

## Azienda ULSS 9 Scaligera

# *Relazione annuale 2021 dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di Valutazione, Trasparenza e Integrità dei controlli interni*

# Anno 2021

## **Sommario**

<b>Introduzione .....</b>	<b>3</b>
<b>Premessa .....</b>	<b>3</b>
<b>A. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA .....</b>	<b>4</b>
<b>B. PERFORMANCE INDIVIDUALE.....</b>	<b>7</b>
<b>C. PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE .....</b>	<b>9</b>
<b>D. INFRASTRUTTURA DI SUPPORTO .....</b>	<b>11</b>
<b>E. SISTEMI INFORMATIVI E INFORMATICI A SUPPORTO DELL'ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA' E PER IL RISPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE .....</b>	<b>11</b>
<b>F. DEFINIZIONE E GESTIONE DEGLI STANDARD DI QUALITA' .....</b>	<b>11</b>
<b>G. UTILIZZO DEI RISULTATI DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE .....</b>	<b>14</b>
<b>H. DESCRIZIONE DELLE MODALITA' DI MONITORAGGIO DELL'OIV .....</b>	<b>14</b>
<b>VALIDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE .....</b>	<b>14</b>

## Introduzione

La Regione del Veneto, con Legge n. 19 del 25/10/2016, avente ad oggetto: *“Istituzione dell’Ente di governance della sanità regionale veneta denominato “Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto – Azienda Zero – Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS”*, ha ridefinito l’assetto organizzativo delle Aziende ULSS dal giorno 1° gennaio 2017.

In particolare, la Legge Regionale, all’art. 14, ha previsto, con effetto dall’01/01/2017, la soppressione delle ULSS n. 21 e 22 e la loro incorporazione nell’Azienda ULSS n. 20. Pertanto, il Direttore Generale con Deliberazione n. 1 del 02/01/2017, preso atto delle disposizioni regionali emanate con la legge Regionale n. 19, ha deliberato con effetto dall’01/01/2017 la soppressione delle ULSS n. 21 di Legnago e n. 22 di Bussolengo, la loro incorporazione nell’ULSS 20 di Verona che ha modificato la propria denominazione in Azienda ULSS 9 Scaligera con sede legale in Verona, via Valverde, 42.

Pertanto, in applicazione del D.Lgs. 150/2009, del DPR 105/2016 e del DM 2/12/2016, l’Azienda con Deliberazione del Direttore Generale n. 401 del 15.06.2021 ha nominato quali componenti dell’Organismo Indipendente di Valutazione a valere per il triennio 2021-2023 il Dott. Valerio Vergadoro, la Dott.ssa Rosa Castriotta ed il Dr. Domenico Scibetta.

## Premessa

L’OIV prende atto che la DGRV 140 del 16/02/2016, riguardante l’approvazione delle linee guida sulla costituzione, funzionamento e competenze attribuite agli “Organismi Indipendenti di Valutazione” delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, dà indicazione di integrare nel Documento di Validazione la Relazione annuale sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, comma 4, lettera a) del D.Lgs. n. 150/2009), in modo che si predisponga un’unica relazione annuale che prenda in considerazione l’intero ciclo di attività che ha svolto l’Azienda in tema di performance, che nel seguito indicheremo con **“Relazione integrata dell’OIV”**.

La presente Relazione integrata dell’OIV è riferita all’anno 2021, secondo le indicazioni della DGRV sopracitata e nel rispetto dei principi fissati dalle delibere CIVIT 6/2012 e 23/2013, ed è organizzata secondo la seguente struttura:

- Performance organizzativa
- Performance individuale
- Processo di attuazione del ciclo della performance
- Infrastruttura di supporto
- 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
- Definizione e gestione degli standard di qualità
- Benessere organizzativo – indagine sulla qualità percepita
- Utilizzo dei risultati del sistema di misurazione e valutazione
- Descrizione delle modalità del monitoraggio dell’OIV
- Validazione della Relazione sulla Performance

La presente Relazione nei paragrafi da **A** ad **I** riporta la descrizione del modello di gestione del ciclo della performance, i risultati delle attività di monitoraggio, evidenzia le criticità riscontrate e, alla luce di queste, propone miglioramenti; prende in esame, inoltre, l'efficacia delle azioni di miglioramento adottate da parte dell'amministrazione e, più in generale, sottolinea le variazioni intervenute nell'effettivo funzionamento del Sistema. Le informazioni descrittive e le analisi valutative contenute nei suddetti paragrafi, costituiscono gli elementi di riscontro di quanto riportato nella Relazione sulla Performance anno 2021 adottata da parte dell'Azienda ULSS9 Scaligera con Deliberazione n. 700 del 30/06/2022 e sono alla base della validazione della stessa da parte dell'OIV.

L'analisi delle fasi in cui si articola il ciclo annuale della Performance viene articolata su tre livelli:

- a) **a livello complessivo aziendale** rispetto all'efficace raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali (performance aziendale), prioritariamente derivati dagli obiettivi fissati dalla Regione Veneto;
- b) **a livello di singola Unità Operativa**, individuata come autonomo centro di responsabilità in cui vengono declinati gli obiettivi strategici, nonché specifici ulteriori obiettivi (performance organizzativa);
- c) **a livello di singolo dipendente** afferente all'area contrattuale sia della dirigenza che del comparto attraverso l'individuazione di obiettivi nella scheda di valutazione individuale (performance individuale).

