



Organismo indipendente di valutazione della Performance dell'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico materno-infantile "Burlo Garofolo" di Trieste

Relazione 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)

Anno 2022

Componenti OIV:

dott. Cesare Gallorini (Presidente)

dott.ssa Silvana De Simone (componente)

dott.ssa Valentina Lorenzutti (componente)

INDICE

- 1. PRESENTAZIONE**
- 2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**
- 3. PERFORMANCE INDIVIDUALE**
- 4. IL PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE**
- 5. INFRASTRUTTURA DI SUPPORTO**
- 6. UTILIZZO EFFETTIVO DEI RISULTATI DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE**
- 7. SISTEMI INFORMATIVI E INFORMATICI A SUPPORTO DELL'ATTUAZIONE DEL PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E LA TRASPARENZA**
- 8. INTEGRAZIONE CON IL CICLO DI BILANCIO ED I SISTEMI DI CONTROLLI INTERNI**
- 9. DEFINIZIONE E GESTIONE DI STANDARD DI QUALITÀ**
- 10. VERIFICA DELLE BUONE PRATICHE DI PROMOZIONE DELLE PARI OPPORTUNITÀ**
- 11. COINVOLGIMENTO DEGLI STAKEHOLDER E CITTADINI UTENTI**
- 12. DESCRIZIONE DELLE MODALITÀ DI MONITORAGGIO DELL'OIV**
- 13. PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE**

1. PRESENTAZIONE

L'Organismo Indipendente di Valutazione (di seguito OIV o Organismo) dell'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico materno-infantile "Burlo Garofolo" di Trieste" (di seguito Burlo), è stato rinnovato nel corso del 2022. La nuova composizione è stata formalizzata con Decreto del Direttore Generale n. 139 dd. 28/07/2022 per un periodo di tre anni, rinnovabili per una sola volta e l'organismo si è insediato il 9 agosto 2022, prendendo atto di quanto avvenuto precedentemente.

Nel corso dell'anno 2022 l'OIV ha tenuto n. 9 riunioni (4 nella composizione precedente e 5 nella nuova composizione), anche in modalità di tele/audio-conferenza e/o con procedure telematiche, così come previsto dal vigente Regolamento aziendale di funzionamento dell'OIV dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste e risultante dai verbali redatti e pubblicati sul sito aziendale nell'apposita sotto-sezione dell'Amministrazione Trasparente, disponibili agli atti della SSD Programmazione e Controllo; questa modalità ha permesso di svolgere le attività previste anche durante il periodo di pandemia da COVID 19 e di effettuare incontri più frequenti al fine di ottenere un costante allineamento tra l'Organismo e l'ente stesso. Nello svolgimento della sua attività, è stato supportato dalle strutture interne dell'Istituto, convocate di volta in volta secondo le esigenze, e dalla S.S.D. Programmazione e Controllo che ha assolto alle funzioni di "Struttura tecnica permanente per la misurazione della performance" di cui all'art. 14, commi 9 e 10, del D.Lgs. n. 150/2009.

La presente relazione è stata redatta ai sensi dell'art. 14 comma 4, lett. a), del Decreto Lgs. 150/2009 e s.m.i. ed analizza il funzionamento complessivo del sistema di valutazione, la trasparenza e l'integrità dei controlli interni nell'Istituto relativamente all'anno 2022, al fine di dare evidenza, anche formulando proposte e pareri ai vertici aziendali, della necessità di apportare eventuali revisioni al ciclo della performance tese ad assicurare la correttezza dei processi di misurazione e valutazione nonché l'applicazione delle linee guida, delle metodologie e dei dettami legislativi.

Il documento si ispira ai principi di trasparenza, attendibilità, ragionevolezza, evidenza e tracciabilità, verificabilità dei contenuti e dell'approccio utilizzato e si articola nei seguenti ambiti previsti dalla 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)”:

- A. Performance organizzativa
- B. Performance individuale
- C. Processo di attuazione del ciclo della performance
- D. Infrastruttura di supporto
- 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
- F. Definizione e gestione degli standard di qualità
- G. Utilizzo dei risultati del Sistema di misurazione e valutazione
- H. Coinvolgimento degli stakeholder e dei cittadini-utenti
- I. Verifica delle buone pratiche di promozione delle pari opportunità
- J. Descrizione delle modalità del monitoraggio dell'OIV.

