



ASST MELEGNANO E MARTESANA

RELAZIONE ANNUALE DELL'ORGANISMO DI VALUTAZIONE¹ SULLO STATO NEL 2017 DEL FUNZIONAMENTO DEL SISTEMA COMPLESSIVO DELLA VALUTAZIONE, DELLA TRASPARENZA ED INTEGRITA' DEI CONTROLLI INTERNI

Nucleo di Valutazione delle Prestazioni: Cristina Filannino, Roberta Trapletti, Rosa Castriotta,

Sommario

ASST MELEGNANO E MARTESANA	1
PREMESSA	2
FUNZIONAMENTO COMPLESSIVO DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE	3
FUNZIONAMENTO COMPLESSIVO DEL SISTEMA DI PROGRAMMAZIONE	5
ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	6
COLLEGAMENTO CON ALTRI SISTEMI DI CONTROLLO E SISTEMA INFORMATIVO ..	10
INTERNAL AUDITING	11
MONITORAGGIO OIV	15
PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO	16

¹ DI CUI ALL'ART. 14, COMMA 4, LETT. A) DLGS. 150/2009



PREMESSA

Questa relazione rappresenta il momento di verifica annuale dell'applicazione da parte dell'ASST di Melegnano e Martesana dei disposti di cui al D.Lgs. n. 150/2009, dell'ANAC e delle metodologie e delle indicazioni dell'OIV della Giunta della Regione Lombardia.

L'ASST di Melegnano e Martesana, in ottemperanza a quanto previsto dal D.Lgs. n. 150/2009, alla legge regionale 7 luglio 2008 n. 20 "Testo unico delle leggi regionali in materia di organizzazione e personale", all'articolo 1 lettera g) della legge regionale 6 agosto 2010 n.14 "Interventi di razionalizzazione sul sistema regionale", che riserva all'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance la funzione di indirizzo e coordinamento dei singoli Nuclei di Valutazione delle Prestazioni degli enti del SSR, ai vari decreti attuativi della DG salute/Welfare e alla DGR N° X/5539 del 02/08/2016, ha costituito, ai sensi della normativa di cui sopra e della Delibera del DG N° 798/2016, il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni.

Il D.Lgs. n.150/2009 prevede che l'Organismo di Valutazione, tra le altre sue funzioni, sia chiamato a svolgere il monitoraggio complessivo del sistema di valutazione, della trasparenza ed integrità dei controlli interni elaborando una relazione annuale, ai sensi dell'art. 14, comma 4, lett. a).

Il disposto dell'art. 14, comma 4 D.Lgs. n. 150/2009, pur non direttamente vincolante per le Aziende Sanitarie, costituisce comunque un punto di riferimento secondo quanto indicato dall'OIV Regionale.

L'U.O.S. Controllo di Gestione si occupa della progettazione, gestione e controllo del modello di valutazione delle prestazioni per l'ASST di Melegnano e Martesana ai sensi del D.Lgs. 150/09.

Infine il regolamento del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni in vigore nel 2016 è stato introdotto nel 2011 con deliberazione n. 760 del 10.11.2011 a cui è seguita il nuovo regolamento dell'organo con deliberazione n. 376 del 19.08.2015.



FUNZIONAMENTO COMPLESSIVO DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE

L'articolazione del sistema di misurazione e valutazione delle performance è descritto nei documenti adottati Del. n. 916 del 29/12/2011 e n. 484 del 05/07/2013. e disponibile sul sito al seguente link:

<http://www.asst-melegnano-martesana.it/trasparenza/sistema-di-misurazione-e-valutazione-della-performance/>

Nell'ASST di Melegnano e Martesana il ciclo di gestione della performance prende avvio con la programmazione regionale riferita, in particolare, ai seguenti documenti:

1. Regole di Gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale, emanate dalla Giunta Regionale e dalla successiva definizione degli obiettivi aziendali di interesse regionale, sui quali si basa la valutazione del Direttore Generale
2. Contratti integrativi stipulati con l'ASST di Melegnano e Martesana per l'erogazione di prestazioni sanitarie a pazienti lombardi e per la definizione di ulteriori specifici obiettivi
3. Assegnazione del finanziamento e adozione del Conto Economico Previsionale.

