

AZIENDA USL DI TERAMO

Relazione dell'Organismo indipendente di valutazione sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni

Anno 2022

(art. 14, comma 4, lettera a del d.lgs. n. 150/2009)

SOMMARIO

PRESENTAZIONE.....	3
PRESENTAZIONE DELL'AZIENDA SANITARIA DI TERAMO.....	4
A. <i>PERFORMANCE ORGANIZZATIVA</i>	4
B. <i>PERFORMANCE INDIVIDUALE</i>	7
C. <i>PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE</i>	9
D. <i>INFRASTRUTTURA DI SUPPORTO</i>	9
E. <i>SISTEMI INFORMATIVI E INFORMATICI DI SUPPORTO ALL'ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ PER IL RISPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE</i>	10
F. <i>DEFINIZIONE E GESTIONE DEGLI STANDARD DI QUALITÀ</i>	10
G. <i>DESCRIZIONE DELLE MODALITÀ DI MONITORAGGIO DELL'OIV</i>	11

PRESENTAZIONE

L'articolo 14, comma 4, lettera a) del d. lgs. n. 150/2009, come modificato dall'art.11, comma 1, lettera c) del d. lgs. n.74/2017, dispone che l'Organismo indipendente di valutazione della performance: *“monitorea 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 delibera n.4/2012, la CIVIT (ora Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) ha fornito le linee guida per la redazione della relazione degli O.I.V. sul funzionamento del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni ai sensi del citato art 14 D.lg. 150/2009 nonché relative all' Attestazione dell'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità ai sensi dell'art. 14 c. 4 lettera g) del suddetto Decreto.

A tale delibera ha fatto seguito la deliberazione n. 23/2013, nella quale specifica attenzione è data alla relazione annuale sul sistema di valutazione, trasparenza ed integrità dei controlli interni, quale principale momento di sintesi del monitoraggio da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione.

L'Azienda USL di Teramo, in applicazione del D.Lgs. n. 150/2009 e s.m.i. ha costituito il proprio O.I.V. con deliberazione n. 1851 del 23/11/2020, per il triennio 2020/2023.

L'OIV dell'Azienda USL di Teramo risulta composto come di seguito:

Dott. Roberto Abati, in qualità di Presidente; Dott. Fabrizio Vacca, in qualità di componente; Dott.ssa Ilaria Valentini, in qualità di componente. La delibera di nomina e i relativi curricula sono pubblicati sul sito istituzionale dell'A.S.L. 4 Teramo, nella sezione amministrazione trasparente <https://aslteramo.portaletrasparenza.net/it/trasparenza/personale/oiv.html>

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 Usl di Teramo, mettendo in evidenza gli aspetti positivi e negativi, nonché le proposte per l'integrazione e per lo sviluppo relativamente all'anno 2022.

27/04/2023

PRESENTAZIONE DELLA AZIENDA SANITARIA DI TERAMO

L'Azienda Unità Sanitaria di Teramo è un'Azienda con personalità giuridica ed autonomia imprenditoriale; è un ente strumentale della Regione Abruzzo.

Ha il compito di garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie comprese nei livelli uniformi, essenziali, efficaci ed appropriati di assistenza.

E' dotata di autonomia nell'organizzazione dei servizi e nella gestione di tutti i fattori di produzione, nel rispetto dei principi stabiliti dalla Regione Abruzzo. Agisce secondo criteri di efficacia, efficienza ed economicità ed è tenuta al rispetto dei vincoli di bilancio attraverso l'equilibrio dei costi e ricavi, in funzione del pubblico interesse costituito dalla garanzia della tutela della salute della popolazione nell'ambito dei livelli di assistenza sopra determinati.

La AUSL di Teramo garantisce le proprie attività nei confronti di una popolazione assistibile di circa 300.000 abitanti, su un territorio di 1.948 Km² di superficie, suddiviso in 47 comuni.

L'azienda USL di Teramo garantisce le attività attraverso le proprie articolazioni aziendali:

- Per la macro articolazione ospedaliera è adottato come modello ordinario di organizzazione quello che prevede la strutturazione in "hub & spoke". Il Presidio Ospedaliero "Hub" è di Teramo ed è presidio sede di DEA di I livello; i presidi ospedalieri "spoke", che sono tre (Atri, Giulianova e Sant'Omero), sono ospedali di base, sedi di Pronto Soccorso.
- Per la macro articolazione territoriale sono previsti due Distretti Socio Sanitari quali UOC e cinque quali UOS. Il territorio è caratterizzato da un'organizzazione a matrice, con collegamenti funzionali alla rete assistenziali ospedaliera ed al Dipartimento Territoriale.

A. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

L'Azienda USL di Teramo ha adottato il Sistema Aziendale di Misurazione e Valutazione della Performance anno 2022, con deliberazione n. 214 del 2/2/2022, fondato sul processo di budget, disciplinato da apposito regolamento, sul sistema premiante, sul sistema di verifica e valutazione dei risultati (reporting), sulla valutazione delle capacità e dei comportamenti individuali.

Attraverso la negoziazione di budget vengono assegnati gli obiettivi ai differenti centri di responsabilità, il raggiungimento dei quali è oggetto di misurazione a cura della UOC Controllo di Gestione e di successiva valutazione a cura dell'OIV, per l'attribuzione della quota del fondo di produttività/risultato.

Il budget costituisce lo strumento con il quale annualmente gli obiettivi strategici dell'azienda vengono trasformati in obiettivi specifici, articolati rispetto alla struttura delle responsabilità organizzative attraverso il meccanismo della negoziazione.

Con deliberazione n. 1260 del 22/07/2021 è stato adottato il budget per gli anni 2021/2022. Successivamente, con deliberazione n. 1747 del 04/10/2022, gli obiettivi assegnati nell'anno 2022 ai Cdr, sono stati revisionati per tener conto delle nuove esigenze organizzative, in occasione della negoziazione del budget anno 2023. Il processo di negoziazione di budget per l'anno 2023 con contestuale revisione del budget anno 2022 è stato avviato nel mese di maggio 2022 e concluso nel mese di agosto 2022.

La modalità di definizione degli obiettivi avviene per livelli: - 1 ° Livello, gli obiettivi generali (della Direzione Strategica) secondo gli indirizzi e i programmi indicati dalla Regione nonché secondo gli obiettivi sottoscritti nel contratto del Direttore Generale; - 2° livello, obiettivi specifici di macrostruttura (Aree Territoriali/Dipartimenti appositamente declinati rispetto ai precedenti e orientati verso il livello organizzativo sottostante); - 3° livello, riferito ai titolari delle strutture autonome (UO complesse e semplici), dove vengono individuati obiettivi specifici "operativi".

La scheda di budget, predisposta per ciascuna struttura, definisce gli obiettivi, i valori attesi, gli indicatori con il quale verrà misurato il raggiungimento degli obiettivi ed il peso di ciascun obiettivo/indicatore.

Il budget individua per ogni Centro di Responsabilità le risorse assegnate, l'analisi storica delle attività svolte nel corso dell'esercizio precedente, le attività da svolgere e i risultati da conseguire.

In alcuni casi gli obiettivi sono formalizzati in termini di scadenze, in altri sono misurati attraverso indicatori specifici. In altri casi invece alcuni obiettivi non attribuiti, per diverse ragioni, nell'anno di riferimento sono solo oggetto di monitoraggio organizzativo/gestionale (c.d. cruscotto di monitoraggio).

Nel 2022 è continuato per quanto riguarda la scheda economica il confronto con il benchmark N.I.SAN.- Network Italiano Sanitario – per la condivisione dei costi, che rappresenta ormai un punto di riferimento per l'azienda.

L'andamento della gestione viene monitorato periodicamente, mediante l'invio, da parte della UOC Controllo di Gestione, ai Responsabili dei CdR, di un report, al fine di porre in essere tempestivamente eventuali correttivi in caso di criticità o scostamenti dai programmi.

Con Deliberazione del Direttore Generale n.369/2012, la ASL di Teramo ha adottato il c.d. "Regolamento di budget" tramite cui è stato declinato l'intero processo di budget.

