Organismo Indipendente di Valutazione

Documento di validazione della Relazione sulla Performance – Anno 2025 – integrato dalla Relazione annuale sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni

INDICE

	Introduzione ……..	**pag.**	**3**
1.	**Performance organizzativa** ……..	**pag.**	**7**
2.	**Performance individuale** ……	**pag.**	**16**
3.	**Processo di attuazione del ciclo della Performance**……	**pag.**	**18**
4.	**Infrastruttura di supporto**……	**pag.**	**19**
5.	**Sistemi informativi ed informatici a supporto dell'attuazione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità e per il rispetto degli obblighi di pubblicazione**……	**pag.**	**20**
6.	**Definizione e gestione degli standard di qualità** ..……	**pag.**	**21**
7.	**Utilizzo dei risultati del Sistema di Misurazione e Valutazione**……	**pag.**	**23**
8.	**Descrizione delle modalità di monitoraggio dell'OIV**……..	**pag.**	**24**
9.	**Descrizione delle buone pratiche di promozione delle pari opportunità e di benessere organizzativo**……	**pag.**	**25**
10.	**Metodi di verifica dei criteri di validazione** ..……..	**pag.**	**25**
11.	**Riepilogo degli esiti sulle osservazioni conclusive**……..	**pag.**	**28**
12.	**Validazione della Relazione sulla Performance**……..	**pag.**	**29**
13.	**Monitoraggio sull'assegnazione degli obiettivi organizzativi e individuali del personale, dirigente e non, avvenuta durante il Ciclo della Performance 2025**……..	**pag.**	**30**
	Allegati	**pag.**	**31**

Introduzione

Ai sensi dell'art 14, comma 4, lettera a), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, l'Organismo Indipendente di Valutazione "monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso".
Ai sensi dell'art 14, comma 4, lettera c), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, l'Organismo Indipendente di Valutazione "valida la Relazione sulla performance di cui all'articolo 10 (a condizione che la stessa sia redatta in forma sintetica, chiara e di immediata comprensione ai cittadini e agli altri utenti finali) e ne assicura la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale dell'amministrazione".
Secondo quanto disposto dall'art. 10 del D.Lgs. n. 150/2009, le amministrazioni pubbliche, al fine di assicurare la qualità, comprensibilità e attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, redigono e pubblicano sul sito istituzionale entro il 30 giugno la Relazione annuale sulla performance. La Relazione deve essere approvata dall'organo di indirizzo politico-amministrativo e, poi, validata dall'OIV, ai sensi dell'art. 14 del medesimo Decreto. La validazione della Relazione sulla performance è condizione inderogabile per l'accesso agli strumenti per premiare il merito.
La Relazione sulla performance evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.
La Regione Veneto ha successivamente definito le modalità di applicazione del D.Lgs.150/2009 alle Aziende del proprio Servizio sanitario, in applicazione di quanto previsto dall'art.16 (e 31) del Decreto stesso, approvando da ultimo con la DGRV n. 140 del 16/2/2016 le Linee guida relative alla costituzione, al funzionamento e alle competenze attribuite agli Organismi Indipendenti di Valutazione delle Aziende Sanitarie.
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, propone di integrare la Relazione annuale sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni con il Documento di validazione della Relazione sulla performance, 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 predispone 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.
Tale DGRV recita che "Il documento di validazione della relazione, che come visto sopra sarà integrato dalla Relazione annuale sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni, prevedrà l'attestazione dell'OIV circa la verifica della predisposizione del Piano della Performance e dell'attuazione del processo di assegnazione, monitoraggio e verifica degli obiettivi", con la finalità di riassumere in un'unica relazione annuale le valutazioni dell'OIV sull'intero ciclo di attività che ha svolto l'Azienda in tema di performance nell'anno considerato.

L'OIV, supportato dalla struttura tecnica permanente per la misurazione della performance, ha pertanto redatto la presente Relazione integrata relativamente all'anno 2025.
I criteri guida dell'attività di validazione della Relazione sulla performance da parte dell'OIV sono innanzitutto stabiliti dall'art. 14, comma 4, lett. c), del D.Lgs. n. 150/2009, come modificato dall'art. 11, comma 1, lett. c), sub 3) del D. Lgs. n. 74/2017. Tale disposizione stabilisce che l'OIV valida la Relazione sulla performance "*a condizione che la stessa sia redatta in forma sintetica, chiara e di immediata comprensione ai cittadini e agli altri utenti finali*".
Inoltre, ai sensi del comma 4-bis dell'art. 14 del medesimo decreto legislativo, l'OIV deve tener conto, ove presenti, delle risultanze "*delle valutazioni realizzate con il coinvolgimento dei cittadini o degli altri utenti finali per le attività e i servizi rivolti*". Tale aspetto è anche richiamato dall'art. 19-bis del medesimo decreto.
Ai sensi dell'art. 6, inoltre, eventuali "*variazioni, verificatesi durante l'esercizio, degli obiettivi e degli indicatori della performance organizzativa e individuale sono inserite nella relazione sulla performance e vengono valutate dall'OIV ai fini della validazione*".
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.
Ulteriori e specifiche indicazioni in merito alla procedura di validazione sono state fornite dalle Linee Guida per la Relazione annuale sulla performance n. 3/2018 della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica.
Le Linee Guida evidenziano innanzitutto che la validazione della Relazione deve essere intesa come "validazione" del processo di misurazione e valutazione attraverso il quale sono stati rendicontati i risultati organizzativi e individuali riportati nella Relazione.
Inoltre, a pagina 15 delle Linee Guida, viene precisato che la validazione è effettuata sulla base dei seguenti criteri:

a) coerenza fra contenuti della Relazione e contenuti del Piano della performance relativo all'anno di riferimento;
b) coerenza fra la valutazione della performance aziendale complessiva effettuata dall'OIV e le valutazioni degli obiettivi di performance organizzativa riportate dall'amministrazione nella Relazione;
c) presenza nella Relazione dei risultati relativi a tutti gli obiettivi delle diverse strutture operative;
d) verifica che nella misurazione e valutazione delle performance si sia tenuto conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione a alla trasparenza;
e) verifica del corretto utilizzo del metodo di calcolo previsto per gli indicatori;
f) affidabilità dei dati utilizzati per la compilazione della relazione (con preferenza per fonti esterne certificate o fonti interne non auto-dichiarate, prime tra tutte il controllo di gestione);
g) effettiva evidenziazione, per tutti gli obiettivi e rispettivi indicatori, degli eventuali scostamenti riscontrati fra risultati programmati e risultati effettivamente conseguiti, con indicazione della relativa motivazione;
h) adeguatezza del processo di misurazione e valutazione dei risultati descritto nella Relazione

anche con riferimento agli obiettivi non inseriti nel Piano;

i) conformità della Relazione alle disposizioni normative vigenti e alle linee guida del Dipartimento della Funzione Pubblica (di seguito DFP);

j) sinteticità della Relazione (lunghezza complessiva, utilizzo di schemi e tabelle, ecc.);

k) chiarezza e comprensibilità della Relazione (linguaggio, utilizzo di rappresentazioni grafiche);

l) presenza dell'indice, di pochi rinvii ad altri documenti o a riferimenti normativi, ecc.

La struttura e i contenuti del documento tengono conto di quanto suggerito dalla delibera ANAC n. 23/2013, opportunamente aggiornati sulla base della successiva evoluzione normativa nazionale (D. Lgs. 74/2017 per quanto attiene a valutazione della performance e D. Lgs. 97/2016 per quanto attiene a prevenzione della corruzione e trasparenza) e alla luce delle specificità delle Aziende sanitarie.

Il presente documento si ispira ai principi di trasparenza, attendibilità, ragionevolezza, evidenza e tracciabilità, verificabilità dei contenuti e dell'approccio utilizzato.

La Relazione si articola nei seguenti punti:

1) performance organizzativa
2) performance individuale
3) processo di attuazione del ciclo della performance
4) infrastruttura di supporto
5) utilizzo dei risultati del Sistema di misurazione e valutazione
6) sistemi informativi e informatici a supporto del PTCT;
7) integrazione con il ciclo di bilancio ed i sistemi di controlli interni;
8) definizione e gestione degli standard di qualità;
9) verifica delle buone pratiche di promozione delle pari opportunità;
10) descrizione delle modalità del monitoraggio dell'Organismo di Valutazione;
11) proposte di miglioramento del sistema di valutazione.

Per effettuare tale analisi, l'O.I.V. ha preso in considerazione:

- il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance, approvato e pubblicato nel sito Amministrazione Trasparente;
- il Ciclo della performance di cui all'art. 4 del D. lgs 150/2009 e ss.mm.ii. che, in considerazione dell'art. 16, "*Le regioni, anche per quanto concerne i propri enti e le amministrazioni del Servizio sanitario nazionale, e gli enti locali adeguano i propri ordinamenti ai principi contenuti negli articoli 3, 4, 5, comma 2, 7, 9 e 15, comma 1. Per l'attuazione delle restanti disposizioni di cui al presente decreto, si procede tramite accordo da sottoscrivere ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo n. 281 del 1997 in sede di conferenza unificata.*"

Il Ciclo della performance risulta definito dai seguenti documenti:

- La DGR n. 1557 del 30/12/2024 con cui 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 2025;
- Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025-2027 approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 69 del 31/01/2025;
- Approvazione del Budget 2025, deliberazione del Direttore Generale n. 539 del 30/05/2025 con cui l'Azienda assegna gli obiettivi alle Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali con indicatori misurabili, controllabili e raggiungibili, riservandosi la facoltà di modificare e/o

integrare gli obiettivi di budget e/o i loro indicatori, a seguito di nuove indicazioni regionali oppure di eventuali osservazioni e/o proposte avanzate in corso d'anno dalle Unità Operative a fronte di eventi al momento non prevedibili, purché valutate coerenti con le strategie aziendali;

- Performance Individuale, nota prot. n. 23548 del 15/04/2025 del Direttore UOC Risorse Umane di avvio dell'assegnazione degli obiettivi e nota prot. 34757 del 22/05/2026 relativa alla chiusura del processo 2025.
- le modalità con le quali l'Amministrazione ha strutturato la propria organizzazione al fine di realizzare correttamente le attività previste dal ciclo della performance;
- l'attuazione della normativa in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione.

