


| | | | |
|--|--|------------------------|----------|
| Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Valtellina e Alto Lario | DIPARTIMENTO / STRUTTURA DIREZIONE GENERALE | 00 – Mod DG 90 | |
| | DOCUMENTO VERBALE DI RIUNIONE DEL NUCLEO DI VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI | INDICE DI REVISIONE | 0 |

Riunione del 28/06/2022

Convocazione nota prot. 22102 del 10/06/2022

Presenti

Presidente **Laura De Rentis**
Leila Lunardi (collegata in videoconferenza ai sensi dell'art. 4, comma 6, del reg. funzionamento del

Componente **Nucleo)**
Componente **Emanuela Foglia**

Assenti giustificati: nessuno

Verbalizza: Silvia Ruffoni

Ordine del Giorno:

1. Validazione Relazione della *Performance* per l'anno 2021
2. Raggiungimento degli obiettivi dei medici specialisti-ambulatoriali, con riferimento all'anno 2020;
3. Attestazione assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31 maggio 2022- delibera ANAC n. 201 del 13 aprile 2022
4. Varie ed eventuali.

Ore 11,00 – si passa alla trattazione degli argomenti posti all'Ordine del Giorno.

1. Validazione Relazione della *Performance* per l'anno 2021

Il Collegio procede nell'odierna riunione all'esame della Relazione sulla performance 2021, con i relativi allegati, come approvata dal Direttore Generale di ASST Valtellina Alto Lario con delibera n. 408 del 24/06/2022.

La Relazione approvata dall'Organo politico-amministrativo dell'Ente è stata preventivamente trasmessa al Nucleo dall'UOS Controllo di Gestione con comunicazione del 15/06/2022.

Nel corso della prodromica interlocuzione con l'Azienda, con e-mail del 6 giugno u.s., questo Nucleo, in merito alla tabella degli indicatori allegata alla bozza di Relazione, ha chiesto di «*avere una specifica in riferimento a quanto descritto nella colonna dei risultati dove il completo raggiungimento /parziale raggiungimento/ sterilizzazione è indicata semplicemente con un codice colore (verde/giallo e grigio) senza*

specificare come è avvenuta in concreto la misurazione e l'esatto livello di raggiungimento». Nella medesima richiesta di chiarimenti, questo Collegio ha precisato che «*in caso di sterilizzazione sarebbe opportuno motivare e documentare le ragioni della "eliminazione" dell'obiettivo a rendicontazione*».

L'Azienda ha risposto fornendo una tabella integrata e precisando che «*nella tabella inviata non si era resa visualizzabile la colonna "Monitoraggio al 31/12/2021", sintetizzando la descrizione nella colonna "Risultato 2021" e aggiungendo la colonna del colore, così da rendere più snella la lettura della tabella. Al contempo avevamo inserito la descrizione dettagliata nel testo della relazione, dove abbiamo riportato tutti gli obiettivi dettagliando la misurazione. Nel caso di obiettivi sterilizzati, la motivazione si ritrova nel testo*».

Dunque, dato atto dei preventivi chiarimenti forniti dall'Amministrazione, nella odierna riunione, i componenti del Nucleo procedono all'esame della Relazione sulla *performance* relativa all'anno 2021 (con la tabella degli indicatori ad essa allegata) così come approvata dal Direttore Generale, in conformità alla prescrizione normativa contenuta nell'art. 10, comma 1, lettera b), del d.lgs. n. 150/09.

La Relazione annuale sulla *performance* si configura come strumento di monitoraggio gestionale grazie al quale l'amministrazione può riprogrammare obiettivi e risorse tenendo conto dei risultati ottenuti nell'anno precedente, migliorando progressivamente il funzionamento del ciclo medesimo.

Sotto diverso profilo, la Relazione è anche lo strumento di *accountability* attraverso il quale l'amministrazione può rendicontare i risultati ottenuti nel periodo considerato e gli eventuali scostamenti – e le relative cause – rispetto agli obiettivi programmati. In questa prospettiva, nella predisposizione della Relazione, sono state privilegiate: la sinteticità, la chiarezza espositiva e la comprensibilità.

