



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA
VERONA

(D.Lgs. n. 517/1999 - Art. 3 L.R.Veneto n. 18/2009)



Organismo Indipendente di Valutazione

Relazione annuale
dell'Organismo Indipendente di Valutazione
dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

Sede Legale Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata: P.le A. Stefani, 1 - 37126 VERONA - Tel 045/812 1111 - Fax
045/916735

C.F. e P. Iva 03901420236 - Portale Aziendale: www.ospedaleuniverona.it

1. Relazione annuale dell'OIV sul funzionamento del Sistema Aziendale di valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona per l'esercizio 2021

Ai sensi dell'art. 14, comma 4, lettera a) del D. Lgs. N. 150/2009 l'Organismo Indipendente di Valutazione (d'ora in poi: OIV) "monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sulla adeguatezza dello stesso" con riferimento al ciclo della performance precedente. I contenuti ed il formato della relazione sono dettagliati nella Delibera dell'Autorità Nazionale Anti Corruzione (ANAC) n. 23/2013.

Nella DGR n. 140 del 16 febbraio 2016 la Regione Veneto dichiara che:

"non essendo obbligatoria per le Aziende del Servizio Sanitario Regionale l'applicazione dell'art. 14 del D. Lgs. 150/2009, si propone di integrare tale Relazione, pur mantenendo i contenuti descritti nella sopracitata Delibera ANAC n. 23/2013, nel Documento di Validazione della Relazione sulla Performance che l'OIV deve predisporre entro il 15 settembre: in questo modo l'OIV predisporre un'unica relazione annuale che prende in considerazione l'intero ciclo di attività che ha svolto l'Azienda in tema di performance. La suddetta relazione andrà predisposta e spedita entro il 15 settembre".

L'OIV dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona (d'ora in poi AOUI), nominato con Deliberazione del Direttore Generale n. 776 del 18/07/2019 successivamente rettificata con Deliberazione del Direttore Generale n. 784 del 23/07/2019, ha recepito le linee-guida contenute nella sopracitata DGR, sottolineando peraltro come, a partire dal 2010, sia il precedente Nucleo Indipendente di Valutazione dell'AOUI, sia l'Organismo Indipendente di Valutazione che l'ha sostituito abbiano sempre redatto la Relazione, anche in assenza di obbligatorietà, in quanto considerata uno strumento utile alla Direzione Aziendale.

In base alle indicazioni fornite dall'ANAC e confermate dalla Regione Veneto, la Relazione si articola nei seguenti punti:

- Premessa
- A) Performance organizzativa
- B) Performance individuale
- C) Processo di attuazione del ciclo delle 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

Premessa

Nell'ultimo biennio, il tema della salute, con il diffondersi della pandemia da SARS-CoV-2, ha dominato la scena internazionale, richiedendo ingenti risorse umane e finanziarie per scongiurare i forti rischi di collasso dei sistemi sanitari e l'acuirsi di una crisi socio-economica di enorme portata.

I provvedimenti emergenziali adottati a livello nazionale e regionale hanno determinato forti implicazioni sui modelli organizzativi delle strutture sanitarie coinvolte – in particolare quelle ospedaliere – sottoposte ad una fortissima pressione, comportando costanti azioni di riconversione di reparti e di attività con la creazione di idonei percorsi di sicurezza e con l'attivazione straordinaria di aree di degenza dedicate alle varie fasi della cura dei pazienti Covid-19. Nel 2021, a tali azioni si è affiancato l'enorme impegno profuso nell'organizzazione della campagna vaccinale che ha preso avvio il 27 dicembre 2020, nel cosiddetto "Vaccine Day"; oltre a ciò, soprattutto nella seconda parte dell'anno, sono state poste in essere tutte le misure volte ad un ritorno ai valori quantitativi e qualitativi dell'attività core dell'Azienda ante emergenza.

Le azioni strategiche e le attività – che delineano uno scenario operativo mai affrontato in precedenza – sono sinteticamente riportate nella *Relazione sulla Performance 2021*, alla quale si rimanda per maggiori dettagli¹.

Alla luce di quanto esposto, tale mutevole contesto ha inevitabilmente condizionato anche la programmazione aziendale 2021 impedendo ad AOUI di espletare appieno il proprio ruolo storico riconosciuto a livello regionale e nazionale ed impattando altresì sul consueto e consolidato modus operandi del Ciclo della Performance. Merita tuttavia di essere messa in giusto rilievo l'enorme capacità di resilienza e tenacia dimostrata dall'Azienda e dai suoi operatori.

¹ Deliberazione del Direttore Generale n. 704 del 30.06.2022 - Relazione sulla Performance anno 2021

A) Performance organizzativa

Il sistema preposto allo sviluppo ed al miglioramento della performance organizzativa si basa sull'esperienza ormai consolidata della programmazione di budget, che l'AOUI garantisce nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente. Con riferimento ai principi di funzionamento del ciclo di gestione della performance, vengono di seguito dettagliate le fasi che lo costituiscono, secondo quanto previsto all'articolo 4 del decreto legislativo n. 150 del 2009:

a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori

Nel 2021 AOUI ha cercato di realizzare la propria programmazione – a partire dagli indirizzi e dalla normativa nazionale e regionale – in parte proseguendo in continuità con l'anno precedente per far fronte all'emergenza ed in parte nel tentativo di ripristinare l'attività del periodo pre-pandemico.

Con il *Piano della Performance 2021-2023*, adottato con deliberazione del Commissario n. 74 del 29.01.2021, AOUI ha evidenziato i target individuati autonomamente per la propria strategia interna di sviluppo, tenendo conto delle linee di indirizzo regionali dell'anno precedente. Il *Piano* è stato portato a conoscenza di tutti i dipendenti attraverso una specifica newsletter, pubblicato sul portale aziendale e trasmesso all'OIV in data 01.02.2021.

Con deliberazione del Commissario n. 388 del 31.03.2021 AOUI ha adottato altresì il *Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023*.

Il *Piano Triennale di Azioni Positive 2021-2023*, tendente ad assicurare la rimozione degli ostacoli alla realizzazione di pari opportunità tra uomini e donne, è stato infine adottato con deliberazione del Commissario n. 1381 del 30.12.2020.

Le linee strategiche sono state poi tradotte in obiettivi, successivamente declinati per singolo centro di responsabilità, rappresentato dalla singola Unità Operativa Complessa (UOC) e dalle Unità Semplici a valenza Dipartimentale (USD), sia in ambito sanitario che tecnico-amministrativo. Il Servizio Professioni Sanitarie ha nel frattempo contribuito ad identificare le aree di intervento per il personale infermieristico e tecnico-assistenziale, formalizzate nella Scheda Obiettivi dei Moduli di Attività (MdA). Essi sono stati presentati al Collegio di Direzione in data 29.03.2021 e successivamente all'Organismo Indipendente di Valutazione durante la seduta del 16.04.2021.

La Direzione Aziendale con nota prot. n. 21940 del 12.04.2021 ha dato avvio al Ciclo di Budget 2021; con tale documento è stata notificata la trasmissione delle Schede Obiettivi 2021 – unitamente al Documento di Direttive-Linee operative per il Budget 2021 – ai Direttori di Unità Operativa Complessa, al Direttore del Dipartimento Amministrativo Unico, ai Responsabili di USD ed ai Coordinatori dei Moduli di Attività in vista degli incontri per la diffusione e la discussione dei target, svoltisi secondo il seguente calendario:

Incontri di Budget	
Dipartimenti ad Assistenza Integrata	data
CHIRURGIA E ONCOLOGIA	20-apr-21
CARDIO-VASCOLARE E TORACICO	21-apr-21
EMERGENZE E TERAPIE INTENSIVE	21-apr-21
PATOLOGIA E DIAGNOSTICA	22-apr-21
MATERNO INFANTILE	26-apr-21
CHIRURGIA E ODONTOIATRIA	27-apr-21
MEDICO GENERALE	28-apr-21
NEUROSCIENZE	29-apr-21
Dipartimento Amministrativo Unico	10-mag-21
Dipartimento Direzione Medica Ospedaliera	11-mag-21
Strutture in staff alle Direzioni	11 e 12-mag-21

Essendo ancora incombente il rischio di contagio, l'incontro in presenza è stato richiesto ai soli Direttori di UOC ed ai Responsabili di USD; è stato comunque comunicato, a ciascun dipartimento, il link attraverso il quale poter partecipare all'incontro da remoto.

Con DGR n. 958 del 13.07.2021 la Giunta Regionale della Regione Veneto ha assegnato gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende e Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2021, i cui contenuti sono stati successivamente chiariti attraverso il Vademecum Obiettivi DG 2021, versione 1.0 del 9 settembre 2021 e versione 2.0 del 22 novembre 2021.

