

Azienda ULSS 9 Scaligera

Relazione annuale 2018 dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di Valutazione, Trasparenza e Integrità dei controlli interni

Anno 2018

Sommario

Introduzione.....	3
Premessa	3
A. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	5
B. PERFORMANCE INDIVIDUALE.....	6
C. PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE	7
D. INFRASTRUTTURA DI SUPPORTO	8
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.....	9
F. DEFINIZIONE E GESTIONE DEGLI STANDARD DI QUALITA'	9
G. UTILIZZO DEI RISULTATI DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE	10
H. DESCRIZIONE DELLE MODALITA' DI MONITORAGGIO DELL'OIV	11
VALIDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE	12

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 delibera 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 DPR 105/2016 e del DM 2/12/2016 l’Azienda ha nominato l’OIV dell’AULSS 9 Scaligera e a conclusione della procedura selettiva, sono stati nominati con Deliberazione del Direttore Generale n. 357 del 31.05.2018, quali componenti il Dott. Valerio Vergadoro, il Dott. Sergio Germano ed il Dott. Nicola Mario Iacovino.

Premessa

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 58 del 31/01/2018 è stato approvato il nuovo Atto Aziendale dell’Azienda ULSS9 Scaligera ai sensi della DGRV n. 1306 del 16/08/2017. Pertanto, nel corso dell’anno, l’Azienda ha adottato numerose deliberazioni riguardanti le prime disposizioni organizzative e l’attribuzione di incarichi dirigenziali provvisori in applicazione del medesimo atto. In particolare, nelle more del perfezionamento delle procedure per il conferimento degli incarichi definitivi, l’Azienda ha attribuito incarichi dirigenziali provvisori delle nuove strutture complesse, semplici dipartimentali e semplici previste dal nuovo Atto Aziendale. Tenuto conto che il nuovo assetto organizzativo ha portato ad una razionalizzazione con conseguente disattivazione delle strutture complesse e semplici previste dagli Atti Aziendali delle ex Ulss 20, 21 e 22, sono state adottate Deliberazioni del Direttore Generale riguardanti il Dipartimento di Salute Mentale, il Dipartimento di Prevenzione, i Distretti e il Dipartimento per le Dipendenze. Per quanto riguarda l’Area Ospedaliera, le modifiche organizzative previste dall’Atto Aziendale hanno riguardato esclusivamente le strutture semplici dipartimentali, le strutture semplici, le strutture in Staff alla Direzione Sanitaria e la diversa articolazione dei dipartimenti strutturali e funzionali. Per quanto riguarda le Aree di Staff e dei Servizi Tecnico-Amministrativi, l’Azienda con decorrenza dal mese di febbraio ha disattivato tutte le strutture complesse e semplici a valenza dipartimentale delle tre ex Aziende ed ha attribuito incarichi dirigenziali provvisori come da Deliberazione del Direttore Generale n. 60 del 31/01/2018.

L’Azienda ULSS9 ha inoltre completato il Piano di trasferimento delle Unità Operative e dei Servizi nel nuovo Ospedale di Villafranca con contestuale disattivazione dei medesimi reparti nell’Ospedale di Bussolengo come previsto dalla DGRV 353/2018.

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 2018, 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 2018 adottata da parte dell'Azienda ULSS9 Scaligera con Deliberazione n. 366 del 20.06.2019 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

Con l'approvazione del Piano Triennale della Performance 2018-2020 e Direttive 2018 (Deliberazione del Direttore Generale n. 61 del 31/01/2018), unitamente all'approvazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza per il triennio 2018-2020 (Deliberazione del Direttore Generale n. 62 del 31.01.2018) è stato avviato il ciclo 2018 del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni dell'Azienda ULSS 9 Scaligera (pubblicati sul sito aziendale - Sezione Amministrazione Trasparente).

Il ciclo della performance organizzativa dell'Azienda è stato avviato di fatto con il Piano della Performance per il triennio 2018-2020 e Direttive 2018 adottato con Deliberazione aziendale n. 236 del 12.04.2018 (pubblicato sul sito aziendale - Sezione Amministrazione Trasparente) che ha recepito la DGR 230 del 06.03.2018, che ha fissato gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ULSS del Veneto. Questi documenti sono stati inviati con nota del Direttore Generale prot. n. 70336 del 23.04.2018 a tutti i Direttori di UU.OO.CC. e di UU.OO.SS.DD. come strumento di supporto per la definizione degli obiettivi di budget.

