

**Azienda ULSS 9 Scaligera (AULSS n. 21 di Legnago)**

*Relazione annuale 2016 dell'OIV sul  
funzionamento complessivo del Sistema di  
Valutazione, Trasparenza e Integrità dei  
controlli interni*

**Anno 2016**

<b>A. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA.....</b>	<b>3</b>
<b>B. PERFORMANCE INDIVIDUALE.....</b>	<b>5</b>
<b>C. PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE.....</b>	<b>6</b>
<b>D. INFRASTRUTTURA DI SUPPORTO.....</b>	<b>7</b>
<b>E. SISTEMI INFORMATIVI E INFORMATICI A SUPPORTO DELL'ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA' E PER IL RISPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE .....</b>	<b>7</b>
<b>F. DEFINIZIONE E GESTIONE DEGLI STANDARD DI QUALITA'.....</b>	<b>8</b>
<b>G. BENESSERE ORGANIZZATIVO – INDAGINE SULLA QUALITA' PERCEPITA .....</b>	<b>10</b>
<b>H. UTILIZZO DEI RISULTATI DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE .....</b>	<b>10</b>
<b>I. DESCRIZIONE DELLE MODALITA' DI MONITORAGGIO DELL'OIV.....</b>	<b>11</b>
<b>J. VALIDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE .....</b>	<b>12</b>

## Introduzione

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 l'OIV predisponga un'unica relazione annuale che prende 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 2016 e secondo le indicazioni della DGRV sopracitata e nel rispetto dei principi fissati dalle delibere CIVIT 6/2012 e 23/2013, 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 a partire dalle informazioni acquisite con la collaborazione della Struttura Tecnica di Supporto e sulla base dei risultati del monitoraggio effettuato dall'OIV durante le fasi in cui si articola il ciclo annuale della Performance e conduce una analisi 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).

Nei paragrafi da A ad I della presente Relazione viene riportata la descrizione del modello di gestione del ciclo della performance, riporta i risultati delle attività di monitoraggio, evidenzia le criticità riscontrate e, alla luce di queste, propone miglioramenti; valuta, 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:

## **A. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

Con l'approvazione del Piano triennale della Performance 2016-2018 (Deliberazione del Direttore Generale n. 37 del 28/01/2016), unitamente all'approvazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e del Programma Triennale della Trasparenza e Integrità per il triennio 2016-2018 (Deliberazione del Direttore Generale n. 36 del 28/01/2016) è stato avviato il ciclo 2016 del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni dell'Azienda ULSS 21 di Legnago.

Il Piano triennale della Performance 2016-2018 è stato, in primo luogo, uniformato alle indicazioni emanate dalla Regione Veneto con la DGR 2072/2015, che ha fissato gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende Ulss del Veneto, specificando le modalità di misurazione del grado di raggiungimento degli stessi, attraverso un set di indicatori e di pesi.

Oltre agli obiettivi regionali l'Azienda ha individuato nel Piano triennale della Performance 2016-2018 gli obiettivi aziendali di miglioramento trasversali alle tre aree della programmazione che sono principalmente riferiti a 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. La possibilità di condividere esperienze e professionalità in un ambito inter aziendale dovrà rappresentare un reale contributo al miglioramento dei processi aziendali. Sono inoltre confermate tutte le attività relative alla Gestione e Sicurezza sul Lavoro sempre più integrata con la gestione del Rischio Clinico, gli obiettivi di sviluppo a del 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.

L'avvio operativo del processo riguardante la performance organizzativa dell'Azienda è coinciso con la declinazione a livello di direzione strategica degli obiettivi contenuti nel Piano della Performance per il triennio 2016-2018 con Deliberazione aziendale n. 81 del 03.03.2016. Tale declinazione è stata effettuata, tenendo comunque presenti le specificità aziendali, in collaborazione con le Aziende Ulss 20 e Ulss 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.