Inoltre, con le seguenti disposizioni la Regione Veneto ha assegnato ad AOUI i tetti di spesa:

- DGR n. 258 del 09.03.2021: Disposizione per l'anno 2021 in materia di personale del SSR e di specialistica ambulatoriale interna. Articolo 29, comma 6, della LR 30 dicembre 2016, n. 30 e articolo 14, comma 1, della LR 28 dicembre 2018, n. 48 DGR n 8/CR del 9 febbraio 2021
- Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 80 del 30.07.2021: Disposizioni per l'anno 2021 in materia di personale del SSR – obiettivi di costo anno 2021
- Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 30 del 23.03.2021: Limiti di costo degli Enti del SSR in materia di beni sanitari per l'anno 2021
- Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n 108 del 14.10.2021: Limiti di costo degli Enti del SSR in materia di beni sanitari per l'anno 2021. Modifica delle disposizioni
- DGR n. 1237 del 14.09.2021: Assegnazione agli Enti del SSR della Regione del Veneto delle risorse per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza per l'anno 2021

Il 03.09.2021 la Direzione aziendale ha trasmesso ai Direttori di UOC e ai Responsabili di USD (prot. 51281/2021) ed ai Coordinatori Infermieristici (prot. 51451/2021) le note di recepimento degli obiettivi regionali e la loro dettagliata descrizione, sottolineando come la Giunta Regionale pongesse prioritaria attenzione all'obiettivo relativo al Piano Operativo

di Recupero delle Liste di Attesa; le strutture aziendali hanno contestualmente ricevuto una revisione della Scheda Obiettivi, doverosamente aggiornata in base alle indicazioni regionali oltre al monitoraggio degli stessi al primo semestre.

La programmazione annuale di budget 2021 è stata formalmente approvata dall'AOUI con deliberazione del Direttore Generale n. 831 del 27.07.2021, avente ad oggetto "Approvazione Budget Anno 2021".

La Scheda Obiettivi 2021 dell'AOUI è articolata in cinque ambiti:

1. Area Pre-requisiti
2. Area Gestione dell'emergenza Covid-19
3. Area Eccellenza
4. Area Efficacia ed Efficienza
5. Area Qualità della vita in Ospedale.

Ciascuna area presenta obiettivi operativi, relativi indicatori di misurazione ed il peso assegnato; fanno eccezione quelli dell'area "pre-requisito" che non riporta pesi, bensì prevede, in sede di valutazione, una penalizzazione fino ad un massimo di 10 punti da detrarre al punteggio complessivo raggiunto dalla struttura qualora non pienamente raggiunti.

Molti target trovano riferimenti puntuali ed espliciti nei due programmi nazionali di valutazione esterna: il Piano Nazionale Esiti del Ministero della Salute ed il Progetto Bersaglio del Network Regioni della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, alcuni dei quali ripresi anche dal Nuovo Sistema di Garanzia. L'OIV rileva come tale scelta sia strategica al fine di garantire elevati standard qualitativi dell'assistenza oltre che al rispetto della normativa di riferimento.

Di seguito si riporta un fac-simile di Scheda Obiettivi.

Il fac-simile mostra una scheda con i loghi dell'AOUI e dell'ASL Toscana Centro in alto a sinistra e a destra. Al centro, il titolo "DAI Chirurgia e Odontoiatria" è affiancato da un riquadro "FSE SIMILES". Sotto, è presente "UOC XYZ". In basso, il titolo "Scheda Obiettivi Budget 2021" è sopra un riquadro di testo che spiega: "Gli obiettivi dell'area pre-requisiti rappresentano un target di riferimento con la previsione di una penalizzazione fino ad un massimo di 10 punti in caso di non raggiungimento".

Area		obiettivi	indicatori	2019	2020	obiettivo 2021	
Eccellenza	FAC SIMILE	Formazione, Didattica e Ricerca					
		1	AQUIL_1	Mantenimento dei livelli di formazione di base e di pubblicistica	n medio pubblicazioni; n medio citazioni; Hindex medio		Mantenimento
		1	AQUIL_1b	Registro Regionale per la ricerca clinica (CRMS): aggiornamento costante del monitoraggio degli studi clinici	a) n. Studi con risposte complete/n. Studi per i quali è stato richiesto il monitoraggio; b) tempo massimo tra data invio protocollo di richiesta monitoraggio e data arrivo risposte		Aggiornamento dello stato e trasmissione all'Unità Ricerca Clinica entro dicembre 2021 (a: 90%; b: ≤ 90gg)
		Attrazione					
1	AQUIL_AT	Attrazione extra-regionale	n casi extra regione RO+DH	92	68	recupero valori 2019 (sterilizzato periodo Covid)	
			n casi extra regione amb	96	70		

Area		obiettivi	indicatori	2019	2020	obiettivo 2021		
Eccellenza	FAC SIMILE	Indicatori di valutazione esterna						
		1	PNE	Aderenza agli standard di qualità previsti dal Programma Nazionale Esiti, set indicatori Treemap	set ind Treemap		rispetto degli standard	
			PNE_302	% colecistectomia laparoscopica con degenza post operatoria <3gg	% col laparo con dm post op <3 gg	93%	94%	≥90%
		1	MeS	Miglioramento degli indicatori Progetto Bersaglio (MeS Sant'Anna).	set indicatori		miglioramento	
	MeS C14	% di colecistectomie laparoscopiche in Day Surgery e Ricovero ordinario 0-1 giorno	% col lapar DS e RO 0-1 gg	89%	87%	mantenimento		

Area	obiettivi	indicatori	2019	2020	obiettivo 2021		
Efficacia ed Efficienza	Degenza media						
	2	ADUI_UB	Contenimento della degenza media	dm al netto dei casi outliers	5,3	5,4	≤5,4 (al netto dei casi outliers)
	Tempi di attesa						
	2	ADUI_TAINT	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di attesa per gli interventi chirurgici per classe di priorità: oncologici >90%; non oncologici classe A+B >90%	% ricoveri con TA rispettato oncologici non oncologici	95,0% 92,9%	85,7% 71,9%	>90%, compatibilmente con la disponibilità di SO e Anestesisti
	1	ADUI_TAAMB	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale (Priorità B: almeno il 90% entro 10 gg; Priorità D: almeno il 90% entro 30 gg; Priorità P: almeno il 90% entro 60-90 gg)	%soglie rispettate			rispetto delle soglie regionali
	Rapporto fra attività istituzionale e libera professione						
	1	ADUI_AUPI	Rispetto delle norme e del regolamento sull'attività svolta in regime libero-professionale (ALPI), Mantenimento o incremento dei volumi di attività ambulatoriale istituzionale a garanzia del principio che prevede volumi istituzionali superiori a quelli libero-professionali	n. visite ALPI/n visite istituzionali	0,23	0,23	<1
Budget dei beni sanitari e non sanitari ed appropriatezza prescrittiva							
4	ADUI_EDEC	Rispetto del budget dei beni sanitari e non sanitari	valore consumi / budget assegnato			≤1	

Area	obiettivi	indicatori	2019	2020	obiettivo 2021		
Qualità della vita in Ospedale	Approccio integrato all'area della sicurezza						
	1	ADUI_IR	Rischio clinico: segnalazione spontanea mediante scheda di Incident Reporting	n incident reporting	10	15	>3
	1	ADUI_ADR	Programma di Farmacovigilanza: segnalazioni di Reazioni Avverse da Farmaci (ADR)	n ADR	4	3	≥5
	Sistema gestione qualità						
	3	ADUI_G	Mantenimento Certificazione ISO 9001:2015, superamento visita ispettiva	presenza certificazione			mantenimento
10	ADUI_SIO	Revisione di processi ai fini dell'adeguamento al Sistema Informativo Socio Sanitario Regionale: partecipazione attiva ai gruppi di lavoro aziendali per la gestione del processo di Change Management	partecipazione attiva ai gruppi di lavoro aziendali per la gestione del processo di change management			adesione alle indicazioni della Direzione	

b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse

L'OIV ha verificato, nelle schede di budget per singolo centro di responsabilità e nella reportistica periodica, la corrispondenza tra obiettivi e risorse assegnate e la presenza di analisi di scostamento tra quanto programmato e quanto effettivamente realizzato.

c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi

Il Controllo di Gestione dell'AOUI ha prodotto con periodicità regolare, come dettagliatamente riportato nel paragrafo sul "**Processo di attuazione del ciclo delle performance**", una reportistica di monitoraggio a livello aziendale e per singolo centro di responsabilità.

La reportistica prevede, per ciascuna delle aree descritte in precedenza, l'evidenziazione del valore obiettivo, gli indicatori di misurazione, i valori a consuntivo messi a confronto con il medesimo periodo dell'anno precedente per la quasi totalità degli indicatori e con il valore atteso a budget, al fine di valutare gli scostamenti atti ad individuare ogni possibile azione correttiva.

Per tutto il 2021 è continuata anche l'attività del Nucleo Aziendale di Controllo (NAC) sull'appropriatezza dei ricoveri attraverso la verifica delle cartelle cliniche in merito alla quale AOUI ha confermato le ottime performance realizzate negli ultimi anni.

Il NAC ha proseguito inoltre con l'attività di monitoraggio del livello di chiusura delle Schede di Dimissione Ospedaliera, attuato attraverso l'invio settimanale ai Direttori di Unità Operativa dello status delle cartelle che risultano ancora non chiuse, al controllo delle liste di attesa sia per i ricoveri, sia per gli interventi chirurgici in favore dei pazienti oncologici ed al monitoraggio dei DRG a rischio di non appropriatezza.