L'OIV prende atto che:

- le attività e le riunioni collegate al Budget si sono svolte in un contesto aziendale in piena trasformazione a seguito dell'adozione del nuovo Atto Aziendale e che la documentazione sopraccitata è stata illustrata e condivisa in più incontri a partire da fine aprile. Il Controllo di Gestione e le Direzioni di Area Funzionale, al fine di garantire il coinvolgimento di tutti i Dirigenti Responsabili delle Unità Operative (anche quelle di nuova istituzione), hanno a volte ritenuto necessario dilazionare la data degli incontri di sottoscrizione delle schede;

- gli obiettivi sono stati presentati nelle diverse sedi a partire dal mese di maggio 2018 con la riunione del Dipartimento di Prevenzione dove sono state discusse le schede di Budget in bozza, la riunione dei Distretti a San Bonifacio in data 19/06/2018, la riunione per gli Ospedali di Bussolengo e Villafranca il 14/06/2018 e a seguire le riunioni con tutti gli altri dipartimenti ospedalieri degli Ospedali di Legnago e di San Bonifacio. La sottoscrizione delle schede delle Unità Operative Ospedaliere è avvenuta prevalentemente a partire dal mese di ottobre in quanto nel frattempo, sono state collegate e abilitate tutte le Unità Operative ad accedere alla reportistica aziendale e alla scheda di budget Web. Nel frattempo il Controllo di Gestione ha garantito incontri formativi per facilitare l'accesso alla procedura informatica;

- da ultimi hanno sottoscritto il budget il Dipartimento di Salute Mentale, il Dipartimento per le Dipendenze e i Servizi Amministrativi e di Staff;

- le schede di budget sottoscritte sono state recepite con Deliberazione n. 816 del 20.12.2018 e 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): 76 schede per l'Area Ospedale, 17 schede per il Distretto, 11 schede per il Dipartimento di

Prevenzione, 5 schede per il Dipartimento Salute Mentale, 4 schede per il Dipartimento per le Dipendenze, 5 schede per i Servizi Professionali Tecnico Amministrativi, 4 schede per i Servizi in Staff alla Direzione Generale e 2 schede per i Servizi in Staff alla Direzione Sanitaria.

Il monitoraggio intermedio è stato garantito a tutte le UU.OO. ospedaliere con cadenza mensile e contemporaneamente l'Azienda ha monitorato gli obiettivi regionali dei Direttori Generali definiti con la DGRV 230/2018 almeno con la cadenza degli incontri regionali ed è stato supportato dai report disponibili nel Data Warehouse regionale.

Il monitoraggio finale è stato avviato con la richiesta di relazione inviata dalla Direzione Generale rispettivamente con note prot. n. 37374 del 04.03.2019, n. 37905 del 05.03.2019 e n. 38099 del 05.03.2019 per l'Area Ospedale. Sono state richieste inoltre la relazione ai Servizi Amministrativi con nota prot. n. 45461 del 15.03.2019, la relazione ai Distretti con nota prot. n. 50334 del 25.03.2019, la relazione al Dipartimento di Prevenzione con nota prot. n. 51318 del 26.03.2019, la relazione al Dipartimento Dipendenze con nota prot. n. 52638 del 27.03.2019 e la relazione al Dipartimento di Salute Mentale con nota prot. n. 52660 del 27.03.2019 (documenti agli atti).

L'UOC Controllo di Gestione ha curato la predisposizione del consuntivo 2018 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 qualitativi 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 2018-2020.

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 2018 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.