Per effettuare tale analisi, l'O.I.V. ha preso in considerazione:

- il Sistema di misurazione e valutazione della performance dell'Amministrazione;
- il Ciclo della performance di cui all'art. 4 del D. lgs 150/2009 e ss.mm.ii.;
- le modalità con le quali l'Amministrazione ha strutturato la propria organizzazione al fine di realizzare correttamente le attività previste dal ciclo della performance;
- l'attuazione della normativa in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione

2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

In premessa occorre precisare che l'IRCCS Burlo per l'anno 2022, ha adottato i seguenti documenti di programmazione:

- Piano attuativo ospedaliero (PAO), redatto in coerenza con le Linee per la Gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario Regionale emanate dalla Giunta Regionale;
- il documento di “Assegnazione degli obiettivi di budget ai centri di attività e del budget di risorsa” contenente gli obiettivi prioritari incentivanti e le risorse economiche assegnati ai Centri di Responsabilità aziendali;

- il documento “Approvazione dei progetti oggetto di incentivazione a valere sulle risorse aggiuntive regionali (RAR)”;
- il Piano Integrato di Attività e Organizzazione.

Nel corso dell'anno 2022, l'OIV ha preso in esame la chiusura del Ciclo della Performance relativo al 2021 e, parallelamente, ha monitorato l'avvio del ciclo relativo all'esercizio 2022.

Con riferimento all'annualità 2021, l'OIV ha esaminato, nelle sedute dd 9/5-9/8 e 23/8/2022 le attività svolte ed i risultati finali raggiunti dalle singole articolazioni organizzative, sulla base dei riscontri emersi dalle relazioni di rendicontazione trasmesse dai Responsabili. L'istruttoria è stata condotta dalla SSD Programmazione e Controllo e validata, per ciascuna Struttura e per ciascun obiettivo, dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Scientifico, ciascuno per la propria area di competenza.

L'OIV, nel prendere atto della valutazione espressa dal valutatore di I istanza ha verificato, secondo una metodologia di tipo campionario, le rendicontazioni degli obiettivi di alcune strutture (di area ospedaliera e degli uffici tecnico-amministrativi e di staff), richiedendo, laddove necessario, integrazioni di documentazione a scopo di approfondimento.

Il ciclo della performance 2021 si è concluso con la stesura della “Relazione annuale sulle performance 2021”, di cui all'art. 10, comma 1 lettera b) del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 (e s.m.i.), con cui sono stati approvati i “risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse utilizzate”. L'OIV ha preso visione della bozza del documento, anticipato ai componenti via mail in data 19/8/2022, ed ha provveduto a validarlo nella seduta del 23/8/2022, successivamente alla sua approvazione avvenuta con Decreto del DG n. 142 di pari data, rilasciando apposita attestazione di validazione firmata del Presidente dell'Organismo e debitamente pubblicata sul sito aziendale unitamente alla Relazione stessa.

Con riferimento all'esercizio 2022 l'Ente ha avviato il ciclo della Performance in coerenza con quanto previsto dal D. Lgs 150/2009, adottando, con decreto del DG n. 49/2022 il “Piano attuativo Ospedaliero ed il Bilancio di previsione economico annuale per l'anno 2022 (PAO 2022)”, redatto in conformità alle linee annuali per la gestione del SSR approvate in via definitiva con D.G.R. n. 321/2022.

Successivamente con Decreto DG. n. 104 del 27/6/2022, è stata formalizzata l'attribuzione alle singole Strutture degli obiettivi operativi e del budget di risorsa 2022, sulla base dell'elenco dei Centri di Attività e di Risorsa aziendali definiti nell'allegato 1 del medesimo provvedimento.

