

Azienda ULSS 9 Scaligera

*Relazione dell'OIV sul funzionamento
complessivo del sistema di valutazione,
trasparenza e integrità dei controlli interni*

Anno 2025

Sommario

Premessa	3
A. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	3
B. PERFORMANCE INDIVIDUALE.....	6
C. PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE	7
D. INFRASTRUTTURA DI SUPPORTO	8
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	8
F. DEFINIZIONE E GESTIONE DEGLI STANDARD DI QUALITA'	9
G. UTILIZZO DEI RISULTATI DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE	10
H. DESCRIZIONE DELLE MODALITA' DI MONITORAGGIO DELL'OIV	11
I. VALIDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE	11

Premessa

L'OIV prende atto che la DGRV 140 del 16 febbraio 2016, riguardante l'approvazione delle linee guida sulla costituzione, funzionamento e competenze attribuite agli "Organismi Indipendenti di Valutazione" delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, 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.150/2009, in modo che si predisponga un'unica relazione annuale che prenda in considerazione l'intero ciclo di attività che ha svolto l'Azienda in tema di performance, che nel seguito indicheremo con "**Relazione integrata dell'OIV**".

La presente Relazione integrata dell'OIV è riferita all'anno 2025, secondo le indicazioni della DGRV sopracitata e nel rispetto dei principi fissati dalle delibere CIVIT 6/2012 e 23/2013, ed è organizzata secondo la seguente struttura:

- 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
- I. Validazione della Relazione sulla Performance

La presente Relazione nei paragrafi da **A** ad **I** riporta la descrizione del modello di gestione del ciclo della performance, i risultati delle attività di monitoraggio, evidenzia le criticità riscontrate e, alla luce di queste, propone miglioramenti; prende in esame, 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. Le informazioni descrittive e le analisi valutative contenute nei suddetti paragrafi, costituiscono gli elementi di riscontro di quanto riportato nella Relazione sulla Performance anno 2025 adottata da parte dell'Azienda ULSS9 Scaligera con Deliberazione del Direttore Generale n. 821 del 30/06/2026 e sono alla base della validazione della stessa da parte dell'OIV.

L'analisi delle fasi in cui si articola il ciclo annuale della Performance viene 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).

A. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Premessa

Il ciclo della Performance per l'anno 2025 ha avuto inizio con la predisposizione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025-2027, adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 98 del 30/01/2025 e pubblicato sul sito Aziendale www.aulss9.veneto.it alla sezione "Amministrazione Trasparente". Questo documento ha assorbito le funzioni del Piano della Performance come precedentemente previsto dal D.lgs 150/2009. L'Azienda ULSS 9 ha integrato nel Piano anche il Documento delle Direttive, che riporta la

declinazione annuale degli obiettivi a livello di direzione strategica e di unità operative coinvolte come previsto dalla DGRV n. 1557 del 30/12/2024 ad oggetto: “Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende e Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l’anno 2025”.

Nei mesi di maggio e giugno 2026, in applicazione degli accordi decentrati, è stata svolta la valutazione della performance individuale in relazione agli obiettivi assegnati e ad altri parametri per tutto il personale dipendente.

L’Azienda, pertanto a chiusura del ciclo della Performance per l’anno 2025, ha elaborato la “Relazione sulla Performance” (per la Regione Veneto “Relazione degli obiettivi”) che evidenzia la performance aziendale, la misurazione del raggiungimento degli obiettivi prefissati a livello di Unità Operative (performance organizzativa) e i risultati della valutazione individuale del personale dipendente (performance individuale). La Relazione è stata sottoposta per la validazione all’Organismo Indipendente di Valutazione, i cui componenti sono stati nominati con deliberazioni del Direttore Generale n. 739 del 19/07/2024 e n. 1732 del 21/12/2025 e successivamente inviate alla competente Commissione Consiliare.

La Relazione alla Performance si compone delle seguenti parti principali:

- Nel Capitolo 2, “Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholder esterni” sono riportati:
 - Le principali novità intervenute nella normativa di riferimento per la performance;
 - Le principali dimensioni aziendali in termini di popolazione, strutture ed attività, con rinvio all’Allegato A per un quadro statistico dettagliato e alla Relazione al Bilancio Consuntivo per l’analisi economica.
- Nel Capitolo 3, “Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti” sono riportati:
 - La performance relativa agli obiettivi assegnati dalla Giunta Regionale (performance aziendale);
 - La sintesi dei risultati della valutazione delle schede Budget (performance organizzativa);
 - I risultati della valutazione delle performance individuali (performance individuale).