- I fondi aziendali per l'anno 2018 sono tuttora provvisoriamente determinati e sono stati approvati con le seguenti deliberazioni:
 - N. 824/2018 per la Dirigenza SPTA
 - N. 832/2018 per la Dirigenza Medico e Veterinaria
 - N. 883/2018 per il Comparto
- L'azienda ha dato applicazione al nuovo CCNL del 21/05/2018 rideterminando i fondi Aziendali del comparto secondo le modalità indicate nel contratto medesimo. L'adeguamento a quanto previsto in materia di valutazione e di premialità dal decreto legislativo n. 150 del 29 ottobre 2009 si è via via perfezionato.
- Gli accordi per la misurazione e valutazione della performance sono stati:
 - sottoscritti con le rappresentanze sindacali dell'area del Comparto, dell'area della Dirigenza SPTA e dell'area della Dirigenza Medica Veterinaria
 - recepiti rispettivamente con le deliberazioni n. 100 del 22/02/2018 (Comparto), n. 638 del 04/10/2018 (Dirigenza SPTA) e n. 843 del 20/12/2018 (Dirigenza Medica Veterinaria). Tali accordi, sinteticamente, hanno integrato e sostituito quanto già previsto nelle tre ex Aziende.
- Il metodo di valutazione prevede la traduzione della prestazione dirigenziale o del comparto in un punteggio. Dal punto di vista delle risorse finanziarie disponibili, la situazione è rimasta praticamente immutata, stante il blocco della contrattazione nazionale ed i relativi vincoli legislativi riguardanti il divieto di incremento dei fondi contrattualmente destinati alla remunerazione delle competenze accessorie.
- I fondi definitivi saranno altresì incrementati per effetto dei risparmi ottenuti dall'attuazione dei Piani di Razionalizzazione relativi all'anno 2017 certificati dalla Regione e dal Collegio Sindacale nell'anno 2018 e pertanto da inserire ad integrazione dei fondi di tale annualità.
- Il processo di valutazione ha interessato n. 5.918 dipendenti. 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 tabella n. 60 della Relazione sulla Performance 2018.
- Le schede regolarmente compilate sono state n° 5.673, di cui n. 5.658 concluse e accettate e n. 15 concluse e non accettate. A tutt'oggi sono pervenuti: un ricorso, una contestazione e una richiesta generica.


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 2018 sono state sintetizzate nella tabella seguente:

CICLO DELLA PERFORMANCE

		2018												2019											
		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																								
2	Elaborazione delle Unee guida Aziendali																								
3	Presentazione delle Linee Guida Aziendali																								
4	Elaborazione, negoziazione e approvazione delle schede di budget																								
5	Verifiche infra-annuali dello stato di avanzamento degli obiettivi																								
6	Monitoraggio WEB degli obiettivi di costo e di attività per le UU.OO. ospedaliere																								
7	Rinegoziazione degli obiettivi																								
8	Monitoraggio finale con verifica del raggiungimento																								
9	Valutazione individuale: compilazione delle schede																								
10	Redazione della Relazione della performance																								
11	Valutazione di processo da parte dell'OIV																								
12	Parere di conformità finale da parte dell'OIV																								
13	Erogazione premialità																								



 ciclo della performance anno 2017
 ciclo della performance anno 2018
 ciclo della performance anno 2019

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. L'Azienda ha adottato formalmente il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2018-2020 con Deliberazione n. 62 del 31.01.2018, pubblicato nel sito internet aziendale.

"Pubblicazione sezione "Amministrazione Trasparente"

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, in adempimento a quanto previsto dalla Delibera ANAC n. 141 del 27.02.2019, in data 10 aprile 2019 ha sottoposto all'OIV la documentazione sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31/03/2019 seguita dall'attestazione da parte dell'OIV pubblicata nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente" sul sito Web istituzionale.

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 2018-2020, i referenti hanno sostanzialmente conseguito un buon livello di adempimento in ordine al PTPCT, grazie ad una piattaforma software dedicata di facile uso, 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;
- 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;
- unificazione e omogeneizzazione a livello provinciale delle infrastrutture, delle procedure per i servizi sanitari territoriali;
- miglioramento della comunicazione e delle relazioni con gli utenti con monitoraggio per singola Unità Operativa delle segnalazioni/reclami riguardanti gli aspetti relazionali.

L'Azienda ha assegnato obiettivi relativi al governo clinico con l'introduzione e il monitoraggio di indicatori di esito adottati a livello regionale e nazionale (Programma Nazionale Esiti, Scuola S. Anna di Pisa).

