

Azienda Sanitaria ULSS N. 19

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

Anno 2016

Sommario

INTRODUZIONE.....	2
INTRODUZIONE.....	2
A. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	3
B. PERFORMANCE INDIVIDUALE	5
C. PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE.....	7
D. INFRASTRUTTURA DI SUPPORTO	9
E. SISTEMI INFORMATIVI E INFORMATICI A SUPPORTO DELL'ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA' E PER IL RISPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	9
F. DEFINIZIONE E GESTIONE DEGLI STANDARD DI QUALITA'	12
G. BENESSERE ORGANIZZATIVO – INDAGINE SULLA QUALITA' PERCEPITA	14
H. UTILIZZO DEI RISULTATI DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE.....	15
I. DESCRIZIONE DELLE MODALITA' DI MONITORAGGIO DELL'OIV.....	16
Allegato A – “Schede di Budget”	
Allegato B – “Schede di valutazione individuale.....	

INTRODUZIONE

La DGRV 140 del 16/02/2016 *“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)”* 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 (Relazione integrata) che prende in considerazione l'intero ciclo di attività che ha svolto l'Azienda in tema di performance, fissando il termine ultimo di presentazione al 15 settembre dell'anno successivo a quello dell'esercizio in esame. Alla data di approvazione della presente, l'Azienda ULSS 5 Polesana, che dal 1° gennaio 2017 ha unificato le aziende ULSS 18 e 19, non ha approvato, per quest'ultima, la Relazione degli obiettivi 2016; l'OIV, pertanto non può procedere alla validazione della stessa e, di conseguenza, non può produrre una Relazione Integrata. L'OIV procede comunque alla valutazione del ciclo della performance 2016 ed alla approvazione della *“Relazione annuale 2016 dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di Valutazione, Trasparenza e Integrità dei controlli interni”*, che nel seguito verrà sinteticamente indicata come Relazione.

La presente Relazione, secondo le indicazioni della DGRV 140/2016 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.

La Relazione 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).

Nella Relazione l'OIV effettua una 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 rispetto alla precedente Relazione.

MODELLO DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE:

il modello per le Aziende del veneto è stato fissato con le DGR n. 2205/2012 e n. 140/2016.

A. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Con l'approvazione del Piano triennale della Performance 2016-2018 (Decreto del Direttore Generale n. 42 del 28/1/2016), e del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2016-2018 e del Programma Triennale della Trasparenza 2016-2018

(Decreto del Direttore Generale n. 43 del 28/1/2016) è stato avviato il ciclo 2016 del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni.

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 obiettivi specifici aziendali coerenti con le linee prioritarie di attività individuate dalla programmazione aziendale sia per quanto riguarda l'equilibrio economico-finanziario, sia per quanto riguarda obiettivi di miglioramento della qualità e l'appropriatezza delle cure, la riduzione delle liste di attesa, la prevenzione, la sicurezza dei pazienti, la comunicazione e trasparenza.

L'avvio operativo del processo riguardante la performance organizzativa per l'anno 2016 è stato, come già detto, formalizzato dal Direttore Generale con il Decreto n. 42 del 28/1/2016 di approvazione del Piano triennale della Performance 2016-2018; in preparazione agli incontri di negoziazione degli obiettivi con le singole Strutture, è stato predisposto il Documento delle Direttive di budget 2016, approvato con Decreto n. 361 del 16/6/2016.

Gli obiettivi definiti per ogni Unità Operativa Complessa/Unità Operativa Semplice a valenza Dipartimentale (UOC/UOSD), presentati dai responsabili delle varie strutture aziendali a tutti i profili professionali ad essi afferenti, sono stati concordati e sottoscritti dai Responsabili di Struttura e 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": si allegano – ad esemplificazione – 2 esempi di "schede di budget", una per l'ambito sanitario e una per quello tecnico/amministrativo (Allegato A)

Il monitoraggio intermedio del ciclo della performance dell'anno 2016 è stato effettuato tra settembre e ottobre (in data 21/9 per il Dipartimento di prevenzione, 26/9 per i servizi tecnico/amministrativi, 30/9 per il Distretto e dal 5 al 12/10 per le unità operative ospedaliere).

L'OIV prende atto che l'Azienda effettua monitoraggi intermedi, supportati anche per l'area ospedaliera da un efficiente sistema di datawarehouse interno; per quanto

riguarda il raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione, l'azienda elabora e aggiorna una reportistica (ultimo aggiornamento ottobre 2016)

Come già accennato negli anni precedenti, la valutazione dello stato di avanzamento degli obiettivi e l'analisi degli scostamenti, sono effettuati in maniera automatica, tramite il Data Warehouse a disposizione dei responsabili, per gli obiettivi associati a indicatori quantitativi. Per quanto riguarda gli obiettivi regionali dei Direttori Generali definiti con DGRV 2072/2015 un primo monitoraggio è stato fatto nel mese di luglio 2016 (dati al primo semestre) mentre un secondo momento di monitoraggio è stato svolto nel mese di dicembre 2016 sulla base dei dati (regionali e aziendali) al terzo trimestre.

Per questa fase si rileva uno slittamento dei tempi della verifica, sostanzialmente molto prossima alla chiusura dell'esercizio, con la conseguente difficoltà, nei casi di scostamento, a riallineare l'attività agli obiettivi. Si prende comunque atto che i ritardi sono in parte anche legati alla tempistica dell'emanazione degli indirizzi regionali.

Il monitoraggio finale sul raggiungimento degli obiettivi è stato svolto nel mese di maggio e giugno 2017, disponendo anche dei dati regionali di preconsuntivo inviati a maggio 2017, a tale data rimanevano in sospeso le valutazioni di alcune strutture (UU.OO. ospedaliere e p.t.a.) in quanto la Direzione aziendale ha trasmesso alle Direzioni regionali competenti relazioni integrative in merito ad alcuni obiettivi solo parzialmente raggiunti, auspicando una rivalutazione.