## **A. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

### **Premessa**

Il ciclo della Performance per l'anno 2021 ha avuto inizio con la predisposizione del Piano Triennale della Performance 2021-2023 nel quale sono state indicate le linee strategiche generali. L'Azienda ULSS 9 Scaligera ha predisposto e adottato il Piano, come previsto dall'art. 10 del D. Lgs. 150/2009 e dalla DGRV n. 140/2016, con Deliberazione del Commissario n.71 del 29/01/2021, pubblicato nel sito Aziendale [www.aulss9.veneto.it](http://www.aulss9.veneto.it) nella sezione "Amministrazione Trasparente". In un'ottica di ottimizzazione l'Azienda ULSS 9 ha deciso di integrare nel Piano anche il Documento di Direttive, che riporta la declinazione annuale degli obiettivi a livello di direzione strategica e di unità operative coinvolte.

Il Piano è poi stato aggiornato con Delibera del Direttore Generale n. 822 del 28/10/2021 a seguito dell'adozione da parte regionale della DGR n. 958 del 13 luglio 2021 "Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende e Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2021".

L'Azienda, pertanto a chiusura del ciclo della Performance per l'anno 2021, ha elaborato la "Relazione sulla Performance" (per la Regione Veneto "Relazione degli obiettivi") che rendiconta ed evidenzia la performance aziendale, la misurazione del raggiungimento degli obiettivi prefissati a livello di Unità Operativa Complessa e di Unità Operativa Semplice a valenza dipartimentale (performance organizzativa) e i risultati della valutazione individuale del personale dipendente (performance individuale).

La Relazione viene sottoposta per la validazione all'Organismo Indipendente di Valutazione, i cui componenti sono stati nominati con deliberazione del Direttore Generale n. 401 del 15 giugno 2021, e conseguentemente inviata alla competente Commissione Consiliare.

La Relazione si compone delle seguenti parti principali:

- Nel Capitolo 2.1 "La normativa di riferimento" si riportano le novità normative intervenute in relazione alla performance;
- Nel Capitolo 2.2 "L'azienda in cifre" sono illustrati i principali dati relativi al quadro demografico, alle dotazioni strutturali ed all'attività del periodo;
- Nel Capitolo 3.1 "Obiettivi strategici ed operativi" viene illustrata la performance relativa agli obiettivi assegnati dalla Regione, nonché la sintesi dei risultati della valutazione della performance organizzativa (valutazione schede Budget);
- Nel Capitolo 3.2 "Obiettivi individuali" vengono illustrati i risultati della valutazione delle performance individuali;
- Nel Capitolo 4.1 "Risultati dell'esercizio" viene sintetizzato quanto già riportato nella Relazione al Bilancio Consuntivo in merito all'equilibrio economico ed ai costi per livello di assistenza.

Rispetto al 2020, il peso, anche psicologico, degli obiettivi relativi alla gestione dell'emergenza Covid, è diminuito, ed a partire dagli obiettivi della programmazione regionale è stato fatto uno sforzo straordinario per ripristinare la capacità di erogazione delle prestazioni del periodo pre-pandemico. Purtroppo nel corso del 2021 è stato necessario affrontare ulteriori ondate di infezione Covid-19, durante le quali l'Azienda ha nuovamente concentrato risorse per rispondere all'evento pandemico.

In merito alla gestione della pandemia da Covid, l'Azienda ha fatto fronte alle sfide che via via si sono proposte, conducendo in particolare la campagna vaccinale Anti Covid e raggiungendo tutti gli obiettivi, a parte quelli legati al contact tracing che è risultato nel 2021 ancora non ottimale. A tal proposito si deve tener presente che il numero di contagi 2021 è stato oltre il 34% superiore al totale 2020, con picchi quotidiani di oltre 3.000 casi.

#### **L'OIV prende atto che:**

- Il ciclo delle performance è stato attuato in modo integrato tra i vari soggetti coinvolti e in coerenza con il ciclo di programmazione economico-finanziario e di bilancio. Nell'ambito del ciclo di gestione della performance sono stati inoltre redatti dei documenti strettamente correlati con il ciclo di programmazione aziendale:

- Piano delle Performance 2021-2023 e Documento Direttive 2021 (DDG n. 71 del 29/01/2021);
- Aggiornamento del Piano delle Performance 2021-2023 e Direttive 2021 (DDG n. 822 del 28/10/2021);
- Aggiornamento del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza per il triennio 2021-2023 (DDG n. 113 del 29/03/2021);

- I risultati di performance organizzativa aziendale sono stati conseguiti attraverso l'assegnazione a cascata alle articolazioni aziendali (processo di budget) degli obiettivi regionali ed aziendali. I risultati di performance organizzativa conseguiti nell'anno 2021

fanno riferimento alle seguenti Aree Strategiche come riportato nel Capitolo 3 *Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti* della Relazione sulla Performance 2021:

1. **Area Strategica COVID** ed **Area Strategica 1 – Erogazione LEA** (criticità rappresentata dal rispetto del tasso di copertura dello screening mammografico);
2. **Area Strategica 2 – Sostenibilità economico-finanziaria** (criticità rilevata a seguito del superamento dei tetti di spesa assegnati: farmaceutica, assistenza protesica, assistenza integrativa);
3. **Area Strategica 3 - Informatizzazione e Flussi Informativi** (prorogato il termine per l'implementazione del nuovo Sistema Informativo Ospedaliero SIO al 01/01/2023);
4. **Area strategica 4 - Organizzazione aziendale** (criticità, comunque giustificata dalla regione, relativa alla misurazione di un set di indicatori per le Sale Operatorie).

