

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

Anno 2025

(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. 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 2024** (e sull'avvio di quello del 2025), iniziato con l'adozione del PIAO 2024-2026 e conclusosi il 11 agosto 2025 con la validazione della Relazione sulla performance 2024, 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 dei quali si riportano di seguito le principali osservazioni e raccomandazioni.

Si suggerisce di includere tutti gli ambiti di valutazione previsti dalle norme e dalle direttive del Dipartimento della Funzione Pubblica prevedendo dei pesi più consistenti per gli obiettivi relativi alla formazione, alla trasparenza e al contrasto della corruzione, nonché alle risultanze delle valutazioni della qualità dei servizi realizzate con il coinvolgimento dei cittadini o degli altri utenti finali. Per quanto riguarda quest'ultimo aspetto il percorso intrapreso è ancora insufficiente perché sarebbe opportuno rendicontare i risultati anche in termini di qualità percepita (attraverso appositi questionari) e non solo sulla base dei reclami; su questo argomento, poi, sarebbe opportuna un'analisi dei social e della stampa, per il periodo in questione esaminato, al fine di verificare se le doglianze degli utenti siano state effettivamente risolte come affermato in relazione. Comunque, in generale, andrebbe implementato ed esteso un sistema coordinato di rilevazione dell'impatto dei servizi sull'utenza e rappresentato il suo collegamento con la valutazione ottenuta dalle singole strutture sulla performance organizzativa e il suo peso nella distribuzione dei premi.

Rispetto all'obbligo normativo legato alla differenziazione delle valutazioni, dalla Relazione emergono problematiche che andrebbero superate già a partire dal prossimo ciclo della Performance del 2025. Infatti, mentre i risultati di Performance Organizzativa sono differenziati tra le varie strutture sanitarie, quelli relativi alla Performance Individuale sono in pratica tutti posizionati al di sopra del 90%.

La scarsa differenziazione e l'appiattimento delle valutazioni delle performances individuali verso l'alto si estende per la dirigenza amministrativa anche alla performance organizzativa, uniformata a

valori eccellenti. A tal proposito, dai controlli a campione effettuati dall'OIV nel corso della seduta del 17 luglio 25, è emerso che in alcune strutture, in particolare quelle non sanitarie, gli obiettivi assegnati talora coincidono con i compiti d'istituto, cosa che va assolutamente modificata.

Il risultato degli obiettivi assegnati alle UUOCC amministrative relativo agli adempimenti sulla trasparenza è stato previsto come conseguito a livelli eccellenti. Ciò è in contraddizione con quanto accertato e certificato in piattaforma ANAC e quindi c'è la necessità di un allineamento tra valutazioni degli obiettivi e attestazioni ufficiali degli stessi.

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.

Ciclo Performance 2025

Il ciclo di gestione della performance è stato avviato con la deliberazione n. 61/2025 avente a oggetto l'Approvazione del Piao 2025-2027- sezione performance, successivamente aggiornata e integrata con la deliberazione n. 497/2025 in cui, sulla base dei documenti di programmazione regionali ed aziendali, sono stati indicati gli obiettivi generali e specifici per l'anno di riferimento nonché le indicazioni per la formulazione delle schede degli obiettivi di Performance anno 2025.

In data 03/06/2025, con nota prot. n. 10623 del 30/05/2025, sono stati convocati il Comitato di Budget con i Direttori di Dipartimento, Distretto, Polo Ospedaliero, Strutture di Staff Direzione Strategica, Direttori Area Amministrativa e i Responsabili delle Unità Funzionale per l'assegnazione delle schede degli obiettivi di Performance anno 2025. Con nota prot. 10847 del 04.06.2025 sono state trasmesse mezzo mail ai Dipartimenti ed alle UU.OO aziendali - così come previsti dall'allora vigente atto aziendale - le schede Obiettivi di Performance anno 2025 (Struttura 70% e Trasversali 30%), già anticipate e consegnate brevi manu nella riunione avvenuta in data 03/06/2025 e condivise con il Comitato di Budget; successivamente, a seguito di specifiche richieste motivate da parte dei Direttori di Struttura e secondo le indicazioni della Direzione Strategica Aziendale, si è proceduto alla fase di rinegoziazione di alcune schede di Struttura di Performance 2025: UOSD Endocrinologia e Malattie Metaboliche, UOSD PDTA, UU.OO.CC. Medicina aziendali (cfr. nota prot. 20352 del 29/10/2025), UOC Otorinolaringoiatria e Maxillo Facciale e UOSD Dermatologia.

Il processo di attuazione del ciclo della performance è avvenuto secondo quanto definito nel SMVP vigente, benché i tempi conclusivi del processo di budget e di assegnazione degli obiettivi siano stati non del tutto tempestivi, anche perché condizionati dai tempi di assegnazione degli obiettivi al DG da parte della Regione Lazio. Il ritardo nell'assegnazione formale degli obiettivi rischia di svalutare tutto il processo del ciclo della performance e innescare possibili contenziosi in fase di valutazione; pertanto, si auspica per il futuro un'attenzione maggiore nel rispetto dei tempi previsti dalla programmazione.