Contestualmente è stato elaborato il "Documento delle Direttive anno 2016 – Piano Attuativo Locale di 2016-2018" presentato al Collegio di Direzione per le opportune integrazioni e/o osservazioni in data 24/02/2016 e successivamente adottato con Deliberazione aziendale n. 93 del 03.03.2016.

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 Sociali e della Funzione Territoriale.

Il documento utilizzato per la negoziazione è la “scheda di budget”. Per quanto riguarda le schede di budget della funzione ospedaliera, dal 2014 è disponibile un software che consente il monitoraggio Web degli obiettivi assegnati. Il monitoraggio dello stato di avanzamento degli obiettivi e l'analisi degli scostamenti, sono effettuati con cadenza mensile e resi disponibili tramite il Datawarehouse ai Responsabili di UOC/USD e ai Coordinatori Infermieristici qualora delegati.

Le schede di budget sottoscritte sono state recepite con Deliberazione n. 369 del 21/07/2016, sono conservate in originale agli atti della Struttura Tecnica di Supporto e sono state trasmesse con nota prot. n. 44484 del 12/08/2016.

Gli obiettivi sono stati condivisi a livello di Unità Operativa, come previsto dalla DGRV 140/2016 e le evidenze sono conservate agli atti: schede di budget controfirmate per presa visione degli obiettivi da parte dei Dirigenti dell'Unità Operativa di afferenza.

**Il monitoraggio intermedio** ha previsto una fase di rinegoziazione nei mesi di settembre/ottobre per tutte le Unità Operative. Le schede di Budget eventualmente riviste sono state nuovamente sottoscritte. L'UOC Programmazione Controllo e Qualità ha predisposto una relazione inviata all'OIV in data 27/12/2016 dalla quale si evince che la Direzione ha richiesto:

- ai Direttori di Unità Operativa del Dipartimento Area Prevenzione, con nota prot. n. 50691 del 20/09/2016, e ai Direttori di Unità Operativa del Distretto Socio Sanitario, del Dipartimento di Salute Mentale e del Dipartimento delle Dipendenze, con nota prot. n. 51067 del 22/09/2016, le informazioni relative allo stato di avanzamento al 1° semestre ed ha dato la possibilità di rinegoziare gli obiettivi anche per l'anno 2016 (accolte 3 richieste su 4 pervenute);
- ai Direttori di Unità Operativa dell'Area Ospedale, con nota prot. n. 51962 del 27/09/2016, le informazioni relative allo stato di avanzamento al 1° semestre 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 (accolte 20 richieste su 21 pervenute);
- ai Direttori delle Unità Operative/Servizi Amministrativi, con nota prot. n. 52249 del 28/09/2016, di relazionare e documentare lo stato di avanzamento degli obiettivi nell'ambito di un incontro che si è tenuto il 5 ottobre presso la Direzione Amministrativa. In questa occasione è stata comunicata e condivisa la possibilità di rinegoziare alcuni obiettivi (accolte 5 richieste su 5 pervenute).

Parallelamente l'Azienda ha monitorato gli obiettivi regionali dei Direttori Generali definiti con DGRV 2072/2015. Il monitoraggio ha seguito la cadenza degli incontri regionali ed è stata supportata dai report disponibili nel Datawarehouse regionale.

**Il monitoraggio finale** è stato avviato con la richiesta di relazione illustrativa inviata dalla Direzione dell'Azienda con nota prot. n. 48946 del 28.03.2017. L'UOC Programmazione Controllo e Qualità ha curato la predisposizione a consuntivo delle

verifiche sulla base delle risultanze derivanti dall'elaborazione dei dati di attività, costo e dei flussi informativi aziendali. Mentre per gli indicatori non numerici 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 vistato le schede di budget consuntivate.

Questa fase di autovalutazione dell'Azienda è stata conclusa in data 29/06/2017 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 sopra descritto.

## **B. PERFORMANCE INDIVIDUALE**

Gli strumenti ed i criteri di valutazione della performance individuale utilizzati dall'Azienda nel 2016 non sono variati rispetto a quelli utilizzati nell'anno precedente.

