



Relazione dell'O.I.V. sul
funzionamento complessivo del
sistema di valutazione, trasparenza
ed integrità dei controlli interni.
Anno 2018

Art. 14 D.Lgs 150/2009

INDICE

FINALITA' E PRINCIPI GENERALI.....	3
STRUTTURA DELLA RELAZIONE DELL'OIV.....	4
A PERFORMANCE ORGANIZZATIVA.....	4
Piano triennale di valutazione degli obiettivi e Documento Direttive.....	4
Il processo di Budget	5
Monitoraggio sullo stato di avanzamento degli obiettivi.....	5
Misurazione e valutazione dei risultati	6
B PERFORMANCE INDIVIDUALE.....	14
C PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL CICLO DELLE PERFORMANCE	17
D INFRASTRUTTURA DI SUPPORTO.....	18
E SISTEMI INFORMATIVI E INFORMATICI A SUPPORTO DELL'ATTUAZIONE DEL PROGRAMMATRIENNALE PER LA TRASPARENZA ED INTEGRITÀ E PER IL RISPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE.....	18
F DEFINIZIONE E GESTIONE DEGLI STANDARD DI QUALITÀ.....	19
G UTILIZZO DEI RISULTATI DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE	20
H DESCRIZIONE DELLE MODALITÀ DEL MONITORAGGIO DELL'O.I.V	21
I ANTICORRUZIONE, TRASPARENZA E INTEGRITÀ	21
CONCLUSIONI.....	22

FINALITÀ E PRINCIPI GENERALI

Il D.Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150, attuativo della L. 4 marzo 2009 n. 15, come modificato ed integrato dal D.Lgs. 01 agosto 2011 n. 141, definisce la nuova disciplina in materia di misurazione e valutazione dei dipendenti nonché in materia di trasparenza dei documenti.

Per gli Enti del SSN l'art. 16, comma 2 e l'art. 31, commi 1 e 2, del D.Lgs. n. 150/2009 individuano i principi generali oggetto di adeguamento da parte della Regione.

Con deliberazione della Giunta Regionale n.140 del 16/02/2016 ad oggetto "Organismi Indipendenti di Valutazione delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale. Approvazione delle Linee guida relative alla costituzione, al funzionamento e alle competenze attribuite agli Organi 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)" è stato approvato il documento di sintesi su ruolo e attribuzioni degli OIV delle Aziende sanitarie regionali, in conformità alle disposizioni nazionali e regionali in materia.

La misurazione e valutazione si riferiscono all'amministrazione nel suo complesso, alle unità operative od aree di responsabilità in cui si articola e ai singoli dipendenti, di cui l'Azienda dovrà valutare l'apporto specifico al miglioramento dei processi produttivi, attraverso l'analisi dei comportamenti organizzativi e delle competenze professionali.

Inoltre, in applicazione dell'art. 10, comma 1 lett. a) del D.Lgs. n. 150/2009 le Aziende devono adottare il piano triennale di valutazione degli obiettivi (cd. "piano della performance") e sviluppare il ciclo di gestione della valutazione dei risultati (cd. "ciclo di gestione della performance").

L'anno 2018 è stato caratterizzato, per l'Ulss 6 Euganea, dalla definizione e applicazione del nuovo atto aziendale, approvato dal Direttore Generale con deliberazione n. 79 del 31/1/2018; con successivi provvedimenti numero 80, 81, 82, 83 e 84 del 31/01/2018 sono stati riorganizzati rispettivamente: i dipartimenti, i servizi professionali e tecnico- amministrativi, il dipartimento di prevenzione, i servizi sanitari e socio-sanitari territoriali, i servizi in staff alla direzione strategica e l'area ospedaliera. L'attività si è pertanto concentrata nell'attuazione della nuova organizzazione aziendale con relativa attribuzione degli incarichi di responsabilità e nell'uniformazione/integrazione delle diverse prassi esistenti nelle tre disciolte Ulss per la gestione dei processi socio-sanitari e tecnico-amministrativi.

La valutazione della performance organizzativa e individuale dell'anno 2018 è stata effettuata secondo le modalità dell'ex Ulss 16 (Ulss incorporante), in considerazione del fatto che sono decaduti i precedenti regolamenti derivanti da una diversa contrattazione integrativa delle tre disciolte Ulss.

L'Organismo indipendente di Valutazione dell'Azienda Ulss n. 6 Euganea, redige ai sensi dell'art. 14, comma 4, del D.Lgs 150/2009 la Relazione sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza ed integrità dei controlli interni con riferimento all'anno 2018.

STRUTTURA E CONTENUTI DELLA RELAZIONE DELL'OIV

Gli ambiti sui quali si focalizzerà l'attenzione sono di seguito elencati:

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

A. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

La Performance organizzativa viene misurata su due livelli e precisamente:

- La performance aziendale intesa come il raggiungimento degli obiettivi strategici dell'intera Azienda.
- La performance a livello di singola Unità Operativa Complessa e Semplice a valenza Dipartimentale. Alle Unità operative semplici, articolazione dell'Unità operativa complessa, non sono stati affidati obiettivi specifici, ma le stesse concorrono al raggiungimento degli obiettivi dell'Unità Operativa complessa da cui dipendono.