- L'Azienda ha presentato una auto-valutazione del conseguimento degli obiettivi assegnati dalla Giunta Regionale, operata alla luce delle evidenze prodotte e comunicate dalle strutture regionali, delle evidenze interne aziendali e delle basi dati regionali autonomamente interrogabili dall'ULSS, elaborate da uffici aziendali. Si deve pertanto porre in evidenza che, a livello di singolo indicatore, la valutazione finale che la Regione andrà a consuntivare, secondo i tempi del suo ciclo di verifica, potrà non sempre coincidere con quanto rappresentato nella Relazione sulla Performance, sebbene, si auspica, non in maniera sostanziale;

- L'Azienda ritiene vigente, inoltre, la DGRV 2172/2016 con la quale la Regione Veneto ha definito la pesatura delle determinazioni dei soggetti coinvolti nel procedimento di valutazione annuale dei Direttori Generali delle Aziende Ulss e Ospedaliere e dello IOV come previsto dall' art.4 della Legge regionale 23 del 29/06/2012 dal titolo "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016";

- Al momento della stesura della relazione non sono disponibili le valutazioni degli altri due organi istituzionali incaricati della valutazione dei Direttori Generali (Consiglio Regionale e Conferenza dei Sindaci);

- Nonostante lo slittamento della fase di sottoscrizione formale delle schede di budget, in particolare per le Unità Operative ospedaliere, in ragione sia della recrudescenza della pandemia, che dell'approvazione della DGRV degli obiettivi dei Direttori Generali (DGRV n. 958 del 13/07/2022) arrivata nella seconda metà dell'anno, l'Azienda ha concluso il ciclo della Performance 2021 nei tempi previsti. Inoltre, al fine di scongiurare analogo ritardo anche nel 2022, per le aree distrettuali, della prevenzione, della salute mentale, delle dipendenze e dei servizi amministrativi di supporto, sono state condivise e sottoscritte schede di budget 2021-2022.

- Le schede di budget sono conservate in originale agli atti della Struttura Tecnica di Supporto. Sono state elaborate, discusse e sottoscritte schede di budget per singola unità operativa complessa (UOC) e unità operativa semplice a valenza dipartimentale (UOSD): 79 schede per l'Area Ospedale, 17 schede la Funzione territoriale, 11 schede per il Dipartimento di Prevenzione, 5 schede per il Dipartimento Salute Mentale, 3 schede per il Dipartimento per le Dipendenze, 5 schede per i Servizi Professionali Tecnico Amministrativi, 5 schede per i Servizi in Staff alla Direzione Generale, 4 scheda per i Servizi in Staff alla Direzione Sanitaria e 2 schede per i Servizi in Staff alla Direzione dei Servizi Socio Sanitari (**tot. 131 schede**):

- 79 UOC/UOSD Ospedaliera;
- 17 UOC/UOSD della Funzione Territoriale,
- 11 UOC/UOSD del Dipartimento di Prevenzione,
- 5 UOC/UOSD del Dipartimento Salute Mentale,
- 3 UOC/UOSD del Dipartimento delle Dipendenze,
- 5 UOC dei Servizi Professionali Tecnico Amministrativi;
- 2 UOC/3 UOS in Staff della Direzione Generale;
- 1 UOC / 3 UOS in Staff della Direzione Sanitaria;
- 1 UOC/ 1 UOSD in Staff della Direttore dei Servizi Socio Sanitari.

Il **monitoraggio intermedio** viene garantito dall'azienda a tutte le UU.OO. ospedaliere con reportistica web aggiornata con cadenza mensile. Per tutte le UU.OO. del territorio è disponibile una reportistica web sui costi aggiornata con cadenza settimanale. Inoltre l'Azienda ha garantito un monitoraggio degli indicatori regionali dell'Assistenza Domiciliare Integrata e della residenzialità extra ospedaliera, dell'assistenza protesica con report trimestrali elaborati dal Controllo di Gestione.

Il **monitoraggio finale** è stato avviato con la richiesta di relazione di autovalutazione inviata dalla Direzione Generale alle UOC/UOSD dell'area ospedaliera rispettivamente con note prot. n. 102864, n. 103008 e n. 103987 del 17.05.2022. A seguire sono state chieste le relazioni al Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento delle Dipendente e UOC Sociale con nota prot. n. 103267 del 17/05/2022; ai Distretti con nota prot. n. 111774 del 27/05/2022; al Dipartimento di Prevenzione con nota prot. n. 111793 del 27/05/2022 e ai Servizi Amministrativi, di Staff e altri con nota prot. n. 113813 del 31/05/2022; (documentazione agli atti).

