Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Valtellina e Alto Lario

Relazione del Nucleo di Valutazione delle prestazioni sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza ed integrità dei controlli interni ai sensi dell'art. 14, comma 4, lett. a), del d.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 ANNO 2021

Indice

- **Presentazione**
- **Funzionamento complessivo del sistema di misurazione e valutazione:**
  - **a) *Performance* organizzativa**
  - **b) *Performance* individuale**
  - **c) Processo di attuazione del ciclo della *performance***
  - **d) Infrastruttura di supporto e sistemi informativi e informatici**
  - **e) Sistemi informativi a supporto del programma triennale per la trasparenza e l'integrità e 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) Descrizione delle modalità del monitoraggio dell'OIV.**

Presentazione

Le competenze del Nucleo di Valutazione delle prestazioni di ASST Valtellina – Alto Lario sono definite dall'art. 30 della l.r. Lombardia 07/07/2008, n. 20 (Testo unico delle leggi regionali in materia di organizzazione e personale) e dall'art. 18 bis della l.r. Lombardia 30/12/2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità); nonché, il suo funzionamento è regolamentato dalla D.G.R. del 29 giugno 2021, n. 4942 (Attuazione dell'art. 18 bis "Nuclei di valutazione delle strutture sanitarie pubbliche e delle fondazioni Irccs di diritto pubblico" della legge regionale n. 33/2009).
In particolare, il primo articolo di legge citato che si riferisce al sistema di valutazione della dirigenza del personale alle dipendenze della Regione Lombardia, ai primi tre commi, prescrive che «*1. Le prestazioni dei dirigenti sono soggette a valutazione annuale ai fini dello sviluppo professionale, dell'attribuzione degli incarichi e dell'attribuzione della retribuzione di risultato prevista dall'articolo 29, comma 2, lettera c). 2. Nella definizione dei criteri e dei parametri di valutazione si tiene conto di quanto previsto dalla normativa vigente in materia e inoltre: a) dei risultati raggiunti e della loro rispondenza agli indirizzi definiti dagli organi di governo; b) della realizzazione dei programmi e dei progetti affidati; c) della efficace gestione delle risorse umane, finanziarie e strumentali assegnate e della connessa capacità di innovazione; 3. La valutazione tiene conto delle condizioni organizzative ed ambientali in cui l'attività si è svolta, e di eventuali vincoli e variazioni intervenuti nella disponibilità di risorse*».
Con specifico riferimento alla materia sanitaria, poi, il primo comma dell'art. 18 bis della l.r. Lombardia 30/12/2009, n. 33, stabilisce che a supporto del buon funzionamento del ciclo della *perfomance* nelle strutture sanitarie pubbliche e delle fondazioni IRCCS di diritto pubblico, sono istituiti i Nuclei di Valutazione che, «*in relazione ai rispettivi enti sanitari di riferimento: a) valutano la correttezza metodologica dei sistemi di misurazione e valutazione delle performance e la loro effettiva applicazione, anche relativamente alla coerenza con la programmazione regionale del servizio sociosanitario lombardo; b) verificano la correttezza della valutazione delle performance*

del personale, secondo i principi di merito ed equità; c) verificano la correttezza delle applicazioni contrattuali, limitatamente agli istituti rimessi alle loro attribuzioni; d) valutano la metodologia e la relativa applicazione delle rilevazioni aziendali in tema di benessere organizzativo; e) concorrono a verificare, in raccordo con il responsabile della prevenzione e corruzione della struttura di riferimento, l'attuazione delle disposizioni normative statali in materia di trasparenza; f) esercitano le ulteriori funzioni previste dall'articolo 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 (Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni), nonché quelle attribuite da altre disposizioni statali agli organismi di valutazione».

Dunque, come emerge dal chiaro quadro normativo che rimanda anche alle funzioni degli OIV disciplinate dalla legge statale (ossia, l'art. 14 del d.lgs. n. 150/09 e ss.mm) questo Nucleo con riferimento al ciclo della *performance* per l'anno 2021, è tenuto a predisporre la "Relazione sul monitoraggio sul funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni". La relazione disciplinata dalla lettera a) del comma 4, del citato art. 14 del d.lgs. n. 150/09, avendo ad oggetto il funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, la trasparenza e integrità dei controlli interni e sintetizzando il monitoraggio effettuato da parte del Nucleo con riferimento all'intero ciclo della *performance* per l'anno 2021, ha come principale finalità quella di descrivere il sistema di valutazione, evidenziandone le criticità e i punti di forza allo scopo di identificare le iniziative che l'Amministrazione potrà porre in essere per il miglioramento del medesimo sistema.

Questo Nucleo evidenzia, altresì, che in applicazione della D.G.R. XI/4942 del 29/06/2021, l'operatività dell'attuale organismo è decorsa dal 1° settembre 2021 e che, quindi, per le attività compiute dal 1° gennaio al 31 agosto 2021 nella presente relazione si limiterà a dare atto delle attività compiute dal precedente Nucleo in carica. In proposito, si evidenzia, tra l'altro, che poiché il precedente Nucleo non ha predisposto la presente relazione ai sensi dell'art. 14, comma 4 lett. a), del d.lgs. n. 150/09, per il ciclo della *performance* 2020, non sarà possibile procedere a una comparazione tra l'andamento del ciclo 2020 e del ciclo 2021.

