

Regione Piemonte  AO S. Croce e Carle - Cuneo	Relazione sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione e integrità dei controlli interni adottato nell'anno 2024.	Data stesura: 30.04.2025 Revisione 0
<i>Stesura</i> <i>OIV</i>	<i>Verifica e approvazione</i> <i>Presidente OIV</i>	<i>Emissione e pubblicazione</i> <i>Responsabile</i> <i>Controllo di Gestione</i>

INDICE

1	PREMESSA.....	2
2	FUNZIONAMENTO COMPLESSIVO DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE	2
2.1	Performance organizzativa	2
2.1.1	Definizione di obiettivi, indicatori e target	3
2.1.2	Metodologia per la misurazione e valutazione della performance organizzativa.....	5
2.2	Performance individuale	5
2.2.1	Definizione ed assegnazione degli obiettivi, indicatori e target	6
2.2.2	Misurazione e valutazione della performance individuale	6
2.2.3	Metodologia per la misurazione e valutazione della performance individuale	9
2.3	Processo di attuazione del ciclo della performance	9
2.4	Struttura tecnica e infrastruttura di supporto	10
2.5	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	10
2.6	Utilizzo effettivo dei risultati del Sistema di Misurazione e Rilevazione	10
3	INTEGRAZIONE CON IL CICLO DI BILANCIO ED I SISTEMI DI CONTROLLI INTERNI	11
3.1	Integrazione con il ciclo di bilancio	11
3.2	Integrazione con gli altri sistemi di controllo.....	12
4	IL COLLEGAMENTO CON LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA	13
5	DEFINIZIONE E GESTIONE DI STANDARD DI QUALITA'	13
6	COINVOLGIMENTO DEGLI STAKEHOLDER	14
7	DESCRIZIONE DELLE MODALITA' DI MONITORAGGIO DELL'OIV	15
8	PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE	15
9	RIFERIMENTI E DOCUMENTI CORRELATI.....	16
10	ALLEGATI	16

Precisazione per la lettura: all'interno di questo documento, laddove non sia possibile utilizzare forme collettive, l'uso del maschile viene impiegato con valenza "neutra", inclusiva e declinato al singolare a prescindere dal genere della persona.

1 PREMESSA

Finalità e obiettivi del documento

La relazione sul funzionamento complessivo del Sistema della Valutazione, della Trasparenza e Integrità dei controlli interni (art. 14 c. 4 lett. a) d.lgs. 150/2009 e s.m.i) è un documento nel quale l'OIV riferisce sul funzionamento effettivo del Ciclo della performance aziendale soprattutto dal punto di vista degli strumenti di monitoraggio.

Con la redazione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)¹ si fa riferimento, per sigle, acronimi e termini maggiormente in uso all'interno dell'Azienda, all'allegato costantemente implementato e pubblicato² nell'apposita sezione di Amministrazione Trasparente a cui si rimanda.

Il Presidente OIV³ è stato nominato con provvedimento n. 408 del 18.09.2023; i due componenti sono stati nominati con delibera n.41 del 16.02.2024. L'OIV nel corso del 2024 ha operato regolarmente, come da mandato e Regolamento.

Per la composizione della presente relazione, ai sensi dell'art.14, comma 4, lett.c), del D.Lgs. n.150/2009 e ss.mm.ii. LL.GG DFP e delibere CIVIT n.4/2012, n.5/2012, n.23/2013, sono stati presi in esame:

- il PIAO 2024⁴ deliberato con provvedimento n. 15 del 24 gennaio 2024;
- il SIMIVAP⁵ 2024, deliberato con provvedimento n 125 del 16/05/2024;
- la griglia di attestazione degli obblighi di pubblicazione⁶ regolarmente prodotta e pubblicata in data 28 giugno 2024 e, dopo monitoraggio sui parametri non a punteggio pieno nella colonna "completezza" al 15 gennaio 2025.

Tutti i sopra citati documenti sono pubblicati contestualmente all'adozione nelle apposite aree di Amministrazione Trasparente e non hanno subito revisioni; vengono altresì implementati con gli allegati previsti "work in progress".

Principi di riferimento

Sotto un profilo generale, la stesura del documento è ispirata ai principi di trasparenza, attendibilità, ragionevolezza, evidenza e tracciabilità, verificabilità dei contenuti e dell'approccio utilizzato. L'operato dell'OIV è permeato dai principi di indipendenza e imparzialità.

2 FUNZIONAMENTO COMPLESSIVO DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE

2.1 Performance organizzativa

Riferimento: allegato 1 sezione A.

Posto che la performance organizzativa riguarda i risultati derivanti dall'operato dell'Azienda nel suo complesso e nelle sue articolazioni organizzative in una prospettiva di multidimensionalità, ossia di efficacia, efficienza, appropriatezza, outcome, qualità e soddisfazione dell'utente, clima organizzativo ecc., da un punto di vista operativo, il budget è lo strumento principale con il quale si realizza il processo di misurazione della performance, ovvero, lo strumento con cui, annualmente, vengono trasformati piani e programmi aziendali in specifici obiettivi articolati rispetto alla struttura delle responsabilità organizzative ed economiche interne.

Nella Relazione sulla Performance 2024 ed i suoi allegati verrà data evidenza della gestione del processo complessivo⁷ rispetto a quanto pianificato.

¹ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/performance/piao-1>

² <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/performance/piao-1/>

³ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/personale/oiv/>

⁴ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/performance/piao-1/>

⁵ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/performance/sistema-di-misurazione-e-di-valutazione-della-performance/>

⁶ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1039>

⁷ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/performance/relazione-sulla-performance/>

L'OIV esprime una valutazione positiva sull'intero processo relativo alla performance organizzativa con riferimento alla fase di definizione degli obiettivi, alla misurazione in corso d'anno e alla valutazione finale dei risultati.

Per la fase di definizione degli obiettivi, l'OIV valuta positivamente come i processi posti in essere dall'AO siano idonei a garantirne la rispondenza con i requisiti metodologici definiti dall'art. 5 del D.Lgs. n.150/2009.

Per la fase della misurazione, l'OIV esprime una valutazione positiva sull'adeguatezza dei monitoraggi intermedi posti in essere dall'AO e della qualità dei dati utilizzati, tenendo conto del loro grado di tempestività e affidabilità.

In un'ottica di graduale miglioramento e condivisione dello spirito della riforma, l'OIV evidenzia come le modifiche apportate a molti processi aziendali rispetto a quanto riscontrato nelle sue precedenti Relazioni stiano dando buoni frutti.