Piano triennale della Performance e Documento Direttive

L'Azienda Ulss 6 Euganea ha adottato il Piano delle Performance 2018-2020 con Delibera n.78 del 31/1/2018, documento nel quale sono state indicate le linee strategiche generali e specifiche per consentire l'avvio della fase di negoziazione di budget. In particolare il Piano recepisce gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende Ulss del Veneto approvati, per l'anno 2018, con DGR n. 230 del 06 marzo 2018 "Definizione della pesatura delle determinazioni dei soggetti coinvolti nella valutazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale di Azienda Zero e determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ed Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2018".

Gli obiettivi di interesse regionale, nel corso di questi ultimi anni, hanno assunto una posizione preminente nella programmazione annuale delle attività delle articolazioni aziendali, e pertanto le negoziazioni di budget ed il contenuto del documento di budget riguardano in maniera rilevante gli obiettivi di emanazione regionale.

Il Documento di Direttive per il processo di Budget 2018, adottato con la Delibera n.170 del 01/03/2018, ha rappresentato lo strumento di programmazione annuale attraverso il quale le linee di indirizzo e gli obiettivi contenuti nel Piano della Performance sono stati integrati da ulteriori obiettivi strategici aziendali di Area Socio-Sanitaria e di Area Amministrativa.

Il Piano della Performance 2018-2020 e il Documento di Direttive per il processo di Budget 2018 sono stati pubblicati sul sito web dell'Azienda, al fine di assicurarne la massima diffusione, nonché di favorire un confronto sinergico con i soggetti esterni.

Il Processo di Budget

Sulla base di quanto previsto dal Piano della Performance e dal Documento delle Direttive si è avviata la fase di negoziazione tra la Direzione Aziendale e i direttori di dipartimento e di struttura complessa, che si è conclusa con la definizione di un accordo, sintetizzato nella scheda di budget che riporta per ciascuna UOC / UOS gli obiettivi da raggiungere, i pesi per ciascun obiettivo e le risorse di personale assegnate. La scheda viene sottoscritta dal direttore di area, dal direttore di dipartimento-distretto-ospedale e dal titolare di centro di responsabilità. L'intero processo è coordinato dal Controllo di gestione.

Gli incontri per la negoziazione di budget, avviati nel mese di maggio, vista la complessa attività di riorganizzazione e di omogeneizzazione dei processi aziendali, sono stati conclusi completamente nel mese di Settembre, in considerazione del fatto che in quel mese è avvenuto anche l'affidamento degli incarichi definitivi nell'area tecnico amministrativa, a seguito di idonee procedure concorsuali. Va comunque precisato che nel 90% delle strutture aziendali il processo di budget si era concluso nel mese di Luglio.

Monitoraggio sullo stato di avanzamento degli obiettivi

Il monitoraggio intermedio è fondamentale per il funzionamento dell'intero sistema al fine di assicurare il perseguimento degli obiettivi. Trimestralmente l'UOC Controllo di Gestione predispone e mette a disposizione degli attori del processo di budget la reportistica finalizzata al controllo periodico relativo all'utilizzo delle risorse oggetto di negoziazione, integrata con i dati di attività del periodo e con il confronto dello stesso periodo infrannuale dell'anno precedente. Nel mese di settembre del 2018 è stato effettuato il monitoraggio delle UOC Ospedaliere, al fine di verificare l'andamento della gestione in rapporto agli obiettivi programmati e di adottare, se necessario, le opportune misure correttive. Considerato lo slittamento della tempistica a seguito della riorganizzazione aziendale, non sono pervenute richieste di revisione del budget per l'anno 2018.

Misurazione e valutazione dei risultati

Per l'anno 2018 la valutazione è stata effettuata dai Direttori di Dipartimento / Struttura (Ospedale, Distretto, Dipartimento di prevenzione) sulla base degli elementi predisposti dal Controllo di gestione, derivanti dalle basi dati aziendali. Per le UOC amministrative la valutazione è stata effettuata dalla Direzione Amministrativa, mentre per le Unità Operative in Staff la valutazione è stata effettuata dal Direttore di Area a cui l'UO afferisce.

Si riportano di seguito i risultati della valutazione della performance organizzativa conseguiti dalle UOC / UOSD aziendali.

UNITA' OPERATIVA VALUTATA	Punti Raggiunti (su 100)	Valutazione finale*
OSPEDALE SCHIAVONIA		
STAFF DS		
Direzione Medica	99	100
DIPARTIMENTO CHIRURGICO		
Anestesia e Rianimazione	94	100
Chirurgia	99	100
Oculistica	94	100
Ortopedia	99	100
Otorinolaringoiatria	92	100
Ostetricia e ginecologia	91	100
Urologia	98	100
Day Surgery multispecialistico	96	100
DIPARTIMENTO MEDICO		
Cardiologia	97	100
Diabetologia	98	100
Geriatria	97	100
Medicina	97	100
Nefrologia	96	100
Neurologia	91	100
Oncologia	99	100
Pediatria	94	100
DIPARTIMENTO SERVIZI		
Anatomia patologica	98	100
Laboratorio analisi	99	100
Radiologia	100	100
Pronto Soccorso	95	100
Farmacia	95	100
DPT. RIABILITAZIONE OSP - TERR		
Lungodegenza Montagnana	98	100
Recupero Riabilitazione funz. Conserve	96	100
DPT IMMUNOTRASFUSIONALE		
Trasfusionale	96	100
TOTALE PRESIDIO OSPEDALIERO SCHIAVONIA	96	