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.

Per quanto riguarda la criticità relativa al mancato aggiornamento del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) e segnalata nella Relazione dell'anno 2024, si prende atto che a seguito della richiesta dell'OIV di rivedere integralmente l'intero Regolamento nell'anno 2025, per renderlo poi operativo a partire dal Ciclo della performance 2026, sono state inviate dalla UOC Controllo di gestione ripetute richieste alla Struttura aziendale competente in merito per l'apertura del tavolo sindacale in ordine all'aggiornamento del SMVP .

Pur avendo inoltrato la bozza del documento alle OO.SS. non risulta tuttavia che alla data di stesura della presente relazione il confronto con le stesse sia stato ancora avviato. Tale allungamento dei tempi può pregiudicare seriamente l'applicabilità del nuovo regolamento per l'annualità 2026.

SEZIONE 2. TRASPARENZA E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

E' importante segnalare che anche nel corso del 2025 (come nel 2024), sia in fase di prima rilevazione e, poi, alla chiusura della fase finale del monitoraggio, l'attività dello stesso RPCT non è risultata sufficientemente incisiva e collaborativa. In conclusione, infatti, i risultati sono stati non soddisfacenti. Per tale motivo lo scrivente organismo ha richiamato più volte la Direzione strategica sulla problematica, suggerendo di valutare anche l'attivazione delle sanzioni previste dalle norme in caso di gravi inadempienze.

L'OIV, come già rilevato nella prima riunione del 24/6/25 a cui si rimanda per ulteriori dettagli ,avendo riscontrato varie criticità nell'assolvimento degli obblighi al 31.5.25, avvalendosi della facoltà di formulare proposte e osservazioni, nonché di comunicare le problematiche riscontrate, raccomandava che le strutture aziendali, tramite un sollecito e un coordinamento da parte del RPCT, si attivassero prima del monitoraggio annuale (30.11.2024) al fine di superare le criticità riscontrate sui singoli adempimenti riscontrati particolarmente negativi nella griglia caricata sul sito ANAC, successivamente pubblicata sul sito aziendale.

Successivamente L'O.I.V. nella riunione del giorno 16/12/2025, a cui si rimanda per ulteriori dettagli, convocata per verificare lo stato di avanzamento finale degli adempimenti Trasparenza previsti nell'anno 2025, evidenziava che pochissime Sezioni e/o Sottosezioni oggetto di controllo risultavano esenti da inadempienze: venivano rilevate talora informazioni o adempimenti parziali/incompleti, registrate inosservanze anche gravi e sezioni/sottosezioni addirittura prive di qualsiasi contenuto, come dettagliatamente riportato nella griglia di rilevazione, consultabile sul sito aziendale.

La Relazione annuale 2025 del RPCT sulla Trasparenze e Anticorruzione che è presente sul sito aziendale 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 e di cui il RPCT non ha tenuto conto. In particolare, nelle Considerazioni generali non è riportato alcun riferimento alle numerose criticità riscontrate dallo scrivente organismo nell'attuazione degli adempimenti sulla Trasparenza né, tantomeno, sulle inadempienze suscettibili di possibili sanzioni a carico dei dirigenti interessati, più volte formalmente rappresentate dall'OIV; così come pure è da rimarcare negativamente quanto riportato 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, il RPCT risponde che la scadenza degli adempimenti è al 31.12.25 di ogni anno e che non sono stati ancora monitorati; dichiarazione non vera, visto che, invece, l'OIV ha concluso il monitoraggio in data 16.12.25.

L'OIV ricorda che tale attività amministrativa rappresenta uno strumento attraverso cui il legislatore intende conseguire maggiori livelli di trasparenza e non solo assicurare un mero adempimento.

Ciò premesso si sottolinea 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.

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'adeguatezza 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 funzione di Internal Audit si integra nel più ampio sistema di controlli interni e di valutazione già operativi, agendo in sinergia con essi per evitare duplicazioni e ottimizzare il raggiungimento degli obiettivi aziendali.

Le sue principali funzioni sono:

- Verifica e valutazione indipendente: Esegue un'attività di verifica indipendente per esaminare e valutare i processi amministrativo-contabili e gestionali.
- Supporto alla Direzione: Offre supporto alla Direzione Aziendale, collaborando strettamente con gli altri uffici che svolgono funzioni di controllo.
- Miglioramento continuo: L'obiettivo primario è fornire un supporto alla Direzione per il costante miglioramento della gestione e assistere tutti i membri dell'organizzazione nel corretto adempimento delle proprie responsabilità.
- Ruolo consultivo e propositivo: La funzione agisce in un ruolo consultivo e propositivo, identificando opportunità di miglioramento in linea con gli obiettivi e le azioni stabilite nel piano di azione aziendale.
- Indipendenza e autonomia: L'attività di Internal Audit è esclusiva e indipendente.