2.1.1 Definizione di obiettivi, indicatori e target

L'OIV, in base agli elementi messi a disposizione e verificati, riconosce:

- una definizione degli obiettivi chiara e comunque discussa ed esplicitata nelle sedute di preparazione e discussione del budget, nonché la disponibilità costante di operatori di riferimento sia presso la struttura Controllo di Gestione per le eventuali necessità metodologiche che tramite "monitoranti" a supporto delle strutture;
- la rilevanza degli obiettivi assegnati, sia finalizzati al raggiungimento di quanto indicato dalla Regione sia rispetto ai bisogni della collettività ed alla mission istituzionale, finalizzati alla realizzazione del Valore Pubblico (cascading);
- la presenza di indicatori misurabili e rilevabili;
- un nesso logico tra obiettivi, indicatori e target; come si evince dai campi previsti per le singole schede⁸ secondo il modello presente in Azienda dalla fine degli anni Novanta;
- un monitoraggio costante degli stessi in relazione al consumo di risorse e all'andamento delle attività previste, anche tramite cruscotti direzionali costantemente implementati;
- l'individuazione di relazionanti per ciascun singolo obiettivo.

Le **modalità di svolgimento del processo** di definizione degli obiettivi sono consolidate e note ai direttori e responsabili di struttura.

La strutturazione del processo di budget è descritta nel PIAO e la sua realizzazione sarà puntualmente illustrata nella Relazione sulla Performance⁹.

Le fasi del processo previste nel PIAO 2024 sono state rispettate.

In data 12 dicembre 2023 è stato trasmesso ai Direttori di Dipartimento e delle SC e SSD sanitarie e ai Direttori /Responsabili di Strutture amministrative e di Staff il documento contenente le "Aree tematiche di indirizzo strategico" per l'elaborazione delle proposte di progetti/obiettivi di budget.

Il 14 dicembre 2023 è stato convocato il Comitato budget aziendale ricordando a tutti i component come non sia prevista la delega dei Responsabili ad altre figure di propria pertinenza.

Entro il 12 gennaio 2024 ciascuna Struttura ha dovuto presentare le proposte, compilando le schede digitali disponibili su un'area dedicata sulla intranet aziendale contenente il documento "Aree tematiche di indirizzo strategico" e la relativa guida alla compilazione.

Tra il 15 e il 24 gennaio 2024 il Comitato Budget si è riunito per la valutazione delle proposte; dal 12 febbraio 2024, come richiesto dalla Direzione, hanno avuto inizio gli incontri di discussione del budget con le Strutture, come da calendario pubblicato in evidenza dell'avanzamento del PIAO 2024. A incontri terminati il Controllo di Gestione ha provveduto ad elaborare le schede in bozza da sottoporre all'OIV al fine di ottenere un parere soprattutto sulla corretta formulazione di indicatori e standard, al fine di pervenire ad una versione definitiva.

In data 18 aprile sono state trasmesse le schede di budget "provvisorie" all'OIV;

Nel periodo tra l'ultima settimana di aprile e la prima settimana di maggio sono stati effettuati incontri per la consegna delle schede contenenti gli obiettivi di budget 2024, con i Direttori di dipartimento e i Responsabili di struttura tecnico amministrativa e staff, per la successiva distribuzione ai Direttori di struttura.

⁸ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=309>

⁹ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/performance/relazione-sulla-performance/>

Le schede sono pervenute tutte firmate con data tra il 2 maggio e l'11 giugno. Non ci sono state modifiche sostanziali agli obiettivi-indicatori-standard rispetto alle schede provvisorie; le osservazioni trasmesse sono archiviate nella cartella di rete del CdG.

E' stato ricordato anche con apposite pubblicazioni nelle aree intranet e internet il sistema di valutazione adottato nel 2024, come descritto nel SiMiVaP in vigore .

Come verbalizzato nella seduta OIV del 26.06 (verbale 7) sono stati riassunti periodicamente lo stato di avanzamento del budget, reso evidente ai direttori e responsabili di struttura attraverso l'aggiornamento mensile dei cruscotti.

È stato confermato il mandato ai Responsabili delle strutture: Controllo di Gestione, Direzione Sanitaria di Presidio, Di.P.Sa., Farmacia Ospedaliera di adempiere alle incombenze logistiche ed organizzative per il coordinamento del Ciclo Performance ed il perseguimento degli obiettivi.

Il coordinamento di questi aspetti è stato svolto dalla struttura Controllo di Gestione.

I Direttori di struttura hanno perseguito gli obiettivi assegnati e, in relazione agli esiti del monitoraggio costante degli indicatori, nel caso di scostamenti significativi, sono stati invitati a mettere in atto le azioni correttive necessarie. Durante i confronti sono emerse necessità di variazione di alcuni obiettivi, così come illustrato nelle tabelle successive.

E' stato avviato, tramite i relazionanti individuati dal Responsabile del Comitato budget, il monitoraggio sugli obiettivi, in particolare su quelli con scadenza entro il 30.06. In caso di criticità di percorso (es. adempimento parziale o completo per la parte della struttura assegnataria ma processo fermo all'interno dell'Azienda presso la Direzione o altra struttura) le motivazioni vengono archiviate a cura del CdG, ai fini della fase istruttoria finale.

Nel corso dell'anno sono stati modificati 15 obiettivi, come verrà puntualmente descritto nella Relazione sulla performance.

La prima valutazione del raggiungimento per gli obiettivi quantitativi è stata effettuata tra fine marzo e aprile, mediante calcolo matematico dell'indicatore successivamente rapportato allo standard richiesto. Per quanto attiene al raggiungimento degli obiettivi qualitativi il sistema di valutazione prevede la forma duale "Sì/No".

Nel caso in cui un singolo obiettivo preveda più indicatori, la loro valutazione è proporzionata in parti uguali al loro numero o in base ad altri criteri espressamente motivati.

La valutazione di prima istanza è stata presentata al Coordinatore del Comitato Budget che l'ha condivisa con la Direzione Strategica nella prima settimana di aprile secondo quanto definito nel PIAO e nel Simivap (cfr tabella seguente).

Tabella 1: Elenco dei campi che compongono ciascuna scheda di sintesi per la valutazione

N. progressivo	Area	Obiettivo	Indicatore	Standard	Peso	Valore Raggiunto	% Ragg. Proposta	Applicazione tabella SIMIVAP	Raggiungimento pesato	Note (evidenze)
-----------------------	-------------	------------------	-------------------	-----------------	-------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------------------	------------------------------	------------------------

In data 12 aprile l'OIV ha svolto una prima analisi del processo di gestione del budget e di valutazione degli obiettivi (cfr verbale n.3/2025).