L'OIV ha preso atto dei documenti di programmazione aziendali sopra citati, contenenti il quadro degli obiettivi strategici aziendali e delle risorse atte al loro perseguimento, ed ha assunto tali documenti quale riferimento per la verifica dell'adesione delle procedure agli standard aziendali.

Nell'ambito della programmazione annuale, oltre al suesposto processo di misurazione e valutazione della performance organizzativa, si affianca un processo di assegnazione di obiettivi legato alla distribuzione delle cosiddette Risorse Aggiuntive Regionali (RAR), ovvero a fondi annualmente assegnati dalla Regione per la realizzazione di progetti e obiettivi di miglioramento della qualità e dell'efficienza dei servizi erogati ma anche per le attività di contrasto all'emergenza pandemica e per l'implementazione degli interventi previsti dal piano operativo regionale relativo alla Missione 6 del PNRR (Piano nazionale di ripresa e resilienza) approvato con D.G.R. n. 550/2022. Tali fondi hanno un iter codificato che prevede il coinvolgimento delle Organizzazioni Sindacali e degli organi/organismi di controllo, sia in fase di definizione delle progettualità sia in fase di valutazione dei risultati e di rendicontazione.

L'OIV ha valutato, con modalità campionaria, le relazioni sulle progettualità definite negli Accordi integrativi aziendali per l'anno 2021, approvati con decreto del DG n. 92/2021 per la dirigenza dell'area sanità e con Decreto del DG n. 143/2021 per il comparto e la dirigenza PTA, le cui risultanze sono state riportate nella Relazione sulla Performance 2021.

Con riferimento all'anno 2022 l'Istituto ha individuato i progetti RAR ed espletato le procedure di contrattazione sindacale come da norma e contratti e li ha formalizzati con proprio Decreto DG n. 201/2022 per il personale del comparto e con Decreto DG n. 214/2022 per la dirigenza dell'area sanità e l'area della dirigenza PTA (professionale, tecnico, amministrativa).

3. PERFORMANCE INDIVIDUALE

Il processo di valutazione individuale dell'Istituto è gestito e coordinato dalla SSD Politiche del Personale la quale garantisce la somministrazione, a tutto il personale dipendente (dirigenza e comparto) di un'apposita scheda di valutazione distinta per le tre aree contrattuali tesa a valutare, da parte del superiore gerarchico, l'attività svolta, le competenze e la professionalità dimostrate dai propri collaboratori e che misura altresì il loro contributo al raggiungimento degli obiettivi annuali (performance organizzativa) della struttura di appartenenza.

Il percorso di valutazione individuale garantisce il contraddittorio con l'interessato mediante colloqui individuali volti all'esplicitazione dei comportamenti e delle competenze attese e osservate nel corso dell'anno e si conclude con la sottoscrizione della scheda compilata da parte del valutatore e del valutato per presa visione.

Relativamente alle valutazioni individuali 2021, non sono stati segnalati casi di ricorso da sottoporre alla valutazione di II istanza da parte dell'Organismo, fermo restando che il ruolo dell'OIV è di soggetto "terzo e indipendente" che non è deputato a modificare i punteggi attribuiti al singolo ma deve assicurare il rispetto delle procedure, delle modalità e della tempistica previsti dai regolamenti aziendali, a tutela del dipendente, e per garantire l'integrità e l'equità del sistema stesso.

L'OIV ha verificato che l'IRCCS ha provveduto a concludere il percorso di adeguamento dei propri regolamenti sulla valutazione individuale, approvando con decreto DG n. 220/2022 il Regolamento sulla valutazione individuale dell'area della dirigenza PTA.

Il processo di valutazione individuale per l'anno 2022 è stato avviato in data 23/2/2023 dalla SSD Politiche del personale inviando, via posta elettronica, apposita comunicazione a tutto il personale dipendente della dirigenza medica, della dirigenza sanitaria, professionale tecnica e amministrativa e del comparto, nella quale venivano fornite le informazioni necessarie per la corretta compilazione della scheda e allegando il format della scheda stessa, in formato elettronico editabile. La somministrazione delle schede ai valutati è in fase di ultimazione. È altresì attualmente in corso la fase di raccolta delle eventuali istanze di ricorso presentate dal personale.

4. PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE

Il processo di funzionamento del Sistema di misurazione e valutazione nell'anno 2021, è sintetizzato nel seguente schema, con l'indicazione dei soggetti coinvolti nelle varie fasi del ciclo di gestione della performance.

Nella tabella sottostante, vengono individuati le fasi, i tempi ed i soggetti coinvolti per gli adempimenti 2022.

FASI del CICLO DELLA PERFORMANCE	TEMPI	Articolazioni organizzative coinvolte
PAO + Schede di Budget + Progetti/obiettivi incentivati con le RAR (risorse aggiuntive regionali) + PIAO 2022-2024	PAO adottato con decreto DG n. 49/2022 Piano Integrato di Attività e Organizzazione, adottato con decreto DG n. 175/2022 Assegnazione per l'anno 2022 del budget di attività e risorsa con decreto DG. n. 104/2022 Approvazione progetti RAR per il comparto con decreto DG n. 201/2022 e per l'area della dirigenza PTA e della dirigenza dell'area sanità con decreto DG n. 214/2022	- Direzione Strategica - SSD Programmazione e controllo - SSD Politiche del Personale - SC Gestione Economico Finanziaria - Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
Monitoraggio infra-annuale	Monitoraggio al 31/08/2022 Gli esiti del monitoraggio, del percorso di rinegoziazione e le criticità emerse sono stati recepiti con decreto DG n. 207/2022	- Direzione Strategica - SSD Programmazione e controllo
Performance individuale	Somministrazione schede valutazione individuale 2022 nel corso del mese di febbraio 2023	- SSD Politiche del Personale
Rendicontazione ed erogazione indennità (obiettivi di performance organizzativa ed obiettivi/progetti RAR)	In corso la rilevazione dei risultati finali. Si rimanda alla Relazione annuale sulla Performance 2022	- SSD Programmazione e controllo

Per una completa documentazione dell'andamento della performance 2022 è necessario attendere l'adozione del Bilancio Consuntivo e della Relazione sulla Gestione 2022 e completare l'analisi e la verifica dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi assegnati con la programmazione di budget (attività attualmente in corso).

L'OIV ritiene che l'Azienda si sia dotata di un sistema di misurazione e valutazione della performance sufficiente ed adeguato a supportare il processo di valutazione, coinvolgendo tutti i livelli di responsabilità dell'Azienda, a partire dai vertici per arrivare fino ai coordinatori. Rileva, inoltre, che il sistema di valutazione nell'ambito della "Performance individuale" è stato oggetto di revisione e aggiornamento, approvando con decreto DG n. 220/2022 il nuovo Regolamento sulla valutazione individuale dell'area della dirigenza PTA (i regolamenti della Dirigenza area Sanità e del comparto erano già stati aggiornati nel 2021), dando maggiore rilievo all'utilizzo della stessa ai fini di valorizzazione del merito e riconoscimento dei premi e garantendo il rispetto della tempistica nella somministrazione e raccolta delle schede compilate.

5. INFRASTRUTTURA DI SUPPORTO

Durante il periodo di attività, dal suo insediamento, l'OIV ha fruito del costante supporto dalle strutture interne del Burlo, chiamate di volta in volta secondo le esigenze, così come stabilito dal "Regolamento aziendale di funzionamento dell'OIV dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste", con particolare riferimento alla SSD Programmazione e controllo, che ha svolto le funzioni di "Struttura tecnica permanente per la misurazione della performance" di cui all'art. 14, comma 9 e 10, del D.Lgs. n. 150/2009.

In sede di misurazione della performance organizzativa, la SSD Programmazione e Controllo ha riscontrato gli indicatori di risultato relativi a tutti gli obiettivi assegnati garantendo un buon livello di affidabilità dei dati utilizzati con preferenza per fonti informative esterne (es. Indicatori LEA e Bersaglio, dati amministrativi/flussi ministeriali, Report monitoraggio tempi d'attesa pubblicato dall'ARCS) o fonti interne (dati e informazioni) raccolti sulla base di flussi informatici o strumenti di rilevazione certificati (es. report di monitoraggio dell'attività di ricovero ed ambulatoriale, report di valutazione degli indicatori di rischio clinico prodotto dalla Direzione Sanitaria, contatti del sito, tempi di pagamento, tempi di risposta medi, ecc.).

