
Relazione dell'OIV

*sul funzionamento complessivo del
Sistema di Valutazione, Trasparenza e
Integrità dei controlli interni*

Anno 2017

INDICE

Introduzione.....	3
A. Performance organizzativa.....	3
B. Performance individuale.....	4
C. Processo di attuazione del ciclo della performance.....	5
D. Infrastruttura di supporto.....	6
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.....	7
F. Definizione e gestione degli standard di qualità.....	8
G. Utilizzo dei risultati del sistema di misurazione e valutazione.....	8
H. Descrizione delle modalità di monitoraggio dell'OIV.....	9

Introduzione

Con L.R. 25/10/2016 n.19 è stato ridefinito l'assetto organizzativo delle Aziende ULSS individuando le dimensioni ottimali delle stesse al fine di migliorare la qualità e l'efficienza nella gestione dei servizi resi in un'ottica di razionalizzazione e riduzione dei costi.

A far data dal 1° gennaio 2017, l'ULSS n.3 Bassano del Grappa ha modificato la propria denominazione in "Azienda ULSS n.7 Pedemontana" incorporando la soppressa ULSS n.4 Alto Vicentino, con conseguente riorganizzazione strutturale e funzionale dei servizi sanitari e socio-sanitari.

Nel rispetto di quanto previsto dal Capo II del Titolo II del D.Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150 intitolato "Ciclo di gestione della performance", l'Azienda ULSS 7 Pedemontana ha applicato in maniera integrata e uniforme il Sistema di misurazione e valutazione della performance.

Ai sensi dell'art. 14, comma 4, lettera a) del D. Lgs. n. 150/2009 l'**Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) dell'Azienda ULSS 7 Pedemontana**, nominato con Delibera n.104 del 06.02.2017, redige la presente *Relazione sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni* con riferimento all'anno 2017 sulla scorta degli elementi informativi forniti dalla Struttura tecnica di supporto/Servizio Controllo di Gestione.

La relazione viene redatta seguendo gli ambiti e le modalità indicati nella delibera CIVIT n.23/2013, richiamati dalla DRGV 140/2016, nel rispetto dei principi di trasparenza, attendibilità, ragionevolezza, evidenza e tracciabilità, verificabilità dei contenuti e dell'approccio utilizzato.

A. Performance organizzativa

Con deliberazione del Direttore Generale n.69 del 30.01.2017 è stato approvato il **Piano Performance 2017–2019** dando così avvio al processo relativo alla performance organizzativa.

Con deliberazione del Direttore Generale n.368 del 12.04.2017 sono stati approvati gli **obiettivi di budget** delle Unità Operative Complesse e delle Unità Operative Semplici a valenza Dipartimentale. Gli obiettivi 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 Socio-Sanitari.

Il documento utilizzato per la negoziazione e la formalizzazione degli obiettivi è la "scheda di budget" strutturata in due parti: nella prima sono riportati gli obiettivi, gli indicatori di verifica e il risultato atteso per l'anno 2017; nella seconda sono riportate le risorse in termini di personale dipendente in servizio il primo gennaio (espresso in tempi pieni equivalenti), i consumi di beni sanitari, non sanitari e acquisti in "service" relativi all'anno precedente ed il budget disponibile per il 2017.

Le attività di avvio del ciclo delle performance, nonché le macro aree strategiche definite per la Programmazione dell'anno in corso ed il relativo timing, sono state relazionate all'O.I.V. dal Responsabile del Servizio Controllo di Gestione *nell'incontro del 27 febbraio 2017*. Nello stesso incontro sono state presentati altresì i contenuti del Piano Triennale di Prevenzione della corruzione 2017-2019, approvato con delibera del Direttore Generale n. 67 del 30.01.2017.

