

Relazione sul funzionamento del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni, ai sensi dell'art. 14, comma 4, lettera a), del Decreto Legislativo n. 150/2009

Anno 2024

INDICE

Premessa

L'Azienda socio-sanitaria locale di Sassari è stata istituita ai sensi dell'art.9 della L.R. n°24/2020 ed è attiva dal 1 gennaio 2022, a seguito del completamento del processo di riforma in applicazione della succitata Legge Regionale, con la quale è stata ridefinita l'organizzazione del Sistema Sanitario Regionale. Con la Deliberazione della Giunta Regionale n.46/23 del 25 novembre 2021 è stata costituita l'Azienda Socio-Sanitaria Locale n. 1 di Sassari a far data dal 1 gennaio 2022.

L'Azienda socio-sanitaria locale di Sassari, con propria personalità giuridica pubblica e autonomia organizzativa, amministrativa, tecnica, patrimoniale, contabile e di gestione, assicura, attraverso servizi direttamente gestiti, l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera, salvo quanto disposto dalla LR 24/2020 in ordine agli altri enti previsti dall'articolo 2 della medesima Legge.

L'ASL n.1 di Sassari ha adottato definitivamente con Delibera n. 131 del 20.02.2023 il proprio atto aziendale.

L'Organismo Indipendente di Valutazione della ASL1 di Sassari è stato nominato con Delibera del Direttore Generale n.386 del 29.07.2022 a decorrere dal 01.08.2022.

A. *Performance organizzativa*

Gli obiettivi strategici e operativi 2023

La performance organizzativa annuale è uno degli elementi principali del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023/2025 approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 61 del 31/01/2023 e ss.mm.ii. dell'Azienda Sanitaria Locale – ASL n°1 di Sassari ed è espressa prevalentemente in termini di efficacia, efficienza ed economicità; è riferita sia all'Azienda nel suo complesso, sia alle singole strutture organizzative.

Di seguito si riportano sinteticamente gli obiettivi di performance e i risultati attesi.

AREA PERFORMANCE (DIMENSIONE)	DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	FONTE	TARGET 2023
ACCESSIBILITA'	Controlli ristorazione collettiva (scolastiche, ospedaliere e di altre collettività) Reg 852/04; 625/2017; d.lgs. 27 2021	Numero di controlli ufficiali effettuati /Numero di controlli ufficiali programmati*100	DATI DI ATTIVITA' DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	80% DEGLI INTERVENTI PROGRAMMATI PER IL 2023
ACCESSIBILITA'	Corretto utilizzo del sistema SIO SO_WEB	Rispetto delle procedure per la corretta compilazione delle informazioni di blocco operatorio	SIO SO_WEB	100,00%
ACCESSIBILITA'	Garantire il Governo delle Liste d'Attesa delle prestazioni oggetto di monitoraggio al fine di garantire la tempestiva esecuzione della prestazione, il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e la gestione delle priorità cliniche.	Numero prescrizioni 1° accesso con UBDP/totali delle prescrizioni 1° accesso *100	Cup WEB	90,00%
ACCESSIBILITA'	Monitorare, in un ottica di miglioramento continuo, il processo autorizzativo dell'assistenza protesica in ambito distrettuale: per l'anno 2023 assicurare l'iter autorizzativo, per i dispositivi di cui all'Elenco 1 del nomenclatore tariffario ex DM 332/99, entro i 20 giorni dalla registrazione delle richieste per almeno il 70% delle stesse	% delle richieste di ausili Elenco 1 DM 332/99 autorizzate e/o negate e eventuali successive integrazioni entro i 20 giorni dalla data di ricezione	SISAR PROTESICA (REPORT 01C)	=>70 %
ACCESSIBILITA'	NON ATTIVATA	NON ATTIVATA	SIO SO_WEB	100,00%
ACCESSIBILITA'	Realizzazione del polo oncologico Sassari	Presentazione del progetto riferito al modello organizzativo per la costituzione di un polo oncologico afferente alla ASL di Sassari	DIREZIONE SANITARIA	trasmissione del progetto alla Direzione Sanitaria aziendale entro il 31/12/2023
APPROPRIATEZZA CLINICA	Appropriatezza degli accessi al PS	Percentuale pazienti ricoverati e pazienti transitati al PS	emur	_15%
APPROPRIATEZZA CLINICA	Aumento dei volumi di attività	Distribuzione dei test valutativi >2021	DSMD	>2021
APPROPRIATEZZA CLINICA	Controllo acque minerali, di sorgente e ad usi alimentari (campionamenti finalizzati al riconoscimento ed all'autorizzazione e controlli dell'acqua imbottigliata in commercio) D.lgs. 176/11 Programmazione Regionale (PRIC-PRCUA) LEA	Numero di controlli ufficiali effettuati /Numero di controlli ufficiali programmati*100	DATI DI ATTIVITA' DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	80% DEGLI INTERVENTI PROGRAMMATI PER IL 2023
APPROPRIATEZZA CLINICA	Creazione dell'ambulatorio di accessi vascolari	Proposta di progetto e individuazione di un team dedicato	DIREZIONE SANITARIA	trasmissione documenti entro il 31/12/2023

