

Azienda ULSS 9 Scaligera

Relazione annuale 2017 dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di Valutazione, Trasparenza e Integrità dei controlli interni

Anno 2017

Sommario

A. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA.....	4
B. PERFORMANCE INDIVIDUALE.....	7
C. PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE.....	8
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'.....	10
G. UTILIZZO DEI RISULTATI DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE	11
H. DESCRIZIONE DELLE MODALITA' DI MONITORAGGIO DELL'OIV	12
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.

Ciò ha comportato la decadenza degli OIV nominati nelle tre ex aziende ULSS 20, 21 e 22 che hanno concluso il ciclo della performance delle rispettive aziende per l’anno 2016.

Pertanto, in applicazione del DPR 105/2016 e del DM 2/12/2016 l’azienda ha ritenuto di costituire un nuovo OIV e a conclusione della procedura selettiva, sono stati nominati con Deliberazione del Direttore Generale n. 357 del 31.05.2018, quali nuovi componenti il Dott. Valerio Vergadoro, il Dott. Sergio Germano ed il Dott. Nicola Mario Iacovino. Si pone in evidenza che l’OIV è convocato per la prima riunione in data 05/07/2018.

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 2017, 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 Relazione integrata dell'OIV è redatta esclusivamente a partire dalle informazioni e dalle evidenze acquisite con la collaborazione della Struttura Tecnica di Supporto in quanto l'OIV è stato nominato il 31/05/2018.

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 da parte dell'Azienda 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).

L'OIV prende atto che:

A. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Con l'approvazione del Piano Triennale della Performance 2017-2019 (Deliberazione del Direttore Generale n. 70 del 31/01/2017), unitamente all'approvazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza per il triennio 2017-2019 (Deliberazione del Direttore Generale n. 72 del 31.01.2017) è stato avviato il ciclo 2017 del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni dell'Azienda ULSS 9 Scaligera (pubblicati sul sito aziendale -Sezione amministrazione trasparente).

L'avvio operativo del processo riguardante la performance organizzativa dell'Azienda è coinciso con l'aggiornamento del Piano della Performance per il triennio 2017-2019 e Direttive 2017 adottato con Deliberazione aziendale n. 339 del 20.04.2017 a recepimento della DGR 246 del 7.03.2017, che ha fissato gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende UISS del Veneto (pubblicato sul sito aziendale-Sezione amministrazione trasparente).

Tale processo è stato effettuato, tenendo comunque presenti le specificità aziendali delle ex Aziende ULSS 20, 21 e 22, nell'ambito di un percorso di omogeneizzazione di processi e procedure di pianificazione, programmazione e controllo di gestione tra le aziende sanitarie territoriali della provincia di Verona. Nel frattempo il documento è stato illustrato all'incontro del Collegio di Direzione tenutosi in data 10/04/2017 (allegato 1).

Gli obiettivi definiti per ogni Unità Operativa Complessa/Unità Operativa Semplice a valenza Dipartimentale (UOC/UOSD), sono stati presentati, discussi, concordati e sottoscritti dai responsabili di struttura, dai rispettivi Direttori delle articolazioni aziendali e per la parte di propria competenza, dal Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo e Direttore dei Servizi Socio-Sanitari in numerosi incontri calendarizzati nel secondo e terzo trimestre 2017 (mail/note di convocazione agli atti) ed estesi al Direttore di Dipartimento, al Coordinatore dell'UOC e dell'UOC Professioni Sanitarie.

Il documento utilizzato per la negoziazione è la "scheda di budget". Le schede di budget sottoscritte sono state recepite con Deliberazione n. 933 del 09/11/2017 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 (UOSVD): 77 schede per l'Area Ospedale, 29 schede per il Distretto, 21 schede per il Dipartimento di Prevenzione, 7 schede per il Dipartimento Salute Mentale, 24 schede per Servizi Professionali Tecnico Amministrativi.

Dalla data riportata in tutte le schede si evince che nel mese di giugno sono state sottoscritte tutte le schede del Dipartimento di Prevenzione. Tra i mesi di giugno e luglio 2017 sono state sottoscritte tutte le schede dell'Ospedale di Legnago. Tra agosto e settembre sono state sottoscritte le schede dell'Ospedale di San Bonifacio/Marzana, dei Distretti, dell'Ospedale di Bussolengo/Malcesine/Isola della Scala e del Dipartimento di Salute Mentale. Da ultime, a seguito della riorganizzazione della funzione amministrativa conseguente alla fusione, sono state discusse e sottoscritte le schede dei Servizi Tecnici Amministrativi. Pertanto, entro il mese di settembre sono state sottoscritte l'80% delle schede di budget arrivando al 100% con la prima settimana di ottobre .

Lo slittamento dei tempi di negoziazione e sottoscrizione del Budget è una conseguenza, oltre che della nuova dimensione aziendale (oltre 150 schede negoziate e sottoscritte), anche della decisione della Direzione Generale di realizzare comunque sin da subito, e quanto più possibile, processi omogenei e condivisi, come si evince dalla Relazione sulla Performance anno 2017 adottata con deliberazione del Direttore Generale n. 453 del 28/06/2017. Ciò ha significato impiegare alcune settimane per individuare ed estendere gli strumenti operativi necessari partendo da situazioni molto eterogenee.

In particolare, come illustrato dal Direttore dell'UOC Controllo di Gestione Dr.ssa Graziana Aguzzi nel corso della riunione, per quanto riguarda le schede di budget della funzione ospedaliera l'azienda ha deciso di allineare le tre realtà aziendali confluite nell'Azienda Ulss 9 Scaligera, estendendo il data warehouse del Controllo di Gestione dell'ex Ulss 21 adeguando il sistema informativo con l'integrazione dei dati di attività e costi delle tre ex aziende. Pertanto, ad oggi è stata aggiornata la struttura aziendale dei Centri di responsabilità e di costo, sono state attivate due postazioni presso i Controlli di Gestione di Verona e di Bussolengo per la gestione della reportistica e delle schede di budget. In progress, a breve saranno collegati al sistema anche i Direttori delle UOC ospedaliere di tutta la Scaligera per la visualizzazione della reportistica e del monitoraggio infra annuale della scheda di budget.