Accoglienza Urp

Nel 2018 la AULSS 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 nelle sedi di Verona, Legnago e Bussolengo che in totale sono state n. 1368 cui: n. 941 reclami, n. 392 apprezzamenti, n. 30 suggerimenti e n. 5 richieste risarcimento danni (**Allegato**). L'OIV suggerisce all'Azienda di evidenziare nel prossimo report l'andamento temporale storico delle segnalazioni.

Gli Uffici URP hanno proseguito nel lavoro, già avviato negli anni precedenti, di migliorare la comunicazione rivolta ai cittadini ed alle associazioni ed a ridurre il tempo di risposta alle segnalazioni di reclamo pari a circa 31 giorni per l'anno 2018 rispetto ai 60 giorni fissati come standard.

Benessere organizzativo – indagine sulla qualità percepita

Nel 2017 l'Azienda ULSS 9 Scaligera ha partecipato, insieme alle altre Aziende Sanitarie del Sistema Sanitario Regionale, all'indagine di clima organizzativo condotta dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. L'indagine, avendo cadenza biennale, è stata effettuata anche nei mesi di marzo ed aprile 2019 ed i risultati non sono ancora stati comunicati e saranno disponibili a breve. Questa iniziativa si è collocata all'interno del Sistema di valutazione delle performance dei Sistemi sanitari del Network di Regioni aderenti.

Il Sistema di valutazione si compone di sei dimensioni: lo stato di salute della popolazione, la valutazione sanitaria, la capacità di perseguire le strategie regionali, la valutazione della soddisfazione e dell'esperienza dei cittadini, la valutazione della dinamica economica finanziaria e la valutazione interna.

In quest'ultima dimensione si colloca l'indagine di clima organizzativo, che ha la finalità di conoscere l'opinione del dipendente su alcuni aspetti riguardanti l'organizzazione e l'ambiente di lavoro, il rapporto con i colleghi e con i superiori, al fine di migliorarli nel prossimo futuro.

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 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 in forma cartacea e nella intranet aziendale.

Monitoraggio finale

L'OIV ha preso visione della Relazione sulla Performance anno 2018 adottata con Deliberazione Aziendale n. 366 del 20/06/2019 e trasmessa con mail del 24/06/2019 e, ai fini del monitoraggio finale del ciclo della performance, ha verificato a campione alcune schede di budget consuntivate e successivamente, sempre a campione, 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 ad acquisto diretto, dell'assistenza protesica e dell'assistenza integrativa, ai tempi di attesa per gli interventi, il saldo di mobilità extraregionale ed i tassi di consumo di prestazioni specialistiche.

Con riguardo a queste specifiche aree l'Azienda continua ad impegnarsi per rispettare gli standard regionali ed ha individuato fattori correttivi introdotti nel Piano della Performance triennale 2019-2021, investendo risorse per garantire il rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi.

Soddisfa invece il generale miglioramento degli indicatori relativi alla prevenzione, ancorché insufficiente a raggiungere le soglie regionali, e la buona performance registrata con riferimento all'assistenza domiciliare ed agli indicatori del PNE.

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.

Criteria 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 2018 dell'Azienda ULSS 9 Scaligera è stata approvata con Deliberazione del Direttore Generale n. 366 del 20/06/2019. La relazione è stata trasmessa all'OIV con mail del 24/06/2019.

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;

- 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.

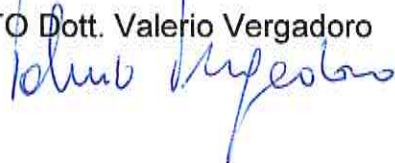
L'OIV, in particolare, ha valutato che gli strumenti del sistema di valutazione rispondono ai principi di trasparenza, immediata intelligibilità, veridicità, verificabilità dei contenuti, partecipazione, coerenza interna ed esterna.

In sintesi, l'OIV riconosce che l'Azienda Ulss 9 Scaligera, ha gestito in modo positivo il ciclo di gestione della *performance* con riferimento all'anno 2018; che la documentazione e la rappresentazione degli elementi rilevanti è migliorata rispetto a quanto emerso nel corso della precedente Relazione relativa all'anno 2017 e che quindi lo stesso è adeguatamente rendicontato nella Relazione sulla Performance - anno 2018, approvata con Deliberazione aziendale n. 366 del 20/06/2019 e trasmessa ai Componenti dell'OIV in data 24/06/2019.