AREA PERFORMANCE (DIMENSIONE)	DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	FONTE	TARGET 2023
APPROPRIATEZZA CLINICA	CSM Abbattimento delle liste d'attesa con l'assunzione in cura o la presa in carico globale dei pazienti che richiedono prestazione da effettuarsi al momento della richiesta di prestazione (accesso diretto)	% prestazioni erogate sul N° di richieste	DSMD	100,00%
APPROPRIATEZZA CLINICA	CSM-SERD Certificazioni per patenti, Invalidità Civile, servizi accessori extra LEA	% prestazioni erogate sul N° di richieste prenotate	Cup WEB	100,00%
APPROPRIATEZZA CLINICA	Garantire il controllo ufficiale sugli operatori del settore alimentare e delle strutture che producono alimenti di origine animale. Consolidare il sistema di audit negli stabilimenti del settore lattiero-caseario	Numero di controlli ufficiali sugli stabilimenti del settore latte e prodotti a base di latte/Numero di controlli ufficiali programmati sugli stabilimenti del settore latte e prodotti a base di latte	Dati Dipartimento Prevenzione	80% DEGLI INTERVENTI PROGRAMMATI PER IL 2022
APPROPRIATEZZA CLINICA	Garantire il Servizio dialisi periodo estivo	Incremento dialisi nei mesi giugno - agosto rispetto ad un mese indice (febbraio)	Relazione documentale UO	>20%
APPROPRIATEZZA CLINICA	Garantire la categorizzazione del rischio negli stabilimenti riconosciuti	numero di stabilimenti categorizzati 2023/numero totale di stabilimenti da categorizzare programmati 2023	Dipartimento di Prevenzione	100%
APPROPRIATEZZA CLINICA	Garantire la presa in carico dei pazienti	% di pz presi in carico per l'avvio di percorsi riabilitativi territoriali ambulatoriali e residenziali	DSMD	100%
APPROPRIATEZZA CLINICA	Garantire la presa in carico dei pazienti con età inferiore ai 18 anni	% di pz presi in carico per l'avvio di percorsi riabilitativi territoriali ambulatoriali e residenziali	DSMD	100%
APPROPRIATEZZA CLINICA	Garantire la qualità, l'efficacia e l'efficienza dell'attività ospedaliera in coerenza con il PNE	% di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a 3gg	abaco	100,00%
APPROPRIATEZZA CLINICA	Garantire la qualità, l'efficacia e l'efficienza dell'attività ospedaliera in coerenza con il PNE	% interventi per frattura di femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento <=2 gg / N° interventi per frattura del femore *100	abaco	Miglioramento dell'indicatore rispetto all'anno precedente
APPROPRIATEZZA CLINICA	Garantire la qualità, l'efficacia e l'efficienza dell'attività ospedaliera in coerenza con il PNE	Numero parti cesarei primari/numero parti con nessuna pregresso cesareo*100	abaco	Miglioramento dell'indicatore rispetto all'anno precedente
APPROPRIATEZZA CLINICA	Garantire la riduzione dei ricoveri in regime ordinario per i DRG ad alto rischio di inappropriatezza di cui all'allegato B del Patto per la Salute 2010/2012	% DRG a rischio di inappropriatezza in DO	abaco	13,00%
APPROPRIATEZZA CLINICA	Garantire l'apertura dell'ambulatorio di fibrosi cistica in periodo emergenziale	PZ affetti da fibrosi cistica seguiti in ambulatorio/ PZ fibrosi cistica	Relazione documentale UO	90,00%
APPROPRIATEZZA CLINICA	Garantire l'appropriatezza chirurgica	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico in regime ordinario	abaco	27,00%