Il monitoraggio intermedio ha previsto una fase di rinegoziazione nei mesi di novembre per tutte le Unità Operative. Le schede di Budget eventualmente riviste sono state nuovamente sottoscritte (84 schede di budget rinegoziate). In particolare:

- ai Direttori di Unità Operativa dell'Area Ospedale, con nota prot. n. 174597 del 09.11.2017 (documenti agli atti), sono state richieste le informazioni relative allo stato di avanzamento al III° trimestre per i soli obiettivi qualitativi in quanto il monitoraggio degli obiettivi quantitativi viene garantito con l'aggiornamento mensile mediante la "scheda di Budget di monitoraggio infrannuale" consultabile via web. Anche per queste Unità Operative la Direzione ha comunicato la possibilità di rinegoziare gli obiettivi della scheda come da procedura aziendale;
- ai Direttori di Unità Operativa del Dipartimento Area Prevenzione, con nota prot. n. 179728 del 17.11.2017 (documenti agli atti), e ai Direttori di Unità Operativa del Distretto Socio Sanitario, del Dipartimento di Salute Mentale e del Dipartimento delle Dipendenze, con nota prot. n. 179931 del 17.11.2017, sono (documenti agli atti), state richieste le informazioni relative allo stato di avanzamento al III° trimestre e dato la possibilità di rinegoziare gli obiettivi anche per l'anno 2017;
- inoltre anche ai Direttori delle Unità Operative/Servizi Amministrativi, con mail del Direttore Amministrativo del 05.12.2017 (documenti agli atti), è stata data la possibilità di rinegoziare gli obiettivi.

Contemporaneamente l'Azienda ha monitorato gli obiettivi regionali dei Direttori Generali definiti con DGRV 246/2017. Il monitoraggio ha seguito la cadenza degli incontri regionali ed è stata supportata dai report disponibili nel Data warehouse regionale.

Il monitoraggio finale è stato avviato con la richiesta di relazione illustrativa inviata dalla Direzione dell'Azienda rispettivamente con note prot. n. 46050, n. 46084 e n. 46098 del 14.03.2018 per l'Area Ospedale. Sono state richieste inoltre la relazione al Dipartimento di Prevenzione, con nota prot. n. 52615 del 22.03.2018, la relazione al Dipartimento Dipendenze, con nota prot. n. 55302 del 27.03.2018, la relazione al Dipartimento di Salute Mentale, con nota prot. n. 56704 del 29.03.2018, le relazioni ai Distretti e al Servizio Farmaceutico Territoriale con note prot. n. 85376 e n. 85401 del 16.05.2018. Infine con nota prot. n. 90886 del 28.05.2018 è stata richiesta la relazione ai Servizi Amministrativi (documenti agli atti).

L'UOC Controllo di Gestione ha curato la predisposizione a consuntivo delle verifiche sulla base delle risultanze derivanti dall'elaborazione delle relazioni, dei dati di attività, costo e dei flussi informativi aziendali. Mentre per gli indicatori qualitativi e le eventuali motivazioni a supporto degli scostamenti rilevati, la Direzione Generale ha richiesto ai Direttori di Unità Operativa Complessa e Semplice a valenza dipartimentale di relazionare in merito al grado di conseguimento degli obiettivi. I Direttori di Struttura hanno valutato il raggiungimento di tutti gli obiettivi e visto le schede di budget consuntivate.

Questa fase di autovalutazione dell'Azienda è stata conclusa per tutte le Unità Operative del Presidio Ospedaliero, del Distretto Socio Sanitario, del Dipartimento di Prevenzione, del Dipartimento Servizi tecnico-amministrativi, trovando coerenza con quanto previsto nel cronoprogramma del Piano Performance 2017-2019.

B. PERFORMANCE INDIVIDUALE

Come si evince dalla Relazione, il processo di valutazione annuale ai fini della performance individuale 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), 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 2017 ha riguardato tutto il personale dipendente, dirigente e non, in servizio nel periodo per espressa indicazione della Regione Veneto.

La scheda di valutazione è stata sottoscritta dal valutatore e dal valutato per presa visione garantendo così la partecipazione del valutato nella fase della formulazione della proposta di valutazione da parte del valutatore, anche attraverso la comunicazione ed il contraddittorio. Il valutato ha potuto esprimere formalmente, in apposito spazio sulla scheda di valutazione, le proprie considerazioni in merito alla valutazione effettuata.

Gli esiti della valutazione effettuata tramite schede individuali di valutazione, unitamente all'esito della valutazione degli obiettivi assegnati al Servizio, concorrono a definire il riconoscimento economico spettante al singolo dipendente.

Per quanto riguarda i fondi relativi all'anno 2017, pur essendo le tre ex aziende ULSS 20, ULSS 21 e ULSS 22 confluite nell'unica Azienda Ulss 9 Scaligera, gli stessi sono rimasti separati così come la gestione della valutazione delle performance individuale.

Per questo motivo nella Relazione sulla Performance 2017 sono state riportate distintamente le metodologie seguite e l'attività posta in essere nelle tre ex aziende (accordi decentrati vigenti agli atti):

- per la ex 20 gli accordi contrattuali applicati sono stati quelli del 08 giugno 2000 "Contratto Collettivo Integrativo e Concertazione CCNL dell'Area dirigenza medica e veterinaria - 20/02/2008", 08 giugno 2000 "Contratto Collettivo Integrativo e Concertazione" per la dirigenza SPTA e 01 luglio 2004 "Contratto Collettivo Integrativo e Concertazione CCNL del Comparto Sanità";

- per la ex 21 con deliberazione n. 295 del 17/06/2016 sono stati recepiti in Azienda gli accordi per la performance individuale sottoscritti con le rappresentanze sindacali rispettivamente dell'Area della dirigenza medica e veterinaria e Comparto in data 04/05/2016 e dell'Area della dirigenza SPTA in data 17/05/2016;

- per la ex 22 gli accordi contrattuali applicati sono stati quelli approvati con deliberazione n. 426 del 11/08/2010 per la Dirigenza Medica e Dirigenza SPTA e con deliberazione n. 291 del 16/07/2009 per il Comparto e successive modifiche ed integrazioni.