Il Controllo di Gestione cura 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, i Direttori di Struttura (Ospedale, Distretto, Dipartimento di Prevenzione e Area Amministrativa) richiedono 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 valutano il raggiungimento di tutti gli obiettivi e vistano le schede di budget consuntivate .

B. PERFORMANCE INDIVIDUALE

Gli strumenti ed i criteri di valutazione della performance individuale utilizzati nel 2016 non sono variati rispetto a quelli utilizzati nell'anno precedente; di seguito viene riportata la struttura delle schede e vengono descritti i processi di valutazione.

La valutazione annuale del personale si basa 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 prevede che gli obiettivi assegnati alle singole Strutture dalla Direzione Generale, a seguito della negoziazione di budget, vengano poi illustrati dal Responsabile dell'Unità Operativa Complessa a tutti i collaboratori (sia dell'Area del Comparto che della Dirigenza) della singola struttura.

Le schede di valutazione individuali vengono portate a conoscenza dei singoli dipendenti mediante apposito colloquio con il valutatore con possibilità di verbalizzare le eventuali osservazioni nell'ambito della scheda stessa. Sono previste specifiche schede per la valutazione annuale dei dirigenti e del personale del comparto.

La scheda di valutazione della Dirigenza è composta da tre parti la cui somma deve risultare sempre 100%:

- la prima parte è formata da n. 14 indicatori, che misurano le competenze ed i comportamenti del dirigente. Tale valutazione pesa per un 30% sulla valutazione;
- la seconda parte misura il raggiungimento degli obiettivi di attività assegnati al dirigente e può pesare fino al 70% della valutazione;
- la terza parte misura il raggiungimento degli obiettivi di bilancio, se assegnati al dirigente, e può pesare sino al 70% della valutazione.

La scheda di valutazione viene 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 può esprimere formalmente, in apposito spazio sulla scheda di valutazione, le proprie considerazioni in merito alla valutazione effettuata. Per i dirigenti è sempre prevista la valutazione di seconda istanza con firma della scheda da parte del sovraordinato del valutatore di prima istanza.

La scheda di valutazione annuale del Comparto è composta da due parti:

- prima parte composta da 5 indicatori che valutano il comportamento del dipendente. Ai fini della produttività pesa il 40% per le categorie B-Bs-C ed il 30% per le categorie D-Ds;

- la seconda valuta complessivamente il contributo al raggiungimento degli obiettivi dell'unità di appartenenza. Ai fini della produttività pesa il 60% per le categorie B-Bs-C ed il 70% per le categorie D-Ds.

La valutazione individuale viene proposta dal diretto Responsabile (o suo delegato). Per il comparto la valutazione di seconda istanza è prevista solamente in caso di valutazione negativa.

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.

Vengono allegate – ad esemplificazione – 3 esempi “scheda Area Dirigenza SPTA, scheda Area Dirigenza Medica e Veterinaria, scheda area del comparto” (Allegato B)

C. PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE

Il processo di attuazione del ciclo delle performance è 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 coordinato dalla Struttura 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 Struttura Risorse Umane e Formazione coordina e supporta 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 sintetizzate nella tabella seguente:

programmati:

- | | |
|--|--------------------------|
| - definizione e approvazione Piano Performance: | gennaio 2016 |
| - negoziazione budget: | maggio – giugno 2016 |
| - monitoraggio intermedio: | settembre - ottobre 2016 |
| - monitoraggio finale: | febbraio 2017 |
| - valutazione individuale (compilazione schede): | aprile 2017 |
| - relazione obiettivi e validazione OIV: | giugno 2017 |

- erogazione premialità: luglio 2017

realizzati:

- definizione e approvazione Piano Performance: gennaio 2016
- negoziazione budget: maggio – giugno 2016
- monitoraggio intermedio: settembre - ottobre 2016
- monitoraggio finale: aprile 2017
- valutazione individuale (compilazione schede): maggio 2017

da realizzare

- relazione obiettivi e validazione OIV:
- erogazione premialità:

La struttura a supporto del processo di attuazione del ciclo delle performance non ha subito modifiche rispetto all'anno precedente e viene descritta nella tabella seguente:

Unità di personale coinvolte (TPE)	0,7
Unità di personale che hanno prevalentemente competenze economico gestionali (TPE)	0,2
Unità di personale che hanno prevalentemente competenze giuridiche (TPE)	0,2
Unità di personale che hanno prevalentemente competenze economico-statistiche (TPE)	0,3
Costo del lavoro annuo (stimato) per le unità di personale coinvolte	€ 41.000

L'OIV ritiene che la dotazione così come strutturata, pur essendo sufficiente per garantire le attività, può diventare critica per garantire la continuità del processo.