L’OIV prende atto che:

- Il ciclo delle performance è stato attuato in modo integrato tra i vari soggetti coinvolti e in coerenza con il ciclo di programmazione economico-finanziario e di bilancio. Nell’ambito del ciclo di gestione della performance, è stato redatto il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025-2027 adottato con DDG n. 98 del 30/01/2025;

- I risultati di performance organizzativa aziendale sono stati conseguiti attraverso l’assegnazione a cascata alle articolazioni aziendali (processo di budget) degli obiettivi regionali ed aziendali. I risultati di performance organizzativa conseguiti nell’anno 2025 hanno fatto riferimento alle seguenti Aree Strategiche: 1. Erogazione dei LEA, 2. Sostenibilità economico-finanziaria, 3. Informatizzazione e Flussi Informativi, 4. Organizzazione Aziendale, come riportato nel Capitolo 3 *Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti* della Relazione sulla Performance 2025.

- Come evidenziato nella Relazione sopracitata, il 2025 ha registrato una stabilizzazione dell’attività dopo due anni di incrementi nell’area ospedaliera, con una crescita dell’assistenza territoriale in particolare per l’ambito delle cure intermedie e dell’assistenza farmaceutica e protesica. In termini di performance aziendale, pur avendo raggiunto la maggior parte degli obiettivi programmati sono emerse criticità in riferimento agli obiettivi di rispetto dei tempi d’attesa ed al rispetto ai tetti regionali sui beni sanitari nei quali l’Azienda ha confermato, come negli anni precedenti, la difficoltà a soddisfare i vincoli per farmaceutica ospedaliera e territoriale, dispositivi medici ed assistenza integrativa.

In merito ai livelli di assistenza sono stati sottolineati i seguenti elementi:

- Area **Prevenzione**: non sono emerse specifiche criticità, anche se alcuni obiettivi sono stati soddisfatti solo parzialmente, tra questi le coperture degli screening mammografico e colon-retto;

- Area **Territoriale**: sono stati raggiunti (almeno parzialmente) tutti gli obiettivi, in particolare quelli collegati al DM 77 ed all'area socio-sanitaria. Permangono alcune criticità storiche come i ricoveri ripetuti in psichiatria e la presa in carico per le cure palliative;
- Area **Ospedaliera**: sono stati raggiunti la maggior parte degli obiettivi relativi alla qualità dell'assistenza misurata tramite gli indicatori del NSG, anche se permangono alcune criticità storiche (parti cesarei, DRG a rischio inappropriatelyzza, reinterventi per TM mammella) sulle quali, in alcuni casi, sono gli ospedali accreditati privati a non rispettare le soglie assegnate. È stata evidenziata anche la difficoltà a rispettare la programmazione regionale per quanto concerne la concentrazione della casistica chirurgica oncologica.

- Non sono emerse criticità significative in merito agli obiettivi di equilibrio economico, ed è stata buona anche la performance relativa all'informatizzazione ed ai servizi trasversali. La **performance organizzativa**, fotografata dai risultati della valutazione delle schede di budget per il 2025, ha restituito un quadro in cui i punteggi sono mediamente elevati, in particolare per le Unità Operative dell'area della prevenzione e, salvo la salute mentale, per quelle dell'area socio-sanitaria. La valutazione della **performance individuale** infine è stata condotta per quasi 6.400 dipendenti secondo le regole aziendali, evidenziando la collocazione della maggior parte dei dipendenti nel range di punteggio più alto.

- L'Azienda ha presentato una auto-valutazione del livello di conseguimento degli obiettivi assegnati dalla Giunta Regionale, elaborata sulla base delle evidenze prodotte e comunicate dalle strutture regionali, delle evidenze interne aziendali e delle basi dati regionali autonomamente interrogabili dall'ULSS, nonché delle analisi svolte dagli uffici competenti. E' stato posto in evidenza che, a livello di singolo indicatore, la valutazione finale viene espressa dalla Regione a consuntivo e, in relazione ai tempi e alle modalità del ciclo di verifica, potrà non sempre coincidere pienamente con quanto qui rappresentato, sebbene, si auspica, non in maniera sostanziale.

- L'Azienda ha richiamato, inoltre, la DGRV 2172/2016 con la quale la Regione Veneto ha definito la pesatura delle determinazioni dei soggetti coinvolti nel procedimento di valutazione annuale dei Direttori Generali delle Aziende Ulss e Ospedaliere e dello IOV come previsto dall' art.4 della Legge regionale 23 del 29/06/2012 dal titolo "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016".

- Le schede di budget sono conservate in originale agli atti della Struttura Tecnica di Supporto. Sono state elaborate, discusse e sottoscritte schede di budget per singola Unità Operativa Complessa (UOC) Unità Operativa Semplice a valenza Dipartimentale (UOSD), Unità Operativa Semplice in Staff alla Direzione (UOS). In aggiunta a queste, a partire dal 2025, sono state negoziate e sottoscritte specifiche schede budget anche e per i Dipartimenti strutturali. Il totale è stato di **148 schede** come di seguito evidenziate:

- 58 UOC/17 UOSD/12 Dipartimenti ospedalieri;
- 15 UOC/1 UOS Area Territoriale,
- 8 UOC/2 UOSD del Dipartimento di Prevenzione,
- 4 UOC/1UOSD/1Dipartimento del Dipartimento di Salute Mentale,
- 2 UOC/2 UOSD del Dipartimento delle Dipendenze,
- 8 UOC/1 UOSD/ 1 UOS dei Servizi Professionali Tecnico Amministrativi;
- 2 UOC/4 UOS in Staff della Direzione Generale;
- 1 UOC / 2 UOS in Staff della Direzione Sanitaria;
- 1 UOC/ 1 UOSD in Staff della Direttore dei Servizi Socio Sanitari.