(*) La Valutazione finale di raggiungimento degli obiettivi costituisce il riferimento quantitativo ai fini della incentivazione aziendale. Se il risultato è compreso tra i range sotto evidenziati, la valutazione finale attribuita è:
 da 91 a 100 = 100
 da 81 a 90 = 90
 da 31 a 80 = punteggio raggiunto
 da 0 a 30 = 0

Fonte: DDG ex Ulss 16 n. 185 del 25/2/2016 ad oggetto "Piano della performance 2016-2018" - Allegato 2: criteri di valutazione degli obiettivi di budget

UNITA' OPERATIVA VALUTATA	Punti Raggiunti (su 100)	Valutazione finale*
OSPEDALE CITTADELLA		
DIPARTIMENTO CHIRURGICO		
Anestesia e Rian.	99	100
Chirurgia generale	100	100
Odontostomatologia	100	100
Ostetricia e ginecologia	99	100
O.R.L.	99	100
Ortopedia	100	100
DIPARTIMENTO MEDICO		
Cardiologia	100	100
Medicina generale	98	100
Neurologia	98	100
Pediatria	100	100
Pneumologia	98	100
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI		
Farmacia ospedaliera	98	100
Laboratorio analisi	98	100
Pronto soccorso	96	100
Radiologia	96	100
STAFF DS		
Direzione Medica	100	100
TOTALE OSPEDALE CITTADELLA	99	

UNITA' OPERATIVA VALUTATA	Punti Raggiunti (su 100)	Valutazione finale*
OSPEDALE CAMPOSAMPIERO		
DIPARTIMENTO CHIRURGICO		
Anestesia e rianimazione	100	100
Chirurgia generale	98	100
Oculistica	99	100
Ostetricia e ginecologia	100	100
Urologia	99	100
DIPARTIMENTO MEDICO		
Cardiologia	98	100
Ematologia	100	100
Gastroenterologia	99	100
Geriatrics	98	100
Medicina	99	100
Nefrologia	99	100
Oncologia	100	100
Pediatria	100	100
DIPARTIMENTO CTO		
Ortopedia	99	100
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI		
Anatomia e istologia patologica	96	100
Pronto soccorso	96	100
Radiologia	98	100
DPT. RIABILITAZIONE OSP - TERR		
Medicina fisica e riabilitaz	96	100
DPT IMMUNOTRASFUSIONALE		
Servizio immunotrasfusionale	98	100
STAFF DS		
Direzione Medica	99	100
TOTALE OSPEDALE CAMPOSAMPIERO	99	

(*) La Valutazione finale di raggiungimento degli obiettivi costituisce il riferimento quantitativo ai fini della incentivazione aziendale. Se il risultato è compreso tra i range sotto evidenziati, la valutazione finale attribuita è:
da 91 a 100 = 100
da 81 a 90 = 90
da 31 a 80 = punteggio raggiunto
da 0 a 30 = 0

Fonte: DDG ex Ulss 16 n. 185 del 25/2/2016 ad oggetto "Piano della performance 2016-2018" - Allegato 2: criteri di valutazione degli obiettivi di budget

UNITA' OPERATIVA VALUTATA	Punti Raggiunti (su 100)	Valutazione finale*
OSPEDALE SANT'ANTONIO E OSPEDALE PIOVE DI SACCO		
AREA CHIRURGICA		
Chirurgia Opv	100	100
Chirurgia Osa	92	100
Ortopedia Osa	98	100
Ortopedia Opv	98	100
Oculistica Osa	97	100
Ostetricia E Ginecologia Opv	98	100
Urologia Osa (E Opv)	100	100
Orl Osa	96	100
Anestesia E Rianim. Osa	98	100
Anestesia E Rianim. Opv	99	100
AREA MEDICA		
Medicina Osa	96	100
Medicina Opv	96	100
Geriatría Osa	91	100
Geriatría Opv	99	100
Gastroenterologia Osa	100	100
Oncologia Opv	100	100
Neurologia Osa	96	100
Neurologia Opv	93	100
Cardiologia Opv	98	100
Cardiologia E Angiologia Osa	92	100
Dialisi Opv	100	100
AREA SERVIZI		
Medicina D'Urgenza Osa	94	100
Pronto Soccorso Osa	94	100
Pronto Soccorso Opv	95	100
Farmacia Ospedaliera	100	100
Laboratorio Analisi Osa (Con Opv)	100	100
Radiologia Osa	100	100
Radiologia Opv	100	100
DPT IMMUNOTRASFUSIONALE		
Trasfusionale Opv	89	90
DPT. RIABILITAZIONE OSP - TERR		
Rec Ried Funz Opv	92	100
Lungodegenza Opv	99	100
Lungodegenza Osa	100	100
STAFF DS		
Direzione Medica Osa	98	100
Direzione Medica Opv	100	100
Dir. Prof.Sanitarie	100	100
TOTALE OSPEDALE SANT'ANTONIO E OSPEDALE PIOVE DI SACCO	97	

(*) La Valutazione finale di raggiungimento degli obiettivi costituisce il riferimento quantitativo ai fini della incentivazione aziendale. Se il risultato è compreso tra i range sotto evidenziati, la valutazione finale attribuita è:
 da 91 a 100 = 100
 da 81 a 90 = 90
 da 31 a 80 = punteggio raggiunto
 da 0 a 30 = 0