Il NAC ha inoltre monitorato mensilmente – inviando report di *feedback* ai direttori delle strutture aziendali di ricovero - l'andamento dell'indicatore "degenza media".

d) misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale

In AOUI la valutazione della performance organizzativa si realizza, con riferimento alla singola struttura operativa, utilizzando il sistema di misurazione legato agli obiettivi di budget, al set di indicatori prestabilito ed ai valori degli stessi a consuntivo, con riferimento ai target attesi.

I criteri e le modalità utilizzati per la valutazione della performance organizzativa sono esplicitati nel *Manuale dei criteri di valutazione*, di norma trasmesso ai Direttori/Responsabili di struttura unitamente alla *Scheda di valutazione della performance organizzativa*.

Il sistema di valutazione della performance organizzativa vigente in AOUI prevede che i Direttori e Responsabili delle Unità Operative ed Unità Semplici a valenza Dipartimentale possano presentare eventuali controdeduzioni in relazione alla valutazione ottenuta, entro 20 giorni dal ricevimento della stessa.

Le richieste di revisione della valutazione, presentate sotto forma di relazione a firma del Direttore/Responsabile ed inviate al Controllo di Gestione, vengono analizzate dalla Direzione Aziendale e sottoposte all'attenzione dell'Organismo Indipendente di Valutazione: qualora accolte, danno luogo alla revisione del punteggio assegnato.

Il raggiungimento degli obiettivi di budget costituisce, per ogni singola Unità Operativa, il requisito per accedere alla retribuzione di risultato.

Il sistema prevede che un parziale raggiungimento degli obiettivi, non giustificabile da fattori contingenti ed imprevedibili intervenuti in corso d'anno, comporti una proporzionale e limitata erogazione dell'incentivo ed il recupero dell'eventuale quota corrisposta per stato di avanzamento, oltre a determinare gli effetti giuridici indicati dai CCNL delle aree dirigenziali.

Per quanto concerne la performance individuale, la funzione di misurazione e valutazione è individuata nel ruolo del valutatore che, ai diversi livelli ed in conformità a quanto previsto dalle disposizioni normative e contrattuali vigenti, si sviluppa in senso gerarchico, in relazione ai compiti ricoperti ed in conformità con l'assetto organizzativo definito dall'Atto Aziendale (Coordinatori, Responsabile del Servizio per le Professioni Sanitarie, Dirigenti responsabili di Unità Operative, Servizio o Ufficio).

Il collegamento tra performance individuale e performance organizzativa, storicamente più strutturato per la dirigenza, per il personale del Comparto ha trovato realizzazione negli ultimi accordi integrativi siglati con le Organizzazioni Sindacali di categoria, che prevedono che il fondo della produttività individuale, al netto delle quote destinate a premiare particolari obiettivi strategici (fondo Direttore Generale) e di quelle volte al riconoscimento di maggiori responsabilità, venga suddiviso in due percorsi distinti nelle percentuali del 60% e 40%.

La quota relativa al primo percorso (quota A, 60%), collegata agli obiettivi assegnati dalla Regione Veneto al Direttore Generale dell'AOUI, viene integralmente erogata qualora la valutazione della performance aziendale complessiva dell'anno di riferimento sia $\geq 75\%$ del punteggio messo a disposizione dalla Regione per la sua misurazione: in caso contrario la quota incentivante viene proporzionalmente ridotta.

La quota relativa al secondo percorso (quota B, 40%) è invece destinata a premiare le attività finalizzate al raggiungimento degli obiettivi specifici di singole équipe, Moduli di Attività, Unità Operative e Servizi e viene corrisposta sulla base delle schede di valutazione individuale. In relazione al punteggio raggiunto viene erogata una quota individuale proporzionale che rappresenta una parte dell'importo complessivo della produttività spettante.

Gli accordi prevedono che il fondo complessivamente considerato (quota A + quota B) possa essere distribuito, a titolo di acconto, nella misura massima del 60%, previa verifica periodica sullo stato di avanzamento degli obiettivi e comunque fatta salva verifica finale, a consuntivo, del raggiungimento degli obiettivi stessi.

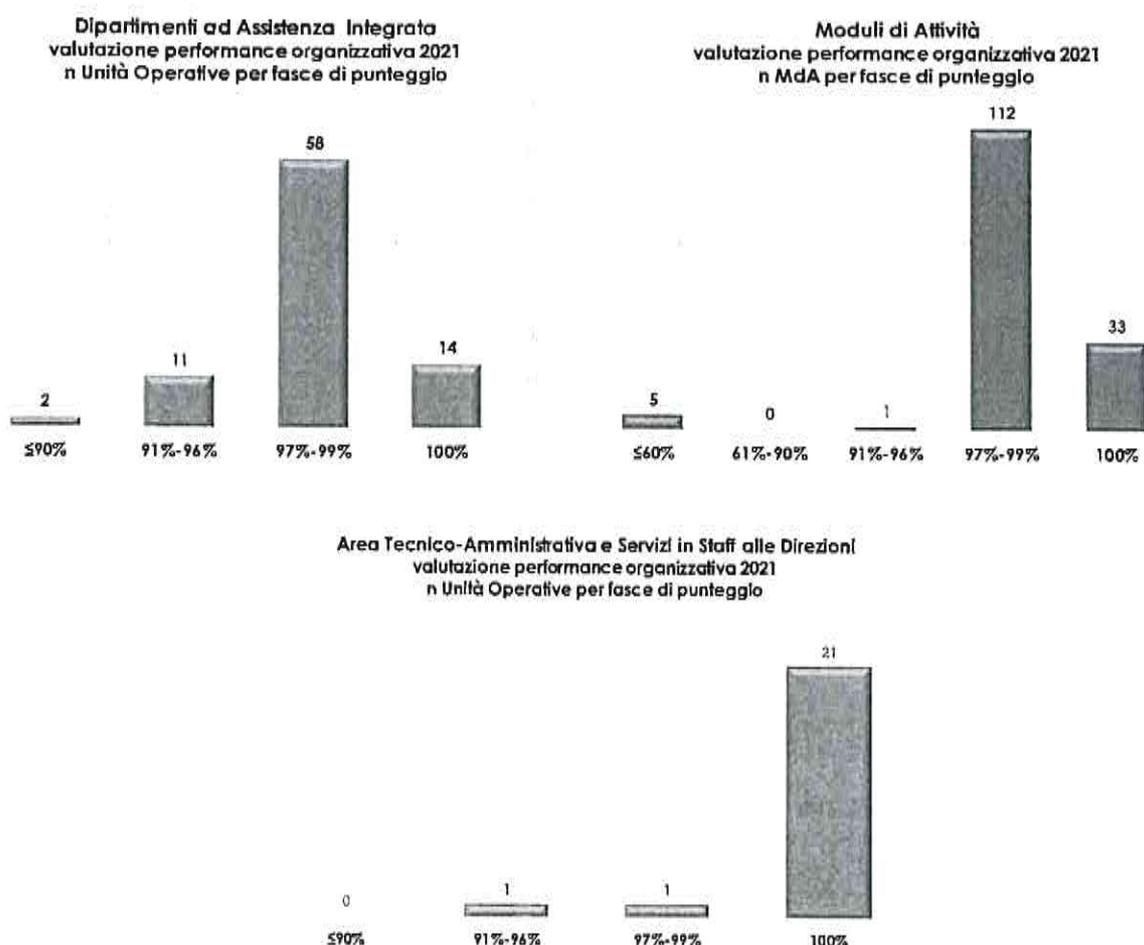
Il valore degli incentivi viene messo in relazione coi giorni di presenza al lavoro e all'eventuale part-time; la quota è attribuita tenendo conto dei diversi coefficienti risultanti,

rapportando la retribuzione tabellare delle categorie con il livello iniziale ed è distribuita mensilmente.

e) Utilizzo dei sistemi premianti secondo criteri di valorizzazione del merito

L'ammontare dei fondi premianti consegue ai principi di contrattazione collettiva nazionale ed integrativa.

Rispetto alle annualità pre-pandemia, nelle quali l'OIV ha potuto riscontrare un discreto livello di differenziazione nella distribuzione dei punteggi ottenuti ad esempio dalle strutture afferenti ai Dipartimenti ad Assistenza Integrata (DAI), la valutazione della performance organizzativa del 2021 – così come accaduto nel 2020 – appare tendenzialmente omogenea ed orientata ai valori massimi.



Emerge chiaramente, anche alla luce dei contenuti della Relazione sulla Performance 2021, la comprensibile volontà della Direzione aziendale di riconoscere in questo modo gli

sforzi profusi da parte di tutte le strutture aziendali nel fronteggiare gli eccezionali eventi succedutisi nell'ultimo biennio.

D'altro canto l'OIV prende atto della corretta esclusione dalla valutazione di alcuni obiettivi, poiché il mutato contesto operativo ne ha effettivamente precluso il raggiungimento.

B) Performance individuale

L'OIV ha valutato il processo relativo alla performance individuale. Con riferimento alla fase di assegnazione degli obiettivi, l'OIV ha valutato lo svolgimento del processo, l'adeguatezza delle modalità di assegnazione degli obiettivi e la coerenza con il Sistema di misurazione e valutazione.