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, 4 Luglio 2019

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




LE SEGNALAZIONI GESTITE ALL'UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO - REPORT ANNO 2018 -

Questo report tratta delle segnalazioni raccolte nel 2018 e gestite secondo quanto previsto dal Regolamento di Pubblica Tutela, adottato nell'Azienda Ulss 9 Scaligera (delibera n. 454 del 19 maggio 2017).

Il processo preso in esame è quello di gestione delle segnalazioni presentate per iscritto dagli utenti all'Urp e rientra nell'attività di rendicontazione e analisi dei dati raccolti, prevista nella procedura aziendale.

Nel report saranno esaminati e commentati i dati raccolti e gestiti dall'Urp attraverso i due diversi archivi in uso: l'archivio regionale di registrazione delle segnalazioni, che nel 2018 è stato aggiornato con l'unificazione dei data base riferiti alle 3 ex Ulss, rendendo di fatto impossibile l'elaborazione di analisi per singolo distretto, e il programma gestionale di cui si è dotato l'Urp dal settembre 2017, attraverso il quale vengono raccolte e gestite le segnalazioni e le richieste di informazioni pervenute dal form presente nel sito web aziendale e quelle raccolte da aprile 2018 con i totem posizionati all'ingresso degli ospedali dell'Azienda.

Per questo motivo le analisi e i commenti saranno quindi solamente di carattere generale e riferite all'intera Azienda.

I numeri riportati possono apparire di modesta rilevanza se comparati con il volume dell'attività e delle prestazioni erogate dai vari servizi ed unità operative, ma l'esperienza ci insegna però che devono comunque essere considerati come dati significativi, in grado cioè di fotografare l'andamento generale con un buon grado di approssimazione, soprattutto laddove le criticità segnalate sono imputabili a carenze di tipo organizzativo.

Questo significa che pochi utenti, i più motivati e reattivi, scrivono per far emergere problematiche che, nella maggioranza dei casi, interessano un numero assai più elevato di persone, riconoscendo con ciò nell'URP il primo punto di riferimento da interpellare, nel bene o nel male, a torto o a ragione.

Non dimentichiamo poi che questi pochi utenti che reclamano apertamente (secondo recenti ricerche dal 3 al 5% degli insoddisfatti) socializzano la propria delusione con molte altre persone, con un effetto a cascata che i canali social contribuiscono ad amplificare in modo esponenziale.

Dati ricavati dall'archivio regionale di registrazione delle segnalazioni

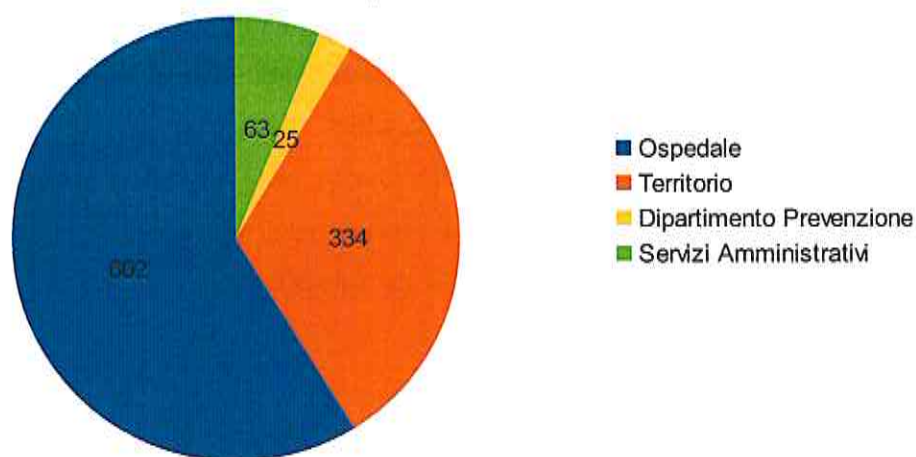
La tabella che segue distribuisce tutte le segnalazioni scritte raccolte nel 2018 nell'Azienda Ulss 9 a seconda delle varie tipologie proposte dallo specifico programma regionale di registrazione.

