

Azienda ULSS 9 Scaligera

*Relazione annuale 2024 dell'OIV sul
funzionamento complessivo del Sistema di
Valutazione, Trasparenza e Integrità dei
controlli interni*

Anno 2024

Sommario

Introduzione.....	3
Premessa	3
A. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA.....	4
B. PERFORMANCE INDIVIDUALE.....	7
C. PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE	8
D. INFRASTRUTTURA DI SUPPORTO	9
E. SISTEMI INFORMATIVI E INFORMATICI A SUPPORTO DELL'ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA' E PER IL RISPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	9
F. DEFINIZIONE E GESTIONE DEGLI STANDARD DI QUALITA'	10
G. UTILIZZO DEI RISULTATI DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE	10
H. DESCRIZIONE DELLE MODALITA' DI MONITORAGGIO DELL'OIV	12
VALIDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE	12

Introduzione

La Regione del Veneto, con Legge n. 19 del 25/10/2016, avente ad oggetto: *“Istituzione dell’Ente di governance della sanità regionale veneta denominato “Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto – Azienda Zero – Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS”*, ha ridefinito l’assetto organizzativo delle Aziende ULSS dal giorno 1° gennaio 2017.

In particolare, la Legge Regionale, all’art. 14, ha previsto, con effetto dall’01/01/2017, la soppressione delle ULSS n. 21 e 22 e la loro incorporazione nell’Azienda ULSS n. 20. Pertanto, il Direttore Generale con Deliberazione n. 1 del 02/01/2017, preso atto delle disposizioni regionali emanate con la legge Regionale n. 19, ha deliberato con effetto dall’01/01/2017 la soppressione delle ULSS n. 21 di Legnago e n. 22 di Bussolengo, la loro incorporazione nell’ULSS 20 di Verona che ha modificato la propria denominazione in Azienda ULSS 9 Scaligera con sede legale in Verona, via Valverde, 42.

Pertanto, in applicazione del D.lgs.150/2009, del DPR 105/2016 e del DM 2/12/2016, l’Azienda con Deliberazione del Direttore Generale n. 739 del 19/07/2024 ha nominato quali componenti dell’Organismo Indipendente di Valutazione a valere per il triennio 2024-2027 il Dott. Oliviero Beni, la Dott.ssa Daniela D’Angela ed il Dott. Roberto Abati.

Premessa

L’OIV prende atto che la DGRV 140 del 16/02/2016, 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 2024, 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:

- Performance organizzativa
- Performance individuale
- Processo di attuazione del ciclo della performance
- Infrastruttura di supporto
- Sistemi informativi e informatici a supporto dell’attuazione del Programma triennale per la trasparenza e l’integrità e per il rispetto degli obblighi di pubblicazione
- Definizione e gestione degli standard di qualità
- Benessere organizzativo – indagine sulla qualità percepita
- Utilizzo dei risultati del sistema di misurazione e valutazione
- Descrizione delle modalità del monitoraggio dell’OIV
- 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 2024 adottata da parte

dell'Azienda ULSS9 Scaligera con Deliberazione del Direttore Generale n. 824 del 30/06/2025 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 2024 ha avuto inizio con la predisposizione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024-2026, adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 60 del 31/01/2024 e pubblicato sul sito Aziendale www.aulss9.veneto.it alla sezione "Amministrazione Trasparente". In questo documento sono state indicate le linee strategiche generali, assorbendo in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni (Piano della Performance, Piano di Organizzazione del Lavoro Agile, Piano per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, Piano triennale dei fabbisogni e Piano Formativo Aziendale). 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. 1682 del 29/12/2023 ad oggetto: "Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende e Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2024".

L'Azienda, pertanto a chiusura del ciclo della Performance per l'anno 2024, 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 Operativa Complessa e di Unità Operativa Semplice a valenza dipartimentale o Unità Operativa Semplice di Staff (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 deliberazione del Direttore Generale n. 739 del 19/07/2024 e successivamente inviata alla competente Commissione Consiliare.

La Relazione si compone delle seguenti parti principali:

- nel Capitolo 2 "Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholder esterni" si riportano:
 - le principali novità intervenute nella normativa di riferimento per la performance;
 - le fondamentali dimensioni aziendali in termini di popolazione, strutture ed attività (rinvio all'Allegato A per un dettagliato quadro statistico);
- nel Capitolo 3 "Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti" si riportano:
 - la performance relativa agli obiettivi assegnati dalla Regione (performance aziendale);
 - la sintesi dei risultati della valutazione delle schede Budget (performance organizzativa);
 - i risultati della valutazione delle performance individuali.