La presente Relazione viene pubblicata nel portale della *performance* sulla base di quanto previsto dalla normativa vigente in materia.

1. 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 2025 AOUI ha sviluppato la propria programmazione a partire dagli indirizzi e dalla normativa nazionale e regionale.

Nello sviluppo delle proprie linee strategiche ha tenuto conto della DGR n. 1557 del 30/12/2024 con cui 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 2025, i cui contenuti sono stati ulteriormente esplicitati attraverso il Vademecum Obiettivi DG 2025, versione 1.0 del 11/02/2025, versione 2.0 del 03.07.2025.

Con il *Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025-2027,* adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 69 del 31/01/2025 e trasmesso all'OIV in data 04/02/2025, AOUI ha evidenziato i target individuati per la propria strategia aziendale.

Le linee strategiche aziendali e regionali, tradotte in obiettivi, sono state presentate al Collegio di Direzione rispettivamente in data 18/12/2024 e 29/01/2025 e successivamente all'Organismo Indipendente di Valutazione durante la seduta del 06/02/2025.

Successivamente gli obiettivi sono stati declinati, attraverso una specifica scheda, alle Unità Operative Complesse (UOC) ed alle Unità Semplici a valenza Dipartimentale (USD), sia in ambito sanitario che tecnico-amministrativo; il Servizio Professioni Sanitarie ha provveduto a declinare le linee strategiche per i Moduli di Attività, coerentemente con quanto fatto per le UOC e USD.

La Direzione Aziendale con nota prot. n. 9901 del 11/02/2025, successivamente integrata con nota prot. 10243 del 12/02/2025, ha avviato il processo di negoziazione comunicando il calendario degli incontri di Budget, trasmettendo altresì le Schede Obiettivi 2025, oggetto della discussione, alle strutture aziendali.

Gli incontri di Budget sono stati svolti nel mese di marzo secondo il seguente calendario:

Incontri di Budget 2025			
DAI	**data**	**ora**	**luogo**
Medico Generale	03/03/2025	13-15	Aula incontri c/o Centro Marani
Cardio Polmonare e Vascolare	03/03/2025	16-18	Aula incontri c/o Centro Marani
Chirurgia e Oncologia	04/03/2025	14-16	Aula incontri c/o Centro Marani
Chirurgia e Odontoiatria	04/03/2025	16-18	Aula incontri c/o Centro Marani
Materno Infantile	06/03/2025	14-16	Aula incontri c/o Centro Marani
Emergenze e TI	06/03/2025	16-18	Aula incontri c/o Centro Marani
Neuroscienze	07/03/2025	14-16	Aula incontri c/o Centro Marani
Patologia e Diagnostica	10/03/2025	14-16	Aula incontri c/o Centro Marani
Dipartimento Amministrativo Unico - Unità Amministrative di Staff	18/03/2025	9-11	Aula incontri c/o Centro Marani
Dipartimeto Direzione Medico Ospedaliera - Unità Sanitarie di Staff			

La programmazione annuale di budget 2025 è stata formalmente approvata dall'AOUI con deliberazione del Direttore Generale n. 539 del 30/05/2025, avente ad oggetto "Approvazione Budget Anno 2025".

Nel mese di aprile è stata adottata la Deliberazione del Direttore Generale n. 390 del 16/04/2025 relativa al recepimento della DGR n. 1557 del 30/12/2024 sugli obiettivi regionali e relativo vademecum, individuando per ciascun obiettivo il relativo referente aziendale.

Inoltre, con le seguenti disposizioni la Regione Veneto ha assegnato ad AOUI i vincoli sulle risorse per l'anno 2025:

- Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 21 del 21/02/2025: Disposizioni per l'anno 2025 in materia di personale del SSR – obiettivi di costo 2025
- Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 122 del 01/09/2025: Disposizioni per l'anno 2025 in materia di personale del SSR – revisione obiettivi di costo 2025
- Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 12243 del 30/03/2026 Disposizioni per l'anno 2025 in materia di personale del SSR – revisione obiettivi di costo 2025
- Decreto del Direttore della Direzione Farmaceutico-Protesica-Dispositivi Medici n. 9 del 18/03/2025: Limiti di costo degli Enti del SSR per l'anno 2025 in materia di acquisto di beni e servizi sanitari in area farmaci, dispositivi medici, assistenza protesica e integrativa
- Decreto del Direttore della Direzione Farmaceutico-Protesica-Dispositivi Medici n. 11083 del 15/09/2025: Aggiornamento dei limiti di costo in materia di acquisto di beni e servizi sanitari in area farmaci, dispositivi medici, assistenza protesica e integrativa assegnati agli Enti del SSR per l'anno 2025

La Scheda Obiettivi 2025 dell'AOUI è articolata nei seguenti obiettivi:

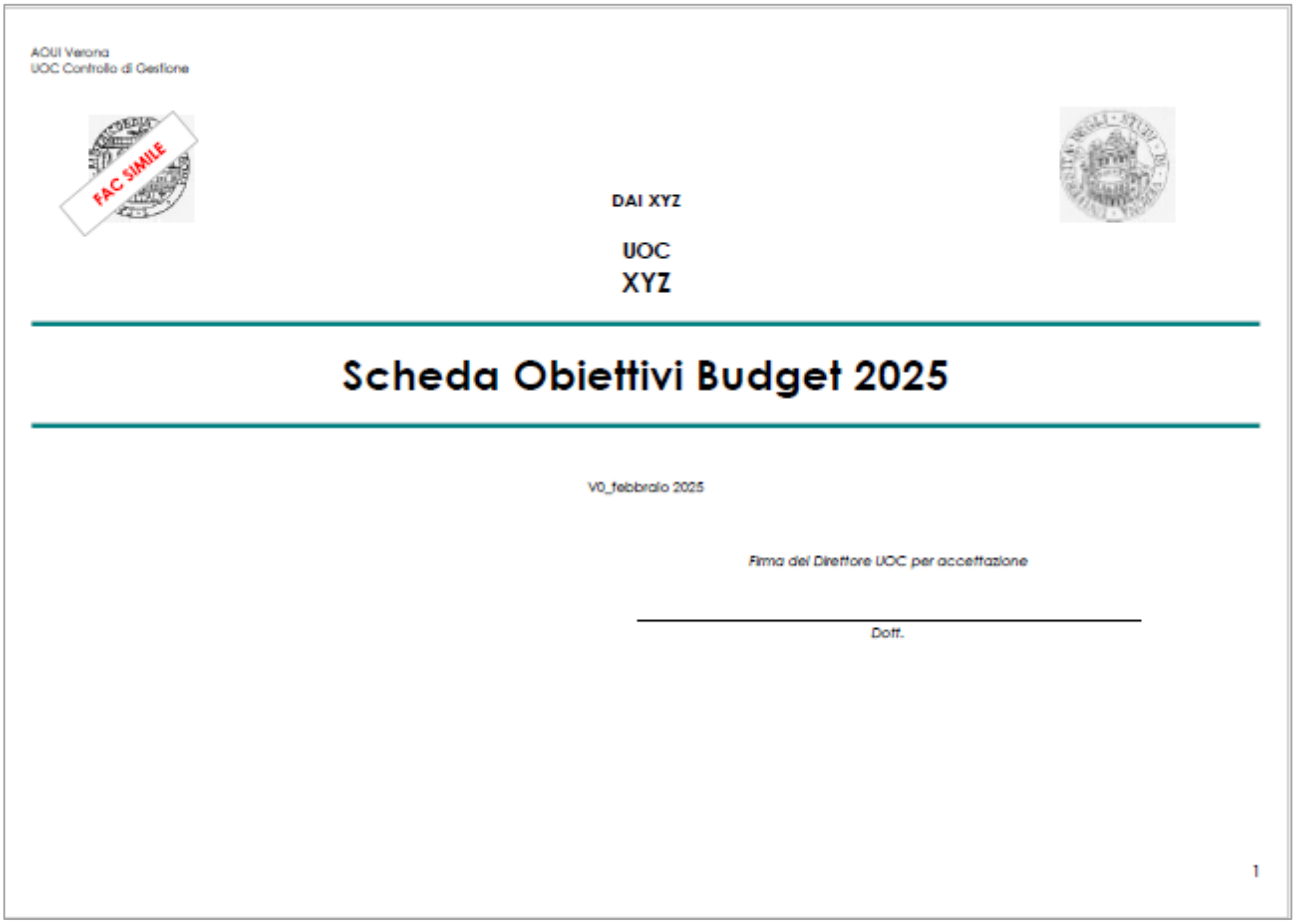
1. Riorganizzazione e transizione digitale: il paziente al centro
2. La sostenibilità ambientale ed efficientamento energetico
3. Tempi di attesa

4. Indicatori Sistemi di valutazione nazionale e regionale
5. Integrazione ospedale-territorio DM77/2022 e degenza media
6. Rischio Clinico
7. Valorizzazione ruolo di hub e potenziamento dell'offerta
8. Formazione, ricerca e studi clinici
9. Uso appropriato delle risorse
10. Efficientamento dei processi amministrativi
11. Sistema Gestione Qualità
12. Qualità percepita
13. Inclusione, accessibilità ed equilibrio di genere
14. Qualità debito informativo

Ciascun obiettivo, al quale è assegnato un peso, è a sua volta suddiviso in indicatori di misurazione con rispettivi target di raggiungimento.