AREA PERFORMANCE (DIMENSIONE)	DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	FONTE	TARGET 2023
APPROPRIATEZZA CLINICA	Garantire l'appropriatezza in PS	PZ che non risp a chiamata/PZ totali	EMUR	2,00%
APPROPRIATEZZA CLINICA	Garantire l'attuazione del Piano Regionale di controllo ufficiale sull'alimentazione degli animali (PRAA)	Numero di campioni effettuati/Numero totale dei campioni programmati *100	Dati Dipartimento Prevenzione	80% DEI CAMPIONAMENTI PROGRAMMATI PER IL 2022
APPROPRIATEZZA CLINICA	Garantire le consulenze richieste da PS al SPDC	N di consulenze richieste da PS eseguite/ N di consulenze richieste	DSMD	100,00%
APPROPRIATEZZA CLINICA	Garantire le verifiche di appropriatezza e di efficacia sull'attività di controllo ufficiale	Numero di verifiche di efficacia eseguite sull'attività di controllo ufficiale/numero totale di verifiche programmate sull'attività di controllo ufficiale	Dati Dipartimento Prevenzione	100,00%
APPROPRIATEZZA CLINICA	Implementazione delle attività chirurgiche c/o il PO	Presentazione del progetto	DIREZIONE SANITARIA	trasmissione del progetto alla Direzione Sanitaria aziendale entro il 31/12/2023
APPROPRIATEZZA CLINICA	Istituzione hernia center	Presentazione del progetto	DIREZIONE SANITARIA	trasmissione del progetto alla Direzione Sanitaria aziendale entro il 31/12/2023
APPROPRIATEZZA CLINICA	Miglioramento della qualità di vita nel paziente oncologico grave	Presenza in carico del paziente oncologico grave entro 72 h dalla richiesta	Cure Palliative	100%
APPROPRIATEZZA CLINICA	Migliorare l'assistenza dei pazienti diabetici	Avvio della procedura telematica	Relazione documentale UO	50PZ
APPROPRIATEZZA CLINICA	Migliorare le coperture delle vaccinazioni pediatriche	Numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con cicli completi (3 dosi) per poliomielite, difterite, tetano, pertosse, HIB / numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita residenti x 100 valore minimo atteso 75%	DATI DI ATTIVITA' DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	75%
APPROPRIATEZZA CLINICA	Migliorare le coperture delle vaccinazioni pediatriche	Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (1 dose) per MPRV / numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita residenti x 100 / numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita residenti x 100	DATI DI ATTIVITA' DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	70%%
APPROPRIATEZZA CLINICA	NPI Garantire il Governo delle Liste d'Attesa delle prestazioni oggetto di monitoraggio al fine di garantire la tempestiva esecuzione della prestazione, il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e la gestione delle priorità cliniche.	% prestazioni erogate sul N° di richieste prenotate	Cup WEB	100,00%
APPROPRIATEZZA CLINICA	PDTA per la cura del DNA LIFE-TIME	Presentazione di un prospetto per la cura del DNA LIFE-TIME	DSMD	1