Tipologia di segnalazioni	n.	%
Reclamo	941	69
Apprezzamento	392	29
Suggerimento	30	2
Richiesta di risarcimento danni	5	0
Totale	1368	100

Una prima considerazione da fare è che una persona su tre tra coloro che hanno scritto non lo ha fatto per lamentarsi, ma per ringraziare gli operatori incontrati, si tratta di un dato positivo, riferito principalmente alle unità operative ospedaliere, sul quale vale la pena di porre l'accento e che non dovrebbe essere messo in ombra, come invece accade, dalla risonanza maggiore che purtroppo sempre hanno le segnalazioni negative.

Il grafico che segue illustra la distribuzione degli aspetti di reclamo scritti nelle segnalazioni secondo la macrostruttura direttamente coinvolta.

Distribuzione dei reclami per macrostruttura interessata



Il dato che emerge è la netta prevalenza delle segnalazioni che coinvolgono le unità operative e i servizi ospedalieri (58% dei reclami presentati).

Si tratta di un dato sicuramente condizionato dal fatto che nel mese di aprile 2018 sono stati posizionati nelle principali strutture ospedaliere i totem per la raccolta delle segnalazioni, come da indicazioni della Regione Veneto.

Questo nuovo canale viene usato dai cittadini che transitano in queste strutture (si sedi ospedaliere) e che si fermano a scrivere sui moduli messi a disposizione.

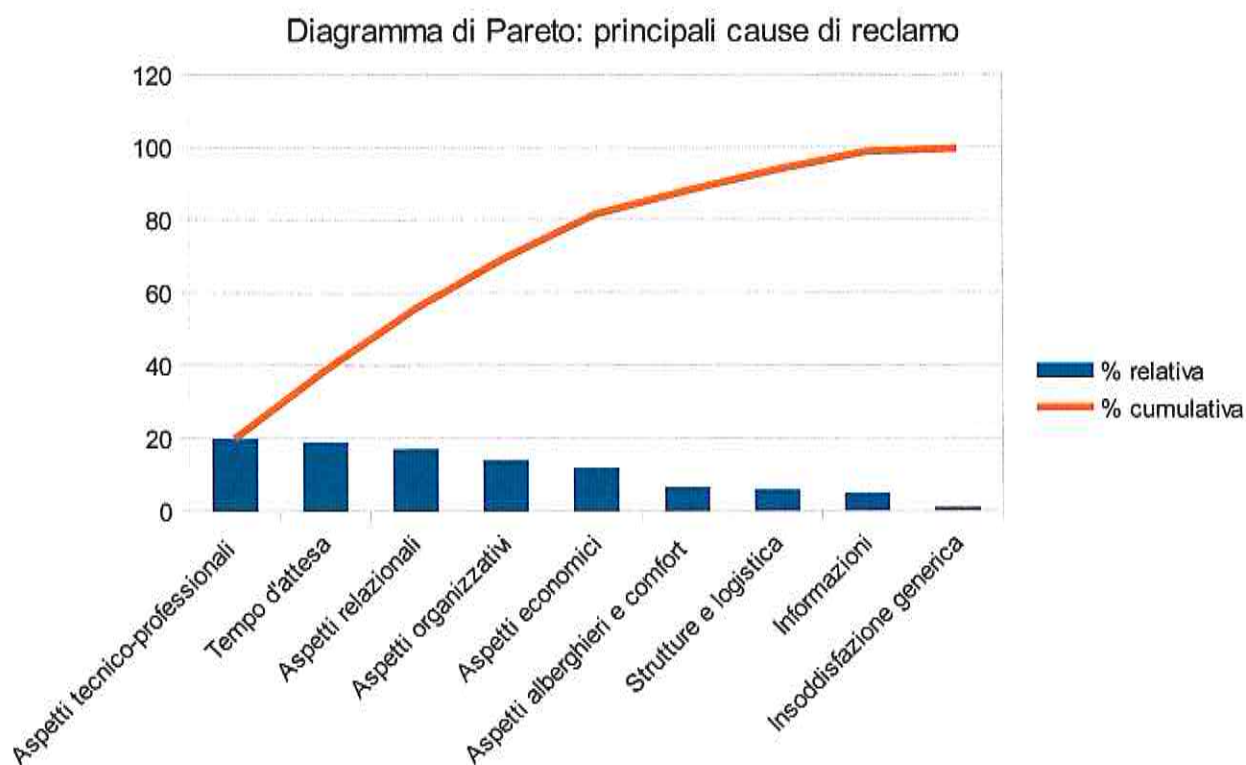
Si tratta di scritti “estemporanei”, provenienti da utenti che spesso restano anonimi, con contenuti spesso poco circostanziati, confusi e anche volgari, in taluni casi si tratta anche di apprezzamenti, spesso altrettanto generici ed approssimativi.