In relazione alla fase di valutazione, l'OIV ha analizzato lo svolgimento, l'adeguatezza delle modalità di comunicazione e l'esito in termini di giudizio differenziale.

L'OIV conferma il giudizio già espresso negli anni precedenti in merito alla valutazione individuale, sia del comparto che della dirigenza, sottolineando come la maggior parte delle valutazioni si concentri sulle fasce alte di punteggio, soprattutto per quanto riguarda la dirigenza.

Va precisato tuttavia che, ai fini della retribuzione economica di risultato, la valutazione individuale viene correlata ai risultati della performance organizzativa raggiunti dall'Unità Operativa di afferenza; i punteggi della valutazione individuale sono stati associati a scaglioni, come da schemi seguenti:

Dirigenza

<i>Fascia di punteggio</i>	<i>Quota individuale di risultato spettante</i>
81-100	100%
68-80	80%
48-67	60%
31-47	30%
10-30	0%

Comparto

<i>Giudizio complessivo</i>	<i>Insufficiente</i>	<i>Scarso</i>	<i>Sufficiente</i>	<i>Buono</i>	<i>Ottimo</i>
Punteggio complessivo	8-27	28-48	49-70	71-87	88-100
Quota % parametrica	0%	10%	50%	80%	100%

Esiste infine un ulteriore strumento di incentivazione legato alla realizzazione di specifici progetti, che di fatto vanno ad incrementare la retribuzione di alcune figure professionali, creando in questo modo una ulteriore differenziazione retributiva.

L'OIV verifica puntualmente le numerose progettualità presentate, valutando che si tratti di attività diversa e incrementale rispetto all'ordinaria, misurabile attraverso l'applicabilità di adeguati indicatori.

Maggiorazione

In applicazione di quanto previsto dall'art. 82 del CCNL 21.5.2018, è stata erogata ai dipendenti che conseguono le valutazioni più elevate una maggiorazione del premio individuale che si aggiunge alla quota erogata annualmente.

La misura di detta maggiorazione è stata definita nel 30% della "quota incentivante" destinata al singolo dipendente.

Nel 2021 il numero dei dipendenti del Comparto destinatari della maggiorazione è: n. 641.

Infine, con riferimento alla valutazione della performance, sia organizzativa che individuale, l'OIV ha riscontrato l'esistenza di procedure di conciliazione che stabiliscono tempi e modalità di ricorso avverso.

C) Processo di attuazione del ciclo delle performance

L'OIV attesta che:

- il ciclo della performance per l'anno 2021 ha preso avvio con la pubblicazione del *Piano della Performance 2021-2023*, adottato con deliberazione del Commissario n. 74 del 29.01.2021, col quale l'AOUI ha identificato i propri obiettivi strategici. Con deliberazione del Commissario n. 388 del 31.03.2021 AOUI ha adottato il *Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023*. Con deliberazione del Commissario n. 1381 del 30.12.2020 è stato inoltre adottato il *Piano Triennale di Azioni Positive 2021-2023*;
- gli indirizzi individuati sono stati declinati in obiettivi operativi, integrati con le indicazioni pervenute dalla Regione Veneto², condivisi con il Collegio di Direzione, comunicati all'OIV e successivamente formalizzati a tutte le strutture aziendali attraverso la Scheda Obiettivi 2021 la cui versione definitiva risale a inizio settembre;
- oltre agli obiettivi regionali l'AOUI ha individuato alcune aree prioritarie di intervento, i cui indicatori sono stati puntualmente inseriti nelle schede di budget
- il Documento di Direttive - Linee operative per il budget 2021, trasmesso ai Direttori di Unità Operativa, ai Responsabili di Unità Semplici ed ai Coordinatori nell'aprile 2021

² DGRV n 958 del 13.07.2021: Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ed Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2021

unitamente alla Scheda Obiettivi, illustrava in maniera chiara ed esaustiva le strategie, gli obiettivi aziendali ed i relativi indicatori;

- nel corso del 2021 sono stati pianificati, ove richiesto, incontri mirati di approfondimento con alcune Unità Operative, soprattutto per quanto concerne lo stretto monitoraggio dei consumi di farmaci ad alto costo in area oncologica, ematologica e reumatologica;
- altri incontri sono stati realizzati con le Unità Operative di area chirurgica col fine di migliorare la gestione delle liste di attesa chirurgiche, sia per i casi oncologici che per i pazienti non oncologici;
- la reportistica inerente attività e consumi per unità operativa è stata prodotta e messa a disposizione dal Controllo di Gestione dell'AOUI il 20.05.2021 (4 mesi 2021), il 23.07.2021 (1° semestre 2021), il 11.11.2021 (9 mesi 2021), il 17.02.2022 (consuntivo anno 2021);
- nei primi giorni di settembre 2021 è stato inviato lo status dei principali indicatori contenuti nella Scheda Obiettivi relativamente al periodo gennaio-giugno 2021 unitamente alla DGR degli obiettivi regionali anno 2021, e nel mese di novembre 2021 lo status relativo al periodo gennaio-settembre;
- nel mese di settembre 2021 è stato inoltre inviato, alle Unità Operative interessate, lo status dei principali indicatori di esito, monitorati a livello regionale, riferiti al periodo gennaio-giugno e, ove disponibile, al periodo gennaio-luglio (prot. n. 54018/2021, 54041/2021, 54045/2021, 54603/2021, 54619/2021, 54632/2021)
- il Controllo di Gestione produce un report mensile di monitoraggio, rivolto all'alta direzione aziendale;
- per quanto concerne le aree ritenute di rilevanza strategica con particolare riferimento al Piano di Recupero dei tempi di attesa, la Direzione di AOUI ha istituito un tavolo tecnico di monitoraggio con incontri settimanali/bisettimanali;
- sono stati elaborati report di analisi e di approfondimento infra-annuali, su richiesta della Direzione Aziendale, dei Direttori di Dipartimento e dei Direttori delle Unità Operative;
- la Struttura Tecnica Permanente si conferma adeguata in termini di competenze, disponibilità e tempestività nel supporto all'operatività dell'OIV;
- la scheda di valutazione della performance organizzativa anno 2021 è stata inviata ai Direttori delle strutture aziendali il 30.06.2022;
- la Relazione sulla Performance 2021 è stata adottata con deliberazione del Direttore Generale n. 704 del 30.06.2022 e pubblicata nell'apposita sezione dell'area Amministrazione Trasparente del sito aziendale.

D) Infrastruttura di supporto

L'AOUI dispone di un sistema amministrativo integrato per quanto riguarda la contabilità generale, la contabilità analitica ed il sistema di controllo di gestione, che consente la realizzazione di reportistica puntuale a base mensile e trimestrale.

Per quanto riguarda invece il ciclo della performance individuale, il sistema di raccolta dei dati dal 2018 è stato compiutamente informatizzato e messo a regime.

L'OIV ha verificato come gli indicatori di performance utilizzati per le Unità Operative subiscano un percorso di aggregazione successiva a livello dipartimentale ed aziendale, giungendo ad una sintesi coerente con il risultato del bilancio.

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

L'OIV ha verificato il rispetto degli adempimenti di pubblicazione dei dati secondo quanto previsto dalla normativa.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza dell'AOUI ha partecipato costantemente alle riunioni dell'OIV, al fine di informare ed evidenziare il rispetto degli obblighi della normativa.

Per quanto attiene alla corrispondenza tra quanto pubblicato dall'AOUI sul suo sito istituzionale e quanto previsto dalla normativa si rinvia a quanto attestato in data 10 giugno 2022, secondo le indicazioni della delibera ANAC n. 201/2022. Si precisa che con tale delibera ANAC ha definito gli obblighi di pubblicazione da sottoporre all'attestazione dell'Organismo Indipendente di Valutazione, fissando il termine della verifica degli obblighi dal 31/05/2022 e quello della pubblicazione dell'attestazione dal 30/06/2022.

Per gli aspetti relativi ai sistemi informativi e informatici deputati all'archiviazione, alla pubblicazione ed alla trasmissione dei dati, al modello organizzativo di raccolta e pubblicazione degli stessi, al loro monitoraggio ed ai sistemi per la rilevazione quali-quantitativa degli accessi alla sezione "Amministrazione trasparente" si rimanda invece alla griglia in allegato.

F) Definizione e gestione degli standard di qualità

L'OIV ha valutato il processo di gestione degli standard di qualità con particolare riferimento ai sistemi di controllo della qualità erogata, che è attuato per tutti i servizi per i quali è stato predisposto uno standard.

In AOUI i target di qualità sono definiti e gestiti facendo riferimento a standard stabiliti da norme o programmi/progetti nazionali e regionali nonché da modelli di riferimento riconosciuti a livello internazionale, sia di carattere generale che tecnico-professionale.

