

Organismo Indipendente di Valutazione

Relazione OIV dell'ASP di Caltanissetta sul funzionamento complessivo
sistema di Valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni

(ex art. 14, comma 4, lettera a) del D. Lgs. n. 150/2009 e
Circolari CIVIT n. 4/2012 e 23/2013)

Caltanissetta, 23 aprile 2018

OIV ASP di Caltanissetta

Presidente

Dott.ssa Rita Maria Grazia Porracciolo

Componenti:

Dott.ssa Alida Maria Marchese

Dott. Salvatore Massimiliano Arena

INDICE

1. **Presentazione**
2. **Performance organizzativa**
 - 2.1 *Definizione di obiettivi, indicatori e target*
 - 2.2 *Misurazione e valutazione della performance organizzativa*
 - 2.3 *Metodologia per la misurazione e valutazione della performance organizzativa*
3. **Performance individuale**
 - 3.1 *Definizione e assegnazione degli obiettivi, indicatori e target*
4. **Struttura Tecnica Permanente**
5. **Infrastruttura di supporto**
6. **Utilizzo effettivo dei risultati del sistema di misurazione e valutazione**
7. **Integrazione con il ciclo di bilancio e i sistemi di controlli interni**
8. **Integrazione con gli altri sistemi di controllo**
9. **Il Programma Triennale per la trasparenza e l'integrità e il rispetto degli obblighi di pubblicazione**
10. **Definizione e gestione di *standard* di qualità**
11. **Coinvolgimento degli *stakeholders***
12. **Descrizione delle modalità del monitoraggio dell'OIV**
13. **Proposte di miglioramento del sistema di valutazione**
14. **Conclusioni**
15. **Allegati**



1. Presentazione

Nella presente relazione l'OIV riferisce sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni, relativo all'anno 2017, dell'ASP di Caltanissetta, al fine di metterne in luce gli aspetti positivi e negativi. Lo scopo è quello di evidenziare i rischi e le opportunità del sistema per presentare proposte per svilupparlo e integrarlo ulteriormente.

Questa relazione rappresenta, quindi, un momento di verifica della corretta applicazione da parte dell'ASP di Caltanissetta delle linee guida, delle metodologie e delle indicazioni della ex CIVIT, oggi ANAC e Dipartimento della Funzione Pubblica, tenendo anche conto del monitoraggio svolto sul Sistema aziendale di misurazione e valutazione della *performance*, sul Piano della *performance*, sul Piano Triennale per la trasparenza e l'integrità e sul Piano triennale di Prevenzione della Corruzione.

A tale proposito si ritiene necessario sottolineare quanto segue:

la delibera CIVIT n. 23/2013 prevede che la Relazione annuale riferisce sul funzionamento del Sistema di misurazione e valutazione della *performance* dell'anno precedente; pertanto, la presente fa riferimento al ciclo della *performance* dell'anno 2017 e, conseguentemente, il Piano della Performance che viene preso in considerazione è il piano triennale 2017/2019, di cui all'atto deliberativo n. 248 del 31 gennaio 2017.

Per quanto riguarda l'anticorruzione e il sistema della trasparenza e integrità dei controlli interni, si fa presente che il relativo piano triennale aziendale, cui si farà riferimento, è il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità – approvato con deliberazione n. 247 del 31/01/2017, pubblicato sul sito web aziendale, nella sezione Amministrazione Trasparente, con i relativi allegati: Allegato 1 “Mappatura dei processi” e tabella A su “Obblighi di pubblicazione”.

La stesura del presente documento si ispira ai principi di trasparenza, attendibilità, ragionevolezza, evidenza e tracciabilità.