Dal punto di vista delle risorse disponibili, dalla Relazione sulla Performance (paragrafo 3.2) emerge che 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.

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 2017 sono state sintetizzate nella tabella seguente:

CICLO DELLA PERFORMANCE

		2017											2018									
		gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set
1	Elaborazione e pubblicazione del Piano delle performance	■			■																	
2	Elaborazione del Documento delle Direttive				■																	
3	Presentazione del Piano delle performance				■																	
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 2016

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 dell'Azienda, rivolti sia ai singoli Responsabili di Dipartimento e di Struttura e Coordinatori. 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;
- 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

L'Azienda ha confermato il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza Dott. Franco Margonari, anche per l'anno 2017 con Deliberazione del Direttore Generale n. 7 del 02.01.2017. L'Azienda ha adottato formalmente il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2017-2019 con Deliberazione n. 72 del 31.01.2017 e pubblicato nel sito internet aziendale. Con delibera 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.

“Pubblicazione sezione “Amministrazione Trasparente”

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, in adempimento a quanto previsto all'art. 1, c. 14, della legge n. 190 del 2012, con mail prot. n. 18654 del 31.01.2018 ha trasmesso alla Struttura Tecnica di Supporto la relazione sull'attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza anno 2017 pubblicata nell'apposita sezione “Amministrazione Trasparente” sul sito Web istituzionale.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, Dott.ssa Francesca Lazzarotto, in attesa della nomina dell'OIV, presso l'Azienda ULSS n. 9 Scaligera ha effettuato, ai sensi dell'art. 14, co. 4, lett. g), del d.lgs. n. 150/2009 e delle delibere ANAC n. 1310/2016 e n. 141/2018, la verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 – Griglia di rilevazione al 31 marzo 2018 della delibera n. 141/2018 (pubblicati sul sito aziendale-Sezione Amministrazione

trasparente), come si evince dalla consultazione del sito aziendale-Sezione Amministrazione Trasparente.10

L'Azienda ha assegnato obiettivi di budget relativi all'attuazione dei Piani soprariportati e come da relazione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza i referenti hanno trasmesso le rispettive relazioni che con riferimento alla fase di realizzazione del PTPCT 2017-2019 hanno sostanzialmente evidenziato un buon livello di adempimento in ordine al PTPCT, grazie ad una piattaforma software dedicata di facile uso, che all'impegno da parte dei Servizi e 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'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.
- Informatizzazione dei profili orari del comparto e della rilevazione presenze per le unità operative ospedaliere.

Nel 2017 l'Azienda ha individuato, oltre alle aree di miglioramento tradizionalmente presenti nella programmazione annuale, un importante obiettivo di omogeneizzazione a livello provinciale delle infrastrutture, delle procedure/ processi amministrativi e dei servizi sanitari territoriali delle aziende sociosanitarie della provincia di Verona a seguito della fusione che si è concretamente realizzata dal 01/01/2017. 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), gli strumenti e i progetti di miglioramento dei diversi momenti di interfaccia con gli utenti: consenso informato, risposta alle segnalazioni di disservizio, semplificazione e automazione delle funzioni di front-office.

Inoltre sono stati assegnati obiettivi specifici individuati dalle singole unità operative

ACCOGLIENZA URP

Nel 2017 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. 1476 di cui: n. 974 reclami, n. 486 apprezzamenti, n. 13 suggerimenti e n. 3 richieste risarcimento danni (Allegato 2).

Gli Uffici URP delle tre sedi hanno proseguito nel lavoro, già avviato negli anni precedenti, di migliorare la comunicazione rivolta ai cittadini e alle associazioni ed a ridurre il tempo di risposta alle segnalazioni di reclamo pari a circa 30 giorni per l'anno 2017 rispetto ai 60 giorni fissati come standard.

BENESSERE ORGANIZZATIVO – INDAGINE SULLA QUALITA' 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 e l'indagine, avendo cadenza biennale, sarà effettuata nuovamente nel 2019. 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 delle 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

Le principali priorità aziendali individuate e indicate nel documento di programmazione triennale a scorrimento annuale sono riconducibili alle seguenti aree:

- **Area della sostenibilità economico-finanziaria** con obiettivi che perseguono l'equilibrio economico-finanziario e il rispetto della programmazione regionale sui costi (obiettivi regionali da A1 a A3);
- **Area di rispetto dei tempi massimi di attesa** con obiettivi che perseguono standard relativi al Pronto Soccorso, al tempo di attesa per interventi chirurgici oncologici e alle prestazioni di specialistica ambulatoriale (prima visita o primo accesso per prestazioni specialistiche) (obiettivi regionali da B1 a B3) ;
- **Area della erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA)** con obiettivi relativi al mantenimento dei livelli prestazionali e di attività raggiunti nel corso degli anni precedenti e aggiornamento coerente con gli indirizzi di programmazione socio-sanitaria regionale attinenti i livelli essenziali di assistenza per la prevenzione, l'assistenza ospedaliera ; la continuità ospedale-territorio, la specialistica (obiettivi regionali da C1 a C5);
- **Area attuazione L.R.19/2016 e Sanità Digitale** con obiettivi di qualità dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario in riferimento ai beni sanitari, alla residenzialità extra-ospedaliera e alle Cure Primarie, implementazione dell'informatizzazione aziendale (il Fascicolo Sanitario Elettronico), di dematerializzazione del ciclo prescrittivo.
- **Due macro obiettivi di attuazione della L.R.19/2016:**
 - Definizione dei nuovi Atti Aziendali

- Piano di Razionalizzazione della spesa 2017-2019.

A seguito del monitoraggio degli obiettivi strategici aziendali effettuato dalla Regione Veneto è stata data evidenza della sostanziale capacità dell'Azienda di far fronte agli obiettivi di tipo organizzativo, sanitario e relativamente ai debiti informativi.