D. INFRASTRUTTURA DI SUPPORTO

La rilevazione e il monitoraggio continuo delle performance (aziendali e di struttura operativa) dell'attività avviene attraverso il sistema informativo aziendale che, partendo dal datawarehouse gestito dall'UOS Sistema Informativa Statistica ed Informatica, diffonde l'informazione ai vari attori del sistema. Il sistema prevede la diffusione delle informazioni attraverso:

- il sistema di reporting aziendale con report di sintesi e dettagliati sull'attività dell'Azienda, rivolti sia ai singoli Responsabili di Dipartimento e di Struttura. 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 almeno mensilmente con estrazioni dal sistema di magazzino, dalla procedura di inventario e da integrazioni con il sistema di contabilità generale. È in fase di attivazione l'importazione dei dati dalla procedura del personale;
- il sistema di business intelligence, che basandosi sul *data warehouse* aziendale permette di visualizzare i dati in modo veloce ed immediato, in qualsiasi momento e da qualsiasi postazione aziendale;

A partire dal 2013 l'azienda, ha avviato la realizzazione di un sistema informativo integrato che include l'obiettivo di arrivare ad una gestione completamente informatizzata del ciclo della performance, comprese le valutazioni di unità operativa ed individuali; nel corso del 2014, sono state implementate alcune funzionalità previste dal progetto, attualmente in fase di verifica e perfezionamento. Nel 2016 il progetto non ha avuto ulteriori sviluppi, essendosi concentrata l'attività del supporto esterno negli ambiti degli adeguamenti del modello LA e del flusso di contabilità analitica necessari a seguito di indicazioni regionali.

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

Programma Triennale della Trasparenza e dell'Integrità

Nel “Programma triennale per la trasparenza e l'integrità”, pubblicato nel sito internet aziendale, sono stati individuati i soggetti responsabili e gli obblighi di pubblicazione di cui al D.Lgs. n. 33/2013. Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza Ing. Renzo Mantovani, incaricato con decreto n. 431 del 30/6/2014 è confermato.

Secondo quanto riportato nella Relazione sui risultati dell'attività svolta nell'ambito dell'anticorruzione e trasparenza anno 2016 che i Responsabili della prevenzione della corruzione sono tenuti a compilare, prevista all'art. 1, comma 14, della legge n. 190/2012 sull'efficacia delle misure di prevenzione definite nei Piani triennali di prevenzione della corruzione e pubblicata sul sito istituzionale della Azienda ULSS, si rileva che la pianificazione prevista dal PTPC è stata sostanzialmente rispettata, in particolare per quanto riguarda l'analisi dei rischi, l'individuazione dei referenti, le attività legate alla trasparenza. Un aspetto critico rimane quello legato alla rotazione degli incarichi, sia a livello dirigenziale che di comparto, soprattutto per l'esiguità delle risorse umane presenti in azienda. Inoltre la mancanza di figure di supporto, al di là della collaborazione dei referenti dei servizi, rappresenta un elemento di problematicità nel rispetto degli obblighi previsti.

Dall'analisi delle schede di budget di struttura, effettuata nella riunione di monitoraggio tenutasi il 14 giugno 2017, in particolare in ambito amministrativo l'OIV, rileva la coerenza tra PTPC e piano performance tramite il collegamento delle attività legate alla materia con l'assegnazione degli obiettivi di produttività delle strutture.

Pubblicazione sezione “Amministrazione Trasparente”

L'Azienda ULSS n. 19, nel rispetto degli adempimenti previsti dal D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33, ha garantito l'aggiornamento delle informazioni presenti nella sezione “Amministrazione Trasparente” del sito web istituzionale.

L'attività è stata svolta dal personale dell'UOS Sistema Informativa Statistica ed Informatica, coinvolgendo i Dirigenti ed il personale degli uffici interessati dal D.lgs. in parola.

Relativamente all'argomento, l'OIV, nella riunione del 3/3/2017 ha verbalizzato quanto segue: “ *Il Comunicato del Presidente dell'ANAC del 21 dicembre 2016, al punto 4*

precisa “l'autorità ha ritenuto opportuno prorogare al 31 marzo 2017 il termine per la predisposizione delle attestazioni OIV sugli adempimenti degli obblighi di pubblicazione, con riferimento all'anno 2016 e ai primi tre mesi dell'anno 2017.” Questo significa che le attestazioni dell'OIV sul rispetto degli adempimenti al 31 marzo 2017 non può essere rilasciato dall'OIV della ex ULSS 19, che limita la sua competenza alla verifica delle attività chiuse da parte dell'Azienda soppressa al 31 dicembre 2016, mentre gli obblighi di pubblicazione in questione sono, nella maggior parte dei casi, relativi ad informazioni in continua evoluzione, per le quali è previsto l'aggiornamento tempestivo, determinando numerosi variazioni nell'ultimo trimestre del periodo in esame. Dette valutazioni sono rafforzate dal fatto che l'attestazione richiesta agli OIV sull'osservanza degli adempimenti di pubblicazione al 31 marzo 2017 avviene sulla base del D.lgs. 97/2016, che ha apportato numerosi cambiamenti alla normativa sulla trasparenza, motivo che ha indotto l'ANAC a spostare il termine per la verifica dei nuovi obblighi che, in pratica, non risultano applicabile alla ex ULSS 19. L'OIV condivide la suddetta valutazione e ritiene di non avere titolo a rilasciare una attestazione sul rispetto degli obblighi di pubblicazione da parte della ex ULSS 19, con riferimento all'anno 2016 e ai primi tre mesi dell'anno 2017.” Pur non essendo prevista dall'ANAC alcuna attestazione da parte dell'OIV sugli adempimenti degli obblighi di pubblicazione al 31 dicembre 2016, i presenti ritengono che sia di competenza dell'OIV completare il monitoraggio sulla concreta attuazione delle misure fissate dai piani della trasparenza e di prevenzione della corruzione per il 2016, incluso il rispetto degli obblighi di pubblicazione attraverso una verifica a campione delle informazioni presenti sul sito, per renderne conto nella Relazione annuale”

Nella successiva riunione del 27/4/2017 l' OIV ha verificato la redazione e la regolare pubblicazione della “Relazione sui risultati dell'attività svolta nell'ambito dell'anticorruzione e trasparenza anno 2016” e successivamente ha preso in esame alcuni ambiti dell'area “amministrazione trasparente”, in particolare quelli inseriti nella griglia di rilevazione ANAC 2017 (delibera n. 236/2017), pur senza rilasciare alcuna attestazione ,come più sopra specificato.

