



## **Monitoraggio sul funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni**

### **RELAZIONE OIV ANNO 2023**

#### **PREMESSA GENERALE**

Ai sensi dell'art.14, comma 4, lettera a), D.Lgs. n. 150/09 l'OIV monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e dell'integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso. Lo scrivente OIV, che si è insediato il 17 luglio 2023, ha verificato che l'ultima relazione sul tema si riferisce all'anno 2021 e che, quindi, per l'annualità 2022 non è stato redatto alcun rapporto.

Sulla base delle suddette considerazioni l'OIV della AORN Santobono-Pausilipon ha redatto la presente relazione relativa all'annualità 2023.

Da sottolineare che, a partire dall'esercizio 2022, i contenuti ordinari del Piano triennale delle performance e del Piano triennale del contrasto alla corruzione e sulla trasparenza, confluiscono, insieme ad altri elementi programmatori e secondo i livelli di sintesi previsti dalla normativa di riferimento, nel *Piano Integrato di Attività ed Organizzazione*. In tal senso la AORN Santobono-Pausilipon ha approvato il suo primo PIAO con Delibera del DG n. 621 del 29.6.22, aggiornato poi per le annualità 2023-2025 in data 31/03/2023 con Delibera del DG n. 232.

Con deliberazione n. 495 del 4/7/23 è stato adottato anche il nuovo Atto aziendale che, dal momento della sua esecutività decorrente dal momento di approvazione da parte della Regione, apporterà alcune modifiche nella organizzazione di cui bisognerà tener conto nel ciclo della performance degli anni successivi.

Introdotta dal d.lgs. 150/2009 poi modificata dal d.lgs. 74/2017, il Sistema di misurazione e valutazione delle performance (SMVP) costituisce l'insieme dei principi, metodologie, modalità ed azioni che hanno ad oggetto la programmazione, il monitoraggio, la misurazione, la valutazione e la rendicontazione dei risultati dell'Azienda, posti in relazione con i soggetti e le strutture coinvolte nei processi produttivi aziendali. L'attuazione di tale Sistema consente quindi una puntuale valutazione dei risultati ottenuti dall'Azienda (performance strategica), dalle singole strutture operative in cui la Stessa si articola (performance organizzativa) e dalla correlata performance individuale dei singoli dipendenti, nel rispetto dei vigenti Contratti nazionali di riferimento (Contratto Dirigenza area Sanità, Contratto Dirigenza Funzioni Locali e Contratto del Comparto Sanità).

Per le considerazioni di cui sopra a partire dall'inizio del proprio mandato, lo scrivente OIV, ha invitato la dirigenza aziendale a procedere all'aggiornamento del SMVP e dei relativi regolamenti di valutazione del personale. In particolare, nella riunione del 7.11.23 l'OIV suggeriva diverse modifiche tra cui:

- La riduzione numerica degli obiettivi assegnati nella scheda di valutazione individuale dei dipendenti accorpendo quelli affini;
- Una modifica inerente alla distribuzione del peso relativo alla componente organizzativa e individuale della performance, chiedendo all'Azienda di rendere più chiara ed individuabile la differenziazione di tale peso, soprattutto per quanto riguarda l'Area Comparto, suggerendo di introdurre una chiara ripartizione percentuale tra le due componenti.
- L'individuazione nell'ambito degli obiettivi connessi alla prevenzione della corruzione e trasparenza, di un maggior dettaglio, attribuendo anche pesi diversificati alle varie UUOO che ricevono tale obiettivo.
- L'attivazione di un sistema coordinato di rilevazione dell'impatto dei servizi sull'utenza, implementando quello già in essere.

Tutte queste informazioni sono contenute nel nuovo Regolamento SMVP e relativi protocolli applicativi su cui l'OIV ha espresso il 13.4.24 proprio parere e che attualmente è in fase di adozione formale presso la Direzione Generale della Asl.

## **SEZIONE 1. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E VALUTAZIONE**

### **1.1 VALORE PUBBLICO**

Il concetto di Valore Pubblico può essere sintetizzato come «il miglioramento del livello di benessere degli utenti e degli stakeholders di una Pubblica Amministrazione (PA), a seguito del buon esito di una politica o di un servizio» (Deidda Gagliardo, 2012).

Pertanto, in questa Sezione, l'Amministrazione ha evidenziato come una selezione delle politiche dell'Azienda possa tradursi in termini di obiettivi di Valore Pubblico. In questo ambito, sulla base della programmazione strategica, sono stati definiti gli obiettivi programmati e che costituiscono il Piano della Performance 2023– 2025.

In prospettiva si genera Valore Pubblico pianificando strategie funzionali da misurare in termini di impatti e, successivamente, programmando obiettivi specifici (e relative performance di efficacia e di efficienza) in modo funzionale al valore pianificato.

In tal senso l'Amministrazione ha evidenziato come una selezione delle politiche dell'Azienda si traduca in termini di obiettivi di Valore Pubblico. In questo ambito, sulla base della programmazione strategica, sono stati definiti gli obiettivi e che sono confluiti altresì nel Piano della Performance 2023 – 2025.

L'art. 6 del D.L. 9 giugno 2021, n. 80 dispone infatti che nel PIAO siano evidenziati gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi definiti dall'art. 10 del D.Lgs n. 150/2009, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa.

