



Organismo Indipendente di Valutazione

Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona

1. Relazione annuale dell'OIV sul funzionamento del Sistema Aziendale di valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona per l'esercizio 2018
2. Monitoraggio sull'assegnazione degli obiettivi organizzativi e individuali del personale, dirigente e non, avvenuta durante il ciclo della performance in corso

(D.Lgs. n. 150/2009 art. 14, comma 4, lettera a; Delibere CIVIT n. 6/2013 e n. 23/2013; DGRV n. 140/2016)



**1. Relazione annuale dell'OIV
sul funzionamento del Sistema Aziendale di valutazione, della
trasparenza e integrità dei controlli interni
dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona
per l'esercizio 2018**

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.

La Regione Veneto, con la DGR n. 140 del 16 febbraio 2016, afferma che *"non essendo obbligatoria per le Aziende del Servizio Sanitario Regionale l'applicazione dell'art. 14 del D. Lgs. 150/2009, si propone di integrare tale Relazione, pur mantenendo i contenuti descritti nella sopracitata Delibera ANAC n. 23/2013, nel Documento di Validazione della Relazione sulla Performance che l'OIV deve predisporre entro il 15 settembre: in questo modo l'OIV 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"*.

L'Organismo Indipendente di Valutazione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona (d'ora in poi: AOUI) ha recepito le linee-guida contenute nella sopracitata DGR, sottolineando peraltro come, a partire dal 2010, sia il precedente Nucleo Indipendente di Valutazione dell'AOUI, sia l'Organismo Indipendente di Valutazione che l'ha sostituito, abbiano sempre redatto la Relazione, anche in assenza di obbligatorietà, in quanto considerata uno strumento utile alla Direzione Aziendale poiché volto a fornire un immediato quadro di sintesi interpretativa dei complessi fenomeni intercettati, in un'ottica di miglioramento progressivo e costante.

Nella Relazione che segue, sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni vengono messi in luce gli aspetti positivi e le criticità riscontrate, evidenziando i miglioramenti previsti nell'ultimo piano adottato.

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

- A) Performance organizzativa
- B) Performance individuale
- C) Processo di attuazione del ciclo delle performance
- D) Infrastruttura di supporto
- E) Sistemi informativi e informatici a supporto dell'attuazione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità e per il rispetto degli obblighi di pubblicazione
- F) Definizione e gestione degli standard di qualità
- G) Utilizzo dei risultati del sistema di misurazione e valutazione
- H) Descrizione delle modalità del monitoraggio dell'OIV



A) Performance organizzativa

Il sistema preposto allo sviluppo ed al miglioramento della performance organizzativa si basa sull'esperienza ormai consolidata della programmazione di budget, che l'AOUI garantisce nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente.

Con riferimento ai principi di funzionamento del ciclo di gestione della performance, vengono 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 2018 AOUI ha realizzato la propria programmazione a partire dagli indirizzi e dalla normativa nazionale e regionale.

Il 06/03/2018 la Regione Veneto ha trasmesso ad AOUI gli obiettivi assegnati per l'anno 2018¹, successivamente definiti e modificati dalle varie versioni del *Vademecum* (il primo dei quali inviato il 16/05/2018, l'ultimo il 04/10/2018); con tre Decreti distinti la Regione ha assegnato ad AOUI anche i tetti di spesa 2018 per i farmaci, i dispositivi medici ed il personale².

Le linee di indirizzo regionali sono risultate in linea coi contenuti del principale atto programmatico aziendale, il *Piano della Performance 2018-2020*, adottato con delibera del Direttore Generale n. 67 del 30.01.2018, nel quale la Direzione Aziendale ha evidenziato ulteriori target individuati autonomamente per la strategia interna di sviluppo dell'AOUI.

Il *Piano* è stato messo a conoscenza di tutti i dipendenti attraverso una specifica newsletter aziendale, pubblicato sul portale aziendale e trasmesso formalmente a tutti i Responsabili di struttura; è stato altresì presentato al Collegio di Direzione e all'OIV in data 27/02/2018.

Per quanto riguarda i Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) nei primi mesi del 2018 sono stati condotti incontri con le Unità Operative ad elevato consumo di farmaci ad alto costo per la programmazione del budget economico.

Le strategie aziendali complessive sono state formalmente presentate al Collegio di Direzione durante l'incontro del 28 maggio 2018 e successivamente illustrate all'OIV in data 11 luglio 2018.

Successivamente gli obiettivi sono stati declinati per singolo centro di responsabilità, rappresentato dalla singola Unità Operativa Complessa (UOC) e dalle Unità Semplici a valenza Dipartimentale (USD), sia in ambito sanitario che tecnico amministrativo. Il Servizio Professioni Sanitarie ha nel frattempo individuato le aree di intervento per il personale infermieristico e di assistenza, formalizzate nella Scheda Obiettivi dei Moduli di Attività (MdA).

Il 28 maggio 2018 le Schede Obiettivo - unitamente al *Documento di Directive-Linee operative per il Budget 2018* - sono state inviate ai Direttori di Unità Operativa Complessa, ai Responsabili di USD ed ai Coordinatori dei Moduli di Attività³.

La Direzione Aziendale ha contestualmente dato mandato ai Direttori di Dipartimento di organizzare gli incontri per la diffusione e la discussione degli obiettivi: le riunioni si sono svolte dagli inizi di giugno 2018 e si sono concluse ai primi di luglio 2018.

