
RELAZIONE SUL FUNZIONAMENTO COMPLESSIVO DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE, TRASPARENZA E INTEGRITÀ DEI CONTROLLI INTERNI ANNO 2023



Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana
Organismo Indipendente di Valutazione

INDICE

PREMESSA E QUADRO NORMATIVO	3
A. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	4
<i>A) DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI STRATEGICI ED OPERATIVI AZIENDALI</i>	5
<i>B) ASSEGNAZIONE DEGLI OBIETTIVI DI BUDGET ALLE ARTICOLAZIONI ORGANIZZATIVE</i>	5
<i>C) RINEGOZIAZIONE DI BUDGET E OBIETTIVI REGIONALI 2023</i>	7
<i>D) MONITORAGGIO OBIETTIVI DI BUDGET</i>	8
<i>E) MISURAZIONE E VALUTAZIONE DEL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI 2023</i>	8
B. PERFORMANCE INDIVIDUALE	9
C. PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE	11
D. INFRASTRUTTURA DI SUPPORTO	11
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	12
F. DEFINIZIONE E GESTIONE DEGLI STANDARD DI QUALITÀ	13
G. UTILIZZO DEI RISULTATI DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE	15
H. DESCRIZIONE DELLE MODALITÀ DEL MONITORAGGIO DELL'OIV	15
CONCLUSIONI	17

Premessa e quadro normativo

Lo scopo del documento è illustrare il funzionamento complessivo del ciclo di gestione della performance dell'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana (nel seguito "Azienda"), nonché i processi e le attività messe in atto per garantire la trasparenza, l'integrità e la prevenzione della corruzione, relativamente all'anno 2023.

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

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

- A. Performance organizzativa;
- B. Performance individuale;
- C. Processo di attuazione del ciclo della performance;
- D. Infrastruttura di supporto;
- E. Sistemi informativi e informatici a supporto dell'attuazione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità e per il rispetto degli obblighi di pubblicazione;
- F. 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.

La presente relazione è redatta dall'OIV, nominato con deliberazione n. 1126/2022 e insediato in data 23 giugno 2022 per il triennio 2022-2024.

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

A conclusione della relazione, l'OIV esplicita il giudizio sul lavoro svolto con dei suggerimenti metodologici per i cicli di performance futuri.

A. Performance organizzativa

Per l'anno 2023, il ciclo della performance organizzativa si è strutturato nelle seguenti fasi:

- a) definizione degli obiettivi strategici ed operativi aziendali: Piano Integrato di Attività e Organizzazione (di seguito "PIAO") di cui alla Legge n.113/2021;
- b) assegnazione degli obiettivi alle articolazioni organizzative aziendali (Dipartimenti, Unità Operative Complesse e Unità Operative Semplici a Valenza Dipartimentale) tramite la negoziazione del budget;
- c) rinegoziazione di budget e obiettivi regionali anno 2023;
- d) monitoraggio degli obiettivi;
- e) misurazione e valutazione del raggiungimento degli obiettivi anno 2023.