AREA PERFORMANCE (DIMENSIONE)	DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	FONTE	TARGET 2023
APPROPRIATEZZA CLINICA	Procedura relativa al management clinico e gestionale della SC CSM Sassari	Pubblicazione della Determina Dirigenziale	DSMD	1
APPROPRIATEZZA CLINICA	Progetto formativo interdisciplinare ostetrico-anestesiologico finalizzato all'attivazione di un servizio di parto-anelgesia presso l'ospedale di Alghero	Inizio attività di parto-anelgesia entro 01/12/2023	DIREZIONE DEL PO	100,00%
APPROPRIATEZZA CLINICA	Rinnovo Procedure della SSD-SRRSP per inserimento in strutture pubbliche e del privato sociale accreditato	Pubblicazione della Determina Dirigenziale	DSMD	1
APPROPRIATEZZA CLINICA	SSD PF Garantire l'attività peritale in urgenza	% prestazioni erogate sul N° di richieste	DSMD	100,00%
APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	Aggiornamento del Piano Abbattimento Liste d'Attesa	Invio alla Direzione della proposta entro il 31/12/2023	Sistema sisar atti/Direzione	1
APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	Creazione della rete territoriale per l'assistenza dedicata ai pazienti affetti da disturbi dell'alimentazione e della nutrizione	Invio all'Equipe dedicata per garantire un appropriato inquadramento diagnostico di pazienti in carico alla SC che presentano un quadro clinico in linea con la mission dell'equipe dedicata	DSMD	100,00%
APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	Garantire i controlli ufficiali presso gli Operatori di produzione post primaria	Numero di controlli ufficiali effettuati /Numero di controlli ufficiali programmati*100	DATI DI ATTIVITA' DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	100,00%
APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	Garantire il rispetto dei tempi nella gestione dell'attività relativa a certificazioni, visite fiscali e altri adempimenti previsti da norme e regolamenti riferiti all'attività medico legale di competenza	Numero di visite effettuate entro 30 giorni/N° richieste pervenute	REGISTRO AUTOPSIE	100,00%
APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	Garantire il servizio di Serd penitenziario	% dei pazienti presi in carico dal Servizio a seguito di richiesta da parte della sanità penitenziaria	DSMD	100,00%
APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	Garantire la governance dell'appropriatezza e il rispetto dei tetti di spesa	pz inseriti nelle strutture contrattualizzate>2022	DSMD	> 2022
APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	Garantire la priorità nelle convocazioni in Commissione Invalidi Civili degli utenti oncologici	Numero di pratiche di pz oncologici gestite entro 15gg/numero totale delle pratiche di pz oncologici gestiti*100	SISAR	90,00%
APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	Garantire l'attuazione dei processi di cambiamento organizzativo e di reingegnerizzazione connessi ai riassetti organizzativi e operativi	Numero di verifiche per l'applicazione del regolamento delle commissioni mediche per il riconoscimento dell'invalidità	REGOLAMENTO REGIONALE	N° 3 VERIFICHE
APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	Garantire l'esecuzione dei riscontri diagnostici	Numero di riscontri diagnostici eseguiti/Numero totale dei riscontri diagnostici richiesti	REGISTRO AUTOPSIE	100,00%

AREA PERFORMANCE (DIMENSIONE)	DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	FONTE	TARGET 2023
APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	Gestione del sistema autorizzativo	Inserimento della chiave contabile nei progetti finanziati	Programmazione e Controllo Area SS	100,00%
APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	Implementazione del Sistema di misurazione delle performance	Implementazione del sistema GURU Trasmissione del report "covalutatore- valutatore"	Controllo di Gestione	1
EFFICIENZA	Ottimizzazione case mix delle prestazioni erogabili gestite nelle agende elettroniche con lo scopo di coprire tutti gli slot disponibili al fine di abbattere le liste d'attesa	Stesura trimestrale di un report di analisi riguardante l'andamento del livello di occupazione delle agende di prenotazione appartenenti ai medici specialisti	Cup WEB	=>80 %
EFFICIENZA	Potenziamento/mantenimento dei livelli di raccolta sangue attraverso uscita esterna	Mantenimento/potenziamento rispetto al 2022	Sistemi informativi Laboratorio Analisi/immunotrasfusionale	>=2022
EFFICIENZA	Prevenzione delle dimissioni difficili	Attivazione del PASS (Punti di Accesso Unitario dei Servizi Sanitari ospedalieri)	DIREZIONE SANITARIA	100,00%
EFFICIENZA	Riduzione dei DH medici con finalità diagnostiche (solo reparti medici)	N° ricoveri in DH medico con finalità diagnostiche/N° ricoveri DH medico	abaco	<2019
INNOVAZIONE E SEMPLIFICAZIONE	Incentivare il risparmio energetico	Adozione codice comportamento con l'introduzione delle "buone pratiche" entro il 30/09/2023	ASL	100,00%
INNOVAZIONE E SEMPLIFICAZIONE	Incentivare il risparmio energetico	Diffusione del documento contenente le buone pratiche tramite condivisione con i dipendenti della struttura	ASL	1
INNOVAZIONE E SEMPLIFICAZIONE	Incentivare il risparmio energetico	Mies 2 edison eliminazione dei generatori di calore alimentati con BTZ	ASL	100,00%
TRASPARENZA	Corretta gestione del Sistema CUP WEB	Chiusura completa delle prestazioni nell'applicativo CUP WEB	Cup WEB	>=80%
TRASPARENZA	Definizione percorso diagnostico terapeutico assistenziale per il paziente con bisogno riabilitativo semplice e complesso nella ASL di Sassari	Adozione della delibera di approvazione del PDTA	Albo pretorio	1
TRASPARENZA	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute e il MEF	Trasmissione di flussi SIM e SIND entro i termini previsti dalla normativa	DSMD	100,00%
TRASPARENZA	Garantire l'accessibilità totale dei dati e dei documenti aziendali, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini e promuovere al tempo stesso la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto d'ufficio, di segreto statistico e di protezione dei dati personali	N. 2 relazioni annuali- entro il 30/06/2023 ed entro il 30/11/2023	RPCT	100,00%