Chiariti l'oggetto e la finalità della presente relazione, per la predisposizione della relazione sul ciclo *performance* 2021, questo Nucleo ha deciso di attenersi alle indicazioni contenute nella delibera CiVIT n. 23/2013, nonché di tenere conto, anche, delle successive Linee guida adottate dalla Funzione Pubblica che trattano i vari aspetti del ciclo della *performance*.

Funzionamento complessivo del Sistema di Misurazione e Valutazione (SMVP)

Il ciclo della *performance* è il processo attraverso il quale si definiscono gli obiettivi e le relative risorse nonché il monitoraggio durante la gestione e si valutano e rendicontano i risultati ottenuti. Si articola nelle seguenti fasi: a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori; b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse; c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi; d) misurazione e valutazione della *performance*, organizzativa e individuale; e) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito; f) rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Presupposto per un corretto sviluppo del ciclo della *performance* è l'adozione di un Sistema di Valutazione della *performance* che, come ricordato dalle Linee Guida della Funzione Pubblica n. 2/2017, costituisce «*un insieme di tecniche, risorse e processi che assicurano il corretto svolgimento delle funzioni di programmazione, misurazione, valutazione e rendicontazione della performance, ossia del ciclo della performance*».

Sulla base di quanto stabilito dall'art. 7 del d.Lgs. n. 150/2009 e s.m.i., le PP.AA. sono tenute a pubblicare e aggiornare annualmente un documento che descrive il funzionamento del sistema, in cui riportare i ruoli e le responsabilità di ciascuno dei soggetti coinvolti nelle diverse fasi del ciclo della *performance*.

Alla luce della disciplina normativa e delle predette Linee Guida, il NVP è chiamato a fornire, lungo tutto il ciclo, un supporto volto ad assicurare efficacia, solidità e affidabilità del SMVP.

In particolare, in ragione sia dell'art. 16 del d.Lgs. n. 150/2009 sia del rinvio operato dall'art. 18 bis della l.r. Lombardia 30/12/2009, n. 33, le funzioni attribuite al Nucleo sono:

- formulazione del parere vincolante sul SMVP, validazione della Relazione sulla *performance* e redazione della presente Relazione;
- valutazione della *performance* organizzativa, da effettuarsi nel rispetto degli indirizzi espressi nelle predette Linee Guida e delle Linee Guida adottate dalla Regione Lombardia;
- monitoraggio della *performance* organizzativa, che si concretizza nella verifica dell'andamento della *performance* dell'amministrazione rispetto agli obiettivi programmati e nella segnalazione all'organo di indirizzo politico–amministrativo di eventuali azioni correttive da intraprendere.

Il SMVP per il **personale del comparto** è identificato nel "Regolamento di valutazione delle prestazioni ASST Valtellina e Alto Lario-area del comparto" adottato con delibera aziendale n. 480 del 07/08/2018. Nell'originaria versione del regolamento era previsto che la scheda di valutazione, articolata in tre macroaree di valutazione (Performance Individuale, Competenze e Comportamenti) fosse predisposta dalla UOC Risorse Umane. Con la collaborazione del precedente Nucleo di Valutazione, sono state elaborate nuove schede di valutazione individuali che, poi, a decorrere dall'01/01/2020 hanno trovato applicazione (e trovano ancora applicazione nell'anno 2021). Dette schede, sono state condivise con le OO.SS., in sede di sottoscrizione dell'accordo integrativo per la distribuzione del fondo della premialità del comparto, avvenuta il 09/04/2021.
Le schede sono distinte in tre tipologie, a seconda del livello economico, con item di valutazione e la pesatura delle macroaree differenti:
-) personale tecnico/amministrativo/sanitario A, B, BS, C (area Performance Individuale 20%, area Competenze 50%, area Comportamenti 30%);
-) personale tecnico/amministrativo/sanitario D, DS (area Performance Individuale 40%, area Competenze 20%, area Comportamenti 40%);
-) personale tecnico/amministrativo/sanitario D, DS con incarichi di funzione (area Performance Individuale 50%, area Competenze 20%, area Comportamenti 30%).
Il SMVP della **dirigenza**, invece, è rappresentato dal "Regolamento di valutazione delle prestazioni ASST Valtellina e Alto Lario-area della Dirigenza Medica e SPTA" adottato con delibera aziendale n. 806 del 23/11/2017. Nel regolamento si rimanda alla predisposizione successiva delle schede di valutazione individuali, da parte della UOC Risorse Umane, nell'ambito degli incontri di contrattazione decentrata.
Nella seduta di incontro sindacale del 25/09/2018, con riferimento al processo di valutazione individuale dell'anno 2017, viene deciso di utilizzare la scheda e i criteri di distribuzione del fondo di risultato applicati per il personale della ex Azienda Ospedaliera Valtellina e Valchiavenna, confluita nell'ASST Valtellina e Alto Lario nell'anno 2016. In seguito, con riferimento alle annualità 2018, 2019 e 2020 con le OO.SS. della dirigenza, rispettivamente negli incontri del 03/04/2019, 06/05/2020 e 24/05/2021, è stato stabilito di continuare ad utilizzare le medesime schede dell'anno 2017, stante che non erano incompatibili con quanto previsto nel regolamento di valutazione vigente.
L'Amministrazione nella nota inviata ha riferito che, anche per l'anno 2021, nella seduta con le OO.SS della dirigenza area sanitaria del 30 marzo 2022, si è deciso di utilizzare le schede individuali degli anni precedenti. Tali schede sono distinte per classe contrattuale dirigenza medica/sanitaria e PTA e per dirigente senza incarichi o direttore di UOC/UOSD. Sono articolate in quattro macroaree di valutazione (Area degli Obiettivi individuali, Area Capacità gestionale, Area capacità di relazione e Area Capacità Organizzative), senza nessuna pesatura.
Nella medesima seduta, sono stati confermati, altresì, i criteri di distribuzione del risultato che prevedono il 50% delle risorse disponibili attribuiti sulla base della pesatura legata all'incarico dirigenziale, il 20% sulla base della performance organizzativa e il restante 30% sulla performance individuale.
Per quanto riguarda, invece, i criteri di distribuzione del risultato anno 2021 relativa alla Dirigenza PTA, il 60% delle risorse disponibili verrà distribuito tenuto conto della performance organizzativa, derivante dalla valutazione degli obiettivi assegnati in sede di *budget* (vedi regolamento sistema di budget UOC Controllo di Gestione), mentre il restante 40% è legato alla performance individuale derivante dal processo di valutazione della scheda individuale.