La Direzione Strategica, supportata dal Controllo di Gestione, valutati gli obiettivi strategici aziendali, individua i target e gli indicatori da assegnare a ciascuna articolazione organizzativa, individuata come Centro di Responsabilità, tenendo conto delle funzioni e mansioni specifiche e delle risorse assegnate. I criteri di assegnazione degli obiettivi ed i criteri di valutazione dei risultati sono esplicitati in un documento, il verbale degli incontri di budget con i Direttori di Dipartimento, documento che accompagna le schede di budget illustrandone i contenuti, le norme di riferimento ed i criteri di valutazione.

Obiettivi, indicatori e risorse assegnate e/o necessarie all'attuazione degli obiettivi sono inseriti:

- Nella mappa strategica, che evidenzia tutti gli obiettivi aziendali, compresi quelli di interesse regionale, i relativi indicatori, la declinazione rispetto alle UU.OO. coinvolte ed il nominativo dei dirigenti referenti, per la misurazione della performance aziendale;
- Nelle schede di budget, predisposte a cura del Controllo di Gestione, per la misurazione della performance organizzativa.



Le schede di budget sono trasmesse ai Direttori di Dipartimento e discusse nel corso degli incontri di budget. I Direttori di Dipartimento comunicano ai loro collaboratori, e al completamento della comunicazione le schede budget sono trasmesse ai Direttori UU.OO.

Una volta definiti e condivisi gli obiettivi, le schede sono firmate dai responsabili di U.O. per presa visione e sono illustrate a tutto il personale dipendente dell'Azienda in momenti di formale coinvolgimento attraverso incontri di presentazione, discussione e verifica a cura dei rispettivi responsabili e documentati dalla formalizzazione di verbali con le firme in calce dei partecipanti.

La valutazione della performance individuale è demandata alla dirigenza e comunque il sistema complessivo verrà rivisto nel corso del 2018 alla luce dei nuovi contratti integrativi.

Il Ciclo della performance si chiude con la valutazione individuale del personale dipendente, appartenente alla dirigenza ed al comparto, effettuato dai valutatori di prima istanza, ovvero i Responsabili delle Unità Operative aziendali, secondo le regole definite dal sistema di valutazione adottato dall'Azienda.

La valutazione viene effettuata sulla base di obiettivi e competenze mediante compilazione, in contraddittorio, di una apposita scheda di valutazione a tal fine predisposta nell'ambito della contrattazione integrativa aziendale.

La valutazione tiene conto sia della qualità della prestazione resa dal dipendente, sia del livello quali-quantitativo di partecipazione al raggiungimento degli obiettivi della struttura di assegnazione.

Alla valutazione individuale è collegata la retribuzione accessoria di cui al Fondo di Risultato della dirigenza e al Fondo per la Produttività Collettiva del comparto.

Si riportano nelle tabelle seguenti le informazioni di sintesi sul grado di raggiungimento degli obiettivi individuali del personale dipendente e, in particolare, sul grado di differenziazione dei giudizi, in modo tale da rappresentare adeguatamente i risultati del sistema di valutazione individuale:

FUNZIONAMENTO COMPLESSIVO DEL SISTEMA DI PROGRAMMAZIONE

Nella sezione Performance è disponibile il piano della performance aziendale che per il 2016-18 è all'indirizzo:

<http://www.asst-melegnano-martesana.it/trasparenza/piano-della-performance/>

Il rolling del Piano delle performance anno 2018 è all'indirizzo:

<http://www.asst-melegnano-martesana.it/wp-content/uploads/2018/06/Documento-Adobe-PDF-Piano-della-Performance---2018-2020-DOCUMENTO.pdf>

Il piano 2016/18, primo del momento di avvio dell'ASST di Melegnano e Martesana, costituita dal 1° gennaio 2016 e nata dall'unione dell'Azienda Sanitaria Locale di Melegnano MI2, in attuazione della legge regionale di riforma del Servizio Socio Sanitario Regionale n. 23/2015. In questa prima fase non era ancor possibile fornire il quadro del nuovo assetto organizzativo la relativa articolazione per ruoli e responsabilità, poiché lo stesso è stato definito con il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico, già adottato, secondo le regole Regionali. Pertanto, il primo Piano della Performance ha avuto necessariamente un'articolazione essenziale, pur contenendo una esplicitazione degli obiettivi strategici aziendali di cui la programmazione direzionale terrà necessariamente conto.

