

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 2023

Rovigo, 25/07/2024

Indice

PREMESSA.....	2
A. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	3
B. PERFORMANCE INDIVIDUALE.....	4
C. PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE	5
D. INFRASTRUTTURA DI SUPPORTO.....	7
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	7
F. CLIMA ORGANIZZATIVO – INDAGINE SULLA QUALITÀ PERCEPITA.....	8
G. DEFINIZIONE E GESTIONE DEGLI STANDARD DI QUALITÀ'	9
H. UTILIZZO DEI RISULTATI DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE	10
I. DESCRIZIONE DELLE MODALITÀ DEL MONITORAGGIO DA PARTE DELL'OIV.....	11
J. METODI DI VERIFICA DEI CRITERI DI VALIDAZIONE	12
K. RIEPILOGO DEGLI ESITI E OSSERVAZIONI CONCLUSIVE.....	15
L. VALIDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE	16

PREMESSA

Lo scopo del documento è illustrare il funzionamento complessivo del ciclo di gestione della performance dell'Azienda ULSS 5 Polesana, nonché i processi e le attività messe in atto per garantire la trasparenza, l'integrità e la prevenzione della corruzione, relativamente all'anno 2023.

L'art. 14, comma 4, lettera a) del D.Lgs. n. 150/2009, novellato dal Dlgs. n.174/2017 dispone che l'Organismo Indipendente di Valutazione ("OIV") monitori il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità e dei controlli interni attraverso una relazione annuale e che, nell'ambito della Relazione sul Funzionamento, lo stesso possa formulare proposte e raccomandazioni ai vertici amministrativi.

Per quanto riguarda il Servizio Sanitario Regionale, la DGRV n.140/2016, nel dettare i riferimenti metodologici e i contenuti essenziali per le Aziende Sanitarie, ha fatto integralmente riferimento alla delibera CIVIT n. 23/2013 che prevede che la Relazione si articoli nei seguenti paragrafi:

- 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 Programma triennale per la trasparenza e l'integrità e per il rispetto degli obblighi di pubblicazione;
- F. Clima Organizzativo – Indagine sulla Qualità Percepita
- G. Definizione e gestione degli standard di qualità;
- H. Utilizzo dei risultati del Sistema di misurazione e valutazione;
- I. Descrizione delle modalità del monitoraggio dell'OIV;
- J. Metodi di verifica dei criteri di valutazione;
- K. Riepilogo degli esiti e osservazioni conclusive;
- L. Validazione delle relazione sulla Performance

La presente relazione è redatta dall'OIV, nominato con deliberazione n. 667/2022 e insediato in data 23 giugno 2022 per il triennio 2022-2025, ed aggiornato nella sua formazione con delibera n. 1241/2023.

Il documento illustra il ciclo della performance nell'Azienda, con riferimento all'anno 2023, ed è costituito dalle componenti performance organizzativa e performance individuale. L'analisi della performance organizzativa spiega le modalità di programmazione aziendale, il sistema di misurazione ed infine il sistema adottato per valutare i risultati delle schede di budget anno 2023; nella parte relativa alla performance individuale, invece, si descrive il percorso effettuato per l'assegnazione degli obiettivi e la loro valutazione.

Nell'azienda Ulss 5 Polesana la Performance viene misurata:

- 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. 103 del 31/01/2023, ha adottato il “PIAO - Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023-2025” che contiene il documento di Direttive 2023 dell’Azienda Ulss 5 Polesana e, con nota n. 17268 del 16/02/2023, lo ha trasmesso a tutte le strutture aziendali. Con l’approvazione del PIAO, unitamente all’approvazione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza anni 2023-2025, è stato avviato il Ciclo della performance anno 2023.

Gli obiettivi regionali e gli obiettivi specifici aziendali sono stati ricondotti ad alcune aree strategiche principali: A – Rispetto della garanzia dei livelli essenziali di assistenza, E – Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell’efficienza dei servizi sanitari, Q – Crescita dei livelli di qualità dell’assistenza, S – Assistenza Ospedaliera. 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 2023, 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. All’interno delle schede sono esplicitati sia gli obiettivi che afferiscono al personale del comparto, sia quelli assegnati al personale della dirigenza, con pesatura diversificata a seconda del grado di coinvolgimento. Formalmente le schede sono state sottoscritte nei mesi di aprile-maggio 2023, recependo gli obiettivi assegnati da parte della Regione Veneto con DGR 1702 del 31/12/2022.