Con riferimento al SMVP della Dirigenza fin qui descritto questo Nucleo, in chiave collaborativa, evidenzia due criticità che sarebbe opportuno superare nell'anno in corso.
La prima criticità attiene alla predisposizione delle schede individuali di valutazione che deve sempre avvenire all'inizio dell'avvio del ciclo della *performance* e non ex post, anche se si dovesse trattare, come per l'anno 2021, di quanto in essere.
La seconda criticità, invece, è stata già messa in evidenza da questo NVP nel corso delle riunioni, tenutesi, rispettivamente, il 20 ottobre 2021 (punto n. 2 dell'o.d.g.) e il 1° dicembre 2021 (punto n. 2 o.d.g.), dove è stata messa in evidenza la necessità di aggiornare i criteri di pesatura delle schede individuali.
Detta osservazione è stata ribadita nel corso della riunione del 28 ottobre 2021, programmata come "incontro congiunto con collegio dei revisori per attuazione del punto n. 7 di cui alla «*determinazione in ordine alla disciplina dei nuclei di valutazione delle strutture sanitarie pubbliche e delle fondazioni IRCCS di diritto pubblico*» approvata con deliberazione di giunta regionale n. 4942 del 29/06/2021".

a. *Performance* organizzativa

La *performance* organizzativa è l'elemento centrale del Piano della *performance* che, a partire dal quadro strategico di riferimento, evidenzia il contributo dell'amministrazione, delle sue singole strutture e dei dirigenti, in termini di obiettivi specifici, indicatori e *target* da raggiungere secondo una pianificazione triennale e, a livello operativo, secondo una programmazione annuale. È uno strumento di pianificazione e programmazione finalizzato a: supportare i processi decisionali, favorendo la verifica di coerenza tra risorse e obiettivi; migliorare la consapevolezza del personale rispetto agli obiettivi dell'amministrazione; comunicare agli *stakeholder* priorità e risultati attesi.
L'approvazione del Piano della *Performance* 2021 – 2023, avvenuta con delibera del 29 gennaio 2021, n. 75– pubblicata sul portale istituzionale di ASST Valtellina – Alto Lario il 29 gennaio 2021, pertanto entro il termine previsto del 31 gennaio 2021 – ha rappresentato il momento di avvio del ciclo di gestione e valutazione della *performance* 2021 (ex art. 10, d.lgs. n. 150/2009), in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio.
Sulla base della documentazione esaminata e delle modifiche illustrate nel corso della riunione del 27 gennaio 2021, il precedente Nucleo di Valutazione, ha valutato positivamente il Piano della Performance 2021-2023, significativamente rivisto rispetto agli anni precedenti, suggerendo per l'anno successivo, di esplicitare e rendere misurabili anche gli obiettivi del Piano CUG, all'interno del ciclo della performance aziendale, specificandone le tempistiche di raggiungimento (cfr verbale seduta NVP del 27 gennaio 2021).

Si rileva che, a causa della situazione pandemica, il Piano della *performance* 2021-2023 è stato strutturato preferendo la programmazione annuale rispetto a quella triennale, anche in ragione dell'assenza, alla data di approvazione del Piano, degli indirizzi di Regione Lombardia in merito alla programmazione per l'anno 2021 (definiti poi con la D.G.R. del 1° aprile 2021, n. 4508).