### **1.2 CICLO DELLA PERFORMANCE**

Con deliberazione DG n. 229 del 31/03/2023, è stato adottato in via preliminare il Piano Triennale della Performance (PTP) 2023-2025 – Aggiornamento 2023 con cui l'A.O.R.N. Santobono-Pausilipon ha formalizzato l'avvio del ciclo di gestione della performance per l'anno 2023; il suddetto Piano è stato adottato precisando che *“l'adozione delle “schede obiettivo 2023” sarà oggetto di successiva delibera e che le stesse confluiranno anche nel Piano Integrato di Attività ed*

*Organizzazione (P.I.A.O.)*”; con deliberazione DG n.232 del 31/03/2023 è stato adottato il “*Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2023-2025* al cui interno è richiamato il PTP 2023-2025 sopra menzionato.

La Direzione Strategica, con nota prot. n. 5625 del 9.2.23, ha attivato il processo di negoziazione e condivisione delle proposte di budget, con i Direttori di Dipartimento i Coordinatori di Area e con i Direttori e Responsabili di Unità Operativa Complessa, Semplice e Semplice Dipartimentale, individuati come CdR., programmando, poi, con nota n. 5887/2023 i singoli incontri nel periodo compreso tra il 21 e il 24 marzo; le suddette proposte, oggetto di negoziazione, sono state articolate in obiettivi operativi declinati dagli obiettivi strategici individuati nel Piano Triennale della Performance 2023-2025 di cui alla deliberazione DG n. 229 del 31/03/2023.

Da segnalare che le procedure concorsuali per il conferimento delle nuove Unità Operative si sono protratte nel corso del 2023, con evidenti ripercussioni in sede di assegnazione degli obiettivi operativi ai Responsabili delle nuove UU.OO. L'AORN Santobono-Pausilipon, procedendo all'assegnazione delle schede di budget ai Direttori/Responsabili di UU.OO., nominati nel II semestre del c.a., ha concluso, di fatto, il processo di budget per l'anno 2023 con notevole ritardo, solo il 15.11.23 con deliberazione DG n. 827.

Per le politiche di performance adottate dall'Azienda nell'anno 2023 i principali stakeholders presi in considerazione per una valutazione dell'impatto prodotto sono stati:

- i pazienti, gli utenti ed i loro familiari;
- il personale dipendente, dirigente e di comparto, sanitario, amministrativo, professionale e tecnico;
- le Istituzioni tra cui le principali: Il Ministero della Salute, La Regione Campania;
- Università;
- i Fornitori;
- le Associazioni di volontariato e di tutela dei pazienti.

Si riportano a seguire gli obiettivi strategici individuati dall'AORN per il Triennio 2023-2025 contenuti nel relativo Piano approvato:

## 1. CONTROLLO STRATEGICO

### 1.1. Sviluppo Organizzativo Aziendale

1.1.1-Perseguimento degli adempimenti previsti dalla programmazione regionale in merito agli obiettivi assegnati al DG.

## 2. QUALITÀ DELLE ATTIVITÀ E DEI SERVIZI

### 2.1. Sistema Produttivo

2.1.1 - Governo dell'utilizzo dell'Istituto delle prestazioni aggiuntive in auto-convenzionamento in coerenza con la programmazione dell'offering aziendale e nel rispetto delle normative nazionali e regionali;

2.1.2 - Incremento dell'accuratezza flussi informativi attività sanitarie e amministrativo-gestionali;

2.1.3 - Ottimizzazione procedure amministrative-contabili (gara, appalti, liquidazione sinistri, pagamenti); 2.1.4 - Potenziamento delle attività finalizzate a garantire l'appropriatezza delle attività assistenziali: ricovero (Adempimenti griglia LEA - Intesa Stato Regione 2005 - Nuovo Sistema di Garanzia), OBI ed ambulatoriale;

### 2.2. Processi Clinici

2.2.1- Implementazione delle attività inerenti rischio clinico, infezioni ospedaliere e sicurezza delle cure oltre che della gestione delle opportune procedure e percorsi anti COVID-19;

2.2.2- Implementazione di modelli gestionali per la presa in carico di pazienti attraverso PDTA, reti cliniche intra e interaziendali per l'emergenza e l'alta specialità; (es. Telemedicina e percorsi di accreditamento);

### 2.3. *Utenza*

2.3.1 - Potenziamento di azioni promuoventi la partecipazione del cittadino alla valutazione della performance organizzativa;

2.3.2 - Potenziamento di azioni promuoventi l'umanizzazione, l'accoglienza, il confort, l'informazione e la partecipazione alle cure da parte dei pazienti e dei loro familiari, con particolare riguardo al rispetto della carta dei diritti del bambino in ospedale;

### 2.4 *Trasparenza dei Percorsi*

2.4.1 - Potenziamento delle iniziative tese a migliorare i percorsi di trasparenza ed integrità e dei processi di prevenzione alla corruzione sia in campo amministrativo che assistenziale (liste di attesa, intramoenia, etc.);

2.4.2-Potenziamento delle iniziative tese a migliorare le procedure in materia di trattamento dei dati e tutela privacy;

## 3. SALUTE DELL'AZIENDA

### 3.1. *Crescita Professionale, Tutela e Sorveglianza*

3.1.1- Promozione dell'alta specialità della ricerca clinica e delle azioni propedeutiche al Riconoscimento IRCCS; potenziamento delle attività riguardanti: sviluppo di Studi, progetti di ricerca, sperimentazioni cliniche, sviluppo attività formative e collaborazioni scientifiche interaziendali con centri di rilevanza nazionale ed internazionale;

3.1.2- Implementazione delle attività in materia di sorveglianza e sicurezza del lavoratore, con particolare attenzione alla corretta adozione delle misure di contrasto alla diffusione del SARS-COV-2 (misure di sorveglianza sanitaria speciale);