Da aprile a dicembre 2018, le segnalazioni pervenute attraverso questo canale sono state 602.

La tabella seguente distribuisce gli aspetti di reclamo secondo le cause previste dal programma regionale, riportando sia valori percentuali che, nell'ultima colonna, valori assoluti.

Principali cause di reclamo	% relativa	% cumulativa	n.
Aspetti tecnico-professionali	19,85	19,85	208
Tempo d'attesa	18,89	38,74	198
Aspetti relazionali	17,08	55,82	179
Aspetti organizzativi	13,93	69,75	146
Aspetti economici	11,83	81,58	124
Aspetti alberghieri e comfort	6,49	88,07	64
Strutture e logistica	5,82	93,89	61
Informazioni	4,87	98,76	51
Insoddisfazione generica	0,86	99,62	9
Segnalazione impropria	0,29	100	4

Il Diagramma di Pareto mostra come in questo anno l'80% dei reclami è stato determinato da problematiche inerenti agli aspetti tecnico professionali, ai tempi d'attesa, agli aspetti relazionali, organizzativi ed economici.



Come riportato in premessa non è stato possibile evidenziare graficamente e riportare nel dettaglio le differenze tra le principali cause di reclamo riscontrate nei distretti dell'Azienda.

Si può comunque confermare che nei Distretti di Verona Città, dell'Est Veronese e della Pianura Veronese (ex Ulss 20 e 21) il problema segnalato con più frequenza è stato la difficoltà di prenotazione tramite il Cup.

Nel 2018 la gestione delle agende di prenotazione costringeva infatti gli utenti a richiamare più volte per ottenere l'appuntamento, soprattutto in caso di controlli, con i conseguenti evidenti e condivisibili disagi.

Questo problema è strettamente connesso con la situazione di carenza cronica di offerta che si registra per alcune branche specialistiche con conseguenti lunghe liste d'attesa per ottenere le prestazioni ambulatoriali.

Per questi motivi, oltre alle circa 100 segnalazioni registrate negli archivi, gli operatori degli Urp di Verona e Legnago hanno gestito anche più di 1000 richieste di prenotazioni presentate telefonicamente, via e-mail o di persona.

Nel Distretto 4, in particolare nel secondo semestre dell'anno, sono emersi in tutta la loro criticità i problemi principalmente organizzativi correlati all'apertura del nuovo ospedale di Villafranca.

Contemporaneamente, dall'ospedale di Bussolengo sono arrivate numerose rivendicazioni a contenuto "politico" per la conseguente chiusura delle unità operative di ricovero.

Le segnalazioni raccolte con i totem presenti in questi due ospedali sono state 288, quasi la metà di tutte quelle arrivate attraverso questo canale in tutta l'Azienda nel periodo di riferimento.

Dati ricavati dall'archivio aziendale delle segnalazioni raccolte con il form di contatto del sito web

A partire dal mese di settembre 2017 l'Urp si è dotato di un programma di gestione delle segnalazioni che mette in rete gli operatori delle tre sedi di Verona, Legnago e Bussolengo, e nel quale confluiscono le segnalazioni e le richieste di informazioni presentate dagli utenti attraverso il form dedicato inserito nel sito internet aziendale.

Questo nuovo canale si sta dimostrando la principale via di comunicazione tra i cittadini e l'Urp dell'Azienda. Anche grazie alla sua semplicità di utilizzo, il numero di utenti che lo ha utilizzato è andato progressivamente aumentando, in modo direttamente proporzionale all'intensificarsi degli accessi sul nuovo sito internet.

Nel 2018 attraverso il form di contatto gli utenti hanno presentato circa 700 richieste di informazioni e altrettante segnalazioni.