- L'UOC Controllo di Gestione ha curato la predisposizione del consuntivo 2021 delle schede di budget (DWH del Controllo di Gestione): **attività, costi e liste di attesa**. Le relazioni dei Direttori di Unità Operativa Complessa e Semplice a Valenza Dipartimentale sono state utilizzate per la consuntivazione degli obiettivi e per valutare gli eventuali scostamenti rispetto agli obiettivi assegnati. La consuntivazione di alcuni obiettivi trasversali a tutte le UU.OO. (*trasparenza, anticorruzione, segnalazioni/reclami, pubblicazioni sul sito e altri obiettivi specifici per il comparto*), sono state richieste agli Uffici referenti. I Direttori di Area Funzionale hanno valutato il raggiungimento di tutti gli obiettivi e vistato le schede di budget consuntivate. Questa fase di autovalutazione dell'Azienda è stata conclusa per tutte le Unità Operative trovando coerenza con quanto previsto nel cronoprogramma del Piano Performance 2021-2023.

## B. PERFORMANCE INDIVIDUALE

### L'OIV prende atto che:

- Il processo di valutazione annuale ai fini della performance di tutto il personale in servizio presso l'Azienda, sia con rapporto di lavoro a tempo determinato che indeterminato è finalizzato alla verifica del livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati al fine

dell'attribuzione della premialità (retribuzione di risultato/incentivazione alla produttività) e concorre anche nella valutazione periodica degli incarichi da parte dell'organismo professionale specifico (Collegio Tecnico per la dirigenza del ruolo sanitario) in coerenza con le norme contrattuali vigenti. Il processo di valutazione finalizzato alla verifica dell'apporto individuale al grado di raggiungimento degli obiettivi annuali definiti dall'Azienda per l'anno 2021 ha riguardato tutto il personale dipendente, dirigente e non, in servizio nel periodo per espressa indicazione della Regione Veneto ed è stato eseguito per tutta l'azienda in modo informatizzato;

- Con deliberazione n. 409 del 22/04/2022 l'Azienda U.L.S.S. 9 Scaligera ha approvato l'accordo sindacale, sottoscritto dalla delegazione trattante di parte pubblica e sindacale del Comparto, con cui è stata modificata la tabella dei punteggi di cui all'art. 2 lett. B) del Regolamento del sistema di misurazione e valutazione della performance (di cui alla deliberazione n. 100 del 22/02/2018), recependo le indicazioni suggerite dall'O.I.V. nella precedente validazione della relazione alla performance anno 2021;

- L'importo dei fondi destinati alla retribuzione di risultato/incentivazione della produttività nel 2021 è stato oggetto di incremento, sia per quanto attiene la Dirigenza Area Sanità, Dirigenza Area PTA sia per quanto attiene il Comparto Area Sanità (provvisoriamente nel fondo condizioni di lavoro) in considerazione dello sforzo extraistituzionale richiesto per fronteggiare l'emergenza epidemiologica. I competenti uffici regionali hanno convocato due incontri con le organizzazioni sindacali della Dirigenza e del comparto dell'Area Sanità, rispettivamente il 11 e l'12 ottobre 2021, finalizzati a condividere i criteri di ripartizione delle risorse tra le due aree contrattuali e tra le singole aziende e i criteri di destinazione dei benefici ai dipendenti;

- Le risorse per il comparto e la dirigenza area sanità sono state ripartite con DGRV 1735/2021. La Regione ha riconosciuto altresì che l'emergenza epidemiologica ha determinato un notevole impatto sulle condizioni di lavoro di tutti coloro che operano presso le strutture del SSR, ivi compresi i dirigenti dei ruoli professionale, tecnico e amministrativo, anch'essi sottoposti ad attività aggiuntive collegate all'emergenza a supporto dei processi sanitari e socio sanitari, a fronte di trattamenti economici accessori variegati e spesso sperequati tra Aziende, nonostante il medesimo carico di lavoro e responsabilità connesse. I competenti uffici regionali hanno pertanto convocato degli incontri con le organizzazioni sindacali della Dirigenza professionale, tecnica e amministrativa, finalizzati a condividere uno o più possibili criteri di valorizzazione anche di questa categoria professionale;

- Le risorse per la dirigenza Professionale Tecnica e Amministrativa sono state ripartite con DGRV 216/2022. La contrattazione per la stipula di un accordo in merito ai fondi aggiuntivi per il personale del comparto e per quello della dirigenza PTA è ancora in corso fra l'Azienda Ulss 9 Scaligera e le OO.SS. relative. Per quanto attiene, invece, la Dirigenza Area Sanità, è stato sottoscritto un accordo in data 28/03/2022 approvato, nelle more dell'analisi dello stesso da parte del Collegio Sindacale, con Deliberazione n. 501 del 19/05/2022. I fondi aziendali per l'anno 2021 sono tuttora provvisoriamente determinati, per la dirigenza Area Sanità con Deliberazione n. 468 del 30/06/2021, per il comparto con Deliberazione n. 538 del 26/07/2021 e per la Dirigenza PTA con Deliberazione n. 1106 del 30/12/2021;