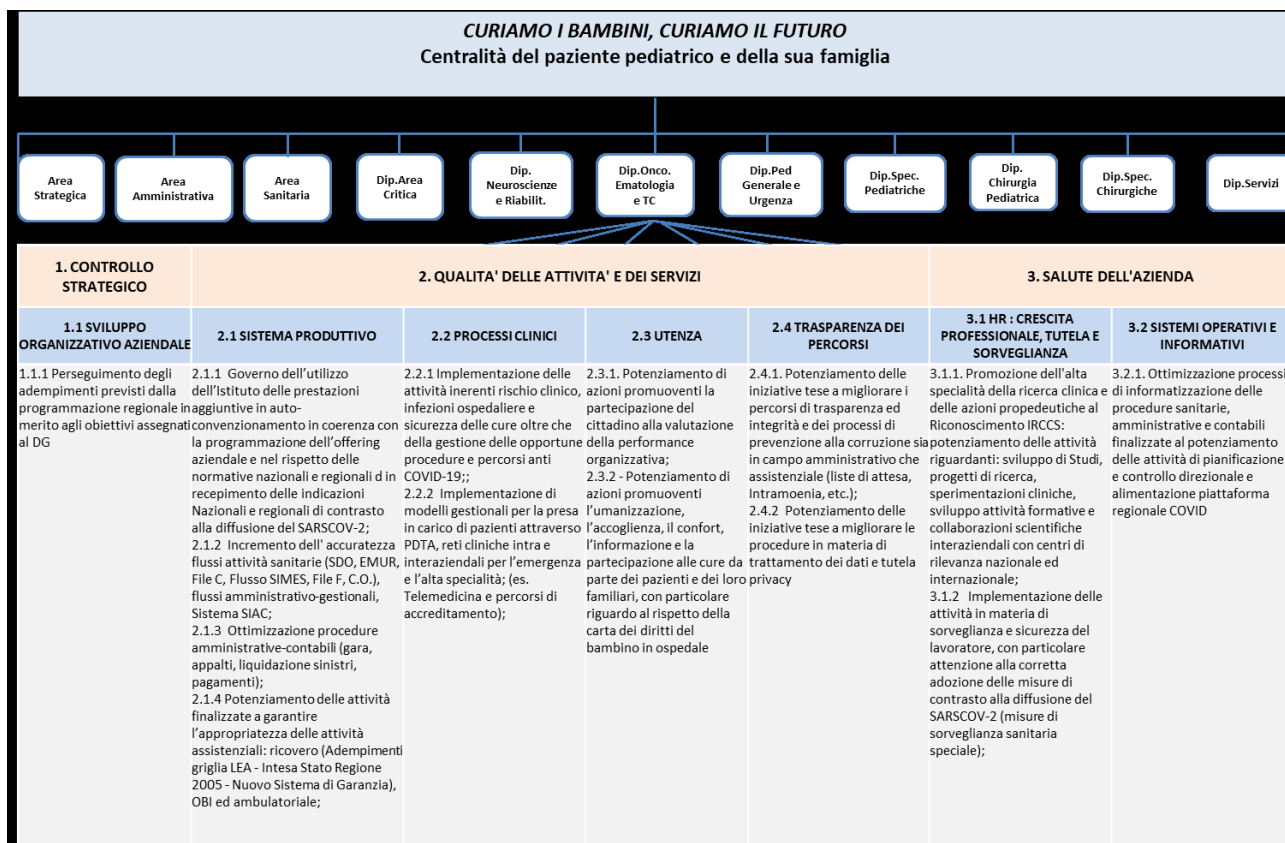
### 3.2. *Sistemi Operativi e Informativi*

3.2.1- Ottimizzazione processi di informatizzazione delle procedure sanitarie, amministrative e contabili finalizzate al potenziamento delle attività di pianificazione e controllo direzionale e alimentazione piattaforma regionale COVID.

### **1.2.1 Albero della performance: dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi**

L'albero della performance costituisce una mappa strategica in grado di rappresentare efficacemente le relazioni tra mandato istituzionale/missione, aree strategiche, obiettivi strategici e obiettivi operativi da declinare per ciascun Centro di Responsabilità dell'Azienda. La declinazione degli obiettivi operativi da linee strategiche è riportata nell' Allegato 2 del Piano della Performance 2023-2025 consultabile sul sito aziendale.

Ai fini di una rappresentazione sintetica e complessiva si riporta, di seguito, lo schema dell'albero della performance dell'AORN per l'anno 2023.



A partire dall'obiettivo di mandato/missione *“Curiamo i bambini, curiamo il futuro centralità del paziente pediatrico e della sua famiglia”*, gli obiettivi strategici sono declinati per l'anno 2023 in macro-obiettivi operativi distribuiti tra le UU.OO. Complesse, Semplici Dipartimentali e Semplici Interdipartimentali, il cui dettaglio di ripartizione è riportato nell'Allegato 3 del Piano della Performance 2023-2025 consultabile sul sito aziendale.

**Per quanto non riportato nella presente sezione, si rimanda all' Allegato 1) “Piano Triennale della Performance 2023-2024” adottato con deliberazione n.229 del 31/03/2023.**

### 1.2.2 La relazione sulla performance

La Relazione sulla performance, secondo quanto stabilito dall'articolo 10, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 150/09 è approvata dall'organo di indirizzo politico-amministrativo e validata dall'Organismo di valutazione ai sensi dell'articolo 14, comma c) e evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse assegnate, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato.