La valutazione annuale del personale si è basata sia sul grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati al Servizio, che in base alle risultanze delle schede di valutazione individuale, realizzando così uno stretto collegamento fra la valutazione della performance organizzativa e quella individuale.

Il processo di valutazione annuale della performance ha previsto che gli obiettivi assegnati alle singole Strutture dalla Direzione Generale, a seguito della negoziazione di budget, siano stati poi illustrati dal Responsabile dell'Unità Operativa Complessa a tutti i collaboratori (sia dell'Area del Comparto che della Dirigenza) della singola struttura.

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.

Nell'anno 2016 l'Azienda ha proseguito quel percorso di assestamento normativo iniziato a suo tempo nel 2013. L'adeguamento a quanto previsto in materia di valutazione e di premialità dal decreto legislativo n. 150 del 29 ottobre 2009 (la c.d. legge Brunetta) si è via via perfezionato. Infatti con la 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. Tali accordi, sinteticamente, hanno integrato e sostituito quanto già previsto negli accordi integrativi aziendali esistenti, che già avevano mostrato la sua validità basilare, arrivando alla individuazione di 4 fasce di premialità individuale (fascia dello 0%, del 50%, del 75% e del 100% per la dirigenza; 0%, 60%, 80% e 100% per il comparto) immediatamente percepibili e rispondenti a quei criteri di trasparenza, informazione e diretta conoscenza dell'attività del valutato fortemente voluti dal decreto 150/2009 precedentemente menzionato. Il tutto adeguatamente supportato da un accrescimento dell'informatizzazione esistente per ogni fase dei processi agli stessi correlati. Quanto precede ha rappresentato, altresì, un progressivo allineamento alle disposizioni regionali in materia.

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 Programmazione Controllo e Qualità, 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. Il Servizio 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 2016 sono state sintetizzate nella tabella seguente:

		2016												2017								
		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 delle Linee guida Aziendali	■	■																			
3	Presentazione delle Linee Guida Aziendali/Piano attuativo locale			■																		
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 2016  
 ciclo della performance anno 2015

I componenti della struttura tecnica permanente coinvolti nel processo di attuazione del ciclo delle performance sono stati riportati nella tabella seguente:

Unità di personale coinvolte (TPE)	1,3
Unità di personale che hanno prevalentemente competenze economico gestionali (TPE)	0,6
Unità di personale che hanno prevalentemente competenze giuridiche (TPE)	0,4
Unità di personale che hanno prevalentemente competenze economico-statistiche (TPE)	0,3
Costo del lavoro annuo (stimato) per le unità di personale coinvolte	€ 90.000

#### **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 Datawarehouse gestito dall'UOC Programmazione Controllo e Qualità, 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 *datawarehouse* aziendale permette di visualizzare i dati in modo veloce ed immediato, in qualsiasi momento e da qualsiasi postazione aziendale.

A partire dal 2014 l'Azienda, ha implementato un sistema informativo integrato completamente informatizzato del ciclo della performance, comprese le valutazioni di unità operativa ed individuali.

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

##### **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 2016 con Deliberazione del Direttore Generale n. 256 del 26/05/2016. L'Azienda ha adottato formalmente il Programma triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2016-2018 che costituisce una sezione specifica del Piano triennale di Prevenzione della Corruzione 2016-2018 con Deliberazione n. 36 del 28/01/2016 e pubblicato nel sito internet aziendale.

### **“Pubblicazione sezione “Amministrazione Trasparente”**

L'OIV ha effettuato il monitoraggio del rispetto degli adempimenti relativi agli obblighi di pubblicazione dell'anno 2016, rilasciando il relativo attestato in data 27/04/2017 come previsto dalle Delibere A.N.AC.n. 1310/2016 e n. 236/2017. Dalle verifiche effettuate, è risultato che i processi di pubblicazione garantiscono una buona qualità e attendibilità delle informazioni ed il loro tempestivo aggiornamento, come evidenziato nei relativi attestati. La copertura e la conformità della pubblicazione risultano buone, come documentato nelle griglie allegate agli attestati.