Sul piano del necessario collegamento tra ciclo della *performance* e ciclo di programmazione economico-finanziaria, il Collegio rileva che nel Piano della *Performance* è stato valorizzato il costo a preventivo di ciascun obiettivo, nel tentativo di raccordare il documento di programmazione economico-finanziaria (*budget*) e i singoli obiettivi prefissati descritti.
In particolare, ASST Valtellina e Alto Lario utilizza il *budget* come strumento di programmazione annuale degli obiettivi e dell'allocazione delle risorse. Per ogni singola unità organizzativa lo stesso è uno strumento di responsabilizzazione per il perseguimento degli obiettivi, a fronte delle risorse a disposizione.
L'Azienda ha adottato un regolamento di *budget*, delibera n. 432/2018, nel quale sono definiti gli attori coinvolti, le fasi del processo e il cronoprogramma, che parte dalla programmazione e dalla definizione degli obiettivi strategici ed economici per poi articolarsi nell'assegnazione dei *budget* ai Dipartimenti Gestionali e ai Centri di Responsabilità. Prima della valutazione finale degli obiettivi, il ciclo si sviluppa attraverso una fase di monitoraggio degli obiettivi, che può avere una tempistica diversa a seconda della natura dello stesso, per poi chiudersi con una verifica finale.

Per l'anno 2021, stante il perdurare della situazione di emergenza sanitaria, caratterizzatasi su tre "ondate covid", il processo di *budget* ha subito alcune variazioni, coerentemente con le D.G.R. contenenti gli indirizzi per la programmazione del Servizio Sanitario Regionale per l'esercizio 2021, con particolare riguardo alla programmazione delle risorse economiche (D.G.R. XI/4232/2021 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario e sociosanitario per l'esercizio 2021 – quadro economico programmatorio"; DGR XI/4508/2021 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2021"; DGR XI/4773/2021 "Determinazioni in ordine alla negoziazione 2021 e ulteriori determinazioni in ambito sanitario e sociosanitario"; DGR XI/5340/2021 "Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del SSR per l'esercizio 2021 con particolare riferimento alla rete delle unità di offerta sociosanitarie territoriali").

b. *Performance* individuale

La *performance individuale* è il contributo fornito da un individuo, in termini di risultato e di comportamenti agiti, nel raggiungimento degli obiettivi dell'amministrazione.
La misurazione e valutazione della *performance* individuale del Direttore Generale (di diretta competenza della Giunta regionale, come previsto dall'art. 12, comma 2, della Legge Regionale 30 dicembre 2009, n. 33 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità"), anche ai fini dell'eventuale erogazione della retribuzione di risultato, avviene in relazione ai criteri definiti con la D.G.R. del 2 agosto 2021 n. 5157 e riferiti, in particolare, al grado raggiungimento degli obiettivi strategici individuati (raggiungimento dei target previsti per il contenimento delle liste d'attesa e garanzia dei LEA: Peso 20; raggiungimento dei target previsti dal Piano vaccinazione Covid 19: Peso 20; raggiungimento dei target previsti dal Piano vaccinazioni antinfluenzale: Peso 20; rispetto rigoroso del cronoprogramma degli interventi di edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico: Peso 15; Piano di potenziamento dell'erogazione di prestazioni ADI secondo i target individuati dalla Direzione Generale Welfare: Peso 10; Coinvolgimento dei MMG/PLS nella formulazione del piano di potenziamento delle strutture territoriali: peso 10; Presidio dei processi di integrazione tra la programmazione sociale e socio-sanitaria: peso 5) e delle eventuali decurtazioni connesse al mancato raggiungimento degli obiettivi stabiliti (adozione di un piano di potenziamento delle strutture territoriali in attuazione del PNRR da presentare nei tempi indicati dalla Direzione Generale Welfare (obiettivo prioritario); rispetto dei tempi di pagamento previsti dal comma 865 dell'art. 1 della L. 145 del 30 dicembre 2018; Corretta applicazione delle norme in materia di trasparenza ed anticorruzione).

La misurazione e valutazione della *performance* individuale degli altri dipendenti (sia i dirigenti sia il personale del comparto) non è di stretta competenza di questo Nucleo, se non in quanto direttamente collegata alla performance organizzativa.
Gli obiettivi individuali assegnati ai dirigenti sono il frutto di un processo di confronto tra il valutato (dirigente) e il valutatore (Direttore generale).
Il processo di valutazione è l'elemento chiave della valutazione individuale, il cui attore e responsabile principale è la dirigenza dei Dipartimenti. Il processo, in tutte le sue fasi, dalla programmazione, intesa come definizione dei comportamenti e dei risultati attesi (individuali e organizzativi), alla misurazione e valutazione, è un percorso di sviluppo dell'organizzazione e delle persone. Il processo valutativo, con particolare attenzione ai colloqui da svolgersi tra valutatore e valutato, consente di chiarire le attese, evidenziare i punti di miglioramento a fronte di criticità, ma anche di fornire riscontri positivi in modo diretto.
La differenziazione delle valutazioni è un elemento imprescindibile e costituisce condizione di efficacia di tutto il sistema di misurazione e valutazione della *performance*, nonché un obbligo espressamente sancito dal d. lgs. n. 150/2009 e ss.mm., al fine di non determinare una erogazione "a pioggia" del trattamento economico accessorio in misura massima. La differenziazione delle valutazioni, in altre parole, è espressione di un approccio organizzativo da condividere *in primis* tra i soggetti valutatori e, poi, con tutti gli altri attori del processo.