Per le Strutture appartenenti all'area tecnico-amministrativa e per i Servizi in Staff alle Direzioni Sanitaria e Generale la proposta di Scheda Obiettivi è stata discussa tra

¹ DGRV n. 230 del 06/03/2018: Definizione della pesatura delle determinazioni dei soggetti coinvolti nella valutazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale ed inoltre vengono individuate le aree funzionali, con i relativi pesi, e i relativi obiettivi e di funzionamento dei servizi per l'anno 2018 per le aziende e gli istituti del SSR.

² Decreti del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale: n. 8 del 22/01/2018; n. 18 del 02/02/2018; n. 38 del 08/03/2018

³ nota prot 33818 del 28.05.2018



Direzione e singola struttura, in continuità con il processo messo in atto negli anni precedenti.

Il processo di budget 2018 è stato formalmente approvato dall'AOUl con delibera del Direttore Generale n. 578 del 12/07/2018.

La Scheda Obiettivi 2018 dell'AOUl consta di tre ambiti, all'interno dei quali sono raggruppati specifici obiettivi e relativi indicatori:

1. Area Eccellenza
2. Area Efficacia ed Efficienza
3. Area Qualità della vita in Ospedale.

Molti target inseriti nelle aree sopracitate trovano riferimenti puntuali ed espliciti nei due programmi nazionali di valutazione esterna: il Piano Nazionale Esiti del Ministero della Salute ed il Progetto Bersaglio del Network Regioni della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

Per ciascuna area strategica la Scheda Obiettivi 2018 riporta gli obiettivi operativi, i relativi indicatori di misurazione ed il peso assegnato, che tendenzialmente riflette quello attribuito dalla Regione Veneto agli obiettivi assegnati all'AOUl nel suo complesso.

Nel Documento di Direttive-Linee Operative per il Budget 2018 per ogni singolo obiettivo viene descritto il rationale sottostante, corredato da dati di trend storico o di benchmarking, l'indicatore di misurazione, le modalità e la struttura deputata alla valutazione, che nella maggior parte dei casi è costituita dai cosiddetti "Tavoli Tecnici", istituiti dalla Direzione Sanitaria nel 2015.

L'OIV rileva come la scelta di utilizzare target e standard nazionali di riferimento confermi un salto di qualità notevole nella ormai consolidata prassi di gestione del processo di Budget in AOUl.

L'OIV apprezza inoltre le forti e diversificate connotazioni dei nuovi obiettivi inseriti nell'area Qualità della vita in Ospedale, atti a favorire il miglioramento del livello di umanizzazione nei reparti dell'AOUl.

L'OIV sottolinea tuttavia la scarsa incisività dell'obiettivo relativo all'attività scientifica, tradotto operativamente nella Scheda Obiettivi 2018 nella richiesta di presentare una sintetica relazione sulle attività svolte dalle singole strutture. Pur consapevole della difficoltà di reperire obiettivi ed indicatori validi e solidi, ancora una volta l'OIV raccomanda alla Direzione Aziendale di concentrare in futuro i propri sforzi al fine di dare la giusta evidenza ad aspetti salienti e peculiari di un'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata.

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

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

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

Si rileva preliminarmente come l'AOUl, alla stregua di tutte le aziende sanitarie afferenti al Servizio Sanitario Regionale, da qualche anno sia sottoposta a monitoraggio costante da parte della Regione Veneto, evidenziato mediante la produzione di reportistica pubblicata nel *Datawarehouse* regionale il 20 di ogni mese.

Nel corso del 2018 si sono inoltre succedute, alla presenza di dirigenti di Azienda Zero, numerose sessioni di approfondimento su aree ritenute particolarmente critiche, come i tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali o nei Pronto Soccorso, o le



prestazioni in favore dei pazienti oncologici. Contestualmente si segnala l'attività di enti terzi di valutazione, quali:

- il Nucleo di controllo di Area Vasta (NAV), che nel corso del 2018 ha analizzato il 13,7% della produzione, per un totale di 8.767 cartelle cliniche passate al vaglio alla ricerca di potenziale inappropriata per regime assistenziale, rilevata in sole 86 (1% dei casi);
- L'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari regionali (AGENAS), che per conto del Ministero della Salute nell'ambito del Programma Nazionale Esiti (PNE) include un'attività di verifica della qualità dei dati e seleziona annualmente le aziende sulle quali procedere con le Regioni ad un processo di audit relativo alla codifica o di tipo clinico organizzativo facendo riferimento agli indicatori misurati secondo la metodologia Treemap.

Nel 2018 AOUI è stata individuata per gli indicatori in cui si collocava ad un livello di performance superiore alla media nazionale: sul modello proposto dalla Regione Veneto è stato effettuato un processo di audit sulla qualità della codifica delle Schede di Dimissione Ospedaliera. Tale verifica ha riguardato gli indicatori di esito per mortalità a trenta giorni dopo i interventi chirurgici di Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache, per il trattamento del tumore maligno del polmone e dello stomaco; per l'area medica è stata valutata la codifica per gli indicatori relativi a mortalità a trenta giorni per Ictus ischemico e Scompenso cardiaco congestizio. Il processo di audit ha avuto esito positivo confermando la buona qualità della codifica e il livello di performance raggiunto dall'AOUI in tali aree.