In primo luogo viene verificata la “Relazione sui risultati dell'attività svolta nell'ambito dell'anticorruzione e trasparenza anno 2016”; l'OIV riscontra che la Relazione è la regolarmente pubblicata sul sito, secondo lo schema previsto dalla normativa e risulta completa nei contenuti.

Successivamente vengono presi in esame alcuni ambiti dell'area "amministrazione trasparente", in particolare quelli inseriti nella griglia di rilevazione ANAC 2017 (delibera n. 236/2017), come di seguito esposto:

- Dati relativi ai premi : ammontare dei premi stanziati e distribuiti per gli obiettivi di performance:

i dati sono presenti in forma aggregata (per dirigenza e comparto), è auspicabile una presentazione dei dati in forma più analitica e disaggregata; in ogni caso sono presenti anche le relazioni tecnico/economiche relative agli accordi aziendali, che riportano dati e criteri sulla distribuzione dei fondi.

- Bilanci:

sono pubblicati i dati di bilancio in forma tabellare, mentre non sono presenti informazioni sugli indicatori e risultati attesi; l'OIV raccomanda la pubblicazione di tali informazioni.

- Tempi di attesa:

e' presente sul sito apposita sezione con link alle varie prestazioni.

- Rilievi organi di controllo:

non sono presenti rilievi di organi di controllo; l'OIV suggerisce di inserire apposita dizione in merito.

L'OIV sottolinea come sia tuttora presente il percorso amministrazione trasparente tramite doppio link, alla Gazzetta Amministrativa e all' Operazione Trasparenza, il che può ingenerare confusione nell'accesso. L'OIV invita a una unificazione dei percorsi, nell'ambito della riorganizzazione del sito in quello della nuova ULSS 5 Polesana.

F. DEFINIZIONE E GESTIONE DEGLI STANDARD DI QUALITA'

L'Azienda Ulss n. 19 nell'attività di organizzare ed aggiornare il proprio datawarehouse con una serie di indicatori idonei a monitorare alcuni aspetti qualitativi legati all'assistenza del paziente, in coerenza con i nuovi indicatori di performance che la Regione Veneto ha progressivamente introdotto negli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi assegnati a ciascun Direttore Generale.

Il sistema informativo aziendale consente, contestualmente al monitoraggio continuo dell'attività, anche il monitoraggio di tutti gli indicatori di qualità. Ogni indicatore viene valutato sia a livello aziendale sia a livello di singola unità che contribuisce al

raggiungimento dell'obiettivo stesso e viene calcolato per un periodo di tempo sufficientemente ampio da valutarne i reali sviluppi.

Oltre agli indicatori già monitorati negli anni precedenti, sui quali continua l'analisi del trend pluriennale, nel sistema sono stati implementati anche nel 2016 come nel 2015 nuovi indicatori di cui al DM 70/2015; i risultati sono riassunti nella tabella seguente:

ASLAdria					
INDICATORE	N	%GREZZA	%ADJ	RR ADJ	P
Intervento di appendicectomia laparoscopica in età pediatrica: riammissioni a 30giorni	5	0	-	-	-
Arteriopatia degli arti inferiori III e IV stadio: amputazione degli arti inferiori entro 6 mesi	15	0	-	-	-
Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso parto cesareo	57	1,75	2.10	0,26	0,178
Arteriopatia degli arti inferiori III e IV stadio: rivascolarizzazione degli arti inferiori entro 6 mesi	15	40	37.13	2,04	0,086
Arteriopatia degli arti inferiori III e IV stadio: mortalità entro 6 mesi dal ricovero	19	21,05	19.35	1,4	0,523
Intervento di protesi di anca: revisione entro 2 anni dall'intervento	114	3,51	3.58	1,89	0,194
Intervento di protesi di anca: riammissioni a 30giorni	100	3	2.73	0,71	0,56
Intervento di protesi di ginocchio: riammissioni a 30giorni	70	2,86	2.66	1,8	0,402
Intervento di protesi di ginocchio: revisione entro 2 anni dall'intervento	62	0	-	-	-
Intervento di protesi di spalla: riammissioni a 30giorni	11	0	-	-	-
Ictus ischemico: MACCE a 1 anno	106	16,04	16.51	0,85	0,467
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120giorni da un intervento chirurgico	48	12,5	12.10	1,32	0,475
Proporzione di interventi di ricostruzione o inserzione di espansore nel ricovero indice p	14	50	64.72	1,41	0,217
Intervento chirurgico per TMmammella: proporzione di interventi conservativi	82	70,73	-	-	-
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 90giorni da un intervento chirurgico	48	14,58	14.67	1,7	0,142
Ictus ischemico: mortalità a 1 anno	108	14,81	17.52	1,03	0,899
Infarto Mocardico Acuto: mortalità a 30giorni	103	4,85	3.94	0,44	0,071
Infarto Mocardico Acuto: mortalità a 30giorni (diagnosi principale)	96	3,13	2.59	0,31	0,049
Intervento chirurgico per TMrene: mortalità a 30giorni	53	0	-	-	-
Intervento chirurgico per TMpancreas: mortalità a 30giorni	8	0	-	-	-
Intervento chirurgico per TMfegato: mortalità a 30giorni	17	11,76	14.03	5,8	0,012
Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30giorni dall'intervento di craniotomia	29	0	-	-	-
Insufficienza renale cronica: mortalità a 30giorni dal ricovero	105	14,29	14.30	1,18	0,523
Proporzione di ricoveri per insufficienza renale cronica moderata-grave entro 2 anni da u	17	5,88	7.05	0,45	0,405
Proporzione di ricoveri per evento acuto grave entro 2 anni da un ricovero per insufficien	28	25	26.22	1,35	0,368
By-pass Aortocoronarico isolato: mortalità a 30giorni	49	0	-	-	-
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30giorni	41	4,88	5.22	1,86	0,383
Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30giorni	236	12,71	11.83	1,07	0,717
Scompenso cardiaco congestizio: riammissioni ospedaliere a 30gg	168	19,05	18.59	1,26	0,146
Riparazione di aneurisma non rotto di aorta addominale: mortalità a 30giorni	14	0	-	-	-
Emorragia non varicosa del tratto intestinale superiore: mortalità a 30giorni	72	6,94	6.30	1,64	0,294
Infarto Mocardico Acuto senza esecuzione di PTCA: mortalità a 30giorni	58	8,62	7.61	0,45	0,076
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria infe	97	87,63	92.43	1,34	0
Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: complicanze a 30giorni	188	5,32	3.95	1,73	0,086
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri in day surgery	98	19,39	24.98	1,4	0,09
Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: altro intervento a 30giorni	187	1,6	1.14	1,03	0,955
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	355	22,25	16.85	0,67	0,004
Infarto Mocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 2giorni	103	24,27	25.68	0,59	0,006
Parto naturale: ricoveri successivi durante il puerperio	528	0,38	0.38	0,71	0,629
Parto naturale: complicanze durante il parto e il puerperio (ASL di residenza)	528	0,38	0.38	0,78	0,72
Parto cesareo: ricoveri successivi durante il puerperio	278	0,72	0.67	0,8	0,748
Parto cesareo: complicanze durante il parto e il puerperio (ASL di residenza)	278	1,44	1.38	1,72	0,274
Frattura del collo del femore: mortalità a 30giorni	101	2,97	3.16	0,54	0,302
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2giorni	101	58,42	58.20	1,07	0,461
Intervento di artroscopia del ginocchio: reintervento entro 6 mesi	102	0	-	-	-
Ictus ischemico: mortalità a 30giorni	84	8,33	8.11	0,67	0,304
Ictus ischemico: riammissioni ospedaliere a 30giorni	78	7,69	7.88	1,08	0,839
Infarto Mocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA nel ricovero indice o nei succe	103	42,72	46.79	0,77	0,026
BPCO riacutizzata: mortalità a 30giorni	98	9,18	7.46	0,75	0,397
BPCO riacutizzata: riammissioni ospedaliere a 30giorni	91	13,19	13.82	1,04	0,898
Intervento chirurgico per TMstomaco: mortalità a 30giorni	21	4,76	4.54	0,74	0,778
Intervento chirurgico per TMcolon: mortalità a 30giorni	76	5,26	7.63	1,85	0,272
Intervento chirurgico per TMretto: mortalità a 30giorni	21	0	-	-	-
Infarto Mocardico Acuto con esecuzione di PTCA entro 2giorni: mortalità a 30giorni	25	0	-	-	-
Intervento chirurgico per TMPolmone: mortalità a 30giorni	35	2,86	3.03	2,35	0,393
Infarto Mocardico Acuto con esecuzione di PTCA oltre 2giorni dal ricovero: mortalità a 3	20	0	-	-	-
Infarto Mocardico Acuto: mortalità	102	10,78	7.81	0,75	0,396
Infarto Mocardico Acuto: MACCE	102	22,55	21.99	1	0,994
Intervento chirurgico per TMprostata: riammissioni a 30giorni	19	0	-	-	-

ACCOGLIENZA URP

Nel 2016 la ULSS 19 Adria ha continuato nel lavoro, già avviato negli anni precedenti, di attuazione del programma di comunicazione rivolto ai cittadini e alle associazioni ed al miglioramento dell'organizzazione back-office e del front-office.

G. BENESSERE ORGANIZZATIVO – INDAGINE SULLA QUALITA' PERCEPITA

Su iniziativa della Regione Veneto è stata avviata nel settembre 2016 (nota n. 338886 del 9/9/2016) una indagine presso tutte le Aziende Ulss del territorio, condotta dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. La campagna si è poi protratta fino ai primi mesi del 2017. I dati di partecipazione, vedono la Ulss 19 al di sotto della media regionale, il dato finale della Ulss è pari al 29,5%, inferiore alla media regionale pari al 31,4%; si nota la partecipazione della dirigenza superiore alla media (55,3% contro 44,9%) ma inferiore per il comparto (28,0% contro 30,9%).

I risultati dell'indagine, divulgati ad agosto, hanno evidenziato criticità in varie aree (condizioni lavorative, rapporti con il management, programmazione e controllo, senso di appartenenza)

Sulle criticità la Direzione aziendale ha già avviato un confronto con i responsabili aziendali e programmato incontri di discussione ed approfondimento per individuare azioni mirate e raccogliere proposte.

Aderendo inoltre al "PROGETTO DI CHANGE MANAGEMENT" strutturato e guidato dalla Fondazione Scuola di Sanità Pubblica, l'Azienda intende fornire ai propri Dirigenti azioni formative mirate allo sviluppo di strategie e strumenti necessari ad accompagnare l'Azienda nel difficile processo di cambiamento avviato con l'entrata in vigore della LR19/2016 che comporta una complessa razionalizzazione del Servizio Socio Sanitario del Veneto.

L'OIV prende atto del rispetto della norma che prevede la realizzazione dell'indagine sul benessere organizzativo, della partecipazione sufficiente e del fatto che per le criticità individuate sono state avviate tempestivamente iniziative di approfondimento; l'OIV raccomanda comunque di mettere in atto misure di miglioramento

nelle aree di maggiore criticità e di programmare la ripetizione dell'indagine per permettere un confronto nel tempo.