Secondo quanto previsto dall'articolo 10, comma 1, del decreto, la Relazione è redatta con lo scopo di assicurare “la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance”.

Partendo da questi presupposti l'OIIV dal momento del suo insediamento ha avviato un immediato confronto con la direzione strategica che ha avuto momenti significativi di discussione comune.

In data 12.12.23 l'OIIV, esaminando l'ultimo testo trasmesso con mail del giorno 11 dicembre 23 della Struttura tecnica di supporto, l'OIIV validava la Relazione, esprimendo, tuttavia, *le raccomandazioni* che seguono utili per superare nelle prossime annualità i limiti ancora presenti che di seguito si elencano.

1.Si riscontra un notevole ritardo nell'assegnazione degli obiettivi che rischia di svalutare tutto il processo del ciclo della performance; pertanto, si auspica per il futuro il rispetto di

quanto la stessa Azienda ha programmato e indicato chiaramente nel capitolo 5 della Relazione della medesima annualità 2022.

2. La mancata valorizzazione per il personale del comparto della componente organizzativa della performance va al più presto superata nei cicli degli anni a seguire, essendo tale componente un elemento fondamentale per una corretta valutazione complessiva del personale.

3. Pur prendendo atto delle motivazioni inserite nel capitolo 6.1.1 relative alla performance organizzativa, andrebbe approfondito, comunque, il punto riguardante *la mancata differenziazione delle valutazioni individuali* e al relativo percorso effettuato, visto che la totalità dei dipendenti è collocato in un range superiore al 90%, anche se sono in sospenso, in attesa di una valutazione definitiva, circa l'8% delle schede individuali. Si ricorda al proposito quanto previsto sia dall'art. 9, comma 1, lettera d) che dall'art. 14, comma 4, lettera d) e cioè che uno degli elementi importanti di misurazione e valutazione della performance individuale dei dirigenti è collegata alla capacità di valutazione dei propri collaboratori dimostrata tramite "una significativa differenziazione dei giudizi".

4. Pur apprezzando quanto ampiamente descritto nel capitolo 3.3.4, andrebbe implementato ed esteso un sistema coordinato di rilevazione dell'impatto dei servizi sull'utenza non solo esterna, ma anche interna (vedi ad es. i sanitari versus servizi amministrativi) e rappresentato il suo collegamento con la valutazione ottenuta dalle singole strutture sulla performance organizzativa. Inoltre, in mancanza di un sistema strutturato ed esteso di rilevazione della soddisfazione della customer satisfaction rispetto ai servizi erogati, si suggerisce di coinvolgere l'URP per una rilevazione, per singolo C.d.R, di reclami, encomi, ringraziamenti o quant'altro, rilevabile direttamente in Azienda o attraverso social media, strumenti telematici o altre modalità interattive. Una volta eseguita la rilevazione, la stessa andrebbe inserita nella Relazione nella specifica sezione implementandola.

5. Per il fattore di valutazione relativo al rispetto della normativa sulla trasparenza e all'anticorruzione andrebbe acquisito per singolo C.d.R. quanto riscontrato dal RPCT per l'anno di competenza, estrapolabile dalla Relazione annuale dello stesso e/o dal PPCT, nonché dal monitoraggio annuale degli adempimenti previsti dall'ANAC. A tal fine andrebbe inserita nella Relazione, nella relativa sezione, un focus specifico.

### 1.2.3 Regolamenti per la valutazione del personale

Riguardo ai regolamenti di valutazione del personale sono stati avviati e sono in via di conclusione i confronti con le OO.SS. per l'adozione dei nuovi regolamenti relativi alla Dirigenza Sanitaria, PTA e al personale del Comparto (anche se non ancora approvati formalmente con delibera alla data di stesura della presente Relazione).

## **SEZIONE 2. TRASPARENZA E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE**

### **2.1 PERCORSI DI TRASPARENZA E PROCESSI DI PREVENZIONE ALLA CORRUZIONE**

Nell'ambito del Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza sono stati assicurati l'espletamento delle seguenti attività, anche ai fini dell'integrazione tra il sistema di monitoraggio delle misure anticorruzione e i sistemi di controllo interno:

- aggiornamento anno 2023 PTPCT;
- vigilanza sul rispetto del codice di comportamento e disciplinare nonché sull'osservanza di leggi, regolamenti, contratti e norme etiche ed aziendali;
- indicazione di misure correttive gestionali e comportamentali, anche al fine di prevenire la commistione di fatti corruttivi e di illeciti disciplinari;

- organizzazione di attività formativa e di sensibilizzazione rivolta al personale per la diffusione della cultura della trasparenza, sull'etica e sui rischi corruttivi;
- Sono state avviate poi le seguenti iniziative per il rafforzamento delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza in aree maggiormente esposte al rischio di corruzione, attivando specifiche azioni di monitoraggio di I e di II livello sulle aree maggiormente esposte ai rischi corruttivi. In particolare, sono state adottate le seguenti misure per ciascuna delle aree a rischio corruttivo:

□ ***Gestione e reclutamento del personale:***

- Utilizzo di piattaforma informatica per la ricezione delle domande di partecipazione dei candidati e adozione di procedura informatizzata per la scadenza dei termini delle stesse. Pur in assenza di disposizioni normative che vietano la pubblicazione dei bandi in determinati periodi dell'anno, l'Azienda solo in via eccezionale e/o di emergenza procede alla pubblicazione in detti periodi.
  - Rispetto della normativa prevista per la composizione delle Commissioni di concorso pubblico, anche riservato, con previsione di almeno un componente esterno.
  - Sottoscrizione da parte di tutti i componenti della Commissione di dichiarazione di assenza di conflitto di interessi e di inconferibilità all'incarico.
  - Acquisizione autorizzazioni allo svolgimento degli incarichi da parte delle Aziende di appartenenza.
  - Controlli a campione sulle dichiarazioni rese.
  - Fissazione preventiva dei criteri per la valutazione dei titoli da parte delle Commissioni in fase di insediamento;
  - Ricorso in via analogica ai criteri per la valutazione dei titoli di carriera e di studio stabiliti dalla normativa vigente per i concorsi, nel rispetto delle indicazioni contenute nel bando (legge speciale);
  - Riattivazione delle Commissioni esaminatrici in caso di motivate istanze di riesame della valutazione dei titoli.
  - Predisposizione di Regolamento che stabilisca i criteri e la procedura delle progressioni orizzontali con maggiore valorizzazione delle competenze e della professionalità del personale.
  - Predisposizione accordo aziendale con le OO.SS per la finalizzazione delle risorse economiche e definizione dei criteri selettivi.
  - Controllo periodico e/o a campione dei cedolini e sulle variabili accessorie, in rapporto ai cartellini presenze, alla pianificazione dei turni e ai profili professionali.
  - Adeguata formazione del personale.
  - Determinazione dei fondi contrattuali aree dirigenza e comparto in applicazione della normativa contrattuale e governativa vigenti nonché delle indicazioni regionali in materia.
  - Costante monitoraggio del costo del personale e dell'andamento dei fondi contrattuali, allo scopo di perseguire gli obiettivi di razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse umane e di contenimento della spesa per il personale, senza pregiudizio per il raggiungimento dei LEA.
- ***Gestione liste di attesa***
- Informatizzazione delle agende ambulatoriali e delle liste di attesa. Adesione al CUP regionale. Continuo monitoraggio dei flussi informativi.
  - Continuo monitoraggio dei tempi di attesa delle singole specialità.
- ***Gare d'appalto***
- Potenziato l'ufficio ingegneria clinica.
  - Formazione specifica delle figure tecniche dedicate alla redazione dei capitolati tecnici.
  - Monitoraggio delle scadenze contrattuali (scadenzario contratti).

- Valutazione, nei casi di lavori di manutenzione ordinaria, della possibilità, da considerarsi prioritaria, di aderire ad Accordi Quadro e/o Convenzioni.
- Adeguata forma di pubblicazione degli strumenti di programmazione sul sito istituzionale e sugli altri siti previsti dalla normativa in materia al fine di consentire eventuali osservazioni dagli stakeholders interessati.
- Adeguata motivazione in delibera e/o accertamento del possesso di certificazioni e documentazioni attestanti l'esclusiva e/o l'infungibilità.
- Adozione di procedure interne chiare e trasparenti, a garanzia dell'ampliamento della platea dei concorrenti, attraverso la consultazione di più operatori economici/indagini di mercato.
- Rotazione degli operatori economici che risultano affidatari diretti di lavori e servizi - Garanzia della massima pubblicità di tali tipologie di procedure.
- Acquisizione dichiarazioni di assenza conflitto di interessi con controlli a campione da parte del RCPT.
- Rotazione degli incarichi di RUP tra il personale assegnato alla Struttura, individuando persone dotate di idonei requisiti per lo svolgimento dell'incarico

## **2.2 ADEMPIMENTI ANNUALI SULLA TRASPARENZA**

In premessa c'è da rilevare che la novità dell'introduzione da parte di ANAC nel 2023 di una nuova e isolata scala di valutazione pari al 100% dei vari adempimenti e la profonda modifica, rispetto alla precedente, dell'alberatura delle sottosezioni della griglia, in particolare nella sezione Bandi di gara e contratti, ha messo in oggettiva difficoltà l'OIV e, allo stesso tempo, anche le strutture aziendali deputate all'alimentazione delle specifiche parti del sito. Infatti, è stato pressoché impossibile, con controlli a campione, stabilire un grado di adesione preciso agli obblighi quando, per mancanza della specifica voce nella griglia, non è possibile quantificare il numeratore.

Un'altra difficoltà che l'OIV ha riscontrato nella propria azione di verifica è stata che gli adempimenti relativi ai documenti pubblicati fino al 13 ottobre 2022 sono consultabili mediante apposito link di re-invio alla pagina dedicata relativa al "precedente sito istituzionale" e non direttamente sull'attuale sito. Anche l'uso di link con altre banche dati esterne all'Azienda come quella del DPF e del MEF relative agli incarichi esterni e ai tempi, costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche ha reso meno agevole la verifica.

Ciò premesso l'OIV si è avvalso in sede di una prima verifica effettuata il 26 luglio 2023:

- dell'istruttoria svolta dai dirigenti delle varie strutture interessate e dal lavoro di controllo e vigilanza del RPCT aziendale (come da nota prot. 15319 del 17/7/23);
- dell'ulteriore confronto diretto con gli interlocutori aziendali per il tramite del RPCT, ove le valutazioni espresse nell'istruttoria non avevano chiarito i dubbi dei componenti dell'Organismo.

Tale percorso, perseguito in uno spirito di leale collaborazione, ha permesso all'OIV stesso di sviluppare un giudizio quanto più vicino alla realtà.

Nondimeno l'OIV ha deciso di applicare un criterio di massima prudenzialità nell'attribuire le percentuali di adesione, in particolare al 100%, riservandosi di approfondire poi le situazioni non ottimali nel successivo previsto monitoraggio di novembre/dicembre.