Per quanto riguarda gli standard indicati da norme o programmi/progetti nazionali e regionali vanno menzionati:

- i requisiti di Autorizzazione e Accreditamento previsti dalla LR n. 22/2002 e s.m.i, dalla DGRV n. 2266/2016 che recepisce ed applica l'Intesa Stato Regioni del 19.2.2015 (n. 32/2015) e dalla DGRV n 1732/2017 con la quale vengono fornite le linee-guida per l'applicazione dei requisiti;
- gli indicatori per la valutazione dei risultati del Programma Nazionale Esiti, condotto dall'Agenas, riferiti all'AOUI e confrontati con quelli ottenuti a livello regionale o con altre analoghe Aziende sanitarie;
- gli indicatori per la valutazione dei risultati ottenuti dal progetto "Il Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali", condotto da MeS - Anna di Pisa, confrontati con quelli ottenuti a livello regionale e con altre Aziende Ospedaliero – Universitarie.

Per quanto riguarda gli standard che fanno riferimento a modelli riconosciuti a livello internazionale, sia di carattere generale che tecnico-professionale, è importante evidenziare come l'AOUI abbia conseguito e mantenuto, fin dal 2002, la certificazione del proprio sistema di gestione della qualità secondo gli standard previsti dalla norma ISO 9001, rinnovandoli continuamente sulla base delle nuove versioni della norma stessa. A seguito dell'approvazione definitiva del nuovo Atto Aziendale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata – Verona, con Deliberazione n. 1079 del 28.10.2020 e successivi provvedimenti attuativi, che hanno previsto, tra l'altro, l'istituzione di nuove Unità Operative, la verifica ha riguardato nel corso del 2021 anche l'estensione della certificazione secondo la Norma UN EN ISO 9001:2015, a due nuove Unità Operative (USD Chirurgia Proctologica e del Perineo, USD Trapianti Epatici). La certificazione, inoltre, è stata estesa anche al Programma Trapianto Cellule Staminali Emopoietiche (CSE) che ha elaborato in previsione della visita di verifica il PDTA 21 Trapianto Cellule Staminali Emopoietiche ed ha coinvolto le seguenti Unità Operative:

- UOC Ematologia: CTMO Centro Trapianti Adulto (UTA);
- UOC Oncoematologia Pediatrica: Centro Trapianti Pediatrico (UTP);
- UOC Medicina Trasfusionale: funzioni di qualificazione biologica degli emocomponenti e supporto trasfusionale del paziente trapianto, Unità di Raccolta CSE p/PPP, Unità di Processazione/TE;
- UOC Farmacia: Unità Farmaci Antitumorali (UFA).

Attualmente il sistema gestione qualità è certificato, secondo la norma ISO 9001:2015, dall'Ente di certificazione Bureau Veritas Italia che, con la periodicità prevista, verifica la rispondenza agli standard definiti.

Altre certificazioni tecnico – professionali, che attestano gli standard di qualità raggiunti, sono state conseguite in specifici ambiti professionali. A titolo esemplificativo, si citano le seguenti:

- la certificazione UNI EN ISO 15189:2013, rilasciata da ACCREDIA per il Laboratorio Analisi, tra i primi Laboratori italiani di queste dimensioni ad ottenere questo tipo di certificazione;
- la Certificazione JACIE (Joint Accreditation Committee of ISCT and EBMT), riferita agli standard di qualità per la raccolta, la manipolazione e l'utilizzo clinico delle cellule staminali. Il JACIE (Joint Accreditation Committee ISCT - EBMT) è nato nel 1998 con lo scopo di valutare e accreditare le strutture operanti nell'ambito del Trapianto di Cellule Staminali Emopoietiche. Lo scopo è quello di promuovere la migliore qualità nella manipolazione e impiego clinico delle cellule staminali mediante lo sviluppo di standard qualitativi globali riconosciuti a livello internazionale. Il JACIE è stato riconosciuto e promosso sia dal Gruppo Europeo Trapianti (EBMT) che dalla Società Internazionale per la Terapia Cellulare (ISCT), prendendo come modello una istituzione analoga già esistente negli Stati Uniti, il FACT (Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy. Le unità operative/funzioni coinvolte nella certificazione sono US CTMO, UOC Ematologia, UOC Oncoematologia Pediatrica, UOC Medicina Trasfusionale e UOC Farmacia.
- Il processo di certificazione EUSOMA (European Society of Breast Cancer Specialists), che mira a promuovere un elevato standard di qualità di cura nel cancro al seno, conforme alla normativa internazionale sulla certificazione ISO/IEC 17065 ed accreditata da ACCREDIA nell'ambito del Multilateral Agreement (MLA). La certificazione EUSOMA del Breast Centre - Centro HUB di Senologia dell'AOUI di Verona, è stata ottenuta il 19.02.2021 e ad ottobre 2021 è stato effettuato il primo audit di sorveglianza per la verifica alla conformità dei requisiti previsti secondo la Linea Guida EUSOMA "The requirements of a specialist Breast Centre" edizione 2020. L' Audit ha coinvolto sia personale sanitario (medici, fisici sanitari, infermieri, tecnici radiologi) che amministrativo ed ha riguardato le seguenti Unità Operative e funzioni in diverse fasi :UOC Radiologia BT, UOC Radiologia BR, UOC Chirurgia Senologica, UOC Chirurgia Plastica, UOC Anatomia ed Istologia Patologica, UOC Oncologia, UOC Radioterapia, UOC Fisica Sanitaria, UOC Medicina Nucleare, UOC Recupero e Riabilitazione Funzionale, USD Psicologia Clinica BT, Genetica clinica, Case Manager, Data Manager ,Breast Care Nurse (UOC Chirurgia Senologica) e Breast Care Nurse (UOC Oncologia) e, in più, rispetto al precedente audit, anche la UOC Geriatria B e UOC Farmacia.
- La certificazione ENETS (European Neuroendocrine Tumor Society) con la quale l'AOUI di Verona è stato riconosciuto uno dei centri di eccellenza in Italia per la diagnosi e cura dei tumori neuroendocrini, ha coinvolto la UOC di Chirurgia del Pancreas, di Anatomia e Istologia Patologica e di Oncologia.
- In continuità con gli anni precedenti AOUI ha ottenuto dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna (Onda) tre bollini rosa per la qualità delle cure (biennio 2022-2023). I bollini rosa vengono assegnati alle strutture ospedaliere impegnate

nella promozione della medicina di genere e che si distinguono per l'offerta dei servizi dedicati alla prevenzione, diagnosi e cura delle principali malattie femminili. I vantaggi dell'essere un ospedale con i Bollini Rosa sono:

- ottenere un riconoscimento istituzionale per l'impegno nella promozione dell'importanza della prevenzione, della diagnosi precoce e della cura delle principali patologie di interesse femminile;
- appartenere a un gruppo di ospedali che contribuiscono a promuovere il benessere della donna e a tutelare la sua dignità;
- incrementare la domanda di servizi da parte di pazienti anche al di fuori del proprio bacino di utenza;
- partecipare alle diverse iniziative (giornate a porte aperte, convegni, workshop, concorsi, formazione, progetti speciali, bandi) che Onda organizza nel corso del biennio di validità dei Bollini Rosa, rivolte alla popolazione e alle strutture stesse, alle quali viene dato risalto mediatico attraverso l'attività di ufficio stampa;
- beneficiare del supporto e dell'esperienza decennale di Onda in ambito istituzionale e di comunicazione per promuovere i servizi offerti da ogni ospedale mediante il supporto di canali consolidati (social, siti e portali, mailing nazionali e locali).

Anche nel corso del 2021 AOUI ha aderito a numerose iniziative (incontri aperti alla popolazione, visite specialistiche ed esami gratuiti) promosse da ONDA in occasione della festa della Donna, della settimana della Salute della Donna e all'Open Day sulla Salute Mentale, delle Malattie Reumatiche, di Ginecologia Oncologica, dell'Aneurisma Aortico Addominale, della Salute Ossa e contro Violenza sulla Donna 22-28 novembre 2021. Inoltre la UOC di Urologia dell'AOUI di Verona ha aderito all'iniziativa Bollino Azzurro ed è stata riconosciuta uno dei "I Centri multidisciplinari per il tumore alla prostata". Il progetto ha avuto l'obiettivo di identificare i centri che garantiscono un approccio multiprofessionale e interdisciplinare dei percorsi diagnostici e terapeutici per le persone con tumore alla prostata.

G) Utilizzo dei risultati del Sistema di misurazione e valutazione

AOUI assicura il continuo adeguamento del processo di definizione del *Piano della Performance* in recepimento del mutato contesto normativo all'interno del quale opera.

Compatibilmente con lo scenario emergenziale che ha caratterizzato anche gran parte dell'anno 2021 AOUI:

- ha realizzato la propria programmazione a partire dagli indirizzi e dalla normativa di programmazione nazionale e regionale, puntualmente richiamati nel *Piano della*

Performance 2021-2023, adottato con deliberazione del Commissario n. 74 del 29.01.2021;

- ha individuato ed assegnato alle singole strutture aziendali una serie di obiettivi collegati al ciclo della performance, molti dei quali volti ad un progressivo miglioramento della gestione ed al presidio del ruolo di centro Hub a livello regionale e nazionale. Tali obiettivi risultano in linea con le direttive regionali;
- ha impostato ed attuato un valido sistema di monitoraggio di tali obiettivi ed un sistema di valutazione premiante idoneo a verificare la misurazione dell'effettivo raggiungimento degli obiettivi stessi.