Dalla rendicontazione degli obiettivi per l'anno 2017 l'azienda ritiene mediamente soddisfacenti i risultati conseguiti dalle strutture aziendali rispetto alle performance prefissate considerato il momento di forte transizione e revisione dell'organizzazione aziendale.

Sono chiaramente individuati gli obiettivi con valore soglia non raggiunti che pesano maggiormente e che sono relativi ai tetti della spesa farmaceutica, dell'assistenza protesica e dell'assistenza integrativa, agli standard della prevenzione (Vaccinazioni e screening), ai tempi di attesa del pronto soccorso e dell'erogazione delle prestazioni specialistiche.

Con riguardo a queste specifiche aree l'Azienda ha individuato fattori correttivi introdotti nel piano delle performance triennale 2018-2020.

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 prende 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 2017 adottata con Deliberazione Aziendale n 453 del 28/06/2018 e trasmessa con mail del 03/07/2018 e, ai fini del monitoraggio finale del ciclo della performance, ha preso visione a campione delle schede di budget consuntivate e successivamente, sempre a campione, delle schede di valutazione individuale compilate. Le schede visionate sono conservate agli atti dalla Struttura Tecnica di Supporto.

In conclusione le attività di monitoraggio svolte dall'OIV hanno evidenziato una sostanziale conformità del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni della AULSS 9 Scaligera a quanto disposto dalla normativa in materia. In particolare, si è riscontrata l'approvazione formale del Piano della Performance, il corretto avvio del ciclo, l'effettiva e corretta assegnazione degli obiettivi organizzativi e individuali attraverso "schede di budget" negoziate, effettivo svolgimento delle fasi di monitoraggio intermedio e finale. Anche l'applicazione degli strumenti di valutazione della performance individuale attraverso "schede di valutazione individuale" risulta complessivamente adeguata.

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 un'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 e alle indicazioni delle delibere regionali e delle delibere CIVIT 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 2017 dell'Azienda ULSS 9 Scaligera è stata approvata con Deliberazione del Direttore Generale n 453 del 28/06/2018 La relazione è stata trasmessa all'OIV con mail del 03/07/2018.

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 proceduralità e i monitoraggi intermedi e finali in ordine al processo di budget dell'Azienda ULSS 9 Scaligera;
- 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 e 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.

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 2017 e che lo stesso è adeguatamente rendicontato nella Relazione sulla performance - anno 2017, approvata con Deliberazione aziendale n. 453 del 28/06/2018 e trasmessa ai Componenti dell'OIV in data 03/07/2018.

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

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

Verona, 5 Luglio 2018

Il Presidente dell'OIV

F.TO Dott. Valerio Vergadoro



UOC AFFARI GENERALI

Prot. n. 53217Verona, 04 APR. 2017Oggetto: **Convocazione Collegio di Direzione**

Al Direttore Amministrativo dott. Giuseppe Cenci
Al Direttore Sanitario dott.ssa Denise Signorelli
Al Direttore dei Servizi Sociali dott. Raffaele Grottola

Al Coordinatore dei Direttori del Distretto n. 1
dott. Paolo Costa
Al Coordinatore dei Direttori del Distretto n. 2
dott. Roberto Borin
Al Coordinatore dei Direttori del Distretto n. 3 e n. 4
dott. Dario Zanon

Al Direttore della Funzione Ospedaliera:
Ospedale di S. Bonifacio dott.ssa Diana Pascu,
Ospedale di Legnago dott. Mauro Bertassello
Ospedale di Bussolengo dott. Paolo Montresor

Al Direttore del Dipartimento di Prevenzione
dott. Luciano Marchiori

Al Direttore del Dipartimento Strutturale:
Area Medica:
Ospedale di S. Bonifacio dott. Claudio Capra
Ospedale di Legnago dott. Maurizio Azzurro
Ospedale di Bussolengo dott. Emanuele Carbonieri

Area Chirurgica:
Ospedale di S. Bonifacio dott. Gian Maria Giulini
Ospedale di Legnago dott. Paolo Bordin
Ospedale di Bussolengo dott. Giuseppe Pecoraro

Area Materno Infantile:
Ospedale di S. Bonifacio dott. Mauro Cinquetti
Ospedale di Legnago dott. Pietro Catapano
Ospedale di Bussolengo dott. Alberto Dall'Agnola

Area Servizi di diagnosi e cura:
Ospedale di S. Bonifacio dott. Romano Colombari
Ospedale di Legnago dott. Antonio Conti



Ospedale di Bussolengo dott.ssa Loredana Martinelli

Al Direttore del Dipartimento di Urgenza ed Emergenza:
Ospedale di S. Bonifacio dott. Giuseppe Castellano,
Ospedale di Legnago dott. Giorgio Morando
Ospedale di Bussolengo dott. Sergio Faggion

Al Direttore del Dipartimento di Salute Mentale
dott. Giuseppe Imperadore

Al Direttore del Dipartimento delle Dipendenze
dott. Raffaele Ceravolo

Al Direttore del Servizio delle Professioni Sanitari
dott.ssa Maria Grazia Cengia

Al Rappresentante dei Medici convenzionati:
ex Ulss n. 20 dott. Lorenzo Adami
ex Ulss n. 21 dott. Claudio Marafetti

Al Coordinatore dell'Area Gestione Risorse Umane
dott.ssa Antonella Vecchi

Al Coordinatore dell'Area Controllo di Gestione Qualità
dott.ssa Graziana Aguzzi

Loro Sedi

Il Collegio di Direzione, di cui all'art. 17 del D. Lgs 30.12.1992 n. 502 e s.m.i. e all'art. 31 della L.R. n. 19 del 25/10/2016 e alla Delibera n. 206 del 16/03/2017, è convocato presso la sede di Via Valverde n. 42 – 2° piano – il giorno

LUNEDI' 10 APRILE 2017 – ORE 14.30

L'ordine del giorno è il seguente:

1. Individuazione dei profili di Direttori di U.O.C. per attivazione delle procedure selettive, autorizzate dalla Regione Veneto, per gli incarichi di:
Direttore U.O.C. di Medicina Ospedale di Legnago
Direttore U.O.C. di Nefrologia Ospedale di Legnago;




2. Individuazione dei Componenti, titolare e supplente, della Commissione esaminatrice dei concorsi pubblici, per titoli ed esami, per la copertura di
n. 1 posto di Collaboratore Professionale Sanitario Ortottista (cat. D)
n. 1 posto di Collaboratore Professionale Sanitario Assistente Sanitario (cat. D);
3. Verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi anno 2016;
4. Nuovi obiettivi anno 2017 D.G.R.V. n- 246/2017;
5. Varie ed eventuali.