L'attività svolta in AOUI risulta inoltre costantemente monitorata, nel suo complesso, da una molteplicità di organismi interni ed esterni, riassunti in tabella:

Misurazione delle attività e reporting in AOUI Verona

Chi	Cosa	Come	Quando
Controllo di Gestione	Attività, consumi obiettivi	Report, Incontri	Mensile, Trimestrale, Semestrale, Al bisogno
Servizio Farmacia	Consumi	Report, incontri	Trimestrale, al bisogno
Nucleo Aziendale di Controllo	Schede di Dimissione Ospedaliera posti letto trend degenza media	Report, incontri	Settimanale, Mensile, al bisogno
Tavoli Tecnici	Sale Operatorie, liste di attesa, Pronto Soccorso ...	Report, Incontri	Settimanale
Risk Manager	Eventi avversi, ...	Audit, incontri, formazione	Costante
Servizio Farmacologia	ADR	Report, incontri, formazione	Costante
Nucleo Aziendale Multidisciplinare	ALPI (attività libero professionale intramoenia)	Report	Settimanale
Organismo Paritetico		Relazioni	Semestrale
Internal Auditing	Rischi amministrativo contabili	Audit, relazioni, incontri	Costante
RPCT	Trasparenza, prevenzione della corruzione	Relazioni, incontri, formazione	Costante
Miglioramento Qualità	PDTA, reti cliniche, umanizzazione	Audit, relazioni, incontri	Costante
OIV	Ciclo della Performance	Incontri, Relazioni	Costante
Nucleo provinciale di Controllo	Schede di Dimissione Ospedaliera: appropriatezza	Audit	Semestrale
Collegio dei Revisori	Attività amministrativa	Incontri, Relazioni	Costante
Regione Veneto - Azienda Zero	Attività, consumi, obiettivi	Report, incontri	Mensili, Trimestrali
Programma Nazionale Esiti - Agenas	Attività, esiti	report, audit	Costante
Progetto Bersaglio - Network Regioni	Attività, esiti	report	Annuale
Autorità Nazionale Anti Corruzione	Attività su pubblicazioni e trasparenza		Scadenze istituzionali
Ministero dell'Economia e Finanze	Consumi		Costante



In funzione dei diversi obiettivi il Controllo di Gestione dell'AOUI ha prodotto con periodicità regolare, come dettagliatamente riportato nel punto C, una reportistica di monitoraggio a livello aziendale e per singolo centro di responsabilità.

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

Analisi di approfondimento sono inoltre state effettuate sia su mandato della Direzione aziendale, sia su richiesta di Direttori di UOC, affiancate da incontri di monitoraggio volti al controllo dei consumi di farmaci ad alto costo con le strutture di area oncoematologica e reumatologica.

Nel 2018 è proseguita l'attività dei Tavoli Tecnici, che rappresentano un ulteriore strumento di valutazione interna, in quanto dedicati non solo al monitoraggio delle aree strategiche ma chiamati anche ad esercitare un ruolo di promozione, di verifica e di autoanalisi costante a diretto contatto con le Unità Operative. Per ciascun Tavolo Tecnico è stato identificato un Coordinatore che risponde direttamente all'alta direzione aziendale in merito ai risultati ottenuti.

In parallelo al lavoro svolto dai Tavoli Tecnici si registra l'attività del Nucleo Aziendale di Controllo (NAC), che risulta dedito anche al monitoraggio del livello di chiusura delle Schede di Dimissione Ospedaliera, attuato attraverso l'invio settimanale ai Direttori di Unità Operativa dello status delle cartelle che risultano ancora non chiuse, al controllo delle liste di attesa sia per i ricoveri, sia per gli interventi chirurgici in favore dei pazienti oncologici ed al monitoraggio dei DRG LEA chirurgici.

Il NAC ha inoltre monitorato mensilmente – inviando report di feed back ai direttori delle strutture aziendali di ricovero - due indicatori ritenuti particolarmente sensibili per l'AOUI: l'andamento della "degenza media" e quello relativo alla messa a disposizione quotidiana del Pronto Soccorso dei cosiddetti *letti trend* (o letti funzionali).

L'OIV conferma il giudizio espresso nella precedente Relazione, ovvero come l'attività svolta dai Tavoli Tecnici e dal Nucleo Aziendale di Controllo rappresenti una politica gestionale innovativa che si inserisce perfettamente all'interno di una metodica di budget che dimostra aver raggiunto un elevato livello di maturità.

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 ai Responsabili di struttura unitamente alla *Scheda di valutazione della performance organizzativa*.

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

Le richieste di revisione della valutazione, presentate sotto forma di relazione a firma del Direttore dell'Unità Operativa ed inviate al Controllo di Gestione, vengono analizzate dalla Direzione Aziendale: qualora accolte, danno luogo alla revisione del punteggio assegnato.

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



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

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 aziendale definito dall'Atto Aziendale (Coordinatori, Responsabile del Servizio per le Professioni Sanitarie, Dirigenti responsabili di Unità Operative, Servizio o Ufficio).