L'OIV conferma che, la mancanza di strumenti specifici di monitoraggio e gestione, rende onerosa la gestione operativa del ciclo della Performance. L'OIV evidenzia che l'IRCCS provvede a pubblicare, nell'area intranet aziendale, i documenti di programmazione approvati ed i report per il monitoraggio dell'attività sanitaria delle strutture cliniche, collegati agli obiettivi di budget.

6. UTILIZZO EFFETTIVO DEI RISULTATI DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE

I risultati del sistema di misurazione e di valutazione delle performance generano ricadute giuridiche ed economiche; essi, infatti, assumono rilievo sia ai fini dell'assegnazione, conferma e revoca degli incarichi professionali e di struttura, che ai fini dell'erogazione degli incentivi direttamente correlati agli esiti delle valutazioni espresse.

L'OIV nella sua attività di verifica dell'efficacia del SMVP, alla luce dei risultati conseguiti nel ciclo precedente, suggerisce di apportare alcune modifiche al sistema stesso, come meglio esplicitato nella sezione di questo documento dedicato alle azioni di miglioramento.

7. SISTEMI INFORMATIVI E INFORMATICI A SUPPORTO DELL'ATTUAZIONE DEL PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E LA TRASPARENZA

Non è presente un sistema informativo-informatico dedicato che supporti, con flussi automatizzati, l'attuazione delle misure e degli obiettivi previsti dal Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPC) tuttavia, in applicazione di quanto previsto dall'art 43, comma 3 del Decreto Lgs. 33/2013, *“I dirigenti responsabili degli uffici dell'amministrazione garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge”*, l'ente rimanda ai Dirigenti/Responsabili delle strutture, la responsabilità della elaborazione, trasmissione e aggiornamento dei dati, inclusi quelli che assumono rilevanza esterna, in considerazione di quanto riportato nell'allegato 3 del PTPC 2022-2024 (*“Tabella degli obblighi di pubblicazione per la trasparenza”*) approvato con decreto DG n. 61 del 29/04/2022 e debitamente pubblicato sul sito aziendale.

Si segnala che l'Amministrazione prevede l'assegnazione, ad ogni struttura, di uno specifico obiettivo operativo denominato *“Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e*

Trasparenza (PTPCT)” con precisi indicatori di misurazione che vengono puntualmente rendicontati.

In merito all’attuazione delle indicazioni normative sul “*Whistleblowing*” l’Istituto si è dotato di specifica procedura, denominata "*Gestione delle segnalazioni di possibili condotte illecite e relative forme di tutela*", aggiornata nel 2019 (rif. PRO DGN 0019-1 prot.n. 1546 dd. 20/02/2019).

In ogni caso la protocollazione della segnalazione è effettuata in via riservata al Protocollo Generale dell’Istituto, al fine di garantire la riservatezza del segnalante.

Nella procedura si specifica, altresì, che il whistleblower può registrare la sua segnalazione direttamente sul portale dell’ANAC, ottenendo un codice identificativo univoco, “key code”, che dovrà utilizzare per “dialogare” con la predetta Autorità in modo spersonalizzato.

8. INTEGRAZIONE CON IL CICLO DI BILANCIO ED I SISTEMI DI CONTROLLI INTERNI

Il ciclo di programmazione e controllo del Burlo prevede che il Bilancio Economico Preventivo, quale documento di programmazione economico finanziaria annuale, sia integrato con i piani/programmi di attività e con gli obiettivi quali-quantitativi di miglioramento delle performance, illustrati nel Piano attuativo ospedaliero (PAO).

