

REGIONE DEL VENETO



ULSS5
POLESANA

OIV
ORGANISMO INDIPENDENTE
DI VALUTAZIONE

RELAZIONE ANNUALE DELL'OIV

sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza ed integrità dei controlli interni

e

VALIDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

Anno 2022

Rovigo, 06/07/2023

Indice

PREMESSA.....	2
A. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	4
B. PERFORMANCE INDIVIDUALE.....	5
C. PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE	6
D. INFRASTRUTTURA DI SUPPORTO.....	8
E. SISTEMI INFORMATIVI E INFORMATICI A SUPPORTO DELL'ATTUAZIONE DEL PIANO TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E INTEGRITÀ E PER IL RISPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	9
F. CLIMA ORGANIZZATIVO – INDAGINE SULLA QUALITÀ PERCEPITA	10
G. DEFINIZIONE E GESTIONE DEGLI STANDARD DI QUALITÀ'	11
H. UTILIZZO DEI RISULTATI DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE	12
I. DESCRIZIONE DELLE MODALITÀ DEL MONITORAGGIO DA PARTE DELL'OIV.....	13
J. RIEPILOGO DEGLI ESITI E OSSERVAZIONI CONCLUSIVE.....	Errore. Il segnalibro non è definito.
K. VALIDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE	15

PREMESSA

Il Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, ha introdotto – ai titoli II e III – una riforma organica della disciplina del rapporto di lavoro dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche prevedendo, tra l'altro, disposizioni concernenti la misurazione, valutazione e trasparenza della Performance e la valorizzazione del merito dei dipendenti.

Il decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 74, recante "Modifiche al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150, in attuazione dell'articolo 17, comma 1, lettera r), della legge n. 124 del 2015" introduce meccanismi di riconoscimento del merito e della premialità, norme per la razionalizzazione e integrazione dei sistemi di valutazione, la riduzione degli adempimenti in materia di programmazione e di coordinamento della disciplina in materia di valutazione e controlli interni.

L'Art. 7 comma 1 del citato D. Lgs. 150/2009, così come integrato dal Decreto 74/2017, prevede che "Le amministrazioni pubbliche valutano annualmente la Performance organizzativa e individuale. A tal fine adottano (e aggiornano annualmente, previo parere vincolante dell'OIV) il sistema di misurazione e valutazione della Performance."

La Legge 6 novembre 2012, n. 190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" e il D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 (e s.m.i.) "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle PPAA" hanno previsto un coinvolgimento dell'OIV, rispettivamente, nell'approvazione del Codice di comportamento aziendale e nell'adempimento degli obblighi di pubblicazione ad opera del responsabile per la prevenzione della corruzione.

La Regione Veneto con deliberazione n. 140 del 16/02/2016 ha approvato un documento relativamente al ruolo e alle attribuzioni degli OIV delle Aziende Sanitarie regionali, "Organismi Indipendenti di Valutazione delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale. Approvazione delle Linee guida relative alla costituzione, al funzionamento e alle competenze attribuite agli Organismi predetti, in conformità alle disposizioni nazionali e regionali in materia. DGR n. 84/CR del 15/10/2015 (L.R. 22/2011, art. 1, comma 2)".

L'Organismo Indipendente di Valutazione dell'Azienda Ulss 5 Polesana, nominato nella sua composizione attuale con deliberazione del Direttore Generale n. 667 del 25/05/2022, ai sensi dell'art.14, comma 4, lettera a) del D.Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150, in applicazione della DGRV n. 140 del 16/02/2016, sulla base dei verbali agli atti del precedente OIV rimasto in carica fino al 31/05/2022 e sulla scorta degli elementi informativi forniti dalla struttura tecnica permanente di supporto, UOC Controllo di Gestione, redige la presente Relazione sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni, con riferimento all'anno 2022.