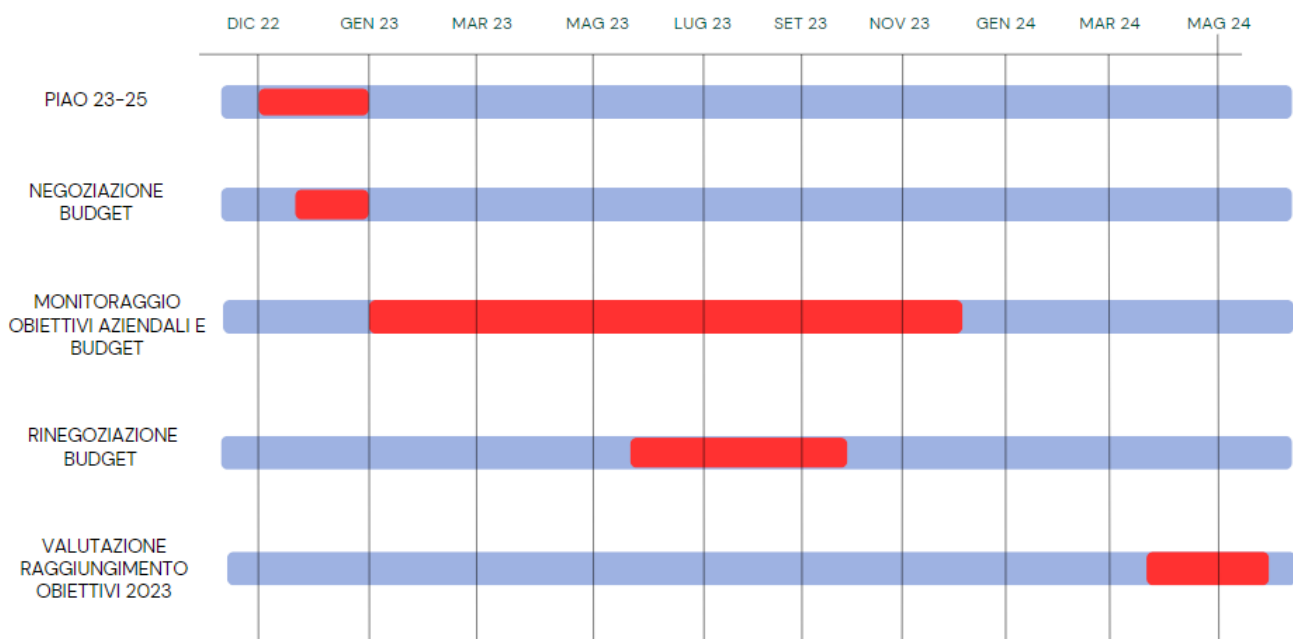


Fig. 1 Le fasi del processo di programmazione - ciclo di gestione della performance organizzativa

a) Definizione degli obiettivi strategici ed operativi aziendali

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023-2025

Il D.L. 9 giugno 2021, n. 80 recante “Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all’attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l’efficienza della giustizia”, convertito dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113, dispone che *“per assicurare la qualità e la trasparenza dell’attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, le pubbliche amministrazioni, [...], entro il 31 gennaio di ogni anno adottano il Piano integrato di attività e organizzazione”*. Ai sensi del comma 6-bis del medesimo decreto, *“in sede di prima applicazione il Piano è adottato entro il 30 aprile 2022”*.

Tale Piano ha l’obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un’ottica di massima semplificazione, la maggior parte degli atti di pianificazione a cui sono tenute le amministrazioni, inserendo in un unico documento i piani inerenti alla performance, ai rischi corruttivi e alla trasparenza, all’organizzazione del lavoro, compreso quello agile, alla formazione e al fabbisogno del personale. Il Piano ha valenza triennale e viene aggiornato annualmente.

Coerentemente con il termine disposto dalla normativa, l’Azienda ha adottato il PIAO 2023-2025 con deliberazione n. 198 del 31 gennaio 2023 “Adozione del piano integrato di attività e organizzazione 2023-2025 e del budget per centro di responsabilità”.

b) Assegnazione degli obiettivi di budget alle articolazioni organizzative

I Direttori delle Strutture tecnico-funzionali (Ospedali, Distretti Socio Sanitari, Dipartimento di Prevenzione), che rappresentano la Direzione Aziendale, e i Responsabili di Unità Operativa, coadiuvati dai coordinatori delle professioni sanitarie di Dipartimento, hanno negoziato il budget per ciascun Centro di Responsabilità (CdR).

A garanzia di un più omogeneo livello di assegnazione degli obiettivi per CdR, il Direttore Sanitario incontra i Direttori delle Strutture tecnico-funzionali e dà

indicazioni rispetto agli obiettivi considerati prioritari per le articolazioni dell'Azienda.

La negoziazione del budget si è conclusa per tutte le aree aziendali nel mese di gennaio: risultato ottenuto grazie ad un intenso lavoro di programmazione a partire dal mese di novembre da parte della Direzione Aziendale e grazie al supporto del Controllo di Gestione.

Per ciascuna articolazione organizzativa (Dipartimento, Unità Operativa Complessa e Unità Operativa Semplice Dipartimentale) è stata definita una scheda di budget contenente obiettivi coerenti con quanto previsto dal Piano integrato di attività e organizzazione 2023-2025.