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) 2024-2026 adottato con DDG n. 60 del 31/01/2024;

- 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 2024 fanno 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 2024.

- Come evidenziato nella Relazione sopraccitata, l'anno 2024 ha registrato un **incremento dell'attività**, in quasi tutti gli ambiti ed in particolare nell'area Territoriale.

In termini di performance aziendale, nonostante il **raggiungimento della maggior parte degli obiettivi** di programmazione, si evidenziano risultati non ottimali nell'Area della Sostenibilità Economico Finanziaria. In particolare rispetto ai **tetti regionali sui beni sanitari** l'azienda conferma, come negli anni precedenti, la **difficoltà** a soddisfare i vincoli per farmaceutica ospedaliera e territoriale, dispositivi medici ed assistenza integrativa.

Nell'area dell'erogazione dei LEA risultano solo parzialmente raggiunti gli obiettivi relativi al rispetto dei **tempi d'attesa** che però hanno un peso molto rilevante (12,2 punti).

L'area **ospedaliera** si è concentrata sull'aumento dei volumi di attività, incrementando le prestazioni sia nell'area specialistica (+4,6%) che di ricovero (+1,1%). Alcuni obiettivi storici, come la percentuale di parti cesarei, **richiedono un ulteriore miglioramento**, ed obiettivi di natura nuova, legati ai percorsi assistenziali, necessitano di soluzioni innovative. Da evidenziare nell'area ospedaliera che le performance su alcuni importanti indicatori, come la percentuale di DRG a rischio di inappropriatelyzza e la proporzione di nuovo intervento di tumore maligno della mammella entro 120 giorni, sono determinate per la gran parte dall'attività dagli ospedali privati accreditati.

Migliore risulta invece la performance nell'**area della Prevenzione** che con l'eccezione della copertura vaccinale HPV nelle coorti dei dodicenni e l'indicatore sugli stili di vita (di difficile governo nel breve periodo), conferma il raggiungimento almeno parziale di tutti gli obiettivi.

Buona anche la performance relativa all'informatizzazione ed all'organizzazione con un **risultato positivo nella conduzione dei progetti del PNRR** per i quali viene confermato il rispetto della programmazione.

La **performance organizzativa**, fotografata dai risultati della valutazione delle schede di budget per il 2024, restituisce le stesse conclusioni, con punteggi superiori per le Unità Operative dell'area della prevenzione e delle strutture di supporto.

La valutazione della **performance individuale** infine è stata condotta per oltre 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 conseguimento degli obiettivi assegnati dalla Giunta Regionale, operata alla luce delle evidenze prodotte e comunicate dalle strutture regionali, delle evidenze interne aziendali e delle basi dati regionali autonomamente interrogabili dall'ULSS, elaborate da uffici aziendali. Si deve pertanto porre in evidenza che, a livello di singolo indicatore, la valutazione finale che la Regione andrà a consuntivare, secondo i tempi del suo ciclo di verifica, potrà non sempre coincidere con quanto qui rappresentato, sebbene, si auspica, non in maniera sostanziale.

- L'Azienda ritiene vigente, 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) e unità operativa semplice a valenza dipartimentale (UOSD) o Unità Operativa Semplice di Staff (UOS): 75 schede per l'Area Ospedale, 16 schede la Funzione territoriale, 4 schede per il Dipartimento Funzionale del Farmaco, 10 schede per il Dipartimento di Prevenzione, 5 schede per il Dipartimento Salute Mentale, 4 schede per il Dipartimento per le Dipendenze, 10 schede per i Servizi Professionali Tecnico Amministrativi, 6 schede per i Servizi in Staff alla Direzione Generale, 4 scheda per i Servizi in Staff alla Direzione Sanitaria e 2 schede per i Servizi in Staff alla Direzione dei Servizi Socio Sanitari (**tot. 136 schede**):

