

**RELAZIONE DELL'ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE SUL FUNZIONAMENTO
COMPLESSIVO DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE, TRASPARENZA
E INTEGRITÀ DEI CONTROLLI INTERNI**

Anno 2024

(art. 14, comma 4, lettera a) del D. Lgs. n. 150/2009)

L'articolo 14, comma 4, lettera a) del D. Lgs. n. 150/2009 e ss.mm.ii., dispone che l'Organismo Indipendente di Valutazione della performance "monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso, anche formulando proposte e raccomandazioni ai vertici amministrativi".

Con la presente relazione lo scrivente Organismo riferisce sullo stato di funzionamento del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni operante presso l'azienda ASL di Frosinone, mettendo in evidenza gli aspetti positivi e negativi, nonché le proposte per l'integrazione e per lo sviluppo. L'O.I.V. attuale della ASL di Frosinone è stato costituito con Atto Deliberativo n° 261 del 23.05.2024; dal 16.6.24, l'O.I.V. è divenuto operativo e ha iniziato a svolgere le proprie funzioni esercitando la propria attività con autonomia e indipendenza, con il supporto della Struttura Tecnica appositamente costituita.

SEZIONE 1 - SISTEMA DI VALUTAZIONE E PERFORMANCE

Nei paragrafi successivi, si fa riferimento al ciclo completo della Performance 2023 (e sull'avvio di quello del 2024), iniziato con l'adozione del PIAO 2023-2025 (delibera n. 267 del 31.03.2023) e conclusosi il 7 novembre 2024 con la validazione della Relazione sulla performance 2023, alla quale si rimanda per l'inquadramento delle condizioni di contesto e per il dettaglio dei risultati conseguiti; si rinvia inoltre ai documenti di validazione dell'OIV pubblicati nella specifica sezione di Amministrazione Trasparente presente nel sito aziendale.

In premessa si richiama la criticità relativa al mancato aggiornamento del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) datato 2022. Solo recentemente, nel marzo del corrente anno, si è proceduto a elaborare un aggiornamento, sia pure limitato a poche fattispecie che, comunque, intende colmare alcune lacune che in passato hanno reso difficile e farraginoso l'iter della valutazione e che hanno comportato i ritardi comprovati dalla validazione della Relazione della Performance ben oltre il termine del 30 giugno. Si prende comunque atto, positivamente, del formale impegno a rivedere integralmente l'intero Regolamento nel corrente anno per renderlo poi operativo a partire dal Ciclo della performance 2026.

L'OIV, essendosi insediato a metà giugno 2024, non ha potuto effettuare le valutazioni sull'avvio del ciclo della performance 2023 e 2024.

Pertanto, in ordine cronologico, l'O.I.V. ha effettuato:

a) una riunione il 23/9/24 dove la Struttura Tecnica di Supporto (STP) ha illustrato:

- la procedura di negoziazione e il contenuto delle schede di performance organizzativa dell'anno 2023; - le schede individuali anno 2023;
- gli esiti di valutazione di Performance organizzativa anno 2023, l'istruttoria e i quesiti da porre al Direttore Sanitario per un parere;

- la procedura di negoziazione e il contenuto delle schede di Performance organizzativa dell'anno 2024;

b) una riunione il 22/10/2024 dove è stata esaminata una prima bozza della Relazione sulla Performance 2023 su cui, in confronti successivi con modalità da remoto, si è proceduto alla validazione di un testo definitivo in data 7/11/2024.

La valutazione dei risultati delle performance organizzative è stata effettuata sulla base delle informazioni contenute nella documentazione e nelle relazioni prodotte dalle strutture relativamente al conseguimento degli obiettivi qualitativi e quantitativi, attraverso l'acquisizione dei dati presenti nelle fonti ufficiali aziendali o regionali, e grazie alle informazioni fornite dal Dirigente U.O.C. Controllo di Gestione e il Supporto della Struttura Tecnica Permanente aziendale dell'O.I.V.