Nello specifico esso è articolato nelle seguenti fasi:

- 1) avvio del processo di Budget: predisposizione linee guida generali;
- 2) invito a produrre proposte di progetti a cura dei Dipartimenti/Coordinamenti;

- 3) validazione proposte dei Dipartimenti/Coordinamenti e loro inserimento nelle schede di Budget;
- 4) traduzione degli obiettivi regionali e delle strategie aziendali in obiettivi e loro inserimento nelle schede di Budget;
- 5) invio schede di Budget così compilate ai Direttori di Dipartimento/Coordinamento;
- 6) negoziazione di primo livello tra Direzione Generale e Direttori di Dipartimento/Coordinamento;
- 7) negoziazione di secondo livello tra Direttori di Dipartimento/Coordinamento e Direttori di Struttura Complessa sanitaria o Dirigenti Responsabili di Struttura Complessa di area tecnica o amministrativa e Responsabili di Struttura Semplice Dipartimentale;
- 8) negoziazione di terzo livello tra Direttori di Struttura Complessa sanitaria o Dirigenti Responsabili di Struttura Complessa di area tecnica o amministrativa e Responsabili di Struttura Semplice;
- 9) adozione Delibera di Budget;
- 10) diffusione capillare della conoscenza degli obiettivi negoziati a tutto il personale aziendale;
- 11) predisposizione e diffusione ai Responsabili di CdR (Direttori di Dipartimento/Coordinamento e di Struttura Complessa sanitaria o Dirigenti Responsabili di Struttura Complessa di area tecnica o amministrativa, Responsabili di Struttura Semplice Dipartimentale e di Struttura Semplice) dei report trimestrali volti a misurare il raggiungimento degli obiettivi;
- 12) eventuale rinegoziazione Budget su richiesta della Direzione Generale o dei Responsabili dei CdR, nel rispetto dei livelli prima evidenziati, qualora avvengano modifiche significative alle condizioni di gestione;
- 13) Relazione di fine gestione;
- 14) Applicazione sistema premiante.

Con deliberazione n. 1877 del 20/11/2020 sono stati adottati gli strumenti di programmazione per il triennio 2021/2023.

Il processo del budget, è stato avviato nel mese di settembre 2020 e concluso con i Direttori di Dipartimento, ad ottobre 2020, attraverso due incontri:

- Nel primo sono stati illustrati gli obiettivi da raggiungere tra cui quelli inseriti nel contratto sottoscritto dal Direttore Generale;
- Nel secondo sono stati formalizzati e sottoscritti gli obiettivi con l'inserimento anche di proposte progettuali effettuate direttamente dai Dipartimenti.

Le negoziazioni di budget di II° livello sono state gestite dai Dipartimenti con le UU.OO. afferenti nei mesi di marzo ed aprile 2021.

Al termine degli incontri è stato sottoscritto il budget per gli anni 2021-2022. Successivamente il budget 2022 è stato oggetto di rinegoziazione formalizzato con deliberazione n. 1747 del 04/10/2022.

La valutazione dei risultati delle performance organizzative supportata da elementi oggettivi è effettuata sulla base delle informazioni elaborate dal Controllo di gestione in relazione agli indicatori quantitativi presenti nelle schede budget, attraverso l'acquisizione dei dati presenti nelle fonti ufficiali aziendali o regionali, nella documentazione e nelle relazioni prodotte dalle strutture relativamente al conseguimento degli obiettivi qualitativi ed organizzativi.

Per quanto concerne la valutazione dei risultati finali della *performance* organizzativa 2022 occorrerà riferirsi a quanto sarà indicato nella relazione sulla *performance* che dovrebbe essere adottata e pubblicata entro il prossimo 30 giugno.

B. PERFORMANCE INDIVIDUALE

Ogni dipendente è destinatario degli obiettivi della UO di assegnazione e secondo quanto stabilito dal regolamento aziendale sul sistema premiante, entro 30 giorni dell'assegnazione degli obiettivi di budget.

I Responsabili delle UU.OO. condividono con le Risorse umane assegnate gli obiettivi negoziati e concordano i criteri di misurazione degli apporti di ciascuna risorsa alla realizzazione degli obiettivi (criteri di flessibilità).

I dipendenti (sia dirigenza che comparto), una volta condivisi i criteri di flessibilità "promettono" il proprio impegno secondo la gradazione, mediante la compilazione di una scheda di valutazione "preventiva", (per ogni criterio è determinato un livello che va da 1 a 5). Per i Direttori e Responsabili di UU.OO. si applica la medesima procedura a cura dei Direttori dei Dipartimenti di afferenza e nei confronti di quest'ultimi a cura del Direttore Sanitario ed Amministrativo. Al termine dell'anno di riferimento, il Direttore/Responsabile della U.O. e comunque secondo l'ordine gerarchico, di cui sopra, valuta il dipendente, mediante la compilazione della scheda "definitiva", contenente la stessa gradazione e criteri della "preventiva".