Molti target trovano riferimenti puntuali ed espliciti nei programmi nazionali di valutazione esterna: Nuovo Sistema di Garanzia, Piano Nazionale Esiti del Ministero della Salute e Progetto Bersaglio del Network Regioni della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. 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.


AOUI Verona
UOC Controllo di Gestione

FAC SIMILE

DAI XYZ

UOC
XYZ

Scheda Obiettivi Budget 2025

V0_febbraio 2025

Firma del Direttore UOC per accettazione

Dott.

1

AOUI Verona
UOC Controllo di Gestione

FAC SIMILE

Verso il nuovo Ospedale: change management e lean thinking

Obiettivo	peso obt	cod	peso	Indicatore	target 2025	Valutatore
Riorganizzazione e transizione digitale: il paziente al centro	12,0	[illegible]	7,0	Partecipazione ad un gruppo di lavoro coordinato dal Comitato SIO per l'individuazione di soluzioni migliorative del Sistema Informativo in coerenza con una riorganizzazione dei processi in un'ottica lean	partecipazione alle analisi e successiva implementazione	ISO
		[illegible]	5,0	Saturazione delle sedute robotiche in funzione della programmazione aziendale	100%	GdL Robotica

Governo Clinico

Obiettivo	peso obt	cod	peso	Indicatore	2024	target 2025	Valutatore
Tempi di attesa	14,0	[illegible]	4,0	Rispetto dei tempi di attesa per prestazioni di ricovero programmato per classi priorità A e B (dato 2024 pre-consuntivo)	66%	>90%	DMO
		[illegible]	5,0	Aderenza al Regolamento del percorso del paziente chirurgico in AOUI: a) Presenza alla riunione liste settimanale; b) Prenotazione e composizione della lista operatoria con Trakcare, e contestuale abbandono del MUGO (da avviare una volta attuate le modifiche necessarie a Trakcare); c) Rispetto indicatori di monitoraggio del percorso chirugico (1. recupero del pregresso; 2. DM pre-operatoria); d) autonomia equipe chirurgica: n. interventi RO con Direttore come primo operatore / n interventi in RO		a) partecipazione >90%; b) 100%; c) rispetto indicatori (in attesa di indicazioni regionali); d) < 2024	GdL Sale Operatorie
		[illegible]	5,0	Potenziamento percorso presa in carico		Prescrizione e prenotazione delle prestazioni di controllo. Per la valutazione verranno prese in considerazione le segnalazioni di mancata presa in carico pervenute all'URP	DMO

2

AOUI Verona
UOC Controllo di Gestione

FAC SIMILE

Obiettivo	peso obt	cod	peso	Indicatore	2024	target 2025	Valutatore
Indicatori Sistemi di valutazione nazionale e regionale	12,0	[illegible]	2,0	% colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria < 3gg	92%	≥ 90%	NAC
		[illegible]	1,0	Percentuale di pazienti per i quali il primo intervento chirurgico dopo diagnosi di tumore del colon è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal Manuale PDTA del Ministero della Salute (esame diagnostico nei 60 giorni precedenti l'intervento)	91,4% (ottobre 2024)	≥85% o in miglioramento rispetto all'anno precedente	SMQ
		[illegible]	2,0	Percentuale di pazienti per i quali il primo trattamento medico o chirurgico dopo diagnosi di tumore del retto è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal Manuale PDTA del Ministero della Salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)(esame diagnostico nei 60 giorni precedenti il primo trattamento chemioterapico, radioterapico o chirurgico)	62,5% (ottobre 2024)	≥80% o in miglioramento rispetto all'anno precedente	SMQ
		[illegible]	2,0	Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (Bersaglio C.10.3.1)	4%	≤3,46%	NAC
		[illegible]	1,0	Percentuale di pazienti con tumore al retto sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (Bersaglio C.10.3.2)	1,3% (anno 2023)	≤3,13%	NAC
		[illegible]	2,0	Programma Patient Blood Management per pazienti candidati ad intervento chirurgico in elezione	-	Adesione al PDTA PBM regionale (n. visite PBM / n. interventi in elezione > 90%)	Medicina Trasfusionale
		[illegible]	2,0	% di interventi di chirurgia oncologica effettuati: a) per tumore colon; b) tumore retto	a) 79; b) 19	a) >30; b) in attesa di target regionale	NAC

3

FAC SIMILE

Obiettivo	peso obt	cod	peso	Indicatore	2024	target 2025	Valutatore
In[illegible]ne o[illegible]territorio [illegible]7/2022 e degenza media	3,0	[illegible]	[illegible]	DM (al netto outliers)	5,1	mantenimento	DMO

Obiettivo	peso obt	cod	peso	Indicatore	2024	target 2025	Valutatore
Rischio Clinico	3,0	[illegible]	[illegible]	N. segnalazioni di reazioni avverse a farmaci (ADR)	10	≥6	Farmacologia
		[illegible]	[illegible]	Potenziamento della dispositivo vigilanza: partecipazione del Referente Rischio Clinico (comparto o medico) e di un altro clinico o IP dell'UO alla formazione		100% partecipazione	Farmacia

Obiettivo	peso obt	cod	peso	Indicatore		2024	target 2025	Valutatore
Valorizzazione ruolo di hub e potenziamento dell'offerta	21,0	[illegible]	[illegible]	N interventi (RO+DH)		1.115	≥ 1.120	DMO
		[illegible]	[illegible]	Attività di ricovero RO+DH (con valutazione della complessità degli stessi)		€ 6.202.427	≥ 6.250.000 €	DMO
		[illegible]	[illegible]	Attrazione per pazienti extraregione	extraregione totale	€ 690.036	≥ 704.000 €	DMO
					extraregione alta complessità	€ 332.563		
		[illegible]	[illegible]	Attività di specialistica ambulatoriale per esterni. NB: per il valore delle prestazioni di specialistica verrà tenuto in considerazione l'impatto del nuovo tariffario		€ 210.952	≥ 217.281 €	DMO
		[illegible]	[illegible]	N prest LP / N prest istituzionali			≤ 1	DMO

FAC SIMILE

Obiettivo	peso obt	cod	peso	Indicatore	target 2025	Valutatore
Formazione, ricerca e studi clinici	6,0	[illegible]	[illegible]	a) censimento delle pubblicazioni 2025 b) numero di pubblicazioni frutto di collaborazioni a livello istituzionale, nazionale e internazionale nella produzione scientifica	a) entro 15/02/2026 b) mantenimento	SSPI
		[illegible]	[illegible]	Sviluppo e mantenimento di competenze dei professionisti attraverso la formazione ECM: % corsi formativi organizzati rispetto ai corsi inseriti nel PAF 2025	≥65%	SSPI
		[illegible]	[illegible]	Formazione ICA e igiene mani: personale presente al 1° gennaio 2025 e formato entro dicembre 2025/personale presente al 1° gennaio 2025	≥ 80%	DMO

Obiettivo	peso obt	cod	peso	Indicatore	target 2025	Valutatore
Uso appropriato delle risorse	12,0	[illegible]	[illegible]	a) Valore consumi/budget assegnato con scheda allegata; b) Analisi degli scostamenti rispetto al budget assegnato nei casi di sforamento	a) ≤1; b) Analisi trimestrale	Farmacia/ CdG

Qualità e responsabilità sociale

Obiettivo	peso obt	cod	peso	Indicatore	target 2025	Valutatore
Sistema Gestione Qualità	1,0	[illegible]	[illegible]	Partecipazione agli incontri per la valutazione del rischio stress lavoro correlato	secondo cronoprogramma	SPP

AOUI Verona
UOC Controllo di Gestione

FAC SIMILE

Obiett[illegible]	peso obt	[illegible]	[illegible]	Indicatore	target 2025	Valutatore
Q[illegible]a percepita	3,0	[illegible]	3,0	1) Rispetto delle attività programmate relative alle indagini di qualità percepita (PREMs): a) miglioramento tasso di adesione; b) individuazione di almeno un'azione di miglioramento per risolvere eventuali criticità e/o suggerimenti riscontrati dall'analisi dei report trasmessi da Azienda Zero/AOUI Verona 2) Adesione all'indagine sul clima organizzativo	1): a) Tasso di adesione ≥ rispetto anno 2024; b) ≥ 1 azione di miglioramento 2) adesione ≥ 50%	SMQ-GRU

Obiettivo	peso obt	[illegible]	[illegible]	Indicatore	target 2025	Valutatore
Qualità debito informativo	13,0	[illegible]	3,0	1) Tempestività del flusso SDO: % SDO chiuse nei tempi previsti; 2) Completezza e qualità del flusso: valore medio DRG N.B. si terrà conto di eventuali problemi informatici	1) > 95% entro il mese successivo, 100% entro il 20/01/2026; 2) ≥ 2024 (tolleranza del -3%)	NAC
		[illegible]	3,0	Rispetto dei tempi di consegna della copia della documentazione sanitaria agli interessati aventi diritto: n. Cartelle cliniche consegnate entro i tempi previsti dalla Legge n. 24 del 08.03.2017 (c.d. Legge Gelli-Bianco, "termine massimo di trenta giorni dalla presentazione della richiesta") / n. Cartelle cliniche richieste N.B. si terrà conto di eventuali problemi informatici	> 95%	DMO
		[illegible]	3,0	SIO: a) Manutenzione del piano di lavoro delle prestazioni ambulatoriali in corso d'anno e completa a fine anno: tutte le prestazioni devono risultare in stato eseguito o cancellato; b) completo utilizzo delle funzionalità del nuovo SIO N.B. si terrà conto di eventuali problemi informatici	a) 100%; b) azzeramento dell'utilizzo di applicativi/modalità operative diverse da quelle previste da TC	GdL SIO

6

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

Gli obiettivi sono stati assegnati per singolo centro di responsabilità, tenendo conto delle risorse assegnate per il conseguimento degli stessi. Attraverso la reportistica periodica è stato possibile verificare la presenza di eventuali scostamenti tra quanto programmato e quanto effettivamente realizzato.