Fonte: DDG ex Ulss 16 n. 185 del 25/2/2016 ad oggetto "Piano della performance 2016-2018" - Allegato 2: criteri di valutazione degli obiettivi di budget

UNITA' OPERATIVA VALUTATA	Punti Raggiunti (su 100)	Valutazione finale*
DISTRETTO PADOVA BACCHIGLIONE		
DIREZIONE DISTRETTO	94	100
INFANZIA, ADOLESCENZA, FAMIGLIA E CONSULTORI	99	100
SERD PADOVA E PIOVE DI SACCO	99	100
UOSD Sanità Penitenziaria	100	100
UOSD Riabilitazione territoriale e appropriatezza protesica	94	100
UOSD Riabilitazione cardiologica	100	100
UOSD Diabetologia	97	100

UNITA' OPERATIVA VALUTATA	Punti Raggiunti (su 100)	Valutazione finale*
DISTRETTO PADOVA TERME COLLI		
DIREZIONE DISTRETTO	93	100
CURE PRIMARIE	99	100
FARMACEUTICA TERRITORIALE	100	100

UNITA' OPERATIVA VALUTATA	Punti Raggiunti (su 100)	Valutazione finale*
DISTRETTO PADOVA PIOVESE		
DIREZIONE DISTRETTO	93	100
DISABILITA' E NON AUTOSUFFICIENZA	100	100

UNITA' OPERATIVA VALUTATA	Punti Raggiunti (su 100)	Valutazione finale*
DISTRETTO ALTA PADOVANA		
DIREZIONE DISTRETTO	95	100
CURE PRIMARIE	100	100
INFANZIA, ADOLESCENZA, FAMIGLIA E CONSULTORI	99	100
DISABILITA' E NON AUTOSUFFICIENZA	100	100
CURE PALLIATIVE	81	90

UNITA' OPERATIVA VALUTATA	Punti Raggiunti (su 100)	Valutazione finale*
DISTRETTO PADOVA SUD		
DIREZIONE DISTRETTO	96	100
CURE PRIMARIE	81	90
INFANZIA, ADOLESCENZA, FAMIGLIA E CONSULTORI	100	100
DISABILITA' E NON AUTOSUFFICIENZA	95	100
SERD ALTA E BASSA PADOVANA	94	100

(*) La Valutazione finale di raggiungimento degli obiettivi costituisce il riferimento quantitativo ai fini della incentivazione aziendale. Se il risultato è compreso tra i range sotto evidenziati, la valutazione finale attribuita è:
 da 91 a 100 = 100
 da 81 a 90 = 90
 da 31 a 80 = punteggio raggiunto
 da 0 a 30 = 0

Fonte: DDG ex Ulss 16 n. 185 del 25/2/2016 ad oggetto "Piano della performance 2016-2018" - Allegato 2: criteri di valutazione degli obiettivi di budget

UNITA' OPERATIVA VALUTATA	Punti Raggiunti (su 100)	Valutazione finale*
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE		
PSICHIATRIA 1	98	100
PSICHIATRIA 2	99	100
PSICHIATRIA 3	98	100
UOSD Gestione percorsi riabilitativi	100	100

UNITA' OPERATIVA VALUTATA	Punti Raggiunti (su 100)	Valutazione finale*
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		
PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO (SPISAL)	100	100
IGIENE URBANA	100	100
SANITA' ANIMALE (AREA A)	100	100
IGIENE ALIMENTI (AREA B)	100	100
IGIENE ALLEVAMENTI (AREA C)	100	100
IGIENE E SANITÀ PUBBLICA (SISP)	96	100
SERVIZIO DI IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE	91	100
UOSD Epidemiologia	100	100
UOSD Attività motorie	99	100
TOTALE DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	98	

(*) La Valutazione finale di raggiungimento degli obiettivi costituisce il riferimento quantitativo ai fini della incentivazione aziendale. Se il risultato è compreso tra i range sotto evidenziati, la valutazione finale attribuita è:
da 91 a 100 = 100
da 81 a 90 = 90
da 31 a 80 = punteggio raggiunto
da 0 a 30 = 0

Fonte: DDG ex Ulss 16 n. 185 del 25/2/2016 ad oggetto "Piano della performance 2016-2018" - Allegato 2: criteri di valutazione degli obiettivi di budget

UNITA' OPERATIVA VALUTATA	Punti Raggiunti (su 100)	Valutazione finale*
SERVIZI AMMINISTRATIVI E DI STAFF		
UOC CONTABILITA' E BILANCIO	97	100
UOC CONTROLLO DI GESTIONE	97	100
UOC RISORSE UMANE	100	100
UOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE	99	100
UOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA OSPEDALIERA	97	100
UOC PROVVEDITORATO	95	100
UOC AFFARI GENERALI	95	100
UOC ECONOMATO	97	100
UOC SERVIZI TECNICI	97	100
UOC SOCIALE	100	100
UOS FORMAZIONE	100	100
UOS LEGALE	98	100
UOS INNOVAZIONE E SVILUPPO	100	100
UOS SERV IN CONCESSIONE E P.F.	100	100
UOS QUALITA' E ACCREDITAMENTO	100	100
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	100	100
SERVIZIO MEDICO COMPETENTE	100	100
URP	100	100
RESPONSABILE PREVENZIONE CORRUZIONE	100	100
TOTALE SERVIZI AMMINISTRATIVI E DI STAFF	98	