Come indicato nella delibera CIVIT n. 23/2013, la stesura della Relazione risponde ai principi di trasparenza, attendibilità, ragionevolezza, evidenza e tracciabilità, verificabilità dei contenuti e

dell'approccio utilizzato ed è redatta secondo il seguente schema:

- A. Performance organizzativa
- B. Performance individuale
- C. Processo di attuazione del ciclo della Performance
- D. Infrastruttura di supporto
- E. Sistemi informativi e informatici a supporto dell'attuazione del Piano triennale per la trasparenza e integrità e per il rispetto degli obblighi di pubblicazione
- F. Definizione e gestione degli standard di qualità
- G. Benessere organizzativo – Indagine sulla qualità percepita
- H. Utilizzo dei risultati del sistema di misurazione e valutazione
- I. Descrizione delle modalità del monitoraggio dell'OIV
- J. Conclusioni

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

Il Direttore Generale dell’Azienda Ulss 5 Polesana, con delibera n. 101 del 31/01/2022, ha adottato il “Piano della Performance 2022-2024” e il documento di Direttive 2022 dell’Azienda Ulss 5 Polesana e, con nota n. 17185 del 23/02/2022, lo ha trasmesso a tutte le strutture aziendali. Con l’approvazione del Piano Triennale della Performance, unitamente all’approvazione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza anni 2021-2023 (Deliberazione del Direttore Generale n. 557 del 29/04/2022), è stato avviato il Ciclo della performance anno 2022.

Dopo i rallentamenti nei primi mesi dell’anno dovuti alla pandemia da COVID19 e lo stato di emergenza prorogato fino al 31/3/2022, è ripreso il fisiologico ciclo di pianificazione aziendale.

Gli obiettivi regionali e gli obiettivi specifici aziendali sono stati ricondotti ad alcune aree strategiche principali: gestione dell’emergenza Covid-19, governo dell’appropriatezza, equilibrio economico finanziario e rispetto dei tetti di spesa, sviluppo e organizzazione aziendale, sistema informativo e flussi informativi. Queste principali aree di intervento sono state declinate nei documenti di programmazione aziendale e nelle schede di budget. L’Azienda ha assegnato, per l’anno 2022, il budget a tutte le Unità Operative Complesse e alle Unità Operative Semplici a valenza dipartimentale dei Presidi Ospedalieri, dei Distretti Socio Sanitari, del Dipartimento di Prevenzione, del Dipartimento di Salute Mentale e dei Servizi Amministrativi di supporto, nonché alle strutture in Staff alla Direzione Aziendale, articolando e formalizzando obiettivi puntuali da conseguire, attività da realizzare e risorse da utilizzare. Le schede contenenti gli obiettivi sono state formalmente sottoscritte nei mesi di marzo-aprile 2022, e successivamente aggiornate recependo i nuovi obiettivi assegnati formalmente da parte della Regione Veneto con DGR 709 del 14/06/2022.

Un primo momento di valutazione sul grado di raggiungimento degli obiettivi è stato realizzato nel mese di maggio 2022, con oggetto i primi 4 mesi di attività dell’anno (incontro OIV del 23/06/2022); un secondo step di monitoraggio si è svolto nei mesi di agosto-settembre 2022 con oggetto i primi 8 mesi di attività (incontro OIV del 13/10/2022); un terzo step nel mese di febbraio 2023 per la verifica di pre-consuntivo 2022 (incontro OIV del 15/02/2023). Nel mese di maggio 2023 sono stati valutati gli obiettivi delle unità operative a consuntivo delle attività svolte nell’anno precedente.

A conclusione del ciclo della performance vengono erogate le quote di produttività/risultato sulla base delle tabelle seguenti:

Percentuale di raggiungimento degli obiettivi di struttura: DIRIGENZA	Percentuale di risultato assegnabile all’equipe
Dal 95,00% al 100%	100%
Dallo 0% al 94,99%	In proporzione al grado di raggiungimento degli obiettivi

Percentuale di raggiungimento degli obiettivi di struttura: COMPARTO	Percentuale di produttività assegnabile all’equipe
Dal 85,00% al 100%	100%
Dallo 0% al 84,99%	In proporzione al grado di raggiungimento degli obiettivi

B. PERFORMANCE INDIVIDUALE

La valutazione della Performance individuale finalizzata alla verifica dell'apporto individuale al grado di raggiungimento degli obiettivi annuali definiti dall'Azienda per l'anno 2022 ha riguardato tutto il personale dipendente, dirigente e non, in servizio nel periodo ed è stato eseguito per tutta l'Azienda in modo informatizzato.