La valutazione del ciclo della performance individuale è scaturita dall'applicazione di protocolli aziendali con le parti sindacali e relativo sistema premiante. La gestione della performance individuale avviene tramite una specifica piattaforma, attraverso cui si effettua anche il monitoraggio sistematico del personale per unità operativa.

Relativamente alla rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi, l'O.I.V. ha riscontrato l'avvio di processo di rilevazione del grado di soddisfazione degli Stakeholder dell'Azienda ASL, tramite la somministrazione di schede di valutazione dei servizi, con la possibilità di formulare proposte di miglioramento, e di un sistema di riscontro e analisi dei reclami trasmessi all'URP.

Il processo di attuazione del ciclo della performance è avvenuto secondo quanto definito nel vigente SMVP benché i tempi del processo di budget e di assegnazione degli obiettivi siano non del tutto tempestivi, anche perché condizionati dai tempi di assegnazione degli obiettivi da parte della Regione Lazio. Nel 2023 tale assegnazione è avvenuta con delibera n.º 197 del 22 maggio.

Ciclo Performance 2024

A seguito di alcune disfunzioni nell'ambito della procedura relativa all'assegnazione e valutazione degli obiettivi assegnati per l'anno 2024 alle varie strutture aziendali, il caricamento delle schede di valutazione individuali è stato prorogato dal 31.1.25 al 28.2.25.

Per tale ciclo l'OIV ritiene comunque opportuno relazionare dopo l'approvazione e la validazione della relativa Relazione (da effettuare entro il 30.6.25) in modo da poter avere un quadro completo e definitivo sull'intera attività svolta sull'argomento.

SEZIONE 2. TRASPARENZA E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

L'OIV, in ottemperanza alle direttive ANAC per l'anno di riferimento, si è riunito in data 2/7/24 per l'Attestazione sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 15 Luglio 2024 (Delibera ANAC n.

213/24). Nella circostanza ha incontrato il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza dell'Azienda ASL Frosinone, al fine di acquisire informazioni ed elementi necessari per la citata attestazione; in tale riunione l'O.I.V. ha verificato la pubblicazione di dati, atti e procedure nella specifica sezione "Amministrazione trasparente" del portale dell'Asl sulla base della griglia di rilevazione prevista da ANAC. Si è proceduto all'esame di ogni singolo adempimento confrontandolo con i dati presenti sul sito e assegnando una percentuale al singolo obbligo seguendo lo schema riportato nella tabella excel Allegato 2.1 alla Delibera n. 213/2024 ANAC - Griglia di Rilevazione Al 31/05/2024 Pubbliche Amministrazioni; in alcuni casi è stata utilizzata anche la casella delle note per chiarire le motivazioni delle valutazioni definite. Al termine dell'esame l'OIV, avendo riscontrato parecchie criticità nell'assolvimento degli obblighi, avvalendosi della facoltà di formulare proposte e osservazioni, nonché di comunicare le problematiche riscontrate, raccomandava alle strutture aziendali competenti di attivarsi sui temi rilevati particolarmente negativi, prima del monitoraggio annuale (30.11.24), al fine di superare le criticità riscontrate. Si invitava contestualmente il RPCT a monitorare le attività dei dirigenti preposti alle strutture coinvolte nelle inadempienze al fine di superare le criticità rilevate. Il giorno 8.01.2025 l'OIV si è riunito nuovamente per esaminare la griglia di rilevazione al 30.11.2024 e sulla implementazione degli adempimenti trasparenza e caricamento delle risultanze sul sito ANAC. In esito alla riunione del 8.1.25 l'OIV, viste le numerose criticità rilevate, in data 29.1.25 riteneva opportuno segnalare tali problematiche alla Direzione strategica con una specifica nota; nella stessa l'OIV comunicava di aver proceduto alla approvazione della griglia di valutazione dei singoli adempimenti sulla trasparenza, rilevando, in generale, inadempienze in gran parte delle sezioni. L'OIV ricordava che tale attività amministrativa rappresenta uno strumento attraverso cui il legislatore intende conseguire maggiori livelli di trasparenza e non solo assicurare un mero adempimento. Tutto ciò premesso si sottolineava la necessità di intervenire al più presto per superare da un lato le criticità generali "di sistema" e, dall'altro, quelle specifiche, segnalate sulle singole inadempienze; questo anche per prepararsi per tempo ad affrontare gli adempimenti che l'ANAC individuerà per l'anno 2025. Infine, ricordava che l'ANAC, per ultimo, con Atto del Presidente del 1/6/24, all'articolo 6, ha richiamato il regime di responsabilità per le inadempienze sugli obblighi oggetto di attestazione, che meritano una attenta valutazione da parte della Direzione Strategica.