(*) La Valutazione finale di raggiungimento degli obiettivi costituisce il riferimento quantitativo ai fini della incentivazione aziendale. Se il risultato è compreso tra i range sotto evidenziati, la valutazione finale attribuita è:
da 91 a 100 = 100
da 81 a 90 = 90
da 31 a 80 = punteggio raggiunto
da 0 a 30 = 0

Fonte: DDG ex Ulss 16 n. 185 del 25/2/2016 ad oggetto "Piano della performace 2016-2018" - Allegato 2: criteri di valutazione degli obiettivi di budget

B. PERFORMANCE INDIVIDUALE

Il sistema di misurazione e valutazione del personale

Il sistema di valutazione aziendale è dedicato al monitoraggio ed al miglioramento delle capacità e delle competenze professionali, alla valorizzazione del potenziale del personale ed al riconoscimento della qualità della prestazione lavorativa individuale.

Tale sistema è altresì finalizzato allo sviluppo della risorsa umana all'interno del proprio contesto lavorativo, al miglioramento del clima interno mediante il confronto costruttivo tra dipendente e responsabile ed infine al rafforzamento del senso di appartenenza allo specifico gruppo di lavoro e più in generale all'intera realtà di Azienda.

Dal 2018 il nuovo sistema di valutazione unificato per tutta l'AULSS 6 Euganea, distinto tra Area Comparto e Area Dirigenza, viene elaborato attraverso schede che tengono conto sia della performance individuale e prestazionale che della performance organizzativa in senso più ampio. Le performance vengono misurate attraverso un insieme di indicatori, incluso anche il grado di partecipazione individuale al raggiungimento degli obiettivi assegnati all'equipe.

E' bene ricordare che il processo valutativo unificato ha recepito le principali caratteristiche delle tre ex Aziende con l'implementazione di una gestione informatizzata. Questi aspetti, oltre alla numerosità della casistica da gestire, hanno reso le varie fasi particolarmente complesse, tanto è vero che un numero residuale di schede sono ancora in fase di elaborazione.

Per l'Area del Comparto, la scheda già definita sarà comunque oggetto di revisione come deciso contestualmente alla sottoscrizione dell'accordo integrativo aziendale di giugno 2018. Il processo di compilazione delle schede è avvenuto interamente online attraverso un apposito modulo valutativo studiato in collaborazione con la ditta che ha messo a disposizione l'ambiente dedicato a giugno 2019.

Per l'Area della Dirigenza, la valutazione è stata fatta secondo gli accordi vigenti dell'Azienda incorporante Ulss 16 di Padova anche se sono in fase di contrattazione le nuove schede per il 2019.

Per entrambe le aree, il processo di valutazione è finalizzato anche all'erogazione della retribuzione di risultato e alla premialità.

In ogni caso il Dipendente ha la possibilità di effettuare ricorso nei confronti del giudizio espresso dai valutatori per il riesame della sua valutazione.

AREA DEL COMPARTO

Il sistema di valutazione prevede una fase iniziale di compilazione delle schede online, una fase intermedia di consegna, discussione e approfondimento della scheda e una eventuale fase di ricorso alla stessa nel caso il giudizio espresso non sia accettato dal dipendente valutato.

I contenuti della scheda di valutazione, sia quelli della scheda già definita per il 2018 sia quelli della scheda in fase di revisione, prevedono:

Performance organizzativa: prende in considerazione il raggiungimento degli obiettivi assegnati annualmente alla struttura di afferenza del dipendente e nel contempo i comportamenti individuali favorevoli al buon funzionamento della medesima durante il periodo di riferimento.

Performance individuale: si considerano le abilità personali e le capacità professionali del singolo dipendente in relazione agli obiettivi ed ai compiti affidatigli nel proprio specifico contesto lavorativo oltre alle competenze acquisite mediante l'attività formativa e di aggiornamento durante il periodo di riferimento.

Performance prestazionale: prende in considerazione attività e comportamenti tenuti durante lo svolgimento del servizio nel periodo di riferimento.

Nella scheda di valutazione individuale il Dipendente firma per presa visione del punteggio attribuito dal Responsabile.

Su un totale di 7.169 valutati, l'1,9% (137) rappresenta personale "Non valutabile" per varie motivazioni, ma essenzialmente perché il valutatore a causa di lunga assenza non ritiene di avere gli elementi per effettuare la valutazione, mentre l'esito della rimanente analisi può essere di seguito rappresentato:

Range di punteggio	N. Dipendenti	%
Non valutabile	137	1,9%
< 80	87	1,2%
80 – 89	140	2,0%
90 - 99	876	12,2%
100 (punteggio pieno)	5.929	82,7%
Totale Valutati	7.169	100%

AREA DELLA DIRIGENZA

Anche per l'Area della Dirigenza, il sistema di valutazione prevede la compilazione delle valutazioni, la discussione e l'approfondimento della stessa e l'eventuale fase di ricorso.

Il sistema vigente è basato sulla valutazione degli obiettivi prestazionali quali-quantitativi del singolo dirigente. A partire dall'anno 2016 l'obiettivo ha tenuto in considerazione principalmente il grado di partecipazione del dirigente al raggiungimento degli obiettivi d'equipe. I valutatori sono i Direttori gerarchicamente superiori.