Successivamente è stata trasmessa dalla segreteria OIV il file di sintesi della proposta di raggiungimento dei singoli obiettivi e le singole schede per struttura. Ai responsabili che non hanno raggiunto il punteggio pieno è stata inviata comunicazione per offrire la possibilità di documentare controdeduzioni, raccolte le quali, verranno ulteriormente riesaminate le valutazioni e ri-sottoposte al Direttore Generale per pervenire ai risultati definitivi, come da tabella sottostante.

Tabella 2: Schema per la valutazione degli obiettivi di performance organizzativa (proposta per budget 2024)

% di raggiungimento del <u>singolo</u> obiettivo	% di assegnazione del <u>singolo</u> obiettivo
Tra 51% e 100%	in base alla percentuale raggiunta
Tra 0% e 50%	0%

2.1.2 Metodologia per la misurazione e valutazione della performance organizzativa

La rilevazione effettiva della performance è avvenuta secondo la frequenza e le modalità descritte nella documentazione presente presso la struttura Controllo di Gestione che è incaricata del monitoraggio costante dello stato di avanzamento degli obiettivi, del rapporto costi/produttività e della raccolta delle evidenze delle azioni finalizzate al raggiungimento degli standard.

Le **modalità di misurazione** della performance e la **frequenza dei monitoraggi** effettuati dall'amministrazione sono ritenute adeguate a consentire il raggiungimento degli obiettivi. Alcuni monitoraggi sono mensili e possibili in tempo reale attraverso l'interrogazione dei cruscotti direzionali, altri sono semestrali e/o annuali. I **destinatari** privilegiati dei dati sono i direttori e responsabili delle strutture interessate, la Direzione, l'OIV.

La **qualità dei dati** utilizzati per la misurazione, per quanto migliorabili, appare adeguata rispetto a tempestività e affidabilità, soprattutto in relazione alla verifica del rapporto costi/produzione, i tempi di attesa e i dati relativi al personale e denotano un progressivo investimento rispetto all'utilizzabilità reale.

Le **fasi del processo** previste nel PIAO 2024 e nel SimIvaP 2024 sono state rispettate.

Il **grado di efficacia** degli strumenti di rappresentazione della performance e dei sistemi di reportistica (es. i cruscotti direzionali) è buono, in costante affinamento a seconda delle specifiche esigenze e delle caratteristiche dei principali utilizzatori (es implementazione dati prestazioni per monitoraggio tempi di attesa e consumi). Il monitoraggio continuo della performance aziendale e dei Centri di Responsabilità e Costo permette di individuare tempestivamente, attraverso alcuni indicatori, le criticità da affrontare. La Direzione nel corso del 2024 ha posto particolare attenzione al loro funzionamento.

Gli aspetti passibili di miglioramento riguardano la necessità di individuare obiettivi, relativamente alla performance organizzativa e individuale, ancora più oggettivabili e sfidanti, stabilendo range anziché soglie e rivedendo gli standard in relazione al contributo effettivo della struttura assegnataria in modo che non venga compromesso l'apporto quando il risultato sia dipendente da altri (es entrata in vigore di regolamenti):

2.2 Performance individuale

Riferimento: allegato 1 sezione B.

La performance individuale si riferisce al contributo dato dal singolo professionista/operatore al raggiungimento degli obiettivi generali della struttura collegati ai diversi livelli di responsabilità e professionalità ricoperti.

L'OIV esprime una valutazione positiva sul processo relativo alla performance individuale.

Per la fase di assegnazione degli obiettivi, l'OIV valuta positivamente lo svolgimento del processo, l'adeguatezza delle modalità di assegnazione degli obiettivi e la coerenza con le disposizioni del Sistema, anche se sollecita un disancoraggio dei tempi di compilazione e raccolta delle SVI per la valutazione da quelli di assegnazione delle schede di budget agli obiettivi.

Il modello utilizzato per le valutazioni individuali è illustrato nel SiMiVaP 2024 che è stato riesaminato alla luce delle sollecitazioni fornite dall'OIV.

La struttura FVO si occupa dell'invio, raccolta e analisi delle SVI (schede di valutazione); i dati emersi, parallelamente a quelli forniti dal Controllo di Gestione vengono trasmessi alla struttura Amministrazione del Personale che effettua la fase istruttoria propedeutica alla individuazione dei criteri di utilizzo delle risorse attribuite al Fondo di risultato che sono concordati annualmente con le Organizzazioni Sindacali e sottoscritti in apposito Accordo con le parti sindacali. I documenti vengono progressivamente pubblicati nell'area Personale-Contrattazione integrativa in Amministrazione Trasparente del sito web aziendale¹⁰.

Nel corso del 2024 sono stati avviati dei lavori a cui ha partecipato il Direttore Generale per la revisione della scheda di valutazione del comparto senza incarichi di struttura e per le schede manageriali. La FVO ha richiesto la restituzione delle SVI compilate sul comparto "non posizionato" entro il 10 marzo 2025 e risollecite quelle mancanti entro il 3 aprile.

Al momento della redazione del presente documento non è ancora stata conclusa la fase di valutazione, per cui non è ancora possibile esprimere un giudizio sull'adeguatezza delle modalità di comunicazione e l'esito, in termini di differenziazione dei giudizi né in merito alle eventuali procedure di conciliazione.

L'AO non ha posto in essere alcuna indagine sul grado di condivisione del Sistema e sulla valutazione del "superiore gerarchico" ai sensi dell'art. 14, comma 5 del D.Lgs. n. 150/2009 e delle Direttive Zangrillo ma ha testato un possibile modello di valutazione interna "tra strutture" attraverso l'obiettivo n.64 che ha dato esito positivo e che si pensa di riproporre con alcuni aggiustamenti nell'anno successivo.

Sempre in ottica di attuazione delle Direttive Zangrillo l'AO sta valutando di riesaminare le attuali modalità di lavoro in ottica di accrescimento delle competenze individuali, attraverso i processi di supporto alla formazione individuali ed ai profili di carriera..

Con riferimento all'applicazione dei sistemi premiali, l'OIV fornirà le proprie valutazioni in occasione del monitoraggio sull'applicazione degli strumenti di valutazione della performance individuale, da effettuarsi entro il 30 novembre (cfr allegato 3 delibera CIVIT/2013).

2.2.1 Definizione ed assegnazione degli obiettivi, indicatori e target

Il **collegamento** tra gli **obiettivi individuali** e quelli **organizzativi** avviene, come previsto dal modello e dalla contrattazione integrativa, attraverso il riconoscimento degli incentivi individuali a partire dalla percentuale di raggiungimento degli obiettivi di struttura e degli obiettivi assegnati ai singoli dirigenti.