Nonostante tali corpose osservazioni, sul sito aziendale è presente una Relazione annuale riferita all'anno 2024 (senza data di pubblicazione che possa far evincere a che periodo dell'anno si riferisca) che non è stata mai trasmessa all'OIV, come invece sarebbe dovuto ai sensi dell'art. 1, co. 14 della legge 190/2012, al fine di verificarne i contenuti, ai sensi dell'art. 1, comma 8-bis della medesima legge. Avendo effettuato solo in questa sede la dovuta verifica della Relazione, si riscontrano nella stessa alcuni punti in contrasto con le criticità che sono emerse nel corso delle attestazioni OIV (vedi contenuti dei verbali sopra richiamati) e di cui il RPCT non ha tenuto conto. In particolare, nelle

Considerazioni generali (riga 2 della tabella excel della Relazione) si reputa meritevole di buona considerazione l'implementazione della Sezione Amministrazione Trasparente per quanto riguarda gli obblighi di pubblicazione senza citare il diverso parere OIV, così come pure al punto 4.H, dove nel formulare un giudizio sul livello di adempimento degli obblighi di trasparenza e dovendo indicare quali sono le principali inadempienze riscontrate nonché i principali fattori che rallentano l'adempimento, si risponde che "i dati pubblicati sono notevolmente aumentati". Altre problematiche meno eclatanti si rilevano nei punti 4.E, 5.D e 8.A; in questo caso per mancata o insufficiente compilazione dello schema.

SEZIONE 3. CONTROLLI INTERNI

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

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

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

La seconda dalla Struttura deputata al Controllo di gestione.

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

3.A INTEGRITA' DEI CONTROLLI e INTERNAL AUDIT

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

Con nota del 20.2.25 il Dirigente della UOS Audit e Controllo interno, su richiesta dell'OIV, ha illustrato l'attività svolta corso dell'anno 2024. La UOS Audit e Controllo interno, nell'espletamento delle proprie attività è partita, così come da mandato della Direzione, nel cercare di uniformare le attività e le procedure in essere a livello Aziendale. Ha contribuito, mediante Audit, alla conoscenza e alla piena applicazione del contenuto delle linee Guida Anac per l'affidamento dei servizi legali (nota prot. n. 00011729 - 04/06/2024). Con nota prot. n. 00005601 - 11/03/2024 ha svolto un Audit per le modalità operative dei Professionisti ambulatoriali interni da cui è seguito un attento lavoro, previo confronto con i Responsabili dei Servizi ed i Responsabili dei Distretti, mettendo a punto una procedura che definisse le modalità operative nel puntuale rispetto dell'ACN della medicina convenzionata riferita ai professionisti in parola (c.d. sumaisti). La Procedura in parola è stata definita ed approvata dalla Direzione in data 5 febbraio 2025 (nota prot. n. 00002749). Con Prot. n. 00000207 - 07/01/2025 è stata data comunicazione sull'audit svolto in data in data 20 dicembre 2024 circa la definizione e aggiornamento di procedure amministrativo contabili e monitoraggio. L'Audit si è svolto presso il Dipartimento del Patrimonio. Sono stati esaminati, sull'applicativo Regis, alcune procedure analizzando i tempi di pagamento e le modalità esecutive. La UOS ha anche relazionato ponendo all'attenzione della Direzione strategica un Piano di Audit amministrativo, specificando come le attività richieste dalla Regione, in tema di verifiche contabili di PAC (certificazione di bilancio), potrebbero svolgersi seguendo le linee guida regionali, che definiscono procedure squisitamente contabili ed in posizione di assoluta terzietà.