Gli ambiti sui quali si relaziona, come previsto dalle delibere CIVIT n. 4/2012 e n. 23/2013, sono i seguenti:

- A. **Performance organizzativa** (Allegato 1- sezione A);
- B. **Performance individuale** (Allegato 1- sezione B);
- C. **Processo di attuazione del ciclo della performance** (Allegato 1- sezione C);
- D. **Infrastruttura di supporto** (Allegato 1 – sezione D);
- E. **Sistemi informativi e informatici a supporto dell'attuazione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità e per il rispetto degli obblighi di pubblicazione** (Allegato 1- sezione E)
- F. **Definizione e gestione degli standard di qualità** (Allegato 1- sezione F);
- G. **Utilizzo dei risultati del Sistema di misurazione e valutazione per la redazione della Relazione.**

La relazione riassume le criticità riscontrate per ogni ambito nel corso delle analisi dell'OIV e, alla luce di queste, propone miglioramenti e valuta le eventuali azioni di miglioramento portate avanti dall'Amministrazione a seguito delle proposte e dei suggerimenti di questo OIV.

La presente contiene, altresì, l'allegato di cui alla delibera CIVIT n. 23/2013, con una serie di informazioni su argomenti prioritari, rappresentando lo stesso uno schema riepilogativo delle valutazioni realizzate (Allegato 1).

La valutazione sull'effettivo funzionamento del processo di misurazione e valutazione viene effettuata con specifico riferimento a fasi, tempi e soggetti coinvolti. In tale ottica l'OIV esprime una valutazione sull'intero processo relativo al ciclo della *performance* organizzativa e individuale.

Inoltre l'OIV riferisce sull'adeguatezza della Struttura Tecnica Permanente in termini sia di risorse umane e finanziarie che di competenze professionali disponibili (Allegato 1 Sezione C).

In tale ottica l'OIV esprime una valutazione sull'intero processo relativo al ciclo della *performance* organizzativa e individuale.

I documenti di riferimento per la valutazione del sistema di misurazione e valutazione della Performance, utilizzati dall'Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta per l'anno 2017, sono i seguenti:

- 1) Piano Triennale della Performance 2017-2019, adottato con deliberazione n. 248 del 31 gennaio 2017 e acquisito dal sito web aziendale;
- 2) "Regolamento per la Misurazione e Valutazione della Performance dei Dirigenti e del personale del Comparto e Sistema Premiante", nel rispetto del decreto legislativo n. 150/09, del D.A. n. 1821/2011 del 26 settembre 2011 e dei vigenti CC.CC.NN.LL, adottato dall'Amministrazione con delibera n. 1198 del 30 Aprile 2014 e pubblicato sul sito web aziendale.
- 3) Nota prot. n.0004570 del 31.01.2018 con la quale è stata trasmessa, all'Assessorato Reg.le della Salute, la seguente documentazione:
 - a) Relazione sanitaria aziendale anno 2017;
 - b) Rendicontazione su "Obiettivi contrattuali generali e Obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi", anno 2017.

- 4) Schede di budget assegnate alle UU.OO. dei PP. OO. Di Gela e Caltanissetta, per il 2017, trasmesse, in formato cartaceo brevi manu, dalla Direzione aziendale alla STP, di seguito elencate:

P.O. S.ELIA:

- UOC Medicina: manca firma del Direttore Generale;
- UOC Ostetricia- Ginecologia: manca firma del Direttore Generale. Il valore atteso di uno degli obiettivi risulta corretto a penna senza una sigla a fianco.
- UOC Medicina Nucleare: manca firma del Direttore Generale; uno degli obiettivi risulta corretto a penna e non è di comprensibile lettura.
- UOC Neurochirurgia: manca firma del Direttore Generale. Il valore atteso di uno degli obiettivi risulta corretto a penna senza sigla comprensibile.
- UOC Neurologia: trasmessa in copia, manca firma del Direttore Generale;
- UOC Ortopedia e Traumatologia: manca firma del Direttore Generale. La scheda risulta in due punti corretta a penna, senza una sigla a fianco.
- UOC Oculistica: manca firma del Direttore Generale.
- UOC Oncologia: manca firma del Direttore Generale.
- UOC Cardiologia- Utic: manca firma del Direttore Generale;
- UOC Pneumologia : manca firma del Direttore Generale;
- UOC Distretto Ospedaliero CL1: manca firma del Direttore Generale.
- UOC MCAU : manca firma del Direttore Generale.
- UOC Pediatria : manca firma del Direttore Generale;
- UOC Malattie Infettive : manca firma del Direttore Generale. Il valore atteso di uno degli obiettivi risulta corretto a penna senza una sigla a fianco.
- UOC Urologia: manca firma del Direttore Generale. Il valore atteso di due degli obiettivi risulta corretto a penna senza una sigla a fianco.
- UOS RMN- Neuroradiologia: manca firma del Direttore Generale;
- UOC Radiologia: manca firma del Direttore Generale. Il valore atteso di uno degli obiettivi risulta indicato a penna e senza una sigla a fianco.
- UOC Chirurgia Vascolare: manca firma del Direttore Generale.