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

La reportistica – a livello aziendale e per singolo centro di responsabilità – prevede, per ciascuno degli obiettivi descritti in precedenza, l'evidenziazione degli indicatori di misurazione, i valori a consuntivo messi a confronto con il valore target atteso, al fine di valutare gli eventuali scostamenti atti ad individuare ogni possibile azione correttiva.

Nel corso del 2025, il Nucleo Aziendale di Controllo (NAC) ha proseguito l'attività di monitoraggio sull'appropriatezza dei ricoveri e, compatibilmente con le difficoltà legate all'introduzione del SIO, ha costantemente verificato il livello di chiusura delle Schede di Dimissione Ospedaliera, inviando regolarmente ai Direttori delle Unità Operative l'elenco dettagliato delle schede ancora aperte.

La Direzione Medica Ospedaliera, con il supporto del Controllo di Gestione, ha costantemente monitorato l'andamento delle liste di attesa chirurgiche ed ambulatoriali attraverso specifici report.

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*, trasmesso alle strutture aziendali unitamente alla *Scheda di valutazione della performance organizzativa*.
Il sistema di valutazione della performance organizzativa vigente in AOUI prevede che i Direttori delle Unità Operative Complesse, i Responsabili delle Unità Semplici a valenza Dipartimentale e i Coordinatori dei Moduli di Attività 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 ed inviate al Controllo di Gestione, vengono analizzate dalla Direzione Aziendale.
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, 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 la performance, individuale ed organizzativa, con il sistema premiante trova realizzazione negli accordi integrativi siglati con le Organizzazioni Sindacali di categoria. Per il comparto essi 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 ≥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 individuali, 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 al risultato raggiunto.
Solo limitatamente al personale del Comparto, 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. Tale verifica, effettuata in occasione del monitoraggio infrannuale degli obiettivi da parte della Regione Veneto, consente ad AOUI di evidenziare lo stato di avanzamento, limitatamente agli obiettivi misurabili in conso d'anno che si riflettono sull'erogazione della quota A.
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.
I criteri di valutazione dei ***dirigenti appartenenti all'Area Sanità*** sono stati modificati nell'accordo integrativo sottoscritto in data 25.07.2022, a valere dal 01/01/2022. Esiste una differenziazione del valutatore in base al tipo di incarico posseduto dal Dirigente:
- i Dirigenti con incarico di Struttura Complessa, di Struttura Semplice Dipartimentale e di Altissima Professionalità dipartimentale sono valutati dal Direttore di Dipartimento;
- tutti gli altri Dirigenti saranno valutati dai rispettivi Direttori di Unità Operativa Complessa o dai Responsabili di Unità Operativa Semplice a Valenza Dipartimentale in base all'afferenza.
Gli obiettivi individuali vengono assegnati ai Dirigenti attraverso il "modulo di assegnazione degli obiettivi"; in tale modulo sono individuati anche gli indicatori che verranno utilizzati in fase conclusiva per valutare i risultati raggiunti da ogni Dirigente.
Gli obiettivi assegnati ai Dirigenti e indicati nel modulo dovranno rispettare le seguenti peculiarità:
- essere prestazionali per tutti i Dirigenti;
- per i Direttori/Responsabili di Struttura devono essere previsti anche obiettivi di tipo gestionale;
- essere oggettivamente raggiungibili;
- avere indicatori di risultato definiti e oggettivi;
- essere misurabili in modo oggettivo;
- essere coerenti alla posizione funzionale assegnata e al grado di responsabilità delegato.
La quota di retribuzione di risultato viene riconosciuta al Dirigente in proporzione al livello di raggiungimento degli obiettivi individuali conseguiti. Il punteggio ottenuto dovrà essere poi ponderato con un coefficiente di maggiorazione corrispondente all'incarico individuale posseduto dal singolo dirigente:
- 1,2 per i direttori di struttura complessa;
- 1,1 per i dirigenti responsabili di struttura semplice dipartimentale e non e i dirigenti con incarico di altissima professionalità dipartimentale e non;
- 1 per tutti gli altri dirigenti;
La somma dei punteggi raggiunti da tutti i Dirigenti (obiettivi raggiunti) verrà utilizzata quale divisore nel rapporto di suddivisione del fondo. Tale quoziente verrà utilizzato come moltiplicatore del valore degli obiettivi raggiunti da ogni singolo Dirigente al fine di individuare il corrispettivo economico. Sarà attribuito al 5% dei Dirigenti che hanno ottenuto le performance più elevate una maggiorazione del 30% rispetto all'importo ottenuto.
I criteri di valutazione dei dirigenti ***appartenenti al ruolo Professionale, Tecnico e Amministrativo*** sono stati stabiliti nell'accordo integrativo sottoscritto in data 22.03.2022.

Esiste una differenziazione in base al tipo di incarico conferito:
- Dirigente con incarico di Struttura Complessa e di Struttura Semplice Dipartimentale: la valutazione viene effettuata a cura del Direttore di Dipartimento, sentito il Direttore Sanitario o il Direttore Amministrativo (secondo l'area di appartenenza) sulla base del livello di raggiungimento degli obiettivi di budget (performance organizzativa) assegnati all'Unità Operativa nell'anno di riferimento;
- altri Dirigenti: la valutazione avviene a cura dei rispettivi Direttori di Unità Operativa di afferenza, attraverso la scheda di valutazione individuale, che considera 5 parametri:

- qualità del contributo assicurato alla performance generale della struttura (U.O.)
- grado di conseguimento di specifici obiettivi individuali (grado attuazione compiti affidati)
- grado di competenza professionale (e manageriale – solo per i Direttori di Struttura) dimostrata nel perseguire il raggiungimento degli obiettivi
- capacità di valutare i propri collaboratori rendendoli partecipi al conseguimento degli obiettivi. Capacità di generare un clima organizzativo favorevole alla produttività
- grado di adesione ai valori aziendali, tra cui trasparenza, onestà, coerenza, orientamento all'utenza, rispetto delle persone e delle cose, valorizzazione dei collaboratori, qualità e impegno, responsabilità, apertura al cambiamento.

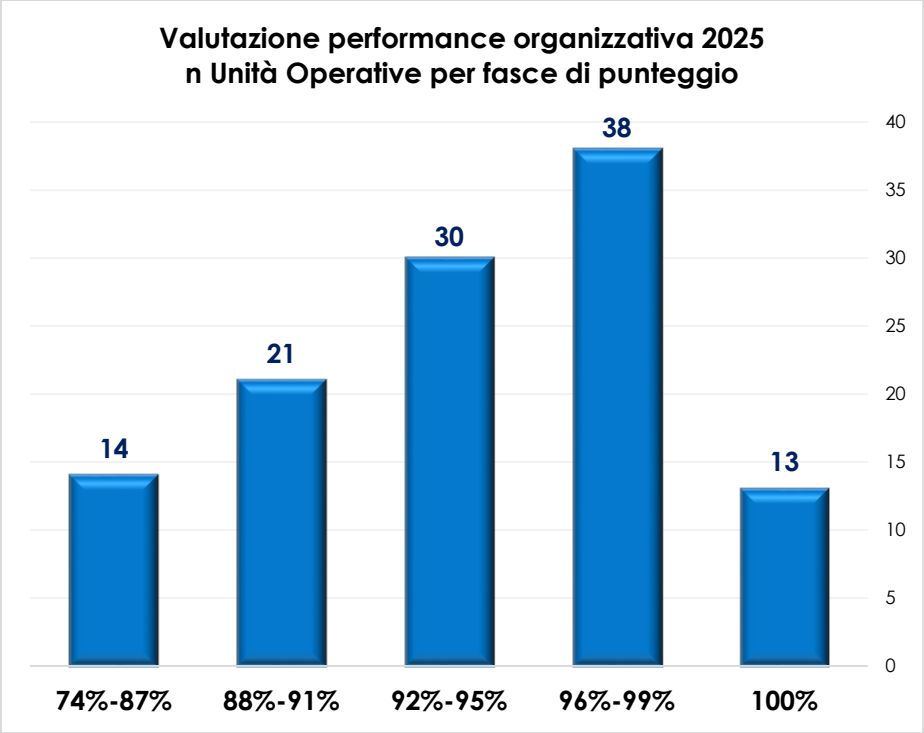
I punteggi dei singoli item della scheda possono assumere i seguenti valori: 2-8-16-18-20. Il metodo di calcolo per l'assegnazione della retribuzione individuale di risultato si basa sulla somma dei punteggi attribuiti aggregando poi i punteggi per range:

Fascia di	**Quota**
Da 10 a 30	0%
Da 31 a 47	30%
Da 48 a 67	60%
Da 68 a 80	80%
>81	100%

Il risultato così conseguito viene infine moltiplicato per la percentuale di raggiungimento degli obiettivi riferiti all'Unità Operativa di appartenenza (performance organizzativa), così come certificato dal Controllo di Gestione, e parametrato ai giorni di presenza.
La scheda di valutazione individuale costituisce, con riferimento all'anno precedente, non solo la valutazione ai fini dell'assegnazione della retribuzione di risultato ma, al termine dell'incarico conferito, per la sola Dirigenza Medica viene utilizzata dal Collegio Tecnico di valutazione di II istanza per la valutazione relativa all'attività professionale ed ai risultati raggiunti, al fine della conferma o revoca dell'incarico. Serve altresì per la verifica riconducibile all'applicazione di eventuali ulteriori istituti contrattuali. Al fine di documentare l'avvenuta informativa sugli elementi costitutivi del processo di valutazione, si prevede che il Direttore valutatore richieda al Dirigente valutato di apporre la propria firma per presa visione sulla scheda, con eventuali osservazioni del valutato stesso e la data in cui è avvenuto l'incontro.