H) Descrizione delle modalità del monitoraggio dell'OIV

Dal suo insediamento l'OIV si è riunito con periodicità pressoché costante, supportato dalla Struttura Tecnica Permanente.

Nel corso del 2021 sono state effettuati 5 incontri, tutti in videoconferenza in ossequio alla normativa volta al contenimento dei contagi.

L'OIV ha inoltre provveduto, collegialmente e attraverso i singoli componenti, a monitorare gli obblighi informativi previsti dalla normativa sulla trasparenza.

In materia di trasparenza ed anticorruzione l'OIV ha assunto nel tempo un ruolo di maggiore rilevanza anche verificando la coerenza tra gli obiettivi riportati nel Piano della Performance, quelli del Piano Triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e le indicazioni contenute nel Codice di Comportamento Aziendale.

2. Monitoraggio sull'assegnazione degli obiettivi organizzativi e individuali del personale, dirigente e non, avvenuta durante il Ciclo della Performance 2022

Con riferimento alla fase di assegnazione degli obiettivi effettuata nel ciclo in corso (anno 2022) l'Organismo Indipendente di Valutazione dell'AOUI Verona ha verificato la corretta attivazione del processo da parte dell'Azienda, confermata dall'individuazione di obiettivi aziendali e di Unità Operativa.

L'OIV attesta che AOUI ha comunque dato avvio al Ciclo della Performance 2022 attraverso:

- la pubblicazione del *Piano della Performance 2022-2024*, adottato con deliberazione del Commissario n. 185 del 24.02.2022 in attesa della definizione normativa del Piano Integrato di Attività ed Organizzazione previsto dal D.L. 80/2021 convertito in L. 113/2021;
- la pubblicazione del *Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza 2022-2024*, adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 422 del 22.04.2022;
- la pubblicazione del *Piano di azioni positive per il triennio 2021-2023*, adottato con deliberazione del Commissario n. 1381 del 30.12.2020;
- la pubblicazione del Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) con deliberazione n. 694 del 30.06.2022, che riassume al suo interno i Piani precedentemente approvati;
- la condivisione degli obiettivi di Budget 2021 con il Collegio di Direzione (sedute del 18.01.2022 e del 15.02.2022) e la loro successiva presentazione da parte del Direttore Generale in modalità *meet* a tutti i Direttori e Responsabili di struttura (04.03.2022);
- l'effettuazione degli incontri di diffusione degli obiettivi di Budget: gli incontri, organizzati per Dipartimento di appartenenza, si sono svolti dal 9 marzo al 30 marzo 2022;
- la trasmissione della *Scheda Obiettivi 2022* e del *Documento Linee Operative per il Budget 2022* alle strutture aziendali il 27.04.2022 (nota prot 27205/2022);
- è inoltre in fase di predisposizione la revisione delle Schede Obiettivi 2022 in seguito all'approvazione della DGR n. 709 del 14.06.2022 contenente gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi delle Aziende e Istituti del SSR per l'anno 2022 e del Vademecum ricevuto in data 15.07.2022.

Verona, 29/07/2022

Per l'Organismo Indipendente di Valutazione
dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata -

Il Presidente
Dott. Lorianò Ceroni



Delibera CiVIT n. 23/2013

Allegato 1: Il monitoraggio sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni relativo al ciclo della performance precedente.

ANNO 2021

A. Performance organizzativa	
A.1. Qual è stata la frequenza dei monitoraggi intermedi effettuati per misurare lo stato di avanzamento degli obiettivi?	<ul style="list-style-type: none"> . Nessuna <input checked="" type="checkbox"/> Mensile <input checked="" type="checkbox"/> Trimestrale . Semestrale <input checked="" type="checkbox"/> Altro: su richiesta
A.2. Chi sono i destinatari della reportistica relativa agli esiti del monitoraggio? (possibili più risposte)	<ul style="list-style-type: none"> . Organo di vertice politico-amministrativo <input checked="" type="checkbox"/> Dirigenti di I fascia e assimilabili <input checked="" type="checkbox"/> Dirigenti di II fascia e assimilabili . Stakeholder esterni <input checked="" type="checkbox"/> Altro: direzione aziendale, Collegio di Direzione
A.3. Le eventuali criticità rilevate dai monitoraggi intermedi hanno portato a modificare gli obiettivi pianificati a inizio anno?	<ul style="list-style-type: none"> . Sì, modifiche agli obiettivi strategici <input checked="" type="checkbox"/> Sì, modifiche agli obiettivi operativi . Sì, modifiche agli obiettivi strategici e operativi . No, nessuna modifica . No, non sono state rilevate criticità in corso d'anno

B. Performance individuale				
B.1. A quali categorie di personale sono assegnati gli obiettivi individuali?				
	personale in servizio (valore assoluto) [^]	personale a cui sono stati assegnati obiettivi (valore assoluto)	Quota di personale con assegnazione tramite colloquio con valutatore	Quota di personale con assegnazione tramite controfirma scheda obiettivi
Dirigenti di I fascia e assimilabili*	1 0 3	1 0 3	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 50% - 100% . 1% - 49% . 0% 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 50% - 100% . 1% - 49% . 0%
Dirigenti di II fascia e assimilabili*	8 2 9	8 2 9	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 50% - 100% . 1% - 49% . 0% 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 50% - 100% . 1% - 49% . 0%
Non dirigenti	4 5 9 1	4 5 9 1	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 50% - 100% . 1% - 49% . 0% 	<ul style="list-style-type: none"> . 50% - 100% . 1% - 49% <input checked="" type="checkbox"/> 0%

B.2. Il processo di assegnazione degli obiettivi è stato coerente con il Sistema?			
	Sì	No	(se no) motivazioni
Dirigenti di I fascia e assimilabili	<input checked="" type="checkbox"/>		
Dirigenti di II fascia e assimilabili	<input checked="" type="checkbox"/>		
Non dirigenti	<input checked="" type="checkbox"/>		

**C. Processo di attuazione del ciclo della performance
Struttura Tecnica Permanente (STP)**

C.1. Quante unità di personale totale operano nella STP?	4 (Direttore UOC Controllo di Gestione; Direttore UOC GRU; 1 Coll. Amm; 1 Ass Amm)
C.2. Quante unità di personale hanno prevalentemente competenze economico-gestionali?	2
Quante unità di personale hanno prevalentemente competenze giuridiche?	1
Quante unità di personale hanno prevalentemente altre competenze?	1
C.3. Indicare il costo annuo della STP distinto in:	
Costo del lavoro annuo (totale delle retribuzioni lorde dei componenti e degli oneri a carico dell'amm.ne)	55.000
Costo di eventuali consulenze	0
Altri costi diretti annui	0
Costi generali annui imputati alla STP	300
C.4. La composizione della STP è adeguata in termini di numero e di bilanciamento delle competenze necessarie? (possibili più risposte)	<p><input checked="" type="checkbox"/> la STP ha un numero adeguato di personale</p> <p><input type="checkbox"/> la STP ha un numero insufficiente di personale</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> la SPT ha competenze adeguate in ambito economico-gestionale</p> <p><input type="checkbox"/> la SPT ha competenze insufficienti in ambito economico-gestionale</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> la SPT ha competenze adeguate in ambito giuridico</p> <p><input type="checkbox"/> la SPT ha competenze insufficienti in ambito giuridico</p>

**D. Infrastruttura di supporto
Sistemi Informativi e Sistemi Informatici**

D.1. Quanti sistemi di Controllo di gestione (CDG) vengono utilizzati dall'amministrazione?	1		
D.5. I sistemi di CDG sono utilizzati per la misurazione degli indicatori degli obiettivi strategici e operativi?	Indicatori ob. strategici X. Si . No	Indicatori ob. operativi X. Si . No	
(se si) fornire un esempio di obiettivo e relativo indicatore	Obt: rispetto dei tetti di spesa Indicatore: costo vs tetto	Obt: riduzione delle giornate di degenza Indicatore: degenza media	
D.6. Da quali sistemi provengono i dati sulle risorse finanziarie assegnate agli obiettivi strategici e operativi?	ob. Strategici	ob. Operativi	
Sistema di contabilità generale	X	X	
Sistema di contabilità analitica	X	X	
Altro sistema, _____			

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

E.1.a. Sistemi informativi e informatici per l'archiviazione, la pubblicazione e la trasmissione dei dati				
Tipologie di dati	Disponibilità del dato	Trasmissione dei dati al soggetto responsabile della pubblicazione	Pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente"	Trasmissione ad altri soggetti (laddove effettuata)
Articolazione degli uffici, responsabili, telefono e posta elettronica	. Archivio cartaceo . Pluralità di banche dati in capo alle singole strutture cui i dati si riferiscono X. Banca dati unica centralizzata	X. Trasmissione telematica . Consegna cartacea . Comunicazione telefonica . Altro (specificare)	X. Inserimento manuale X. Accesso diretto o attraverso link alla/alle banca/banche dati di archivio . Creazione di una ulteriore banca dati finalizzata alla pubblicazione sul sito . Estrazione dalla banca dati con procedura automatizzata	Secondo le disposizioni normative