P.O. VITT. EMAN- GELA

- UOC MCAU : manca firma del Direttore Generale e risulta in fotocopia e senza data.
- UOC Radiologia : manca firma del Direttore Generale e risulta in fotocopia e senza data.
- UOC ORL: manca firma del Direttore Generale e risulta in fotocopia e senza data. Altresi il valore atteso di un obiettivo risulta tagliato e la nota accanto incomprensibile.
- UOC Pediatria: manca firma del Direttore Generale e la data. La scheda risulta in tre obiettivi modificata.
- UOC Cardiologia-UTIC: manca firma del Direttore Generale e risulta in fotocopia e senza data. Il valore atteso di uno degli obiettivi risulta modificato.
- UOC Medicina: manca firma del Direttore Generale e risulta in fotocopia e senza data.
- UOC Ostetricia-Ginecologia: manca firma del Direttore Generale e risulta in fotocopia e senza data.
- UOC Radioterapia: manca firma del Direttore Generale e la data.
- UOC Nefrologia e Dialisi: manca firma del Direttore Generale.
- UOC Oncologia: manca firma del Direttore Generale. La scheda risulta in quattro obiettivi modificata.
- UOC Chirurgia: manca firma del Direttore Generale e risulta in fotocopia. La scheda risulta in tre obiettivi modificata.
- UOC Ortopedia e Traumatologia: manca firma del Direttore Generale. Il valore atteso di uno degli obiettivi risulta corretto a penna.
- UOC Anestesia e Rianimazione: manca firma del Direttore Generale e risulta in fotocopia e senza data. Sulla prima pagina della scheda risulta la dicitura: "da valutare e modificare".

P.O. MUSSOMELI

- UOC Ortopedia e Traumatologia: manca firma del Direttore Generale

118: manca firma del Direttore Generale.

Ospedalità Pubblica e Privata: manca firma del Direttore Generale e la data.

- Radioterapia S.Cataldo: manca firma del Direttore Generale e la data.

Per quanto riguarda l'Area Sanitaria territoriale, è pervenuta alla STP la nota prot. n. 36112 del 21.12.2017, con la quale il Direttore Generale e il Direttore Sanitario confermano "per l'anno 2017, quali obiettivi di budget per le UU.OO. area territoriale..... gli stessi che sono stati negoziati per l'anno 2016, con le modifiche/integrazioni contenute nei documenti PAA e PAC aziendali".

2. Performance organizzativa

2.1 Definizione di obiettivi, indicatori e target

Circa le **modalità di svolgimento del processo** di definizione degli obiettivi, l'OIV ha effettuato la verifica dell'**applicazione** dei **criteri** minimi di definizione del **Sistema** di misurazione e valutazione come enunciati nella delibera Civit n. 89/2010.

Nel corso dell'csame, con riferimento ai documenti di cui in premessa, l'OIV ha rilevato che i suggerimenti proposti nella precedente relazione del 27.04.2017, non sono stati ancora recepiti e fatti propri dall'Amministrazione.



Per quanto riguarda le schede di budget si rileva che, nonostante i suggerimenti dati dall'OIV alla Direzione Strategica negli anni precedenti, gli obiettivi vengono negoziati nell'ultimo trimestre dell'anno e non all'inizio dello stesso.

Per quanto riguarda l'area sanitaria territoriale e alla nota prodotta dalle Direzioni Generale e Sanitaria, prot. n. 36112 del 21.12.2017, si rileva la mancata declinazione, in maniera chiara ed esaustiva degli obiettivi assegnati alle singole UU.OO.