In quest'ottica, gli obiettivi di ogni singola struttura devono essere attribuiti in maniera tale che possa essere individuata la concreta ed effettiva partecipazione del singolo al raggiungimento degli stessi in modo da costituire un parametro affidabile sul quale calibrare la premialità da attribuire ad ogni

singolo soggetto. Per questo occorrerà garantire un giusto equilibrio tra il peso degli obiettivi organizzativi e quelli individuali, ad oggi da non ritenersi ancora compiutamente realizzato per la dirigenza. In questo senso, si richiama il verbale del 26.01.2022, dove questo Nucleo, con riferimento alla valutazione della dirigenza, ha rilevato una incoerenza del sistema «nella scelta di attribuire il 50% delle risorse disponibili sulla base della pesatura legata all'incarico dirigenziale, il 20% sulla base della performance organizzativa e il restante 30% sulla performance individuale», suggerendo di implementare il peso della performance individuale e organizzativa.
Fatta questa premessa, dai dati forniti dall'ASST Valtellina – Alto Lario risulta che **per la dirigenza,** con riferimento alla definizione e assegnazione degli obiettivi assegnati da ciascun valutatore al valutato, in ragione dell'art. 4 del regolamento sopra richiamato, detta fase dovrebbe concludersi entro il mese di marzo, attraverso apposito colloquio. Tuttavia, nell'anno 2021, stante il perdurare dell'emergenza sanitaria, «*la tempistica di assegnazione degli obiettivi, la rendicontazione finale dei risultati da parte del valutato, eventuali interlocuzioni tra valutatore e valutato riferite agli obiettivi, ecc. non sono state oggetto di specifica rendicontazione bensì considerate fasi di un processo interno, gestito in modo autonomo da ciascun valutatore anche nel rispetto delle specifiche situazioni legate appunto, alla gestione della pandemi*a».
Per il personale del comparto, con riferimento alla definizione e assegnazione degli obiettivi "individuali" assegnati da ciascun valutatore al valutato, nell'accordo sindacale sottoscritto il 9/4/2021 è stato previsto che detta fase, di norma, «avvenga entro il mese di aprile di ciascun anno mediante comunicazione formale al valutato. È previsto, altresì, in caso di criticità, un incontro/comunicazione intermedia con il valutato in merito allo stato di raggiungimento dei medesimi obiettivi». L'Azienda ha, tuttavia, precisato che «stante il perdurare dell'emergenza sanitaria nel periodo considerato (anno 2021), la tempistica di assegnazione degli obiettivi, la rendicontazione finale dei risultati da parte del valutato, eventuali interlocuzioni tra valutatore e valutato riferite agli obiettivi, ecc. non sono stati oggetto di specifica rendicontazione bensì considerate fasi di un processo interno, gestito in modo autonomo da ciascun valutatore anche nel rispetto delle specifiche situazioni legate appunto, alla gestione della pandemia». In ogni caso, qualora il valutato ritenesse di dissentire sulla valutazione ottenuta potrà presentare istanza motivata al Collegio di Conciliazione come previsto dall'art. 7 del regolamento aziendale, entro e non oltre 30 giorni dalla data di sottoscrizione/presa visione della scheda di valutazione.
In questa sede si ritiene di rilievo poter sottolineare l'importanza di consolidare il processo di rendicontazione intermedia e finale, rispetto al grado di raggiungimento degli obiettivi e a favorire il confronto tra valutatore e valutato.
Si rammenta anche la rilevanza, richiamata dal d. lgs. 74/2017, di dare un maggiore peso alla performance organizzativa all'interno del ciclo di valutazione e misurazione della performance, nonché di verificare sempre la assenza di sovrapponibilità tra gli obiettivi facenti capo alla performance organizzativa e individuale, rispetto a quanto richiesto e contrattato con riferimento alle Risorse Aggiuntive Regionali - RAR.

c. Processo di attuazione del ciclo della *performance*

In ossequio a quanto prescritto nel box 2 delle Linee Guida della Funzione Pubblica n. 2/2017, i Nuclei di Valutazione «*in sede di redazione della Relazione annuale sul funzionamento complessivo del sistema analizzano le modalità di svolgimento del processo di misurazione e valutazione di tutti gli obiettivi programmati ovunque formalizzati (Piano, Direttiva, schede individuali) segnalando eventuali criticità riscontrate e formulando proposte e raccomandazioni ai vertici amministrativi*».
Misurazione e valutazione della *performance* sono attività distinte ma complementari, intendendosi per «misurazione» l'attività di quantificazione del livello di raggiungimento dei risultati e degli impatti prodotti su utenti e *stakeholder*, mediante l'uso di appositi "indicatori", mentre per «valutazione» si intende l'attività di analisi e interpretazione dei valori misurati, tenuto conto dei fattori di contesto.
Attraverso il succitato sistema, ASST Valtellina – Alto Lario applica un metodo di misurazione e valutazione della *performance* organizzativa che si avvale di:

- obiettivi: ciò che si vuole perseguire;

- indicatori: ciò che si utilizza per raccogliere e analizzare i dati necessari per motivare i progressi ottenuti nel perseguimento degli obiettivi;
- *risultato atteso*: il livello atteso di *performance*, misurato attraverso uno o più indicatori o indicandone il *trend*, che si desidera ottenere per poter considerare un obiettivo conseguito o raggiunto. Tale voce nel PdP 2021-2023 è stata definita sia in termini di risultato atteso per l'anno 2021 che per il biennio 2022-2023.