Il **monitoraggio intermedio** sullo stato di avanzamento degli obiettivi al 30 giugno, è stato svolto nei mesi di settembre/ottobre, attraverso incontri verbalizzati, con il supporto del Servizio Controllo di Gestione per le attività necessarie all'analisi degli scostamenti e alla definizione del grado di conseguimento dei risultati. La reportistica prodotta è stata estratta dal Datawarehouse unico dell'Azienda Ulss n.7, derivante dall'integrazione dei sistemi informativi delle ex aziende Ulss n.3 e Ulss n.4 .

Gli obiettivi contenuti nelle Schede di Budget con indicatori non numerici, cioè quelli cui la positiva valutazione risultava non strettamente desumibile da procedure informatizzate aziendali, sono stati valutati sulla base della documentazione prodotta con compilazione di una breve sintesi del raggiungimento del risultato nella scheda di budget. Per quanto riguarda gli obiettivi di costo, soprattutto per le voci relative ai beni sanitari soggetti al tetto regionale definito con Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 16 del 23.02.2017, il monitoraggio è stato svolto con cadenza mensile con reportistica rivolta alla Direzione e ai singoli Direttori di Strutture Complesse e Strutture Semplici Dipartimentali. Eventuali criticità sono state regolarmente segnalate e discusse nel corso di incontri specifici alla presenza della Direzione aziendale.

Il processo di monitoraggio Controllo Interno in corso della *seduta dell'OIV del 25 settembre 2017*, dando particolare evidenza degli scostamenti e del grado di conseguimento dei risultati. Un ulteriore step di monitoraggio è avvenuto nel mese di novembre, con i dati disponibili relativi ai 9 mesi, dove sono state sollecitate le motivazioni sugli scostamenti o eventuali criticità in merito al raggiungimento degli obiettivi.

Il **monitoraggio finale** sul raggiungimento degli obiettivi si è svolto nei mesi di maggio/giugno 2018, con la raccolta dell'eventuale documentazione a supporto. Le valutazioni sulle verifiche di budget 2017 si sono concluse rispettando la tempistica prevista per il completamento del Ciclo della Performance, la cui chiusura avviene con l'approvazione della Relazione sulla Performance entro il 30 giugno. Le verifiche sono state elaborate sulla base dei dati consuntivi 2017 integrati, per gli indicatori non numerici, da specifiche relazioni.

B. Performance individuale

La performance individuale è disciplinata per l'anno 2017 in modo distinto tra dipendenti afferenti al Distretto 1 (gestione ex Ulss 3) e al Distretto 2 (gestione ex Ulss 4) secondo i sistemi di valutazione in essere nelle due ex Ulss alla data della fusione, e ciò in coerenza a quanto definito da Regione Veneto e Amministrazione - d'accordo con le parti sindacali, per il primo anno di

fusione, considerato quale anno di transizione verso l'unificazione delle procedure e discipline proprie dei due soggetti che sono stati accorpati.

Distretto 1 (gestione ex Ulss 3)

La performance individuale è inserita all'interno di un sistema di valutazione che coinvolge tutto il personale dipendente, della dirigenza e del comparto, attraverso l'assegnazione di obiettivi che valutano l'attività e professionalità degli operatori e che misurino il loro contributo al raggiungimento della performance organizzativa.

Il processo di valutazione individuale ha preso avvio successivamente all'adozione della delibera di approvazione delle schede di budget. Ciascun valutatore ha provveduto all'allestimento delle schede di valutazione relative al 2017 che sono state condivise con il personale valutato mediante colloqui volti all'esplicitazione dei comportamenti/competenze attesi e all'assegnazione degli obiettivi individuali e/o di gruppo annuali; tale esplicitazione è stata formalizzata mediante la consegna delle schede, complete di data e sottoscrizione del valutatore e del valutato, che ne ha attestato così la presa visione.