- 58 UOC/17 UOSD Ospedaliere;
- 15 UOC/1 UOS Area Territoriale,
- 8 UOC/2 UOSD del Dipartimento di Prevenzione,
- 4 UOC/1UOSD del Dipartimento 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 / 3 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. 82341, n. 82394 e n. 82440 del 08/05/2025. A seguire, sono state chieste le relazioni ai Servizi di Staff con nota prot. n. 84666 del 13/05/2025, ai Servizi Amministrativi, Direzioni Mediche, Farmacie e altri con nota prot. n. 85587 del 14/05/2025, ai Distretti e Dipartimento Dipendenze con nota prot. n. 87106 del 15/05/2025, al Dipartimento di Salute Mentale con nota prot. n. 87133 del 15/05/2025 e al Dipartimento di Prevenzione con nota prot. n. 87135 del 15/05/2025 (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 (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 2024 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 2024 sono tuttora provvisoriamente determinati, per la dirigenza Area Sanità con Deliberazione n. 1343 del 24/12/2024, per la Dirigenza PTA con Deliberazione n. 28 del 15/01/2025 e per il comparto con Deliberazione n. 21 del 09/01/2025. I fondi Aziendali del comparto sono stati determinati, come previsto dal nuovo CCNL, secondo le modalità indicate nel contratto sottoscritto il 02/11/2022. I fondi Aziendali della Dirigenza Sanitaria sono stati determinati, come previsto dal nuovo CCNL, secondo le modalità indicate nel contratto sottoscritto il 23/01/2024. I fondi Aziendali del personale dell'Area delle Funzioni Locali sono stati determinati, come previsto dal nuovo CCNL, secondo le modalità indicate nel contratto sottoscritto il 16/07/2024.

- 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' in corso la definizione, 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

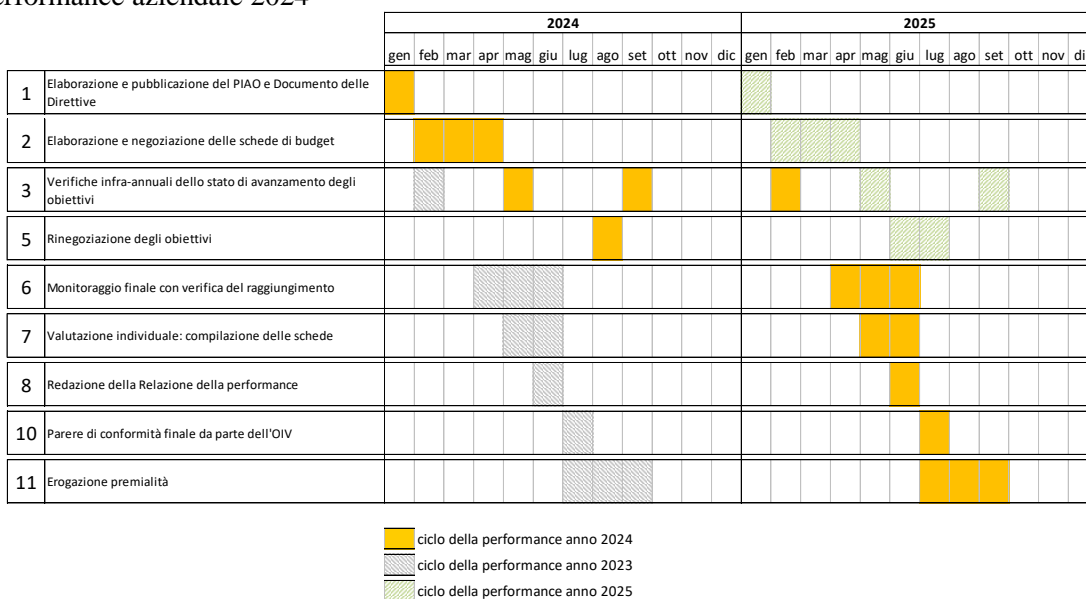
maggiorazione del valore medio pro capite della retribuzione di risultato. Per il 2024 si procederà pertanto alla sua attribuzione dopo l'attivazione delle procedure previste a seguito del riconoscimento della retribuzione di risultato anno 2024 non maggiorata.

- Risulta ancora in itinere il processo di valutazione per n° 9 schede in fase di chiusura. La situazione di “lunga assenza” a vario titolo interessa n° 72 matricole nel corso dell'anno 2024. Ad oggi è pervenuta n. 1 contestazione. La valutazione della performance individuale è stata ultimata nel mese di giugno 2025 ed ha interessato n. 6.409 matricole. I dipendenti valutati hanno riportato giudizi diversificati distribuendosi tra punteggi che hanno consentito il raggiungimento o meno dell'integrale retribuzione di risultato/premialità come meglio dettagliato nella sotto riportata tabella riassuntiva. Le schede previste sono 6.414 in quanto gli accordi per la retribuzione di risultato delle Aree Dirigenziali prevedono una doppia scheda di valutazione per eventuali incarichi a scavalco ricoperti.