Di seguito si elencano le fasi che hanno portato alla negoziazione di budget:

- Articolazione degli obiettivi operativi sui CdR: i Direttori delle Strutture tecnico funzionali e i Direttori di Area declinano gli obiettivi operativi aziendali indicati nel Piano Attuativo di attività e organizzazione in obiettivi di CdR.
- Proposta di pesatura delle schede di budget di CdR: il Controllo di Gestione predispone le schede di budget contenenti quattro categorie di indicatori:
 - Indicatori derivanti da Obiettivi Regionali;
 - Indicatori derivanti da Piano delle Performance;
 - Indicatori specifici;
 - Indicatori di Attività e Risorse.

I Direttori di Struttura tecnico funzionale e i Direttori di Area individuano gli obiettivi da pesare nelle schede di CdR, garantendo la coerenza tra gli obiettivi di budget e gli obiettivi aziendali indicati nel Piano delle Performance.

- Analisi delle schede di budget: i Direttori di Dipartimento, i Direttori di CdR, con il coinvolgimento del personale del CdR, analizzano la situazione che emerge dai dati inseriti nelle schede di budget, valutano la proposta di pesatura da parte dei Direttori di Struttura tecnico funzionale e definiscono una eventuale controproposta.

- Negoziazione budget di CdR: durante specifici incontri tra i Direttori di Struttura tecnico funzionale, che rappresentano il Direttore Generale, e i Direttori di CdR si negoziano gli obiettivi delle schede di budget. Al termine delle negoziazioni, il Controllo di Gestione verifica che l'articolazione degli obiettivi pesati sia coerente con gli obiettivi operativi aziendali precedentemente deliberati nel Piano delle Performance.

-
- Approvazione delle schede di budget: adozione da parte del Direttore Generale della citata deliberazione n. 198 del 31 gennaio 2023 “Adozione del piano integrato di attività e organizzazione 2023-2025 e del budget per centro di responsabilità”.

c) Rinegoiazione di budget e obiettivi regionali 2023

Con Decreto del Direttore Generale dell'area Sanità e Sociale n. 181 del 29 dicembre 2022 “Limiti di costo degli enti del SSR in materia di beni sanitari per l'anno 2023”, la Regione ha assegnato i limiti di costo in materia di beni sanitari delle Aziende Sanitarie per l'anno 2023, successivamente aggiornati con Decreto n. 23 del 21 luglio 2023.

Il quadro normativo è costituito anche dalla Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 1702 del 30 dicembre 2022 “Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ed Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2023”.

Successivamente con nota prot. N. 58648 del 31 gennaio 2023 la Direzione Risorse Strumentali SSR ha trasmesso all'azienda il documento “Vademecum Obiettivi DG 2023 DGR 709/2022 - Metodologia di Misurazione degli Indicatori e Criteri di Verifica degli obiettivi (Versione 1.0 del 31.01.2023)” contenente le caratteristiche di ogni indicatore al fine di poter impostare correttamente le metodologie di calcolo. In seguito, con nota prot. N. 353627 del 30 giugno 2023, la medesima Direzione ha inviato la versione aggiornata del Vademecum (Versione 2.0 del 30.06.2023) unitamente ad un documento riepilogativo delle principali scadenze degli obiettivi.

Al fine di individuare le componenti aziendali coinvolte nel raggiungimento degli obiettivi regionali e, quindi, dei relativi indicatori di performance, sono stati analizzati nel dettaglio gli obiettivi regionali con i Direttori di Area e i Direttori delle strutture tecnico-funzionali.

Questa analisi condivisa è stata la premessa per declinare gli obiettivi regionali, nelle schede di budget di Dipartimento e Unità Operativa, che sono state rinegoziate inserendo gli obiettivi regionali e rivedendo quindi la pesatura complessiva delle schede.

Le schede di budget rinegoziate sono state adottate con deliberazione del Direttore Generale n. 1990 del 23 ottobre 2023 “Rinegoiazione del budget per centri di responsabilità anno 2023 dell'Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana”.

d) Monitoraggio obiettivi di budget

Al fine di conseguire gli obiettivi per CdR, l'Azienda ha sviluppato un sistema di misurazione che consente il monitoraggio periodico e la rendicontazione della performance con riferimento a ciascun Dipartimento ed alle Unità Operative.