H. UTILIZZO DEI RISULTATI DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE

La pianificazione delle strategie aziendali 2016 e la conseguente definizione degli obiettivi si è basata su un'attività di valutazione dei bisogni effettivi, della disponibilità delle risorse esistenti, oltre che sugli obiettivi assegnati dalla Regione con DGR n. 2072/2015, delle criticità da affrontare e alle quali porre rimedio partendo dalla revisione del precedente ciclo della programmazione.

Di seguito gli ambiti di pianificazione su cui l'Azienda si è particolarmente concentrata:

- . Applicazione della normativa sull'anticorruzione (Legge 190/2012 e atti successivi) e sulla trasparenza (D.lgs 33/2013 e atti successivi), con attenzione anche a quanto previsto dalla DGR 2205/2013;
- . Superare le non conformità emerse nel corso della visita di rinnovo quinquennale dell'autorizzazione all'esercizio -
- . Proseguire con l'applicazione del nuovo Atto Aziendale;
- . Porre Maggiore attenzione ai processi interni al fine di aumentarne l'efficacia e l'efficienza;
- . Gestione delle liste d'attesa, applicazione della DGR 320/2013;
- . Porre particolare attenzione alle fasce deboli
- . Aumentare l'aspetto comunicativo e relazionale all'interno dell'Azienda e verso gli utenti;
- . Porre Attenzione alla prevenzione negli stili di vita;
- . Adempiere alle nuove normative in materia di bilancio e contabilità e di tempi di pagamento dei fornitori;-

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 nel mese di maggio 2017 (preconsuntivo 4° trimestre) si è acquisita

evidenza della sostanziale capacità dell'Azienda di far fronte agli obiettivi di tipo organizzativo, sanitario e relativamente ai debiti informativi.

A questa affermazione generale hanno derogato, seppur di poco, alcuni indicatori, come per esempio: integrazione ospedale-territorio, appropriatezza delle cure ospedaliere, rispetto della programmazione sui costi, ottimizzazione numero di prestazioni per abitante, percentuali vaccinazioni e screening oncologici, digitalizzazione dei documenti sanitari.

Per questi ambiti sono state dall'azienda prontamente rilevate e inviate in Regione le motivazioni degli scostamenti, non sempre governabili dall'azienda stessa.

I. DESCRIZIONE DELLE MODALITA' DI MONITORAGGIO DELL'OIV

Nel corso del 2016 l'OIV ha effettuato un monitoraggio continuo del funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza ed integrità dei controlli interni, sia attraverso l'esame dei documenti forniti dall'Azienda che attraverso incontri con i responsabili aziendali.

L'OIV ha inoltre dedicato sedute specifiche per la valutazione delle fasi principali in cui si articola il ciclo e per esprimere i pareri richiesti dalla normativa sui documenti e sulle attività aziendali.

Per quanto riguarda il ciclo della performance, nel corso dell'esercizio è stato effettuato un monitoraggio continuo attraverso le informazioni e i documenti trasmessi dal responsabile del controllo di gestione, di seguito vengono riportate le principali attività di monitoraggio e verifica e vengono esposti i relativi risultati.

Avvio del ciclo della Performance

1) Il 19 aprile 2016, l'OIV ha esaminato il Piano Triennale della Performance 2016-2018, il Programma Triennale della Trasparenza 2016-2018 e il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2016-2018, rilevando nel verbale della riunione :

“Si prendono in esame i piani adottati: con provvedimento n. 42 del 28/1/2016 è stato approvato il Piano triennale della performance 2016-2018, redatto ai sensi delle L.R. n. 9/2011 e 22/2011 nonché della DGRV n. 2205/2012, mentre con provvedimento n. 43 in stessa data sono stati approvati il Piano per la

Prevenzione della corruzione e l'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità. Gli stessi piani sono stati trasmessi all'OIV per il parere di competenza in data 14 aprile 2016.

Relativamente al piano per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza non viene formulata alcuna osservazione particolare, l'OIV prende atto della sostanziale coerenza fra i due documenti ed il Piano della Performance, ma raccomanda, tuttavia, che nella fase di concreta attuazione degli obiettivi di budget sia svolta con grande attenzione la verifica del rispetto degli adempimenti imposti dalle normative sulla trasparenza e sulla prevenzione della corruzione, ed in particolare della DGR n. 140 del 16/2/2016 e della Determinazione ANAC n. 12 del 28/10/2015.

Relativamente al piano della performance l'OIV rileva che non è riportato un cronoprogramma che illustri le tempistiche per le varie attività previste, e suggerisce il suo inserimento nel documento delle Direttive di budget.

Relativamente al ciclo della performance, l'OIV prende atto del suo avvio, rilevando tuttavia un certo slittamento rispetto ai tempi ottimali; a questo proposito l'OIV prende atto delle precisazioni riportate nella presentazione del Piano della Performance in merito alla riorganizzazione del SSR, che ha comportato una gestione commissariale nella Ulss n. 19, preludio ad una possibile fusione delle Aziende a livello provinciale. Il Direttore Amministrativo precisa a tale proposito che, a partire dal mese di febbraio, pur nel rispetto dell'autonomia delle due aziende, si sono avviate collaborazioni e attività di integrazione a livello socio-sanitario e tecnico-amministrativo.

Questo approccio, da considerarsi necessario ed eccezionale, ha comportato un tempo maggiore da dedicare alla definizione di programmi di integrazione, propedeutici alla individuazione degli obiettivi aziendali per il 2016.

L'OIV prende atto che la Direzione ha pianificato la conclusione della fase di assegnazione degli obiettivi a livello di struttura (schede di budget) entro la fine del mese di maggio.

L'OIV raccomanda il recupero nelle successive fasi, onde consentire l'adozione dei misure per correggere eventuali scostamenti.