Nel mese di marzo 2023 è stata avviata la valutazione della performance individuale per il personale del comparto e della dirigenza, il processo si è concluso nella prima decade di giugno 2023.

La **valutazione della Performance dei dirigenti** è collegata al sistema premiale definito dagli accordi sindacali sottoscritti a livello aziendale. La quota assegnata all'équipe è calcolata sulla base del livello di raggiungimento degli obiettivi di budget; la quota assegnata al singolo dirigente è calcolata sulla base dell'esito della valutazione del dirigente e del periodo lavorato. L'esito della valutazione del dirigente è desunto dalla scheda di valutazione, il cui punteggio massimo attribuibile risulta pari a punti 100.

L'esito delle verifiche annuali comporta i seguenti effetti sulla retribuzione di risultato:

Punteggio conseguito sugli obiettivi individuali della DIRIGENZA	Percentuale di retribuzione di risultato assegnabile al dipendente
Da 0 a 100	In proporzione al punteggio conseguito

La **Performance annuale del personale del comparto** è collegata al sistema a valere sul fondo di produttività collettiva che, secondo gli accordi decentrati, è calcolata sulla base della categoria e ruolo professionale di appartenenza, del profilo orario, del periodo lavorato. L'esito della valutazione del personale del comparto è desunta dalla scheda di valutazione, il cui punteggio massimo attribuibile risulta pari a punti 100.

L'esito delle verifiche annuali comporta i seguenti effetti sulla incentivazione individuale:

Punteggio conseguito sugli obiettivi individuali del COMPARTO	Percentuale di produttività assegnabile al dipendente
Da 0 a 100	In proporzione al punteggio conseguito

C. PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE

Il processo di attuazione del ciclo della Performance è stato realizzato grazie ad un'infrastruttura di supporto nella quale operano figure professionali con competenze diverse.

Lo sviluppo del sistema di programmazione e controllo e la valutazione delle performance organizzative è stato coordinato dalla 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.

La UOC Acquisizione e Gestione delle Risorse Umane ha coordinato e supportato il processo di valutazione individuale fornendo anche assistenza a tutti i soggetti coinvolti tramite la gestione e amministrazione del software dedicato alla valutazione. Presso tale struttura avviene la raccolta di tutte le schede e del materiale necessario per la formulazione delle graduatorie di merito.

Le attività e la tempistica del processo di attuazione del ciclo della performance 2022 sono state sintetizzate nella tabella seguente:

periodo	riferimento	azioni
31 gennaio 2022	Delibera del Direttore Generale n. 101	Adozione del "Piano della Performance 2022-2024 e del Documento di Direttive 2022 dell'Azienda ULSS 5 Polesana"
marzo 2022		Individuazione obiettivi di budget e consegna delle schede ai Direttori di dipartimento
marzo/aprile 2022		Incontri di negoziazione del budget con le unità operative e sottoscrizione delle schede
maggio 2022		Primo monitoraggio intermedio relativo al primo quadrimestre 2022
23 giugno 2022	Incontro OIV	Validazione del monitoraggio a 4 mesi
agosto/settembre 2022		Aggiornamento delle schede di budget con recepimento "Obiettivi di salute e funzionamento dei servizi per le Aziende Sanitarie - Obiettivi DD.GG." secondo la DGRV 709/2022 e relativa sottoscrizione
agosto/settembre 2022		Secondo monitoraggio intermedio relativo al secondo quadrimestre
13 ottobre 2022	Incontro OIV	Validazione del monitoraggio a 8 mesi
gennaio 2023		Terzo monitoraggio intermedio relativo ai 12 mesi 2022 pre-consuntivo
15 febbraio 2023	Incontro OIV	Validazione del monitoraggio a 12 mesi pre-consuntivo
22 marzo 2023	Nota n. 30998	Linee guida per la compilazione informatizzata delle schede di valutazione individuale Dirigenti Area Sanità e Dirigenti Area Funzioni Locali dell'Azienda ULSS 5 Polesana - anno 2022
23 marzo 2023	Nota n. 31012	Linee guida per la compilazione informatizzata delle schede di valutazione individuale - Comparto Dipendenti Azienda Ulss5 Polesana - anno 2022

maggio 2023		Valutazione finale con rendicontazione e verifica puntuale del grado di raggiungimento degli obiettivi per l'anno 2022 con controdeduzioni
28 giugno 2023	Delibera del Direttore Generale n. 871	Adozione della Relazione sulla Performance dell'Azienda Ulss 5 Polesana – Anno 2022
06 luglio 2023	Incontro OIV	Validazione della performance organizzativa e della performance individuale anno 2022
06 luglio 2023	Incontro OIV	Validazione della Relazione sulla Performance e sottoscrizione della Relazione sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni – anno 2022.