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 PTPC 2016-2018 hanno sostanzialmente evidenziato un buon livello di adempimento in ordine al PTTI, dovuto sia all'aver fornito 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 PTPC, che alla mappatura del rischio allegata al medesimo.

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

Nel 2016 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 in previsione della fusione che si è concretamente realizzata dal 01/01/2017. L'Azienda ha inoltre confermato tutte le attività relative alla Gestione e Sicurezza sul Lavoro sempre più integrata con la gestione del Rischio Clinico, gli obiettivi di sviluppo a del 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.

Obiettivi strategici aziendali di qualità e miglioramento – anno 2016

AREA STRATEGICA: Area dell' erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA)					
OBIETTIVI (REGIONALI)	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	Valore atteso	Consuntivo 2016	UUOO coinvolte
Autorizzazione e Accreditemento istituzionale aziendale e volontario di eccellenza per singole unità operative	Mantenimento dell'autorizzazione/accreditamento istituzionale aziendale	Autorizzazione/ accreditamento aziendale istituzionale	SI		Tutte le strutture/ UU.OO accreditate e UOC Prog. Controllo e Qualità
	Mantenimento dell'accREDITAMENTO volontario di eccellenza di unità operative	n. di unità operative accreditate	6		UU.OO già accreditate/ UOC Prog. Controllo e Qualità

<i>Gestione del rischio clinico</i>	Audit eventi avversi e Near-miss segnalati (escluso cadute)	% di audit sul totale delle segnalazioni	80%		Direzione medica ospedaliera
	Safety Walkaround	Numero di Unità Operative coinvolte	5		Direzione medica ospedaliera/ UOC coinvolte
<i>Implementazione e aggiornamento procedure e istruzioni operative del Sistema di Gestione Sicurezza sul Lavoro (SGSL)</i>	Coordinamento e integrazione con il Sistema di Gestione rischio clinico	Audit SGSL interni	SI		SPP/DMO/ UOC Progr. Controllo e Qualità
	Mantenimento dei requisiti per riduzione premio INAIL	Autovalutazioni delle UO, audit interni, audit esterno	SI		Servizio Prevenzione e Protezione/ UOC Progr. Controllo e Qualità
<i>Governo clinico con implementazione e monitoraggio di indicatori di processo assistenziale e di esito</i>	Implementazione e monitoraggio di un panel di indicatori	indicatori Piano Nazionale Esiti	SI		UOC coinvolte/ UOC Progr. Controllo e Qualità
<i>Cura della comunicazione clinica</i>	Monitoraggio di applicazione della procedura operativa aziendale sul consenso informato	Report periodico di monitoraggio	SI		Direzione Medica Ospedaliera
<i>Aspetti organizzativi e relazionali nei rapporti con gli utenti</i>	Monitoraggio e riduzione delle segnalazioni URP relative a problematiche/ aspetti relazionali	Numero di segnalazioni URP per problematiche relazionali con gli utenti per Unità Operativa/ Servizio	< anno precedente		URP, reparti e servizi
<i>Infrastrutture, processi e strumenti uniformi nell'ambito delle ULSS della provincia di Verona</i>	Omogeneizzazione a livello provinciale delle infrastrutture, delle procedure/ processi dei servizi sanitari territoriali	Attività di confronto fra i servizi e proposte unitarie nell'ambito provinciale	SI		Tutte le Unità Operative dei servizi sanitari territoriali