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

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

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

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

Il valore degli incentivi viene messo in relazione coi giorni di presenza al lavoro e all'eventuale part-time; la quota è attribuita tenendo conto dei diversi coefficienti risultanti, rapportando la retribuzione tabellare delle categorie con il livello iniziale ed è distribuita mensilmente.

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

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



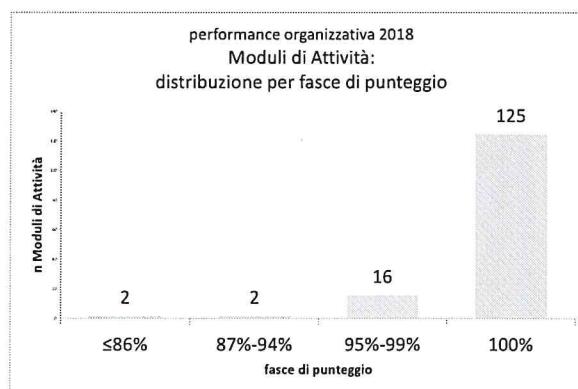
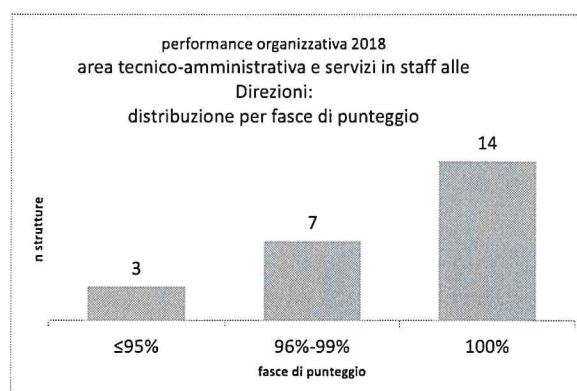
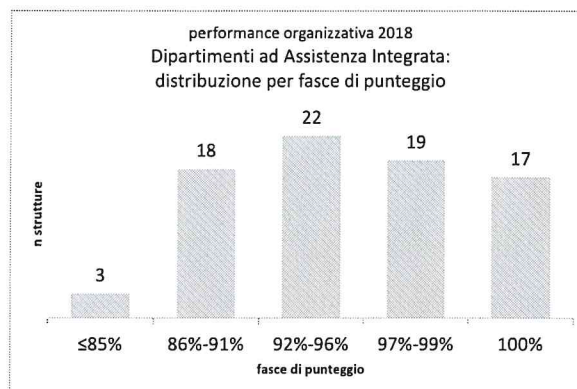
L'OIV ha potuto riscontrare, per l'anno 2018, un discreto livello di differenziazione nella distribuzione dei punteggi ottenuti per le strutture afferenti ai Dipartimenti ad Assistenza Integrata (DAI).

Più omogenea e dislocata verso le fasce alte di punteggio tutta l'area Tecnico Amministrativa/Servizi in Staff alle Direzioni Generale, Sanitaria ed Amministrativa, così come la distribuzione dei punteggi ottenuti dai Moduli di Attività.

La tabella riporta i valori minimo, medio e mediano delle tre distribuzioni:

valore	DAI	Area TA e Servizi in staff	MdA
minimo	75%	85%	86%
medio	95%	98%	99%
mediano	96%	100%	100%

Sono 10 i punti percentuali di differenza sul valore minimo dei DAI rispetto alle altre due aree, che presentano un valore mediano (ovvero il valore più frequente all'interno della distribuzione) pari a 100%.



La differenziazione, così come riportata, è il risultato dell'applicazione di una formula correttiva (prevista nell'Accordo Integrativo aziendale del 2009) che aggiusta i valori grezzi ai fini della corresponsione economica per le sole strutture aziendali afferenti ai Dipartimenti ad Assistenza Integrata, di fatto determinando, in alcuni casi, un appiattimento delle valutazioni.

L'OIV raccomanda pertanto, per il futuro, la revisione del correttivo al fine di garantire una differenziazione delle valutazioni. Invita inoltre la direzione aziendale a valutare l'opportunità di estendere l'applicazione del correttivo, così come rideterminato, a tutte le strutture aziendali.



B) Performance individuale

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

In relazione alla fase di valutazione, l'OIV ha analizzato lo svolgimento, l'adeguatezza delle modalità di comunicazione e l'esito in termini di giudizio differenziale. A partire dall'anno 2017 è stata adottata la procedura informatizzata di raccolta delle valutazioni, che consentirà di meglio governare, efficientare e velocizzare l'intero processo.

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

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

Dirigenza:

da p. <u>81</u> a p. 100	→ 100% della quota individuale di risultato spettante		
da p. <u>68</u> a p. 80	→ 80%	“	“
da p. <u>48</u> a p. 67	→ 60%	“	“
da p. <u>31</u> a p. 47	→ 30%	“	“
da p. <u>10</u> a p. 30	→ 0%	“	“

Comparto:

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

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

L'OIV verifica puntualmente le numerose progettualità presentate (60 nel 2018), valutando che si tratti di attività incrementale rispetto all'ordinaria, misurabile attraverso l'applicabilità di adeguati indicatori.