- Con la deliberazione n. 758 del 07/10/2021 è stato recepito l'accordo e approvato il regolamento "Performance-Risultato-Graduazione incarichi-Valutazione" della Dirigenza area Sanità, alla quale è stato dato applicazione con decorrenza 01/01/2021. Non risulta ancora definito un accordo in merito alla maggiorazione del valore medio pro capite della retribuzione di risultato e pertanto per il 2021 non si è proceduto alla sua attribuzione;

- Il metodo di valutazione prevede la traduzione della prestazione dirigenziale e del comparto in un punteggio. Il punteggio massimo ottenibile è di riportato nella tabella 89 della Relazione sulla Performance 2021. Il grado di raggiungimento degli obiettivi di performance organizzativa e di performance individuale, viene individuato confrontando il valore finale dell'indicatore con i valori minimi e massimi predeterminati;

- Per il Personale della Dirigenza SPTA (ora PTA) e Dirigenza Area Sanità, la Scala di valutazione dei singoli obiettivi è graduata su cinque livelli; per il personale del comparto, la Scala di valutazione dei singoli obiettivi è graduata su sei livelli, a seguito della revisione del precedente accordo approvato con deliberazione n. 100 del 22/02/2018 che ne prevedeva quattro, con accordo sottoscritto in data 22/03/2022 approvato con Deliberazione n. 409 del 22/04/2022;

- La valutazione della performance individuale è stata ultimata nel mese di giugno 2022 ed ha interessato n. 6.595 matricole. Le schede previste sono 6611 in quanto il nuovo accordo della Dirigenza Area Sanità prevede una doppia scheda di valutazione per eventuali incarichi a scavalco ricoperti. I dipendenti valutati hanno riportato giudizi diversificati distribuendosi tra punteggi che hanno consentito il raggiungimento o meno dell'integrale retribuzione di risultato/premialità come meglio dettagliato nella sotto riportata tabella riassuntiva;

- Ad oggi le matricole oggetto di valutazione sono state 6.544. Si evidenzia che risulta ancora in corso il processo di valutazione per n° 51 schede di cui n. 43 in fase di chiusura e n. 8 da concludere. La situazione di "lunga assenza" a vario titolo interessa n° 74 matricole nel corso dell'anno 2021. Ad oggi sono pervenute n. 1 contestazioni.

## C. PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE

Il processo di attuazione del ciclo delle performance dell'Azienda è stato realizzato grazie ad un'infrastruttura di supporto nella quale operano figure professionali con diverse competenze. Lo sviluppo del sistema di programmazione e controllo e la valutazione delle performance organizzative è stato coordinato dall'UOC Controllo di Gestione, che applica la metodica di budget al fine di garantire efficacia ed efficienza ai processi di acquisizione e impiego delle risorse e concretizzare il principio della responsabilità economica.

L'UOC Gestione Risorse Umane ha coordinato e supportato il processo di valutazione individuale fornendo assistenza a tutti i soggetti coinvolti. Le attività e la tempistica del processo di attuazione del ciclo della performance 2021 sono state sintetizzate nella tabella seguente:

		2021												2022											
		gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic
1	Elaborazione e pubblicazione del Piano delle performance e Documento delle Direttive																								
2	Elaborazione e negoziazione delle schede di budget																								
3	Verifiche infra-annuali dello stato di avanzamento degli obiettivi																								
4	Monitoraggio WEB degli obiettivi di costo e di attività per le UU.OO. ospedaliere																								
5	Rinegoziazione degli obiettivi																								
6	Monitoraggio finale con verifica del raggiungimento																								
7	Valutazione individuale: compilazione delle schede																								
8	Redazione della Relazione della performance																								
9	Valutazione di processo da parte dell'OIV																								
10	Parere di conformità finale da parte dell'OIV																								
11	Erogazione premialità																								

ciclo della performance anno 2020  
 ciclo della performance anno 2022  
 ciclo della performance anno 2021

## D. INFRASTRUTTURA DI SUPPORTO

L'Azienda garantisce la rilevazione e il monitoraggio continuo delle performance (aziendali e di struttura operativa) dell'attività attraverso il sistema informativo aziendale che, partendo dal Data Warehouse gestito dall'UOC Controllo di Gestione, diffonde l'informazione ai vari attori del sistema. Il sistema prevede la diffusione delle informazioni attraverso:

- il sistema Web di reporting aziendale con report di sintesi e dettagliati sull'attività delle UOC ospedaliere. Il sistema di reporting include sia dati di sintesi che, se necessario, dati analitici, sia per le prestazioni sia per i costi. L'analisi dei costi si basa sul sistema di contabilità analitica aziendale che viene aggiornato settimanalmente con estrazioni dal sistema di magazzino, dalla procedura di inventario e da integrazioni con il sistema di contabilità generale. È inoltre attiva l'importazione dei dati dalla procedura del personale. Dal 2018 sono stati abilitati ad accedere alla reportistica e alle schede di budget Web tutti i Direttori e i Coordinatori delle UOC e UOSD; sullo stesso portale è stata fatta la valutazione della Performance Individuale per tutti i dipendenti.
- il sistema di business intelligence, che basandosi sul *Data Warehouse* aziendale permette di visualizzare i dati in modo veloce ed immediato, in qualsiasi momento e da qualsiasi postazione aziendale.