In merito alla dimensione sia in termini di risorse umane e finanziarie che di competenze professionali, la struttura a supporto del processo di attuazione del ciclo delle Performance può essere così schematizzata:

unità di personale coinvolte (FTE)	5,0
Unità di personale che hanno prevalentemente competenze economico-gestionali (FTE)	0,5
Unità di personale che hanno prevalentemente competenze economico-statistiche (FTE)	3,5
Unità di personale che hanno prevalentemente competenze economico-giuridiche (FTE)	1,0

La composizione sopra riportata risulta adeguata in termini di numeri e di bilanciamento delle competenze necessarie per l'attuazione del processo del ciclo delle Performance.

D. INFRASTRUTTURA DI SUPPORTO

La rilevazione e il monitoraggio continuo delle Performance, sia aziendali che di unità operativa, avvengono attraverso il sistema informativo aziendale, gestito a livello centrale dal Controllo di Gestione, che fornisce informazioni a tutti gli attori del processo.

Il sistema prevede la diffusione delle informazioni attraverso l'accesso dall'intranet aziendale al datawarehouse "RW10" che mette a disposizione report dinamici e navigabili per l'utente. Si tratta di tabelle di sintesi sull'attività complessiva dell'azienda con possibilità di dettaglio sulla attività della singola unità operativa, ma anche sull'attività di tutte le altre strutture aziendali. Il sistema di reporting è rivolto alla Direzione Generale, alle direzioni delle articolazioni aziendali, ai direttori di struttura e ad altri referenti individuati all'interno di ogni unità operativa.

I contenuti visibili dagli utenti di RW10 riguardano gli accessi al pronto soccorso, i ricoveri e la specialistica ambulatoriale relativi sia alle attività svolte presso i nostri ospedali e punti sanità, sia svolte presso altre strutture private accreditate dell'azienda. Altri report evidenziano le risorse disponibili in termini di personale e altri il consumo di beni e di servizi. Il sistema di contabilità analitica è alimentato con estrazioni periodiche dalla procedura di magazzino, procedura del personale e da integrazioni con la procedura di contabilità generale per la quadratura con i valori di bilancio.

La reportistica pubblicata viene aggiornata mensilmente.

Per il monitoraggio degli obiettivi assegnati all'azienda con DGR 709/2022 è stato istituito anche un ulteriore processo che ha previsto, per ogni obiettivo, l'identificazione di un referente con i seguenti compiti:

1. monitorare (tendenzialmente mensilmente) l'obiettivo di competenza;
2. promuovere interventi costanti di indirizzo, coordinamento e controllo nei confronti delle UOC coinvolte;
3. aggiornare tempestivamente la Direzione per interventi di competenza, reperimento risorse, valutazioni congiunte sul da farsi;
4. assicurare celerità nelle verifiche e valutazioni intermedie riguardo l'obiettivo di competenza, su richiesta della Direzione Aziendale o della UOC Controllo di Gestione.

Il monitoraggio mensile dell'obiettivo di competenza è avvenuto attraverso l'aggiornamento di un file condiviso in Google Drive, strumento individuato dalla Direzione Aziendale per avere in tempo reale precisa conoscenza dell'evoluzione dell'obiettivo stesso.

Per quanto riguarda la performance individuale, è attiva da alcuni anni la rilevazione attraverso un software specifico gestito dalla UOC Gestione Risorse Umane, con accesso diretto da parte degli utenti valutatori del sistema.

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

La sezione "Amministrazione Trasparente", raggiungibile direttamente a partire dalla homepage della pagina web aziendale, raccoglie le informazioni che le Amministrazioni sono tenute a pubblicare nel proprio sito internet nell'ottica della trasparenza, buona amministrazione e di prevenzione dei fenomeni della corruzione.