SEZIONE 4. OSSERVAZIONI E PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO

Sezione valutazione e performance

Le osservazioni e le proposte contenute nella presente relazione vanno intese come suggerimento di azioni di miglioramento che dovranno essere perseguite nella prossima annualità.

In questa prospettiva l'OIV, in considerazione di quanto rilevato e a integrazione delle osservazioni già formulate nei precedenti paragrafi, conferma in primo luogo la necessità di adottare un nuovo Sistema di Misurazione e Valutazione della performance organizzativa e individuale coerente con le previsioni normative e contrattuali. Altrettanto prioritaria risulta l'esigenza di semplificare la procedura circa l'attribuzione degli obiettivi con una tendenziale riduzione del numero degli stessi.

Nel medio termine, si invita a procedere verso una maggiore integrazione tra il ciclo della performance, il ciclo di bilancio e il piano per la prevenzione della corruzione e la trasparenza così come è negli intenti del legislatore con l'introduzione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) adottato dall'Ente e sicuramente migliorabile in futuro. Per quanto concerne l'allargamento alla valutazione partecipata ai cittadini e stakeholder, anch'essa prevista dal PIAO, è stato intrapreso un percorso che andrebbe allargato al maggior numero possibile di servizi in termini di qualità percepita.

Il miglioramento del ciclo della performance e in particolare il cambiamento in tema di misurazione e valutazione per i diversi attori coinvolti ai diversi livelli della organizzazione dovrebbe essere prima di tutto culturale rispetto al valore, alle finalità e all'utilizzo dei risultati. Il cambiamento potrà essere favorito con un investimento in informazione, coinvolgimento e formazione per il miglioramento della performance organizzativa, del valore pubblico garantito dall'ente e dalle strutture che lo compongono, così come richiesto dal PIAO, oltre che della performance individuale dei professionisti a favore della qualità del servizio garantito alla collettività.

Il processo di attuazione del ciclo della performance è avvenuto secondo quanto definito nel SMVP vigente, benché i tempi del processo di budget e di assegnazione degli obiettivi siano non del tutto tempestivi, anche perché condizionati dai tempi di assegnazione degli obiettivi da parte della Regione Lazio.

Si suggerisce che la Asl di Frosinone, al fine di creare un collegamento fra il ciclo della performance e il Piano di prevenzione della corruzione e Trasparenza, inserisca negli strumenti del ciclo della performance obiettivi strategici, organizzativi e individuali e relativi indicatori per la prevenzione del fenomeno della corruzione, anche connessi all'obbligo in materia di trasparenza.

Quanto alle problematiche relativa alla Trasparenza e Prevenzione della corruzione, si rimanda a quanto esplicitato nella Sezione specifica

Sulle azioni di controllo interno e audit.

Per quanto riguarda il rispetto e l'efficientamento organizzativo dei Regolamenti Aziendali si è riscontrata una disomogeneità nell'attività aziendale per cui si può partire dal tentativo di suggerire strumenti che siano capaci di implementare la qualità e ridurre difformità ed errori; al contempo in modo consequenziale talune delle azioni indicate potranno anche concorrere alla riduzione dei rischi corruttivi. Si suggerisce di concentrare l'analisi partendo dall'individuazione di talune aree di attività dell'ASL che sono esposte a maggior rischio di difforme/errata applicazione di procedure; tale analisi potrà essere oggetto di approfondimento specifico a livello delle diverse strutture affinché, procedano, anche in autonomia, a misurare lo stato dei fatti e provare ad attuare misure migliorative con un approccio proattivo. Le aree su cui maggiormente concentrarsi sono: 1) Provveditorato Acquisti (Acquisti- Area Tecnica-Ingegneria Clinica - Informatica); 2) Dipartimento Patrimonio (Settore patrimonio - gestione immobili - realizzazione impianti e manutenzione); 3) Settore Economico Finanziario; 4) Settore Legale - Contenzioso Rappresentanza e difesa dell'ente in giudizio-; 5) Dip.to Prevenzione - Servizio di Igiene e Sanità Pubblica - Medicina Legale; 6) Autorizzazioni strutture sanitarie e socio sanitarie; 7) Analisi fabbisogni e Gestione Liste di Attesa; 8) ADI e continuità assistenziale Ospedale Territorio – protesica.