Il Collegio evidenzia l'esistenza, all'interno della Relazione sulla *performance* 2021, di un formale e sostanziale collegamento tra obiettivi e risorse finanziarie assegnate all'Amministrazione. In particolare, ASST Valtellina e Alto Lario utilizza il *budget* come strumento di programmazione annuale degli obiettivi e dell'allocazione delle risorse. A livello di singola unità organizzativa, il *budget* rappresenta uno strumento di responsabilizzazione sugli obiettivi da perseguire e sulle risorse da utilizzare.

L'Azienda ha adottato in data 29/06/2018 un regolamento di *budget*, nel quale sono definite le fasi del processo, dalla programmazione alla definizione degli obiettivi strategici ed economici, dall'assegnazione dei *budget* ai Dipartimenti Gestionali e ai Centri di Responsabilità, attraverso un monitoraggio intermedio degli obiettivi, una verifica finale e una valutazione degli stessi.

La predisposizione delle schede *budget*, da regolamento, dovrebbe essere strutturata su due schede (la prima contenente obiettivi strategici e l'altra obiettivi economici). Tuttavia, l'Amministrazione ha dato attuazione solo alla scheda di *budget* limitata alla parte strategica (obiettivi e indicatori provenienti dalle regole e obiettivi regionali, nonché aziendali), mentre non è stata predisposta la scheda relativa ad obiettivi di natura economica (costi e ricavi delle Unità operative).

Il Nucleo prende atto che il collegamento tra i *budget* assegnati e gli obiettivi valutati, nell'anno 2021, è stato supportato da un punto di vista informatico mediante l'utilizzo di schede *software Excel*.

Il Nucleo auspica che, con riferimento a questo aspetto, dall'anno 2022 l'Azienda adotti definitivamente il nuovo modulo "R3 Performance" per la gestione informatizzata del processo di *budget*; applicativo software questo che, sempre per quanto riferisce l'Azienda, ha il pregio di consentire «*il recupero e l'elaborazione dei dati provenienti dal datawarehouse aziendale attualmente in gestione dall'azienda OSLO s.r.l.*».

Passando all'esame delle Aree Strategiche alle quali fanno riferimento le Schede di *Budget*, dalla Tabella allegata alla relazione in esame, emerge che gli indicatori per la misurazione della *performance* sono diversificati nelle seguenti aree: indicatori di bilancio; indicatori di mantenimento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni; indicatori per la integrazione ospedale territorio e presa in carico del paziente cronico; indicatori per la pianificazione e monitoraggio dei processi aziendali.

Con riferimento agli indicatori di bilancio si dà atto che ASST della Valtellina e dell'Alto Lario riferisce di averli rispettati. In particolare, l'Azienda relaziona di aver continuato «*ad operare per il contenimento della spesa di acquisto di "Beni e Servizi" nel rispetto delle indicazioni normative nazionali e regionali attraverso le seguenti scelte operative: adesione a Convenzioni ARCA; adesione a Convenzioni Consip; acquisto su MEPA della Consip o attraverso negoziazioni effettuate tramite SINTEL; aggregazione degli acquisti, prevalentemente con aderenti al consorzio ATS Montagna – ATS Insubria o, comunque, con altre ASST lombarde; rinegoziazione dei contratti in essere, ove possibile, attraverso le informazioni di comparazione prezzi pervenute da Regione Lombardia o tramite l'utilizzo del DTW regionale. Per l'anno 2021 si sono rispettati gli obiettivi fissati dalle regole e in particolare: invio dei flussi informativi con le scadenze previste e nei termini temporali dettati da Regione Lombardia; gestione del flusso dispositivi medici che verrà ulteriormente incrementato per la parte relativa ai diagnostici, settore in cui, al momento, il dato risente del fatto che parecchi degli stessi sono entrati in commercio prima dell'obbligo di registrazione; gestione del flusso contratti che risente al momento delle criticità di sistema legato alle regole dettate dallo stesso, che prevede il monitoraggio delle gare dell'anno mentre parecchi dispositivi vengono acquisiti su contratti precedentemente sottoscritti*».