## E. SISTEMI INFORMATIVI E INFORMATICI A SUPPORTO DELL'ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA' E PER IL RISPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

### Programma Triennale della Trasparenza e dell'Integrità

Con delibera del Direttore Generale n. 59 del 31/01/2018 è stata nominata Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza la Dott.ssa Francesca Lazzarotto con decorrenza dal 01/02/2018 fino al 31/12/2019, incarico prorogato al 31/03/2021 con provvedimento n. 894 del 31/12/2019 e al 31/12/2023 con provvedimento n. 136 del 31 marzo 2021. L'Azienda ha adottato formalmente il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023 con Deliberazione n. 113 del 29.03.2021, pubblicato nel sito internet aziendale, nella prevista sezione.

### Pubblicazione sezione "Amministrazione Trasparente"

In relazione alla sezione in oggetto, la rilevazione degli obblighi di pubblicazione da parte dell'azienda è stata effettuata come previsto dalla normativa vigente al 31 maggio 2022, conseguentemente l'attestazione dell'OIV è stata svolta il 28 giugno 2022 essendo slittata la scadenza al 30 giugno 2022 (Deliberazione ANAC n. 201 del 13 aprile 2022). L'esito delle verifiche dell'OIV, come previsto, è stato pubblicato nella sezione Amministrazione Trasparente sottosezione [Controlli e rilievi sull'amministrazione - Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe - Atti degli organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe - Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione](#) - Attestazioni OIV

L'Azienda ha assegnato obiettivi di budget relativi all'attuazione dei Piani soprariportati e, come evidenziato dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza con riferimento alla fase di realizzazione del PTPCT 2021-2023, i referenti hanno

sostanzialmente conseguito un buon livello di adempimento in ordine al PTPCT, grazie ad una piattaforma software dedicata di facile uso, all'attivazione delle funzioni per la raccolta delle informazioni relative al personale dipendente e agli incarichi dei collaboratori esterni, nonché all'impegno da parte dei Servizi ed al costante affiancamento da parte dell'ufficio del RPCT. Le relazioni hanno anche dimostrato un crescente livello di attenzione/adempimento con riferimento sia alle misure previste nel citato PTPCT, che alla mappatura del rischio allegata al medesimo.

## **F. DEFINIZIONE E GESTIONE DEGLI STANDARD DI QUALITA'**

L'OIV prende atto che:

L'Azienda ha individuato e assegnato obiettivi di miglioramento continuo della qualità trasversali all'organizzazione, riconducibili ad alcune aree e puntualmente riportati nelle schede di budget:

- *accreditamento istituzionale aziendale e volontario di eccellenza per singole unità operative;*
- *governo clinico con implementazione e monitoraggio di indicatori di processo assistenziale e di esito adottati a livello regionale e nazionale (Programma Nazionale Esiti, Scuola S. Anna di Pisa).;*
- *gestione del rischio clinico;*
- *implementazione e aggiornamento procedure e istruzioni operative del Sistema di Gestione Sicurezza sul Lavoro (SGSL);*
- *percorso attuativo della certificabilità di bilancio volto al miglioramento del sistema di controllo interno;*
- *miglioramento della comunicazione e delle relazioni con gli utenti con monitoraggio per singola Unità Operativa delle segnalazioni/reclami riguardanti gli aspetti relazionali.*

### **Accoglienza Urp**

Anche nell'anno 2021 l'Azienda Ulss 9 Scaligera, secondo quanto previsto dal Regolamento di Pubblica Tutela, adottato con deliberazione n. 454 del 19/05/2017, ha gestito le segnalazioni presentate dagli utenti tramite gli operatori dell'Urp delle sedi di Verona, Legnago, S. Bonifacio e Bussolengo. I dati relativi alle segnalazioni scritte gestite dall'Urp sono stati censiti attraverso il programma gestionale in uso dal 1 gennaio 2020 e, nel report pubblicato sull'intranet aziendale, sono stati analizzati complessivamente, riportando le principali considerazioni di carattere generale.

Anche per l'anno 2021 l'attività svolta dagli operatori delle sedi dell'Urp è stata condizionata dalla situazione di emergenza coronavirus, sia per quanto riguarda la tipologia di utenti che si sono rivolti all'ufficio che per quanto attiene alla tipologia delle richieste e delle criticità da gestire. Tutte le varie fasi che si sono succedute all'interno dell'emergenza pandemica, hanno avuto il relativo picco di reclami: nei primi mesi dell'anno la "corsa" alla vaccinazione, quando le richieste erano quelle di vaccinarsi il prima possibile, magari prioritariamente rispetto alle categorie di volta in volta individuate, poi sono prevalsi i problemi legati al ricevimento dell'esito dei tamponi e al contatto con il contact tracing; quindi nel secondo semestre le problematiche prevalenti sono state correlate all'ottenimento del green pass e delle certificazioni di esenzione dalla vaccinazione.