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.
L'OIV ha potuto riscontrare la distribuzione dei punteggi ottenuti dalle strutture aziendali.



2. 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 al processo 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 e al punteggio della valutazione individuale assegnato ad ogni dipendente.
L'incentivo economico riconosciuto ai dipendenti oltre che per i punteggi sopra esposti, varia in base ai criteri sotto riportati:

Dirigenza Area Sanità

Ai punteggi assegnati ai dipendenti nelle schede di valutazione è applicato, ai fini della determinazione della somma economica spettante, un coefficiente di maggiorazione in funzione dell'incarico assegnato (1,2 Direttori di struttura complessa, 1,1 Responsabili di struttura semplice e di altissima professionalità e 1 per tutti gli altri tipi di incarico). La somma di tutti i coefficienti maggiorati costituisce il divisore del fondo con cui viene individuato il punto caratura. Lo stesso costituirà il coefficiente moltiplicatore della valutazione individuale maggiorata. Il prodotto risultante costituirà l'importo economico riconosciuto ai dirigenti. Le quote risultano direttamente correlate al punteggio raggiunto (punti 95 quota individuale 95, punti 87 quota individuale 87).

Dirigenza P.T.A.

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

Comparto

Giudizio complessivo	*Insufficiente*	*Scarso*	*Sufficiente*	*Buono*	*Ottimo*
Punteggio complessivo	8-27	28-48	49-70	71-87	88-100
Quota % parametrale	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 e osserva che, in alcuni casi, va migliorata ulteriormente la caratterizzazione di maggiori obiettivi o maggiori responsabilità che spesso non sembrano integrare attività diverse e incrementali rispetto a quelle ordinarie.
A tal fine, è stato richiesto e prodotto da parte dei Direttori di UO una dichiarazione, sulla base di criteri predefiniti, che andasse ad evidenziare le caratteristiche di straordinarietà dei diversi progetti, unitamente all'impatto sull'organizzazione.

Maggiorazione

In riferimento all'istituto della maggiorazione, si specifica che è previsto per le tre aree contrattuali.

In applicazione di quanto previsto dall'art. 82 del CCNL 21.5.2018 e all'Accordo di Contrattazione Integrativa Aziendale del 12.12.2024, è attribuita ai dipendenti del Comparto 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.
Ai sensi dell'art. 93, commi 7 e 8, CCNL 19.12.2019 e del Verbale di Contrattazione Integrativa Aziendale ex art.7, comma 5, lett. b n. 5 TER, al 5% dei Dirigenti Area Sanità che hanno garantito che ai livelli di performance più elevati, può essere attribuita una retribuzione di risultato con una maggiorazione del 30% rispetto al valore individuale complessivo conseguito.
Ai sensi dell'art. 30, comma 2, CCNL 17.12.2020 e del Verbale di Contrattazione Integrativa Aziendale ex art. 66 lett. b) E i) del 23.02.2022, ai Dirigenti PTA è attribuita una retribuzione di risultato con una maggiorazione del 30% rispetto al valore medio pro-capite delle risorse destinate alla retribuzione di risultato, nella misura del 10% arrotondato per eccesso, del personale in servizio, che abbia conseguito le valutazioni più elevate, in base al sistema di valutazione adottato dall'amministrazione.
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.

L'OIV prende atto che, anche a seguito dei suggerimenti avanzati all'Amministrazione, con l'entrata in vigore del nuovo contratto integrativo aziendale, sottoscritto in data 14 aprile 2026, è stato introdotto il superamento del meccanismo di erogazione mensile delle quote incentivanti, del riconoscimento dell'istituto delle maggiori responsabilità e della destinazione di quote del "Fondo del Direttore Generale". La nuova disciplina contrattuale entrerà in vigore a partire dal 2026.

3. Processo di attuazione del ciclo delle performance

Il processo di attuazione del Ciclo delle performance organizzative è coordinato dall'UOC Controllo di Gestione che applica la metodologia di budget al fine di garantire efficacia ed efficienza nei processi di acquisizione e impiego delle risorse. L'UOC Risorse Umane supporta il processo di valutazione individuale, anche attraverso l'utilizzo di un software dedicato alla gestione del sistema di valutazione individuale.
Per l'anno 2025 l'OIV attesta che:

- il ciclo della performance per l'anno 2025 ha preso avvio con la pubblicazione del *Piano Integrato di attività e Organizzazione 2025-2027,* adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 69 del 31/01/2025, atto col quale l'AOUI ha identificato i propri obiettivi strategici;

- gli indirizzi individuati sono stati declinati in obiettivi operativi, integrati con le indicazioni pervenute dalla Regione Veneto[1], condivisi con i Direttori /Resposnsabili di unità operativa in data 18/12/2024, con i coordinatori tecnico-infermieristici il 19/12/2024 e con l'OIV in data 06/02/2025, e trasmessi alle strutture aziendali attraverso la Scheda di Budget 2025;
- il Controllo di Gestione, mensilmente, in sede di Collegio di Direzione ha illustrato l'andamento dell'attività con riferimento ai principali indicatori;
- la reportistica inerente ai consumi per unità operativa è stata prodotta e messa a disposizione dal Controllo di Gestione dell'AOUI il 06/05/2025 (3 mesi 2025), il 21/08/2025 (6 mesi 2025), il 05/11/2025 (9 mesi 2025), il 23/01/2026 (anno 2025);
- lo status dei principali indicatori e attività contenuti nella Scheda Obiettivi è stato inviato in data 21/08/2025 per il periodo gennaio-giugno 2025 e in data 12/11/2025 per il periodo gennaio-settembre 2025;
- nel corso dell'anno sono stati organizzati diversi incontri sul monitoraggio degli indicatori di esito e processo critici con la partecipazione della Direzione aziendale, del Nucleo Aziendale di Controllo, della Direzione Medica Ospedaliera, del Controllo di Gestione e dei Direttori delle Unità Operative interessate, al fine di individuare ulteriori interventi correttivi anche dal punto di vista organizzativo;
- per quanto concerne le aree ritenute di rilevanza strategica con particolare riferimento al Piano di Recupero dei tempi di attesa e dell'attività, la Direzione di AOUI ha istituito un tavolo tecnico di monitoraggio;
- sono stati elaborati report specifici di analisi e di approfondimento infra-annuali, su richiesta della Direzione Aziendale, dei Direttori di Dipartimento e dei Direttori/Responsabili di Unità Operativa;
- la scheda di valutazione della performance organizzativa anno 2025 è stata inviata alle strutture aziendali il 25/06/2026;
- la Relazione sulla Performance 2025 è stata adottata con deliberazione del Direttore Generale n. 658 del 18/06/2026 e pubblicata nell'apposita sezione dell'area Amministrazione Trasparente del sito aziendale;
- la Struttura Tecnica Permanente si conferma adeguata in termini di competenze, disponibilità e tempestività nel supporto all'operatività dell'OIV.

4. 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. Va sottolineato che, con l'avvio del SIO, si è reso necessario rivedere il processo di integrazione dei dati con il DWH del Controllo di Gestione; tale processo non è ancora a pieno regime.

[1] DGRV n. 1557 del 30/12/2024: Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ed Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2025

Le principali fonti aziendali che alimentano il Datawarehouse sono relative ai seguenti ambiti: ricoveri ordinari e diurni, movimentazione ospedaliera, registro operatorio informatizzato, prestazioni ambulatoriali, costi di beni sanitari e non sanitari, costi complessivi per fattore produttivo e centri di costo, personale.
Periodicamente vengono elaborati, secondo le scadenze prestabilite, i dati finalizzati agli adempimenti normativi in materia di debito informativo (flusso SDO, SPS, ….) e quelli a supporto della Direzione aziendale.
AOUI verifica lo stato di avanzamento del raggiungimento degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi delle Aziende assegnati dalla Regione Veneto; tali verifiche vengono condotte anche in occasione degli incontri periodici di monitoraggio tra i Referenti regionali e le Direzioni strategiche delle singole aziende.
Per quanto riguarda invece il ciclo della performance individuale, il sistema di raccolta dei dati dal 2018 è completamente informatizzato e messo a regime.

5. 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 (RPCT) dell'AOUI ha partecipato alle riunioni dell'OIV, al fine di informare ed evidenziare il rispetto degli obblighi della normativa e l'adeguamento agli schemi di pubblicazione definiti da ANAC con delibera n. 495 del 25/09/2024 e successivamente modificati con delibera n. 481 del 3/12/2025. Ha dato seguito alle rilevazioni dell'Organismo, adoperandosi perché i responsabili delle pubblicazioni provvedessero all'aggiornamento tempestivo di dati/documenti/ informazioni ove necessario. Ha trasmesso i risultati della verifica svolta a supporto dell'OIV in occasione dell'attestazione annuale.
Per quanto attiene alla corrispondenza tra quanto pubblicato dall'AOUI sul suo sito istituzionale e quanto previsto dalla normativa si rinvia all'attestazione del 25/06/2026 (documento con numero di registro n. 122539), prodotta attraverso l'applicazione web predisposta da ANAC e pubblicata dal RPCT in data 29/06/2026, secondo le indicazioni della delibera ANAC n. 168 del 15/04/2026 con oggetto "Attestazioni OIV, o strutture con funzioni analoghe, sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione riferiti all'annualità 2025" .
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.