Il Piano della Performance 2016/18 contiene elementi del Programma di Miglioramento dell'Organizzazione (PIMO) e il Programma annuale per la Trasparenza e per la prevenzione della Corruzione.

I suoi risultati, descritti dalla relazione sulla performance 2017 è disponibile all'indirizzo:

<http://www.asst-melegnano-martesana.it/trasparenza/relazione-sulla-performance/>

Il documento finale è predisposto dall'UO Controllo di Gestione, in coerenza con le indicazioni fornite dalla Direzione Generale Welfare e dal Nucleo di Valutazione delle Prestazioni e, per quanto non disciplinato, con le indicazioni tecniche della CIVIT, le cui competenze relative alla misurazione e valutazione della performance, di cui agli articoli 7,8,9,10,12,13,e 14 del decreto legislativo 150 del 2009, già trasferite all'ANAC, sono trasferite al Dipartimento della Funzione pubblica ai sensi della legge 11 agosto 2014, n. 114 di conversione del decreto legge 23 giugno 2014, n.90.



ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

Il piano anticorruzione 2017 è stato adottato con deliberazione del dg n. 67 del 31.01.2017 ed è stato definito come strumento preventivo redatto in ossequio delle disposizioni normative e delle indicazioni che promanano dall'ANAC.

Il supporto metodologico del piano prevedeva: a) l'analisi del contesto esterno ed interno; b) la mappatura dei processi, che si raccomanda sia effettuata su tutta l'attività svolta dall'amministrazione non solamente con riferimento alle cd. "aree obbligatorie" ma anche a tutte le altre aree di rischio; c) la valutazione del rischio, in cui è necessario tenere conto delle cause degli eventi rischiosi; d) il trattamento del rischio, che deve consistere in misure concrete, sostenibili e verificabili.

Di seguito le attività realizzate nel 2017 e rendicontate in occasione della redazione del PTPC 2018-2020:

OBIETTIVO: Codice di comportamento dei dipendenti

- **CONSUNTIVO ANNO 2017:** con Deliberazione n. 943 del 23.11.2017 l'ASST ha provveduto ad aggiornare il Codice di Comportamento aziendale, a seguito delle modifiche che il d.lgs. 97/2016 ('FOIA') ha apportato al d.lgs. 33/2013 e a seguito dell'emissione di linee guida ANAC n. 358/2017.

RESPONSABILI: UO Affari Generali, UO Gestione Risorse Umane

OBIETTIVO: Selezione del personale e attribuzione di incarichi – Formazione del personale "Sentinelle della Trasparenza"

- **CONSUNTIVO ANNO 2017:** Nell'anno 2017 è stata effettuata la giornata della Trasparenza sul Tema: "Il conflitto d'interesse in ambito sanitario". Tale evento ha visto la partecipazione di oltre 100 dipendenti di vari livelli e profili professionali.

RESPONSABILE: Ufficio Formazione – UO Gestione Risorse Umane

OBIETTIVO: Rotazione del personale; Rotazione Ordinaria

- **CONSUNTIVO 2017:** Nel corso dell'anno 2017 la ASST è stata interessata da un vigoroso e complessivo POAS – piano organizzativo aziendale strategico, con ampia ridefinizione delle strutture aziendali e delle responsabilità, come evidenziato in premessa.

Gli atti di rotazione in questa situazione hanno dovuto tenere conto anche del principio di continuità della azione amministrativa .

Detto questo nel corso del 2017 si sono avvicendati:

- il Responsabile dell'UOS Gestione Operativa Sistemi Informativi – GOSI – (in reporting line al Direttore Generale);
- il Responsabile dell'UOS Affari Generali e Convenzioni (accorpata all'UOC Gestione delle Risorse Umane);



- il Responsabile dell'UOS Controllo di Gestione.