Tale criterio è stato applicato in particolare (ma non esclusivamente) sulla Macrofamiglia (sottosezione livello 1) "Bandi di gara e contratti" che è quella che ha comportato le maggiori difficoltà di controllo, sia per la numerosità degli atti inseriti sia per la mancanza nel sito aziendale di una suddivisione in caselle specifiche con la "Denominazione del singolo obbligo" che rendesse possibile e fattibile una verifica efficace dello stesso (come da schema predisposto da ANAC).

Anche nel caso della sottosezione "Prevenzione della corruzione" contenuta all'interno di "Altri contenuti" i dati erano in gran parte presenti ma in unico macro-contenitore che non



teneva conto della suddivisione in caselle specifiche in cui inserire i singoli dati. In altri casi pur essendo presenti le caselle specifiche le stesse non contenevano i dati richiesti dalla normativa. Conclusivamente l'OIV per quanto sopra argomentato, avvalendosi della facoltà di formulare proposte e raccomandazioni, nonché di comunicare le criticità riscontrate, suggeriva alle strutture aziendali competenti di attivarsi per superare dette criticità in vista del successivo monitoraggio di fine anno. Inoltre l'OIV nel rilasciare la certificazione relativa all'attestazione annuale sul rispetto degli obblighi di trasparenza per l'anno 2023, secondo la griglia predisposta da ANAC (Delibera n. 203/2023), si è impegnato ad analizzare, successivamente, lo stato dell'arte sul sito della A.O. di tutti gli obblighi di trasparenza previsti dalla normativa vigente, non limitandosi solo a quelli oggetto di certificazione e attestazione per l'anno in corso, per le quali si rimanda alle specifiche criticità riscontrate nel corso della rilevazione dell'anno in corso (riferite alla certificazione della Scheda di rilevazione di cui alla Delibera n. 203/2023 ANAC).

A tal fine, è stata consultata la sezione Amministrazione Trasparente, controllando non nel dettaglio tutti gli elementi richiesti nelle griglie Anac (pubblicazione, completezza del contenuto, completezza rispetto agli uffici, aggiornamento, apertura formato), ma solo la presenza o meno della pubblicazione dei documenti riferiti all'obbligo. L'esito del controllo ha registrato diverse carenze, prontamente segnalate alle strutture aziendali che vanno colmate anche in vista degli adempimenti che saranno previsti per gli anni futuri.

### **SEZIONE 3. CONTROLLI INTERNI**

I controlli interni, disciplinati dalle norme vigenti, sono finalizzati a:

- 1.garantire la legittimità, regolarità e correttezza dell'azione amministrativa (controllo di regolarità amministrativa e contabile);
- 2.verificare l'efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati (controllo di gestione);
- 3.valutare le prestazioni del personale con qualifica dirigenziale (valutazione della dirigenza);
- 4.valutare l'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, programmi ed altri strumenti di determinazione dell'indirizzo politico, in termini di congruenza tra risultati conseguiti e obiettivi predefiniti (valutazione e controllo strategico);

La prima tipologia di controlli è stata effettuata, a norma di legge, dal collegio sindacale.

La seconda dalla Struttura deputata al Controllo di gestione.

Nell'ambito della terza e quarta tipologia di controlli diversi attori hanno partecipato al complesso processo che ha portato alla determinazione delle risultanze finali: dirigenti di struttura, controllo di gestione, direzione generale e OIV.

#### **3.2 INTERNAL AUDITING**

Il sistema di Audit Aziendale ha lo scopo di garantire l'unitarietà degli intenti e dei metodi nonché una visione d'insieme delle esigenze di miglioramento dei processi aziendali. Il sistema di Audit Interno si esplicita come attività indipendente, di garanzia e consulenza finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione. Opera secondo regole, metodologie, organizzazione e piani di lavoro che favoriscono, tra l'altro, il rispetto a tutti i livelli delle varie norme di legge ed in particolare D.Lgs 231/01, Legge 190/2012 e D.Lgs 33/2013.

Per quanto concerne l'attività di *Internal Auditing*, pianificata con Delibera del Direttore Generale n. 794 del 21.11.2022, alla data del 31.12.2023, è stato effettuato e concluso il monitoraggio in ordine ai processi correlati a n. 7 procedure amministrativo contabili, come di seguito specificato:

PROCEDURA		data cronoprogramma	lettera di notifica	data Audit	report finale audit
Codice	Titolo				
A4.2	Apertura e chiusura del Piano dei centri di costo e di responsabilità	gen-23	nota n.0174 del 03.01.2023	11/01/2023	trasmesso nota prot.n. 1632 del 20/01/2023
I6.1.6	Gestione compensi nei corsi di formazione ECM e non	mar-23	nota n.6181 del 16.03.2023	29/03/2023	trasmesso nota prot. n.8982 del 24/04/2023
I6.1.7	Gestione compensi nei corsi di laurea in convenzione con le Università	nov-23	nota n.24309 del 21.11.2023	27/11/2023	trasmesso nota prot. n.25626 del 07/12/2023
H4.1	Donazioni vincolate ad investimenti e non	mag-23	nota n.10486 del 15.05.2023	UOC AA.GG. 29/05/2023	trasmesso nota prot. n. 13536 del 22/06/2023
				UOC GEF 30/05/2023	trasmesso nota prot.n.14398 del 04/07
G4.2	Gestione della cassa economale	set 23	nota n.19208 del 18.09.2023	UOC GEF 26/09/2023	trasmesso nota prot.n.20559 del 05/10
I6.1.4	Pagamento delle spese di lite	giu-23	nota n.13102 del 16/06/2023	UOC AA.LL. 20/06/2023	trasmesso nota prot. n. 17975 del 04/09
				UOC GEF 27/06/2023	trasmesso nota prot. n. 17974 del 04/09
A4.3	Reclutamento del personale	ott-23	nota n.21365 del 16/10/2023	24/10/2023	trasmesso nota prot. n. 22358 del 26/10

A completamento dell'attività è stato trasmesso il report di *audit* approvato: laddove sia stata riscontrata l'esigenza di azioni/misure correttive da parte dell'*owner* del processo sono stati, altresì, concordati i tempi di realizzazione ed eventualmente previsti audit di *follow up*.