Consulenti e collaboratori	<p>X. Archivio cartaceo X. Pluralità di banche dati in capo alle singole strutture cui i dati si riferiscono X Banca dati unica centralizzata</p>	<p>X. Trasmissione telematica X. Consegna cartacea . Comunicazione telefonica . Altro (specificare)</p>	<p>X. Inserimento manuale X. Accesso diretto o attraverso link alla/alle banca/banche dati di archivio . Creazione di una ulteriore banca dati finalizzata alla pubblicazione sul sito . Estrazione dalla banca dati con procedura automatizzata</p>	Secondo le disposizioni normative
Dirigenti	<p>X. Archivio cartaceo X. Pluralità di banche dati in capo alle singole strutture cui i dati si riferiscono . Banca dati unica centralizzata</p>	<p>X. Trasmissione telematica X. Consegna cartacea . Comunicazione telefonica . Altro (specificare)</p>	<p>X. Inserimento manuale X. Accesso diretto o attraverso link alla/alle banca/banche dati di archivio . Creazione di una ulteriore banca dati finalizzata alla pubblicazione sul sito . Estrazione dalla banca dati con procedura automatizzata</p>	Secondo le disposizioni normative
Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti	<p>X. Archivio cartaceo X. Pluralità di banche dati in capo alle singole strutture cui i dati si riferiscono . Banca dati unica centralizzata</p>	<p>X. Trasmissione telematica X. Consegna cartacea . Comunicazione telefonica . Altro (specificare)</p>	<p>X. Inserimento manuale X. Accesso diretto o attraverso link alla/alle banca/banche dati di archivio . Creazione di una ulteriore banca dati finalizzata alla pubblicazione sul sito X Estrazione dalla banca dati con procedura automatizzata</p>	Secondo le disposizioni normative

Bandi di concorso	<p>X. Archivio cartaceo . Pluralità di banche dati in capo alle singole strutture cui i dati si riferiscono X. Banca dati unica centralizzata</p>	<p>X. Trasmissione telematica . Consegna cartacea . Comunicazione telefonica . Altro (specificare)</p>	<p>X. Inserimento manuale X. Accesso diretto o attraverso link alla/alle banca/banche dati di archivio . Creazione di una ulteriore banca dati finalizzata alla pubblicazione sul sito . Estrazione dalla banca dati con procedura automatizzata</p>	<p>Secondo le disposizioni normative</p>
Tipologia Procedimenti	<p>. Archivio cartaceo . Pluralità di banche dati in capo alle singole strutture cui i dati si riferiscono X. Banca dati unica centralizzata</p>	<p>X. Trasmissione telematica . Consegna cartacea . Comunicazione telefonica . Altro (specificare)</p>	<p>X. Inserimento manuale . Accesso diretto o attraverso link alla/alle banca/banche dati di archivio . Creazione di una ulteriore banca dati finalizzata alla pubblicazione sul sito . Estrazione dalla banca dati con procedura automatizzata</p>	<p>Secondo le disposizioni normative</p>
Bandi di gara e contratti	<p>X. Archivio cartaceo X. Pluralità di banche dati in capo alle singole strutture cui i dati si riferiscono X. Banca dati unica centralizzata</p>	<p>X. Trasmissione telematica . Consegna cartacea . Comunicazione telefonica . Altro (specificare)</p>	<p>X. Inserimento manuale . Accesso diretto o attraverso link alla/alle banca/banche dati di archivio . Creazione di una ulteriore banca dati finalizzata alla pubblicazione sul sito X Estrazione dalla banca dati con procedura automatizzata</p>	<p>Secondo le disposizioni normative</p>

Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	X. Archivio cartaceo . Pluralità di banche dati in capo alle singole strutture cui i dati si riferiscono X Banca dati unica centralizzata	X. Trasmissione telematica X. Consegna cartacea . Comunicazione telefonica . Altro (specificare)	X. Inserimento manuale . Accesso diretto o attraverso link alla/alle banca/banche dati di archivio . Creazione di una ulteriore banca dati finalizzata alla pubblicazione sul sito X Estrazione dalla banca dati con procedura automatizzata	Secondo le disposizioni normative
--	---	---	---	-----------------------------------

E.1.b. Sistemi informativi e informatici per l'archiviazione, la pubblicazione e la trasmissione dei dati			
Tipologie di dati	Grado di apertura delle banche dati di archivio per la pubblicazione dei dati (indicare i soggetti che accedono alle banche dati di archivio)	Banche dati non utilizzate per la pubblicazione dei dati (specificare le ragioni per cui tali fonti non alimentano la pubblicazione dei dati)	Pubblicazione in sezioni diverse da "Amministrazione Trasparente" (specificare le ragioni per cui la pubblicazione avviene al di fuori della sezione dedicata)
Articolazione degli uffici, responsabili, telefono e posta elettronica	Grado di apertura basso. Soggetti/Servizi competenti: Direzione amministrativa, Comunicazione interna, Gestione risorse umane		
Consulenti e collaboratori	Grado di apertura basso. Soggetti/Servizi competenti: Gestione risorse umane, Legale, Sviluppo professionalità e innovazione		
Dirigenti	Grado di apertura basso. Soggetti/Servizi competenti: Gestione risorse umane		
Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti	Grado di apertura basso. Soggetti/Servizi competenti: Gestione risorse umane		
Bandi di concorso	Grado di apertura basso. Soggetti/Servizi competenti: Gestione risorse umane		

Tipologia Procedimenti	Grado di apertura basso. Soggetti/Servizi competenti: Responsabile prevenzione corruzione e trasparenza		
Bandi di gara e contratti	Grado di apertura basso. Soggetti/Servizi competenti: Provveditorato, Tecnico, Legale, Ingegneria clinica, Sistemi Informativi, e altri servizi che sporadicamente effettuano affidamenti		
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Grado di apertura basso. Soggetti/Servizi competenti: Affari generali		

E.2. Modello organizzativo di raccolta, pubblicazione e monitoraggio					
N.B.: laddove le responsabilità variano a seconda delle tipologie di dati, indicare il soggetto che svolge l'attività con riferimento al maggior numero di dati. Nel caso di Ministeri o grandi enti compilare, con modifiche, anche per eventuali strutture periferiche e corpi					
Selezionare le attività svolte dai soggetti sottoindicati	Raccolta dei dati	Invio dei dati al responsabile della pubblicazione	Pubblicazione dei dati online	Supervisione e coordinamento dell'attività di pubblicazione dei dati	Monitoraggio
Dirigente responsabile dell'unità organizzativa detentrici del singolo dato	X Sì .No	X Sì .No	X Sì .No	X Sì .No	X Sì .No
Responsabile della comunicazione (laddove presente)	X Sì .No	.Sì X No	X Sì .No	X Sì .No	X Sì .No
Responsabile della gestione del sito web (laddove presente)	X Sì .No	.Sì X No	X Sì .No	X Sì .No	X Sì .No
Responsabile dei sistemi informativi (laddove presente)	.Sì X No	.Sì X No	.Sì X No	X Sì .No	X Sì .No
Responsabile della trasparenza	X Sì .No	.Sì X No	X Sì .No	X Sì .No	X Sì .No
Responsabile della prevenzione della corruzione (laddove diverso dal Responsabile della trasparenza)	.Sì .No	.Sì .No	.Sì .No	.Sì .No	.Sì .No

OIV	.Sì X No	.Sì X No	.Sì X No	.Sì X No	.Sì X No (Guida punto E2 delibera CIVIT n. 23/2013)
Altro soggetto (specificare quale)	.Sì .No	.Sì .No	.Sì .No	.Sì .No	.Sì .No

E.3. Monitoraggio sulla pubblicazione dei dati svolto dall'OIV						
N.B.: laddove il monitoraggio varia a seconda delle tipologie di dati, indicare il modello relativo al maggior numero di dati						
	Oggetto del monitoraggio	Modalità del monitoraggio	Estensione del monitoraggio	Frequenza del monitoraggio	Comunicazione degli esiti del monitoraggio (Indicare il soggetto cui sono comunicati gli esiti)	Azioni correttive innescate dagli esiti del monitoraggio (Illustrare brevemente le azioni)
Strutture centrali	X Avvenuta pubblicazione dei dati X Qualità (completezza, aggiornamento e apertura) dei dati pubblicati	X Attraverso colloqui con i responsabili della pubblicazione dei dati . In modo automatizzato grazie ad un supporto informatico X Verifica su sito X Altro (verifica dell'attività svolta dal RPCT)	. Sulla totalità dei dati X Su un campione di dati	. Trimestrale . Semestrale X Annuale . Altro	1. ANAC (con pubblicazione e sul sito e invio griglia di attestazione OIV) 2. Direzione aziendale e RPCT	Azioni di miglioramento per agevolare la fruizione del dato pubblicato da parte dell'utente esterno. Standardizzazione delle pubblicazioni tra i vari Servizi.