Le SVI utilizzate sono pubblicate nell'area Performance di Amministrazione Trasparente¹¹ e sono autoesplicative nel funzionamento rispetto a quanto previsto nel Simivap¹² che nel corso del 2024 non ha subito variazioni.

Le percentuali di attribuzione previste per i soli ambiti degli obiettivi individuali non legati ai comportamenti sono a discrezione del responsabile e vengono concordate in fase di assegnazione.

2.2.2 Misurazione e valutazione della performance individuale

Le modalità di svolgimento del **monitoraggio** nel corso dell'anno sono affidate ai singoli valutatori secondo quanto descritto nel SiMiVaP dell'anno di riferimento.

Al momento della stesura della presente relazione non si è ancora concluso il processo di valutazione su tutte le categorie di personale per cui si darà evidenza al termine dello stesso delle risultanze complessive (allegato 3 work in progress, entro il 30 novembre 2025).

¹⁰ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=272>

¹¹ http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione_trasparente/performance/sistema_di_misurazione_e_di_valutazione_della_performance/

¹² http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione_trasparente/performance/sistema_di_misurazione_e_di_valutazione_della_performance/

Nel 2025 si è chiesto ai valutatori di trasmettere le schede di valutazione del personale di comparto non direttamente influenzato dai raggiungimenti degli obiettivi per struttura entro il 10 marzo, mentre al termine della valutazione degli obiettivi assegnati alle diverse Strutture, viene richiesto ai Responsabili di procedere alla valutazione degli obiettivi individuali assegnati ai collaboratori dirigenti e titolari di incarico, di completare insieme ad essi la compilazione della scheda di valutazione integrata e di inoltrarla in originale alla struttura FVO.

Per la dirigenza, inoltre, le valutazioni annuali vanno ad integrare e perfezionare il fascicolo di valutazione pluriennale, utilizzato in occasione delle scadenze previste dai relativi contratti, ai fini della verifica dell'incarico dirigenziale attribuito.

Tabella 3 Collegi tecnici operativi nel 2024 per la valutazione di II istanza del personale dirigente

n. per tipologia di valutazione	N. contestazioni ed esiti
5 anni di attività = 8	0
15 anni di attività = 16	0
incarico dirigenziale DSC = 3	0
incarico Direttore di Dipartimento = 1	
valutazione periodo di prova DSC = 4	0

Si precisa come il numero dei dipendenti valutati non può essere confrontato con i dipendenti in servizio ad una determinata data (es. 31.12.2024), in quanto le valutazioni vengono effettuate sui dipendenti presenti in corso d'anno, tenendo conto della data di assunzione e di cessazione, dei periodi di assenza per aspettativa o ad altro titolo, della durata del periodo di prova.

Per quanto concerne i dipendenti in comando presso altro Ente, si fa presente che le disposizioni del CCNL prevedono che il trattamento economico sia a carico dell'Ente di destinazione; se il comando è attivato in corso d'anno, il dipendente è valutato da questa Azienda per il periodo in cui vi ha prestato servizio.

Tabella 4 Valutazioni complessive di I istanza raccolte nell'anno 2024

categoria	numerosità
Dirigenza	448
Comparto	1808
Titolari di Incarico di Funzione	120
totale	2376

Le schede riguardano il 100% dei dipendenti inquadrati in questa categoria all'interno della quale non è stato registrato nessun disaccordo che richiedesse un contraddittorio.
Tutti hanno almeno 1 obiettivo prestazionale.

Tutto il personale ad eccezione del comparto "non posizionato" ora denominato "senza incarichi di funzione" ha almeno un obiettivo individuale assegnato, tramite colloquio individuale e registrazione negli appositi campi SVI.

Tabella 5 Peso presenza dei criteri di valutazione nelle singole categorie

	contributo alla performance complessiva dell'amm.ne	obiettivi organizzativi della struttura di diretta responsabilità	capacità di valutazione differenziata dei propri collaboratori	obiettivi individuali	obiettivi di gruppo	contributo alla performance dell'unità organizzativa di appartenenza	competenze/comportamenti professionali e organizzativi posti in essere
Dirigenti apicali	X	X		X	n.a.	X	X
Dirigenti non apicali	X	X	n.a.	X	n.a.	X	X
comparto con incarico (ex posizionato)	X	X	X (solo quelli con ruolo di valutatori)	X	n.a.	X	X
comparto senza incarico (ex "non posizionato")	X	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	X	X

La struttura Amministrazione del Personale provvede alla liquidazione della retribuzione di risultato sulla base della delibera di approvazione del raggiungimento degli obiettivi¹³ ed a quanto ogni anno l'Azienda definisce e quantifica, nel loro ammontare, i fondi aziendali di finanziamento degli istituti del trattamento economico relativi alle Aree Dirigenziali ed al Personale del Comparto. La quantificazione è effettuata tenendo conto delle vigenti disposizioni di legge in materia e delle norme al riguardo contenute nei vigenti CC.NN.L. delle aree contrattuali per il Personale del Comparto, per l'Area Dirigenziale Sanità e per l'Area Dirigenziale Professionale Tecnica Amministrativa, nonché degli accordi annuali aziendali sottoscritti con le OO.SS. relativi ai fondi 2024 e al loro utilizzo.

Tutti gli atti sono pubblicati nella specifica area del portale aziendale¹⁴.

¹³ Delibera n. 222 dell'11.05.2022.

¹⁴ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/personale/contrattazione-integrativa/>

Tabella 6 Collegamento alla performance individuale dei criteri di distribuzione della retribuzione di risultato/premi inseriti nel contratto integrativo

	Si (indicare con "X")	No (indicare con "X")	(se si) indicare i criteri	(se no) motivazioni
Dirigenti apicali	x		coincidenza obiettivi di struttura/dipartimento con obiettivi individuali	La differenza è dovuta al mancato raggiungimento degli obiettivi da parte di alcune strutture
Dirigenti e assimilabili	x		presenza di obiettivi individuali riconducibili agli obiettivi di struttura (in misura diversa, a scelta del valutatore)	La differenza è dovuta al mancato raggiungimento degli obiettivi da parte di alcune strutture
Non dirigenti	si per il personale titolare di incarico di funzione	no per il personale non titolare di incarico di funzione	presenza di obiettivi individuali riconducibili agli obiettivi di struttura (in misura diversa, a scelta del valutatore) per il personale titolare di incarico di funzione	La differenza è dovuta al mancato raggiungimento degli obiettivi da parte di alcuni titolari di incarichi di funzione. Il personale non titolare di incarico di funzione viene comunque retribuito in base agli esiti della valutazione

2.2.3 Metodologia per la misurazione e valutazione della performance individuale

Il modello in uso da anni in Azienda è quello descritto nel SiMiVaP¹⁵.