Per l'Area della Dirigenza, sono disponibili due tipologie di schede: la prima destinata ai dirigenti con incarico di struttura complessa e di struttura semplice dipartimentale e la seconda invece dedicata ai dirigenti con incarico di struttura semplice e altre tipologie di incarico.

Ai Direttori di struttura complessa e semplice dipartimentale viene richiesta anche la valutazione circa l'efficacia dei modelli gestionali adottati per il raggiungimento degli obiettivi annuali mentre ai dirigenti di struttura semplice e con altre tipologie di incarico viene effettuata da parte del Direttore responsabile la valutazione circa l'obiettivo prestazionale assegnato per l'anno di riferimento, ovvero circa il grado di partecipazione del dirigente al raggiungimento degli obiettivi di équipe.

Anche per l'Area della Dirigenza, le schede sono comunque in fase di revisione e contrattazione.

Le schede di valutazione individuali, compilate e sottoscritte dal Dirigente responsabile, firmate per prescrizione dal dirigente valutato, vengono restituite all'UOC Risorse Umane che procede al saldo della retribuzione in base all'esito della valutazione del raggiungimento degli obiettivi di budget e della valutazione individuale, tra le altre variabili.

Visti i cambiamenti attuati al fine di unificare i sistemi di valutazione presenti nelle tre ex Aziende, e viste le tempistiche necessarie alla chiusura complessiva del processo, non è stato possibile terminare interamente la fase di informatizzazione per l'Area della Dirigenza che tuttavia è già a buon punto.

Su un totale di 1.290 dirigenti valutati, le schede compilate e restituite all'UOC Risorse Umane sono state 1.000 (77,5%).

Dirigenti valutati	N. Dirigenti	%
Totale Schede compilate e restituite	1.000	77,5%
Totale Schede compilate ma non restituite	290	22,5%
Totale schede	1.290	100%

Di queste, l'80% ha evidenziato un punteggio pieno (100%) di valutazione e solo il 19,4% presenta una valutazione inferiore a tale soglia massima.

Lo 0,6% ritiene di non avere elementi per poter valutare i propri dirigenti.

Range di punteggio	N. Dirigenti	%
Non valutabile	6	0,6%
< 100	194	19,4%
100 (punteggio pieno)	800	80,0%
Totale Schede compilate e restituite	1.000	100%

C. PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL CICLO DELLE PERFORMANCE

Lo sviluppo del sistema di programmazione e controllo è coordinato dall'UOC Controllo di Gestione che applica la metodica di budget al fine di orientare i comportamenti verso il raggiungimento degli obiettivi e di concretizzare la responsabilizzazione degli attori circa l'impiego e l'utilizzo delle risorse. I report relativi ai principali indicatori di attività e di costo vengono messi a disposizione dei singoli Responsabili con cadenza trimestrale, al fine di monitorare il grado di raggiungimento degli obiettivi di budget.

In caso di tendenziale mancato raggiungimento di alcuni obiettivi l'Unità Controllo di gestione ha provveduto ad allertare i singoli Direttori delle strutture interessate e i Direttori delle strutture tecnico-funzionali di riferimento, al fine di porre in essere tempestivamente i correttivi necessari.

Il processo di valutazione individuale è governato dall'UOC Gestione del Personale che fornisce assistenza a tutti i soggetti coinvolti. Presso tale struttura avviene la raccolta di tutte le schede di valutazione individuale.

D. INFRASTRUTTURA DI SUPPORTO

Il monitoraggio continuo delle performance avviene attraverso il sistema informativo aziendale, che durante l'anno ha uniformato le seguenti procedure:

- di contabilità generale e analitica
- di gestione del personale
- di gestione dell'attività di ricovero (unificate 2 procedure delle 3 esistenti),
- di gestione della mobilità sanitaria intraregionale ed extra-regionale.

Sono ancora diversificate per le tre ex Aziende le procedure riguardanti:

- gestione dell'attività di ricovero (unificate 2 procedure delle 3 esistenti),
- gestione dell'attività di pronto soccorso,
- gestione delle sale operatorie,
- gestione dell'attività specialistica ambulatoriale,
- gestione dei servizi territoriali,

Il sistema di reporting direzionale viene gestito attraverso report analitici prodotti anche con il supporto di specifici strumenti di Business Intelligence.

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

L'Azienda pubblica le informazioni e i dati richiesti dalla normativa su apposita sezione in home nel proprio sito internet, nella sezione, denominata "Amministrazione trasparente" che si sviluppa coerentemente con quanto precisato dal decreto legislativo 33 /2013 e dalle successive delibere di ANAC.

Gli obblighi di pubblicazione aziendali, coinvolgono trasversalmente e con compiti diversi, tutti gli uffici amministrativi.

La supervisione di tutto il processo è affidata all'Ufficio Trasparenza e Anticorruzione.

L'Ufficio Trasparenza e anticorruzione cura:

- L'adempimento degli obblighi posti dalla normativa sulla prevenzione della corruzione di cui alla L. 190/12, al D. Lgs. n. 39/13 e alle altre fonti normative rilevanti in materia quali:
 - o l'elaborazione del Piano triennale aziendale per la prevenzione della corruzione, previa definizione degli indirizzi strategici in materia;
 - o la vigilanza sull'osservanza del piano, da attuarsi anche mediante la segnalazione alle strutture interessate delle misure da adottare in caso di accertata violazione del piano;
 - o la segnalazione all'organo di indirizzo e all'organismo indipendente di valutazione delle disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e

di trasparenza;

- l'adempimento degli obblighi posti dalla normativa in materia di trasparenza e in specie gli adempimenti in materia di pubblicità degli atti e di accesso civico, quali regolati dal D.Lgs. n. 33/13.