AREA DI CONTRAZIONE	SCHEDE PREVISTE	SCHEDE ASSENTI	SCHEDE COMPILATE E CHIUSE	SCHEDE IN FASE DI COMPLETAMENTO/ CHIUSURA
Medici	839	11	826	2
Veterinari	96	0	95	1
Dirigenti Sanitari	127	3	124	0
Dirigenti PTA	29	1	27	1
Comparto	5.323	57	5.261	5
TOTALE	6.414	72	6.333	9

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 2024 sono state sintetizzate nella tabella seguente: Diagramma di Gantt, Tempistiche per il ciclo della performance aziendale 2024



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. 59 del 31/01/2018 è stata nominata Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza la Dott.ssa Francesca Lazzarotto con decorrenza dal 01/02/2018 fino al 31/12/2019. L'incarico è stato prorogato con successivi provvedimenti, l'ultimo dei quali è la DDG n. 1321 del 21/12/2023 per il periodo dal 01/01/2024 al 31/12/2026.

L'Azienda ha adottato formalmente quale Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2024-2026, il PIAO – sotto sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza con Deliberazione n. 60 del 31/01/2024, 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 31 maggio 2025, termine di valutazione sugli obblighi di pubblicazione anno 2024, previsto dalla Deliberazione ANAC n. 192 del 07/05/2025.

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. 192/2025, sopra citata, dispone di attestare gli obblighi di pubblicazione, da parte dell'OIV attraverso il portale ANAC, a partire dal 3 giugno 2025.

L'Azienda ha assegnato obiettivi di budget relativi all'attuazione della sottosezione del PIAO 2024 - 2026 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 2024, 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 evidenzia 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 GESIONE 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:

- *accreditamento istituzionale aziendale e volontario di eccellenza per singole unità operative;*
- *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;*
- *percorso attuativo della certificabilità di bilancio volto al miglioramento del sistema di controllo interno;*
- *miglioramento della comunicazione e delle relazioni con gli utenti con monitoraggio per singola Unità Operativa delle segnalazioni/reclami riguardanti gli aspetti relazionali.*

Accoglienza Urp

L'analisi delle segnalazioni scritte processate dall'Urp nel 2024 evidenzia come primo risultato quantitativo i seguenti aspetti: nel corso dell'anno sono state prese in carico complessivamente 5514 segnalazioni scritte (3009 nel 2023), di cui 5049 reclami (2543 nel 2023), 64 apprezzamenti (393 nel 2023) e 401 suggerimenti (73 nel 2023): le risposte agli utenti sono state inviate mediamente 9 giorni dopo la presa in carico della segnalazione. Per l'anno 2024 sono state trattate 958 segnalazioni complesse, non è stata richiesta alcuna attivazione per la Commissione Mista Conciliativa.

Il numero delle segnalazioni è aumentato drasticamente per le lamentele legate ai tempi di attesa, che risultano essere state per l'anno 2024 n. 3229, questo incremento così rilevante è dovuto alla nascita 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 ed alla rivalsa. Il dato più rilevante che emerge dall'analisi qualitativa è che più della metà dei reclami è stata presentata per motivi correlati alla gestione delle liste di attesa e più in generale al processo "prenotazione di prestazione specialistica" che vede come principale interfaccia il Cup, a seguire gli "aspetti tecnico professionali", gli "aspetti economici" e gli "aspetti relazionali". Gli apprezzamenti, se pur in diminuzione, hanno visto premiati gli operatori dei reparti e dei servizi ospedalieri, per i quali è stata presentata la stragrande maggioranza degli apprezzamenti per le cure e l'assistenza ricevute e per gli atteggiamenti di cortesia, disponibilità ed empatia dimostrati verso i pazienti, questi elogi sono stati confortati anche dai dati emersi dal questionario PREMs H.

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 26/08/2024.

Benessere organizzativo – Indagine sulla qualità percepita

Nel corso del 2024, è stato completato al 100% il piano di attuazione delle azioni di miglioramento individuate a seguito dell'Indagine di Clima, con scadenza fissata al 31 dicembre 2024. Le azioni principali si sono articolate come segue:

- Azione 1: Definizione e implementazione di strategie finalizzate alla valorizzazione delle risorse umane, con particolare attenzione al riconoscimento del contributo dei singoli collaboratori e alla promozione della motivazione interna.
- Azione 2: Rafforzamento dei processi di condivisione degli obiettivi di budget, al fine di garantire maggiore trasparenza e coinvolgimento del personale nella programmazione economico-finanziaria dell'Ente.
- Azione 3: Prosecuzione dei percorsi formativi avviati nel 2023, focalizzati sul tema della comunicazione interna, nell'ambito più ampio del benessere organizzativo.