Come previsto dalle linee guida regionali, dal mese di marzo 2020 in poi l'Urp non ha più ricevuto gli utenti agli sportelli e i contatti sono avvenuti esclusivamente attraverso il

telefono, la posta elettronica e il *form* del sito internet, senza peraltro che questo abbia comportato una riduzione dell'attività svolta. Proprio perché questi canali comunicativi erano già operativi e collaudati, il numero complessivo delle segnalazioni scritte raccolte, censite e trattate, è stato superiore a quello del 2020.

Nel 2021 sono state raccolte, trattate e censite 2.867 segnalazioni di cui 2.408 reclami, 387 apprezzamenti e 72 suggerimenti. Nell'Intranet aziendale è pubblicato il report di analisi riferito all'intero anno 2021. I due report di analisi a cui si rimanda – uno riferito al primo semestre e uno all'intero anno 2021 – analizzano in modo critico le segnalazioni raccolte e l'impatto che la pandemia ha avuto su tutti i servizi offerti dall'Ulss alla popolazione. Proprio per la particolarità delle segnalazioni presentate durante l'anno, nonostante i numeri elevati, i tempi medi di risposta sono stati molto contenuti, con una media di 8,9 giorni.

### **Benessere organizzativo – Indagine sulla qualità percepita**

Nel corso del 2021, nell'ambito del Benessere Organizzativo – Indagine sulla qualità percepita, sono state eseguite le seguenti attività:

- Costante contatto con i referenti del Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP), che nel 2019 avevano coordinato il progetto regionale dell'indagine di clima in collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, per allinearsi alle indicazioni regionali;

- Adozione della DDG 1100 del 31/12/2021 "Provvedimenti in materia di benessere organizzativo – nomina referenti ed approvazione piano triennale dell'AULSS 9 Scaligera". La Delibera prevede l'adozione del piano aziendale triennale 2022-2024 per il benessere organizzativo e l'individuazione dei referenti per ogni singola attività. Uno dei gruppi di lavoro previsti dalla Delibera è "Comunicazione interna e benessere aziendale", che come ambiti di attività prevede "Analisi del benessere interno e definizione azioni di miglioramento".

- Nel Piano formativo del 2022, per rispondere a quanto emerso nell'indagine di clima interno eseguito nel 2019, sono stati inseriti 2 corsi di formazione relativi alla comunicazione:

- 1) "La rete della comunicazione interna per generare il valore di squadra dell'AULSS 9 Scaligera" che risponde alla necessità di aumentare e migliorare la comunicazione interna tra professionisti;

- 2) "La comunicazione interna come strumento di gestione del lavoro nell'unità operativa" per rispondere alla necessità di potenziare la competenza comunicativa degli operatori, da un lato, e dall'altro, di far conoscere i processi organizzativi interni all'azienda.

Con nota del 17/06/2022 Azienda Zero ha coinvolto le Aziende Sanitarie dell'ULSS della Regione Veneto nelle attività relative all'Osservatorio Permanente dell'esperienza dei pazienti e all'Indagine di clima organizzativo. Nell'ambito di tale progetto, sono stati individuati i referenti aziendali che saranno coinvolti in specifici incontri.

## G. UTILIZZO DEI RISULTATI DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE

I vigenti sistemi di misurazione e valutazione hanno rappresentato uno strumento utile per identificare i punti di forza e di debolezza dell'Azienda, permettendo quindi di intervenire con azioni correttive laddove ne fosse emersa la necessità. L'Azienda, in attesa del perfezionamento della verifica da parte degli uffici regionali, sulla scorta dei monitoraggi interni, rileva una buona tenuta delle strutture aziendali rispetto alle performance prefissate, considerato il perdurare del momento di forte transizione e revisione dell'organizzazione aziendale.

L'OIV suggerisce all'Azienda di evidenziare le azioni di miglioramento avviate a fronte di evidenze di reclami/segnalazioni ricevute.

## H. DESCRIZIONE DELLE MODALITA' DI MONITORAGGIO DELL'OIV

Per le fasi di "Avvio del ciclo della Performance e Assegnazione degli obiettivi" e di "Monitoraggio intermedio" l'OIV ha preso visione della documentazione resa disponibile dalla Struttura Tecnica di Supporto.

### Monitoraggio finale

L'OIV ha preso visione della Relazione sulla Performance anno 2021 adottata con Deliberazione Aziendale n. 700 del 30/06/2022 e trasmessa con mail del 30/06/2022 e, ai fini del monitoraggio finale del ciclo della performance, ha verificato a campione alcune schede di budget consuntivate: Dipartimento Chirurgico Ospedale di Legnago: UOC Ortopedia; Dipartimento di Prevenzione: UOC Sanità animale; Servizi Amministrativi: UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali. Sempre a campione, l'OIV ha preso visione di alcune schede di valutazione individuale compilate. Le schede visionate sono conservate agli atti dalla Struttura Tecnica di Supporto.