6. Definizione e gestione degli standard di qualità

AOUI ha adottato un sistema di definizione e monitoraggio degli obiettivi, delle attività e dei costi, che recepisce i principali indirizzi nazionali e regionali e li integra con obiettivi specifici aziendali.

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 per la Qualità secondo gli standard previsti dalla norma ISO 9001, attualmente nella versione del 2015, 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. 316 del 27.03.2024 e successivi provvedimenti attuativi, che hanno previsto, tra l'altro, l'istituzione di nuove Unità Operative, a inizio del 2025 è stato avviato il percorso per la certificazione, secondo la Norma UN EN ISO 9001:2015, di ulteriori Unità Operative.

Attualmente il Sistema di Gestione per la Qualità dell'AOUI di Verona è certificato, secondo la norma ISO 9001:2015, dall'Ente di certificazione Bureau Veritas Italia che, con la periodicità annuale, verifica la rispondenza agli standard definiti. Le verifiche effettuate a maggio del 2025, pertanto, hanno riguardato le Unità Operative, indicate di seguito, con il coinvolgimento dei Moduli di Attività che assistono le stesse, per il rinnovo della certificazione ISO 9001:2015 del Sistema di Gestione per la Qualità (SGQ) e del PDTA Programma Trapianto di Cellule Staminali Emopoietiche (PDTA 21): UOC Cardiochirurgia, UOC Chirurgia Maxillo-Facciale e Odontoiatria, UOC Direzione Medica Ospedaliera per la Gestione e l'Organizzazione Ospedaliera, UOC Direzione Medica Ospedaliera per le Funzioni Igienico-Sanitarie e Prevenzione dei Rischi, UOC Ematologia, UOC Farmacia, UOC Gastroenterologia A, UOC Geriatria B, UOC Medicina Legale, UOC Medicina Trasfusionale (sede BR), UOC Neuropsichiatria Infantile, UOC Oculistica, UOC

Oncoematologia Pediatrica, UOC Pediatria B, UOC Psichiatria B, USD Chirurgia dei Trapianti di Rene, UOC Psicosomatica e Psicologia Medica, UOC Qualità, Accreditamento e Rischio Clinico, UOC Reumatologia, UOC Urologia, UOS Servizio di Farmacologia, UOS Servizio per le Professioni Sanitarie, USD Chirurgia Proctologica e del Perineo, USD Psicologia Clinica BR, USD Trapianti Epatici.

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.
- la certificazione EUSOMA (European Society of Breast Cancer Specilists), 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. A novembre 2024 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. Gli audit hanno 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, UOC Geriatria B, UOC Farmacia, USD Psicologia Clinica BT, Genetica clinica, Case Manager, Data Manager ,Breast Care Nurse (UOC Chirurgia Senologica) e Breast Care Nurse (UOC Oncologia).
- 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.

Nel 2025, l'AOUI ha avviato il percorso internazionale di certificazione, da parte dell'European BURNS ASSOCIATION (EBA), del Centro Ustioni afferente alla UOC di Chirurgia Plastica. Il riconoscimento della certificazione ha l'obiettivo di fornire un processo oggettivo, equo,

coerente, basato su evidenze scientifiche, aggiornato e utile per valutare la qualità dell'assistenza del Centro Ustioni afferente alla UOC Chirurgia Plastica, che rappresenta già un punto di riferimento nazionale ed europeo per la formazione degli operatori sull'utilizzo delle più innovative tecniche a disposizione.

L'AOUI ha proseguito con il percorso internazionale di accreditamento per i servizi di Radiologia Interventistica Oncologica (IASIOS, International Accreditation System for Interventional Oncology Services) dell'UOC di Radiologia BT. Il sistema di accreditamento IASIOS si basa su "Standard di garanzia della qualità in oncologia interventistica" sviluppati con il contributo della Società europea di radiologia cardiovascolare e interventistica (CIRSE). IASIOS è gestito dall'Interventional Radiology Accreditation Service (IRAS) ed è stato appositamente sviluppato per le strutture mediche che operano nel campo dell'oncologia interventistica (OI). L'intento di IASIOS è quello di fornire linee guida per la definizione di standard nell'OI, sostenendo le strutture OI nel loro percorso per la conformità agli standard e riconoscendo gli sforzi compiuti attraverso un accreditamento ufficiale.

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 anche per il biennio 2024-2025. 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).

7. Utilizzo dei risultati del Sistema di Misurazione e Valutazione

AOUI assicura il continuo adeguamento del processo di definizione del *Piano Integrato di Attività e Organizzazione* in recepimento del mutato contesto normativo all'interno del quale opera.

Anche per l'anno 2025 AOUI:

i. ha realizzato la propria programmazione a partire dagli indirizzi e dalla normativa di programmazione nazionale e regionale, puntualmente richiamati nel *Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025-2027,* adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 69 del 31/01/2025;
ii. 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 rispetto dei tempi di attesa e degli indicatori di esito e processo (NSG). Tali obiettivi risultano in linea con le direttive regionali;
iii. ha impostato ed attuato un sistema di monitoraggio di tali obiettivi ed un sistema di valutazione premiante idoneo a verificare la misurazione dell'effettivo raggiungimento degli obiettivi stessi.

La valutazione della performance organizzativa è finalizzata anche al riconoscimento degli incentivi previsti dal sistema premiante ed è collegata alla valutazione della performance individuale, che misura l'apporto di ciascun dipendente al raggiungimento degli obiettivi di struttura. La valutazione individuale è effettuata dal dirigente diretto superiore del valutato, secondo i principi del contraddittorio e della partecipazione, tenendo in considerazione anche i comportamenti contestati o formalmente sanzionati.

I risultati del sistema di misurazione e di valutazione delle performance generano dunque ricadute giuridiche ed economiche; essi, infatti, assumono rilievo sia ai fini dell'assegnazione, conferma e revoca degli incarichi professionali e di struttura, che ai fini dell'erogazione degli incentivi direttamente correlati agli esiti delle valutazioni espresse.

L'OIV esprime una valutazione positiva sull'efficacia delle azioni poste in essere dall'amministrazione alla luce dei risultati conseguiti nel ciclo della performance precedente, riscontrando l'effettivo utilizzo dei risultati conseguiti ai fini di un progressivo miglioramento della gestione.

In particolare gli esiti del precedente ciclo della performance, oltre ad essere utilizzati per migliorare il processo di programmazione e per effettuare le attività di valutazione da parte dell'OIV sono stati anche la base delle attività finalizzate alla revisione del sistema di misurazione e valutazione che è sempre in work progress.

La sintesi dei risultati della performance è contenuta nella Relazione sulla Performance 2025.

8. 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 2025 sono stati effettuati 7 incontri:

- in data 06/02/2025 in modalità *meet;*
- in data 03/04/2025 in modalità meet*;*
- in data 19/06/2025 in presenza;
- in data 28/07/2025 in modalità *meet;*
- in data 05/09/2025 in modalità *meet*;
- in data 24/10/2025 in modalità *meet*;

- in data 04/12/2025 in modalità *meet*;

A questi vanno aggiunti ulteriori incontri che l'OIV ha svolto autonomamente al fine di effettuare specifici approfondimenti.

L'OIV ha esaminato inoltre le progettualità (maggiori obiettivi e maggiori responsabilità) che sono state inviate e che hanno consentito l'erogazione di compensi ulteriori rispetto alla produttività generale (fatto 100 il complesso del Fondo di produttività erogato, maggiori obiettivi e maggiori responsabilità rappresentano il 5,7% del totale).

L'OIV ha inoltre espletato gli adempimenti relativi all'attestazione sulla trasparenza, secondo le nuove modalità introdotte da ANAC.

9. Descrizione delle buone pratiche di promozione delle pari opportunità e di benessere organizzativo

In data 27/03/2026 è stata trasmessa all'OIV la Relazione del Comitato Unico di Garanzia per l'anno 2025.

Al riguardo si sottolinea la necessità di un forte legame tra le dimensioni di pari opportunità, benessere organizzativo e performance delle amministrazioni. È infatti evidente che l'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e il miglioramento dell'efficienza e della qualità dei servizi non può prescindere dalla creazione di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei princìpi di pari opportunità, di benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza, anche solo morale o psichica, sui lavoratori.

La promozione delle pari opportunità e, più in generale, del benessere organizzativo nella pubblica amministrazione è punto di partenza per il raggiungimento degli obiettivi di valore pubblico auspicati dall'Amministrazione.

Anche nel 2025 AOUI è riuscita a garantire la promozione, organizzazione e realizzazione di numerose iniziative ed attività gratuite sia in ambito del benessere fisico e/o psicologico dei lavoratori e delle lavoratrici sia in quello della conciliazione tra tempi di vita e di lavoro. Inoltre, anche per il 2025, le figure della Disability Manager e della Consigliera di Fiducia – istituite da molti anni in Azienda – hanno contribuito a fornire un supporto molto utile e qualificato nell'individuare ed indicare soluzioni volte a ridurre e/o eliminare cause di disagio organizzativo segnalate e nel suggerire azioni e percorsi anche formativi rivolti al personale dell'AOUI.

10. Metodi di verifica dei criteri di validazione

Il metodo e il processo di validazione sono stati definiti coerentemente a quanto stabilito dalla DGRV 140/2016 e dalle Linee Guida n. 3/2018 del Dipartimento della Funzione Pubblica.