Il dipendente (sia dirigenza che comparto), in caso di valutazione inferiore a quella attesa, può formulare le proprie controdeduzioni in forma scritta entro 10 giorni dalla comunicazione, (art. 7 del Regolamento del sistema premiante). Il Direttore/Responsabile di UO congiuntamente al titolare delle funzioni di coordinamento conferite con atto formale e ai titolari di incarico di posizione organizzativa del comparto, ove presenti, dovranno confermare o rivedere il giudizio espresso entro i 10 giorni successivi all'acquisizione delle controdeduzioni del dipendente.

Per l'area dirigenziale il diritto di intervento nel processo di valutazione investe sia il procedimento valutativo attivato con il Collegio tecnico, sia il processo di verifica gestionale, ove dovuto, dinanzi all'Organismo Indipendente di Valutazione; - in particolare il contraddittorio è d'obbligo nella formulazione del giudizio negativo, in sede di valutazione di seconda istanza. In tal caso devono essere acquisite le controdeduzioni del

dirigente, anche assistito da una persona di fiducia. In tal modo l'organo valutatore viene a conoscere la posizione del soggetto sottoposto a valutazione rispetto alle eventuali responsabilità contestategli. - Il parere espresso dal Collegio Tecnico o dall'OIV, in sede di seconda istanza valutativa, assume la funzione di garanzia nei riguardi dei valutati, anche in relazione alla rilevanza di una eventuale valutazione negativa in sede di responsabilità dirigenziale e/o responsabilità disciplinare nei casi previsti dalla legge, nonché assume la funzione di strumento istruttorio per l'acquisizione di ogni elemento utile alla corretta e definitiva formulazione della proposta di valutazione; - Collegio Tecnico ed OIV sono chiamati ad attivare il contraddittorio anche in caso di rilievi/istanze formulati dal personale, solo nel caso di presenza di items (anche di un solo item) con valutazione individuale inferiore o uguale al valore medio rispetto al correlato range di valori minimo-massimo previsto.

Sulla valutazione individuale incide, altresì, il tasso di assenza nell'anno di riferimento, con esclusione le assenze per congedo ordinario e per recupero biologico, formazione obbligatoria e facoltativa nella misura massima di 8 giorni.

Le decurtazioni effettuate vengono distribuite ai colleghi dell'equipe appartenenti alla medesima area contrattuale proporzionalmente all'effettiva presenza in servizio. (art. 11 regolamento Sistema premiante).

La Direzione Generale con nota n. 0014049 del 07/02/2018 ha disposto di sospendere la quota di produttività, con contestuale accantonamento della somma:

- Per i dipendenti sottoposti a procedimento disciplinare fino a conclusione dello stesso. La quota di produttività o di retribuzione di risultato potranno essere corrisposte solo in caso di conclusione favorevole del procedimento.
- Per i dipendenti sottoposti a procedimento disciplinare concluso con l'irrogazione di una sanzione impugnata innanzi alla Magistratura ordinaria, sezione Lavoro, fino a conclusione definitiva del giudizio; anche in tale ipotesi la quota di produttività o di retribuzione di risultato, potranno essere corrisposta solo in caso di conclusione favorevole del giudizio stesso. Nel caso in cui la sanzione sia divenuta definitiva – per mancata impugnazione o per conferma giudiziale della stessa, la retribuzione di risultato non dovrà essere corrisposta.

Con successiva nota n 0103053 del 13/11/2020, la Direzione Generale ha rivisto quanto stabilito con nota n. 0014049 del 07/02/2018, limitatamente ai dipendenti assoggettati alle sanzioni disciplinari inferiori alla sospensione del servizio con privazione della retribuzione, nel senso di non prevedere alcuna decurtazione della quota di produttività o di retribuzione di risultato nei confronti di quest'ultimi.

Il ciclo della *performance* individuale 2022 non si è ancora concluso e pertanto non può essere rappresentato l'andamento della retribuzione di risultato/premialità.

I dati definitivi saranno resi disponibili con la chiusura da parte della struttura preposta al controllo di gestione con le risultanze del budget 2022.

C. PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE

L'OIV valuta l'effettivo funzionamento del processo di misurazione e valutazione, con specifico riferimento a fasi, tempi e soggetti coinvolti.

Il ciclo di gestione della performance è composto dalle seguenti fasi:

- definizione e negoziazione degli obiettivi strategici ed operativi che devono essere raggiunti dalle strutture aziendali con relativi indicatori e valori attesi, nonché di definizione ed assegnazione degli obiettivi individuali da raggiungere da parte dei singoli professionisti;
- monitoraggio nel corso dell'anno del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget tramite l'analisi dell'andamento degli indicatori e degli scostamenti dai valori attesi, con conseguente eventuale adozione di azioni correttive nonché di valutazione individuali infra annuali (Monitoraggio infra annuale della performance);
- misurazione e valutazione a chiusura dell'anno del grado di raggiungimento degli obiettivi sia delle strutture (Valutazione performance organizzativa) che dei singoli professionisti (Valutazione performance individuale) e correlata distribuzione degli incentivi.

L'OIV ha provveduto a valutare la compatibilità del sistema in vigore con le regole definite dal D.lgs 150/2009 per quanto riguarda la strutturazione del ciclo della performance.

L'azienda ha provveduto al rispetto degli obblighi di pubblicazione di cui al D.lgs 33 del 14/03/2023.

Con deliberazione n. 185 del 31/01/2020 è stato approvato il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, valevole per il triennio 2020/2022, aggiornato con deliberazione n. 652 del 31/03/2021 per il triennio 2021/2023. Successivamente, con atto deliberativo n. 883 del 06.05.2022, si è provveduto a prorogare fino al 30.06.2022 e comunque fino all'adozione del PIAO, la durata del suddetto Piano.

Con deliberazione n. 1262 del 30/06/2022 l'Azienda USL di Teramo ha adottato il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO), triennio 2022/2024, aggiornato con deliberazione n. 530 del 29/03/2023, triennio 2023/2025, previo parere favorevole di questo OIV, espresso nella seduta del 23/03/2023, con contestuale indicazione di alcuni suggerimenti per i successivi aggiornamenti del Piano, e consultazione degli stakeholder esterni, i quali non hanno prodotto segnalazioni.

Con deliberazione n. 2279 del 29/12/2022, l'Azienda USL di Teramo ha adottato l'aggiornamento del codice di comportamento aziendale, previo parere favorevole dell'OIV nella seduta del 12/12/2022.

D. INFRASTRUTTURA DI SUPPORTO

Con riferimento alla infrastruttura di supporto si rileva che il Sistema informativo aziendale, si avvale di strumenti e procedure finalizzate all'acquisizione, elaborazione, verifica, produzione e diffusione delle informazioni utili per l'esercizio delle funzioni di programmazione, attuazione e controllo dell'attività dell'Azienda.

Per quanto concerne il Controllo di Gestione esso supporta l'attività di programmazione e controllo attraverso i meccanismi operativi del budgeting, reporting e della valutazione.

La struttura del Controllo di Gestione supporta inoltre l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) anche svolgendo la necessaria attività istruttoria assicurando allo stesso, il supporto conoscitivo, in termini di dati contabili e di attività relativi alle diverse strutture organizzative aziendali (CdR) offrendo la propria collaborazione e consulenza per gli eventuali approfondimenti.

E. SISTEMI INFORMATIVI E INFORMATICI DI SUPPORTO ALL'ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ PER IL RISPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

L'amministrazione ha provveduto alla istituzione, in base a quanto stabilito dalla normativa in vigore e alle delibere dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) e in conformità con quanto previsto nelle Linee guida per i siti web della Pubblica Amministrazione, dell'apposita sezione "Amministrazione trasparente".

Rispetto agli obblighi di pubblicazione attualmente l'azienda non dispone di piattaforme/software dedicati. Strumenti di tale tipologia in grado di garantire e tracciare/monitorare costantemente i flussi di dati e informazioni destinati alla pubblicazione, intercettando eventuali ritardi o non conformità, presuppongono, oltre all'investimento iniziale, anche il coinvolgimento e la collaborazione di più professionalità, affinché le richieste di pubblicazione possano essere inviate, attraverso tale sistema/piattaforma, dopo averne verificato la completezza e il formato aperto (dei dati) anche grazie al supporto informatico del personale tecnico, per poi procedere alla pubblicazione sul portale.