RESPONSABILE: UOC Gestione Risorse Umane

OBIETTIVO: Gestione del conflitto di interesse

- **CONSUNTIVO 2017:** In ogni regolamento aziendale viene inserito apposito modulo riportante la presenza o meno di conflitto di interesse.

RESPONSABILI: RPCT/GDS – UOC Gestione Risorse Umane

OBIETTIVO: Inconferibilità e incompatibilità

- **CONSUNTIVO 2017:** La procedura è in fase di definizione e la modulistica viene regolarmente raccolta annualmente per la dirigenza con incarichi di responsabilità nel termine previsto dalla normativa.

RESPONSABILI: RPCT/GDS – UOC Gestione Risorse Umane

OBIETTIVO: Svolgimento attività successive a cessazione rapporto di lavoro

- **CONSUNTIVO 2017:** Si è proceduto regolarmente ad inserire nei contratti di assunzione del personale una specifica clausola che prevedeva il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente.

Inoltre nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, è stata inserita la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto, disponendo l'esclusione dalla procedure di affidamento nei confronti dei soggetti per i quali sia emersa la predetta situazione.

RESPONSABILI: UOC Gestione Risorse umane.

OBIETTIVO: Svolgimento incarichi d'ufficio – attività ed incarichi extra-istituzionali

- **CONSUNTIVO 2017:** L' ASST ha adottato – con deliberazione n.15 del 4 gennaio 2018 – il regolamento aziendale in materia di svolgimento di incarichi/attività extraistituzionali del personale dipendente.

RESPONSABILE: RPCT/GDS – UOC Gestione Risorse Umane

OBIETTIVO: Formazione commissioni, assegnazioni ad uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione

- **CONSUNTIVO 2017:** L'accertamento sui precedenti penali avviene a cura del responsabile del procedimento mediante acquisizione d'ufficio ovvero mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000 (art. 20 D.Lgs. n. 39/2013). U.O. II



responsabile del procedimento procede all'effettuazione di controlli sui procedimenti penali secondo modalità condivise con il Responsabile.

RESPONSABILE: RPCT/GDS – UO amministrative

OBIETTIVO: Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di fatti illeciti o di fatti anomali (c.d. whistleblower)

- **CONSUNTIVO 2017:** Sono stati migliorati ed adeguati i sistemi informativi per migliorare l'accessibilità attraverso il Whistleblowing che attualmente si appoggia a procedura multipla (tradizionale cartacea; mail secretata e procedura informatica).

RESPONSABILE: RPCT – GDS – UOS Controllo Gestione Operativa Sistemi Informativi – Affari Generali e Comunicazione – Ufficio Formazione – UOC Gestione Risorse Umane

OBIETTIVO: Patti di integrità

- **CONSUNTIVO 2017:** Le caratteristiche di tale appalto sono state definite nella riunione di star up del 19 ottobre 2017 e definite in un piano di lavoro indicizzato presso una riunione di lavoro del gruppo nazionale di sperimentazione allo SDA Bocconi nel dicembre 2017.

RESPONSABILI: UOC Tecnico Patrimoniale.

OBIETTIVO: Profili di rischio di area territoriale

- **CONSUNTIVO 2017:** Avvio di un sistema di strumenti di prevenzione e controllo, anche su base raccomandazione ANAC circolare 12/2015, e in aggiunta alle misure di trasparenza già presenti in azienda e a quelle già sviluppate nell'azienda cessata di provenienza.

RESPONSABILI: RPCT/GDS/Internal Auditing/ Dipartimento RICCA/ UO gestione servizi amministrativi ospedalieri e territoriali.

OBIETTIVO: Attività libero professionale e liste d'attesa

- **CONSUNTIVO 2017:**

-Implementazione di un sistema di strumenti di prevenzione e controllo, anche su base raccomandazione ANAC circolare 12/2015, e in aggiunta alle misure di trasparenza già presenti in azienda sulle lista d'attesa.