Il monitoraggio avviene sulla base delle seguenti rilevazioni:

- dati di attività e di costo, mediante i dati presenti nel *datawarehouse* aziendale;
- dati relativi ad indicatori, non monitorati informaticamente ma comunicati, su richiesta del Controllo di Gestione, dal referente dello specifico obiettivo.

Per ogni obiettivo viene assegnato un peso ottenuto secondo queste modalità:

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

Il Controllo di Gestione mette a disposizione dei vari attori aziendali coinvolti (Direzione aziendale, Direttori di Cdr, coordinatori delle professioni sanitarie) gli strumenti di monitoraggio descritti al paragrafo D. Infrastruttura di supporto.

I risultati rispetto agli obiettivi di budget raggiunti in corso d'anno sono comunicati dal Controllo di Gestione, trimestralmente, all'Ufficio Personale. I report sono a disposizione dei Direttori di Struttura tecnico funzionale/ Dipartimento/ U.O.C./ U.O.S.D. ognuno per la parte di propria competenza.

e) Misurazione e valutazione del raggiungimento degli obiettivi 2023

Il Controllo di Gestione misura gli indicatori degli obiettivi definiti nelle schede di budget di struttura tecnico-funzionale e di Unità Operativa Complessa e Unità Operativa Semplice Dipartimentale.

I Direttori competenti per Area hanno effettuato la valutazione dei risultati e, qualora ritenuto necessario, hanno modificato il punteggio ottenuto sulla base della valutazione complessiva della performance. A garanzia di equità del processo, tutte le proposte di modifica del punteggio sono state riesaminate dai Direttori di Area.

L'OIV nella seduta del 19 giugno 2024 ha validato il processo di valutazione della performance organizzativa.

Nella tabella seguente viene riportato l'esito finale della performance organizzativa per le articolazioni aziendali (Dipartimenti e Unità Operative).

Area	fino al 60%	dal 61% al 80%	dal 81% al 92%	dal 93% al 94%	dal 95% al 100%	Totale
Dipartimento di Prevenzione					14	14
Ospedale			13	17	108	138
Servizi amministrativi e staff			2	1	21	24
Territorio			1		32	33
Totale complessivo	0	0	16	18	177	209

B. Performance individuale

Il sistema di valutazione della performance individuale concorre al perseguimento di diverse finalità quali il monitoraggio ed il miglioramento delle capacità e delle competenze professionali dei dipendenti, il riconoscimento della qualità della prestazione lavorativa individuale e l'esplicitazione delle aspettative aziendali sui comportamenti attesi, al fine di favorire l'allineamento tra obiettivi individuali ed obiettivi aziendali. Il processo di valutazione viene effettuato da parte di ciascun responsabile di UOC/UOSD, a sua volta valutato dal relativo superiore gerarchico secondo l'articolazione organizzativa aziendale e trova la sua attuazione nelle fasi di condivisione degli obiettivi della propria unità operativa, assegnazione degli obiettivi individuali/d'equipe, monitoraggio intermedio e valutazione finale.

Suddetto processo interessa il personale con rapporto di lavoro sia a tempo determinato sia a tempo indeterminato.

Lo strumento utilizzato è un software gestionale mediante il quale viene effettuata la compilazione di schede informatizzate che prevedono una sezione dedicata all'assegnazione degli obiettivi ed una sezione dedicata alla valutazione della performance del dipendente.

Gli obiettivi individuali possono essere assegnati dal Responsabile in maniera personalizzata al singolo collaboratore, possono essere scelti tra gli obiettivi di budget della propria unità operativa oppure scelti dalla "Banca degli obiettivi", quale ausilio presente nell'applicativo e che costituisce un archivio di obiettivi, articolato in aree tematiche, a cui sono associati specifici comportamenti.