Il Piano triennale della corruzione e trasparenza, individua, per ogni sezione/obbligo di pubblicazione, il Responsabile della produzione ed aggiornamento del dato, il Responsabile della pubblicazione e del monitoraggio.

L'OIV ha svolto l'attività di monitoraggio sugli adempimenti, da parte dell'ASL inerenti gli obblighi relativi alla trasparenza, all'integrità e all'anticorruzione, anche tramite accessi al portale della trasparenza. Provvederà, entro il 30/06/2023 all'attestazione annuale secondo le indicazioni che saranno fornite dall'ANAC con apposita delibera.

L'OIV suggerisce l'implementazione di un sistema informativo integrato che possa coniugare le esigenze dell'organizzazione aziendale con l'automazione dei processi e che permetta, in modo sempre più automatico e tempestivo, la corretta e completa pubblicazione delle informazioni richieste. Tale sistema rappresenterebbe sicuramente anche una importante misura della strategia di prevenzione del rischio di corruzione, di cui la trasparenza è la principale declinazione.

F. DEFINIZIONE E GESTIONE DEGLI STANDARD DI QUALITÀ

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico ha predisposto la prevista relazione di tutela per l'anno 2022, dalle quali si evince un numero di reclami maggiori nell'ambito dei tempi di attesa. La predisposizione di tale documento

rappresenta un importante strumento di analisi a supporto dei processi di programmazione, erogazione controllo dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

Nel mese di gennaio 2023 il RPCT ha pubblicato la relazione annuale relativamente all'anno 2022. La relazione con riferimento alla sezione "misure generale" riporta quanto segue: *"Tenuto conto dell'emergenza pandemica da fronteggiare nel primo trimestre dell'anno e dell'approvazione del PIAO al 30 giugno 2022, si è riscontrata la piena attuazione delle principali misure rilevata in fase di monitoraggio. È stato adottato l'aggiornamento del codice aziendale di comportamento ed implementato il nuovo sistema di gestione contabile- amministrativa.*

Con deliberazione 1525 del 12/12/2014 l'Azienda ha adottato il regolamento del Comitato Unico di Garanzia (CUG) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora, contro le discriminazioni, costituito, inizialmente con deliberazione del Direttore Generale n. 217 del 20 febbraio 2014. Successivamente ricostituita con deliberazione n. 1280 del 16/12/2011 ed infine con deliberazione n. 2048 del 21/11/2022.

Con deliberazione n. 783 del 21/04/2021 è stato aggiornato il Piano delle Azioni Positive, triennio 2021/2023, adottato in prima stesura con deliberazione n. 1630 del 30/12/2015 e successivamente con deliberazione n. 800 del 28/05/2018.

La Relazione del responsabile dell'UPD in ordine ai procedimenti disciplinari concernenti il 2022 risulta dalla nota del 07/12/2022.


G. DESCRIZIONE DELLE MODALITA' DI MONITORAGGIO DELL'OIV

Nel corso del 2022 l'OIV si è impegnato nel monitorare, con incontri sia in presenza che a distanza, l'applicazione del sistema di gestione della performance verificando la coerenza e l'allineamento degli strumenti messi in campo rispetto alle indicazioni regionali e nazionali e con particolare riferimento ai processi di misurazione, tramite la verifica a campione di schede di budget e schede individuali.

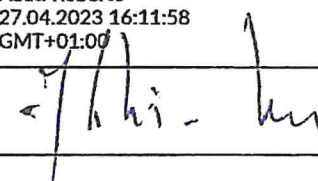
Ha provveduto a fornire pareri e rilievi, evidenziando le problematiche ancora in corso su cui occorrerà orientare l'azione futura, al fine di perfezionare/migliorare il sistema complessivo della performance.

Ha operato sia attraverso le sedute "online", che tramite richieste di approfondimento e analisi avvenute con il supporto del Controllo di Gestione, degli uffici interessati e della segreteria OIV.

Presidente: Dott. Roberto ABATI

 Abati Roberto
27.04.2023 16:11:58
GMT+01:00

Componente: Dott. Fabrizio VACCA


Firmato digitalmente da: VALENTINI ILARIA
Data: 27/04/2023 17:28:31

Componente: Dott.ssa Ilaria VALENTINI