Per questo motivo, la funzione di Internal Audit deve operare in totale autonomia, libero da conflitti di interesse, limitazioni nell'ambito di azione o restrizioni all'accesso alle informazioni. L'indipendenza è garantita anche dall'assenza di rapporti di dipendenza gerarchica con le entità oggetto di verifica.

L'attività dell'Internal Audit si articola in un processo ciclico e ben strutturato, fondamentale per garantire l'efficacia e l'efficienza dei controlli interni.

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.

La Regione Lazio ha istituito il Percorso attuativo di Certificabilità per gli enti del Servizio Sanitario Regionale, attraverso i Decreti del Commissario ad Acta n. 00311/16 e n. 00069/18. Tali decreti hanno introdotto il Modello regionale di controllo interno e i Processi di audit, che sono stati successivamente integrati e perfezionati dai DCA U00402/18, U00521/18 e U00297/19. In risposta all'esigenza di un costante aggiornamento del quadro normativo e gestionale, si evidenzia che la D.G.R. n. 938 del 15 novembre 2024 ha aggiornato il Piano Attuativo della Certificabilità e il relativo "Modello regionale di controllo interno e processi di audit". Da ultimo, con la Determinazione regionale n. G08222 del 27 giugno 2025, che ha approvato la "Guida Operativa sulla Funzione e attività di Internal Audit delle Aziende Sanitarie pubbliche", si è consolidato un sistema di controllo interno solido e improntato alla massima trasparenza.

In ottemperanza a tali indicazioni, che prevedono l'individuazione di un responsabile per il monitoraggio delle azioni intraprese a seguito di rilievi e suggerimenti da parte di Regione, sindaci, revisori, MEF e Corte dei conti, l'Azienda Sanitaria Locale di Frosinone ha deliberato quanto segue:

- Con la Deliberazione del Direttore Generale n. 647 del 31.07.2025, è stato nominato il Referente Aziendale di Internal Audit nella figura del Direttore UOC Controllo di Gestione.
- Con la successiva Deliberazione del Direttore Generale n. 723 del 02.09.2025, è stata adottata la versione aggiornata del "Manuale aziendale di Internal Audit", in linea con le più recenti direttive regionali dove sono indicati sia le fasi relative all'attività di Audit, sia gli strumenti adottati (Griglie di Verifica, Verbale di Audit, Rapporto di Audit).

Il Piano di Audit e il Documento di programmazione dell'attività di Audit per le Annualità 2025-2027 sono stati approvati dall'ASL di Frosinone con Delibera n. 774 del 22/9/25. Secondo quanto previsto dal suddetto Piano l'attività di Audit negli anni 2025- 2027, si svolgerà attraverso le seguenti fasi:

- Analisi preliminare;
- Esecuzione del lavoro sul campo;
- Reporting e comunicazione dei risultati.

SEZIONE 4. VALUTAZIONI CONCLUSIVE

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.

Si suggerisce di 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. In tale direzione sarebbe importante 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. 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. 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 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 agli obblighi in materia di trasparenza.

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.

Al fine di dare un contributo, esprimendo il parere previsto dalle norme sull'impostazione del PIAO sia per il triennio 2025-2027 che 2026_2028, anche ai fini di un suo aggiornamento, si riportano di seguito i seguenti suggerimenti e raccomandazioni:

1. Si consiglia di rendere il documento più snello, semplificandolo e riducendolo, rimandando alcuni approfondimenti ad allegati o a link sul sito aziendale. In tal senso, poi, si potrebbero

eliminare alcune parti che rappresentano più quanto avvenuto o fatto in passato – presenti già nelle Relazioni annuali sulla performance- che impegni futuri più propriamente oggetto del PIAO.

2. Si suggerisce di inserire nel testo, in generale, una maggiore attenzione alle richieste/proposte degli utenti, non solo tramite analisi delle segnalazioni o indagini, ma anche rilevando quanto emerge dai social media.
3. Nel capitolo Valore Pubblico si suggerisce di indicare in maniera più esaustiva gli obiettivi strategici prioritari di riferimento e il relativo impatto.
4. Si raccomanda di evidenziare nel capitolo Anticorruzione e Trasparenza le gravi criticità riscontrate dall'OIV nelle ultime due annualità circa gli adempimenti richiesti dall'ANAC nonché le misure che si intendono adottare in via programmatica per il loro superamento.

Da ultimo si dispone:

- l'invio della presente Relazione alla Direzione strategica;
- la pubblicazione tempestiva della stessa Relazione nell'apposita sezione di Amministrazione Trasparente sul sito web dell'Ente.

Data lì 2/4/2026

Dott.ssa Maria Buttinelli (Presidente)

Dott. Norberto Cau (Componente)

Dott. Alberto Proia (Componente)