La valutazione della performance del dipendente avviene attraverso 4 tipologie di schede, approvate con specifici accordi sindacali, rispettivamente per i dirigenti che ricoprono l'incarico di responsabili di unità organizzativa complessa e unità semplice

a valenza dipartimentale, per i dirigenti con incarico di struttura semplice, per il personale del comparto con incarichi di coordinamento o posizione organizzativa e per il personale del comparto.

Tutte le schede hanno punteggio massimo di 100 e si differenziano per i fattori di valutazione, per il numero complessivo di items e per i punteggi attribuiti ai fattori.

La tipologia di scheda viene assegnata al valutato sulla base dell'incarico ricoperto per il maggiore periodo nell'arco dell'anno. Per i dirigenti è inoltre prevista la scheda di autovalutazione che funge da indicazione al responsabile. Il punteggio derivante dalla valutazione di ogni dipendente determina, per l'area del comparto, la quota di produttività collettiva spettante e, per l'area della Dirigenza, la quota di retribuzione di risultato, secondo quanto concordato per entrambe le Aree in sede di contrattazione integrativa.

Il processo di valutazione della performance individuale concorre anche alla valutazione periodica degli incarichi da parte del Collegio Tecnico, previsto per la dirigenza del ruolo sanitario, in coerenza con le norme contrattuali in vigore.

Nella seduta del 19 giugno 2024, l'Azienda ha illustrato all'OIV il percorso e i risultati relativi al processo di valutazione della performance individuale del 2023.

Struttura operativa	Area contrattuale	n. schede	Media punti	Minimo	Massimo
Comparto (da 32 a 100 punti)					
Distretto Socio-sanitario	Comparto	1.527	94,44	32	100
Ospedale	Comparto	5.315	95,66	47	100
Dipartimento di Prevenzione	Comparto	271	94,62	58	100
Area PTA e unità di staff	Comparto	747	95,31	57	100
Coordinamento/Posizione Organizzativa (da 35 a 100 punti)					
Distretto Socio-sanitario	Comparto	69	98,01	83	100
Ospedale	Comparto	167	98,47	86	100
Dipartimento di Prevenzione	Comparto	23	98,45	91	100
Area PTA e unità di staff	Comparto	100	97,31	93	100
Dirigenza (da 35 a 100 punti)					
Distretto Socio-sanitario	Dirigenza	181	97,93	80	100
Ospedale	Dirigenza	1.030	96,10	36	100
Dipartimento di Prevenzione	Dirigenza	100	96,64	88	100
Area PTA e unità di staff	Dirigenza	54	97,33	84	100

Dirigenza con incarico struttura complessa/semplice a valenza dipartimentale (da 35 a 100 punti)					
Distretto Socio-sanitario	Dirigenza	31	98,77	95	100
Ospedale	Dirigenza	116	98,45	92	100
Dipartimento di Prevenzione	Dirigenza	7	98,14	96	100
Area PTA e unità di staff	Dirigenza	18	98,17	97	100

C. Processo di attuazione del ciclo della performance

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

L'UOC Controllo di Gestione ha coordinato e applicato la metodica di budget al fine di garantire l'efficacia e l'efficienza del sistema di programmazione e di valutazione della performance organizzativa.

L'UOC Gestione Risorse Umane ha coordinato e supportato il processo di valutazione della performance individuale.

D. Infrastruttura di supporto

L'Azienda ha sviluppato un sistema di rilevazione e di monitoraggio delle attività che consente una analisi periodica dei risultati di performance raggiunti dalle unità operative. I dati contenuti nel datawarehouse aziendale, sono consultati e analizzati dai vari attori aziendali sia Direttori di Unità Operativa sia coordinatori infermieristici.

L'UOC Controllo di Gestione ha messo a disposizione il portale RW10 consultabile dall'intranet aziendale accedendo con le proprie credenziali di dominio. I report predisposti, che utilizzano la tecnologia Qlik, sono:

- report Qlik budget che riporta l'andamento degli indicatori presenti nella scheda di budget e, per gli indicatori pesati, il peso ottenuto nel corso dell'anno;
- report Qlik di dettaglio che riporta i dati relativi a un ambito specifico (es: ricoveri da flusso SDO, prestazioni ambulatoriali da flusso SPS, prestazioni di pronto soccorso, consumi di beni sanitari, ricoveri in hospice, registro operatorio, etc.).