Al fine di conseguire gli obiettivi per CdR, l’Azienda ha sviluppato un sistema di misurazione che consente il monitoraggio periodico e la rendicontazione della performance con riferimento a ciascun dipartimento ed alle unità operative. Il monitoraggio avviene sulla base delle seguenti rilevazioni:

- dati di attività e di costo, mediante i dati presenti nel datawarehouse aziendale;
- dati relativi ad indicatori calcolati ad hoc, monitorati e comunicati mensilmente dal Controllo di Gestione ai direttori di UOC e ai coordinatori infermieristici.

Ad ogni obiettivo viene assegnato una misurazione ottenuta secondo queste modalità:

- 100% o 0% nel caso di obiettivo qualitativo (sì/no);
- in modo proporzionale negli altri casi.

Per gli obiettivi che derivano dagli obiettivi regionali, il criterio di valutazione è lo stesso che viene utilizzato a livello regionale.

Il Controllo di Gestione mette a disposizione dei vari attori aziendali coinvolti (Direzione aziendale, Direttori di CdR, coordinatori delle professioni sanitarie) gli strumenti di monitoraggio descritti al paragrafo D. Infrastruttura di supporto. I risultati rispetto agli obiettivi di budget raggiunti in corso d’anno sono comunicati dal Controllo di Gestione, quadrimestralmente, all’Ufficio Personale e ai Direttori di Struttura tecnico funzionale/ Dipartimento/ U.O.C./ U.O.S.D. ognuno per la parte di propria competenza.

Il Controllo di Gestione misura gli indicatori degli obiettivi definiti nelle schede di budget di struttura tecnico-funzionale e di Unità Operativa Complessa e Unità Operativa Semplice Dipartimentale. I Direttori competenti per Area effettuano la valutazione dei risultati e, qualora ritenuto necessario, modificano il punteggio ottenuto sulla base delle evidenze riscontrate.

Un primo momento di valutazione sul grado di raggiungimento degli obiettivi è stato realizzato nel mese di giugno 2023, con oggetto i primi 4 mesi di attività dell’anno (incontro OIV del 13/06/2023); un secondo step di monitoraggio si è svolto nei mesi di settembre-ottobre 2023 con oggetto i primi 8 mesi di attività (incontro OIV del 12/10/2023); un terzo step nel mese di gennaio 2024 per la verifica di pre-

consuntivo 2023 (incontro OIV del 07/02/2024). Nel mese di maggio 2024 sono stati valutati gli obiettivi delle unità operative a consuntivo delle attività svolte nell'anno precedente.

Nella tabella seguente viene riportato l'esito finale della performance organizzativa delle unità operative, desunto dalla Relazione sulla performance, distintamente per comparto e dirigenza. Le UU.OO. sono raggruppate per articolazioni aziendali:

COMPARTO				
AREA	Punteggio raggiunto (in classi)			
	< 85	85 - 94	95 - 97	98 - 100
Amm.vi e Staff			2	15
Dip.to Prevenzione				9
Dip.to Salute Mentale				1
Ospedale			17	29
Territorio			1	12
Totale complessivo	0	0	20	66

DIRIGENZA E SPTA			
AREA	Punteggio raggiunto (in classi)		
	85 - 94	95 - 97	98 - 100
Amm.vi e Staff		2	6
Dip.to Prevenzione			9
Dip.to Salute Mentale		1	
Ospedale	1	26	22
Territorio		1	12
Totale complessivo	1	30	49

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 2023 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 aprile 2024 è stata avviata la valutazione della performance individuale per il personale del comparto e della dirigenza, il processo si è concluso a maggio 2024.

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.

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 desunto dalla scheda di valutazione, il cui punteggio massimo attribuibile risulta pari a punti 100.

Nella tabella seguente viene riportato l'esito finale della valutazione individuale del personale dipendente, desunto dalla Relazione sulla performance, distintamente per comparto e dirigenza.