A fronte di questi risultati positivi si deve segnalare come più critico sotto il profilo del raggiungimento della *performance* organizzativa è, invece, l'indicatore relativo alla «*Spesa per Beni e Servizi rispetto all'Esercizio 2020 (che) è incrementata di € 5,3 mln alla luce dell'attivazione di convenzioni private per l'esercizio di attività sanitarie, soprattutto sul PO di Sondalo, quali servizio di ortopedia, pediatria e pronto soccorso, in virtù dell'impossibilità di assumere personale dipendente, stante la non presentazione di candidati ai concorsi attivati. A queste spese, si aggiungono quelle derivanti dall'incremento dei costi dell'energia elettrica e del contratto di gestione calore, a causa dell'aumento dei costi delle materie prime e quelli dovuti al contrasto alla pandemia COVID*».

Sempre sotto il profilo del collegamento tra l'utilizzo delle risorse finanziarie e la *performance* organizzativa dell'Amministrazione, questo Nucleo valuta positivamente il fatto che ASST ha raggiunto «*l'obiettivo sull'azzeramento dell'utilizzo di anticipazione di tesoreria*» in quanto non ha mai fatto utilizzo della predetta anticipazione.

Il Nucleo, evidenziati gli elementi di maggior rilievo contenuti nella Relazione della *performance*, prende atto che nell'allegato della predetta relazione l'Amministrazione ha evidenziato il grado di raggiungimento degli obiettivi contenuti nei documenti programmatici, in particolare nel Piano della Performance 2021-2023, adottato nei termini previsti. Ciò consente, pertanto, di valutare positivamente l'efficacia operativa dell'organizzazione e della gestione nel suo complesso rispetto agli obiettivi che l'Azienda si è originariamente prefissata, anche tenendo in considerazione il contesto storico (ossia, l'emergenza sanitaria per COVID-19) nel quale detta relazione si inserisce.

Proprio in ragione di detto particolare contesto storico, con riferimento all'anno 2021, questo Nucleo non intende soffermarsi sulla modifica degli obiettivi in corso d'anno, sottolineando, tuttavia, sin da ora, la necessità che, in sede di revisione annuale del SMVP, venga strutturata e disciplinata anche la procedura di rinegoziazione degli obiettivi dopo che il ciclo della *performance* ha già avuto avvio e prima della conclusione dell'anno di competenza del ciclo stesso.

Con riferimento alla fase della "misurazione" e "valutazione" della *performance* organizzativa, dunque, questo Nucleo osserva che, dalla lettura dei dati contenuti nell'allegato alla Relazione della *performance*, è reperibile il livello di raggiungimento dei risultati prefissati. Nella tabella allegata alla relazione, in particolare, è possibile riscontrare tutte le informazioni riferibili a ogni singolo obiettivo annuale.

In particolare, questo Nucleo prende atto che l'Amministrazione nella relazione riferisce che *«la fase di valutazione è iniziata il 25/02/2022 con l'invio dell'e-mail di richiesta rendicontazione finale degli obiettivi da parte del Controllo di Gestione a ciascun Direttore/Responsabile. In data 31/03/2022, si è conclusa la fase di raccolta delle rendicontazioni corredate dalla necessaria documentazione attestante l'avvenuto raggiungimento degli obiettivi. Si è aperta così la fase di verifica delle rendicontazioni da parte del Controllo di Gestione. La valutazione delle singole schede budget svolta nel mese di maggio e si è conclusa con la validazione da parte del Direttore Amministrativo nel mese di giugno. A seguire ci sarà l'immediato passaggio dei dati, relativi al punteggio finale e alla fascia di appartenenza di ogni UOC, all'Ufficio Risorse Umane. Le modalità di valutazione degli obiettivi e la conseguente assegnazione dei punteggi si sono mantenute le stesse degli scorsi anni, in linea con il regolamento di budget. Per ciascun obiettivo pienamente raggiunto è stato assegnato un punteggio pari a 10/10 punti, mentre se l'obiettivo è risultato parzialmente raggiunto è stato assegnato un punteggio di 7.5/10 punti, infine al mancato raggiungimento è stato assegnato un punteggio di 5/10 punti. Il discrimine utilizzato per la classificazione dell'obiettivo in "non raggiunto" o "parzialmente raggiunto" è stato il raggiungimento di almeno il 50% dell'obiettivo rispetto al target assegnato. Ciascuna unità operativa ottiene dunque un punteggio complessivo percentuale che viene poi declinato su tre fasce di raggiungimento in base alle indicazioni del sistema di valutazione aziendale del personale. È previsto entro fine anno 2022 la revisione del regolamento di budget per adeguarsi anche alle diverse modalità di gestione aziendale per la valutazione del personale».*