Assegnazione degli obiettivi

Il 6 dicembre 2016 l'OIV ha espletato una verifica dello stato di avanzamento dell'assegnazione degli obiettivi organizzativi ed individuali per il 2016, riportando nel verbale della riunione che:

1. *“prende atto della relazione del Responsabile del Controllo di Gestione che in particolare riferisce in merito:*

a. *all'approvazione del Documento delle Direttive di Budget – anno 2016, avvenuta con Decreto del Direttore Generale n. 361 del 16/6/2016, in coerenza con quanto previsto dal Piano della Performance 2016-2018 con comunicazione a tutti i Responsabili di Struttura Complessa/SC e Struttura Semplice a valenza dipartimentale/SSD afferenti alle diverse articolazioni aziendali quali Ospedale, Distretto, Dipartimento di Prevenzione e Servizi Amministrativi; l'OIV ha avuto evidenza che nel mese di marzo è stata avviata una attività di condivisione degli obiettivi regionali (vedi allegato lettera prot. 5636 del 23/2/2016); nel mese di aprile sono stati precisati dalla macro-area ospedale i tempi e le modalità di assegnazione degli obiettivi e le relative responsabilità (vedi allegato nota prot. n. 9811 del 1/4/2016).*

b. *alla negoziazione del budget con l'effettuazione di incontri che si sono conclusi con la sottoscrizione delle schede di budget e successivamente inviate al rispettivo Direttore di Area funzionale e al Controllo di Gestione:*

- *Nel mese di maggio per il Distretto (nota 14450 del 10/5/2016)*
- *Nel mese di giugno per l'Ospedale (nota 19470 del 25/6/2016)*
- *Nel mese di luglio per il Dipartimento di Prevenzione (5/7/2016)*
- *Nel mese di agosto per l'area P.T.A.*

L'OIV nel prendere atto dei tempi di negoziazione e sottoscrizione delle schede (acquisite agli atti della riunione), che sono dilazionati sia rispetto al cronoprogramma aziendale che alle previsioni della DGR n. 140/2016, pur recependo le motivazioni addotte dall'Azienda a giustificazione del ritardo circa le attività di collaborazione a livello provinciale propedeutiche alla prevista

unificazione, raccomanda il rispetto dei tempi delle successive fasi del ciclo della performance.

c. all'avvio del processo di valutazione individuale; l'OIV accerta che le schede utilizzate sono le medesime degli anni precedenti e che le stesse prevedono per il comparto un indicatore definito: " contributo al raggiungimento degli obiettivi di unità operativa", mentre per i dirigenti sono previsti sia obiettivi di attività che obiettivi di bilancio che vengono assegnati trasferendo gli obiettivi di unità operativa.

Risulta formalizzata la condivisione degli obiettivi per l'area ospedaliera con verbali di riunione a livello di UO per l'area della dirigenza; l' OIV rileva che dovrebbe essere presente evidenza (verbali di riunioni) di condivisione degli obiettivi organizzativi per tutto il personale e tutte le U.O. dell'Azienda.

L'OIV, preso atto della documentazione presentata, esprime, con le raccomandazioni sopra riportate, una valutazione sostanzialmente positiva sul processo di assegnazione degli obiettivi organizzativi; per quanto riguarda l'assegnazione degli obiettivi individuali raccomanda che il processo sia formalizzato e tracciabile."

Per quanto riguarda gli indicatori di attività le maggiori criticità sono relative alle aree: integrazione ospedale-territorio, appropriatezza delle cure ospedaliere, rispetto della programmazione sui costi, ottimizzazione numero di prestazioni per abitante, percentuali vaccinazioni e screening oncologici, digitalizzazione dei documenti sanitari.

Su tali argomenti la Direzione Aziendale ha tenuto diversi incontri tra gennaio e marzo 2017 nell'ambito dei quali si è esaminato lo stato di avanzamento come da rendicontazioni dettagliate prodotte del Controllo di Gestione (agli atti della UO), al fine di individuare le azioni di miglioramento necessarie.

Da quanto relazionato l'OIV ha preso atto che, pur non avendo rispettato le tempistiche e procedure previste dalle direttive di budget, l'Azienda ha comunque mantenuto in essere un'attività di monitoraggio, sulla base della reportistiche disponibili integrate da quelle fornite dal monitoraggio regionale ed ha provveduto ad adottare misure di miglioramento laddove sono stati rilevati scostamenti.

L' OIV ha in tale occasione raccomandato comunque all'Azienda di provvedere al superamento delle carenze strutturali che si sono presentate nel servizio di CdG per

garantire in futuro il rispetto dei tempi e delle modalità di monitoraggio previste dagli atti di programmazione.

L'OIV, inoltre, ha acquisito evidenza formale della documentazione a campione relativa alla fase di assegnazione degli obiettivi organizzativi ed individuali, , costituita dai seguenti documenti:

- **Piano performance e documento direttive:** documento di presentazione degli obiettivi 2016 presentato in riunione della direzione aziendale e dei direttori/dirigenti del 3/3/2016.
- **condivisione degli obiettivi regionali** (lettera prot. 5636 del 23/2/2016)
- **Negoziazione del budget:** nota del direttore medico ospedaliero n. 9911 del 1/4/16 di trasmissione degli obiettivi di budget 2016, ai dirigenti/responsabili di UUOO, con allegate le modalità operative riprese dal documento di direttive;
- **Condivisione degli obiettivi:** UOC Chirurgia: verbale 6/7/2016; UOC Orl: verbale 29/6/2016; Dip. Medico: verbale 1/7/2016; UOC pronto soccorso: verbale 26/9/2016

anche in riferimento alla recente emanazione delle linee guida regionali approvate con DGR n. 140/2016 l'OIV suggerisce di tenere tracciabilità della fase di assegnazione degli obiettivi individuali e relativo collegamento con gli obiettivi organizzativi.