Distinti saluti.

IL DIRETTORE GENERALE
dott. Pietro Girardi

U.O.C. Affari Generali
Responsabile f.f.: dott. G. Gatti
Tel: 045/8076118 – fax: 045/8075640
e_mail: affari.general@ulss20.verona.it

<p>REGIONE DEL VENETO</p>  <p>ULSS9 SCALIGERA</p>	<p><i>Azienda ULSS 9 - Scaligera</i></p> <p>Sede Legale Via Valverde, 42 – 37122 Verona cod.fisc. e P. IVA 02573090236</p>
---	--

LE SEGNALAZIONI PRESENTATE ALL'UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO - REPORT ANNO 2017-

Questo report tratta delle segnalazioni raccolte dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico (Urp) nell'anno 2017 e gestite secondo quanto previsto dal Regolamento di Pubblica Tutela, adottato dall'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, attività di cui si occupano i tre Urp presenti nelle sedi "storiche" delle 3 ex Aziende Ulss che si sono unite per dare origine all'Ulss 9 Scaligera, Verona, Legnago e Bussolengo.

In questo report si analizzano, comparano e commentano i dati confrontabili e cioè le segnalazioni, sia positive che negative, gestite dall'Urp e registrate nell'archivio regionale dedicato, in modo da ottenere una prima fotografia della realtà dell'Azienda Ulss 9 dal punto di vista delle criticità e delle eccellenze fatte emergere per iscritto dai suoi utenti.

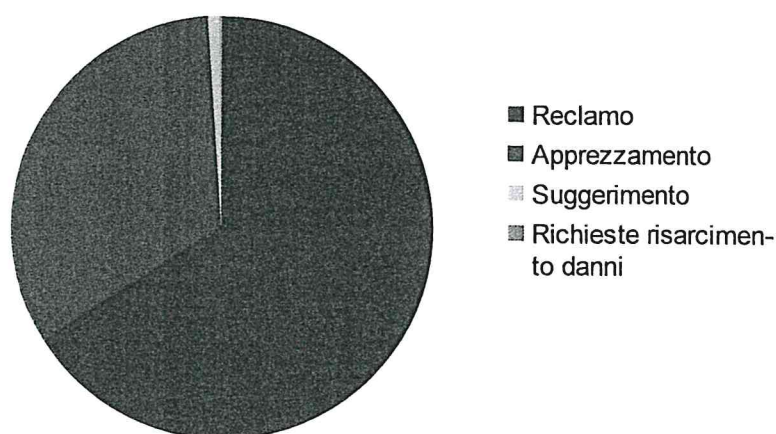
Quello che risulterà evidente è che la storia dei tre diversi Uffici riflette le peculiarità territoriali in cui da anni si sono trovati ad operare, il contesto culturale, economico, sociale di riferimento. Ne conseguono quasi inevitabilmente come vedremo, diversità più o meno marcate nella tipologia e nella frequenza delle segnalazioni raccolte e censite dalle tre sedi dell'Urp.

I numeri riportati possono apparire quasi insignificanti se comparati con il volume dell'attività e delle prestazioni erogate dai vari servizi ed unità operative dell'Azienda. 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 interessano un numero elevato di persone, riconoscendo nell'Urp il primo punto di riferimento da interpellare, nel bene o nel male, a torto o a ragione.

La tabella e il grafico che seguono distribuiscono tutte le segnalazioni raccolte nell'intero anno 2017 nell'Azienda Ulss 9 a seconda delle varie tipologie proposte dallo specifico programma regionale di registrazione.

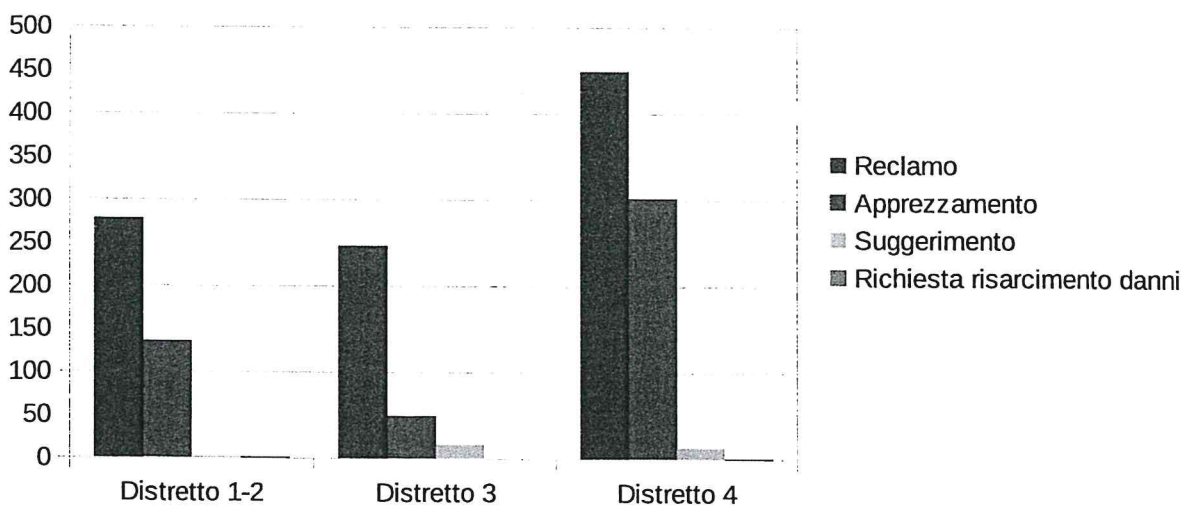
TIPOLOGIA DI SEGNALAZIONI	n.	%
Reclamo	974	66
Apprezzamento	486	32,93
Suggerimento	13	0,87
Richiesta risarcimento danni	3	0,2
TOTALE	1476	100

Tipologia di segnalazione presentata



Il grafico seguente invece distribuisce il dato a seconda del Distretto (ex Ulss) di provenienza e quindi della sede dell'Urp che ha gestito le segnalazioni.