L'OIV nel prendere atto della documentazione fornita sulle schede rileva un basso livello di differenziazione tra le valutazioni.

L'OIV propone una digitalizzazione dell'intero flusso così che sia più facile tenere sotto controllo scadenze e valori, nonché avere dati di sintesi in tempo reale e un cruscotto di aggiornamento da cui sia possibile analizzare per tutti i dipendenti l'effettiva firma del valutatore e del valutato.

Sollecita altresì, considerando i riconoscimenti all'eccellenza ottenuti dall'AO, un riesame dell'intero sistema di valutazione.

2.3 Processo di attuazione del ciclo della performance

Riferimento: allegato 1 sezione C.

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

L'attuazione del processo della performance sarà descritto nella Relazione sulla performance 2024.

Il funzionamento del Sistema di Valutazione è garantito dall'impegno da parte della Direzione Aziendale nel ritenere prioritario l'avvio e la conclusione del processo di assegnazione del budget alle strutture, anche in assenza di obiettivi già ufficializzati assegnati dalla Regione ai Direttori Generali, per garantire la continuità operativa ed il saldo degli incentivi in tempi congrui.

Gli aspetti di miglioramento complessivo del ciclo riguardano quelli già indicati nei paragrafi precedenti e possono essere sintetizzate in:

- riesame progressivo del sistema di valutazione individuale
- digitalizzazione delle SVI e del sistema di distribuzione, raccolta e analisi dei valori con revisione dei tempi annuali di funzionamento del processo
- evidenza di allineamento degli aspetti di giudizio con quelli economici e di valorizzazione.

¹⁵ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/performance/sistema-di-misurazione-e-di-valutazione-della-performance/>

2.4 Struttura tecnica e infrastruttura di supporto

Riferimento: allegato 1 sezione D.

In particolare, l'OIV riferisce sull'adeguatezza della Struttura Tecnica Permanente in termini di risorse umane, competenze professionali disponibili e capacità di interazione e collaborazione.

La struttura Controllo di Gestione ha provveduto alla raccolta delle informazioni e della documentazione necessaria alla valutazione dei risultati ottenuti dalle diverse Strutture, curando i rapporti con l'Organismo Indipendente di Valutazione e fornendo il necessario supporto nell'attività amministrativa.

Normalmente per quanto riguarda la Struttura Tecnica di Supporto all'OIV (in AO denominata Segreteria OIV) tre unità collaborano con il responsabile del Controllo di gestione alla messa a disposizione dei dati e all'elaborazione delle informazioni.

La funzione aziendale svolta dal Controllo di Gestione, la collocazione all'interno della struttura della Funzione Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, la collaborazione strutturata di personale appartenente alla Funzione Qualità e Accreditamento garantisce una adeguata conoscenza dell'organizzazione aziendale, degli input pervenuti dalla Regione e di interazione con la Direzione e le diverse strutture.

La formazione trasversale delle diverse componenti sopra indicate (figure sanitarie, tecniche, amministrative e mediche) mette a disposizione competenze differenti su una metodologia (PDCA) condivisa.

Il lavoro svolto dalle componenti della segreteria e del responsabile non è scorponabile dalle restanti attività.

2.5 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

Riferimento: allegato 1 sezione E.

Il sistema informativo e/o informatico utilizzato dall'Amministrazione per la raccolta e l'analisi dei dati ai fini della misurazione della performance, seppur in assenza di un applicativo specifico che gestisca complessivamente tutto il sistema dei monitoraggi, risulta sufficientemente funzionale alle necessità informative e decisionali dell'Azienda e costantemente in crescita.

Per quanto riguarda quanto richiesto dalla sezione E dell'allegato 1 "Programma triennale e per il rispetto degli obblighi di pubblicazione, nonché sulla ripartizione delle competenze tra i diversi soggetti che concorrono alla pubblicazione dei dati e sul sistema di monitoraggio della pubblicazione dei dati, essendo lo stesso ampliamento superato si demanda all'Elenco obblighi di pubblicazione allegato al PIAO e all'Attestazione obblighi di pubblicazione.

La valutazione sul funzionamento dei sistemi informativi e informatici che supportano la pubblicazione dei dati è positiva.

Un aspetto di miglioramento su cui è necessario investire strategicamente riguarda la digitalizzazione del processo a partire dalla traduzione dei documenti cartacei in modalità direttamente usufruibili ed analizzabili on line, sia in ottica di miglioramento dei tempi e della qualità di lavoro dei singoli addetti e dell'organizzazione, sia di una disponibilità più efficiente di informazioni generali e specifiche anche ai fini di una sempre maggior trasparenza e capacità di garantire il valore pubblico.

2.6 Utilizzo effettivo dei risultati del Sistema di Misurazione e Rilevazione

Il responsabile della struttura Controllo di Gestione illustra personalmente agli utilizzatori il funzionamento dei cruscotti di interesse e, consultando periodicamente le fonti informative, nel caso di dati che si discostano dallo standard, sollecita direttamente i responsabili a porre in essere gli interventi necessari. Coordina altresì la raccolta dati provenienti dalle diverse fonti aziendali e si avvale del Sistema Informativo Direzionale per la rielaborazione funzionale e l'implementazione del data base, provvedendo altresì alla formazione-informazione necessaria.

Tutti i documenti sono archiviati in specifiche cartelle all'interno della struttura Controllo di Gestione.

L'avanzamento ed i risultati concretamente conseguiti dagli obiettivi sono fondamentali per predisporre le linee di indirizzo per l'anno successivo e valutare quali obiettivi far proseguire, ritardando eventualmente target e standard, quali non sono più necessari in quanto l'obiettivo era contestuale o è entrato a far parte della routine con buoni livelli di soddisfazione e quali devono, invece, essere introdotti ex novo.

Un aspetto di miglioramento su cui è necessario investire strategicamente riguarda la digitalizzazione del processo a partire dalla traduzione dei documenti cartacei in modalità direttamente usufruibili ed analizzabili on line, sia in ottica di miglioramento dei tempi e della qualità di lavoro dei singoli addetti e dell'organizzazione, sia di una disponibilità più efficiente di informazioni generali e specifiche anche ai fini di una sempre maggior trasparenza e capacità di garantire il valore pubblico.