SEZIONE 5. VALUTAZIONI CONCLUSIVE

Il processo di programmazione, valutazione e controllo, se correttamente implementato, consente di valutare la Performance di Ente nel suo complesso e per ogni sua singola Struttura, analizzando l'operato dei Dirigenti e dei Titolari di Posizione Organizzativa delle Strutture in ragione degli obiettivi assegnati, dei budget, delle attività pianificate e degli indicatori, quantitativi e qualitativi, individuati per valutare l'impatto della gestione dell'Ente sugli utenti. Permette, inoltre, di valutare il rispetto degli obblighi della Trasparenza e dell'Anticorruzione, dei contenuti del Codice di comportamento Aziendale, arrivando a determinare quindi per ciascun Dirigente e Responsabile il valore della performance espressa.

In tutte le fasi del Ciclo della Performance, come illustrato nel capitolo dedicato, nel 2024 sono state programmate misure che hanno posto le premesse per superare a partire dal 2025 una parte delle criticità emerse nella relazione OIV sulla Performance relativa all'anno 2023.

Infatti, riguardo all'aggiornamento del Regolamento sul SMVP e ai relativi Protocolli applicativi di valutazione del personale il primo è in via di approvazione deliberativa da parte del DG per una parziale modifica, con l'obiettivo di definirlo in modo più radicale nel 2025 a valere per il Ciclo della Performance 2026; per i secondi sono stati programmati dei primi incontri con le OO.SS. per un iniziale confronto.

Una maggiore attenzione dei tempi di approvazione di tali provvedimenti consentirebbe anche di superare un altro ritardo, che è quello della formalizzazione e attribuzione a inizio anno degli obiettivi. Si evidenzia come l'implementazione di un circolo virtuoso di programmazione e controllo sia una leva fondamentale e strategica per il miglioramento della capacità di rendicontazione e quindi di organizzazione da parte di tutti i dipendenti dell'Ente, leva fondamentale per l'Amministrazione al fine di raggiungere gli obiettivi previsti nel proprio programma e alzare la qualità dei servizi erogati. Al fine di ottenere dei risultati significativi è fondamentale che anche l'attività di rendicontazione sul raggiungimento degli obiettivi da parte dei valutati sia tempestiva e non in un orizzonte temporale eccessivamente dilatato rispetto l'anno di valutazione.

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

L'OIV ritiene che prioritaria e particolare attenzione debba essere rivolta dalla Direzione strategica alla problematica concernente il rispetto degli obblighi di trasparenza e relativa pubblicazione, avendo riscontrato, al proposito, molteplici e pesanti inadempienze, come riportato nella precedente Sezione

2 della presente Relazione. Una prima misura da adottare, come già suggerito nel verbale n. 1/25 dell'OIV dell'otto gennaio, sarebbe quella di affiancare con una nuova risorsa l'attuale RPCT.

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

1. alle disposizioni introdotte per effetto dell'art.3 del D.Lgs. n.222 del 13 dicembre 2023 che introducono l'obbligo per le PP.AA. di cui all'art. 1, comma 2, del D.lgs. 165/2001 di individuare un dirigente amministrativo o equiparato che abbia esperienza sui temi dell'inclusione sociale e dell'accessibilità delle persone con disabilità, cui siano assegnati specifici obiettivi programmatici e strategici;
2. l'inserimento dell'obiettivo della formazione per tutti i dipendenti, dirigenti e non, con previsione di 40 ore annuali individuali, alla luce della recente direttiva del Ministro della Pubblica Amministrazione del 14.1.2025.

Da ultimo si dispone:

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

Data lì 7/4/2025

Dott.ssa Maria Buttinelli (Presidente)

Dott. Norberto Cau (Componente)

Dott. Alberto Proia (Componente)