Nel rispetto delle richieste regionali di monitoraggio, sono stati trasmessi i diagrammi di Gantt aggiornati alla Regione in data 17 maggio 2024 e 30 settembre 2024. L'Azienda ha inoltre partecipato attivamente agli incontri del Gruppo di Lavoro regionale per l'implementazione del questionario della prossima indagine di clima 2025, costituito con Decreto n. 7 del 14 marzo 2024. Gli incontri si sono tenuti in data 19 marzo, 2 settembre e 29 ottobre 2024. È stata formalizzata la nomina dei Referenti Aziendali per il Clima con protocollo n. 185036 dell'8 novembre 2024.

Attività correlate – DGR 960/2024: nel contesto delle azioni previste dalla DGR 960/2024, è stato istituito, con protocollo n. 157572 del 24 settembre 2024, il Gruppo Aziendale 960, con il compito di elaborare proposte progettuali confluite successivamente nel piano formativo aziendale. Tra le attività del gruppo si segnala l'invio del questionario di rilevazione sul tema dell'Age Management alla Regione, avvenuto in data 4 ottobre 2024.

Formazione – Percorsi completati nel 2024: nell'ambito del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), approvato con deliberazione n. 98/2025, sono stati realizzati e conclusi i seguenti percorsi formativi:

- "La rete della comunicazione interna per generare il valore di squadra dell'Azienda ULSS 9 Scaligera": corso finalizzato a promuovere una cultura comunicativa condivisa, orientata alla collaborazione trasversale tra le unità operative.
- "La comunicazione interna come strumento di gestione del lavoro nelle unità operative": formazione mirata al miglioramento delle dinamiche comunicative quotidiane all'interno dei team di lavoro.

Sono state inoltre ri-edite nel 2024 le seguenti iniziative formative:

- "Alfabetizzazione informatica": corso trasversale rivolto a tutto il personale, finalizzato a sviluppare competenze digitali di base per un utilizzo autonomo degli strumenti informatici.
- "Move Your Body": iniziativa a carattere promozionale per il benessere psico-fisico dei dipendenti, all'interno del più ampio programma di welfare aziendale.

La Relazione annuale dell'attività del Comitato Unico di Garanzia, inviata con prot. 70805 del 15/4/2025, ha evidenziato che il welfare aziendale è stato ritenuto un altro punto importante nelle attività del CUG e a tal fine è stato attivato un gruppo di lavoro specifico al proprio interno che ha lavorato per tutto il 2024. In aggiunta a ciò nel 2024 il CUG è stato impegnato nell'organizzazione di un Convegno comprendente il CUG della Scaligera insieme a quello della AOUI di Verona e a quello della AULSS 6 Euganea dal titolo "La rete di CUG in Sanità: dal linguaggio di genere al benessere organizzativo" che si è concluso nel 2025 ma che è stato organizzato nel 2024."

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.

Monitoraggio finale

L'OIV ha preso visione della Relazione sulla Performance anno 2024, adottata con Deliberazione Aziendale n. 824 del 30/06/2025 e trasmessa con mail del 01/07/2025, ai fini del monitoraggio finale del ciclo della performance, ha verificato a campione alcune schede di budget consuntivate:

- UOC Controllo di Gestione
- UOC Cure Primarie Distretto 4
- UOC Radiologia Ospedale di Legnago
- UOSD Neurologia Ospedale di San Bonifacio
- UOC Ortopedia Ospedale di San Bonifacio

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.

Criteria 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 2024 dell'Azienda ULSS 9 Scaligera è stata approvata con Deliberazione del Direttore Generale n. 824 del 30/06/2025 e trasmessa all'OIV con mail del 01/07/2025.

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 2024; che la documentazione e la rappresentazione degli elementi rilevanti è migliorata rispetto a quanto emerso nel corso della precedente Relazione relativa all'anno 2023 e che quindi lo stesso è adeguatamente rendicontato nella Relazione sulla Performance - anno 2024, approvata con Deliberazione aziendale n. 824 del 30/06/2025 e trasmessa ai Componenti dell'OIV in data 01/07/2025.

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, 4 luglio 2025

Il Presidente dell'OIV
F.to Dott. Oliviero Beni