Distretto 2 (gestione ex Ulss 4)

Per quanto concerne i dirigenti, il sistema di valutazione considera a chiusura del ciclo annuale di budget - oltre al livello di raggiungimento degli obiettivi di budget della struttura di appartenenza - l'esito della valutazione del singolo dirigente, desunta dalla scheda di valutazione individuale, che misura una serie di indicatori specifici predeterminati secondo disciplina aziendale definita nel 2010 (contributo al raggiungimento degli obiettivi di budget/l'utilizzo degli istituti contrattuali/la flessibilità/orientamento agli obiettivi aziendali/ecc.).

C. Processo di attuazione del ciclo della performance

Lo sviluppo del sistema di programmazione e controllo e la valutazione delle performance organizzative è coordinato dal Servizio 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. Il Servizio Gestione Risorse Umane supporta il processo di valutazione individuale fornendo, inoltre, assistenza a tutti i soggetti coinvolti tramite la gestione e amministrazione del software dedicato alla valutazione.

Il Ciclo delle Performance attuato nell'anno 2017 si è articolato nelle seguenti fasi:



D. Infrastruttura di supporto

La rilevazione e il monitoraggio continuo delle performance aziendali e di struttura operativa avviene attraverso il sistema informativo aziendale (datawarehouse), gestito a livello centrale dal Servizio Controllo di Gestione. Nel corso del 2017 è stato sviluppato un Datawarehouse unico dell'Azienda Ulss n.7, derivante dall'integrazione dei sistemi informativi delle ex aziende Ulss n.3 e Ulss n.4 .

Le principali fonti aziendali che alimentano il Datawarehouse sono relative alle seguenti procedure gestionali:

1. rilevazioni presenze,
2. ricoveri ordinari e diurni,
3. registro operatorio informatizzato,
4. prestazioni ambulatoriali erogate (pubblici, SAI, preaccreditati),
5. prenotazioni di prestazioni specialistiche,
6. mobilità passiva,
7. consumi di beni e servizi.

I dati estratti dal Datawarehouse unico aziendale sono stati utilizzati per la reportistica aziendale, la creazione di ambienti di analisi specifiche (cruscotti) e l'elaborazione ai fini degli adempimenti dei debiti informativi (flussi SDO, SPS, SOGEI, ecc.).

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

Con deliberazione del Direttore Generale n. 58 del 23/01/2017, è stata nominata Responsabile per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza, a decorrere dal 1.2.2017, la dott.ssa Michela Piccinini, Responsabile del Servizio Controllo di Gestione e Controllo Interno.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 67 del 30/01/2017, è stato approvato il Piano di Prevenzione della Corruzione per il triennio 2017 – 2019, contenente l'apposita sezione sulla Trasparenza.

A seguito dell'accorpamento, è stata avviata una fase di revisione e omogeneizzazione di tutti i procedimenti amministrativi che diventerà ancora più pregnante nel corso del 2018 a seguito dell'approvazione dell'atto aziendale (delibera n. 41 del 18/01/2018) e dell'attuazione della nuova organizzazione.

Per l'applicazione del Piano Triennale delle Prevenzione della corruzione (PTPC) con la sezione Trasparenza, è stato istituito, con nota n. 83774 del 29 settembre 2017, al fine di coadiuvare il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, un gruppo di lavoro permanente per garantire l'efficacia del piano stesso. Il gruppo di lavoro, affidato al coordinamento del Responsabile della Prevenzione della Corruzione Trasparenza (RPCT), è stato costituito anche con personale in rappresentanza delle aree cosiddette "a rischio" (Servizio Personale, Servizio Provveditorato).

In merito alla misura generale relativa alla trasparenza, sebbene il processo di riorganizzazione sia ancora in corso, e comporti una revisione quantomeno in termini di omogeneizzazione di modalità e produzione dei dati in generale, il livello di adempimento agli obblighi di trasparenza risulta soddisfacente e comunque nel rispetto della normativa.

Nel corso del 2017, è proseguita l'analisi e la riorganizzazione di alcune attività in modo da uniformarle e informatizzarle per consentire un più rapido rispetto degli obblighi di pubblicazione e proseguire le azioni già avviate negli scorsi anni sulle aree soggette a miglioramento.