L'Azienda Ulss 5 Polesana ha nominato con Delibera del Direttore Generale n. 455 del 23/05/2018 il Responsabile per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza aziendale che si occupa di regolamentare la gestione del sito web aziendale.

L'attività del Responsabile si concentra nel definire dettagliatamente gli attori e le relative responsabilità di produzione del dato e di pubblicazione sul sito, come si evince dalla Delibera del Direttore Generale n. 557 del 29/04/2022 con la quale è stato approvato il " Piano triennale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza - anni 2022/2024", sono espressamente elencati i Responsabili della produzione del dato e i Responsabili della pubblicazione dei dati previsti nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Il Responsabile per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza aziendale, relaziona all'OIV periodicamente e a richiesta, al fine di informare ed evidenziare il rispetto degli obblighi previsti dalla normativa vigente.

Per quanto attiene alla corrispondenza tra quanto pubblicato dall'Azienda Ulss 5 sul suo sito istituzionale e quanto previsto dalla normativa, l'OIV svolge le verifiche previste e rilascia apposita attestazione secondo indicazioni ANAC.

F. CLIMA ORGANIZZATIVO – INDAGINE SULLA QUALITÀ PERCEPITA

Nel corso dell'anno 2022, a seguito anche di quanto stabilito nella DGR 709/2022 avente ad oggetto "Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi delle Aziende e Istituti del SSR per l'anno 2022", è stato dato avvio alla rilevazione del clima organizzativo.

A seguito di varie riunioni che si sono tenute alla presenza dei referenti regionali, di Azienda Zero e della Scuola Superiore Sant'Anna - Laboratorio Management e Sanità (MeS) - Pisa, sono stati comunicati gli elenchi del personale dipendente, dirigenti e non, che potevano essere raggiunti con la mail aziendale al fine di compilare il questionario predisposto dal MeS ed uguale per tutte le aziende sanitarie del Veneto.

Successivamente è stata fatta una campagna informativa sull'avvio della rilevazione attraverso:

- lettera del Direttore Generale
- sito Aziendale
- screensaver per i pc aziendali
- locandine affisse nelle strutture
- incontro con Coordinatori e Responsabili 26-01-2023
- comunicazione personalizzata da parte del referente di indagine di clima e successivi reminder (13-21-28 Gennaio 2023)

La rilevazione sul benessere organizzativo si è svolta nei mesi di dicembre 2022 e gennaio 2023.

Su 2.094 dipendenti (raggiunti dalla mail aziendale) hanno aderito all'indagine in 987 (pari al 47,13%) una partecipazione decisamente in aumento rispetto all'ultima indagine dell'anno 2019 dove avevano partecipato il 38,2% dei dipendenti. Si è rilevata una minor adesione da parte del personale afferente all'area della dirigenza (la cui adesione passa dal 64% dell'anno 2019 al 55,1% dell'anno 2022) e una maggiore sensibilità da parte del personale dell'area del comparto (la cui adesione passa dal 36,9% dell'anno 2019 al 46,7% dell'anno 2022).

Con nota prot. n. 276336 del 22/05/2023 Regione Veneto ha chiesto a tutte le Aziende di definire 3 azioni di miglioramento entro il 30/09/2023, che possano incidere in modo positivo sul benessere dei dipendenti e siano coerenti con quanto emerso dall'analisi dei risultati dell'indagine in oggetto. Tali azioni devono essere misurabili e monitorabili, in termini temporali e con riferimento al grado di raggiungimento dell'obiettivo. Dovranno pertanto essere individuati specifici indicatori di monitoraggio e un cronoprogramma di esecuzione delle specifiche attività oggetto di ciascuna azione individuata. Dovranno inoltre essere previste le risorse necessarie e i destinatari delle misure oggetto di valutazione. Per ciascuna azione dovranno, altresì, essere indicati gli attori e/o stakeholder da coinvolgere.

A tale proposito l'Azienda Ulss 5 Polesana, per il tramite di un gruppo di lavoro formalmente identificato, sta procedendo all'analisi dei dati, sulla base delle risultanze dei questionari compilati e messi a disposizione dal MeS in forma anonima, al fine di intercettare le aree di maggior criticità ove indirizzare i propri sforzi.