	PUNTI	COMPARTO		DIRIGENZA	
		SCHEDA	%	SCHEDA	%
	N.V.	78	2,35%	7	0,78%
CLASSE 1	0 - 10	0	0,00%	0	0,00%
CLASSE 2	10 - 20	0	0,00%	0	0,00%
CLASSE 3	20 - 30	0	0,00%	0	0,00%
CLASSE 4	30 - 40	0	0,00%	0	0,00%
CLASSE 5	40 - 50	0	0,00%	0	0,00%
CLASSE 6	50 - 60	0	0,00%	2	0,31%
CLASSE 7	60 - 70	4	0,12%	0	0,00%
CLASSE 8	70 - 80	0	0,00%	0	0,00%
CLASSE 9	80 - 90	5	0,15%	7	1,09%
CLASSE 10	90 - 100	287	8,65%	256	40,00%
CLASSE 11	100	2.945	88,73%	368	57,50%
		3.319	100%	640	100,00%

Per "N.V." si intende personale assente a vario titolo come per esempio: malattia, aspettativa, maternità, congedo parentale, distacco sindacale,....

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 2023 sono state sintetizzate nella tabella seguente:

periodo	riferimento	azioni
31 gennaio 2023	Delibera del Direttore Generale n. 103	Adozione del "PIAO – Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023-2025" che contiene il Documento di Direttive 2023 dell'Azienda ULSS 5 Polesana"
marzo 2023		Individuazione obiettivi di budget e consegna delle schede ai Direttori di dipartimento
aprile/maggio 2023		Incontri di negoziazione del budget con le unità operative e sottoscrizione delle schede
maggio 2023		Primo monitoraggio intermedio relativo al primo quadrimestre 2023
13 giugno 2023	Incontro OIV	Validazione del monitoraggio a 4 mesi
settembre/ottobre 2023		Secondo monitoraggio intermedio relativo al secondo quadrimestre ed eventuale revisione delle schede di budget negoziate ad aprile/maggio
12 ottobre 2023	Incontro OIV	Validazione del monitoraggio a 8 mesi
gennaio 2024		Terzo monitoraggio intermedio relativo ai 12 mesi 2023 pre-consuntivo
07 febbraio 2024	Incontro OIV	Validazione del monitoraggio a 12 mesi pre-consuntivo
15 aprile 2024	Nota n. 34733	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 2023
15 aprile 2024	Nota n. 34726	Linee guida per la compilazione informatizzata delle schede di valutazione individuale - Comparto Dipendenti Azienda Ulss5 Polesana - anno 2023
maggio/giugno 2024		Valutazione Performance Individuale
maggio/giugno 2024		Valutazione finale con rendicontazione e verifica puntuale del grado di raggiungimento degli obiettivi per l'anno 2023 con controdeduzioni
28 giugno 2024	Delibera del Direttore Generale n. 812	Adozione della Relazione sulla Performance dell'Azienda Ulss 5 Polesana – Anno 2023
25 luglio 2024	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 2023.

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 all'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 sull'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 1702/2022 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" del sito, 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. In data 04/10/2023 è stata adottata la Delibera del Direttore Generale n. 1333 che nomina il nuovo Responsabile per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza aziendale a causa della quiescenza del predecessore.

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. 103 del 31/01/2023 con la quale è stato approvato il "PIAO – Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023-2025" che contiene il "Piano triennale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza - anni 2023/2025", sono espressamente elencati i Responsabili della produzione del dato e i Responsabili della pubblicazione dei dati previsti nella sezione "Amministrazione Trasparente".

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.

L'OIV durante il mese di luglio 2023 si è incontrato in diverse occasioni per prendere in esame la scheda di rilevazione aggiornata dal responsabile RPCT e, attraverso il confronto diretto con lo stesso, ha effettuato le verifiche di propria competenza visionando le varie sezioni del sito istituzionale dell'area Amministrazione Trasparente.

L'attestazione rispetto gli obblighi rilasciata in data 25/07/2023, che dal 2023 è avvenuta in formato digitale e non più in formato cartaceo, ha riscontrato delle criticità che si sono risolte nel corso dell'anno.

Durante il mese di novembre, come previsto dalla delibera ANAC n.203 del 17/05/2023, è stata rivista e aggiornata la griglia di rilevazione con evidenza che sono state sanate le criticità riscontrate nel mese di luglio.

Al fine di sensibilizzare tutto il personale dipendente in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza è stato introdotto un obiettivo di budget, assegnato a tutte le UU.OO., che prevedeva la partecipazione ad un evento organizzato dall'RPCT.

Il previsto corso di formazione, è stato realizzato nei primi mesi del 2024.