<b>AREA STRATEGICA: Area della sostenibilità economico-finanziaria</b>					
OBIETTIVI (REGIONALI)	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	Valore atteso	Consuntivo 2016	UO/O coinvolte
Percorso Attuativo di Certificabilità di Bilancio secondo DGR n.183 del 01/07/2015	Piano attuativo di certificabilità – requisiti comuni (allegato A DGR n. 183/2015)	Attuazione del piano secondo cronoprogramma regionale	SI		UOC Contabilità e Bilancio
Indagine stress-lavoro correlato e analisi del benessere organizzativo	Prosecuzione e ampliamento dell'analisi avviata nel 2015	Numero di dipartimenti coinvolti	TUTTI		SPP/ Direzione Professioni Sanitarie
Sviluppo del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e del Programma Triennale per la Trasparenza (dettagliate al paragrafo 5.2)	Attuare le attività di sviluppo del percorso di Prevenzione della Corruzione (L.190/2012) secondo le tempistiche definite dal PTPC	Attuazione delle attività Percorso Prevenzione della Corruzione	SI		UOC Servizio affari generali e legali / tutte le UU.OO.
	Attuare le attività del programma triennale per la Trasparenza ed integrità	Attuazione delle attività del programma triennale per la Trasparenza ed integrità	SI		UOC Servizio affari generali e legali / tutte le UU.OO
<i>Infrastrutture, processi e strumenti uniformi nell'ambito delle ULSS della provincia di Verona</i>	Proposte di processi e strumenti uniformi nell'ambito dei servizi amministrativi di supporto	Attività di confronto fra i servizi e proposte unitarie nell'ambito provinciale	SI		Tutti i Servizi Amministrativi di supporto

<b>AREA STRATEGICA: Area informatica e dei flussi informativi</b>					
OBIETTIVI (REGIONALI)	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	Valore atteso	Consuntivo 2016	UO/O coinvolte
<i>Aspetti organizzativi nell'accoglienza degli utenti</i>	Front-office implementazione con funzioni integrate	Proposte/progetti	SI		UOC Sistemi informativi
<i>Semplificazione e trasparenza nell'accesso alle informazioni da parte degli utenti</i>	Proposte/progettualità per il miglioramento e la semplificazione alla prenotazione e pagamento ticket e alla richiesta/ritiro di documentazione clinica	Proposte/progetti	SI		UOC Sistemi informativi/ Direzione Medica Ospedaliera

<i>Infrastrutture, processi e strumenti uniformi nell'ambito delle ULSS della provincia di Verona</i>	Proposta di un'unica infrastruttura provinciale (CUP)	Attività di confronto fra i servizi e proposte unitarie nell'ambito provinciale	SI		Tutti i Servizi Amministrativi di supporto
---	---	---	----	--	--

## **ACCOGLIENZA URP**

Nel 2016 la AULSS 21 di Legnago ha continuato 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 34 giorni per l'anno 2016 rispetto ai 60 giorni fissati come standard.

## **G. BENESSERE ORGANIZZATIVO – INDAGINE SULLA QUALITA' PERCEPITA**

Nel 2016 è proseguita all'interno dell'Azienda un'indagine sul benessere organizzativo. I Dipartimenti di Continuità Assistenziale e di Oncologia hanno restituito i dati relativi alla partecipazione da parte del personale e gli indici di soddisfazione nei vari ambiti di indagine.

## **H. UTILIZZO DEI RISULTATI DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE**

L'Azienda, nel triennio 2016-2018 ha continuato il percorso di miglioramento intrapreso, volto alla tutela della salute, alla valorizzazione delle persone ed al rispetto della sostenibilità del sistema.

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

- **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;
- **Area della sostenibilità economico-finanziaria** con obiettivi che perseguono la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate (obiettivi regionali da B1 a B3) e l'equilibrio economico (obiettivi regionali da D1 a D4);
- **Area informatica e dei flussi informativi** con obiettivi di implementazione dell'informatizzazione aziendale (il Fascicolo Sanitario Elettronico), di dematerializzazione del ciclo prescrittivo e di rispetto 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.

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. A seguito del monitoraggio degli obiettivi strategici aziendali effettuato dalla Regione Veneto si è acquisita 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 2016 emerge una buona tenuta delle strutture aziendali, rispetto alle performance prefissate (valore stimato e in attesa di valutazione regionale definitiva di raggiungimento di almeno il 70% degli obiettivi con riferimento alla globalità delle valutazioni che devono essere espresse dai vari soggetti coinvolti: Giunta Regionale, competente Commissione del Consiglio Regionale, Conferenza dei Sindaci). Confermata la sostanziale capacità dell'Azienda di far fronte agli obiettivi per l'area di erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e per l'area dell'equilibrio economico. Infatti, solo alcuni indicatori relativi all'attività dell'area ospedaliera, della prevenzione e del distretto hanno derogato, in alcuni casi anche di poco, dai valori soglia fissati (51/75 punti relativi al monitoraggio del mese di aprile 2017).