AREA PERFORMANCE (DIMENSIONE)	DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	FONTE	TARGET 2023
TRASPARENZA	Monitoraggio dell'attività Reg 852/04 LR 24/2016 LEA	Numero notifiche DUA ISTRUITE/ numero di DUA trasmesse dagli OSA al 30/09/23	DATI DI ATTIVITA' DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	70,00%

B. Performance individuale

In base alla Deliberazione del Direttore Generale n. 13 del 28/01/2022 avente per oggetto “Presenza d’atto dell’estensione di validità alla ASL n°1 di Sassari del Sistema misurazione e valutazione della Performance”, approvato dall’ATS Sardegna con Delibera del Commissario Straordinario n°506 del 30.06.2021, è stato adottato il Sistema misurazione e valutazione della Performance.

La performance individuale è l’insieme dei risultati raggiunti e dei comportamenti realizzati dall’individuo che opera nelle strutture dell’azienda.

Gli scopi prioritari della misurazione e della valutazione della performance individuale sono i seguenti:

- evidenziare l’importanza del contributo individuale del personale valutato rispetto agli obiettivi dell’azienda nel suo insieme e della struttura organizzativa di appartenenza;
- chiarire e comunicare che cosa ci si attende dalla singola persona, che agisce nel rispetto delle disposizioni normative e regolamentari vigenti, in termini di risultati e comportamenti;
- supportare le singole persone nel miglioramento della loro performance;
- valorizzare la performance e comunicare i risultati e le aspettative future alla singola persona;
- contribuire a creare e mantenere un clima organizzativo favorevole;
- premiare la performance attraverso opportuni sistemi incentivanti;
- promuovere una corretta gestione delle risorse umane.

Ai sensi dell’art. 9 del D.lgs. 150/2009, la valutazione individuale è legata alle seguenti dimensioni di valutazione e si differenzia a seconda del livello organizzativo occupato nell’azienda.

Le dimensioni che compongono la performance individuale sono:

- Risultati: riferiti agli obiettivi annuali inseriti nel Programma Sanitario Triennale e nel Piano delle Performance;
- Comportamenti: sono le azioni che l’individuo mette in atto per raggiungere i risultati, ossia attentano alle modalità con cui un’attività viene svolta da ciascuno all’interno azienda.

Per i **dirigenti e responsabili di struttura** la valutazione è legata:

- a) agli indicatori di performance relativi all’ambito organizzativo di diretta responsabilità e al quale è attribuito un peso prevalente nella valutazione complessiva
- b) al raggiungimento di specifici obiettivi individuali;
- c) alla qualità del contributo assicurato alla performance generale della struttura, alle competenze professionali e manageriali dimostrate, nonché ai comportamenti organizzativi richiesti per il più efficace svolgimento delle funzioni assegnate;
- d) alla capacità di valutazione dei propri collaboratori, dimostrata tramite una significativa differenziazione dei giudizi;
- e) alla capacità di rispettare i tempi del ciclo della performance.