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



C) Processo di attuazione del ciclo delle performance

L'OIV attesta che:

- il ciclo della performance per l'anno 2018 ha preso avvio con il *Piano della Performance 2018-2020*, adottato con delibera del Direttore Generale n. 67 del 31.01.2018, col quale l'AOUI ha identificato i propri obiettivi strategici;
- gli indirizzi individuati nel *Piano* sono stati declinati in obiettivi operativi, integrati con le indicazioni pervenute dalla Regione Veneto⁴, condivisi con il Collegio di Direzione dell'AOUI, comunicati all'OIV e successivamente formalizzati a tutte le strutture aziendali attraverso la Scheda Obiettivi 2018;
- oltre agli obiettivi regionali l'AOUI ha individuato alcune aree prioritarie di intervento, i cui indicatori sono stati puntualmente inseriti nelle schede di budget;
- il *Documento di Direttive - Linee operative per il budget 2018*, trasmesso ai Direttori di Unità Operativa, ai Responsabili di Unità Semplici ed ai Coordinatori unitamente alla Scheda Obiettivi, illustrava in maniera chiara ed esaustiva le strategie, gli obiettivi aziendali ed i relativi indicatori e le modalità di valutazione;
- nel corso del 2018 sono stati pianificati incontri mirati di approfondimento con alcune Unità Operative, soprattutto per quanto concerne lo stretto monitoraggio dei consumi di farmaci ad alto costo in area oncologica, ematologica e reumatologica;
- altri incontri sono stati realizzati con le Unità Operative di area chirurgica col fine di migliorare la gestione delle liste di attesa chirurgiche, sia per i casi oncologici che per i pazienti non oncologici;
- la reportistica inerente attività e consumi per unità operativa è stata prodotta e messa a disposizione dal Controllo di Gestione dell'AOUI il 18/05/2018 (1° trimestre 2018), il 30/08/2018 (1° semestre 2018), il 16/11/2018 (9 mesi 2018), il 18/2/2018 (consuntivo anno 2018);
- nel mese di agosto 2018, a conclusione degli incontri coi Dipartimenti, è stato inviato lo status dei principali indicatori contenuti nella Scheda Obiettivi relativamente al periodo gennaio-giugno 2018 (prot. n. 57891 del 30.08.2018), e nel mese di novembre 2018 lo status relativo al periodo gennaio-settembre (prot. n. 75286 del 23.11.2018);
- il Controllo di Gestione produce un report mensile relativo all'andamento dell'attività e dei consumi dell'AOUI, volto all'alta direzione aziendale;
- per quanto concerne le aree ritenute di rilevanza strategica, l'AOUI ha continuato ad affiancare alla tradizionale attività di monitoraggio, innovative modalità di verifica, controllo interno e supporto alle Unità Operative (Tavoli Tecnici e Nucleo Aziendale di Controllo);
- la produzione 2018 è stata sottoposta al vaglio costante del Nucleo di controllo di Area Vasta (NAV), che ha analizzato 8.767 Schede di Dimissione Ospedaliera (pari al 13,7% della produzione) valutando l'appropriatezza del setting assistenziale e la correttezza della codifica, giudicando come appropriato il 99% delle SDO;
- sono stati condotti audit approfonditi su alcune aree di attività, in adempimento alle indicazioni del Programma Nazionale Esiti (PNE) del Ministero della Salute, tutti con esito positivo;
- sono stati elaborati report di analisi e di approfondimento infra-annuali, su richiesta della Direzione Strategica, dei Direttori di Dipartimento e dei Direttori delle Unità Operative;
- la Struttura Tecnica Permanente si conferma adeguata in termini di competenze, disponibilità e tempestività nel supporto all'operatività dell'OIV;

⁴ DGRV n 230 del 06/03/2018: Definizione della pesatura delle determinazioni dei soggetti coinvolti nella valutazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale ed inoltre vengono individuate le aree funzionali, con i relativi pesi, e i relativi obiettivi e di funzionamento dei servizi per l'anno 2018 per le aziende e gli istituti del SSR.



- i dirigenti responsabili delle strutture si sono resi sempre disponibili per incontri di approfondimento con l'OIV;
- la scheda di valutazione della performance organizzativa anno 2018 è stata inviata ai Direttori delle strutture aziendali il 27 giugno 2019, unitamente al Manuale dei criteri di valutazione.

D) Infrastruttura di supporto

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

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

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

E) Sistemi informativi e informatici a supporto dell'attuazione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità e per il rispetto degli obblighi di pubblicazione

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

Il Responsabile dell'area trasparenza, integrità e anticorruzione dell'AOUUI ha partecipato costantemente alle riunioni dell'OIV, al fine di informare ed evidenziare il rispetto degli obblighi della normativa.

Per quanto attiene alla corrispondenza tra quanto pubblicato dall'AOUUI sul suo sito istituzionale e quanto previsto dalla normativa si rinvia a quanto attestato in data 18 aprile 2019, secondo le indicazioni della delibera ANAC n. 141/2019.

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 qualitativa degli accessi alla sezione "Amministrazione trasparente" si rimanda invece alla griglia in allegato.

F) Definizione e gestione degli standard di qualità

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

In AOUUI 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 MeS - Anna di Pisa, confrontati con quelli ottenuti a livello regionale e con altre Aziende Ospedaliere - Universitarie.

Per quanto riguarda gli standard che fanno riferimento a modelli riconosciuti a livello internazionale, sia di carattere generale che tecnico-professionale, è importante evidenziare come l'AOUI abbia conseguito e mantenuto, fin dal 2002, la certificazione del proprio sistema di gestione della qualità secondo gli standard previsti dalla norma ISO 9001, rinnovandoli continuamente sulla base delle nuove versioni della norma stessa.