F. DEFINIZIONE E GESTIONE DEGLI STANDARD DI QUALITÀ

Nel perseguimento della mission, l'Azienda si uniforma alle disposizioni normative di carattere nazionale e regionale emanate in materia, attua una politica sanitaria che tenga conto delle effettive esigenze di salute della popolazione servita, applicando i processi dell'autorizzazione e dell'accreditamento istituzionale e di eccellenza.

La Carta dei Servizi aziendale, resa disponibile ai cittadini anche attraverso il sito www.aulss6.veneto.it, è stata aggiornata (luglio 2018): illustra i principi fondamentali dell'azienda e i diritti/doveri dei cittadini; presenta l'organizzazione, i servizi forniti e le modalità di accesso alle prestazioni; elenca i più importanti impegni e programmi di sviluppo aziendali; precisa le modalità di tutela e di partecipazione del cittadino nonché le garanzie in termini di consenso e di privacy.

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico ha il compito di facilitare la comunicazione tra i cittadini e l'Azienda Ulss 6 Euganea. Il cittadino può rivolgersi all'Urp tramite le sedi operative dislocate sul territorio provinciale o contattando il numero verde unico. Il cittadino può inoltre scrivere una mail all'indirizzo istituzionale urp@aulss6.veneto.it.

Il cittadino presso l'URP può:

- ricevere informazioni ed essere orientato sui servizi presenti nell'Azienda Ulss, sui percorsi, sulle modalità di accesso e di erogazione delle prestazioni e sui diritti riconosciuti ai cittadini,
- presentare reclami, suggerimenti e ringraziamenti, secondo le modalità indicate nel regolamento di pubblica tutela,
- partecipare tramite le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini,
- esprimere la propria volontà per la donazione di organi e tessuti,
- dichiarare i propri consensi/rifiuti al fascicolo sanitario elettronico regionale.

Nel 2018, in una settimana-tipo all'Urp giungono in media:

- 100 accessi agli sportelli
- 500 telefonate al call center
- 130 mail
- 14 reclami scritti e 6 elogi scritti
- 60 segnalazioni da Totem regionali.

Particolare attenzione è stata data anche alla dimensione del clima organizzativo. L'indagine di clima avviata in tutte le aziende regionali ha visto per l'Euganea una percentuale di partecipazione di oltre il 30%, tra le più elevate in Regione Veneto, cui hanno fatto seguito analisi e valutazioni dei dati sulla base dei quali sono state definite capillarmente le azioni di miglioramento, individuando 60 azioni che si possono suddividere nelle seguenti aree:

- Area delle azioni di comunicazione, quali ad esempio incontri di presentazione e discussione dei dati, riunioni di confronto di gruppo per lo sviluppo delle modalità di condivisione delle informazioni organizzative, bacheche di condivisione, newsletter aziendale mensile;
- Area delle azioni trasversali, come la banca delle ferie solidali, la prosecuzione dello sportello di ascolto, il percorso sulle aggressioni al personale;
- Area delle azioni specifiche, rivolte alle singole UO e servizi quali focus group, formazione sul campo, incontri su temi specifici.

Dal 2018 i pazienti hanno inoltre una nuova modalità di esprimere un parere in merito all'esperienza di ricovero vissuta: il progetto Patient Reported Experience Measured (PREMs), pilota per il Veneto e già avviato nell'Ulss 6, raccoglie le esperienze dei pazienti ricoverati tramite un questionario telematico inviato nei giorni successivi alla dimissione. Il progetto ha coinvolto nel 2018 tutti gli ospedali dell'Azienda, interessando più di 50 reparti.

G. UTILIZZO DEI RISULTATI DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE

L'attitudine aziendale a misurare e valutare, è rafforzata dall'attività della Regione, che periodicamente chiama le Direzioni Strategiche a fare il punto sul raggiungimento degli obiettivi di sistema, stimolando la capacità di raggiungere i traguardi prefissati.

I risultati della valutazione organizzativa ed individuale sono strettamente correlati, come definito dalla normativa vigente e da quanto previsto dalla contrattazione integrativa:

- alla corresponsione delle quote di retribuzione di risultato/incentivazione alla produttività;
- alla valutazione del personale dirigente, alla scadenza degli incarichi di struttura complessa, semplice o professionale;
- alla valutazione del personale dirigente alla maturazione dell'anzianità prevista per il riconoscimento di un trattamento economico superiore;
- alla valutazione del personale del comparto, alla scadenza dell'incarico di posizione organizzativa ed in sede di istruttoria per il conferimento della fascia economica superiore.

H. DESCRIZIONE DELLE MODALITÀ DEL MONITORAGGIO DELL'O.I.V.

Le attività di verifica del processo della performance organizzativa ed individuale è stata effettuato dall'OIV attraverso l'analisi puntuale della documentazione ricevuta dall'Azienda.

In particolare sono stati esaminati i seguenti documenti: Piano della Performance, documento delle Direttive, Relazione sulla Gestione e Relazione sulla Performance.