Il **monitoraggio intermedio** è stato garantito dall'Azienda a tutte le UU.OO. ospedaliere con reportistica web aggiornata con cadenza mensile. Per tutte le UU.OO. del territorio è disponibile una reportistica web sui costi aggiornata con cadenza settimanale. Inoltre l'Azienda ha garantito un monitoraggio degli indicatori regionali dell'Assistenza Domiciliare Integrata e della residenzialità extra ospedaliera, dell'assistenza protesica con report trimestrali elaborati dal Controllo di Gestione.

Il monitoraggio finale è stato avviato con la richiesta di relazione di autovalutazione inviata dall'UOC Controllo di Gestione alle UOC/UOSD dell'area ospedaliera rispettivamente con note prot. n. 77566, n. 77588 e n. 77623 del 28/04/2026. A seguire, sono state chieste le relazioni al Dipartimento di Prevenzione con nota prot. n. 77655 del 28/04/2026, al Dipartimento di Salute Mentale con nota prot. n. 77680 del 28/04/2026, ai Distretti e al Dipartimento Dipendenze con nota prot. n. 77705 del 28/04/2026, Infine ai servizi in Staff e Amministrativi con nota prot. n. 77713 del 28/04/2026 (documentazione agli atti).

A consuntivo, sulla base delle risultanze derivanti dall'elaborazione dei dati di attività, dei dati di costo e dei flussi informativi aziendali, l'Unità Operativa Controllo di Gestione ha provveduto alla misurazione degli indicatori relativi agli obiettivi definiti nelle schede di budget delle strutture tecnico funzionali (Ospedale, Dipartimento di Prevenzione, Territorio) e ai Centri di Responsabilità dell'Area amministrativa. Successivamente i responsabili di Struttura (Dipartimento/UOC/UOSD e UOS in Staff alle direzioni strategiche) hanno relazionato in merito al grado di raggiungimento degli obiettivi a loro affidati. I Direttori competenti per Area, tenuto conto delle relazioni pervenute, hanno provveduto alla valutazione dei risultati delle articolazioni organizzative loro afferenti secondo l'Atto aziendale e, qualora ritenuto necessario, hanno stabilito delle modifiche del punteggio di risultato ottenuto esplicitandone le motivazioni.

B. PERFORMANCE INDIVIDUALE

L'OIV prende atto che:

- Il processo di valutazione annuale ai fini della performance di tutto il personale in servizio presso l'Azienda, sia con rapporto di lavoro a tempo determinato che indeterminato è finalizzato alla verifica del livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati al fine dell'attribuzione della premialità (retribuzione di risultato/incentivazione alla produttività) e concorre anche nella valutazione periodica degli incarichi da parte dell'organismo professionale specifico (Collegio Tecnico per la dirigenza del ruolo sanitario) in coerenza con le norme contrattuali vigenti.

- Il processo di valutazione finalizzato alla verifica dell'apporto individuale al grado di raggiungimento degli obiettivi annuali definiti dall'Azienda per l'anno 2025 ha riguardato tutto il personale dipendente, dirigente e non, in servizio nel periodo per espressa indicazione della Regione Veneto ed è stato eseguito per tutta l'azienda in modo informatizzato.

- I fondi aziendali per l'anno 2025 sono stati provvisoriamente determinati, per la dirigenza Area Sanità con Deliberazione n. 1397 del 04/11/2025, per la Dirigenza PTA con Deliberazione n. 1437 del 06/11/2025 e per il comparto con Deliberazione n. 1399 del 04/11/2025. E' in corso di definizione la determinazione definitiva degli stessi fondi. I fondi Aziendali del comparto sono stati determinati, come previsto dal CCNL, secondo le modalità indicate nel contratto sottoscritto il 02/11/2022, e nel nuovo contratto 27/10/2025. I fondi Aziendali della Dirigenza Sanitaria sono stati determinati, come previsto dal CCNL, secondo le modalità indicate nel contratto sottoscritto il 23/01/2024, e nel nuovo contratto 27/02/2026. I fondi Aziendali del personale dell'Area delle Funzioni Locali sono stati determinati, come previsto dal CCNL, secondo le modalità indicate nel contratto sottoscritto il 16/07/2024 e nel nuovo contratto 23/02/2026.