Per quanto riguarda la valutazione della qualità percepita dagli utenti nel 2022 si è partecipato alle attività propedeutiche per l'anno 2023 dell'indagine PREMs (Patient Reported Experience Measures - Indagine sull'esperienza del ricovero ospedaliero) promossa da Regione Veneto, con la collaborazione di Azienda Zero e del Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

L'indagine sull'esperienza di ricovero ospedaliero ha la finalità di conoscere il punto di vista dei pazienti che hanno avuto un episodio di cura presso una delle Aziende Sanitarie del SSR, per conoscere l'esperienza vissuta dal singolo paziente e dal suo accompagnatore sotto vari punti di vista, dal momento iniziale dell'accesso alla struttura sanitaria, al ricovero, fino a quello finale della dimissione.

G. DEFINIZIONE E GESTIONE DEGLI STANDARD DI QUALITA'

Per definire e gestire gli standard di qualità l'Azienda Ulss 5 nel corso del 2022 ha fatto riferimento ai seguenti elementi:

- definizioni regionali e ministeriali delle strutture e dei posti letto ospedalieri per gestire la pandemia da Sars-COV 2: ospedale COVID di Trecenta, reparti dedicati COVID per i ricoveri ordinari e di terapia semintensiva pneumologica, posti di terapia intensiva, ospedale di comunità COVID;
- programmazione regionale definita dal Piano socio-sanitario 2019-2023, adottato con Legge Regionale 28 dicembre 2018, n. 48 e dalla Deliberazione n. 614 del 14 maggio 2019 "Approvazione delle schede di dotazione delle strutture ospedaliere e delle strutture sanitarie di cure intermedie delle Aziende Ulss, dell'Azienda Ospedale-Università di Padova, dell'Azienda Ospedale Universitaria Integrata di Verona, dell'Istituto Oncologico Veneto - IRCCS, della Società partecipata a capitale interamente pubblico "Ospedale Riabilitativo di Alta specializzazione" e degli erogatori ospedalieri privati accreditati. L.R. 48/2018 "Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023" Deliberazione n. 22/CR del 13 marzo 2019", che identifica nel dettaglio le discipline assistenziali, le apicalità e i posti letto che dovranno essere attivati nelle strutture ospedaliere venete entro il 31/12/ 2021.
- obiettivi di salute e funzionamento dei servizi per le aziende sanitarie del Veneto per l'anno 2022;
- requisiti di autorizzazione all'esercizio di cui alla LR 22/2002 e successive integrazioni;
- requisiti di accreditamento istituzionale di cui alla LR 22/2002 e successive integrazioni;
- DGRV 1527/2015 (Approvazione del documento tecnico in attuazione al Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70 ad oggetto "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi all'assistenza ospedaliera").

Tali standard di qualità hanno riguardato soprattutto lo sviluppo delle reti per patologia, dei processi assistenziali (assistenza collettiva, distrettuale e ospedaliera), il buon uso delle risorse (personale, strutture edilizie e impianti, tecnologie sanitarie, beni e servizi non sanitari, informazioni) e i sistemi di gestione dei rischi (sicurezza dei pazienti, sicurezza dei lavoratori, sicurezza delle informazioni, sicurezza amministrativo-contabile, trasparenza e integrità della Pubblica Amministrazione).

Sul versante dello sviluppo delle reti e dei processi assistenziali e della continuità assistenziale, è continuato l'aggiornamento di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali, per rendere più fluido il percorso dei pazienti e integrato l'approccio dei professionisti su tutto il territorio provinciale.

Per quanto riguarda l'applicazione del PNRR, l'Azienda Ulss 5 ha svolto tutte le attività richieste dall'applicazione del Decreto 77/2022 per lo sviluppo dell'assistenza territoriale (Case della comunità, Centrale operativa territoriale, Strutture intermedie).

H. UTILIZZO DEI RISULTATI DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE

L'individuazione puntuale degli obiettivi aziendali 2022 derivanti da indicazioni regionali, unitamente ad altri obiettivi strategici aziendali, è stata realizzata attraverso l'adozione del Piano delle Performance 2022-2024 ed esplicitata attraverso la declinazione degli obiettivi di budget annuali delle strutture aziendali (strutture complesse e strutture semplici dipartimentali).