Per il **restante personale** la valutazione è legata:

- f) al raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo o individuali;
- g) alla qualità del contributo assicurato alla performance dell'unità organizzativa di appartenenza, alle competenze dimostrate ed ai comportamenti professionali e organizzativi.

Gli obiettivi di performance individuale collegati alla performance organizzativa saranno declinati a partire dalle attività definite in sede di programmazione annuale; quest'ultime saranno formalizzate nell'ambito del processo di budget attraverso l'assegnazione degli obiettivi a tutti i Direttori di struttura secondo le modalità definite nel Sistema di misurazione e valutazione della performance, consentendo in tal modo di assicurare la coerenza temporale fra le due valutazioni.

Nel corso del 2023 non risultano essere stati assegnati obiettivi individuali specifici. Nella tabella che segue sono riportati gli elementi che compongono la scheda di valutazione con l'indicazione delle dimensioni tenute in considerazione ai fini della valutazione della performance individuale e quali siano i relativi pesi. Il peso attribuito alle dimensioni della performance individuale varia in relazione alle attività e responsabilità assegnate all'individuo, ossia con il suo ruolo all'interno della struttura organizzativa.

DIMENSIONE DI VALUTAZIONE	DIRETTORE DIPARTIMENTO	DIRETTORE DI STRUTTURA COMPLESSA E SSD	DIRETTORE DI STRUTTURA SEMPLICE	DIRIGENTI	INCARICO PROFESSIONALE/ ORGANIZZAZIONE	COMPARTO DS / D / C	COMPARTO B / BS / A
Obiettivi macrostruttura	20%	10%					
Obiettivi della struttura di appartenenza	40%	50%	60%				
Qualità del contributo per il conseguimento degli obiettivi della struttura di appartenenza o eventuali obiettivi individuali				50%	40%	30%	20%
Capacità di valutazione dei propri collaboratori	5%	5%					
Capacità di rispettare i tempi del Ciclo della Performance	5%	5%					
Competenze professionali e manageriali	15%	15%	30%	30%	30%	40%	30%
Comportamenti organizzativi	15%	15%	10%	20%	30%	30%	50%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

C. Processo di attuazione del ciclo della performance

Il Regolamento aziendale inerente il “Sistema di valutazione delle performance”, citato nel precedente paragrafo, prevede le fasi del ciclo di gestione delle performance (art.4 del D.lgs .150/2009) illustrate sinteticamente nella seguente tabella.

LE FASI DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE (AI SENSI DELL'ART. 4 DEL DLGS 150/2009)	LE FASI DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE NELL'AMBITO DEL PROCESSO DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	TEMPI
Definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei target e dei rispettivi indicatori.	Pianificazione strategica	Entro il 15 novembre viene predisposto il Piano sanitario triennale e annuale ed il Bilancio di previsione pluriennale e annuale. Entro il 31 gennaio viene approvato il Piano integrato (PIAO)
Collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse	Piani Operativi e Budget	Entro il 31 gennaio vengono negoziate e assegnate le risorse di Budget
Monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali correttivi.	Misurazione e Monitoraggio	Il Direttore della struttura illustra gli obiettivi attribuiti alla struttura entro febbraio. In seguito può attribuire eventuali obiettivi individuali e/o d'équipe che devono risultare da apposito verbale e li comunica alla STP di riferimento entro 7 gg; il responsabile deve dare comunicazione alla STP di riferimento anche della mancata assegnazione di obiettivi individuali fermo restando che, in questo caso, si utilizzano i risultati di performance organizzativa ai fini della valutazione individuale. La STP nell'anno in corso effettua il monitoraggio degli obiettivi e apporta eventuali correttivi.
Misurazione e Valutazione della Performance Organizzativa e Individuale	Valutazione	Entro il 30 aprile dell'anno successivo viene chiusa la fase di Valutazione della Performance organizzativa Dal 1 maggio al 31 maggio dell'anno successivo si eseguono le valutazioni individuali. Entro il 31 maggio dell'anno successivo la STP chiude la fase di Valutazione della Performance individuale.
Rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico amministrativo, alla Direzione Aziendale, ai cittadini, agli utenti e ai destinatari dei servizi.	Rendicontazione interna ed esterna	Entro il 30 Giugno dell'anno successivo la STP definisce e adotta la Relazione sulla Performance dell'anno precedente, a norma dell'art. 10 del D.lgs. 150/2010
Utilizzo dei Sistemi Premianti secondo criteri di valutazione del merito	Valutazione ed utilizzo dei Sistemi Premianti	Entro il 30 novembre viene erogata l'attribuzione del Premio

A giugno 2023 è stato avviato il primo ciclo di Performance con la condivisione delle schede di budget 2023 con i Direttori dei Dipartimenti, delle Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali, inviate dal Direttore della SC Programmazione e Controllo, in accordo con la Direzione Aziendale.