A questo punto, il Collegio chiede alla Dott.ssa Barbara Cortini, UOS Controllo di Gestione di fornire, a campione, due schede di verifica di raggiungimento degli obiettivi di struttura che vengono esaminati ed allegati agli atti del presente verbale (all. 1).

Con riferimento alla fase della “misurazione” e “valutazione” della *performance* individuale, il Nucleo, a questo punto, chiede alla Dr.ssa Emanuela Tanzi e al Dr. Vincenzo Ognibene, UOC Risorse Umane, di fornire, a campione, una decina di schede valutazione per il personale appartenente alla dirigenza e una decina di schede di valutazione per il personale del comparto.

Il Collegio rileva che gli obiettivi contenuti nel Piano della *Performance* 2021-2023 sono stati effettivamente e adeguatamente declinati nelle schede delle strutture. Per quanto riguarda il raggiungimento degli obiettivi individuali e delle competenze il Nucleo ha esaminato a campione documentazione (10 schede valutazione dirigente, 4 comparto sanitario e 3 comparto amministrativo, all. 2), posta agli atti del presente verbale, comprovante un’adeguata strutturazione dell’attività di misurazione e valutazione.

Fatte le predette verifiche, questo Nucleo, dunque, ha effettuato la valutazione della *performance* organizzativa complessiva annuale, tenendo conto dei seguenti elementi:

- a. misurazioni del grado di raggiungimento degli obiettivi annuali e dei *target* associati;
- b. multidimensionalità della *performance* organizzativa (in coerenza con i contenuti del Piano);
- c. eventuali mutamenti del contesto interno ed esterno in cui l’amministrazione ha operato nell’anno di riferimento.

Si sottolinea che la validazione della Relazione deve essere intesa come “validazione” del processo di misurazione e valutazione svolto dall’amministrazione attraverso il quale sono stati rendicontati i risultati organizzativi e individuali riportati nella Relazione stessa. Questo in coerenza con il ruolo del Nucleo di Valutazione delle prestazioni che assicura lungo tutto il ciclo della *performance* la correttezza e coerenza dal punto di vista metodologico dell’operato dell’Amministrazione.

In proposito la finalità del sistema appare adeguatamente comprovata dalle due schede di sintesi prodotte dall’amministrazione, allegate agli atti, nelle quali viene evidenziata la differenziazione di valutazione del personale appartenente sia alla dirigenza sia al comparto (all.3).

La validazione della Relazione viene effettuata dal Collegio rispettando i seguenti criteri, anche come indicati nelle linee guida della Funzione Pubblica n. 3/2018:

- a. la coerenza fra i contenuti della Relazione e i contenuti del Piano della *performance* 2021-2023;
- b. la coerenza fra la valutazione della *performance* organizzativa complessiva e le valutazioni degli obiettivi di *performance* organizzativa riportate dall’amministrazione nella Relazione;
- c. la presenza nella Relazione dei risultati relativi a tutti gli obiettivi inseriti nel Piano;
- d. la verifica che nella misurazione e valutazione delle *performance* si sia tenuto conto degli obiettivi connessi all’anticorruzione e alla trasparenza (Area Strategica A.4);
- e. la verifica del corretto monitoraggio del grado di raggiungimento degli indicatori rispetto ai *target*;

- f. l'effettiva evidenziazione, per tutti gli obiettivi e rispettivi indicatori, degli eventuali scostamenti riscontrati fra risultati programmati e risultati effettivamente conseguiti, con indicazione della relativa motivazione;
- g. l'adeguatezza del processo di misurazione e valutazione dei risultati descritto nella Relazione anche con riferimento agli obiettivi non inseriti nel Piano;
- h. la conformità della Relazione alle disposizioni normative vigenti;
- i. la sinteticità della Relazione (lunghezza complessiva, utilizzo di schemi e tabelle, ecc.);
- j. la chiarezza e comprensibilità della Relazione (linguaggio, utilizzo di rappresentazioni grafiche, presenza indice, pochi rinvii ad altri documenti o a riferimenti normativi, ecc.).