Nel 2023 è stato creato anche il Qlik per l'analisi delle prescrizioni specialistiche (Qlik prescritto SOGEI) al fine di analizzare l'andamento della domanda e i tassi di prescrizione degli MMG-PLS. Tale strumento è a disposizione dei Direttori di Distretto e dei Coordinatori delle Cure Primarie.

Questi strumenti rappresentano un'evoluzione della reportistica rispetto ai report periodici prodotti in formato pdf; si tratta infatti di strumenti che consentono selezioni multiple da parte dell'utente tali da rendere lo strumento interattivo, personalizzabile e flessibile rispetto al fabbisogno informativo di chi lo consulta, con una visualizzazione rapida ed immediata accedendo al portale del Controllo di Gestione (RW10) dall'intranet aziendale; inoltre sono strumenti che si aggiornano automaticamente con l'aggiornamento delle tabelle del *datawarehouse* aziendale.

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 n. 198 del 31 gennaio 2023 è stato approvato il PIAO per il triennio 2023 – 2025, comprensivo della Sezione rischi corruttivi e trasparenza.

L'attività di prevenzione della corruzione e trasparenza svolta nel corso del 2023 è stata relazionata dal Responsabile della Prevenzione della corruzione e Trasparenza (di seguito RPCT) con la documentazione trasmessa anche all'OIV, con nota prot. n. 18897 del 30.01.2024, e con la Relazione del monitoraggio finale trasmesso a tutti i gestori dei processi e alla Direzione strategica, con nota prot. n. 18919 del 30.01.2024, nonché con quanto riportato nella Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2024-2026. Nel 2023 il livello effettivo di attuazione della strategia aziendale di prevenzione della corruzione, delineata nella Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2023-2025, ha raggiunto un livello di maturazione adeguato. Le misure di trattamento previste hanno contribuito a mitigare il rischio di corruzione: sono state attuate con particolare cura le misure generali, e dalle relazioni trasmesse al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza da parte dei Direttori delle unità operative con 12 processi a rischio corruttivo, è emerso che anche le misure specifiche di prevenzione vengono attuate con una percentuale superiore al 90%. Nell'ambito della gestione della strategia di prevenzione della corruzione attuata nel corso del 2023, è stata dedicata particolare attenzione alle attività connesse ai fondi PNRR. Nel corso dell'anno, in linea con quanto previsto nel Piano integrato di attività e organizzazione 2023 – 2025, oltre all'attuazione degli adempimenti dettati dalla normativa e dalle specifiche indicazioni nazionali e regionali, si è proceduto a realizzare una serie di azioni volte a

supportare le diverse unità operative aziendali al fine di garantire un'efficace gestione delle risorse rese disponibili con il PNRR.

Nel corso del 2023, seguendo la metodologia del Control & Risk Self Assessment (CRSA), sono stati valutati/aggiornati i registri dei rischi di 12 processi sui 47 attualmente presenti.

E' inoltre stata dedicata particolare attenzione alla formazione in tema di anticorruzione e trasparenza attraverso tre corsi articolati in più edizioni.

Nel corso del 2023, il RPCT, con l'ausilio della UOC Affari generali e legali, ha svolto costanti monitoraggi sulla sezione del sito internet aziendale "Amministrazione trasparente", fornendo supporto alle Unità Operative tenute all'adempimento degli obblighi di pubblicazione e chiedendo le eventuali necessarie modifiche ed integrazioni. Inoltre, nel corso dell'anno, l'Ufficio Internal audit ha effettuato una serie di audit al fine di verificare il livello di attuazione delle misure di prevenzione previste nei registri dei rischi delle diverse unità operative e l'Ufficio trasparenza e anticorruzione ha effettuato delle verifiche a campione sull'applicazione di alcune misure.

L'OIV ha proceduto al monitoraggio dell'applicazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza verificando le pubblicazioni in "Amministrazione trasparente", rilevando la sostanziale rispondenza rispetto agli obblighi di pubblicazione, perfettamente in linea con quanto previsto dalla normativa in materia, frutto dell'impegno delle Unità operative ma anche del Supporto della Struttura del RPCT.