La validazione della Relazione è il risultato di un articolato processo che ha coinvolto diversi soggetti e, in particolare, i seguenti:

- il *Direttore Generale* che con deliberazione n. 658 del 18/06/2026 ha approvato la Relazione sulla performance per l'anno 2025;
- L'*UOC Risorse Umane, Personale Universitario in convenzione e rapporti con l'Università* che, come previsto dai vigenti Sistemi di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP), ha svolto il ruolo di interlocutore dell'intero processo di valutazione individuale, assicurando la

trasmissione delle informazioni ai diversi utenti del sistema (valutatori), garantendo la verifica della correttezza del percorso valutativo e dei calcoli sottesi alla misurazione della performance individuale;

- L'*UOC Controllo di Gestione* che, come previsto dai vigenti Sistemi di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) validato dall'OIV in data 03/04/2025, ha seguito il processo di misurazione e valutazione organizzativa attraverso l'istruttoria, il monitoraggio e il controllo delle schede di budget che ha poi sottoposto alla valutazione della Direzione strategica; ha inoltre coordinato le attività volte alla predisposizione della Relazione sulla performance, ne ha curato la definizione per la successiva approvazione da parte del Direttore Generale e, successivamente, ha presentato all'OIV la Relazione, deliberata dal Direttore Generale, da sottoporre a validazione;
- i *dirigenti* che, con riferimento alle unità organizzative di propria competenza (Responsabili di Dipartimento o di Strutture Operative Complesse o di Strutture Semplici Dipartimentali), hanno misurato la performance individuale;
- la *Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza* che ha fornito elementi istruttori al fine di verificare quanto disposto dall'art. 1, comma 8bis, della Legge n.190/2012 (obiettivi di budget);
- l'*OIV* che ha revisionato e validato la Relazione sulla performance, sulla base della metodologia definita nel presente documento e coerentemente alle indicazioni contenute nella DGRV 140/2016 e nelle Linee Guida n. 3/2018 del DFP;
- la *Struttura Tecnica di Supporto* che ha supportato l'OIV nell'acquisizione di tutte le informazioni necessarie alla verifica.

La verifica ha riguardato documenti, sezioni di documenti, informazioni o dati per tutti i criteri descritti della tabella di seguito riportata.

Criteri di validazione previsti	Metodi di verifica	Oggetto della verifica
a) coerenza fra contenuti della Relazione e contenuti del PIAO (sezione performance)	Analisi comparative e analisi documentale	Analisi comparativa del PIAO, e del PTPC anno 2025 - con la Relazione sulla Performance 2025
b) coerenza fra la valutazione della performance aziendale complessiva effettuata dall'OIV e le valutazioni degli obiettivi di performance organizzativa riportate dall'amministrazione nella Relazione	Analisi comparative	Comparazione e analisi della coerenza dei dati della Relazione sulla Performance 2025
c) presenza nella Relazione dei risultati relativi a tutti gli obiettivi delle diverse strutture operative	Analisi comparative e analisi documentale	Comparazione e analisi della coerenza dei dati tra la Scheda di Budget AOUI 2025, il documento di approvazione del Budget anno 2025 e la Relazione sulla Performance 2025

d) verifica che nella misurazione e valutazione delle performance si sia tenuto conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione a alla trasparenza	Analisi documentale	Verifica del livello di presenza degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza nella Relazione sulla Performance e dei risultati ottenuti in Amministrazione Trasparente
e) verifica del corretto utilizzo del metodo di calcolo previsto per gli indicatori	Analisi documentale	Verifica dell'aderenza del metodo di calcolo con quanto definito nel vademecum per gli obiettivi regionali e nel manuale dei criteri per gli ulteriori obiettivi aziendali
f) affidabilità dei dati utilizzati per la compilazione della relazione (con preferenza per fonti esterne certificate o fonti interne non auto-dichiarate, prime tra tutte il controllo di gestione)	Verifica degli strumenti di elaborazione e raccolta dati (analisi dei sistemi interni)	L'iter di valutazione degli obiettivi si è articolato in un percorso metodologico così definito: 1. Misurazione degli indicatori con elaborazione dal DWH regionale e aziendale, alimentato dai flussi informativi inviati in Regione/Ministero 2. per gli obiettivi progettuali la UOC Controllo di Gestione ha chiesto ai direttori di struttura di relazionare, per ciascun obiettivo, sulle attività realizzate al 31.12.2025; la relazione è stata successivamente trasmessa al referente per la valutazione di competenza 3. per gli obiettivi relativi al PTPCT la Responsabile aziendale ha relazionato all'OIV con nota prot 3736 del 21/01/2026 sui risultati raggiunti nell'anno 2025; in relazione all'Attestazione degli obblighi di trasparenza di cui alla delibera Anac 168/2026 i risultati sono stati positivi
g) effettiva evidenziazione, per tutti gli obiettivi e rispettivi indicatori, degli eventuali scostamenti riscontrati fra risultati programmati e risultati effettivamente conseguiti, con indicazione della relativa motivazione	Analisi comparative e analisi documentale	Le motivazioni della valutazione e relativi scostamenti sono contenute nel manuale dei criteri e/o riportate in nota sintetica nella scheda di valutazione
h) adeguatezza del processo di misurazione e valutazione dei risultati descritto nella Relazione anche con riferimento agli obiettivi non inseriti nel Piano	Analisi documentale e comparativa	Sono stati inseriti nelle schede di budget anche obiettivi non presenti in fase di programmazione, su proposta della Direzione Strategica o su proposta delle singole Unità Operative in quanto trattasi di obiettivi che misurano il mantenimento/miglioramento dell'operatività per garantire i livelli di assistenza o percorsi di efficientamento organizzativo. Gli obiettivi sono stati misurati e valutati.
i) conformità della Relazione alle disposizioni normative vigenti e alle linee guida del DFP	Analisi documentale	Analisi della Relazione sulla performance e verifica diretta della conformità alle disposizioni normative e alle linee guida regionali (DRGV 140/2016) e del DFP

j) sinteticità della Relazione (lunghezza complessiva, utilizzo di schemi e tabelle, ecc...)	Analisi documentale	Analisi della Relazione sulla performance e verifica diretta del livello di sinteticità ed organicità
k) chiarezza e comprensibilità della Relazione (linguaggio, utilizzo di rappresentazioni grafiche, presenza indice, ecc...)	Analisi documentale	Analisi della Relazione sulla performance e verifica diretta del grado di chiarezza e comprensibilità

11. Riepilogo degli esiti sulle osservazioni conclusive

Il riepilogo degli esiti dell'analisi è riportato nella tabella seguente.

Criteri di validazione previsti	Esito
a) coerenza fra contenuti della Relazione e contenuti del PIAO (sezione performance)	Positivo
b) coerenza fra la valutazione della performance aziendale complessiva effettuata dall'OIV e le valutazioni degli obiettivi di performance organizzativa riportate dall'amministrazione nella Relazione	Positivo
c) presenza nella Relazione dei risultati relativi a tutti gli obiettivi delle diverse strutture operative	Positivo
d) verifica che nella misurazione e valutazione delle performance si sia tenuto conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione a alla trasparenza	Positivo
e) verifica del corretto utilizzo del metodo di calcolo previsto per gli indicatori	Positivo
f) affidabilità dei dati utilizzati per la compilazione della relazione (con preferenza per fonti esterne certificate o fonti interne non auto-dichiarate, prime tra tutte il controllo di gestione)	Positivo
g) effettiva evidenziazione, per tutti gli obiettivi e rispettivi indicatori, degli eventuali scostamenti riscontrati fra risultati programmati e risultati effettivamente conseguiti, con indicazione della relativa motivazione	Positivo
h) adeguatezza del processo di misurazione e valutazione dei risultati descritto nella Relazione anche con riferimento agli obiettivi non inseriti nel Piano	Positivo
i) conformità della Relazione alle disposizioni normative vigenti e alle linee guida del DFP	Positivo
j) sinteticità della Relazione (lunghezza complessiva, utilizzo di schemi e tabelle, ecc...)	Positivo
k) chiarezza e comprensibilità della Relazione (linguaggio, utilizzo di rappresentazioni grafiche, presenza indice, ecc...)	Positivo

Preso atto degli esiti di tutte le verifiche, il processo si conclude con la validazione della Relazione sulla Performance 2025 dell'AOUI Verona di cui alla deliberazione n. 658 del 18/06/2026.

12. Validazione della Relazione sulla Performance

L'Organismo Indipendente di Valutazione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, ai sensi dell'art. 14, comma 4, lettera c) del D.Lgs. n. 150/2009, delle successive Delibere CiVIT (ora ANAC) n. 4/2012 e n. 5/2012 e della DGRV n.140/2016 ha preso in esame la Relazione sulla Performance 2025 dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, adottata con Deliberazione del Direttore Generale n. 658 del 18/06/2026.

Ai fini della validazione, l'OIV ha preso in esame tre ambiti di verifica.

Il primo ambito riguarda la *Conformità* (compliance) della Relazione alle disposizioni del d. lgs. 150/2009 e ss.mm., alla DGR n. 140/2016 e alle indicazioni delle delibere regionali, che risulta confermata.

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 e ss.mm.).

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

L'OIV ha svolto il proprio lavoro di validazione sulla base degli accertamenti che ha ritenuto opportuno.

L'OIV in particolare 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.

A tale riguardo, l'OIV ha inoltre condotto una verifica a campione sulle schede di valutazione della performance organizzativa annuale delle seguenti unità operative: UOC Pediatrica C, UOC Neurochirurgia A, UOC Ortopedia e Traumatologia, UOC Radiologia BR e UOC Contabilità e Bilancio.

In conclusione, sulla base delle informazioni disponibili, l'OIV valida la conformità, la comprensibilità e l'attendibilità della Relazione sulla Performance 2025, confermando la sostanziale coerenza del modello di analisi dei risultati raggiunti e degli scostamenti registrati tra il sistema di indicatori fissati dalla Regione e quelli individuati dall'Azienda e applicati nella misurazione della performance organizzativa e individuale.

In definitiva l'OIV riconosce che l'AOUI Verona ha governato in modo positivo il ciclo di gestione della *performance* con riferimento all'anno 2025, e che lo stesso è adeguatamente rendicontato nella Relazione sulla Performance 2025.