- Per la Dirigenza Sanitaria (Medico, Veterinaria, non medica e delle Professioni Sanitarie) ai sensi del CCNL del 19/12/2019 si è data attuazione all'accordo sottoscritto in data 19/08/2021 che ha previsto lo spostamento del 30% della retribuzione di risultato a quella di posizione ai sensi dell'art. 95 comma 9 del CCNL 19.12.2019. L'attribuzione della maggiorazione prevista dall'art. 93 comma 7 del CCNL 19/12/2019 ha fatto oggetto di apposito accordo sottoscritto in data 06/02/2023 recepito con deliberazione del Direttore Generale n. 569 del 14/06/2023 sarà disposta in una fase successiva alla definizione della performance al fine di prendere a riferimento, come previsto dall'accordo, i valori medi erogati. La somma massima prevista, pari ad euro 50.000,00 è stata adeguatamente accantonata.

- E' stata avviata con le OO.SS. della Dirigenza Area Sanità la contrattazione integrativa aziendale relativa al nuovo CCNL 23/01/2024. E' stato oggetto di pre accordo in data 25/03/2026, a livello di retribuzione di risultato, l'attribuzione della premialità legata alla predisposizione e invio delle certificazioni INAIL per l'anno 2024. L'adeguamento a quanto previsto in materia di valutazione e di premialità dal Decreto Legislativo n. 150 del 29 ottobre 2009 (la c.d. legge Brunetta) si è via via perfezionata.

- Con la deliberazione n. 100 del 22/02/2018 è stato recepito l'accordo per misurazione e valutazione della performance sottoscritto con le rappresentanze sindacali dell'area del Comparto che è stato oggetto di modifica per quanto attiene la griglia di valutazione con accordo sottoscritto con le OO.SS. del comparto in data 22/03/2022 approvato con Deliberazione n. 409 del 22/04/2022.

- Con la deliberazione n. 638 del 04/10/2018 è stato recepito l'accordo per misurazione e valutazione della performance sottoscritto con le rappresentanze sindacali dell'area della Dirigenza SPTA, ora applicabile alla sola Dirigenza PTA in considerazione dell'approvazione del nuovo accordo per la dirigenza Area Sanità a seguito della riunione in tale area contrattuale anche del personale afferente alla Dirigenza ex Sanitaria e delle Professioni Sanitarie che è stato oggetto di integrazione per quanto attiene il conferimento di incarico ad interim ai sensi dell'art. 73 comma 8 del CCNL 17/12/2020 in data 31/03/2025 approvato con Deliberazione n. 519 del 22/04/2025.

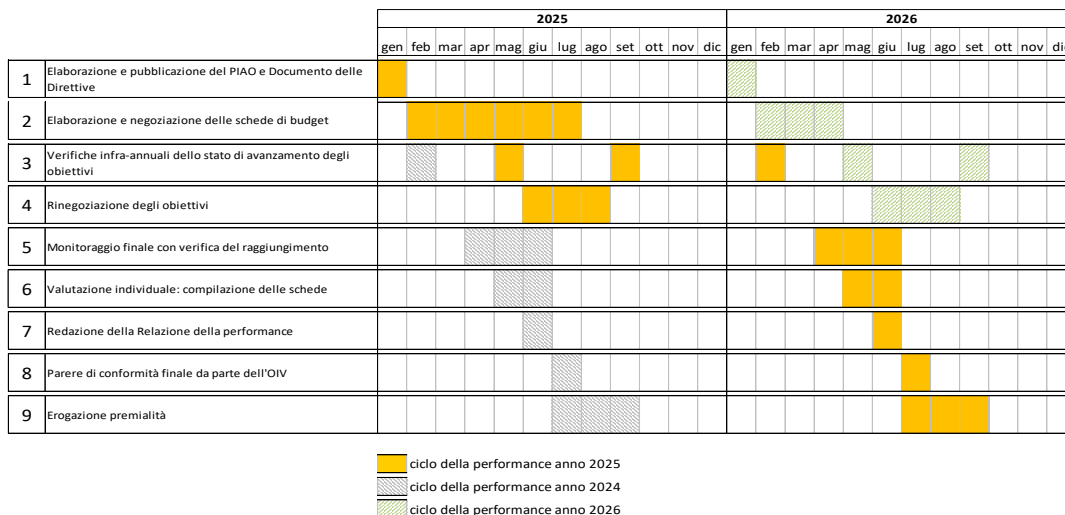
- Con la deliberazione n. 758 del 07/10/2021 è stato recepito l'accordo e approvato il regolamento "Performance-Risultato-Graduazione incarichi-Valutazione" della Dirigenza area Sanità alla quale è stato dato applicazione con decorrenza 01/01/2021. Risulta ora definito, come sopra ricordato, un accordo in merito alla maggiorazione del valore medio pro capite della retribuzione di risultato. Per il 2025 si procederà pertanto alla sua attribuzione dopo l'attivazione delle procedure previste a seguito del riconoscimento della retribuzione di risultato anno 2025 non maggiorata.