F. CLIMA ORGANIZZATIVO – INDAGINE SULLA QUALITA' 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 sanitari 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, in ottemperanza a quanto previsto dalla DGR 1702/2022, Regione Veneto ha chiesto a tutte le Aziende di definire 3 azioni di miglioramento entro il 30/09/2023 che potessero incidere in modo positivo sul benessere dei dipendenti e fossero coerenti con quanto emerso dall'analisi dei risultati dell'indagine in oggetto.

In particolare le tre azioni di miglioramento individuate sono:

- "La Direzione incontra" ora denominata "C'è posto per te: dialoghiamo insieme": la Direzione Strategica ha incontrato il personale dipendente durante momenti appositamente dedicati, organizzati anche presso le sedi periferiche dell'Azienda Ulss 5 Polesana. L'attività è stata rivolta a tutti i dipendenti e, attraverso la collaborazione dell'Ufficio Stampa, è stata possibile la promozione degli eventi e un'organizzazione capillare degli incontri con i professionisti che ne hanno fatto richiesta;
- "Newsletter everyone" è stata redatta una newsletter, inviata a tutto il personale, con una cadenza indicativamente mensile con l'obiettivo di favorire l'informazione e il coinvolgimento dei collaboratori. In particolare la newsletter contiene informazioni e tematiche utili ai dipendenti per una migliore condivisione della vita all'interno dell'azienda, promuovendo la valorizzazione anche delle esperienze lavorative delle varie unità operative;
- "Punto ristoro presso Cittadella Socio-Sanitaria" è stato adibito un punto di ristoro presso la struttura della Cittadella Socio Sanitaria, in quanto non presente un'area dedicata, attrezzato con distributore di bevande calde, fredde e snack, tavolini per il pranzo per coloro che scelgono di non usufruire della mensa, e che accedono a questa area.

G. DEFINIZIONE E GESTIONE DEGLI STANDARD DI QUALITA'

Per definire e gestire gli standard di qualità l'Azienda Ulss 5 nel corso del 2023 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 (completamento);
- 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 Ospedaliera 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.

- obiettivi di salute e funzionamento dei servizi per le aziende sanitarie del Veneto per l'anno 2023;
- 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");
- DGRV 721/2023 Programmazione dell'assetto organizzativo ed operativo della rete assistenziale territoriale in attivazione al PNRR e del DM 77/2022

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) e per l'acquisizione delle tecnologie.

Sono stati avviati i cantieri di realizzazione delle COT (Centrali Operative Territoriali), sviluppato la progettazione delle 5 Case della Comunità e approvato il Piano aziendale di sviluppo dell'assistenza territoriale (DDG 1761/2024 Piano Aziendale di Sviluppo dei Servizi Territoriali (2023-2026))

H. UTILIZZO DEI RISULTATI DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE

L'individuazione puntuale degli obiettivi aziendali 2023 derivanti da indicazioni regionali, unitamente ad altri obiettivi strategici aziendali, è stata realizzata attraverso l'adozione del "PIAO – Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023 – 2025" che contiene il Piano delle Performance 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/produttività 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 1702/2022, gli uffici regionali stanno valutando il loro effettivo raggiungimento e la Conferenza dei Sindaci non ha ancora espresso la propria 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 2023, l'OIV (nella precedente composizione come da Deliberazione del Direttore Generale n. 667 del 25/05/2022 e nella attuale composizione come da Deliberazione del Direttore Generale n. 1241 del 15/09/2023) 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 2023, l'OIV si è riunito nelle seguenti date:

- seduta OIV del 15/02/2023
- seduta OIV del 13/06/2023
- seduta OIV del 06/07/2023
- seduta OIV del 13/07/2023
- seduta OIV del 12/10/2023
- seduta OIV del 22/11/2023
- seduta OIV del 27/11/2023
- seduta OIV del 04/12/2023
- seduta OIV del 07/02/2024

- seduta OIV del 13/06/2024
- seduta OIV del 25/07/2024

Nella seduta del 25/07/2024 l'OIV ha provveduto alla validazione della Relazione sulla Performance 2023, 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. METODI DI VERIFICA DEI CRITERI DI VALIDAZIONE

Il metodo e il processo di validazione sono stati definiti coerentemente a quanto stabilito dalle Linee Guida n. 3/2018 del Dipartimento della Funzione Pubblica. Quando non sono stati trovati riferimenti metodologici specifici.