La valutazione della Performance organizzativa di Unità operativa, compiuta in prima istanza dai Responsabili delle articolazioni tecnico-funzionali aziendali (Ospedali, Distretti, Dipartimento di prevenzione, Dipartimento salute mentale e Servizi professionali, tecnici e amministrativi) ciascuno per le unità operative di relativa afferenza, e in seconda istanza dal rispettivo superiore gerarchico, è avvenuta dopo il confronto con i Responsabili di U.O., ed è finalizzata anche al riconoscimento degli incentivi previsti dal sistema premiante. Essa è anche collegata alla valutazione della Performance individuale che misura l'apporto di ciascun dipendente al raggiungimento degli obiettivi di struttura.

La valutazione individuale è effettuata dal dirigente diretto superiore del valutato, coadiuvato, per il personale del comparto, dal coordinatore o referente tecnico/infermieristico di dipartimento a diretta conoscenza dell'attività del valutato, secondo i principi del contraddittorio e della partecipazione, tenendo in considerazione anche i comportamenti contestati o formalmente sanzionati.

Al fine di valorizzare il collegamento diretto fra il raggiungimento degli obiettivi di budget di struttura e la valutazione individuale, l'importo del fondo destinato alla retribuzione di risultato/produktività assegnato alla singola struttura è rapportato alla percentuale di raggiungimento degli obiettivi fissati in sede di definizione del budget annuale.

Il Sistema si basa sull'oggettività della misurazione e della valutazione, a partire dalla individuazione degli indicatori fino alla misurazione e all'analisi degli scostamenti e individua le responsabilità dei soggetti coinvolti nel processo.

Per quanto riguarda gli obiettivi aziendali assegnati dalla Giunta Regionale con DGRV 709/2022, gli uffici regionali stanno valutando il loro effettivo raggiungimento e la Conferenza dei Sindaci ha espresso la sua valutazione.

I. DESCRIZIONE DELLE MODALITÀ DEL MONITORAGGIO DA PARTE DELL'OIV

L'OIV dell'Azienda Ulss 5 riferisce sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni, sulla scorta degli elementi informativi forniti dalla Struttura tecnica di supporto, UOC Controllo di Gestione.

Anche per il ciclo della Performance 2022, l'OIV (nella precedente composizione come da Deliberazione del Direttore Generale n. 392 del 23/05/2019 e nella attuale composizione come da Deliberazione del Direttore Generale n. 667 del 25/05/2022) si è riunito nei tempi necessari per le verifiche di competenza, supportato dalla Struttura tecnica permanente UOC Controllo di Gestione, incontrando la direzione aziendale e, quando ritenuto necessario, i responsabili dei servizi aziendali coinvolti nel processo di valutazione delle Performance.

L'OIV svolge le proprie valutazioni verificando direttamente, attraverso l'analisi campionaria, la correttezza dell'intero processo di valutazione (individuale e organizzativa) delle unità operative dell'azienda, fornendo indicazioni al fine di migliorare il sistema di valutazione stesso.

L'OIV provvede collegialmente a monitorare gli obblighi previsti dalla normativa sulla trasparenza incontrando il Responsabile.

In particolare, per quanto riguarda il ciclo della Performance 2022, l'OIV si è riunito nelle seguenti date:

- seduta OIV del 15/02/2022
- seduta OIV del 31/05/2022
- seduta OIV del 23/06/2022
- seduta OIV del 14/09/2022
- seduta OIV del 13/10/2022
- seduta OIV del 15/02/2023
- seduta OIV del 28/03/2023
- seduta OIV del 13/06/2023
- seduta OIV del 06/07/2023

Nella seduta del 06/07/2023 l'OIV ha provveduto alla validazione della Relazione sulla Performance 2022, che 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 conformemente a quanto indicato nella DGRV 140/2016;
- ✓ 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 della DGRV 140/2016, la validazione della Relazione è, infatti, condizione per l'erogazione degli emolumenti legati al sistema premiante.