L'OIV ha inoltre verificato il corretto assolvimento degli obblighi legati all'applicazione della L.190/2013, relativi alla prevenzione della corruzione, con l'adozione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione del triennio 2018 – 2020 (DDG n. 76 del 31/01/2018) e con la verifica della pubblicazione nel sito aziendale della scheda di mappatura dei rischi 2018 e dell'albero degli adempimenti della trasparenza 2018. Tutta la documentazione relativa alla trasparenza e alla prevenzione della corruzione è stata inserita nel sito web dell'azienda, nell'apposita sezione "Amministrazione trasparente", così come richiesto dalla normativa vigente (come esplicitato nel paragrafo seguente).

I. ANTICORRUZIONE, TRASPARENZA E INTEGRITÀ

Il piano triennale prevenzione della corruzione 2018-2020 adottato con con delibera del Direttore Generale n. 76 del 31/01/2018 ha previsto l'attuazione di alcune misure di miglioramento per contenere e/o annullare il rischio corruttivo.

Vengono di seguito riepilogate le principali azioni:

- Area Anticorruzione:

Il concetto di corruzione viene confermato nella sua accezione ampia, ovvero coincidente con la "maladministration", intesa come assunzione di decisioni devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari.

Il PTPC è stato progettato tenendo conto delle criticità emerse e ha delineato modalità più approfondite di risk management, anche attraverso l'attivazione del PROGETTO GZOOM, software in grado di migliorare la produttività del responsabile e degli utenti coinvolti nella gestione del piano di prevenzione del rischio corruttivo, garantendo il rispetto dell'implementazione della normativa vigente e la raccolta delle informazioni utili ad attivare un monitoraggio efficace e organizzare le attività di prevenzione del rischio.

- Area Trasparenza Amministrativa: La pubblicazione dei dati è stata garantita assicurando il rispetto di tutti gli adempimenti di pubblicazione previsti dalle distinte norme del decreto legislativo n. 33/2013.

- Area Performance: Particolare attenzione è stata riservata anche al collegamento con il Piano della Performance: molte misure di prevenzione della corruzione sono state tradotte in obiettivi organizzativi ed individuali assegnati agli uffici e ai loro dirigenti, che sono stati monitorati costantemente nel loro stato di avanzamento.
- Codice di comportamento: con deliberazione del Direttore Generale n.173 del 02-03-2018, è stato adottato il nuovo Codice di Comportamento dei dipendenti dell'Azienda ULSS n. 6 Euganea, come azione e misura principale di attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione a livello decentrato.
- Whistleblowing: con deliberazione del Direttore Generale n. 972 del 21/12/2017 l'Azienda ha adottato la procedura e il modello operativo per l'espletamento delle tutele previste in caso di segnalazione di illeciti. Le disposizioni sono state attuate nel corso del 2018 attivando una modalità di inoltro informatizzato delle segnalazioni in modo da garantire l'anonimato del segnalante attraverso l'istituzione di un'apposita e-mail protetta. Da segnalare che nel corso del 2018 non sono pervenute segnalazioni.

Tutti i documenti sopra richiamati risultano pubblicati nel sito aziendale nell'apposita sezione Amministrazione Trasparente.

La complessa attività prevista nel piano, ha richiesto il puntuale monitoraggio delle diverse azioni, attuato dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione con il supporto costante della rete dei Referenti per l'anticorruzione.

CONCLUSIONI

Pur nella complessità di questa prima fase di riorganizzazione l'OIV evidenzia la presenza di un appropriato ed efficace sistema di pianificazione e controllo della performance organizzativa, mediante il quale gli obiettivi definiti dalla programmazione regionale e aziendale vengono tradotti in azioni concrete da parte delle Unità Operative.

La presenza di un effettivo monitoraggio consente di avere a disposizione dei risultati intermedi che consentono di verificare lo stato dell'arte rispetto ai target da raggiungere e agli obiettivi da conseguire e di porre in essere dei correttivi ai vari livelli organizzativi. Gli strumenti di raccolta e pubblicazione dei dati relativi alla fase di misurazione/valutazione consentono di mettere a disposizione di ciascun Responsabile i risultati raggiunti rispetto agli obiettivi negoziati.

Anche la performance individuale risulta ben presidiata, con la presenza di strumenti che consentono la corretta misurazione dell'apporto individuale, nell'applicazione dei principi che stanno alla base di un'adeguata valutazione individuale.

Il sistema della Trasparenza e Integrità risulta opportunamente impostato secondo i dettami richiesti dall'ANAC nei suoi profili strutturali e nell'adozione dei relativi strumenti. Parimenti il sistema finalizzato all'Anticorruzione risulta impostato in modo consono a quanto normativamente richiesto. Gli strumenti adottati risultano idonei al contrasto della corruzione.

Tra gli ambiti di miglioramento questo OIV auspica, superata una fase iniziale di riorganizzazione, l'anticipazione del processo di valutazione per l'anno 2019, più rispondente ai tempi richiesti dalle finalità della valutazione stessa e tendenzialmente entro il 30 giugno.

PADOVA, 13/09/2019

I COMPONENTI DELL'ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE

FIRMATO

Dott. TIZIANO CARRADORI

Dott. MARITATI ANTONIO

Dott.ssa VIGNA SILVIA

**Firme oscurate ai sensi
delle linee guida del
Garante per la Privacy**