- La valutazione della performance individuale è stata ultimata nel mese di giugno 2026 ed ha interessato 6.362 matricole. Risulta ancora in itinere il processo di valutazione per 22 schede in fase di chiusura. La situazione di "lunga assenza" a vario titolo interessa 76 matricole nel corso dell'anno 2025. Ad oggi sono pervenute 2 contestazioni. Le schede previste sono 6.367 in quanto gli accordi per la retribuzione di risultato delle Aree Dirigenziali prevedono una doppia scheda di valutazione per eventuali incarichi a scavalco ricoperti. Per l'anno 2025 risultano 7 incarichi a scavalco.

AREA DI CONTRATTAZIONE	SCHEDE PREVISTE	SCHEDE ASSENTI	SCHEDE COMPILATE E CHIUSE	SCHEDE IN FASE DI COMPLETAMENTO/ CHIUSURA
Medici	885	10	866	9
Veterinari	102	0	101	1
Dirigenti Sanitari	129	0	128	1
Dirigenti PTA	26	2	23	1
Comparto	5.227	62	5.157	8
TOTALE	6.369	74	6.275	20

C. PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE

Il processo di attuazione del ciclo delle performance dell'Azienda è stato 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 stato coordinato dall'UOC Controllo di Gestione, che applica la metodica di budget al fine di garantire efficacia ed efficienza ai processi di acquisizione e impiego delle risorse e concretizzare il principio della responsabilità economica. L'UOC Gestione Risorse Umane ha coordinato e supportato 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 2025 sono state sintetizzate nella tabella seguente: Diagramma di Gantt, Tempistiche per il ciclo della performance aziendale 2025.



D. INFRASTRUTTURA DI SUPPORTO

L'Azienda garantisce la rilevazione e il monitoraggio continuo delle performance (aziendali e di struttura operativa) dell'attività attraverso il sistema informativo aziendale che, partendo dal Data Warehouse gestito dall'UOC Controllo di Gestione, diffonde l'informazione ai vari attori del sistema. Il sistema prevede la diffusione delle informazioni attraverso:

- il sistema Web di reporting aziendale con report di sintesi e dettagliati sull'attività delle UOC ospedaliere. 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 settimanalmente con estrazioni dal sistema di magazzino, dalla procedura di inventario e da integrazioni con il sistema di contabilità generale. È inoltre attiva l'importazione dei dati dalla procedura del personale. Dal 2018 sono stati abilitati ad accedere alla reportistica e alle schede di budget Web tutti i Direttori e i Coordinatori delle UOC e UOSD; sullo stesso portale è stata fatta la valutazione della Performance Individuale per tutti i dipendenti.
- 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.

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

Programma Triennale della Trasparenza e dell'Integrità

Con delibera del Direttore Generale n. 675 del 29/05/2026 è stata nominata Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza la Dott.ssa Silvia Clementi con decorrenza dal 01/06/2026 fino al 02/06/2029. L'Azienda ha adottato formalmente quale Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2026-2028, il PIAO – sotto sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza con Deliberazione n. 89 del 30/01/2026, pubblicato nel sito internet aziendale, nella prevista sezione.

Pubblicazione sezione "Amministrazione Trasparente"

In relazione alla sezione in oggetto, la rilevazione degli obblighi di pubblicazione da parte dell'Azienda è stata effettuata dal RPCT nel mese di maggio per garantire un puntuale aggiornamento al 15 giugno 2026, termine di valutazione sugli obblighi di pubblicazione anno 2025, previsto dalla Deliberazione ANAC n. 168 del 15/04/2026.

Con la delibera n. 251 del 13 giugno 2023, l'Autorità Anticorruzione ha approvato il Regolamento per l'accreditamento degli OIV (Organismi Indipendenti di Valutazione), e degli altri organismi con funzioni analoghe, ai servizi ANAC rendendo dal 23 giugno 2023, disponibile la funzione di accreditamento, volta a migliorare i flussi informativi tra gli OIV e l'Autorità, al fine di garantire il pieno rispetto della trasparenza.

L'accreditamento costituisce prerequisito per accedere all'applicativo web da usare per la rilevazione dell'assolvimento agli obblighi di trasparenza e la produzione della conseguente attestazione. La Deliberazione ANAC n. 168/2026, sopra citata, dispone di attestare gli obblighi di pubblicazione, da parte dell'OIV attraverso il portale ANAC - applicativo WEB "Attestazione OIV", entro il 30 luglio 2026. In aggiunta alla valutazione degli indicatori di qualità dell'Amministrazione Trasparente, ANAC ha previsto una nuova funzionalità ricognitiva per la verifica di conformità dei nuovi standard (Scheda di rilevazione).