I dati ci confermano che questo strumento risulta agevole e di facile utilizzo per gli utenti, oltre che un prezioso strumento di lavoro in grado consentire la gestione centralizzata e uniforme di tutte le segnalazioni che arrivano dal vasto territorio dell'Azienda Ulss 9.

Da sottolineare anche la migliore qualità delle segnalazioni raccolte rispetto agli altri canali in uso: il form infatti guida gli utenti all'inserimento delle principali informazioni necessarie per avviare l'istruttoria e disincentiva il reclamo anonimo.

Considerazioni finali

Per capire come sia diventato sempre più complesso gestire il processo di gestione del reclamo e quali nuove competenze sono ora richieste, vale la pena fare una riflessione anche in merito alla molteplicità e varietà di canali che negli ultimi tempi sono stati attivati e messi a disposizione degli utenti per la presentazione delle segnalazioni.

Di pari passo con lo sviluppo e la pervasività nella vita quotidiana dei social media, anche l'atto di presentare una segnalazione si è evoluto (a volte sarebbe meglio dire involuto), sia nella scelta del canale comunicativo che nella scelta del linguaggio adottato per reclamare.

Oltre ai percorsi consueti di presentazione delle segnalazioni che l'Urp da sempre gestisce a livello aziendale, sempre più spesso gli utenti si rivolgono in prima battuta (di solito per e-mail) ai referenti politici e tecnici della Regione, con aspettative, richieste e toni ovviamente diversi.

Il Numero Verde regionale, appositamente istituito, è uno di questi canali, al quale nel primo semestre del 2018 sono state presentate 76 segnalazioni provenienti da utenti dell'Azienda Ulss 9 (il 23% di tutte quelle gestite da questo sportello regionale nel periodo di riferimento).

Ma gli utenti si rivolgono direttamente anche al Presidente e all'Assessore alla Sanità regionali con richieste e segnalazioni che anche in questo caso vengono girate alla Direzione Aziendale e poi all'Urp.

Dal punto di vista dell'utente questo proliferare di canali di comunicazione con le istituzioni viene letto come indice di attenzione ai bisogni dei cittadini, come garanzia di tutela dei diritti, come fattore di trasparenza.

Quello che deve essere garantito è la gestione coordinata tra i vari percorsi, in modo da trasmettere risposte univoche e coerenti, nel rispetto dei diritti di tutti i cittadini.

Altre considerazioni vanno fatte invece circa l'uso dei social come canale ove riportare le proprie vicissitudini e le proprie considerazioni, esibendo dati sensibili ad uso e consumo di tutti, innescando l'effetto virale che le notizie della categoria "malasanità" assicurano sempre.

In questi casi l'unica possibilità per gestire le segnalazioni è riportare la discussione nel campo previsto dal Regolamento di Pubblica Tutela, che deve rappresentare ancora il principale strumento di garanzia e tutela nei confronti dei cittadini, spazio di confronto, di verifica e di miglioramento.

Replicare e controbattere sul terreno dei social, magari precipitosamente come lo strumento vorrebbe, quasi mai serve per spiegarsi e farsi capire, contribuisce invece ad alimentare anziché sopire la polemica sterile e non consente quasi mai di tutelare i diritti delle persone.

È comunque necessario realizzare che questa è la nuova frontiera della comunicazione, con cui bisogna fare i conti, con tutte le criticità e le potenzialità che presenta; una sfida da affrontare per essere al passo con i tempi, anche proprio nel senso concreto dei tempi rapidissimi nei quali le persone sono abituate a ricevere il feed-back alle loro comunicazioni. Tempi che cozzano oggettivamente con quelli necessari per capire, verificare e lasciar sedimentare i problemi.

Per le richieste di informazioni l'Urp riesce a garantire una risposta quasi in tempo reale, al massimo entro 2/3 giorni.

Altra invece la misura dei tempi necessari per dare risposta ai reclami, che vanno gestiti secondo quanto previsto dall'istruttoria: nel 2018 il tempo medio di risposta alle segnalazioni è stato di 31 giorni, abbondantemente entro i 60 giorni dichiarati nel Regolamento di Pubblica Tutela.