

ASST di Lodi

RELAZIONE ANNUALE DELL'ORGANISMO DI VALUTAZIONE¹ SULLO STATO NEL 2016 DEL FUNZIONAMENTO DEL SISTEMA COMPLESSIVO DELLA VALUTAZIONE, DELLA TRASPARENZA ED INTEGRITÀ DEI CONTROLLI INTERNI

Nucleo di Valutazione delle Prestazioni: Davide Croce (Presidente), Angelo Argenterì, Angela Vinciguerra

Sommario

PREMESSA	2
FUNZIONAMENTO COMPLESSIVO DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE	2
FUNZIONAMENTO COMPLESSIVO DEL SISTEMA DI PROGRAMMAZIONE	4
ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	4
COLLEGAMENTO CON ALTRI SISTEMI DI CONTROLLO E SISTEMA INFORMATIVO	5
MONITORAGGIO OIV	6
PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO	6

¹ DI CUI ALL'ART. 14, COMMA 4, LETT. A) DLGS. 150/2009

PREMESSA

Questa relazione rappresenta il momento di verifica annuale dell'applicazione da parte dell'ASST di Lodi dei disposti di cui al D. Lgs. n.150/2009, dell'ANAC e delle metodologie e delle indicazioni dell'OIV della Giunta della Regione Lombardia.

L'ASST di Lodi, in ottemperanza a quanto previsto dal D. Lgs. n.150/2009, alla legge regionale 7 luglio 2008 n. 20 "Testo unico delle leggi regionali in materia di organizzazione e personale", all'articolo 1 lettera g) della legge regionale 6 agosto 2010 n. 14 "Interventi di razionalizzazione sul sistema regionale", che riserva all'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance la funzione di indirizzo e coordinamento dei singoli Nuclei di Valutazione delle Prestazioni degli enti del SSR, ai vari decreti attuativi della DG Salute/Welfare e alla DGR N° X / 5539 del 02/08/2016, ha costituito, ai sensi della normativa di cui sopra e della Delibera del DG N. 55/2017, il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni.

Il D. Lgs. n.150/2009 prevede che l'Organismo di Valutazione, tra le altre sue funzioni, è chiamato a svolgere il monitoraggio complessivo del sistema di valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni elaborando una relazione annuale, ai sensi dell'art. 14, comma 4, lett. a), nonché ad attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità, ai sensi del predetto art. 14, comma 4, lett. g) dello stesso Decreto.

Il disposto dell'art. 14, comma 4 D. Lgs. n.150/2009, pur non direttamente vincolante per le Aziende Sanitarie, costituisce comunque un punto di riferimento secondo quanto indicato dall'OIV regionale.

L'ASST di Lodi si è adeguata ai disposti di cui sopra a partire dalla Deliberazione n. 886 del 2012 per il triennio 2012-2014.

L'incarico della progettazione, gestione e controllo del modello di valutazione delle prestazioni per l'ASST di Lodi ai sensi del D. Lgs 150/09 è data alla SS Controllo di Gestione supportata dalla SC Personale, incarico ribadito nel POAS 2016/18 di recente introduzione.

Infine il regolamento del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni in vigore nel 2016 è stato introdotto nel 2014 con deliberazione del DG n. 342 del 17/06/2014.

FUNZIONAMENTO COMPLESSIVO DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE

L'articolazione del sistema di misurazione e valutazione delle performance è descritto nel Piano delle performance e disponibile al sito:

http://www.ao.lodi.it/infoglueDeliverLive/digitalAssets/105/105746_piano_performance_2016-2018.pdf

Nell'ASST di Lodi il ciclo di gestione della performance prende avvio con la programmazione regionale e ne è intimamente collegato, come collegato è il ciclo di misurazione del budget, articolazione principale delle performance.

Gli obiettivi di budget vengono definiti:

- sulla base degli obiettivi generali aziendali, individuati in alle Regole di Sistema Regionali e agli obiettivi del Direttore Generale;
- sulla base delle risorse economiche disponibili e dei risultati da conseguire, in relazione agli obiettivi assegnati dalla Regione e al bilancio preventivo (obiettivi economici di attività e costi);
- dall' ASDOS nell'ambito degli obiettivi di natura qualitativa (obiettivi di qualità e dipartimentali);

- su proposta dei Direttori di Dipartimento o dei Responsabili delle Unità Operative, che possono proporre obiettivi specifici a livello dipartimentale o della propria Unità Operativa, o proporre la condivisione di un obiettivo con altre Unità Operative;
- su proposta della Direzione Strategica;
- sulla base di eventuali obiettivi non raggiunti l'anno precedente;
- su proposta del Nucleo di Valutazione.

La predisposizione e stesura finale delle schede di Budget per le singole unità operative viene effettuata dal Controllo di Gestione sulla base dell'attività preparatoria e con riferimento ai risultati dell'anno precedente.