L'Azienda ha assegnato obiettivi di budget relativi all'attuazione della sottosezione del PIAO 2025 - 2027 Rischi Corruttivi e Trasparenza e, come evidenziato dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza con riferimento alla fase di realizzazione delle attività programmate per contrastare i fenomeni corruttivi anno 2025, i referenti hanno sostanzialmente conseguito un buon livello di adempimento in ordine alla programmazione stabilita, grazie anche all'ausilio di una piattaforma software dedicata di facile uso, all'attivazione delle funzioni per il monitoraggio degli indicatori della qualità dei controlli sui rischi specifici legati ai processi aziendali, e alle logiche di interoperabilità dei sistemi informativi, nonché all'utilizzo delle banche dati della P.A. rese fruibili secondo le previsioni e le modalità di cui al Decreto Legislativo 7 marzo 2005, n. 82.

L'adempimento degli obblighi di pubblicazione ha evidenziato l'impegno da parte delle diverse Unità Operative Aziendali e il costante lavoro di affiancamento e sensibilizzazione da parte della struttura Anticorruzione e Trasparenza e Servizi Ispettivi. Le relazioni hanno anche dimostrato un crescente grado di autonomia nell'analisi dei processi eseguita, finalizzata all'individuazione di misure specifiche, aderenti all'attività quotidiana, creando la sensazione che stia maturando la consapevolezza della buona conduzione dei processi amministrativi.

F. DEFINIZIONE E GESTIONE DEGLI STANDARD DI QUALITÀ

L'OIV prende atto che l'Azienda ha individuato e assegnato obiettivi di miglioramento continuo della qualità trasversali all'organizzazione, riconducibili ad alcune aree e puntualmente riportati nelle schede di budget:

- *governo clinico con implementazione e monitoraggio di indicatori di processo assistenziale e di esito adottati a livello regionale e nazionale (Programma Nazionale Esiti, Scuola S. Anna di Pisa).;*
- *gestione del rischio clinico;*
- *gestione delle segnalazioni avverse a farmaci/dispositivi;*
- *percorso attuativo della certificabilità di bilancio volto al miglioramento del sistema di controllo interno.*

Accoglienza Urp

L'analisi delle segnalazioni scritte, gestite dalla UOS URP nel 2025, ha rilevato come primo risultato quantitativo i seguenti dati: nel corso dell'anno sono state prese in carico complessivamente 8288 segnalazioni scritte, di cui 3615 reclami, 3917 solleciti, che sono i reclami così classificati da Regione Veneto per le segnalazioni inerenti le liste d'attesa, 353 apprezzamenti e 403 suggerimenti. Tutti gli utenti hanno ricevuto risposta da parte dell'UOS URP entro i 30 giorni dalla presa in carico della segnalazione avvenuta con protocollo interno. Durante il 2025, l'utente ha ricevuto in 53 occasioni una comunicazione di interruzione dei termini per approfondimenti in fase di istruttoria. Per l'anno 2025 è stata richiesta una attivazione per la Commissione Mista Conciliativa. Nel 2024 erano state gestite in totale 5514 segnalazioni, di cui 5049 reclami, 64 apprezzamenti e 401 suggerimenti.

Tutte le segnalazioni scritte sono state gestite dall'Urp secondo l'istruzione operativa derivante dal Regolamento di Pubblica Tutela aggiornato con Deliberazione del Direttore Generale n. 832 del 26 agosto 2024 nel rispetto della DGR 47/2024. Il numero delle segnalazioni è aumentato drasticamente per le lamentele legate ai tempi d'attesa, che risultano essere state per l'anno 2025 n. 3917, questo incremento così rilevante è stato dovuto alla costante apertura e diffusione di Comitati a Difesa del Cittadino per il Diritto alle Cure. Le motivazioni possono essere correlate anche ad un contesto socio-culturale complessivo che spinge e orienta il cittadino-utente a comportamenti e atti recriminatori, al contenzioso e alla ritorsione. Il dato più rilevante che è emerso dall'analisi qualitativa è che più della metà dei reclami sono stati presentati per motivi correlati alla gestione delle liste d'attesa e più in generale al processo "prenotazione di prestazione specialistica" che ha visto

come principale interfaccia il Cup, a seguire, gli “aspetti relazionali”, gli “aspetti economici”, gli “aspetti organizzativi” “aspetti tecnico-professionali”.

E' stata evidenziata una crescita eccezionale degli apprezzamenti da parte degli utenti, passati dai 64 del 2024 ai 353 del 2025 (+451,56%). La stragrande maggioranza degli elogi ha interessato gli operatori dei reparti e dei servizi ospedalieri, premiati per la qualità delle cure, l'assistenza ricevuta e per gli atteggiamenti di cortesia, disponibilità ed empatia dimostrati verso i pazienti. Questo trend positivo è stato coerentemente confermato anche dai dati emersi dal questionario PREMs H.