F. Definizione e gestione degli standard di qualità

Nel 2023 l'Azienda ha proseguito nella promozione della rilevazione istituzionale sulla qualità percepita dagli assistiti su due percorsi distinti:

- **PREMs (Patient Reported Experience Measures)** è il monitoraggio continuativo dell'esperienza e soddisfazione degli utenti del servizio di ricovero negli ospedali della ULSS2.

Nel questionario ci sono domande sull'esperienza di ricovero ospedaliero, inclusi degli spazi dove il partecipante può lasciare liberamente i suoi commenti e suggerimenti. Le informazioni, nel rispetto della normativa privacy, sono raccolte ed

elaborate dal Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

Le risposte ai quesiti dell'indagine sono messe a disposizione, quali dati aggregati, all'Azienda e le sue valutazioni serviranno ad individuare ciò che funziona particolarmente bene e ciò che deve essere migliorato nel servizio di ricovero.

L'adesione media nell'ultimo triennio è stata pari al 38,59% che rappresenta un dato incoraggiante e superiore ai tassi di adesione documentati in letteratura per le indagini nazionali in questo ambito.

Nel dettaglio i dati sono così rappresentati:

2021 (gen-dic):	Dimessi effettivi: 62.378	Contattabili: 24.920	Tasso di adesione 39,95%
2022 (gen-dic):	Dimessi effettivi: 67.017	Contattabili: 25.240	Tasso di adesione 37,66%
2023 (gen-dic):	Dimessi effettivi: 68.774	Contattabili: 28.138	Tasso di adesione 40,91%

Dal punto di vista qualitativo, la valutazione complessiva dell'assistenza ricevuta si mantiene su livelli molto alti. La somma dei giudizi totalmente positivi (ottimo+buono) si attesta stabilmente intorno al 94% dei rispondenti durante tutto il periodo di osservazione.

- Indagine sulla qualità percepita presso i poliambulatori di Borgo Cavalli e Mogliano Veneto.

Attraverso la piattaforma online Rate Now, nella seconda parte dell'anno 2023, è stata condotta una rilevazione sulla Qualità Percepita nei servizi poliambulatoriali di Borgo Cavalli e Mogliano Veneto.

La stessa ha potuto indagare macro aspetti quali: il tempo d'attesa allo sportello accettazione del poliambulatorio, la chiarezza e la completezza delle informazioni fornite dal personale infermieristico e socio-sanitario in merito all'assistenza, la chiarezza e la completezza delle informazioni fornite dal personale medico che ha effettuato la visita o l'esame, la disponibilità all'ascolto da parte del medico durante la visita o l'esame, la gentilezza del personale che ha prestato assistenza nel percorso all'interno del poliambulatorio, il rispetto della privacy.

L'applicativo risulta di interesse anche per sviluppare altri sondaggi all'interno dell'azienda, soprattutto per l'elaborazione del parametro NPS Net Promoter Score che restituisce il dato sulla tendenza del cliente a consigliare il servizio.

I dati che emergono da questa rilevazione sono incoraggianti per adesione e risposta attestando, in una scala da 1 a 5 la media per ogni quesito dal 4,1 al 4,7.

Analogamente il dato NPS Net Promoter Score attesta su un livello buono il valore complessivo riferito all'indagine.

Relativamente alle segnalazioni registrate dall'URP si riportano dati relativi all'anno 2023:

- 20.403 mail gestite;
- 30.780 chiamate da Call Center URP;
- 26.571 accessi agli sportelli URP;
- 70.500 accessi ai punti informativi URP;
- 12.924 prese in carico (di cui 6.093 di Treviso, 2.906 di Pieve e 3.925 di Asolo);
- 3.695 segnalazioni (di cui 2.826 Treviso, 377 Pieve e 492 Asolo);
- 373 elogi (di cui 250 Treviso, 53 Pieve e 70 Asolo);
- 45.225 solleciti;
- 47 suggerimenti.