Alla luce delle considerazioni fin qui espresse, in conclusione, questo Nucleo di Valutazione, riconoscendo la concreta realizzazione del ciclo della *performance* 2021, previsto dall'art. 4 del d.lgs. n. 150 del 2009, valida la Relazione sulla *Performance* 2021 di ASST Valtellina – Alto Lario con provvedimento che si allega e disponendo che l'Amministrazione proceda alla pubblicazione del documento sul sito istituzionale dell'ente.

2. Raggiungimento degli obiettivi dei medici specialisti-ambulatoriali, con riferimento all'anno 2020;

Il Nucleo procede all'esame della documentazione trasmessa con comunicazione del 14/06/2022, con la quale la UOC Risorse Umane, in materia di obiettivi medici specialisti ambulatoriali, ha fatto pervenire la seguente documentazione:

- breve relazione di sintesi in materia di specialistica ambulatoriale (file allegato "relazione NDV progetti obiettivo");
- relazione di sintesi sui progetti obiettivo 2020 (file allegato "progetti obiettivo anno 2020");
- Delibere regionali di riferimento e nota regionale di trasmissione indicazioni per l'anno 2020 (file allegati "DGR 7625 del 2017", "DGR 1422 del 2019" "DGR 3523 del 2020" e "nota regionale 2020");
- accordo sindacale aziendale (file allegato "accordo sindacale 2020").

Con comunicazione, a mezzo e-mail del 22 giugno u.s., il Nucleo, dopo aver preso atto che solo 6 specialisti ambulatoriali sui 18, che complessivamente operano per ASST Valtellina – Alto Lario, hanno partecipato al progetto, hanno chiesto all'Amministrazione chiarimenti sull'accettazione della « *modifica del KPI di riferimento variato a seguito di indicazioni di Regione nel mese di settembre 2020* ». In particolare, il Nucleo ha evidenziato che, per una corretta erogazione della premialità, è necessario capire se « *almeno con riferimento al mese di ottobre 2020 (...) il 100% delle 4 prestazioni ora* » siano state effettivamente prestate.

La dott.ssa Emanuela Tanzi, nella veste di Direttore UOC Risorse Umane partecipa all'odierna riunione unitamente alla Dott.ssa Giovanna Terribile, fornendo i primi chiarimenti richiesti.

Il Nucleo concorda con le interlocutrici con la necessità di integrare la precedente relazione già trasmessa e riproporre tale punto all'odg in una prossima riunione.

3. Attestazione assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31 maggio 2022- delibera ANAC n. 201 del 13 aprile 2022;

Il presente punto dell'o.d.g. attiene alla attestazione dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione previsti dall'art. 14, comma 4, lett. g), del d. lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, alla luce altresì di quanto disposto dall'art. 44 del d. lgs. 33/2013 e dall'art. 1, comma 8 *bis*, della l. 190/2012.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, con nota prot. 20858 del 31/05/2022, ha comunicato a questo Nucleo di aver effettuato le verifiche sulla pubblicazione delle informazioni nelle sezioni indicate nell'Allegato 2.1.A della Delibera 201/2022 e trasmette la griglia debitamente compilata.

In premessa il Collegio ricorda che, secondo quanto previsto dalla Delibera ANAC 201/2022, la griglia di valutazione richiede l'attestazione dei seguenti dati:

- 1) Consulenti e collaboratori (art. 15)
- 2) Enti controllati (art. 22)
- 3) Pagamenti dell'amministrazione (artt. 4-bis, 33, 41, co. 1-bis per amministrazioni e enti del servizio sanitario)
- 4) Pianificazione e governo del territorio (art. 39)
- 5) Interventi straordinari e di emergenza (art. 42) con esclusivo riferimento alla pubblicazione del Rendiconto della raccolta fondi a sostegno del contrasto all'emergenza epidemiologica da Covid-19, ove ricevuti (art. 99, co. 5, d.l. 18/2020)
- 6) Altri contenuti – Prevenzione della corruzione (art. 10 d.lgs. 33/2013, art. 18, co. 5, d.lgs. 39/2013, l. 190/2012).