La scheda di Budget prevede aree comprendenti obiettivi di diversa natura:

- Obiettivi Dipartimentali: sono comuni a tutte le Unità Operative del Dipartimento. Il raggiungimento è previsto tramite la collaborazione di tutte le Unità Operative afferenti;
- Obiettivi di Unità Operativa: si tratta di obiettivi di qualità, generalmente proposti da ASDOS o Direzione Strategica;
- Obiettivi Economici: individuati dal Controllo di Gestione, relativi ad attività, costi, farmaci, personale (possono essere definiti con la collaborazione con le UU.OO. Farmacia Ospedaliera e Gestione Formazione e Sviluppo Risorse Umane);
- Obiettivi di Mandato: comprendono obiettivi di fondamentale importanza, quali appropriatezza delle cartelle cliniche, obiettivi SISS, prelievo cornee, obiettivi del Direttore Generale. Le schede vengono predisposte in modo che il non raggiungimento di questi obiettivi sia particolarmente penalizzante nel calcolo della percentuale di raggiungimento finale.

Nella scheda viene indicato, per gli obiettivi che fanno riferimento a un indicatore numerico, il valore raggiunto l'anno precedente.

Per ogni obiettivo è inoltre indicato il Referente per la Rendicontazione che:

- renderà il raggiungimento dell'obiettivo;
- fornirà l'eventuale monitoraggio del raggiungimento dello stesso;
- risponderà ad eventuali dubbi inerenti all'obiettivo;
- raccoglierà eventuali segnalazioni relative a criticità nel raggiungimento dell'obiettivo.

Nella descrizione dell'obiettivo vengono inserite informazioni quali tempistiche per il raggiungimento, azioni da intraprendere, indicatore numerico.

Viene inoltre predisposto un documento denominato "Nota Informativa" allegato alle schede nel quale i Responsabili possono trovare chiarimenti e indicazioni sui criteri utilizzati per rendicontare i singoli obiettivi e la percentuale di raggiungimento finale.

Il Controllo di Gestione invia periodicamente report dettagliati alle Unità Operative, utili per il monitoraggio degli obiettivi economici.

Il Controllo di Gestione, l'ASDOS e gli altri Referenti di Obiettivo effettuano il monitoraggio in corso d'anno del livello di raggiungimento parziale degli obiettivi e segnalano ai Responsabili delle Unità Operative eventuali criticità.

La frequenza dei monitoraggi e dei report relativi agli indicatori definiti per i singoli obiettivi è definita nella Nota Informativa. Vengono inoltre effettuati monitoraggi straordinari in caso di richiesta

della Direzione Strategica, del Nucleo di Valutazione o su richiesta del Responsabile dell'Unità Operativa.

Il Responsabile di Unità Operativa è tenuto a comunicare tempestivamente in corso d'anno criticità e situazioni di cui tener conto nella rendicontazione degli obiettivi. Può richiedere incontri con il Controllo di Gestione o lo specifico Referente di Obiettivo per agire in modo efficace e tempestivo sulla criticità emerse, anche prima della revisione del Budget.

Il regolamento del Nucleo di valutazione delle prestazioni è disponibile al sito:

http://www.ao.lodi.it/infoglueDeliverLive/digitalAssets/104/104004_Regolamento_nucleo_valutazione_prestazioni.pdf

FUNZIONAMENTO COMPLESSIVO DEL SISTEMA DI PROGRAMMAZIONE

Nella sezione Performance è disponibile il piano della performance aziendale che per il 2016 è all'indirizzo:

http://www.ao.lodi.it/infoglueDeliverLive/digitalAssets/105/105746_piano_performance_2016-2018.pdf

Il Piano 2016/18, primo del momento di avvio dell'ASST di Lodi, costituita dal 1° gennaio 2016 e nata dall'unione dell'Azienda Ospedaliera della Provincia di Lodi con Strutture afferite dall'Azienda Sanitaria Locale di Lodi, in attuazione della legge regionale di riforma del Servizio Socio Sanitario Regionale n. 23/2015. Il primo Piano della Performance aveva mantenuto un'articolazione essenziale, pur contenendo una esplicitazione degli obiettivi strategici aziendali.

Tra i fattori della mission aziendale troviamo che "il personale è patrimonio culturale e professionale, per garantire le prestazioni di cui il paziente necessita, con il coinvolgimento (quale fattore critico di successo) delle Associazioni di Volontariato";

Il Piano della Performance conteneva il raccordo con il Programma annuale per la Trasparenza e per la prevenzione della Corruzione.

I suoi risultati, descritti dalla relazione sulla performance 2016 è disponibile all'indirizzo:

http://www.ao.lodi.it/infoglueDeliverLive/digitalAssets/108/108059_Relazione_sulle_performance_2016.pdf

Gli esiti delle ultime valutazioni individuali sono state le seguenti:

Dirigenza: valutazione media 93% (su 171 valutati)

Comparto: valutazione media 90,35% (su 1.282 valutati)

Il primo anno di applicazione del sistema alla nuova azienda non ha evidenziato problematiche di adattamento ai differenti sistemi in vigore nella azienda sanitaria conferente le strutture organizzative.

ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

Il Piano triennale di Prevenzione steso applicando i suggerimenti dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) di cui alla determinazione n. 12 del 28.10.2015 che ha aggiornato il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) del 2013 conferma la definizione di corruzione contenuta nella legge

190/2012, intesa, nello specifico, quale complesso dei reati contro la pubblica amministrazione disciplinati dal Titoli II, Capo I del Codice penale, e la particolare estensione della stessa a tutte quelle situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri da parte di un soggetto l'abuso di potere a lui affidato al fine di ottenerne vantaggi privati.

Tale concetto si concretizza nella "mala amministrazione" che occorre in tutte quelle situazioni in cui, pur non verificandosi una situazione penalmente perseguibile si realizzi una devianza dell'azione Amministrativa, dovuta all'uso ai fini privati delle funzioni pubbliche attribuite in violazione dei principi di trasparenza e imparzialità cui l'azione amministrativa deve ispirarsi.

La circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 1/2013, dispone che possano essere individuati anche i "referenti" per l'anticorruzione in relazione della complessità dell'articolazione organizzativa.

L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Lodi, al fine di consentire l'effettiva attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione, ed in ragione della complessa struttura organizzativa che la caratterizza ha individuato i "Referenti" per ciascuna attività valutata a rischio. delle strutture centrali e periferiche i Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione. Ciò in linea con quanto previsto dal PTPC 2015/2017 al fine di poter avviare il complesso processo di definizione del Piano nazionale di prevenzione della corruzione e ferma restando l'accentramento della responsabilità in capo ad un unico responsabile, si ritiene di confermare i "Referenti" per le aree a rischio:

I Referenti della prevenzione della corruzione e della trasparenza presso l'Amministrazione centrale sono:

AREE A RISCHIO	REFERENTE
Area Gestione Risorse Umane	avv. Ernesto Treccani
Area Procedure di Scelta del Contraente	dr.ssa Giuseppina Agazzi
Area Acquisti ed Economato	rag. Giancarlo Rossi
Area Economico Patrimoniale, Libera Professione, Convenzioni attive e passive	dr.ssa Francesca Fasano
Area Tecnica, Lavori Investimenti Infrastrutturali	dr. Adriano Decapitani
Area Health Technology Assessment e Information Technology	dr. Marco Esposti
Area Sanitaria, Gestione Liste Attesa e Libera professione	dr.ssa Angela Bocconi

Il piano risulta completo e sono state attivate tutte le azioni previste.

COLLEGAMENTO CON ALTRI SISTEMI DI CONTROLLO E SISTEMA INFORMATIVO

Come da indicazione della DGR N° X / 5539 del 02/08/2016 il nucleo di valutazione delle prestazioni si deve confrontare con il Collegio sindacale (adempimento programmato nel 2017 a causa del rinnovamento previsto del collegio sindacale).

Il nucleo di valutazione delle prestazioni ha richiesto che l'analisi del benessere organizzativo sia affrontata da punti di vista differenti (medico competente, servizi psicologia ecc.) e sarà vista nel 2017 (causa accorpamento di funzioni da altre aziende).

Il "Comitato Unico di Garanzia² per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" in corso di identificazione sarà un altro dei punti di lavoro del Nucleo per il

² Tale Comitato ha composizione paritetica ed è formato da un componente designato da ciascuna delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative - ai sensi degli artt. 40 e 43 del d.lgs. 165/2001 - e da un pari numero di rappresentanti dell'amministrazione. Il CUG svolge importanti funzioni nell'ambito delle parità e pari opportunità tra uomini e donne e della garanzia di tutela di ogni forma di discriminazione, diretta e indiretta, collaborando con funzioni consultive con la Direzione Aziendale.

2017, dato l'accorpamento aziendale in corso e l'opportunità di attendere il consolidamento dello stesso.

La LR 4/06/2014 n. 17 e successive DGR di definizione per l'attuazione hanno introdotto in Lombardia il sistema di internal auditing.

Il nucleo di valutazione deve individuare una modalità di coordinamento con la Commissione internal auditing identificata dal regolamento.

Resta ancora da definire il collegamento con il sistema informativo dato l'accorpamento aziendale in corso.

MONITORAGGIO OIV

Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni ha attivato nel 2016 alcuni modelli di monitoraggio:

- a) Con il sistema anticorruzione;
- b) Con il Collegio Sindacale (per il sistema incentivante);
- c) Con la direzione strategica (per il sistema performance).

Restano da individuare le dimensioni viste nel precedente paragrafo per le evidenti priorità di altro genere per le nuove funzioni aziendali (passaggio da azienda ospedaliera a azienda socio-sanitaria territoriale).

Inoltre verranno definite le modalità di verifica interne sul sistema di valutazione delle performance.

PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO

È evidente che il 2016 è un anno di transizione. Il 2017 vedrà la messa a regime di alcune funzioni aziendali e lascerà maggiori possibilità al nucleo di attivare funzioni e controlli.

Per tale ragioni non si programmano miglioramenti che sono evidenti in questa relazione e che verranno affrontati ad uno ad uno.

Lodi, Dicembre 2017

Il Presidente del Nucleo di valutazione delle prestazioni

Davide Croce