Attualmente il sistema gestione qualità è certificato, secondo la norma ISO 9001:2015, dall'Ente di certificazione Bureau Veritas Italia che, con la periodicità prevista, verifica la rispondenza agli standard definiti. Nel corso del 2018 è stata effettuata la periodica verifica di rinnovo della certificazione secondo la Norma ISO 9001:2015 del Sistema Gestione Qualità (SGQ) e del PDTA Ictus Ischemico Acuto.

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, valida fino al 15.06.2020, 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 principale era ed 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).

L'AOUI è sede di un Programma Trapianto di Cellule Staminali che coinvolge la UOC di Ematologia e l'UOC di Oncoematologia Pediatrica assieme all'UOC di Medicina Trasfusionale come Unità di Aferesi; tale Programma Trapianto ha consentito nel 2018 l'effettuazione di 99 trapianti di cellule staminali emopoietiche, di cui 50 trapianti autologhi (47 presso l'UOC di Ematologia e 3 presso l'Oncoematologia Pediatrica) e 49 trapianti allogenici (33 presso l'UOC di Ematologia e 16 presso l'UOC di Oncoematologia Pediatrica) (Allegato 1). L'UOC di Ematologia e l'UOC di Oncoematologia Pediatrica dell'AOUI Verona hanno già avuto l'ispezione JACIE il 14-15/09/2015 con esito positivo. Il Programma Trapianto di Cellule Staminali è nel 2019 in fase di ri-accreditamento JACIE ed attualmente coinvolge:

- l'Unità di Trapianto Clinica Adulti, presso CTMO della UOC Ematologia di Borgo Roma
- l'Unità di Trapianto pediatrica, presso UOC Oncoematologia di Borgo Trento
- l'Unità di Aferesi, presso UOC Medicina Trasfusionale di Borgo Roma
- l'Unità di Processazione Cellulare presso UOC Medicina Trasfusionale di Borgo Roma
- l'Unità di Prelievo di cellule staminali midollari, presso CTMO della UOC Ematologia di Borgo Roma



- L'Unità di Prelievo di staminali per donatori pediatrici, presso Polo Chirurgico di Borgo Trento.
- In continuità con gli anni precedenti, anche nel 2018 l'AOUl ha ottenuto dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna (Onda) tre bollini rosa per la qualità delle cure (biennio 2018-2019). I bollini rosa vengono assegnati alle strutture ospedaliere impegnate nella promozione della medicina di genere e che si distinguono per l'offerta dei servizi dedicati alla prevenzione, diagnosi e cura delle principali malattie femminili. I vantaggi dell'essere un ospedale con i Bollini Rosa sono:
 - ottenere un riconoscimento istituzionale per l'impegno nella promozione dell'importanza della prevenzione, della diagnosi precoce e della cura delle principali patologie di interesse femminile;
 - appartenere a un gruppo di ospedali che contribuiscono a promuovere il benessere della donna e a tutelare la sua dignità;
 - incrementare la domanda di servizi da parte di pazienti anche al di fuori del proprio bacino di utenza;
 - partecipare alle diverse iniziative (giornate a porte aperte, convegni, workshop, concorsi, formazione, progetti speciali, bandi) che Onda organizza nel corso del biennio di validità dei Bollini Rosa, rivolte alla popolazione e alle strutture stesse, alle quali viene dato risalto mediatico attraverso l'attività di ufficio stampa;
 - beneficiare del supporto e dell'esperienza decennale di Onda in ambito istituzionale e di comunicazione per promuovere i servizi offerti da ogni ospedale mediante il supporto di canali consolidati (social, siti e portali, mailing nazionali e locali).

Anche nel corso del 2018 l'AOUl ha aderito a numerose iniziative (incontri aperti alla popolazione, visite specialistiche ed esami gratuiti) promosse da ONDA in occasione della festa della Donna, della settimana della Salute della Donna e all'Open Day sulla Salute Mentale.

- L'azienda ha partecipato inoltre al Progetto Agenas Ricerca 2015 (RA2015), ancora in corso, dal titolo "La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero", il cui obiettivo principale è quello di valutare il grado di umanizzazione delle strutture di ricovero per acuti del territorio nazionale.

G) Utilizzo dei risultati del Sistema di misurazione e valutazione

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

Nel 2018 AOUl:

- ha realizzato la propria programmazione a partire dagli indirizzi e dalla normativa di programmazione nazionale e regionale, puntualmente richiamati nel *Piano della Performance 2018-2020*, adottato con delibera del Direttore Generale n. 67 del 30.01.2018;
- ha individuato ed assegnato alle singole Unità Operative una serie di obiettivi collegati al ciclo della performance, molti dei quali volti ad un progressivo miglioramento della gestione ed al presidio del ruolo di centro Hub a livello regionale e nazionale. Tali obiettivi risultano in linea con le direttive regionali;
- ha impostato ed attuato un valido sistema di monitoraggio di tali obiettivi ed un sistema di valutazione premiante idoneo a verificare la misurazione dell'effettivo raggiungimento degli obiettivi stessi.