Obiettivi, indicatori e risultati attesi sono elementi distinti, ma perfettamente complementari nel disegno della *performance* organizzativa attesa.
Gli obiettivi devono essere quantificabili e misurabili, attraverso la definizione di *target* che devono, a loro volta, essere sfidanti, ancorché raggiungibili.
L'indicatore è, invece, lo strumento che rende possibile l'acquisizione di informazioni necessarie per misurare la *performance* ottenuta come conseguenza di una pluralità di attività svolte: esso può essere costituito da una formula che esemplifica un rapporto in percentuale ovvero da un valore assoluto.
Con riferimento all'avvio del processo di valutazione individuale per l'anno 2021 -sia del personale del comparto, sia della dirigenza-, l'Azienda ha riferito che il suo avvio «*verrà a breve comunicato dall'UOC Risorse Umane tramite apposita nota destinata ai soggetti valutatori interessati e nella quale verranno date le necessarie istruzioni secondo le indicazioni previste dal regolamento vigente. In particolare, l'intero processo di valutazione avverrà sul portale IRIS web e al fine di limitare gli spostamenti del personale, la scheda individuale sarà resa disponibile al dipendente valutato esclusivamente attraverso il portale, evitando la stampa e la consegna per la sottoscrizione della stessa ma, restando fermo l'obbligo in capo al valutatore di motivare il punteggio e di fornire chiarimenti alle eventuali osservazioni e/o rilievi richiesti dal valutato. Laddove necessario, resterà comunque possibile per il dipendente valutato chiedere un eventuale colloquio al valutatore. La sottoscrizione della scheda individuale è sostituita dalla presa visione sul portale IRIS web*».
La ASST ha, inoltre, fornito a questo Collegio i seguenti dati sul "processo di attuazione della *performance"* distinguendoli per aree.

«***Valutazione area sanitaria e sociosanitaria***
La recrudescenza della pandemia ha visto per la quasi totalità dell'Esercizio il personale medico, sanitario e infermieristico impegnato nel contrasto al virus presso il presidio ospedaliero di Sondalo, che ha mantenuto la funzione di Hub Covid con quattro reparti e circa 100 posti letto dedicati, e i Centri Vaccinali dislocati sul territorio, sia a garantire l'attività chirurgica e la degenza delle specialità mediche presso le strutture "Covid free" di Sondrio, Morbegno e Chiavenna.
Per questi motivi, per l'anno 2021, la Direzione Sanitaria e Sociosanitaria, in accordo con la Direzione Generale, non hanno dato avvio ad una negoziazione di budget ma hanno indirizzato le UU.OO. aziendali nella programmazione delle loro attività alla luce delle diverse urgenze, necessità ed obiettivi che si sono sviluppate/i nel corso dell'anno. Hanno quindi concordato di assegnare una complessiva valutazione positiva del loro operato sia in risposta all'emergenza sanitaria che anche nello sviluppo del Piano di Ripresa, rimasto parziale per l'avvento della "Quarta ondata Covid", senza distinzioni di reparto o disciplina.
Agli atti di questo ufficio sono disponibili le relazioni sulla valutazione come redatto dai due Direttori di Area, sanitario e sociosanitario, rispettivamente in data 13/04/2022 e in data 20/04/2022.

Valutazione area amministrativa
Per l'area amministrativa, per contro, in ragione della natura di supporto all'attività sanitaria e sociosanitaria dell'Azienda, è stato assegnato il budget a ciascuna unità operativa del Dipartimento Amministrativo seguendo le tipiche fasi del processo di budget.
La prima fase di negoziazione degli obiettivi si è svolta in sede di riunione di Dipartimento Amministrativo, il giorno 22/03/2021, tra il Direttore Amministrativo e i Direttori delle singole Unità Operative.
Sebbene da regolamento di budget la scheda è strutturata su due cartelle, la prima contenente obiettivi strategici, l'altra obiettivi economici, la predisposizione della scheda di budget 2021 si è limitata alla parte strategica (obiettivi e indicatori provenienti dalle regole e obiettivi regionali, nonché aziendali), escludendo la parte relativa ad obiettivi di natura economica (costi e ricavi delle