In particolare, sono stati conclusi i *follow up* relativi agli audit sulle procedure interne:

- **A4.2 “Apertura e chiusura centri di costo e di responsabilità”**, apportando le integrazioni previste dalle azioni correttive di cui al report nota pro.de 1632 del 20.01.2023;
- **I6.1.6 “Gestione dei compensi nei corsi di formazioni ECM e non”** conclusosi con l'adozione della revisione della stessa in conformità alle azioni correttive (report nota pro de 8982 del 24.04.2023).

### **3.2 CONTROLLI INTERNI SU ADEGUATEZZA ED APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI**

Il sistema di controlli interni rappresenta uno strumento necessario per il perseguimento di obiettivi di efficienza ed efficacia dell'assistenza fornita, nell'ambito del miglioramento continuo della qualità, permettendo l'adozione tempestiva di azioni correttive nei casi di ingiustificato scostamento dai valori standard nazionali e regionali. L'Azienda, allo scopo di portare a regime un sistema di reporting periodico sull'appropriatezza delle prestazioni di ricovero ospedaliero, nonché garantire la corretta compilazione delle SDO e la loro corrispondenza con le cartelle cliniche in attuazione alla normativa vigente, sviluppa attività di controllo in merito ad appropriatezza, efficienza, efficacia della attività di ricovero.

Al fine di raggiungere gli obiettivi assegnati sono stati definite le modalità dei controlli interni. A partire dal 1° gennaio 2020, sono stati implementati il protocollo aziendale per le attività di controllo dei ricoveri, aggiungendo ai controlli già previsti, mirati soprattutto alla congruità e all'appropriatezza, altri ulteriori, tesi alla verifica dell'efficienza e dell'efficacia.

Di seguito sono riportati tutti i controlli previsti.

#### **Controlli di congruità**

I controlli di congruità sono finalizzati a valutare l'esattezza della compilazione delle SDO, cioè la corretta codifica delle variabili anagrafiche e amministrative, delle diagnosi, degli interventi e procedure e la corrispondenza tra quanto accaduto durante il ricovero e registrato nella cartella clinica, e quanto segnalato e codificato nella SDO, ai fini della corretta attribuzione dei DRG e della puntuale determinazione degli importi tariffari.

I controlli di congruità sono i seguenti:

- Corrispondenza fra informazioni contenute in cartella clinica e SDO;
- Puntuale scelta dei codici ICD-9-CM;
- Corretta sequenza dei codici di diagnosi e di procedura/intervento;
- Congruità tra codifica ed il DRG ottenuto;
- Presenza della documentazione di ricovero.

#### **Controlli di appropriatezza**

Tali controlli sono finalizzati a verificare eventuali fenomeni di inappropriata nella attività di ricovero e, nello specifico, prevedono le seguenti rilevazioni:

- % di inappropriata DRG LEA;
- % DRG con eventi sentinella;
- % ricoveri ripetuti;
- % DRG sentinella (DRG 469-470);
- % DRG mal definiti (DRG 424-468-476-478).

#### **Controlli di efficienza**

Questi controlli sono finalizzati a verificare l'efficienza dell'attività di ricovero e prevedono la rilevazione degli indicatori classici.

□ Indicatori statistici classici per ricoveri ordinari:

- N° ricoveri
- N° trasferimenti
- Posti letto da HSP 12
- Degenza media
- Indice di rotazione
- Indice di turnover
- Indice di occupazione
- N° ricoveri di 0-1 giorno
- % di ricoveri 0/1 giorno sul totale degli ordinari
- N° ricoveri  $\geq 2$  giorni
- % ricoveri  $\geq 2$  giorni sul totale degli ordinari
- Peso medio per ricovero
- N° di ricoveri outliers
- % dei ricoveri outliers sul totale degli ordinari
- % DRG chirurgici sul totale dei ricoveri ordinari
- Peso medio DRG chirurgici
- Degenza media pre-operatoria
- Degenza media post-operatoria
- Indice di case mix
- Valorizzazione economica dei DRG

□ Indicatori statistici classici per ricoveri a ciclo diurno:

- N° ricoveri
- N° accessi
- Posti letto da HSP 12
- Indice di occupazione
- N° DRG medici
- % DRG medici di tipo terapeutico
- % DRG medici di tipo diagnostico

### **Controlli di efficacia**

Questi controlli sono finalizzati a verificare l'efficacia dell'attività di ricovero e sono rappresentati dagli indicatori del Piano Nazionale Esiti (PNE) e dagli Indicatori del Decreto n° 70 del 2 aprile 2015 del Ministero della Salute.