Benessere organizzativo – Indagine sulla qualità percepita

Nel corso del 2025 è stata attuata una nuova indagine di clima organizzativo alla quale ha collaborato anche la UOC Gestione Risorse Umane con l'attività di supporto di due risorse della stessa. La nuova edizione dell'indagine di clima è stata seguita dal Referente UOC URP, l'indagine si è condotta, nel periodo dal 05/12/2025 al 30/01/2026. I dati dell'indagine restituiti da Azienda Zero nel mese di maggio 2026 sono tutt'ora in elaborazione. Si evidenzia però che rispetto all'indagine precedente avvenuta nel 2023, la percentuale complessiva di dipendenti aderenti al questionario è aumentata di 10 punti percentuali (da 43.8% a 53.3%); i dipendenti con responsabilità hanno aderito con una % di 80.3 rispetto al 2023 che era di 65.6, mentre per i dipendenti senza responsabilità la % di aderenza all'indagine di clima è stata di 52 contro il 2023 che si era fermata al 43.1%.

Il gruppo di lavoro aziendale per l'attuazione delle attività della DGRV 960/2024, formalizzato e comunicato alla Regione Veneto con nota prot. 0157572 del 24/09/2024, successivamente modificato con nota prot. 68455 del 14/04/2025, ha elaborato una serie di progetti in ordine alle specifiche azioni previste alla DGRV 960/2024 e dai DDR di attuazione le fasi dei quali sono state pianificate in un Gantt trasmesso alla Regione Veneto con nota prot. 116079 del 30/06/2025. A seguito delle attività poste in essere dal gruppo di lavoro aziendale, che durante l'anno si è riunito più volte al fine di monitorare le attività. L'Azienda ha registrato un numero di dimissioni inattese nel 2025 rispetto al 2024 in riduzione di 26 unità, dato che dimostra un miglioramento della capacità di fidelizzazione del personale e una maggiore stabilità organizzativa.

Con deliberazione n. 677 del 30/05/2025 è stato costituito uno specifico gruppo di lavoro aziendale finalizzato a dare attuazione alla misura prevista dalla DGRV 960/2024 n. 2.6 "Prevenire il burnout e il disagio psicologico del personale" al fine di attuare, entro il 2025, un programma di supporto psicologico gratuito per il proprio personale atto a prevenire il burnout e ridurre i livelli di stress tra il personale, con l'obiettivo di migliorare il benessere, la soddisfazione e il trattenimento del personale. Successivamente è stata inoltre istituita la casella dedicata di posta elettronica benesseredipendenti@aulss9.veneto.it titolare della quale, nonché possessore delle credenziali di accesso, risulta essere il Dirigente Psicologo Responsabile UOS Psicologia Ospedaliera. Con Delibera del Direttore Generale n. 818 del 27/06/2025 è stato adottato il regolamento, redatto dal sopraccitato gruppo di lavoro, per il funzionamento dello sportello di supporto psicologico. Per gli adempimenti concernenti la normativa sulla privacy è stato allegato al regolamento l'Atto di Informazione ex art. 13 del Regolamento UE 2016/679, redatto con la collaborazione del DPO AULSS9, nonché il modulo di consenso per il trattamento dei dati personali e dei dati personali cd. particolari.

In data 15 settembre 2025 lo sportello è stato ufficialmente attivato, dopo aver pubblicizzato la sua apertura (a far data dal 22/07/2025) tramite pubblicazione di apposita informativa in intranet aziendale al link: <https://intranet.aulss9.veneto.it/Sportello-psicologico-dipendenti>. Lo sportello ha riscosso fin da subito un significativo apprezzamento da parte del personale. Nel solo periodo compreso tra la metà di settembre e la metà di dicembre si sono registrati oltre duecento accessi ambulatoriali, dato che conferma l'interesse verso il servizio e l'effettiva esigenza di disporre di strumenti di supporto dedicati al benessere psicologico dei dipendenti. Tale risultato evidenzia l'importanza dell'iniziativa quale misura concreta di prevenzione del disagio lavorativo e di promozione della salute organizzativa.

G. UTILIZZO DEI RISULTATI DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE

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. L'Azienda, in attesa del perfezionamento della verifica da parte degli uffici regionali, sulla scorta dei monitoraggi interni, rileva una buona tenuta delle strutture aziendali rispetto alle performance prefissate, considerato il perdurare del momento di forte transizione e revisione dell'organizzazione aziendale.

H. DESCRIZIONE DELLE MODALITA' DI MONITORAGGIO DELL'OIV

Per le fasi di "Avvio del ciclo della Performance e Assegnazione degli obiettivi" e di "Monitoraggio intermedio", l'OIV ha preso visione della documentazione resa disponibile dalla Struttura Tecnica di Supporto. Nel corso del 2025 l'OIV si è riunito, in presenza presso la sede aziendale o in collegamento meet, nelle seguenti date: 24 febbraio 2025, 11 aprile 2025, 4 giugno 2025, 4 luglio 2025, 03 settembre 2025, 17 novembre 2025. Per ciascun incontro è stato redatto un verbale, conservato in originale presso la struttura tecnica di supporto e pubblicato nel sito istituzionale dell'Azienda ULSS 9 Scaligera.