Distribuzione delle segnalazioni per tipologia e Distretto di provenienza

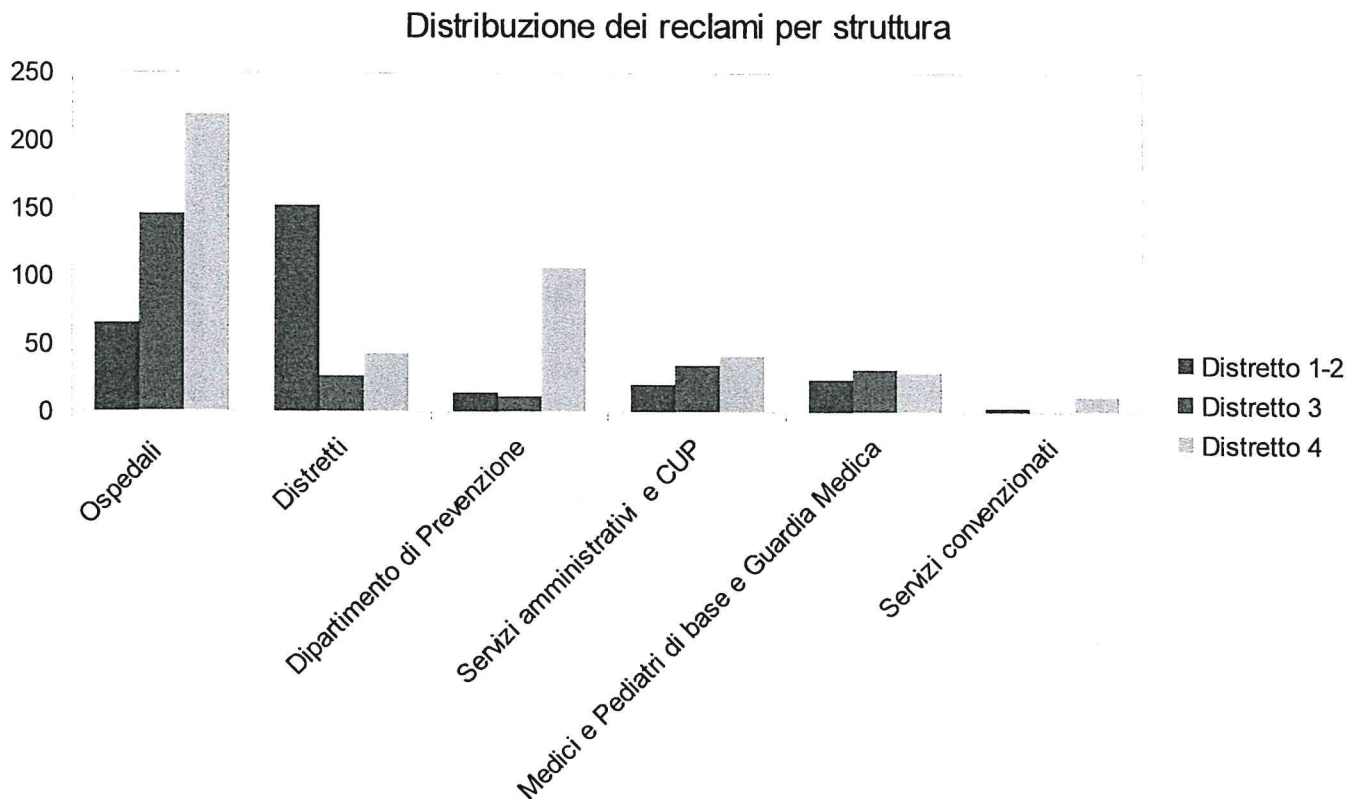


Come risulta subito evidente, c'è una netta prevalenza delle segnalazioni negative su quelle positive, in 2 casi su 3 si tratta di reclami, anche se con variazioni significative nei diversi distretti.

In particolare nel Distretto 4 (ex Ulss 22), per il quale sono state presentate più della metà di tutte le segnalazioni censite, anche la percentuale degli apprezzamenti è particolarmente rappresentata (40% delle segnalazioni raccolte) e questo dato ha una sua storia consolidata negli anni.

Si tratta di un dato che non deve essere sottovalutato, anzi, tenendo conto che per arrivare a scrivere una segnalazione all'Urp è necessaria innanzitutto una motivazione, è molto positivo (soprattutto di questi tempi) che un terzo delle persone che hanno scritto all'Urp lo hanno fatto non per denunciare, richiedere risarcimenti, o evidenziare comportamenti scorretti o ingiusti, ma per il bisogno di, in qualche modo, ringraziare gli operatori e, prevalentemente, quelli incontrati nei reparti di degenza.

Il grafico che segue illustra la distribuzione dei reclami (974 in tutto) secondo la macrostruttura direttamente coinvolta, consentendo anche una comparazione tra le tre ex Ulss di provenienza.