Questo OIV ritiene che, in tal modo, non venga attuata la metodologia di assegnazione degli obiettivi, normativamente prevista per il ciclo di gestione della performance.

2.2 Misurazione e Valutazione della Performance organizzativa

Nell'ambito del processo di attuazione del ciclo di gestione della performance, dall'esame delle schede di budget per l'anno 2017, contenenti gli obiettivi negoziati con i Responsabili delle singole UU.OO., l'OIV rileva ancora una volta che, come per gli anni precedenti, le schede di cui sopra non sono state preventivamente condivise con l'OIV, come sarebbe stato invece auspicabile, anche al fine di individuare in maniera coerente gli obiettivi ed i relativi indicatori.

Le schede di budget, elencate al paragrafo 1, p.4, non risultano, per la gran parte, datate e firmate dal Direttore Generale; alcune di esse risultano, inoltre, modificate in maniera non corretta.

2.3 Metodologia per la Misurazione e Valutazione della Performance Organizzativa

Tramite l'esame dei documenti di riferimento, l'OIV, relativamente all'adeguatezza della metodologia per la misurazione e valutazione della *performance* organizzativa, rileva quanto segue:

- non si è registrato nessun miglioramento in termini sia della definizione degli obiettivi, sia della loro declinazione, sia della tempistica di assegnazione;
- In allegato alle schede di negoziazione trasmesse alla STP non risulta allegata la mappatura delle UU.OO. individuate dalla Direzione Strategica quale livello di negoziazione per l'anno 2017.
- durante il 2017 l'Amministrazione ha implementato, ai sensi del DDG 835/2014 e secondo quanto previsto dalle azioni dei PAC, il sistema di Controllo di Gestione, reso, già nel 2015, uniforme ed efficiente per l'intera ASP, in tutte le sue articolazioni territoriali e ospedaliere.

3. Performance individuale

3.1 Definizione e assegnazione degli obiettivi, indicatori e target

Nel corso del 2017 la Performance Individuale risulta a regime, con l'utilizzo delle schede allegate al regolamento di Misurazione e Valutazione della Performance, di cui alla deliberazione n.1198 del 30 Aprile 2014, sia per il Personale del Comparto che per il Personale Dirigenziale.

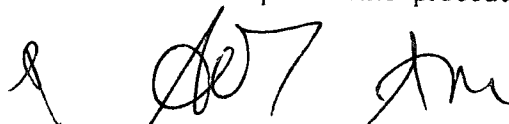
4. Struttura Tecnica Permanente (STP)

I dati relativi alla Struttura Tecnica Permanente sono rinvenibili dagli atti deliberativi n. 1477 del 13 Settembre 2013 e n. 2127 del 31 Dicembre 2013, con i quali la STP è stata costituita.

La STP risulta a oggi ancora composta esclusivamente dalla Responsabile, dott.ssa Grazia Colletto.

5. Infrastruttura di supporto

L'ASP di Caltanissetta, nel corso del 2017, per quanto riguarda il sistema di indicatori di reporting, si è dotata di un nuovo software "AREAS" (destinato a sostituire la precedente procedura di



Business Intelligence). Altresì, la Direzione Strategica si è dotata di un modulo di Contabilità Analitica, la cui attività è di competenza del SEF, al fine di potere effettuare un'attività di Programmazione, di monitoraggio, nonché di rendicontazione dei risultati gestionali e contabili, più aderente alle singole articolazioni aziendali.

In atto entrambi i software risultano in fase di implementazione, ma non a regime.

L'OIV ribadisce ancora una volta la necessità di individuare e assegnare a tal uopo alla STP anche delle figure professionali dotate di competenze informatiche specifiche per l'utilizzo del software regionale.

Per i Sistemi Informativi e i Sistemi Informatici si rinvia all'Allegato1 Sezione D.

6. Utilizzo effettivo dei risultati del sistema di Misurazione e Valutazione

I risultati dell'attività di Misurazione e Valutazione sul grado di raggiungimento degli obiettivi delle singole UU.OO. vengono pubblicati sul sito web aziendale, nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente, per rendere visibile e trasparente il processo. Dei risultati, altresì, si dà comunicazione alla Direzione strategica e al SEF per la competente liquidazione delle spettanze dovute ai singoli dipendenti.