L'attestazione viene resa oltre che in esito alla diretta consultazione da parte del Nucleo, nella sua collegialità e anche da parte dei singoli componenti, antecedentemente alla data della presente riunione, del sito *web* istituzionale dell'Amministrazione, sezione "*Amministrazione Trasparente*".

Il Portale istituzionale riporta le informazioni richieste dalle previsioni normative, nel rispetto delle competenze di ASST. Inoltre, le pagine *web* e i documenti pubblicati risultano aggiornati e il formato di pubblicazione è laddove possibile aperto ed elaborabile. Particolare riguardo viene dato a questo aspetto con l'utilizzo di documenti in formato non proprietario (ad es. file .ods) e in *open data*, in una sezione specifica denominata "Open data".

Come risulta dalle rilevazioni direttamente effettuate emerge che gli obblighi di pubblicazione sono stati correttamente adempiuti dall'Agenzia anche in riferimento alla data del 31 maggio u.s.: infatti i dati, completi nel loro contenuto, risultano essere stati tempestivamente inseriti nella sezione "*Amministrazione trasparente*" del portale istituzionale.

Nel rispetto della normativa in materia, secondo cui i documenti, le informazioni e i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente, resi disponibili anche a seguito di accesso civico, sono pubblicati in formato di tipo aperto e sono riutilizzabili ai sensi del decreto legislativo 24 gennaio 2006, n.36, del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, e del decreto legislativo 30 giugno 2003, n.196, senza ulteriori restrizioni diverse dall'obbligo di citare la fonte e di rispettarne l'integrità, il Nucleo ha verificato

che il portale istituzionale di ASST Valtellina – Alto Lario assicura la piena accessibilità delle informazioni pubblicate e che non sono presenti filtri o altre soluzioni tecniche atte a impedire ai motori di ricerca (interni ed esterni) di indicizzare ed effettuare ricerche all'interno della sezione Amministrazione Trasparente.

I dati personali pubblicati rispettano il principio di non eccedenza, come indicato nelle “Linee guida in materia di trattamento di dati personali, contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul web da soggetti pubblici e da altri enti obbligati” (Allegato alla deliberazione n. 243 del 15 maggio 2014 del Garante per la Protezione dei Dati Personali) e tutti i dati, anche quelli rilasciati in *open data*, sono trattati nel rispetto della normativa vigente (cfr. sezione “Privacy” del Portale istituzionale).

Il Collegio provvede quindi all’approvazione della prevista attestazione, il cui schema generale è stato predisposto e pubblicato dall’ANAC che viene allegata al presente verbale e che tiene conto dello stato di pubblicazione alla data del 31 maggio u.s., come indicato nella delibera ANAC n. 201/2022.

Inoltre, mediante la redazione e approvazione della “*Scheda di sintesi sulla rilevazione degli OIV o organismi analoghi*”, che viene allegata al presente verbale, il Collegio descrive, in funzione riepilogativa, le procedure e le modalità seguite per la rilevazione.

L’attestazione del Nucleo unitamente alla griglia di rilevazione e alla scheda di sintesi, sono sottoscritti da ciascun componente del Collegio.

Detti documenti saranno pubblicati nella sezione “*Amministrazione trasparente*”, sottosezione di primo livello “*Controlli e rilievi sull’amministrazione*”, sottosezione di secondo livello “*Organismi Indipendenti di Valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe*”, “*Attestazione dell’OIV o di altra struttura analoga nell’assolvimento degli obblighi di pubblicazione*” entro il 30 giugno 2022.