-In ottemperanza a quanto disposto dalla Regione Lombardia, con DGR n. X/6963 del 31.07.2017, l'ASST provvede all'elaborazione di una relazione/monitoraggio trimestrale sull'attività libera professionale intramuraria (ALPI), esponendo in dettaglio:

- a) il volume di attività in ALPI e il volume delle prestazioni istituzionali;
- b) monitoraggio trimestrale dei tempi d'attesa relativi ad entrambi i regimi.

RESPONSABILI: GDS – UO Gestione Risorse Umane – UOC Gestione Servizi Amministrativi di Presidio e Territoriali – UOS Controllo di Gestione



OBIETTIVO: Gestione delle liste d'attesa

- **CONSUNTIVO 2017:** nell'ambito della diffusione della RNE e del Referto Informatizzato sono state digitalizzate le agende di prenotazione relativi a numerosi reparti delle sedi di Cernusco sul Naviglio e Vizzolo Predabissi.

RESPONSABILI: RPCT/GDS7 UOS Gestione Operativa Sistemi Informativi/ gestione servizi amministrativi di presidio e territoriali.

OBIETTIVO: Ulteriori misure di trasparenza

- **CONSUNTIVO 2017:** avviato flusso informativo annuale.

RESPONSABILI: UOS AA.GG.

OBIETTIVO: Monitoraggio del rispetto dei termini procedurali

- **CONSUNTIVO 2017:** nel corso del 2017 si è proceduto alla realizzazione del protocollo decentrato per le varie UU.OO – su programma Archiflow – che ha coinvolto le UU.OO. con maggiore ricezione e produzione di corrispondenza.

RESPONSABILI: UO AAGG-protocollo e unità operative

OBIETTIVO: Programma Triennale Trasparenza e Integrità (PTTI)

- **CONSUNTIVO 2017:** nel corso del 2017 si è proceduto alla realizzazione del protocollo decentrato per le varie UU.OO- su programma Archiflow- che ha coinvolto le UU.OO. con maggiore ricezione e produzione di corrispondenza.

RESPONSABILI: UO AAGG-protocollo e unità operative.

OBIETTIVO: Piattaforma web per la gestione dell'Accesso Civico

- **CONSUNTIVO 2017:** attuazione regolamento per l'accesso civico (Deliberazione n.551 del 13.07.2017), implementazione della Homepage del sito web aziendale – tramite piattaforma "CHIEDI"

RESPONSABILI: RPCT/GDS/tutte le UU.OO.

Talune criticità nella tardiva e completa attuazione del PTCP e il suo scorrimento al 2018 sono riconducibili alla riorganizzazione in corso presso l'ASST di Melegnano e Martesana, nel rispetto della Legge Regionale n. 23/2015.

Il sistema anticorruzione è collegato con l'anticorruzione regionale (resp. Dott. Massimo Gerosa) con il quale si coordina.



COLLEGAMENTO CON ALTRI SISTEMI DI CONTROLLO E SISTEMA INFORMATIVO

La LR 4/06/2014 n. 17 e successive DGR di definizione per l'attuazione hanno introdotto in Lombardia il sistema di internal auditing. La funzione è regolamentata sul sito trasparenza all'indirizzo

<http://www.asst-melegnano-martesana.it/trasparenza/piano-triennale-per-la-prevenzione-della-corrruzione-e-della-trasparenza/>

Resta ancora da definire il collegamento con il sistema informativo dato l'accorpamento aziendale in corso.



INTERNAL AUDITING

Per quanto concerne l'attività di Internal Auditing, di seguito si riportano le attività effettuate nel corso dell'anno 2017 così come previste dal piano annuale Internal Auditing. Specificatamente:

1. Analisi delle procedure e bandi ai fini della verifica del rischio di proroga e di corretta applicazione del DEC.
2. Gestione del personale esterno all'Azienda: verifica, accessi, verifica titoli, procedure ai fini dell'arruolamento del personale con particolare riferimento al d.lgs. n. 81/2008.
3. Analisi dei processi organizzativi delle fasi di richiesta ordini a quelli di verifica del budget e pagamento fatture ai fini di pagamento.
4. Farmacia: Processi, Ordini alla richiesta, Stoccaggio, Distribuzione con particolare attenzione a scadenze conservazione e gestione stupefacenti, Gestione carico/scarico, Liquidazione fatture e Rendicontazione flussi informativi.
5. Libera professione: verifica del processo organizzativo e governo delle prestazioni in L.P.
6. Servizi Informativi: Mappatura dei contratti software e relativi costi, Mappatura del parco applicativi e analisi ambiti potenziali sovrapposizioni o sinergie.
7. Dipendenze: Verifica processo organizzativo relativo ai controlli e utilizzo degli stupefacenti.
8. Formazione: Verifica dell'appropriatezza del processo formativo aziendale ai fini del mantenimento della certificazione.