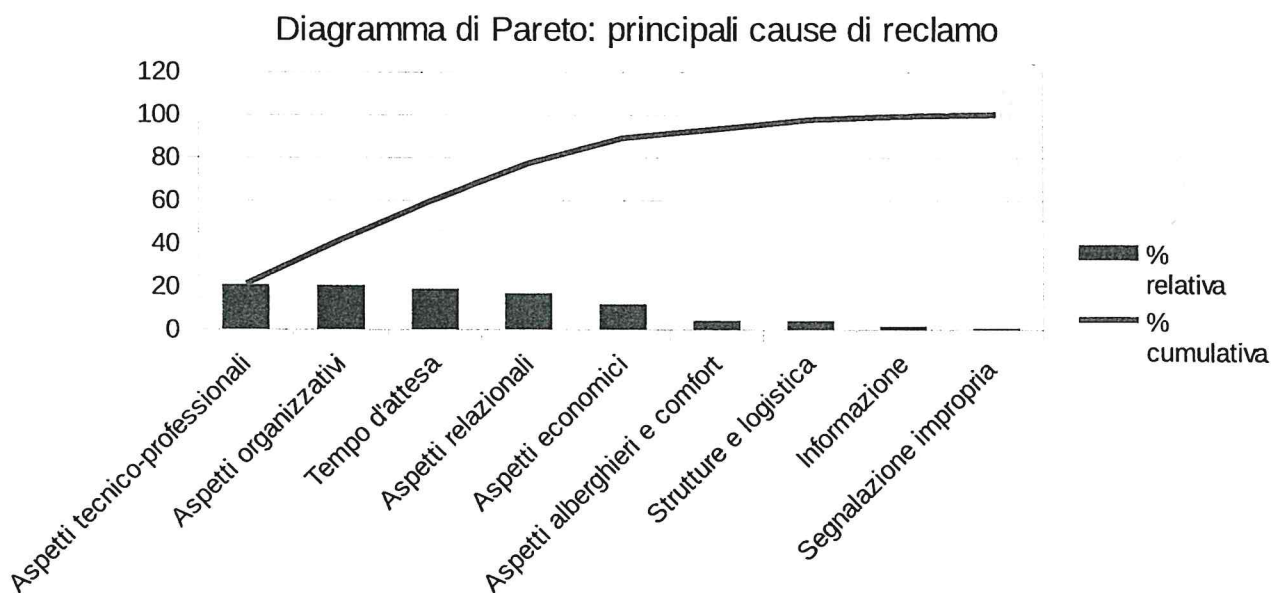


Quasi la metà di tutti i reclami (44%) sono stati presentati per segnalare criticità riferite alle unità operative e ai servizi ospedalieri, che, come abbiamo già notato, sono allo stesso tempo anche oggetto della stragrande maggioranza degli apprezzamenti raccolti.

Questo dato rispecchia fedelmente la situazione delle ex Ulss 21 e 22, mentre nella ex Ulss 20 sono le sedi distrettuali ad essere oggetto di più del 50% delle segnalazioni negative raccolte.

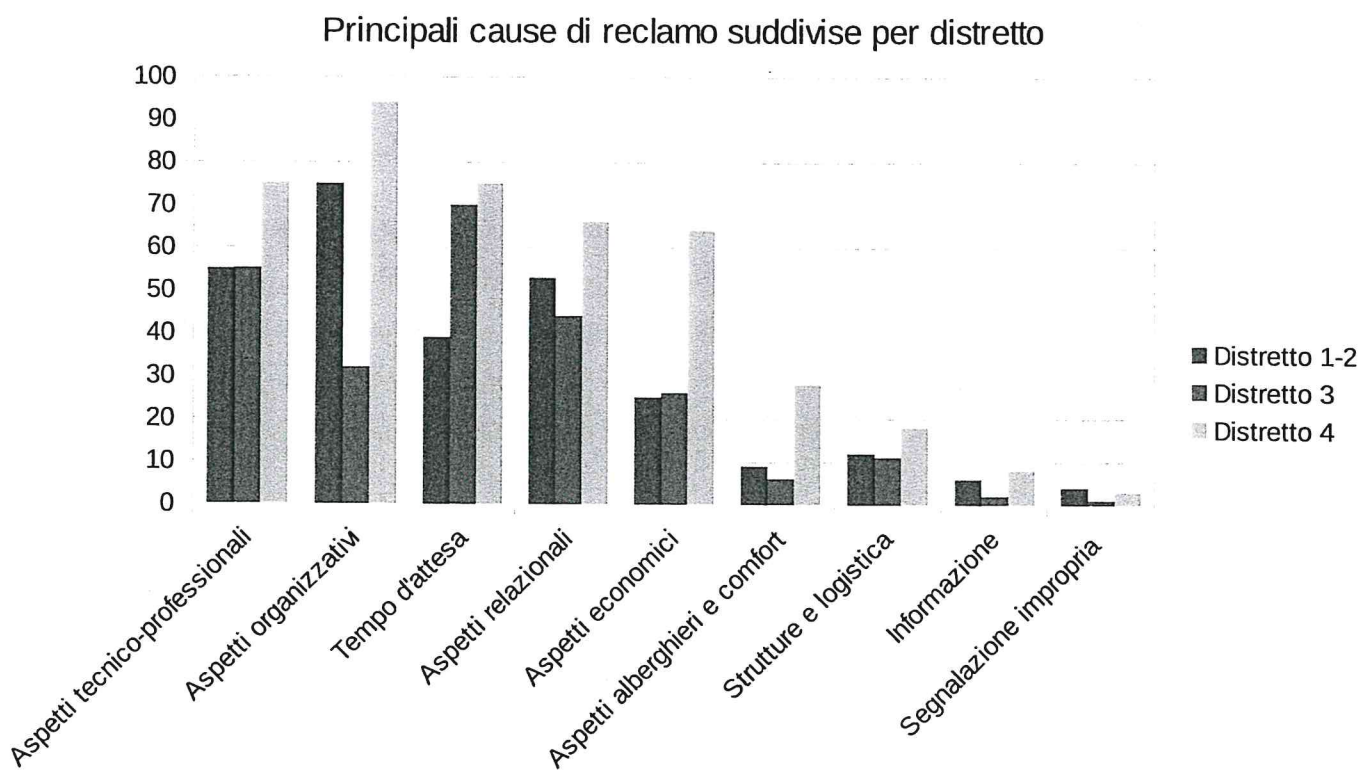
La tabella e il grafico – diagramma di Pareto - che seguono distribuiscono i reclami secondo le cause (indicate dal programma regionale) riportando sia valori percentuali che, nell'ultima colonna, valori assoluti. I dati riportati evidenziano che tre reclami su quattro sono stati determinati da problematiche inerenti agli aspetti tecnico professionali, organizzativi, i tempi d'attesa e agli aspetti relazionali, confermando la tendenza già rilevata nel report del primo semestre dell'anno.