J. RIEPILOGO DEGLI ESITI E OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

L'OIV, per verificare la correttezza e coerenza dal punto di vista metodologico dell'intero processo di misurazione e valutazione svolto dall'amministrazione, ha utilizzato i criteri suggeriti dalle "Linee guida per la Relazione annuale sulla Performance" del Dipartimento della Funzione Pubblica N.3 del novembre 2018. Si presenta di seguito una tabella di riepilogo con gli esiti dell'analisi effettuata con riferimento alla Relazione sulla Performance anno 2022 dell'Azienda Ulss 5 Polesana:

Criteri di validazione previsti	Esito
<i>a) coerenza fra contenuti della Relazione e contenuti del Piano della performance relativo all'anno di riferimento;</i>	Positivo
<i>b) coerenza fra la valutazione della performance organizzativa complessiva effettuata dall'OIV e le valutazioni degli obiettivi di performance organizzativa riportate dall'amministrazione nella Relazione;</i>	Positivo
<i>c) verifica che nella misurazione e valutazione delle performance si sia tenuto conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza;</i>	Positivo
<i>d) verifica del corretto utilizzo del metodo di calcolo previsto per gli indicatori</i>	Positivo
<i>e) affidabilità dei dati utilizzati per la compilazione della relazione (con preferenza per fonti esterne certificate o fonti interne non auto-dichiarate, prime tra tutte il controllo di gestione);</i>	Positivo
<i>f) adeguatezza del processo di misurazione e valutazione dei risultati descritto nella Relazione anche con riferimento agli obiettivi non inseriti nel Piano;</i>	Positivo
<i>g) conformità della Relazione alle disposizioni normative vigenti e alle linee guida del DFP;</i>	Positivo
<i>h) sinteticità della Relazione (lunghezza complessiva, utilizzo di schemi e tabelle, ecc.);</i>	Positivo
<i>i) chiarezza e comprensibilità della Relazione (linguaggio, utilizzo di rappresentazioni grafiche, presenza indice, pochi rinvii ad altri documenti o a riferimenti normativi, ecc.).</i>	Positivo

K. VALIDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

Ai fini della validazione, l'OIV ha preso in esame tre ambiti di verifica.

Il primo ambito riguarda la **Conformità** (compliance) della Relazione alle disposizioni del d. lgs. 150/2009 e ss.mm., alla DGR n. 140/2016 e alle indicazioni delle delibere regionali, che risulta confermata.

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 e ss.mm.);

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, validato con osservazioni o non validato, basato sulle evidenze e conclusioni raggiunte nel processo di validazione e formalizzato nel presente **Documento di Validazione**.

La Relazione sulla performance dell'anno 2022 dell'ULSS 5 Polesana, è stata approvata con Deliberazione del Direttore Generale n. 871 del 28/06/2023.

Come riportato dettagliatamente nei paragrafi precedenti, l'attuale OIV ha effettuato nel corso dell'esercizio un monitoraggio continuo del funzionamento complessivo del sistema di programmazione e controllo aziendale, basato sia sulla documentazione di quanto fatto dal precedente Organismo e da quanto riportato e descritto dalla UOC Controllo di Gestione, sia attraverso l'esame dei documenti forniti dall'Azienda.

L'OIV ha verificato:

- le modalità di definizione degli obiettivi 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;
- 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 Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, 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 conclusione, sulla base delle informazioni disponibili, l'OIV ritiene di validare la conformità, la comprensibilità e l'attendibilità della Relazione sulla Performance 2022, confermando la sostanziale coerenza del modello di analisi dei risultati raggiunti e degli scostamenti registrati tra il sistema di indicatori fissati dalla Regione e quelli individuati dall'azienda nel Piano delle Performance e applicati nella misurazione della performance organizzativa e individuale.

In definitiva l'OIV riconosce che l'ULSS 5 Polesana ha governato in modo positivo il ciclo di gestione della performance con riferimento all'anno 2022, e che lo stesso è adeguatamente rendicontato nella Relazione sulla Performance 2022, approvata con Deliberazione del Direttore Generale n. 871 del 28/06/2022. 09/09/2022.

Alla luce di quanto sopra, **l'OIV valida la Relazione della performance 2020 dell'Azienda ULSS 5 Polesana.**

La documentazione del processo di validazione è conservata dalla Struttura Tecnica permanente di supporto all'OIV.

Rovigo, 06/07/2023.

PRESIDENTE OIV

f.to dr.ssa Michela Piccinini

COMPONENTE OIV

f.to dr. Leopoldo Ciato

COMPONENTE OIV

f.to dr.ssa Diana Trabuio