Monitoraggio finale

L'OIV ha preso visione della Relazione sulla Performance anno 2025, adottata con Deliberazione Aziendale n. 821 del 30/06/2026 e trasmessa ai fini del monitoraggio finale del ciclo della performance, ha verificato a campione alcune schede di budget consuntivate:

- Dipartimento Internistico di Legnago
- UOC Nefrologia e Dialisi di San Bonifacio
- UOC Contabilità e Bilancio
- UOC SPISAL
- UOC Distretto 3

I. VALIDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

La validazione da parte dell'OIV della Relazione sulla Performance costituisce:

- ✓ il completamento del *ciclo di gestione della performance*, con la verifica e la conseguente validazione della conformità, comprensibilità e attendibilità dei dati e delle informazioni riportate nella Relazione, attraverso la quale l'Azienda rendiconta i risultati raggiunti (art. 4, comma 2, lettera f del decreto 150/2009 e ss.mm.).
- ✓ il punto di passaggio, formale e sostanziale, dal processo di misurazione e valutazione e dalla rendicontazione dei risultati raggiunti, all'accesso ai sistemi premianti (retribuzione di risultato/incentivazione alla produttività). Ai sensi dell'art. 14, comma 6 del decreto, la validazione della Relazione è, infatti, condizione inderogabile per l'accesso agli strumenti per premiare il merito di cui al Titolo terzo del decreto.

L'OIV valida la Relazione a seguito di una puntuale attività di verifica svolta a campione sull'attendibilità dei dati e delle informazioni ivi contenuti.

Criteri e modalità di validazione

Ai fini della validazione, sono presi in considerazione tre ambiti di valutazione.

Il primo ambito riguarda la **Conformità** (*compliance*) della Relazione alle disposizioni del D.lgs. 150/2009 ed alle indicazioni delle delibere regionali e delle delibere CIVIT/ANAC di riferimento.

Il secondo ambito di validazione è relativo alla **Comprensibilità** della Relazione anche per i cittadini e le imprese, per favorire il controllo sociale diffuso sulle attività e i risultati delle amministrazioni pubbliche (art. 10, comma 1 del D.lgs. 150/2009).

Il terzo ambito di validazione riguarda, infine, l'**Attendibilità** dei dati contenuti nella Relazione.

La validazione si articola in due fasi:

- la prima per la verifica della struttura ed i contenuti della Relazione;
- la seconda per la formulazione del giudizio di sintesi, espresso in termini di validato o non validato, basato sulle evidenze e conclusioni raggiunte nel processo di validazione e formalizzato nel **Documento di Validazione**, di cui il presente allegato fa parte integrante.

Processo di validazione

La Relazione sulla performance dell'anno 2025 dell'Azienda ULSS 9 Scaligera è stata approvata con Deliberazione del Direttore Generale n. 821 del 30/06/2026.

Come riportato dettagliatamente nei paragrafi da A ad I, l'OIV ha preso atto del funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza ed integrità dei controlli interni, attraverso l'esame dei documenti forniti dall'Azienda.

L'OIV ha in particolare verificato:

- le procedure e i monitoraggi intermedi e finali in ordine al processo di budget dell'Azienda;
- le modalità seguite per la misurazione e la valutazione sia della performance organizzativa (aziendale e di struttura operativa), sia della performance individuale;
- la presenza e l'adeguatezza del ruolo della struttura aziendale di supporto per l'attuazione del ciclo di gestione della performance ed il personale dedicato con le diverse competenze;
- l'esistenza di un sistema informativo aziendale che garantisce la trasmissione tempestiva via web delle informazioni e il monitoraggio degli obiettivi ai vari livelli di responsabilità;
- l'esistenza di un sistema informativo ed informatico che garantisce, da un lato, l'attuazione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), dall'altro il rispetto degli obblighi di pubblicazione;
- la chiarezza e la comprensibilità della relazione per i diversi stakeholders aziendali.

L'OIV, ha valutato che gli strumenti del sistema di valutazione rispondono ai principi di trasparenza, immediata intelligibilità, veridicità, verificabilità dei contenuti, partecipazione, coerenza interna ed esterna.

In sintesi, l'OIV riconosce che l'Azienda Ulss 9 Scaligera, ha gestito in modo appropriato il *ciclo di gestione della performance* con riferimento all'anno 2025; che la documentazione e la rappresentazione degli elementi rilevanti è migliorata rispetto a quanto emerso nel corso della precedente Relazione relativa all'anno 2024 e che quindi lo stesso è adeguatamente rendicontato nella Relazione sulla Performance - anno 2025, approvata con Deliberazione aziendale n. 821 del 30/06/2026.

Sulla base delle valutazioni sopra riportate, l'OIV **dichiara la relazione validata**.

La documentazione del processo di validazione, compresa quella riguardante le verifiche effettuate a campione di alcuni obiettivi, sono conservate dalla Struttura tecnica di supporto all'OIV.

Verona, 3 luglio 2026

Il Presidente dell'OIV

F.to Dott. Oliviero Beni