Le fasi di monitoraggio sono state predisposte nel secondo semestre 2023.

D. Infrastruttura di supporto

L'attività di valutazione annuale sarà effettuata attraverso l'applicativo G.U.R.U. che è un sistema software HRMS (Human Resource Management System) basato su architettura web accessibile attraverso la intranet aziendale. L'accesso al sistema è regolato attraverso un meccanismo basato su utenti, profili e permessi, e ogni utente che accede all'applicazione ha un profilo che determina i permessi di eseguire o meno le varie funzioni.

L'attività di valutazione sul sistema G.U.R.U. è articolata in quattro fasi:

CO-VALUTAZIONE: il co-valutatore nei casi in cui è previsto esprime le valutazioni sugli item della scheda; nei casi in cui non è previsto il co-valutatore, la fase di co-valutazione non verrà effettuata ed il processo partirà direttamente con la fase di Valutazione.

VALUTAZIONE: il valutatore, una volta chiusa la fase di co-valutazione, ove prevista, indica l'eventuale persona di supporto alla valutazione e successivamente esprime la valutazione sugli item di scheda.

COMMENTI DEL VALUTATO: il valutato prende visione della valutazione espressa nella scheda di valutazione e può esprimere un commento alla valutazione in un'apposita sezione della scheda di valutazione stessa.

COLLOQUIO: il valutatore, nella fase di colloquio, può variare la valutazione degli item della scheda nel caso in cui dal colloquio con il valutato siano emersi elementi rilevanti e significativi tali da apportare modifiche.

Al termine del processo di valutazione il valutatore e il valutato firmano la scheda e il valutatore la invia al servizio personale in quanto le valutazioni individuali alimentano il fascicolo personale del dipendente sia ai fini giuslavoristici che ai fini gestionali.

E. Sistemi informativi e informatici a supporto dell'attuazione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità e per il rispetto degli obblighi di pubblicazione

Attualmente, come peraltro già evidenziato nella relazione annuale del Responsabile PTC (<https://www.asl1sassari.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/corruzione/>), non è disponibile un sistema informativo e informatico a supporto dell'attuazione del Programma Triennale PTC.

I dati oggetto di pubblicazione sono periodicamente richiesti dal servizio RPCT alle varie strutture aziendali ed inseriti manualmente sul portale web istituzionale nella apposita sezione "Amministrazione Trasparente".

La modalità di trasmissione dei dati è telematica tramite impiego di casella e-mail istituzionale rpct@aslsassari.it.

F. Definizione e gestione degli standard di qualità

In considerazione della costituzione dell'azienda e dell'avvio dell'attività della stessa a far data da gennaio 2022, non risulta che l'azienda abbia ancora definito standard di qualità.

G. Utilizzo dei risultati del Sistema di misurazione e valutazione

Il ciclo di Performance 2023 non si è ancora concluso, in quanto, così come descritto nel “Sistema misurazione e valutazione della Performance”, il termine ultimo coincide con il 30 giugno 2024, data in cui viene definita e adottata la relazione sulla Performance 2023 a norma dell'art. 10 del D.lgs. 150/2009, per cui non sono ancora disponibili i risultati, per una analisi comparativa.

H. Descrizione delle modalità del monitoraggio dell'OIV

Il monitoraggio intermedio è stato realizzato nel secondo semestre 2023 con istruttoria della STS e condiviso nell'incontro in presenza con l'OIV.

A seguito di richiesta di motivazioni integrative riferite agli eventuali scostamenti nel secondo semestre 2023 è stata conclusa, ed è agli atti, la quadratura del monitoraggio intermedio.

24 aprile 2024

Per l'Organismo Indipendente di Valutazione

Il Presidente ing. Lisa Zanardo