La validazione della Relazione è il risultato di un processo che ha coinvolto diversi soggetti e, in particolare, i seguenti:

- il Direttore Generale che con deliberazione n. 812 del 28/06/2024 ha approvato la Relazione sulla performance per l'anno 2023;
- le UOC Risorse Umane che, come previsto dal vigente Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance, ha svolto il ruolo di interlocutore dell'intero processo di valutazione individuale, assicurando la trasmissione delle informazioni ai diversi utenti del sistema (valutatori), garantendo la verifica della correttezza del percorso valutativo e dei calcoli sottesi alla misurazione della performance individuale;
- la UOC Controllo di Gestione che, come previsto dal vigente Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance, ha seguito il processo di misurazione e valutazione organizzativa attraverso l'istruttoria, il monitoraggio e il controllo delle schede di budget che ha poi sottoposto alla valutazione del Direttore Sanitario, Direttore Socio Sanitario e Amministrativo; ha inoltre coordinato le attività volte alla predisposizione della Relazione sulla performance, ne ha curato la definizione per la successiva decretazione da parte del Direttore Generale e, successivamente, ha presentato all'OIV la Relazione, approvata dal Direttore Generale, da sottoporre a validazione;
- i dirigenti che, con riferimento alle unità organizzative di propria competenza (Responsabili di Dipartimento o di Strutture Operative Complesse o di Strutture Semplici Dipartimentali), hanno misurato la performance individuale, nonché fornito tutte le informazioni necessarie alla UOC Controllo di Gestione per la misurazione della performance organizzativa e per le verifiche dell'OIV ai sensi della normativa vigente;
- il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza che ha fornito elementi istruttori al fine di verificare quanto disposto dall'art. 1, comma 8 bis, della Legge n.190/2012 (obiettivi di budget);
- l'OIV che ha validato la Relazione sulla performance, sulla base della metodologia definita nel

presente documento e coerentemente alle indicazioni contenute nelle Linee Guida n. 3/2018 del Dipartimento della Funzione Pubblica;

- la Struttura Tecnica di Supporto che ha supportato l'OIV nell'acquisizione di tutte le informazioni necessarie alla verifica (elementi probativi).

I metodi di verifica utilizzati ai fini della validazione della Relazione sulla performance si ispirano in quanto compatibili, e con gli opportuni adattamenti, a quelli tipici dell'auditing. In tale ambito disciplinare, si distinguono due metodi principali:

1. *analisi dei sistemi interni*, che si attua mediante l'osservazione diretta del revisore sulle attività poste in essere dagli attori coinvolti o mediante interviste dirette agli attori coinvolti o tramite la consultazione di manuali di procedure (se presenti);
2. *analisi documentali*, che si basano sulla consultazione della documentazione al fine di evidenziare eventuali errori o incongruenze.

Il dettaglio dei metodi di verifica applicati per ognuno dei criteri di validazione previsti dalle Linee Guida n. 3/2018 del Dipartimento della Funzione Pubblica sono riportati nella tabella che segue:

Criteri di validazione previsti	Metodi di verifica	Oggetto della verifica
<i>a) coerenza fra contenuti della Relazione e contenuti del Piano della performance relativo all'anno di riferimento e PIAO.</i>	Analisi comparative Analisi documentale	Analisi comparativa del PIAO - Documento delle Direttive e del PTPC anno 2023 - con la Relazione sulla Performance 2023
<i>b) coerenza fra la valutazione della performance aziendale complessiva e le valutazioni degli obiettivi di performance organizzativa riportate dall'amministrazione nella Relazione</i>	Verifica diretta degli elementi reali Analisi comparative	Comparazione e analisi della coerenza dei dati nella Relazione sulla Performance 2023
<i>c) presenza nella Relazione dei risultati relativi a tutti gli obiettivi delle diverse strutture operative</i>	Analisi comparative Analisi documentale	Analisi del capitolo specifico nella Relazione sulla Performance 2023 (capitolo "3.1 OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI")
<i>d) verifica che nella misurazione e valutazione delle performance si sia tenuto conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza;</i>	Verifica diretta degli elementi reali	Verifica del livello di presenza degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza nella Relazione sulla Performance
<i>e) verifica del corretto utilizzo del metodo di calcolo previsto per gli indicatori</i>	Analisi dei sistemi interni	Definizione dei criteri di valutazione in linea con il metodo di calcolo del vademecum regionale