4. Varie ed eventuali

Con nota prot. 23189 del 17/06/2022, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, ha altresì trasmesso una relazione di riscontro in merito alla nota di Regione Lombardia - Protocollo numero A1.2021.0494353 del 25/11/2021 - “adempimenti in materia di trasparenza”, punto 3 del verbale del 01/12/2021, che, per una pronta evenienza, si riporta testualmente:

“Con riferimento alla richiesta di Codesto Nucleo di Valutazione delle Prestazioni in ordine al punto n.3 del verbale del 01.12.2021 “Nota di Regione Lombardia - Protocollo numero A1.2021.0494353 del 25/11/2021- adempimenti in materia di trasparenza” si comunica che l’Azienda, con deliberazione n.18 del 16 gennaio 2019, ha aderito alla Convenzione “ARCA 2017 102 - LOTTO 1” per la fornitura del servizio di progettazione, realizzazione e manutenzione sito web istituzionale, comprensivo anche della sezione Amministrazione.

Pertanto, nel periodo compreso tra giugno e dicembre 2019 la sezione di Amministrazione trasparente ed i relativi contenuti sono stati oggetto di “migrazione” dal vecchio al nuovo sistema di gestione, determinando un momentaneo e costante aggiornamento dei dati e delle informazioni ivi pubblicate.

Tuttavia, quasi tutti i Responsabile della individuazione e/o alla elaborazione e della pubblicazione dei dati previsti dal d.lgs. 33/2013 hanno adempiuto al monitoraggio trimestrale degli obblighi di pubblicazione ai

sensi del d.lgs.33/2013 attestando di aver compiuto la pubblicazione di competenza, allegando a tal fine la griglia compilata in ordine alla completezza del contenuto, all'aggiornamento del dato e al formato aperto del dato.

Al termine del citato trasferimento di dati il RPCT, compatibilmente con le risorse a disposizione e con le esigenze del servizio condizionate dalla situazione di emergenza sanitaria, ha svolto una verifica delle pubblicazioni effettuate in "Amministrazione trasparente" e, in caso di necessità, ha richiesto l'integrazione di dati/informazioni, al fine di assicurare l'adempimento integrale del dettato normativo.

Recentemente, in data 11.04.2022, Regione Lombardia, con nota ns protocollo n.14177, ha fornito indicazioni operative in merito all'obiettivo "TRASPARENZA", di cui alla DGR n. XI/5832 del 29/12/2021 "Determinazioni in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) —anno 2022".

In particolare, è stato comunicato che "potranno essere svolte verifiche a campione con particolare riferimento alla sezione "bandi di gara e contratti" sottosezione "atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture, in considerazione del fatto che la Corte dei Conti, nell'analisi della Relazione Annuale del Presidente della Regione Lombardia sul Sistema dei Controlli interni e sui controlli effettuati nell'anno 2019, aveva evidenziato che numerosi Enti del Servizio sanitario regionale risultavano inadempienti agli obblighi di pubblicazione sui siti istituzionali, in particolar modo in merito al programma biennale degli acquisti di beni e servizi e al programma triennale dei lavori pubblici (art. 21 d.lgs. 50/2016 — cod. contratti pubblici) (vedi anche nota del RPCT della Giunta regionale di cui al Protocollo Al. 2021.0494353 del 25/11/2021 trasmessa ai NdV degli Enti sanitari)."

A tal proposito si comunica che il RPCT ha svolto l'attività di verifica sul monitoraggio riferito al primo trimestre 2022 e, con specifico riferimento al programma biennale degli acquisti di beni e servizi e al programma triennale dei lavori pubblici, ha coinvolto l'UOC Approvvigionamenti e l'UOC Gestione Patrimonio immobiliare nel miglioramento di quanto pubblicato, che risulta pertanto conforme al dettato normativo."

Il Collegio procede ad effettuare un accesso sul sito web istituzionale dell'Amministrazione, sezione "Amministrazione Trasparente" alla sezione "bandi di gara e contratti" sottosezione "atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture ed effettivamente risulta adempiuto il relativo obbligo.

Il verbale viene chiuso alle ore 14.25

Il Presidente

dott.ssa Laura De Rentiis f.to

I Componenti

dott.ssa Leila Lunardi f.to

dott.ssa Emanuela Foglia f.to

Il segretario Dott.ssa Silvia Ruffoni