Unità operative) alla luce della diffusione della pandemia e dell'impossibilità di gestire un'eventuale riduzione della spesa per "Beni e Servizi".
La fase di valutazione è invece iniziata il 25/02/2022 con l'invio della richiesta di rendicontazione finale degli obiettivi per e-mail da parte dell'Ufficio Controllo di Gestione a ciascun Direttore / Responsabile di struttura. In data 31/03/2022 è terminata la fase di raccolta delle rendicontazioni, corredate dalla necessaria documentazione attestante il raggiungimento degli obiettivi e attualmente è in corso l'effettiva valutazione di ogni singolo indicatore di ciascuna scheda da parte del Controllo di Gestione e della Direzione Amministrativa. La conclusione della valutazione è prevista per la fine del mese di maggio 2022, con il successivo passaggio all'Ufficio Risorse Umane della graduatoria che esplica il punteggio complessivo di scheda e quindi la fascia finale di appartenenza per ogni UU. OO.
Le modalità di valutazione degli obiettivi e la conseguente assegnazione dei punteggi sono in linea con il regolamento di budget e sono state mantenute invariate rispetto anche agli scorsi anni. Per ciascun obiettivo pienamente raggiunto viene assegnato un punteggio pari a 10/10 punti mentre se l'obiettivo è risultato parzialmente raggiunto viene assegnato un punteggio di 7.5/10 punti. Qualora non si raggiungesse l'obiettivo viene assegnato un punteggio di 5/10 punti. Il discrimine utilizzato per la classificazione dell'obiettivo in "non raggiunto" o "parzialmente raggiunto" è 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 previso entro fine anno 2022 la revisione del regolamento di budget sia per rivedere il sistema di punteggio degli obiettivi, sia per adeguarsi anche alle diverse modalità di gestione aziendale per la valutazione del personale».
Questo Nucleo di Valutazione ricorda che le verifiche finali in ordine al conseguimento degli obiettivi al termine dell'esercizio, sulla base della documentazione appositamente predisposta dall'Ufficio Controllo di Gestione è di primaria rilevanza in quanto i risultati della verifica costituiscono elementi di rilievo ai fini della valutazione periodica dei dirigenti, nonché fondamento per il collegamento con il sistema premiante rappresentato dalla retribuzione di risultato dei dirigenti e incentivazione alla produttività del personale del comparto.
In quest'ottica, sarebbe opportuno strutturare un sistema di *reporting* che abbia inizio -entro una data ragionevole rispetto all'avvio del ciclo della *performance* successivo- con la raccolta di specifiche "Schede obiettivi di Struttura", per poi proseguire, anche nel corso dell'esercizio, con l'acquisizione di informazioni utili e necessarie per verificare se il *trend* è in linea con gli obiettivi assegnati. Questo anche al fine di consentire una possibile revisione, al termine del primo semestre, degli obiettivi inizialmente assegnati. Naturalmente eventuali revisioni potrebbero essere richieste dalle Strutture con motivata e documentata richiesta come, ad esempio, nel caso di una emergenza sanitaria.
Naturalmente, detta considerazione ha una sua rilevanza in un sistema di *performance* ottimale nel quale l'attribuzione degli obiettivi di struttura e dei relativi indicatori avvenga con tempi celeri rispetto all'adozione del *piano* della *performance.*

d. Infrastruttura di supporto: sistemi informativi e informatici

In relazione a questo paragrafo, la ASST Valtellina – Alto Lario ha riferito che *«nel corso dell'Esercizio 2021 è stato acquisito dall'azienda un nuovo modulo "R3 Performance" per la gestione informatizzata del processo di budget, che verrà implementato per il ciclo di budget 2022. Il modulo è un applicativo del software in uso per la consultazione e l'elaborazione dei dati provenienti dal Datawarehouse aziendale attualmente in gestione ad un'azienda di servizi esterna.*
Stante quanto espresso in premessa ovvero la non assegnazione di obiettivi per l'area sanitaria per l'Esercizio 2021, la strumentazione informatica utilizzata a supporto della redazione delle relative schede di budget per l'anno 2021, vista la modesta numerosità delle schede da gestire, si è tradotta nell'utilizzo esclusivo del software Excel».

e. Sistemi informativi a supporto del programma triennale per la trasparenza e l'integrità e il rispetto degli obblighi di pubblicazione

Per l'adozione della sezione del PTPCT relativo al Programma Triennale per la Trasparenza l'Azienda ha adottato la griglia allegata alle Linee guida di cui alla delibera n. 1310 del 28/12/2016 quale strumento per individuare i Responsabili della individuazione e/o della elaborazione e della pubblicazione dei dati previsti dal D. Lgs. 33/2013.
Il RPCT ha implementato un sistema di monitoraggio trimestrale degli obblighi di pubblicazione sopra richiamati attraverso il quale i relativi Responsabili attestano di aver adempiuto alla pubblicazione di competenza; a tal fine allegano la griglia compilata in ordine alla completezza del contenuto, all'aggiornamento del dato e al formato aperto del dato.
L'Azienda ha riferito che «*sta valutando la possibilità di definire un sistema di reportistica automatizzata che faciliti l'attività di verifica del RPCT*».