E.4. Sistemi per la rilevazione quantitativa e qualitativa degli accessi alla sezione "Amministrazione Trasparente"		
N.B.: Nel caso di Ministeri o grandi enti compilare, con modifiche, anche per eventuali strutture periferiche e corpi		
	Presenza	Note
	Sì/No	
Sistemi per contare gli accessi alla sezione	Sì	Rilevabili dal gestore del software di pubblicazione e tramite estrapolazione su Google Analytics
Sistemi per contare gli accessi ai singoli link nell'ambito della sezione	Sì	Come sopra
Sistemi per quantificare il tempo medio di navigazione degli utenti in ciascuna delle pagine web in cui è strutturata la sezione	Sì	Come sopra
Sistemi per verificare se l'utente consulta una sola oppure una pluralità di pagine web nell'ambito della sezione	Sì	Come sopra
Sistemi per verificare se l'utente sta accedendo per la prima volta alla sezione o se la ha già consultata in precedenza	Sì	Come sopra
Sistemi per verificare la provenienza geografica degli utenti	Sì	Come sopra
Sistemi per misurare il livello di interesse dei cittadini sulla qualità delle informazioni pubblicate e per raccogliere i giudizi	No	
Sistemi per la segnalazione, da parte degli utenti del sito, di ritardi e inadempienze relativamente alla pubblicazione dei dati	Sì	Regolamento accesso civico
Sistemi per la raccolta delle proposte dei cittadini finalizzate al miglioramento della sezione	Sì	Le segnalazioni possono pervenire tramite i canali istituzionali indicati nel sito
Pubblicazione sul sito dei dati rilevati dai sistemi di conteggio degli accessi	No	Dato rilevabile, ma non pubblicato
Avvio di azioni correttive sulla base delle proposte e delle segnalazioni dei cittadini	No	Non pervenute

F. Definizione degli standard di qualità	
F.1. L'amministrazione ha definito standard di qualità per i propri servizi all'utenza?	X Sì . No
F.2. (se sì a F.1) Sono realizzate da parte dell'amministrazione misurazioni per il controllo della qualità erogata ai fini del rispetto degli standard di qualità?	X Sì, per tutti i servizi con standard . Sì, per almeno il 50% dei servizi con standard . Sì, per meno del 50% dei servizi con standard . No
F.3. (se sì a F.1) Sono state adottate soluzioni organizzative per la gestione dei reclami, delle procedure di indennizzo e delle class action? (possibili più risposte)	. Sì, per gestire reclami . Sì, per gestire class action . Sì, per gestire indennizzi . No
F.4. (se sì a F.1) Le attività di cui alle domande precedenti hanno avviato processi per la revisione degli standard di qualità?	X. Sì, per almeno il 50% dei servizi da sottoporre a revisione . Sì, per meno del 50% dei servizi da sottoporre a revisione . No, nessuna modifica . No, nessuna esigenza di revisione

Allegato 2: Il monitoraggio sull'assegnazione degli obiettivi organizzativi e individuali relativo al ciclo della performance in corso (anno 2022)

1. A quali categorie di personale sono assegnati gli obiettivi individuali?				
	personale in servizio (valore assoluto) ^	personale a cui sono stati assegnati obiettivi (valore assoluto)	Quota di personale con assegnazione tramite colloquio con valutatore	Quota di personale con assegnazione tramite controfirma scheda obiettivi
Dirigenti di I fascia e assimilabili	1 1 1	1 1 1	X 50% - 100% . 1% - 49% . 0%	X 50% - 100% . 1% - 49% . 0%
Dirigenti di II fascia e assimilabili	9 9 6	9 9 6	X 50% - 100% . 1% - 49% . 0%	X 50% - 100% . 1% - 49% . 0%
Non dirigenti	4 8 7 1	4 8 7 1	X 50% - 100% . 1% - 49% . 0%	. 50% - 100% . 1% - 49% X 0%
2. Il processo di assegnazione degli obiettivi è stato coerente con il Sistema?				
	Sì	No	(se no) motivazioni	
Dirigenti di I fascia e assimilabili	X			
Dirigenti di II fascia e assimilabili	X			
Non dirigenti	X			

Allegato 3: Il monitoraggio sulla valutazione del grado di conseguimento degli obiettivi individuali e sull'erogazione dei premi, relativo al ciclo della performance precedente (anno 2021)

1. Per quali categorie di personale è stata fatta la valutazione individuale?				
		periodo conclusione valutazioni		
	personale valutato (valore assoluto)	meze e anno (mm/aaaa)	valutazione ancora in corso	Quota di personale con comunicazione della valutazione tramite colloquio con valutatore
Dirigenti di I fascia e assimilabili	19 6	0 6 / 2 0 2 2		X 50% - 100% . 1% -49% . 0%
Dirigenti di II fascia e assimilabili	7 9 7	0 6 / 2 0 2 2		X 50% - 100% . 1% -49% . 0%
Non dirigenti	4 5 7 7	0 6 / 2 0 2 2		X 50% - 100% . 1% -49% . 0%

2. Qual è il peso effettivo che i seguenti criteri di valutazione hanno assunto nella valutazione delle diverse categorie di personale? (nel caso in cui sussistano differenziazioni all'interno della stessa categoria di personale, aggiungere le righe necessarie)

	contributo alla performance complessiva dell'amm. ne	obiettivi organizz ativi della struttura di diretta respons abilità	capacità di valutazion e differenzia ta dei propri collaborat ori	obietti vi individ uali	obiettivi di gruppo	contributo alla performan ce dell'unità organizzaz ione di apparten enza	competenze /comportam enti organizzativi posti in essere
Dirigenti di I fascia e assimilabili	_ %	_ _ %	_ %	_ %			_ _ %
Dirigenti di II fascia e assimilabili	_ %	_ _ %	_ %	_ %			_ %
Non dirigenti				_ _ %	_ _ %	_ _ %	_ _ %

3. Qual è stata la distribuzione del personale per classi di punteggio finale?							
		personale per classe di punteggio (valore assoluto):					
		100%- 90%	89%- 60%	inferiore al 60%			
Dirigenti di I fascia e assimilabili		9 5	1	0			
Dirigenti di II fascia e assimilabili		7 7 9	1 4	4			
Non dirigenti		4 4 2 6	1 3 8	1 3			
4. Qual è il totale delle retribuzioni di risultato/premio previsto ed erogato?							
	Importo massimo previsto (€)	Importo eventuale acconto erogato (€)	Mese e anno erogazione acconto	Importo erogato a saldo (o complessivo in caso di assenza acconti) (€)			
Dirigenti di I fascia e assimilabili	9 2 1 4	3 8 1 5	_ _ _ _ _ (mensilmente)	5 3 9 9			
Dirigenti di II fascia e assimilabili	6 2 6 5	3 6 2 9	_ _ _ _ _ (mensilmente)	2 6 3 6			
Non dirigenti	1 3 2 5	_ 9 1 8	_ _ _ _ _ (mensilmente)	_ 4 6 8			
5. Qual è stata la distribuzione del personale per classi di retribuzione di risultato/ premio?							
		personale per classe di retribuzione di risultato/premio (valore assoluto)					
		100%- 90%	89%- 60%	inferiore al 60%			
Dirigenti di I fascia e assimilabili	_ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _			
Dirigenti di II fascia e assimilabili	_ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _			
Non dirigenti	_ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _			
6. I processi attuati di valutazione e di erogazione dei premi sono stati coerenti con quanto stabilito dal Sistema?							
		processo di valutazione			erogazione dei premi		
	Si	No	(se no) motivazioni	Si	No	(se no) motivazioni	
Dirigenti di I fascia e assimilabili	X			X			

Dirigenti di II fascia e assimilabili	<input checked="" type="checkbox"/>			X		
Non dirigenti	<input checked="" type="checkbox"/>			X		
7. I criteri di distribuzione della retribuzione di risultato/premi inseriti nel contratto integrativo sono collegati alla performance individuale?						
	Si	No	(se si) indicare i criteri	(se no) motivazioni	data di sottoscrizione (gg/mm/aaaa)	
Dirigenti e assimilabili	<input checked="" type="checkbox"/>				22/12/2014	
					18/12/2015	
Non Dirigenti	<input checked="" type="checkbox"/>				27/12/2018	
8. Quante unità di personale hanno fatto ricorso alle procedure di conciliazione previste dal Sistema di misurazione di cui all'art. 7 del D.Lgs. n. 150/2009 e quali sono stati i loro esiti?						
			personale che ha fatto ricorso a procedure di conciliazione (valore assoluto)	personale per il quale le procedure sono state concluse (valore assoluto)	personale per il quale le procedure sono state concluse con esito negativo per il ricorrente (valore assoluto)	
Dirigenti di I fascia e assimilabili			_ _ 0	_ _ 0	_ _ 0	
Dirigenti di II fascia e assimilabili			_ _ 3	_ _ 0	_ _ 0	
Non dirigenti			_ _ 7	_ _ 0	_ _ 0	
9. I sistemi di misurazione e valutazione sono stati aggiornati, con il richiamo alle previsioni legislative degli obblighi dirigenziali contenute anche nei recenti provvedimenti legislativi e, in primo luogo, nella legge per la prevenzione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione?				X Si . No		