Pertanto, il documento del PAO, redatto con cadenza annuale, esplicita il livello di coerenza tra gli obiettivi della programmazione strategico-gestionale e le risorse economico-finanziarie disponibili, costituite dal finanziamento regionale e dalle entrate proprie. L’assegnazione del budget economico alle singole articolazioni organizzative avviene nell’ambito del processo di negoziazione ed assegnazione degli obiettivi operativi, nel rispetto dei vincoli economici presenti nel PAO e delle responsabilità gestionali attribuite.

Il livello di integrazione tra il sistema di misurazione e valutazione della performance e gli altri strumenti di controllo interno, tra cui il sistema informativo-statistico implementato ai fini del controllo di gestione, risulta sufficientemente ampio e ben strutturato, fornendo un ampio spettro di dati ed informazioni a supporto del processo decisionale, oltre che alla individuazione e monitoraggio degli obiettivi di budget.

Per quanto attiene al raccordo tra ciclo delle performance e altri sistemi di controllo interno, si evidenzia che anche nell'annualità 2022, sono stati declinati alle strutture specifici obiettivi relativi agli adempimenti previsti in materia di trasparenza ed anticorruzione, tratti dal PTPCT 2022-2024.

Nel corso del 2022, è stato inoltre introdotto nel sistema di programmazione il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (rif. decreto DG n. 175/2022), come da normativa di riferimento, il cui obiettivo è quello di integrare i diversi strumenti di programmazione e di controllo ad oggi utilizzati.

9. DEFINIZIONE E GESTIONE DI *STANDARD* DI QUALITÀ

Dall'analisi della documentazione inerente il Ciclo della performance 2021 dell'Istituto si evince l'introduzione di specifici obiettivi riguardanti la qualità dei servizi e l'appropriatezza delle prestazioni erogate che spaziano dalla completezza della documentazione clinica, al rispetto degli indicatori di appropriatezza, qualità ed esiti delle prestazioni erogate sulla base di standard nazionali o derivanti da benchmark con altre aziende (es. Piano nazionale Esiti, Network delle Regioni, ecc.), alla partecipazione alle attività della Rete regionale "Cure Sicure" ed al mantenimento/estensione delle certificazioni di qualità e gli accreditamenti applicabili

10. VERIFICA DELLE BUONE PRATICHE DI PROMOZIONE DELLE PARI OPPORTUNITÀ

Si evidenzia che nel corso del 2022 è stato costituito un gruppo di lavoro interaziendale con la finalità di promuovere l'equilibrio di genere e le pari opportunità, sia nel campo della ricerca che dell'attività istituzionale.

11. COINVOLGIMENTO DEGLI *STAKEHOLDER* E CITTADINI UTENTI

Nelle varie fasi del ciclo di gestione della performance vi è stato un coinvolgimento dei principali stakeholder esterni/interni, rappresentati dagli Enti locali, dalle OO.SS. e dalle associazioni di tutela/partecipazione degli utenti.

L'OIV conferma la necessità di implementare, oltre alle analisi di *customer satisfaction* volte a migliorare la qualità dei servizi erogati agli utenti, modalità di coinvolgimento sistematico degli stakeholder e dei cittadini utenti nel percorso di valutazione aziendale mediante iniziative di

rilevazione della qualità percepita, come previsto dalle Linee Guida n. 4/2019 del Dipartimento Funzione Pubblica sulla Valutazione partecipativa nelle Pubbliche Amministrazioni.

Si segnala tuttavia che l'Istituto elabora annualmente un report relativo ai reclami ed alle segnalazioni ricevute e lo utilizza come strumento per attuare azioni di miglioramento dei servizi nei confronti degli utenti.

12. DESCRIZIONE DELLE MODALITÀ DEL MONITORAGGIO DELL'OIV

Le modalità di monitoraggio utilizzate dall'OIV sono state le seguenti:

- Analisi dei dati forniti dall'Amministrazione;
- Verifica della documentazione fornita dalle strutture aziendali;
- Incontri su piattaforma informatica con i responsabili delle strutture amministrative per eventuali approfondimenti e chiarimenti;
- Attività di controllo sugli obblighi di pubblicazione.