3 INTEGRAZIONE CON IL CICLO DI BILANCIO ED I SISTEMI DI CONTROLLI INTERNI

3.1 Integrazione con il ciclo di bilancio

La pianificazione della performance e il processo di programmazione dell'Azienda vengono realizzati in coerenza con il Bilancio di previsione annuale e dei documenti ad esso correlati secondo il percorso descritto nel SiMiVaP:

- definizione condivisa di obiettivi e significati della pianificazione e della valutazione;
- percorso annuale di programmazione e di pianificazione delle performance;
- coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti nei due processi;
- utilizzo di strumenti integrati dei due processi, primo fra tutti il supporto della contabilità analitica per centri di costo.

A livello delle singole strutture, l'efficienza economica viene valutata attraverso la definizione di obiettivi di mantenimento/riduzione del rapporto tra produzione e consumi rispetto all'anno precedente.

La fase di attribuzione e di monitoraggio del budget assegnato per strutture/centri utilizzatori finali ha impegnato i due servizi aziendali (CO.GE – CO.AN), afferenti alle strutture Bilancio e Contabilità e Controllo di gestione.

L'integrazione ed il collegamento tra la pianificazione della performance e il processo di programmazione e di bilancio viene realizzata tramite:

- un parallelo percorso annuale di programmazione economico-finanziaria e di pianificazione della performance;
- un coinvolgimento di tutti gli attori presenti nei due processi: dalla Contabilità Economica e Patrimoniale al Controllo di Gestione, all'Organismo Indipendente di Valutazione, agli Uffici ordinatori e alle singole strutture aziendali sanitarie e non;
- l'utilizzo di strumenti integrati dei due processi quali in primis il supporto della Contabilità Analitica per centri di costo.

Il software di contabilità generale NFS integra al suo interno il modulo di Gestione del Budget che consente all'Azienda il controllo della copertura economica per centri di costo: la procedura informatica di contabilità prevede, infatti, la possibilità di assegnare il budget per ogni singola voce di costo in modo trasversale a tutti i servizi competenti ed ordinatori di quello specifico capitolo di spesa, e di controllarne la copertura per centro di costo. La struttura Bilancio e Contabilità interviene in caso di segnalazioni di mancata copertura economica.

Nell'anno 2024, l'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle ha rispettato i termini di pagamento previsti dalle norme vigenti, pagando complessivamente i propri fornitori entro 60 giorni dalla data ricevimento fattura/nota di debito e/o entro i termini previsti dai contratti. L'indicatore di tempestività dei pagamenti si è mantenuto negativo nei quattro trimestri dell'anno 2024 e il valore complessivo per l'anno 2024 risulta essere: -22,25 giorni.

Il controllo sulla regolarità amministrativa e contabile è esercitato dal Collegio Sindacale¹⁶.

Trimestralmente il Collegio Sindacale effettua una verifica di cassa sui Mandati di pagamento, le Reversali di incasso e il regolare versamento di oneri, contributi e IVA.

Il Collegio Sindacale, con la sua attività di verifica effettuata sugli enti dei servizi sanitari regionali, attraverso la redazione delle relazioni-questionario sulla base di linee guida predisposte dalla Corte dei Conti, Sezione delle autonomie, costituisce un rilevante momento delle attività delle Sezioni regionali di controllo della Corte dei Conti.

Tutti i verbali del Collegio Sindacale sono custoditi dalla Segreteria dello stesso individuata nel 2024 presso la struttura Patrimonio e Attività Amministrativa e gli estratti richiesti dal D.lgs 33/2013 pubblicati nell'apposita area di Amministrazione Trasparente¹⁷.

3.2 Integrazione con gli altri sistemi di controllo

Il sistema di gestione della performance ha raggiunto un buon livello di maturità nella pianificazione, attuazione e di coordinamento sistemico.

Il modello organizzativo dell'Azienda Ospedaliera S.Croce e Carle è basato sulla distinzione tra potere di indirizzo, programmazione e controllo e quello di attuazione gestionale¹⁸.

Il potere di indirizzo, programmazione e controllo fa capo alla Direzione Strategica dell'Azienda, costituita dal Direttore Generale, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, che operano unitariamente, pur nel rispetto dei relativi ruoli e responsabilità.

Al Direttore Generale compete la responsabilità complessiva della gestione aziendale, che egli esercita con atti e decisioni di rilevanza interna ed esterna con particolare riguardo alle strategie per la realizzazione della mission aziendale, alla definizione degli obiettivi gestionali, alla allocazione delle risorse e alla valutazione dei risultati.

Gli esiti delle tipologie di controllo previste dal Sistema aziendale (interno, di valutazione e controllo strategico, audit clinico organizzativi, verifiche periodiche e straordinarie di controllo sui processi, sul comportamento dei dipendenti) sono rendicontati nella Relazione sulla Performance¹⁹ e risultano coerenti tra quanto descritto e quanto previsto dalla normativa.

Il **controllo interno** è articolato nelle seguenti funzioni, svolte dagli organi, strutture ed uffici previsti dalla legge:

- la valutazione ed il controllo strategico (Direzione Aziendale);
- la valutazione ed il controllo della gestione (S.S. Controllo di Gestione);
- il controllo e la regolarità amministrativo-contabile (Direzione Amministrativa e Responsabile PAAT, S.C. Bilancio e Contabilità, Collegio Sindacale²⁰);
- la valutazione del personale (S.S. Formazione e Valutazione degli Operatori).
- la gestione della sicurezza di chiunque sia presente nelle sedi ospedaliere (S.S. SPP, S.C.Tecnico, S.C. SID, DPO, S.S. MC, Rischio Clinico, CUG)
- il monitoraggio dell'integrità dei processi e dei comportamenti (Funzione Prevenzione della Corruzione e Trasparenza; Servizio Ispettivo Aziendale, CUG)
- la valutazione della qualità delle prestazioni e la soddisfazione degli stakeholder (Funzione Qualità e Accreditamento, URP e indagini di soddisfazione, Conferenza di partecipazione, Gruppo Umanizzazione e Empowerment).

Il coordinamento tra queste strutture appare funzionale e sempre più sistemico ed efficiente.

Si sollecita a tendere ad una sempre maggior integrazione e ad una reingegnerizzazione dei processi a partire dagli aspetti di confine, cercando di semplificare e ottimizzare il lavoro in funzione dei risultati attesi.

¹⁶ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=540>

¹⁷ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1043>

¹⁸ Del. 92 del 9.03.2017 -Regolamentazione Interna – Adozione Atti e Provvedimenti dei Responsabili delle Strutture Aziendali – Provvedimenti Conseguenti alla Deliberazione N. 611 Del 22.10.2015 – Seconda Revisione.