## **SEZIONE 4. VALUTAZIONI CONCLUSIVE**

Il processo di programmazione, valutazione e controllo, se correttamente implementato, consente di valutare la Performance di Ente nel suo complesso e per ogni sua singola Struttura, analizzando l'operato dei Dirigenti e dei Titolari di Posizione Organizzativa delle Strutture in ragione degli obiettivi assegnati, dei budget, delle attività pianificate e degli indicatori, quantitativi e qualitativi, individuati per valutare l'impatto della gestione dell'Ente sugli utenti. Permette, inoltre, di valutare il rispetto degli obblighi della Trasparenza e dell'Anticorruzione, dei contenuti del Codice di comportamento Aziendale, arrivando a determinare quindi per ciascun Dirigente e Responsabile il valore della performance espressa. In tutte le fasi del Ciclo della Performance, come illustrato nel capitolo dedicato, nel 2023 sono state adottate misure che hanno posto le premesse per superare nel 2024 gran parte delle criticità emerse nella relazione OIV sulla Performance relativa all'anno 2022.

Infatti, riguardo all'aggiornamento del Regolamento sul SMVP e ai relativi Protocolli applicativi di valutazione del personale (che erano stati segnalati come criticità dall'OIV nel 2023) il primo è in via di approvazione deliberativa da parte del DG; per i secondi sono stati avviati e sono in fase conclusiva i confronti con le OO.SS. per la loro adozione, anche se non ancora approvati formalmente alla data di stesura della presente Relazione.

Una maggiore attenzione dei tempi di approvazione di tali provvedimenti consentirebbe anche di superare un altro ritardo, che è quello della formalizzazione e attribuzione a inizio anno degli obiettivi.

Del resto una funzione di programmazione ben strutturata combinata con un'attività di rendicontazione da parte dei dirigenti e un forte supporto del servizio di controllo di gestione consentirebbero un processo di valutazione più puntuale e certo sia nei tempi che nei giudizi. Si evidenzia come l'implementazione di un circolo virtuoso di programmazione e controllo sia una leva fondamentale e strategica per il miglioramento della capacità di rendicontazione e quindi di organizzazione da parte di tutti i dipendenti dell'Ente, leva fondamentale per l'Amministrazione al fine di raggiungere gli obiettivi previsti nel proprio programma e alzare la qualità dei servizi erogati.

Al fine di ottenere dei risultati significativi è fondamentale che anche l'attività di rendicontazione sul raggiungimento degli obiettivi da parte dei valutati sia tempestiva e non in un orizzonte temporale eccessivamente dilatato rispetto l'anno di valutazione.

Dagli ultimi dati disponibili, riferiti al 2022, risulta poi un appiattimento delle valutazioni e uno spostamento di quest'ultime verso i punteggi massimi che in parte contrastano con i criteri generali del processo di valutazione previsti dalla normativa vigente.

Sempre a parere dello scrivente Organismo di Valutazione, si rende necessaria anche l'implementazione in maniera stabile e sistematica di un sistema coordinato di rilevazione dell'impatto dei servizi sull'utenza e di misurazione della soddisfazione della stessa, elemento fondamentale, insieme a quello degli obblighi di trasparenza, per impostare al meglio, come previsto dalla legge, il sistema di valutazione del personale dipendente.

Per quanto riguarda il rispetto degli obblighi di trasparenza e relativa pubblicazione sono state superate alcune delle criticità rilevate dallo scrivente Organismo di Valutazione nell'anno 2023, anche se il livello di implementazione della Sezione "Amministrazione Trasparente" è ancora da migliorare.

Infine si segnala che particolare rilievo dovrà essere dato nell'aggiornamento del PIAO 2024-2026 e nella stesura dei successivi:

1. alle nuove disposizioni introdotte per effetto dell'art.3 del D.Lgs. n.222 del 13 dicembre 2023 che introducono l'obbligo per le PP.AA. di cui all'art. 1, comma 2, del D.lgs. 165/2001 di individuare un dirigente amministrativo o equiparato che abbia esperienza sui temi dell'inclusione sociale e dell'accessibilità delle persone con disabilità, cui siano assegnati specifici obiettivi programmatici e strategici;
2. alle disposizioni di cui all'art.4bis del D.L. 24 febbraio 2023 n.13, conv. nella L. 21 aprile 2023 n.41 in tema di riduzione dei tempi di pagamento delle pubbliche amministrazioni con riguardo alla necessità di assegnare obiettivi annuali funzionali al rispetto dei tempi di pagamento ai dirigenti responsabili dei pagamenti delle fatture commerciali, nonché a quelli apicali delle relative strutture. Tali obiettivi richiedono un sistema di monitoraggio e di rendicontazione basato sui dati desumibili dalla piattaforma di certificazione dei crediti e integrato con il sistema amministrativo contabile (SIAC) presente in Azienda, che va costruito attentamente. A tal proposito,

si segnalano le indicazioni fornite dalla Circolare DFP e RGS n.1 del 03. 01.2024 e da ultimo dalla Circ. RGS n.15 del 5 aprile 2024.

Da ultimo si dispone:

- l'invio della presente Relazione: al Direttore Generale, al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario; per conoscenza al Direttore del Personale, al Direttore del Bilancio, al Direttore del Controllo di Gestione, al Responsabile della Trasparenza, della Prevenzione della Corruzione e dei Sistemi Informatici;
- la pubblicazione tempestiva della stessa Relazione nell'apposita sezione di Amministrazione Trasparente sul sito web dell'Ente.

**25 Aprile 2024**

Firma dei componenti OIV

**F.to Dr Norberto Cau**



**F.to Dr.ssa Mailyn Flores**

**F.to Dr Emilio Morgevi**