Gli obiettivi con valore soglia non raggiunti che pesano maggiormente sono quelli relativi ai tetti della spesa farmaceutica, assistenza protesica, assistenza integrativa.

Con riguardo a queste specifiche aree, l'Azienda ha dimostrato l'impegno continuo per rispettare gli standard regionali ed ha individuato fattori correttivi introdotti nel Piano della Performance triennale 2021-2023; i piani di miglioramento tuttavia hanno subito un rallentamento a causa dell'emergenza COVID.

## VALIDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

La validazione da parte dell'OIV della Relazione sulla Performance costituisce:

- ✓ il completamento del *ciclo di gestione della performance*, con la verifica e la conseguente validazione della conformità, comprensibilità e attendibilità dei dati e delle informazioni riportate nella Relazione, attraverso la quale l'Azienda rendiconta i risultati raggiunti (art. 4, comma 2, lettera f del decreto);
- ✓ il punto di passaggio, formale e sostanziale, dal processo di misurazione e valutazione e dalla rendicontazione dei risultati raggiunti, all'accesso ai sistemi premianti (retribuzione di risultato/incentivazione alla produttività). Ai sensi dell'art. 14, comma 6 del decreto, la validazione della Relazione è, infatti, condizione inderogabile per l'accesso agli strumenti per premiare il merito di cui al Titolo terzo del decreto.

L'OIV valida la Relazione a seguito di una puntuale attività di verifica svolta a campione sull'attendibilità dei dati e delle informazioni ivi contenuti.

## **Criteri e modalità di validazione**

Ai fini della validazione, sono presi in considerazione tre ambiti di valutazione.

Il primo ambito riguarda la **Conformità** (*compliance*) della Relazione alle disposizioni del D.Lgs. 150/2009 ed alle indicazioni delle delibere regionali e delle delibere CIVIT/ANAC di riferimento.

Il secondo ambito di validazione è relativo alla **Comprensibilità** della Relazione anche per i cittadini e le imprese, per favorire il controllo sociale diffuso sulle attività e i risultati delle amministrazioni pubbliche (art. 10, comma 1 del d.lgs 150/2009).

Il terzo ambito di validazione riguarda, infine, l'**Attendibilità** dei dati contenuti nella Relazione.

La validazione si articola in due fasi:

- la prima per la verifica della struttura ed i contenuti della Relazione;
- la seconda per la formulazione del giudizio di sintesi, espresso in termini di validato o non validato, basato sulle evidenze e conclusioni raggiunte nel processo di validazione e formalizzato nel **Documento di Validazione**, di cui il presente allegato fa parte integrante.

## **Processo di validazione**

La Relazione sulla performance dell'anno 2021 dell'Azienda ULSS 9 Scaligera è stata approvata con Deliberazione del Direttore Generale n. 700 del 30.06.2022. La relazione è stata trasmessa all'OIV con mail del 30/06/2022.

Come riportato dettagliatamente nei paragrafi da A ad I, l'OIV ha preso atto del funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza ed integrità dei controlli interni, attraverso l'esame dei documenti forniti dall'Azienda.

L'OIV ha in particolare verificato:

- le procedure e i monitoraggi intermedi e finali in ordine al processo di budget dell'Azienda;
- le modalità seguite per la misurazione e la valutazione sia della performance organizzativa (aziendale e di struttura operativa), sia della performance individuale;
- la presenza e l'adeguatezza del ruolo della struttura aziendale di supporto per l'attuazione del ciclo di gestione della performance ed il personale dedicato con le diverse competenze;
- l'esistenza di un sistema informativo aziendale che garantisce la trasmissione tempestiva via web delle informazioni e il monitoraggio degli obiettivi ai vari livelli di responsabilità;
- l'esistenza di un sistema informativo ed informatico che garantisce, da un lato, l'attuazione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità e del Piano triennale per la prevenzione della Corruzione, dall'altro il rispetto degli obblighi di pubblicazione;
- la chiarezza e la comprensibilità della relazione per i diversi stakeholders aziendali.

L'OIV, ha valutato che gli strumenti del sistema di valutazione rispondono ai principi di trasparenza, immediata intelligibilità, veridicità, verificabilità dei contenuti, partecipazione, coerenza interna ed esterna.

In sintesi, l'OIV riconosce che l'Azienda Ulss 9 Scaligera, ha gestito in modo appropriato il *ciclo di gestione della performance* con riferimento all'anno 2021; che la documentazione e la rappresentazione degli elementi rilevanti è migliorata rispetto a quanto emerso nel corso della precedente Relazione relativa all'anno 2020 e che quindi lo stesso è adeguatamente rendicontato nella Relazione sulla Performance - anno 2021, approvata con Deliberazione aziendale n. 700 del 30.06.2022 e trasmessa ai Componenti dell'OIV in data 30/06/2022

Sulla base delle valutazioni sopra riportate, l'OIV **dichiara la relazione validata.**

La documentazione del processo di validazione, compreso quella riguardante le verifiche effettuate a campione di alcuni obiettivi, sono conservate dalla Struttura tecnica di supporto all'OIV.

Verona, 12 Luglio 2022

Il Presidente dell'OIV  
F.TO Dott. Valerio Vergadoro  