Con riferimento alle tematiche relative alla prevenzione della corruzione ed alla trasparenza, l'OIV ha verificato che è stato adottato preliminarmente, entro le scadenze previste dalla normativa vigente (art. 10 comma 11 bis del DL 198/2022), con decreto DG n. 120 dd 31/3/2023, il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) 2023-2025, contenente anche la sezione dedicata all'Anticorruzione e trasparenza. L'adozione definitiva del documento avverrà entro 30 giorni dalla formalizzazione del Piano Attuativo e del Bilancio preventivo 2023, attesa per il 17/5/2023, in conformità alla tempistica indicata dall'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS). L'ente ha, altresì, provveduto alla stesura, entro il 31/1/2023, della Relazione annuale 2022 del RPCT, redatta su apposita scheda ANAC, che riporta sinteticamente i risultati dell'attività svolta relativamente all'attuazione del PTPCT 2022-2024 (ai sensi dell'art. 1, comma 14, della legge 190/2012). Entrambi i documenti sono stati oggetto di pubblicazione sul sito Aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Inoltre, in attuazione al disposto della delibera ANAC n. 201/2022 "*Attestazioni OIV, o strutture con funzioni analoghe, sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 30/06/2021 e attività di sorveglianza dell'Autorità*", l'OIV ha provveduto nella seduta del 9/06/2022 ad effettuare le verifiche previste dalla delibera ANAC n. 201/2022, riferite alle informazioni

pubblicate sul sito aziendale al 31/05/2022 ed ha garantito la pubblicazione dei relativi documenti nell'apposita sotto-sezione "Controlli e rilievi sull'Amministrazione" dell'"Amministrazione trasparente".

13. PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE

Nel complesso, il sistema di misurazione degli obiettivi del Burlo appare sufficientemente strutturato e articolato. Anche per il 2022 sono stati realizzati monitoraggi intermedi, permettendo le valutazioni degli scostamenti e l'implementazione di azioni correttive.

Un aspetto di miglioramento è legato alla necessità di rappresentare l'apporto dei singoli operatori alla performance organizzativa per tutte le aree contrattuali.

Relativamente, invece, al sistema di valutazione individuale, l'OIV valuta positivamente l'avvenuta conclusione del percorso di revisione dei Regolamenti sulla Performance individuale con l'approvazione del Regolamento sulla valutazione individuale della dirigenza PTA (dopo l'aggiornamento dei corrispondenti documenti per la dirigenza area Sanità e per il personale del comparto, avvenuto nel 2021).

L'Organismo ricorda la necessità di garantire il collegamento tra la parte del percorso relativo alla misurazione e valutazione della performance organizzativa, in carico alla SSD Programmazione e Controllo e la parte del processo riferita alla valutazione della performance individuale, in carico alla SSD Politiche del Personale, per assicurare un sistema di valutazione unitario ed integrato.

Inoltre, in applicazione di quanto previsto dall'art. 19 bis del D. Lgs 150/09, al fine di garantire la partecipazione dei cittadini, anche in forma associata, al processo di misurazione delle performance organizzative, l'OIV rileva la necessità che l'Amministrazione implementi sistemi di rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti, anche comunicando direttamente all'OIV il livello di gradimento per le attività e per i servizi ricevuti, o tramite l'istituzione di un account dedicato di posta elettronica o un form elettronico editabile appositamente strutturato ed inviabile on-line, favorendo così ogni più ampia forma di partecipazione e collaborazione degli utenti destinatari dei servizi.

Per quanto sopra rappresentato l'Organismo sottolinea la necessità di completare la revisione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) del Burlo in coerenza alle Linee guida ministeriali per il Sistema di Misurazione e Valutazione della performance n. 2/2017 ed alle modifiche previste dal Decreto Lgs 74/2017.

Letto, confermato e sottoscritto.

Trieste, 28 aprile 2023

f.to Dott. Cesare GALLORINI (Presidente)

f.to Dott.ssa Silvana De Simone (componente)

f.to Dott.ssa Valentina LORENZUTTI (componente)