------------|---|------------|-----------|--------|
| | mese erogazione | 100% - 90% | 89% - 60% | < 60% |
| Dirigenti medici | NON SONO STATI EROGATI PREMI | | | |
| Dirigenti SPTA | | | | |
| Comparto | | 1.207,00 | 378,00 | 215,00 |

| 6. | coerenza del processo di valutazione ed erogazione dei premi con il Sistema | |
|------------------|---|--|
| Dirigenti medici | IL PROCESSO DI VALUTAZIONE E' COERENTE CON IL SISTEMA | |
| Dirigenti SPTA | | |
| Comparto | | |

| | | | |
|---|--|--|---|
| 7. collegamento dei criteri di distribuzione della retribuzione di risultato/premi inseriti nel contratto integrativo alla performance individuale ? | | | |
| | | criteri | data sottoscrizione |
| Dirigenti medici | | non esiste un contratto integrativo, sono stati adottati dei protocolli operativi siglati con le OOSS (sigla verbali condivisione con le OOSS 01/12/2015-10/12/2015- | delibera approvazione n. 02/DG del 11/01/2016 |
| Dirigenti SPTA | | | |
| Comparto | | | delibera approvazione n. 01/DG del 11/01/2016 |
| 8. unità di personale che ha fatto ricorso alle procedure di conciliazione previste dal SM di cui all'art. 7 del d.lgs n. 150/2009 e loro esito | | | |
| | personale che ha fatto ricorso a procedure di conciliazione (valore assoluto) | personale per il quale le procedure sono state concluse (valore assoluto) | personale per il quale le procedure sono state concluse con esito negativo per il ricorrente (valore assoluto) |
| Dirigenti medici | al momento non risultano | | |
| Dirigenti SPTA | | | |
| Comparto | | | |
| 9. aggiornamento dei SMV con il richiamo alle previsioni legislative degli obblighi dirigenziali contenute anche nei recenti provvedimenti legislativi e, in primo luogo, nella legge per la prevenzione della corruzione e dell'illegalità nella PA | | | |
| si ritiene che i SMV siano sufficientemente aggiornati, tuttavia sono attualmente in fase di revisione | | | |