G. Utilizzo dei risultati del Sistema di misurazione e valutazione

Il sistema di misurazione e valutazione adottato dall'Azienda ULSS 2 è stato uno strumento efficace al fine di individuare i punti di forza e di debolezza delle varie articolazioni aziendali; attraverso il meccanismo di monitoraggio e di rinegoziazione di budget sono stati introdotti degli obiettivi al fine di stimolare azioni correttive. A titolo di esempio attraverso i sistemi di misurazione è stato possibile individuare nel 2023 il grado di presa in carico dei pazienti da parte delle diverse Unità Operative.

I risultati della valutazione degli obiettivi di performance organizzativa e individuale sono stati utilizzati al fine della determinazione della parte incentivante della retribuzione, secondo gli accordi sindacali vigenti.

H. Descrizione delle modalità del monitoraggio dell'OIV

L'OIV ha svolto la propria attività di verifica avvalendosi della collaborazione della Struttura Tecnica di Supporto, UOC Controllo di Gestione.

L'OIV ha analizzato i dati e le informazioni ricavate dalla documentazione messa a disposizione dall'UOC Controllo di Gestione, prendendo visione dei documenti di

programmazione validati dall'azienda e, in riferimento al monitoraggio di budget, visionato i report qlik messi a disposizione per il monitoraggio degli obiettivi di budget e dell'attività e risorse in generale.

Si riportano brevemente gli argomenti trattati nei vari incontri:

- **13/02/2023:** si presenta il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023-2025, deliberato il 31/01/23, e si evidenzia che nello stesso mese di gennaio si sono concluse le negoziazioni di budget per Centri di Responsabilità. Nello stesso incontro si espongono i primi risultati dell'indagine sul clima organizzativo ed in particolare si evidenzia che la % di adesione è stata del 52,8%, livello più alto del Veneto;
- **21/06/2023:** si presentano i risultati della performance organizzativa e individuale raggiunti nell'anno 2022, verificando a campione le schede di consuntivo. Inoltre, l'OIV redige il documento di attestazione sugli obblighi di pubblicazione del sistema di trasparenza rilevando la conformità con quanto previsto dalla normativa;
- **24/08/2023:** si espone una sintesi dei risultati dell'indagine sul clima organizzativo a livello complessivo aziendale, i punti di forza e di miglioramento, e il confronto rispetto ai valori medi regionali;
- **29/09/2023:** l'OIV redige la Relazione sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, della trasparenza e dell'integrità dei controlli interni relativa all'anno 2022;
- **14/11/2023:** si illustra la valutazione sui risultati degli obiettivi regionali anno 2022.

Conclusioni

L'OIV, mediante questa relazione, riferisce sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni, tenendo in considerazione, in primis, la conformità al quadro normativo vigente, come delineato nella premessa e poi l'adeguatezza degli strumenti adottati al perseguimento delle finalità del Sistema.

L'OIV ritiene che il percorso delle performance dell'Azienda ULSS 2, nonché gli strumenti adottati, siano stati adeguati ed allineati ai principi normativi.

Per il secondo anno consecutivo si apprezza la tempestiva assegnazione degli obiettivi, resa possibile sia dall'impegno da parte delle varie Direzioni, sia dal costante lavoro di affiancamento da parte del Controllo di Gestione.

Per quanto concerne il processo di valutazione della performance individuale va dato atto che l'Azienda ha sviluppato un sistema funzionale che è stato rivisto alla luce del nuovo contratto nazionale del comparto sanità, che è consolidato, e nel quale si tengono costantemente monitorate tutte le fasi.

Quale indicazione migliorativa, si rileva che a livello aziendale, i punteggi finali ottenuti dalle Unità Operative sulla performance organizzativa sono eterogenei, mentre sulle performance individuali si registra un oggettivo appiattimento verso i massimi punteggi.

Per questo motivo si sottolinea l'importanza di proseguire il percorso di formazione al fine di favorire un cambiamento culturale sulla valutazione individuale quale fondamentale strumento di crescita e valorizzazione del personale e della Organizzazione nel suo complesso.

Treviso, 19.06.2024

O.I.V.

Dott.ssa Paola De Lazzer - Presidente

Dr. Federico Del Vecchio - Componente

Dott.ssa Giulia Zumerle - Componente