Si sono svolti monitoraggi frequenti sulla pubblicazione dei dati che hanno riguardato la totalità degli obblighi. Così come previsto dal Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione aziendale 2017-2019 nella sezione Trasparenza, il gruppo ha frequentemente relazionato al R.P.C.T sulla costante osservanza degli obblighi di trasparenza, su eventuali criticità in ordine all'interpretazione degli stessi, sulle rilevazioni di eventuali problemi connessi alla piattaforma informatica che hanno provocato ritardi di pubblicazione, su possibili migliorie della piattaforma che possano agevolare la pubblicazione dei dati, documenti e informazioni, indicando altresì

eventuali modifiche necessarie e/o opportune per migliorare la qualità e facilità di lettura di quanto pubblicato.

Nel corso del 2017 è stata implementata, in maniera uniforme, la normativa sull'Accesso Civico comprendente i tre accessi: documentale, semplice, generalizzato. Sono pervenute n. 4 richieste di accesso civico delle quali nessuna specifica relativa agli obblighi di pubblicazione, bensì relative all'accesso civico generalizzato. E' in corso di approvazione lo specifico regolamento aziendale.

Il Piano Performance approvato con Delibera n. 69 del 30 gennaio 2017 è stato presentato al collegio di direzione "allargato" il 3 marzo 2017 e in tale occasione sono stati comunicati gli aggiornamenti normativi in materia di trasparenza e degli obiettivi assegnati nelle schede di Budget anche a seguito dell'adozione del PTPC.

La trasparenza e la prevenzione della corruzione si collocano all'interno delle strategie aziendali nella macro area della ridefinizione dei servizi in relazione al cambiamento dei bisogni per attuare nuovi modelli organizzativi ma anche in quella della sostenibilità del sistema, che è supportata proprio dall'agire con trasparenza.

Nella scheda di budget per l'anno 2017, l'obiettivo relativo all'area della trasparenza, che riguarda fundamentalmente gli adempimenti di pubblicazione, è stato un obiettivo diffuso per tutte le unità operative interessate.

F. Definizione e gestione degli standard di qualità

L'Azienda Ulss n.7 si è dotata negli anni di strumenti di analisi della performance integrati nel sistema informativo; la costruzione di un cruscotto di governo di indicatori di processo ed esito è utile innanzitutto perché offre una fotografia sempre aggiornata dell'operato dell'azienda e inoltre consente di valutare l'impatto delle proprie azioni sullo stato di salute della popolazione ed agire in modo tempestivo nel caso di criticità.

Il cruscotto di governo si è arricchito nel tempo con l'implementazione di 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.

G. Utilizzo dei risultati del Sistema di misurazione e valutazione

La valutazione della performance organizzativa di Unità Operativa è finalizzata anche al riconoscimento degli incentivi previsti dal sistema premiante ed è 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, dall'eventuale coordinatore o titolare di posizione organizzativa 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 assegnato alla singola struttura è rapportato alla percentuale di raggiungimento degli obiettivi fissati in sede di definizione del budget annuale. Il fondo è così decurtato dell'eventuale percentuale di mancato raggiungimento, e quindi distribuito tra il personale dirigente della struttura in esame in proporzione alla valutazione individuale conseguita.

H. Descrizione delle modalità del monitoraggio dell'OIV

Come sopra descritto, l'O.I.V. dell'Azienda ULSS 7 Pedemontana 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/Servizio Controllo di Gestione. Nel corso del 2017 l'O.I.V. si è riunito nelle seguenti date:

- 27 febbraio 2017;
- 27 marzo 2017;
- 31 maggio 2017
- 3 luglio 2017;
- 25 settembre 2017.

Bassano del Grappa, 29 giugno 2018

Il Presidente dell'OIV

(Prof. Mario Del Vecchio)