Principali cause di reclamo	% relativa	% cumulativa	n.
Aspetti tecnico-professionali	20,85	20,85	203
Aspetti organizzativi	20,64	41,49	201
Tempo d'attesa	18,89	60,38	184
Aspetti relazionali	16,73	77,11	163
Aspetti economici	11,81	88,92	115
Aspetti alberghieri e comfort	4,41	93,33	43
Strutture e logistica	4,21	97,54	41
Informazione	1,64	99,18	16
Segnalazione impropria	0,82	100	8



Questa analisi riassuntiva ovviamente non rispecchia le singole situazioni registrate dalle tre sedi dell'Urp che invece singolarmente hanno colto, sia attraverso le segnalazioni scritte registrate che tramite il contatto diretto con gli utenti, le specifiche criticità presenti nelle diverse realtà.

Nel grafico che segue sono riportati i reclami per le diverse cause distribuiti per Distretto di riferimento.



Nel Distretto 1 e 2 (ex Ulss 20) il problema segnalato con più frequenza sono state le difficoltà di prenotazione tramite il Cup. L'attuale gestione delle agende di prenotazione costringe infatti gli utenti a richiamare più volte per ottenere l'appuntamento, soprattutto se si tratta di controlli, con i conseguenti evidenti e condivisibili disagi.

Il problema delle lunghe liste d'attesa per le prestazioni ambulatoriali è stata la prima causa di reclamo per gli utenti del Distretto 3 (ex Ulss 21). Dato questo confermato anche dalle numerose segnalazioni (telefoniche, di persona, per e-mail per un totale di 375 reclami) presentate all'Urp di Legnago e gestite direttamente dall'Ufficio.

La mancanza di una presa in carico da parte del CUP delle prescrizioni non prenotate (sia per problemi organizzativi interni al servizio che per una situazione di carenza cronica dell'offerta in alcune branche specialistiche) ha costretto moltissimi utenti a rivolgersi all'Urp che di fatto ha svolto, impropriamente, la funzione di "galleggiamento".

Nel Distretto 4, invece, la più frequente causa di reclamo sono state le difficoltà di accesso agli ambulatori vaccinali dei Distretti. Circa ¼ dei reclami presentati per iscritto all'Urp di Bussolengo hanno denunciato questo problema che è stato segnalato anche dalle molte persone che hanno preferito reclamare solo per telefono.

Durante tutto il 2017 tutti gli ambulatori vaccinali dell'intera Azienda si sono trovati a gestire la complessa situazione di emergenza che si è venuta a creare prima per l'ondata di richieste di vaccinazione contro la meningite, poi per le scadenze derivanti dall'approvazione del nuovo calendario vaccinale per i minori in età scolare e pre-scolare, rese obbligatorie dalla normativa nazionale.

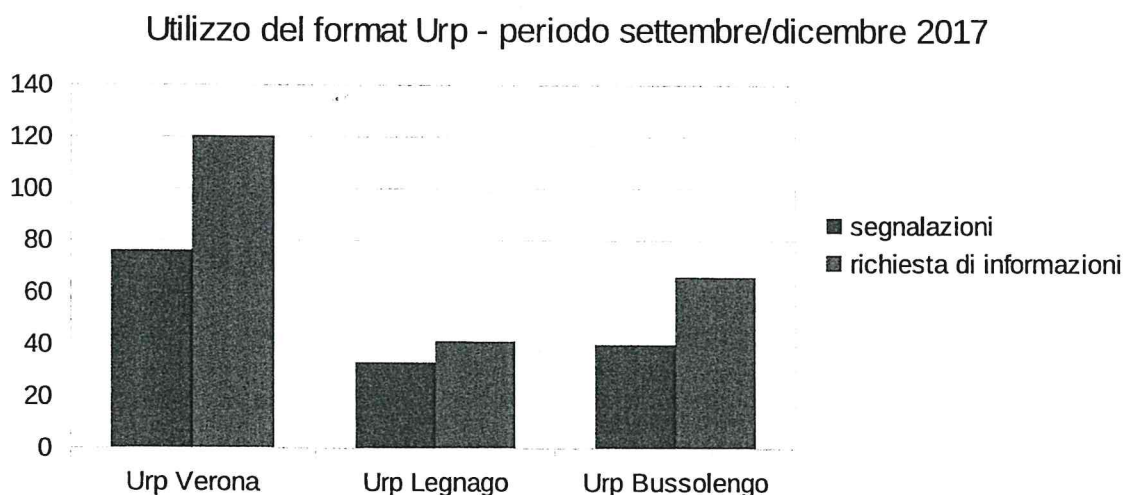
Più degli altri hanno “sofferto” gli ambulatori vaccinali del Distretto 4.

Infine un'ultima considerazione.

A partire dal mese di settembre 2017 l'Urp ha predisposto nel sito internet un format dedicato agli utenti che intendono richiedere informazioni e presentare segnalazioni riguardo ai servizi dell'Azienda Ulss 9.

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 hanno sperimentato in questi mesi è andato progressivamente aumentando, in modo direttamente proporzionale all'intensificarsi degli accessi sul nuovo sito internet.

Il grafico che segue riporta i dati delle segnalazioni e delle richieste di informazioni inviate dagli utenti tramite il format, suddivisi nelle tre sedi dell'Urp.



Come risulta evidente circa la metà delle richieste inviate attraverso questo canale è stata indirizzata all'Urp di Verona. In totale si tratta di 150 segnalazioni e di 230 richieste di informazioni, un numero molto elevato se si considera che il format è stato introdotto in via sperimentale a partire dal mese di settembre.

Ci si attende quindi che, una volta entrato a regime, questa possa rappresentare la principale via di comunicazione tra cittadini e Urp oltre che costituire 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.