H) Descrizione delle modalità del monitoraggio dell'OIV

Dal suo insediamento l'OIV si è riunito con periodicità costante, supportato dalla Struttura Tecnica Permanente, incontrando i responsabili dei servizi aziendali coinvolti nel processo di valutazione delle performance.

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

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

Tra le azioni di monitoraggio svolte nel corso del 2018 - oltre a quanto già illustrato relativamente alle aree di prevenzione della corruzione e trasparenza - vanno menzionate le audizioni effettuate dall'OIV:

- del Presidente del Comitato Unico di Garanzia, in ordine alle iniziative promosse e realizzate in favore dei dipendenti dell'AOUV;
- del Direttore del Servizio di Prevenzione e Protezione aziendale, in merito alle indagini sul benessere organizzativo e a quelle condotte autonomamente sullo stress lavoro-correlato;
- del Risk Manager aziendale, in relazione alle iniziative realizzate nell'ambito dell'approccio integrato sulla sicurezza adottato in AOUV;
- del Responsabile dell'UOC Miglioramento Qualità, in merito alle attività promosse nell'area dell'umanizzazione delle cure;
- del Responsabile Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza in merito alle iniziative promosse nell'area;
- di due Direttori di struttura complessa di area sanitaria, e di un Responsabile di un servizio in staff alla direzione, col fine di ottenere il necessario feed back in merito agli aspetti legati al Ciclo della Performance.



2. Monitoraggio sull'assegnazione degli obiettivi organizzativi e individuali del personale, dirigente e non, avvenuta durante il ciclo della performance 2019

Con riferimento alla fase di assegnazione degli obiettivi effettuata nel ciclo in corso (anno 2019) 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.

Tali obiettivi risultano coerenti con quanto stabilito dalla programmazione regionale⁵, in linea coi contenuti del *Piano della Performance 2018-2020*⁶ e con il suo aggiornamento per l'anno 2019⁷, nonché aderenti alle indicazioni contenute nell'ultimo Piano Nazionale Anticorruzione.

In AOUI il Ciclo della Performance 2019, che in larga parte coincide col processo di budget, ha sinora percorso le seguenti tappe:

- ha preso avvio con l'adozione dell'aggiornamento al 2019 del *Piano della Performance 2018-2020*, del quale è stata data ampia comunicazione e diffusione a tutte le strutture aziendali;
- è stato condiviso con il Collegio di Direzione ed illustrato all'Organo di Indirizzo ed all'Organismo Indipendente di Valutazione dell'AOUI;
- i Responsabili di Struttura ed i Coordinatori hanno ricevuto il *Documento di Direttive - Linee operative per il Budget 2019*, quale strumento di raccordo tra gli atti di programmazione pluriennale ed il sistema di budget (nota prot. 11.2820 del 28/02/2019);
- nel mese di febbraio 2019 le strutture aziendali hanno ricevuto la Scheda Obiettivi 2019, successivamente illustrata e discussa coi rappresentanti della direzione aziendale nel corso di incontri svolti a livello dei Comitati di Dipartimento di DAI; per le strutture tecnico-amministrative e di staff alle Direzioni il budget è stato discusso ed assegnato in specifici incontri. Le riunioni di diffusione degli obiettivi si sono svolte dal 05/03/2019 al 19/04 2019, ed hanno coinvolto un centinaio di strutture aziendali;
- i monitoraggi relativi ad attività e consumi sono stati regolarmente prodotti e messi a disposizione delle strutture aziendali;
- il Nucleo Aziendale di Controllo trasmette, con cadenza settimanale, lo status delle Schede di Dimissione Ospedaliera a tutte le Unità Operative di degenza e con cadenza mensile un report di monitoraggio sui cosiddetti *letti trend* (funzionali ai Pronto Soccorso aziendali)
- i Tavoli Tecnici si sono costantemente incontrati con l'alta direzione aziendale.

Verona, 05 luglio 2019

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

Il Presidente
Prof. Silvio Modina

⁵ DGRV n. 248 del 08.03.2019, Decreti del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 23 del 06/02/2019 e n. 43 del 11/04/2019

⁶ Delibera del Direttore Generale n. 67 del 31/01/2018

⁷ Delibera del Direttore Generale n. 71 del 31/01/2019

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

ANNO 2018

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: approfondimenti specifici su richiesta
A.2. Chi sono i destinatari della reportistica relativa agli esiti del monitoraggio? (possibili più risposte)	. 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, Direttori di Dipartimento, Coordinatori
A.3. Le eventuali criticità rilevate dai monitoraggi intermedi hanno portato a modificare gli obiettivi pianificati a inizio anno?	. Sì, modifiche agli obiettivi strategici X Sì, modifiche agli obiettivi operativi . Sì, modifiche agli obiettivi strategici e operativi . No, nessuna modifica . No, non sono state rilevate criticità in corso d'anno