f. Definizione e gestione di standard di qualità

L'Azienda ha riferito di aver «*perseguito negli anni il miglioramento e la gestione degli standard di qualità inserendo sia nel Piano della Performance che nelle schede di budget indicatori di performance clinica, di appropriatezza e di esito del network regionale. Tale network ha permesso l'effettuazione di un'analisi di benchmarking dell'azienda, dei presidi e/o del reparto rapportandola/o al sistema sanitario della Regione.*
L'analisi è stata possibile col fine unico di implementare politiche di qualità e di miglioramento degli standard, sanitari e non, resi all'utenza, ovvero l'appropriatezza degli stessi.
Analogamente, le indagini di "Customer Satisfaction" con la misurazione del grado di soddisfazione degli utenti rispetto alla qualità dei servizi offerti dall'Azienda attraverso il monitoraggio costante e definito di reclami, encomi, segnalazioni e suggerimenti, hanno permesso alle strutture dei presidi aziendali di incrementare l'offerta qualitativa e quantitativa dell'offerta, sanitaria e non, resa ai pazienti.
Nell'ultimo biennio, tuttavia, la pandemia ha influenzato fortemente e negativamente tale politica aziendale di perseguimento della qualità, dovendo rispondere a necessità dettate dall'urgenza sanitaria. Nel corso del 2022, compatibilmente con l'evolversi della diffusione della pandemia, l'Azienda cercherà di riprendere tale sistema di monitoraggio della qualità, anche con la ripresa della distribuzione delle schede di Customer, momentaneamente sospesa su indicazione regionale».

g. Utilizzo dei risultati del sistema di misurazione e valutazione

Il Sistema di misurazione e valutazione della *performance* si sta rafforzando anche come cultura della condivisione dei dati attraverso il processo di rendicontazione.
La ASST Valtellina Alto Lario ha coniugato due elementi fondamentali: le informazioni che derivano dalla lettura dei dati e la diffusione della cultura manageriale, in modo che ai vari livelli si conosca ciò che si deve fare, come lo si fa e qual è il grado di raggiungimento degli obiettivi.
Affinché questa relazione possa essere d'ausilio all'Amministrazione per un progressivo miglioramento della *performance*, questo Nucleo rimanda ai suggerimenti riportati nei precedenti paragrafi a seconda del tema trattato (SMVP, Piano *performance*, declinazione degli obiettivi organizzativi e individuali, processo di misurazione e valutazione, distribuzione dei premi).

h. Descrizione delle modalità del monitoraggio del NVP

Si apprezza, per l'anno 2021 (in particolare, per l'ultimo trimestre nel corso del quale questo NVP si è insediato), il tempestivo, puntuale e qualificato svolgimento delle funzioni di ausilio e supporto al Nucleo di Valutazione da parte della Struttura Tecnica Permanente di Gestione, coincidente con l'Ufficio Controllo di gestione.
Il NVP ha svolto nel corso dell'anno 2021 un'attività di monitoraggio attraverso l'esame analitico di dati e documenti forniti dagli Uffici competenti.
Il Nucleo nella composizione precedente (gennaio-agosto 2021), ha svolto le seguenti attività.

Data seduta NVP	Ordine del Giorno
27 gennaio 2021	1. Piano della Performance 2021-2023; 2. POLA (Piano Organizzativo lavoro agile) ai sensi del Decreto Ministro per la Pubblica Amministrazione di dicembre 2020; 3. Erogazione saldo RAR 2020; 4. Risultanze relative alla assegnazione degli obiettivi degli specialisti ambulatoriali anno 2019; 5. Varie ed eventuali
15 giugno 2021	1. Attestazioni OIV, o struttura con funzioni analoghe, sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31 maggio 2021; 2. Accordo sulla premialità – Area Dirigenza e Comparto; 3. Varie ed eventuali.
28 giugno 2021	1. Attestazioni OIV, o struttura con funzioni analoghe, sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31 maggio 2021; 2. Validazione Relazione Performance anno 2019 – anno 2020; 3. Varie ed eventuali.

1. Attestazione dell'avvio del ciclo della *performance* con l'esame del Piano 2021-2023;
2. Validazione della Relazione sulla *Performance* ASST 2020;

Si segnala la mancata adozione e pubblicazione della Relazione sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza ed integrità dei controlli interni per l'anno 2020.
Il Nucleo nella attuale composizione (settembre – dicembre 2021), ha svolto le seguenti attività:

Data seduta NVP	Ordine del giorno
9 settembre 2021	1. Insediamento e nomina del Presidente del Nucleo di Valutazione; 2. Valutazione del Budget; 3. Progetti aggiuntivi risorse regionali; 4. Varie ed eventuali
20 ottobre 2021	1. Incontro congiunto con collegio dei revisori per attuazione del punto n. 7 di cui alla «determinazione in ordine alla disciplina dei nuclei di valutazione delle strutture sanitarie pubbliche e delle fondazioni IRCCS di diritto pubblico» approvata con deliberazione di giunta regionale n. 4942 del 29/06/2021. 2. Programmazione dei lavori delle attività del Nucleo di valutazione ed acquisizione dei 3. Provvedimenti adottati dall'ente con riferimento al ciclo della performance anno 2021. 4. Varie ed eventuali

Sondrio, 28 Aprile 2022

Il Presidente
Laura De Rentiis

Laura De Rentiis
CORTE DEI
CONTI/80218670588
29.04.2022 08:14:25
GMT+00:00

I Componenti

Firmato da:
LEILA LUNARDI
Codice fiscale: LNRLLE83T62L219Z
Organizzazione: TS-CNS
Valido da: 20-12-2017 05:19:00 a: 18-12-2023 12:00:00
Certificato emesso da: Regione Lombardia - CA Cittadini, Poste Italiane S.p.A., IT
Riferimento temporale 'SigningTime': 29-04-2022 10:37:34
Approvo il documento

Leila Lunardi

Emanuela Foglia

Emanuela Foglia