¹⁹ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/performance/relazione-sulla-performance/>

²⁰ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=540>

4 IL COLLEGAMENTO CON LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA

La collocazione della Funzione Prevenzione della Corruzione e Trasparenza all'interno della struttura Controllo di Gestione e la coincidenza tra responsabile della struttura Controllo di Gestione e ruolo di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RTPCT) realizzano la condivisione di informazioni tra questi due ambiti.

L'utilizzo dell'applicativo gestionale internamente chiamato Gzoom per raccogliere, secondo quanto richiesto da ANAC, le registrazioni relative al rischio corruttivo consente un confronto diacronico e sincronico dell'andamento dei processi scelti rispetto alla tutela dell'integrità.

I due momenti annuali sono occasione rilevante per riattualizzare i concetti salienti della Trasparenza ed Anticorruzione con i Responsabili delle Strutture Tecnico - Amministrative e i Direttori di Dipartimento clinico e offrire un costruttivo momento di riflessione sulla gestione dei processi e sull'eventuale opportunità di omogeneizzarne od ottimizzarne alcuni.

Per quanto riguarda la rendicontazione dell'attuazione di quanto inserito nell'apposita sezione del PIAO 2024 si può far riferimento alla **relazione**²¹ pubblicata sul portale, secondo i parametri richiesti ogni anno da ANAC.

L'evidenza dello stesso convoglia altresì nella Relazione di Performance²⁴ e negli allegati all'attestazione da parte dell'OIV degli Obblighi di pubblicazione²².

Per quanto riguarda nello specifico la trasparenza, funzionale alla corretta implementazione del ciclo di gestione della performance, la messa in atto di quanto previsto viene misurata da indicatori che rilevano la presenza dei presupposti organizzativi per l'attuazione e il monitoraggio dello stesso, così come dichiarato nella Relazione Performance²³ e nei vari allegati nonché all'attestazione degli obblighi di pubblicazione da parte dell'OIV²⁴.

L'assolvimento degli obblighi di pubblicazione richiesti dalla normativa sulla trasparenza appare soddisfacente e in occasione della raccolta dati per la produzione della stessa si è avviato un lavoro di pre valutazione dei servizi digitali e di refresh del sistema di gestione dati dei consulenti e collaboratori.

I controlli avvengono sia da parte della FPCT sia, semestralmente, attraverso specifico audit; i dati vengono confrontati con le segnalazioni raccolte dall'URP o emerse in corso di analisi dell'accessibilità aziendale in collaborazione con il Responsabile dell'Accessibilità e della Transizione Digitale e con la Responsabile del sistema documentale.

L'esiguo numero di richieste di accesso civico e la puntuale gestione delle richieste di accesso civico generalizzato, a fronte di un numero fisiologico di richieste di accesso agli atti che rimane costante, rilevano una parte di partecipazione espressa attivamente dai portatori di interesse alla visibilità del patrimonio informativo aziendale. Il registro accessi implementato a livello digitale con il nuovo gestore documentale consente una visualizzazione in tempo reale delle pratiche ricevute.

Tutti i documenti sono liberamente accessibili tramite la pubblicazione sull'area Amministrazione Trasparente del portale aziendale.

5 DEFINIZIONE E GESTIONE DI STANDARD DI QUALITÀ

Riferimento: allegato 1 sezione F.

La definizione di standard di qualità è trasversalmente presente a tutte le macroattività aziendali. In modo particolare si evince nel processo di budget e nei criteri di valutazione della performance individuale. Gli standard sono fissati per ciascun singolo obiettivo assegnato ad ogni struttura dal Comitato Budget su indicazione della Direzione e comunicati ai Responsabili.

A livello di valutazione individuale gli standard sono descritti nel modello di riferimento (SVI).

Al fine di assicurare servizi sanitari sempre più appropriati ai bisogni di salute della comunità, oltre a quanto definito a livello interaziendale con l'ASLCN1 in risposta ai bisogni della popolazione di riferimento, l'AO S.Croce e Carle utilizza le informazioni raccolte dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), dall'ufficio stampa interaziendale, da quanto raccolto dai diversi punti di front line. Alla tutela effettiva dei diritti del

²¹ http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione_trasparente/altri_contenuti/prevenzione_della_corruzione/

²² <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1039>

²³ http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione_trasparente/performance/relazione_sulla_performance/

²⁴ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1039>

cittadino è dedicata la Carta dei servizi²⁵ e la specifica documentazione predisposta per l'utente diretto, con particolare riferimento alle funzioni di informazione, accoglienza, tutela, partecipazione e al rispetto degli indicatori e degli standard di qualità prestabiliti, nonché dei procedimenti previsti per il caso di inadempimento.

Gli standard dichiarati nella sezione terza della Carta dei Servizi risultano raggiunti in misura soddisfacente e il livello di soddisfazione desumibile indirettamente dall'analisi dei reclami e delle segnalazioni che pervengono all'URP nonché il contenuto livello di contenzioso.

L'OIV valuta positivamente il processo di gestione degli standard di qualità, con particolare riferimento alle misurazioni attuate dall'amministrazione per il controllo della qualità dei servizi erogati e alle modalità con cui sono state adottate le soluzioni organizzative per la gestione di reclami, anche se al momento della predisposizione del presente documento non è ancora stato pubblicato il report delle segnalazioni riferita all'analisi 2024, ma la FPCT analizza periodicamente i dati presenti nel file di lavoro URP in cui vengono caricate in tempo reale le informazioni formali e informali. Non sono mai state intraprese class action nei confronti dell'AO.

Alcuni standard sono stati rivisti in relazione alle indicazioni generali sui tempi di attesa ed è stato avviato un lavoro aziendale connesso all'accessibilità che porterà all'inserimento di specifici standard nella Carta dei Servizi.

I dati analizzati saranno sintetizzati nella Relazione sulla Performance 2024²⁶ e nei relativi allegati e presentati.

6 COINVOLGIMENTO DEGLI STAKEHOLDER

Gli stakeholder di volta in volta specificamente coinvolti nei diversi processi vengono elencati nei documenti di riferimento e, in modo dettagliato, nella specifica tabella allegata alla Relazione sulla Performance.

I portatori di interesse maggiormente coinvolti nel processo di definizione e controllo del Ciclo di Performance, oltre all'OIV sono:

- i Direttori, i/le Responsabili ed i/le Referenti da questi individuati nelle Strutture maggiormente coinvolte nella valutazione del rischio corruttivo e negli adempimenti relativi alla trasparenza, nonché nell'autovalutazione del raggiungimento degli obiettivi di budget;
- il Collegio di Direzione²⁷;
- il Collegio Sindacale²⁸;
- i Comitati di Dipartimento²⁹;
- la Conferenza dei Sindaci³⁰;
- il Consiglio dei Sanitari³¹.