<p><i>f) 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></p>	<p>Verifica diretta degli elementi reali</p>	<p>L'iter di valutazione degli obiettivi si è articolato in un percorso metodologico così definito:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Misurazione degli indicatori con elaborazione dal DWH aziendale, alimentato dai flussi informativi inviati in Regione/Ministero 2. per gli obiettivi qualitativi la UOC Controllo di Gestione ha chiesto ai direttori di struttura di descrivere, per ciascun obiettivo le attività realizzate al 31.12.2023 <p>La verifica finale si è effettuata con campionamento delle schede di consuntivo (effettuata nella seduta OIV del 25/07/2024)</p>
<p><i>g) effettiva evidenziazione, per tutti gli obiettivi e rispettivi indicatori, degli eventuali scostamenti riscontrati fra risultati programmati e risultati effettivamente conseguiti, con indicazione della relativa motivazione;</i></p>	<p>Analisi comparative Analisi documentale</p>	<p>Analisi delle schede di budget e verifica diretta della presenza dell'eventuale scostamento e della motivazione (verifica a campione)</p>
<p><i>h) adeguatezza del processo di misurazione e valutazione dei risultati descritto nella Relazione anche con riferimento agli obiettivi non inseriti nel Piano;</i></p>	<p>Analisi documentale Verifica diretta degli elementi reali</p>	<p>Tutti gli obiettivi inseriti sono stati misurati e valutati.</p>
<p><i>i) conformità della Relazione alle disposizioni normative vigenti e alle linee guida del DFP;</i></p>	<p>Analisi documentale</p>	<p>Conformità confermata</p>
<p><i>j) sinteticità della Relazione (lunghezza complessiva, utilizzo di schemi e tabelle, ecc.);</i></p>	<p>Analisi documentale</p>	<p>Sinteticità confermata</p>
<p><i>k) chiarezza e comprensibilità della Relazione (linguaggio, utilizzo di rappresentazioni grafiche, presenza indice, ecc.)</i></p>	<p>Analisi documentale</p>	<p>Chiarezza e comprensibilità confermata</p>

1. Marchi, L. (2010). Revisione aziendale e sistemi di controllo interno, Terza edizione. Milano: Giuffrè Editore.

K. 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 2023 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 e PIAO;</i>	Positivo
<i>b) coerenza fra la valutazione della performance aziendale complessiva effettuata dall'OIV e le valutazioni degli obiettivi di performance organizzativa riportate dall'amministrazione nella Relazione;</i>	Positivo
<i>c) presenza nella Relazione dei risultati relativi a tutti gli obiettivi delle diverse strutture operative</i>	Positivo
<i>d) verifica che nella misurazione e valutazione delle performance si sia tenuto conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza;</i>	Positivo
<i>e) verifica del corretto utilizzo del metodo di calcolo previsto per gli indicatori</i>	Positivo
<i>f) 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>g) effettiva evidenziazione, per tutti gli obiettivi e rispettivi indicatori, degli eventuali scostamenti riscontrati fra risultati programmati e risultati effettivamente conseguiti, con indicazione della relativa motivazione</i>	Positivo
<i>h) adeguatezza del processo di misurazione e valutazione dei risultati descritto nella Relazione anche con riferimento agli obiettivi non inseriti nel Piano;</i>	Positivo
<i>i) conformità della Relazione alle disposizioni normative vigenti e alle linee guida del DFP;</i>	Positivo
<i>j) sinteticità della Relazione (lunghezza complessiva, utilizzo di schemi e tabelle, ecc.);</i>	Positivo
<i>k) chiarezza e comprensibilità della Relazione (linguaggio, utilizzo di rappresentazioni grafiche, presenza indice, pochi rinvii ad altri documenti o a riferimenti normativi, ecc.).</i>	Positivo

L. 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 2023 dell'ULSS 5 Polesana, è stata approvata con Deliberazione del Direttore Generale n. 812 del 28/06/2024.

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 2023, 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 2023, e che lo stesso è adeguatamente rendicontato nella Relazione sulla Performance 2023, approvata con Deliberazione del Direttore Generale n. 812 del 28/06/2023.

Alla luce di quanto sopra, **l'OIV valida la Relazione della performance 2023 dell'Azienda ULSS 5 Polesana.**

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

Rovigo, 25/07/2024.

PRESIDENTE OIV

COMPONENTE OIV

COMPONENTE OIV

f.to Dott.ssa Michela Piccinini

f.to Dott. Stefano Nicola

f.to Dott.ssa Diana Trabuio