Monitoraggio intermedio

Nella stessa riunione del 6/12/2016 è stata effettuata una verifica dell'effettuazione del monitoraggio semestrale:

E' stata effettuata una valutazione al primo semestre per tutte le macrostrutture (in data 21/9 per il Dipartimento di prevenzione, 26/9 per i servizi tecnico/amministrativi, 30/9 per il Distretto e dal 5 al 12/10 per le unità operative ospedaliere), le schede sono agli atti.

L' OIV ha rilevato che:

“L’OIV prende atto che l’Azienda effettua monitoraggi intermedi, supportati anche per l’area ospedaliera da un efficiente sistema di datawarehouse interno; per quanto riguarda il raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione, l’azienda elabora e aggiorna una reportistica (ultimo aggiornamento ottobre 2016) che è acquisita agli atti della riunione. L’OIV rileva tuttavia che non è prevista una fase di eventuale rinegoziazione degli obiettivi da parte delle U.O.”

L’Ing. Mantovani ha messo anche a disposizione i report regionali relativi al monitoraggio degli obiettivi assegnati con DGR n. 2072/2015, aggiornati ai dati di preconsuntivo .

Monitoraggio finale

Nella riunione dell’ 14/6/2017 si è presa visione a campione delle schede di budget, riportando a verbale:

“Si è presa visione a campione delle schede di struttura:

sono state analizzate tutte le schede delle strutture distrettuali, rilevando che la valutazione è stata fatta in conformità a quanto previsto dal piano performance aziendale; si sottolinea tuttavia una non coerenza di valutazione del grado di raggiungimento del medesimo obiettivo assegnato a due strutture, e si segnala la necessità di verificare la coerenza della valutazione del grado di raggiungimento tra Unità Operativa e Azienda, con giustificazione degli eventuali scostamenti.

Relativamente al Dipartimento di prevenzione sono state prese in esame a campione le schede del SIAN, del SISP e dello SPISAL, riscontrando che nel format utilizzato manca la colonna relativa alla percentuale di raggiungimento, e manca la sottoscrizione da parte dei valutatori del totale raggiunto.

Per l’area ospedaliera sono stata analizzate le schede delle UO di Medicina, Ortopedia e Laboratorio di analisi, verificando l’impostazione corretta, i rinvii della valutazione aziendale ai datawarehouse regionali, il collegamento con gli obiettivi individuali, la percentuale complessiva di raggiungimento.

Successivamente si è presa visione a campione, delle schede di valutazione individuale, sia dell’area della dirigenza che del comparto; in particolare si sono esaminate le schede non sottoscritte, o sottoscritte con annotazioni o riserve.

Le verifiche effettuate dall' 'OIV sulle schede di struttura e individuali hanno evidenziato la sostanziale conformità delle stesse a quanto previsto dal sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni della ULSS 19 e a quanto disposto dalla normativa vigente. “

In occasione della riunione del 15 settembre 2017 l'Ing. Mantovani ha fatto pervenire preliminarmente alla riunione la nota prot. 72924 del 13/9/2017 con la quale il Direttore Medico dell'Ospedale trasmette le schede di valutazione delle UU.OO ospedaliere e dei Direttori di Dipartimento, del responsabile UOS Laboratorio analisi, del Direttore f.f .della direzione medica ospedaliera.

Relativamente a quanto richiesto in sede di riunione del 14/6 per il Distretto sanitario, l'Ing. Mantovani, sentiti i responsabili, conferma che il personale è stato valutato positivamente anche per gli obiettivi che non hanno raggiunto la soglia prevista dalla Regione, considerato la tendenza al miglioramento messa in atto e l'attivazione di team multidisciplinari; per quanto riguarda il Dipartimento di prevenzione, la valutazione di ciascuna U.O. è accompagnata da una nota del Direttore del Dipartimento che attesta il raggiungimento degli obiettivi, specificando che le evidenze di dettagli sono agli atti.

L'OIV prende atto della comunicazione e dei documenti presentati dall'ing. Mantovani.

Si decide collegialmente di effettuare, in sede di validazione, ulteriori valutazioni sulle schede di struttura e individuali.

Conclusioni

Dalle attività di monitoraggio svolte l'OIV esprime una valutazione di regolarità in ordine alla predisposizione dei documenti di programmazione triennale rilevando che il Piano triennale della performance 2016-2018, il Piano per la Prevenzione della corruzione e l'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità risultano fra loro coerenti. Sono stati sostanzialmente rispettati gli adempimenti previsti dalle disposizioni in materia di trasparenza e di prevenzione della corruzione.

Il sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni della ULSS 19 ha fatto registrare nell'esercizio 2016 un notevole slittamento dei tempi di attuazione di tutte le fasi, dall'avvio del ciclo all'assegnazione degli obiettivi organizzativi e individuali con conseguente rinvio dell'approvazione della Relazione degli obiettivi 2016

L'OIV raccomanda una tempestiva chiusura del ciclo della performance 2016 con conseguente formale approvazione della relativa Relazione degli obiettivi 2016.

Adria, 15 settembre 2017

Il Presidente dell'OIV

Paolo Di Loreto

Allegato A

“Schede di Budget”

- 1. Fac-simile scheda Area Dirigenza Medica e Veterinaria**
- 2. Fac-simile scheda Area Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa**

Allegato B

“Schede di valutazione individuale”

- 1. Fac-simile scheda Area Dirigenza Fac-simile scheda Area Dirigenza Medica e Veterinaria**
- 2. Fac-simile scheda Area del Comparto**