Sintesi degli esiti estratta da rapporti di Audit:

1. Oggetto: Rapporto Audit Appalti e Contratti

- *Gestione dei servizi Generali*

Aspetti critici: necessità che il servizio aggiorni ed adegui i regolamenti alla normativa vigente e provveda a dotarsi di un regolamento/procedura per la gestione del magazzino economale.



- *Gestione delle Procedure di gara*
Aspetti critici: frequente ricorso alla proroga.

Suggerimenti: per limitare il ricorso alla proroga si suggerisce di monitorare le scadenze, preparare per tempo gli atti di gara e predisporre un crono programma fattuale, efficiente ed efficace per l'effettuazione degli acquisti nel rispetto dei tempi di scadenza dei contratti schedulando per tempo le priorità delle gare.

2. Oggetto: Audit sulla gestione del personale esterno all'Azienda

Suggerimenti: stabilire per l'anno 2017 delle priorità di intervento per le relative azioni di miglioramento, da esplicitare con appositi piani

Alcune Proposte:

- Elaborazione di un unico format di richiesta per l'incarico del personale esterno; elaborazione di job description o privileges (per i medici) per il personale da incaricare
- Valutare la possibilità di inserire nel contratto, in analogia a ciò che si vorrebbe venisse riportato nelle richieste formulate dai Responsabili richiedenti l'incarico di: Job description o privileges per i medici, la dotazione strumentale e gli spazi messi a disposizione al prestatore d'opera
- Inserimento di un programma di customer per la rilevazione sistematica della soddisfazione dell'utenza negli ex distretti

3. Oggetto: Rapporto Audit Ciclo Passivo

Aspetti critici:

- il software informatico risulta essere del 1998 e gli intervistati ci riferiscono di aver già chiesto un adeguamento per far fronte ai limiti dello stesso.

4. Oggetto: Rapporto Audit Farmacia

Suggerimenti:

- aggiornare le procedure in quanto ormai datate (vanno dall'anno 2004 al 2013). Potrebbero, pertanto, non essere più rispondenti alla realtà aziendale;
- sulla gestione recall dei dispositivi medici: continuare a monitorare il processo affinché sia perfettamente governato dai soggetti preposti;
- proseguire nell'integrazione tra farmacovigilanza e risk management con riferimento alla gestione dei farmaci antitumorali.

5. Oggetto: Rapporto Audit Libera Professione

Aspetti critici:

- il processo organizzativo e di governo delle prestazioni in libera professione è un processo frammentato, non omogeneo e solo parzialmente controllato



6. Oggetto: Audit SIA. Mappatura parco applicativi e contratti

Proposte:

di seguito le seguenti azioni migliorative per la gestione contrattualistica dei sistemi applicativi:

- *Valutazione annuale fornitori e controllo contratti pluriennali*: si consiglia la formulazione di un documento valutativo annuale dei fornitori. Inoltre per i contratti pluriennali si invita a monitorare le condizioni contrattuali con l'andamento dei prezzi di mercato per garantire il contenimento dei costi.
- *Individuazione RUP e DEC*
- *Attenzione al rinnovo dei contratti manutenzione*: si consiglia di porre una costante attenzione alla scadenza dei contratti manutentivi in essere e d'intraprendere per tempo l'iter di rinnovo o di sostituzione, al fine di non impattare negativamente sull'ambito operativo e garantire il controllo delle spese.
- *Sinergie e sovrapposizioni*: si invita ad eseguire un'analisi sulle possibili sinergie tra sistemi applicativi per migliorare la qualità del servizio eliminando la sovrapposizione su singole attività di più fornitori.
- *Mappatura parco licenze*: intraprendere una mappatura delle licenze (antivirus, Office, Oracle, VM ware, ecc) in utilizzo per la relativa gestione e monitoraggio.