Gli obiettivi con valore soglia non raggiunti che pesano maggiormente sono quelli relativi alle liste di attesa e al rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi. Con riguardo a queste specifiche aree, l'OIV auspica che l'Azienda continui ad impegnarsi per rispettare gli standard regionali e prende atto di quanto è già stato inserito nel Piano della Performance triennale 2017-2019 dell'Azienda ULSS 9 Scaligera formatasi per incorporazione dell'AULSS 21 e dell'AULSS 22 nella AULSS 20 di Verona con decorrenza 01/01/2017.

## **I. DESCRIZIONE DELLE MODALITA' DI MONITORAGGIO DELL'OIV**

### **Avvio del ciclo della Performance e Assegnazione degli obiettivi**

Nel corso del 2016, l'OIV è stato regolarmente aggiornato circa lo stato di avanzamento del ciclo della Performance e sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza ed integrità dei controlli interni. Ciò è stato possibile attraverso l'esame dei documenti puntualmente resi disponibili dall'Azienda. In data 27 aprile 2017, l'OIV ha effettuato il controllo sull'assolvimento da parte dell'azienda degli obblighi di pubblicazione nella sezione Amministrazione trasparente delle informazioni previste dal D.Lgs. n. 33/2013, rilasciando il relativo attestato.

### **Monitoraggio intermedio**

L'OIV ha potuto monitorare il Ciclo della Performance come da documentazione resa disponibile e puntualmente inviata dalla Struttura Tecnica di Supporto con presa visione della documentazione aziendale trasmessa mediante la cartella condivisa e relativa a: report regionali di monitoraggio degli obiettivi assegnati con DGR n. 2072/2015, delibere aziendali, schede di budget e relazione relativa alla rinegoziazione.

### **Monitoraggio finale**

L'OIV ha preso visione della Relazione sulla Performance anno 2016 adottata con Deliberazione Aziendale n. 575 del 29/06/2017 e trasmessa con nota prot. n. 104710 del 04/07/2017 a firma del Direttore Generale 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 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 ULSS 21 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.

L’OIV infine ha espresso una valutazione di regolarità in ordine agli adempimenti previsti dalle disposizioni in materia di trasparenza previsti dal Programma triennale per la Trasparenza e l’Integrità 2016-2018 adottato dall’Azienda.

L’OIV ha effettuato il monitoraggio del rispetto degli adempimenti relativi agli obblighi di pubblicazione dell’anno 2016, rilasciando il relativo attestato in data 27/04/2017 come previsto dalle Delibere A.N.AC.n. 1310/2016 e n. 236/2017.

## **J. 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 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 2016 dell'Azienda ULSS 21 di Legnago è stata approvata con Deliberazione del Commissario n.575 del 29/06/2017. La relazione e l'atto deliberativo sono stati trasmessi all'OIV con nota prot. n. 104710 del 04/07/2017.

Come riportato dettagliatamente nei paragrafi da A ad I, l'OIV ha effettuato nel corso dell'esercizio, un monitoraggio 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 21;
- le modalità seguite per la misurazione e la valutazione sia della performance organizzativa (aziendale e di struttura operativa), sia della performance individuale;
- la 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 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 21 di Legnago, ha gestito in modo positivo il ciclo di gestione della *performance* con riferimento all'anno 2016 e che lo stesso è adeguatamente rendicontato nella Relazione sulla performance - anno 2016, approvata con Deliberazione aziendale n. 575 del 29/06/2017 e trasmessa ai Componenti dell'OIV con nota prot. n. 104710 del 04/07/2017.

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.

Legnago, 5 Luglio 2017

Il Presidente dell'OIV  
Prof.ssa Bettina Campedelli