7. Integrazione con il ciclo di bilancio e il sistema dei controlli interni

Per quanto riguarda la rendicontazione dei dati economici dell'azienda viene utilizzato il Modello CE, con l'utilizzo delle specifiche voci nello stesso previste. In atto risulta pubblicato sul sito web aziendale il CE preventivo 2017, in quanto il riepilogo a consuntivo risulta in fase di definizione, da parte del competente Servizio Economico Finanziario, che ha l'obbligo di provvedere entro la prevista scadenza del 30 Aprile 2018.

8. Integrazione con gli altri sistemi di controllo

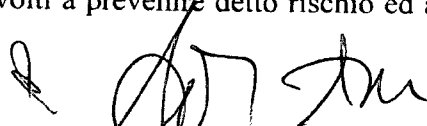
Per quanto riguarda il sistema del Controllo di Gestione, nel corso del 2017 lo stesso, già a regime per quanto previsto dal DDG 835/2014, è stato oggetto di un ulteriore processo di implementazione, realizzato ai sensi del D.D.G. 63/2017, con la creazione di nuovi 4 Flussi Regionali, nonché in applicazione delle specifiche azioni previste nei Percorsi di Certificabilità Aziendali (v. deliberazioni nn. 624 del 10 Marzo 2017, n. 1537 del 22.06.2017 e n. 2460 del 30.10.2017).

Altro sistema di controllo aziendale è realizzato tramite il Collegio Sindacale, Organismo deputato alla verifica dell'attività dell'Azienda sotto il profilo economico, alla vigilanza sull'osservanza della legge, all'accertamento della regolare tenuta della contabilità e della conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili.

9. Il Piano Triennale di prevenzione della corruzione, il Programma Triennale per la trasparenza e l'integrità e il rispetto degli obblighi di pubblicazione

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità è stato approvato con deliberazione n. 247 del 31/01/2017 e pubblicato sul sito web aziendale dal 05/02/2017 al 19/02/2017.

Il Piano Triennale di prevenzione della corruzione e Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità è finalizzato a fornire una valutazione del diverso livello di esposizione al rischio di corruzione, stabilendo gli interventi organizzativi volti a prevenire detto rischio ed a individuare le



strategie ritenute prioritarie per la prevenzione ed il contrasto della corruzione e dell'illegalità, garantendone l'adozione, all'interno dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta.

Con lo stesso Piano si definiscono procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti chiamati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione.

Con il Programma triennale per la Trasparenza, integrato nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, l'ASP definisce una serie di azioni, anche di miglioramento, che consentano di fornire, principalmente ai cittadini, ma anche agli altri stakeholders aziendali, gli strumenti volti a consentire il controllo della performance e la conoscenza dei servizi aziendali, nonché delle loro caratteristiche quali-quantitative e modalità di erogazione.

Esso, inoltre, è indirizzato a favorire forme diffuse di controllo sull'attività istituzionale anche al fine di prevenire fenomeni corruttivi e promuovere l'integrità.

Quale misura adottata dall'Azienda in materia di Prevenzione della Corruzione e di Trasparenza è da considerare l'applicazione del principio di rotazione del personale, con l'adozione di due appositi Regolamenti aziendali e precisamente:

- 1) Atto Deliberativo n. 2293 del 24. Nov. 2016 di approvazione del "Regolamento per la rotazione del Personale- Area Dirigenza Sanitaria non medica- Tecnica-Professionale- Amministrativa";
- 2) Atto Deliberativo n. 2294 del 24 Nov. 2016 di approvazione del "Regolamento per la rotazione del Personale- Area Dirigenza Medica e Veterinaria".

In applicazione del Regolamento per la "Rotazione del Personale Area Dirigenza Sanitaria non medica- Tecnica-Professionale- Amministrativa", dopo espletamento di regolare bando, con successivo atto deliberativo n.1463 del 16/06/17, è stata definita la rotazione dei Dirigenti dell'Area amministrativa, relativamente alle Unità Operative Semplici, che è avvenuta con decorrenza 01.01.2018.