7. Audit "Verifica processo organizzativo relativo a controlli e utilizzo degli stupefacenti"

Suggerimenti:

- Realizzazione di un unico registro di carico-scarico informatico;
- Un più puntuale monitoraggio della risoluzione delle anomalie evidenziate in sede di sopralluoghi/ispezioni;
- La cartellonistica presente nel SERT riporta ancora la dicitura "ASL Milano DUE". È pertanto necessario, al fine anche di evitare di confondere l'utenza, di procedere ad un aggiornamento della cartellonistica fuori dal SERT di Gorgonzola nonché di verificare quelle presenti presso gli altri SERT, al fine di uniformarla;
- Rilevato che i servizi presenti sono tutti informatizzati, risulta necessario formalizzare una procedura in caso di mancanza di corrente o default PC onde evitare l'interruzione del servizio, rendendola disponibile a tutti gli operatori.

8. Audit Progettazione ed erogazione della formazione al personale dell'ASST Melegnano e Martesana

Aspetti critici:

- Risulta un pò più debole la preparazione in materia economico-finanziaria, sicuramente migliorabile con un'adeguata formazione e collaborazione con l'U.O. Economico-Finanziaria

Suggerimenti:



- Si dovranno stabilire per l'anno 2018 delle priorità di intervento per le relative azioni di miglioramento, da esplicitare con appositi Piani di formazione.



MONITORAGGIO OIV

Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni ha attivato nel 2017 alcuni modelli di monitoraggio, mediante il coinvolgimento di altri organi e alcuni gruppi di lavoro presenti in azienda:

- a) con il Responsabile della Trasparenza e anticorruzione (Monitoraggio del sistema anticorruzione e di rispetto delle tempistiche di pubblicazione dati obbligatori);
- b) con il Collegio Sindacale (per il sistema incentivante);
- c) con la Direzione Strategica (per il sistema performance);
- d) con Internal auditing (condivisione documentale degli audit/verifiche eseguiti in azienda su temi indicati principalmente di Regione Lombardia che su altri individuati direttamente dalla Direzione Strategica, nel corso del 2017).

Il NVP si riunisce ogni mese su autoconvocazione decisa nella seduta precedente. All'ordine del giorno gli argomenti trattati sono:

- Processo di budget
- Valutazioni di budget
- Processo Performance Individuale
- Valutazione Performance Individuale
- Valutazioni di II Istanza
- Certificazioni trimestrali obiettivi Comparto
- Piano della Performance
- Relazione al Piano della Performance
- Processo obiettivi SUMAI
- Valutazioni Obiettivi SUMAI
- Processo obiettivi RAR
- Valutazioni obiettivi RAR
- "Piano PTPC"
- "Relazione al Piano PTPC"



Ad ogni seduta viene redatto il verbale sottoscritto dai componenti del NDVP e successivamente inviato agli Uffici di Competenza.

PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO DA PARTE DEL NVP

È evidente che il 2017 è stato un anno di transizione, per l'attuazione del nuovo piano organizzativo aziendale (POA). Aggregare unità operative di diverse aziende infatti comporta problematiche importanti di gestione del personale che l'ASST di Melegnano e Martesana ha affrontato nel 2017 e che il nucleo di valutazione delle prestazioni ha rispettato in termini di priorità.

Il NDVP propone di effettuare del sistema di valutazione con inserimento dei dati sullo sviluppo del personale che contempli sia la performance individuale di budget (punto B2 obiettivi prestazionali della scheda di valutazione annuale dirigenza) che la performance professionale (punto C obiettivi comportamentali della scheda di valutazione annuale dirigenza).vedi allegato.

Vizzolo Predabissi, 31/10/2018

Il Presidente del Nucleo di Valutazione delle prestazioni

Cristina Filannino

I componenti del Nucleo di valutazione delle prestazioni

Roberta Trapletti

Rosa Castriotta