Alla luce di quanto sopra, l'OIV valida la Relazione della performance 2025 dell'AOUI Verona.

La documentazione del processo di validazione è conservata dalla Struttura Tecnica permanente di supporto all'OIV.

13. Monitoraggio sull'assegnazione degli obiettivi organizzativi e individuali del personale, dirigente e non, avvenuta durante il ciclo della performance 2026

Con riferimento alla fase di assegnazione degli obiettivi effettuata nel ciclo in corso (anno 2026) 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 2026 attraverso:

- la condivisione delle linee programmatiche di Budget 2026 con i Direttori di Unità Operativa Complessa e con i Responsabili di Unità Semplice a valenza Dipartimentale in data 18/12/2025 e con i Coordinatori dei Moduli di Attività in data 22/12/2025;
- la pubblicazione del *Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2026-2028*, adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 119 del 30/01/2026;
- la predisposizione e trasmissione, dal mese di febbraio, delle *Scheda Obiettivi 2026* alle strutture aziendali;
- la convocazione di incontri in area dipartimentale, nel mese di febbraio, nell'ambito dei quali sono stati condivisi e discussi, specificatamente per ciascuna Unità Operativa, gli obiettivi di budget 2026;
- il recepimento della DGR n. 276 del 28/04/2026 contenente gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi delle Aziende e Istituti del SSR per l'anno 2026 e del relativo Vademecum con deliberazione n. 660 del 18/06/2026 con l'individuazione dei referenti per ciascun obiettivo;
- la trasmissione, alle singole strutture aziendali, delle Schede di Budget 2026 a conclusione degli incontri di budget; le schede di budget 2026 sono in fase di revisione per il recepimento degli obiettivi regionali e per l'integrazione di ulteriori obiettivi individuati dalla nuova Direzione Strategica

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

Il Presidente
f.to (*) Dott. Loriano Ceroni

Il Componente
f.to (*) Dott.ssa Olga Passera

Il Componente
f.to (*) Dott. Luca Armanaschi

(*) Documento prodotto in originale informatico e firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs. 82/2005 "Codice dell'Amministrazione Digitale"

Olga Passera 10.09.2026 13:03:34 GMT+02:00

Firmato digitalmente da:
LORIANO CERONI
Padova
10/09/2026 12:44

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 2025

A. Performance organizzativa	
A.1. Qual è stata la frequenza dei monitoraggi intermedi effettuati per misurare lo stato di avanzamento degli obiettivi?	. Nessuna **X Mensile** **X. Trimestrale** . Semestrale **X. Altro: su richiesta**
A.2. Chi sono i destinatari della reportistica relativa agli esiti del monitoraggio? (possibili più risposte)	**X. Organo di vertice politico-amministrativo** **X. Dirigenti di I fascia e assimilabili** **X. Dirigenti di II fascia e assimilabili** . Stakeholder esterni **X. Altro: Direzione Aziendale, Collegio di Direzione, Coordinatori tecnico-infermieristici**
A.3. Le eventuali criticità rilevate dai monitoraggi intermedi hanno portato a modificare gli obiettivi pianificati a inizio anno?	. Si, modifiche agli obiettivi strategici **X. Si, modifiche agli obiettivi operativi** . Si, 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 |3 |9 |	|1 |3 |9 |	**x** 50% - 100% . 1% -49% . 0%	**x** 50% - 100% . 1% -49% . 0%
Dirigenti di II fascia e assimilabili*	|_ |8 |1 |3 |	|_ |8 |1 |3|	**x** 50% - 100% . 1% -49% . 0%	**x** 50% - 100% . 1% -49% . 0%
Non dirigenti	|4 |4 |0 |2 |	|4 |4 |0 |2 |	**x** 50% - 100% . 1% -49% . 0%	. 50% - 100% . 1% -49% **x** . 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	**x**		
Dirigenti di II fascia e assimilabili	**x**		
Non dirigenti	**x**		

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? Quante unità di personale hanno prevalentemente competenze giuridiche? Quante unità di personale hanno prevalentemente altre competenze?	**2** **1** **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) Costo di eventuali consulenze Altri costi diretti annui Costi generali annui imputati alla STP	 **77.000** **0** **0** **300**
C.4. La composizione della STP è adeguata in termini di numero e di bilanciamento delle competenze necessarie? (possibili più risposte)	**X. la STP ha un numero adeguato di personale** . la STP ha un numero insufficiente di personale **X. la SPT ha competenze adeguate in ambito economico-gestionale** . la SPT ha competenze insufficienti in ambito economico-gestionale **X. la SPT ha competenze adeguate in ambito giuridico** . la SPT ha competenze insufficienti in ambito giuridico

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	**X. Archivio cartaceo** **X. 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** **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**
Dirigenti	**X. Archivio cartaceo** **X. Pluralità di banche dati in capo alle singole strutture cui i dati si riferiscono** . Banca dati unica centralizzata	**X. Trasmissione telematica** **X. 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**
Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti	**X. Archivio cartaceo** **X. Pluralità di banche dati in capo alle singole strutture cui i dati si riferiscono** . Banca dati unica centralizzata	**X. Trasmissione telematica** **X. 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 **X Estrazione dalla banca dati con procedura automatizzata**	**Secondo le disposizioni normative**

Bandi di concorso	**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** . 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**
Tipologia Procedimenti	. 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** . 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**
Bandi di gara e contratti	**X. Archivio cartaceo** **X. 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** . 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**

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 detentrice 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	.Sì .No	.Sì .No	.Sì .No	.Sì .No	.Sì .No

corruzione (laddove diverso dal Responsabile della trasparenza)					
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)**	**.** 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 sul sito e inserimento nell'apposita applicazione web)** **2. Direzione aziendale e RPCT**	**Raggiunto in tutte le sezioni il punteggio del 100% per tutti gli indicatori**

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 raccoglierne 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 si 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 si a F.1) Sono state adottate soluzioni organizzative per la gestione dei reclami, delle procedure di indennizzo e delle class action? (possibili più risposte)	**X Sì, per gestire reclami** Sì, per gestire class action Sì, per gestire indennizzi . No
F.4. (se si 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 2026)

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 |3 |5 |	|1 |3 |5 |	**x** 50% - 100% . 1% -49% . 0%	**x** 50% - 100% . 1% -49% . 0%
Dirigenti di II fascia e assimilabili	|_ |8 |6 |1 |	|_ |8 |6| 1|	**x** 50% - 100% . 1% -49% . 0%	**x** 50% - 100% . 1% -49% . 0%
Non dirigenti	|4 |4 |4 |0 |	|4 |4 |4 |0 |	**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 2025)

1. Per quali categorie di personale è stata fatta la valutazione individuale?				
		periodo conclusione valutazioni		
	personale valutato (valore assoluto)	mese 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	|1 |2 |8 |	|0|7|/|2|0|2|6|	| 1|1 |	**x** 50% - 100% . 1% -49% . 0%
Dirigenti di II fascia e assimilabili	| _ |7 |9 |9 |	|0|7|/|2|0|2|6|	|1|4|	**x** 50% - 100% . 1% -49% . 0%
Non dirigenti	|4 |4 |0 |1 |	|0|7|/|2|0|2|6|	|1|	**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 organizzativi della struttura di diretta responsabilità	capacità di valutazione differenziata dei propri collaboratori	obiettivi individuali	obiettivi di gruppo	contributo alla performance dell'unità organizzazione di appartenenza	competenze/comportamenti organizzativi posti in essere
Dirigenti di I fascia e assimilabili	|_| %	|_|_| %	|_| %	|_| %			|_|_| %
Dirigenti di II fascia e assimilabili	|_| %	|_|_| %	|_| %	|_| %			|_| %
Non dirigenti				|_|_| %	|_|_| %	|_|_| %	|_|_| %

La tabella non viene compilata in quanto le classi proposte non sono corrispondenti a quelle effettivamente utilizzate.

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% Da verificare
Dirigenti di I fascia e assimilabili	| 1|2 |6 |	|2|	|0|
Dirigenti di II fascia e assimilabili	| _ |7 |8|4 |	|1|4|	|1|
Non dirigenti	| 4|3|2|0|	|6|8|	|1|3|

4. Qual è il totale delle retribuzioni di risultato/premio previsto ed erogato?				
DATI RIFERITI AL 2024	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	|4|5|6|3|	| | | | |	|_|_|_|_|_| (mensilmente)	|4|5|6|3|
Dirigenti di II fascia e assimilabili	|3|8|0|3|	| | | | |	|_|_|_|_|_| (mensilmente)	|3|8|0|3|
Non dirigenti	|_|9|3|9|	|_|8|6|1|	|_|_|_|_|_| (mensilmente)	|_|_|7|8|

5. Qual è stata la distribuzione del personale per classi di retribuzione di risultato/ premio?				
DATI RIFERITI AL 2024	mese erogazione	personale per classe di retribuzione di risultato/premio (valore assoluto)		
		100%- 90%	89%- 60%	inferiore al 60%
Dirigenti di I fascia e assimilabili	|1|1|	|_|1|4|7|	|_|_|_|_|_| |	|_|_|_|_|_|
Dirigenti di II fascia e assimilabili	|1|1|	|_|1|0|6|8|	|_|_|_|1|3|	|_|_|_|_|7|
Non dirigenti	|_|9|	|_|4|7|7|8|	|_|_|_|6|9|	|_|_|_|1|2|

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	**x**			**X**		

Non dirigenti	**x**			**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	**x**				22/03/2022 25/07/2022
Non Dirigenti	**x**				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	| 1 |	| |	| |
Dirigenti di II fascia e assimilabili	| 1 |	| |	| |
Non dirigenti	| _ | 7 |	| |	| |

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