Riguardo all'Attestazione sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione, previsto dalla delibera ANAC n. 141 del 21.02.2018 l'ANAC fissa al 30 aprile 2018 la pubblicazione delle attestazioni degli OIV, o degli organismi con funzioni analoghe, relative all'assolvimento di specifiche categorie di obblighi di pubblicazione al 31 marzo 2018. Si rinvia, pertanto, all'attestazione di questo OIV sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione e ai relativi allegati, che saranno compilati e pubblicati sul sito internet aziendale, Sezione Amministrazione Trasparente, entro la data del 30.04.2018.

10. Definizione e gestione di *standard* di qualità

Gli standard di qualità perseguiti dall'Azienda sono orientati ai modelli di accreditamento internazionali e sono monitorati direttamente a livello regionale dal competente Assessorato della Salute.

L'OIV riferisce in merito a quanto sopra nell'**Allegato 1 - sezione F**.



11. Coinvolgimento degli stakeholders

Il ruolo degli stakeholders viene previsto nel Piano Triennale della Performance 2017-2019, adottato con deliberazione n. 248 del 31 gennaio 2017 e acquisito dal sito web aziendale, laddove si stabilisce che il Piano venga diffuso attraverso i canali di comunicazione e pubblicato sul sito web dell'Azienda, al fine di assicurarne la massima diffusione e trasparenza, con l'intento di favorire anche un processo di condivisione e di confronto con le istituzioni e le componenti rappresentative della cittadinanza e dei portatori di interessi e valori in genere e presentato agli stakeholders interni ed esterni.

A tal proposito l'Azienda, inoltre, coinvolge le componenti maggiormente rappresentative della cittadinanza attraverso il Comitato Consultivo Aziendale, costituito dalla stessa con atto deliberativo n. 1157 del 11/05/2010, composto da numerose associazioni operanti sul territorio.

12. Descrizione delle modalità del monitoraggio dell'OIV

L'OIV ha realizzato le **attività di verifica di propria competenza** attraverso l'esame di documentazione, la realizzazione di interviste a campione, la verifica del sito web aziendale, l'analisi di dati tra i quali anche quelli soggetti ad obblighi di pubblicazione nella Sezione "Amministrazione Trasparente".

L'OIV, inoltre, conserva ogni traccia documentale (anche di carattere informatico) di quanto rilevato, in modo tale da consentire verifiche *ex-post*, anche da parte di soggetti terzi.

13. Proposte di miglioramento del sistema di valutazione e Conclusioni.

In conclusione si ribadisce, ancora una volta, che le azioni più importanti che questa Azienda deve intraprendere nell'attuazione del prossimo ciclo di gestione della Performance, sono:

- Miglioramento del sistema di attribuzione e negoziazione degli obiettivi e di valutazione della performance, anche in relazione alla tempistica di assegnazione degli obiettivi e alla chiara declinazione degli stessi;
- Utilizzo delle schede di budget, quale strumento esclusivo di attribuzione degli obiettivi a tutte le UU.OO., individuate per la negoziazione, nonché quale schema per i progetti obiettivo;
- Miglioramento della Struttura Tecnica Permanente, con adeguata dotazione organica e strumentale;
- Dotazione dell'OIV di una Segreteria;
- Rispettare il dettato normativo circa i pagamenti degli emolumenti dei componenti dell'OIV.



14. Allegati

- A1. Monitoraggio sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni, relativo al Ciclo della Performance precedente;
- A2. Monitoraggio dell'assegnazione degli obiettivi organizzativi e individuali, relativo al Ciclo della Performance in corso;
- A3. Monitoraggio sulla valutazione del grado di conseguimento degli obiettivi individuali e sull'erogazione dei premi, relativo al Ciclo della Performance precedente.

Caltanissetta, 23 aprile 2018

OIV ASP di Caltanissetta

Presidente

Dott.ssa Rita Maria Grazia Ruffaceto

Componenti:

Dott.ssa Aida Maria Marchese

Dott. Salvatore Massimiliano Arena