A questi vanno aggiunti i contributi di alcuni ruoli specifici:

- il Responsabile dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante (RASA);
- la Responsabile della gestione documentale e dell'archiviazione;
- il gestore delle segnalazioni per l'antiriciclaggio (Referente antiriciclaggio);
- il Responsabile della transizione digitale (RTD);

²⁵ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=45>

²⁶ http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione_trasparente/performance/relazione_sulla_performance/v

²⁷ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1002>

²⁸ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1003>

²⁹ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1005>

³⁰ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1006>

³¹ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1004>

- la Data Protection Officer (DPO);
- il Referente unico aziendale PNRR - missione 6
- il Comitato Unico di Garanzia (CUG)
- la Funzione Qualità ed Accreditamento (FQA).

Il portale aziendale è il riferimento principale per veicolare informazioni, unitamente ai canali social, agli strumenti di comunicazione tradizionale utilizzabili servendosi degli indirizzi istituzionali comunicati dall'Azienda e da quelli digitali, tra cui prioritariamente mail e pec.

La Struttura Comunicazione e ufficio stampa cura, come definito nella propria programmazione annuale, gli ambiti da garantire e sviluppare ed è a disposizione dell'Azienda per facilitare il rapporto con l'utenza e individuare le modalità e gli strumenti più adeguati per raggiungere efficacemente e nei tempi utili i diversi target.

7 DESCRIZIONE DELLE MODALITA' DI MONITORAGGIO DELL'OIV

Riferimento: Allegato 2.

L'OIV valuta positivamente lo svolgimento del processo, l'adeguatezza delle modalità di assegnazione degli obiettivi e la coerenza con le disposizioni del Sistema.

I confronti tra l'OIV e l'AO sono rimasti costanti sia via telematica che in presenza.

L'OIV mette in atto un'attività di verifica tramite l'esame di documentazione, di rapporti, l'analisi diretta e indiretta di dati, anche a campione, la consultazione di ruoli specifici all'interno dell'AO (es Amministrazione del Personale), in base ai tempi concordati con l'organizzazione.

Riguardo all'Attestazione sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione, l'OIV indica nell'apposito schema di relazione il procedimento seguito per verificare quanto dichiarato nella rilevazione dei dati curata dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza e dal suo staff.

L'OIV, inoltre, conserva traccia documentale anche di carattere informatico, tramite la Struttura Tecnica Permanente, di quanto rilevato ai fini dell'Attestazione, in modo da consentire verifiche ex-post anche da parte di soggetti terzi, in particolare della Commissione, in occasione dell'eventuale svolgimento di audit a campione.

Nel corso del 2024 nessuna struttura interna o nessun utente esterno ha chiesto di interagire con l'OIV.

Per comprendere le dinamiche aziendali e il contesto in cui opera l'azienda, l'OIV, ha preso visione della seguente documentazione messa a disposizione da parte della STP di supporto e dall'analisi del portale aziendale:

- Atto Aziendale, organigramma e documenti correlati;
- PIAO 2024
- SIMIVAP in vigore
- Schede di budget e SVI
- documentazione di analisi e rendicontazione in uso da parte dei soggetti relazionanti durante le fasi istruttorie
- portale aziendale con particolare attenzione all'area Amministrazione Trasparente.

8 PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

Tra gli aspetti migliorabili si segnala:

- individuare una modalità di rendicontazione dello stato di avanzamento degli obiettivi che consenta di avere sottomano le scadenze;
- assegnare obiettivi sempre più sfidanti e oggettivabili nella misurazione;
- digitalizzare le schede di valutazione (SVI)
- programmare un riesame del sistema di valutazione individuale a tutti i livelli così da realizzare pienamente lo scopo della stessa, come ribadito nelle direttive "Zangrillo"

- anticipare per tutte le figure aziendali il tempo della raccolta delle valutazioni ad inizio anno.

9 RIFERIMENTI E DOCUMENTI CORRELATI

- Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n°150 ora modificato da Decreto Legislativo 25 maggio 2017, n. 74 Modifiche al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, in attuazione dell'articolo 17, comma 1, lettera r), della legge 7 agosto 2015, n. 124. (17G00088) (pubblicato in GU Serie Generale n.130 del 07-06-2017 ed entrato in vigore il 22/06/2017)
- Delibera CIVIT n. 4/2012 Linee guida relative alla redazione della Relazione degli OIV sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni e sull'Attestazione degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità (art. 14, comma 4, lettera a e lettera g del D. Lgs. n. 150/2009)
- Delibera CIVIT n 23/2013 Linee guida relative agli adempimenti di monitoraggio degli OIV e alla Relazione degli OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, comma 4, lettera a) del D.Lgs. n. 150/2009)
- Linee guida fornite dalla Funzione Pubblica 1/2017, 2/2017, 4/2019 e 5/2019 che integrano e superano quelle precedentemente fornite dalle delibere CIVIT, in modo particolare 23/2013
- Decreto Legge 9 giugno 2021 n. 80, convertito, con modificazioni, dalla Legge 6 agosto 2022 n. 113
- Decreto Legge 30 aprile 2022 n. 36
- Legge 29 giugno 2022, n. 79 conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 30 aprile 2022, n. 36
- DPR n. 81 del 24.06.2022
- Decreto 30 giugno 2022, n. 132 "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione pubblicato nella GU n.209 del 7-9-2022 e vigente al 22-9-2022
- Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 28 ottobre 2023 "Nuove indicazioni in materia di misurazione e di valutazione della performance individuale"
- Nota prot. 430 del 24 gennaio 2024 il Ministro per la Pubblica Amministrazione Paolo Zangrillo ha inviato a tutte le Amministrazioni pubbliche le prime indicazioni operative in materia di misurazione e di valutazione della performance individuale, facendo riferimento alla Direttiva del 28 novembre 2023
- Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione, emanata il 14 gennaio 2025, avente per oggetto Valorizzazione delle persone e produzione di valore pubblico attraverso la formazione. Principi, obiettivi e strumenti.

10 ALLEGATI

Allegato 1 secondo le indicazioni della Delibera CIVIT n 23/2013 Linee guida relative agli adempimenti di monitoraggio degli OIV e alla Relazione degli OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni.

L'allegato 2 sarà pubblicato una volta terminata l'assegnazione degli obiettivi 2025.

11 LISTA DI DISTRIBUZIONE

Il presente documento è pubblicato sul sito web www.ospedale.cuneo.it area Amministrazione Trasparente-Controlli e rilievi sull'Amministrazione-Relazione Simivap³².

³² <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1041>