ANNO 2018

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*	136	136	X 50% - 100% . 1% -49% . 0%	X 50% - 100% . 1% -49% . 0%
Dirigenti di II fascia e assimilabili*	704	704	X 50% - 100% . 1% -49% . 0%	X 50% - 100% . 1% -49% . 0%
Non dirigenti	4108	4108	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
C.2. Quante unità di personale hanno prevalentemente competenze economico-gestionali?	2
Quante unità di personale hanno prevalentemente competenze giuridiche?	1
Quante unità di personale hanno prevalentemente altre competenze?	1
C.3. Indicare il costo annuo della STP distinto in:	
Costo del lavoro annuo (totale delle retribuzioni lorde dei componenti e degli oneri a carico dell'amm.ne)	55.000
Costo di eventuali consulenze	0
Altri costi diretti annui	0
Costi generali annui imputati alla STP	300
C.4. La composizione della STP è adeguata in termini di numero e di bilanciamento delle competenze necessarie? (possibili più risposte)	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
N.B.: Nel caso in cui l'amministrazione faccia uso di molteplici sistemi di CDG, compilare le domande da D.2 a D.4 per ognuno dei sistemi utilizzati.	
D.2. Specificare le strutture organizzative che fanno uso del sistema di CDG:	. Tutte le strutture dell'amministrazione . Tutte le strutture centrali . Tutte le strutture periferiche . Una parte delle strutture centrali (specificare quali) _____ . una parte delle strutture periferiche:(specificare quali) _____
D.3. Da quali applicativi è alimentato il sistema di CDG e con quali modalità? Sistema di contabilità generale Sistema di contabilità analitica Protocollo informatico Service personale del Tesoro (SPT) Sistema informatico di gestione del personale Altro sistema, _____ Altro sistema, _____ Altro sistema, _____	Automatica Manuale Nessuna
D.4. Quali altri sistemi sono alimentati con i dati prodotti dal sistema di CDG e con quali modalità? Sistema informatico di Controllo strategico Altro sistema, _____ Altro sistema, _____	Automatica Manuale Nessuna

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

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

Responsabile della comunicazione (laddove presente)	X Sì .No	.Sì X No	X Sì .No	X Sì .No	X Sì .No
Responsabile della gestione del sito web (laddove presente)	X Sì .No	.Sì X No	X Sì .No	X Sì .No	X Sì .No
Responsabile dei sistemi informativi (laddove presente)	.Sì X No	.Sì X No	.Sì X No	X Sì .No	X Sì .No
Responsabile della trasparenza	X Sì .No	.Sì X No	X Sì .No	X Sì .No	X Sì .No
Responsabile della prevenzione della corruzione (laddove diverso dal Responsabile della trasparenza)	.Sì .No	.Sì .No	.Sì .No	.Sì .No	.Sì .No
OIV	.Sì X No	.Sì X No	.Sì X No	.Sì X No	.Sì X No (Guida punto E2 delibera CiVIT n. 23/2013)
Altro soggetto (specificare quale)	.Sì .No	.Sì .No	.Sì .No	.Sì .No	.Sì .No

E.3. Monitoraggio sulla pubblicazione dei dati svolto dall'OIV

N.B.: laddove il monitoraggio varia a seconda delle tipologie di dati, indicare il modello relativo al maggior numero di dati

	Oggetto del monitoraggio	Modalità del monitoraggio	Estensione del monitoraggio	Frequenza del monitoraggio	Comunicazione degli esiti del monitoraggio (Indicare il soggetto cui sono comunicati gli esiti)	Azioni correttive innescate dagli esiti del monitoraggio (Illustrare brevemente le azioni)
Strutture centrali	X Avvenuta pubblicazione dei dati X Qualità (completezza, aggiornamenti e apertura) dei dati pubblicati	X Attraverso colloqui con i responsabili della pubblicazione dei dati . In modo automatizzato grazie ad un	. Sulla totalità dei dati X Su un campione di dati	. Trimestrale . Semestrale . Annuale X Altro	1. ANAC (con pubblicazione sul sito come indicato dall'ANAC stessa); 2. Direzione aziendale; Responsabile della	Miglioramento nella chiarezza dei dati pubblicati per una più agevole fruizione da parte del cittadino

		supporto informatico X Verifica su sito . Altro			trasparenza e della prevenzione della corruzione	
Strutture periferiche (laddove presenti)	. Avvenuta pubblicazione dei dati . 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 . Verifica su sito . Altro	. Sulla totalità dei dati . Su un campione di dati	. Trimestrale . Semestrale . Annuale . Altro		
Corpi (laddove presenti)	. Avvenuta pubblicazione dei dati . 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 . Verifica su sito . Altro	. Sulla totalità dei dati . Su un campione di dati	. Trimestrale . Semestrale . Annuale . Altro		

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	Attualmente rilevabili mediante estrapolazione dati 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	in fase di implementazione
Sistemi per la segnalazione, da parte degli utenti del sito, di ritardi e inadempienze relativamente alla pubblicazione dei dati	Sì	Vedi regolamento per l'accesso civico
Sistemi per la raccolta delle proposte dei cittadini finalizzate al miglioramento della sezione	No	in fase di implementazione
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	Sì	

F. Definizione e gestione degli standard di qualità

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

Allegato 2: Il monitoraggio sull'assegnazione degli obiettivi organizzativi e individuali relativo al ciclo della performance in corso (2019)

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	106	106	X 50% - 100% . 1% -49% . 0%	X 50% - 100% . 1% -49% . 0%
Dirigenti di II fascia e assimilabili	695	695	X 50% - 100% . 1% -49% . 0%	X 50% - 100% . 1% -49% . 0%
Non dirigenti	4086	4086	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

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	136°	06/2019	X	X 50% - 100% . 1% -49% . 0%
Dirigenti di II fascia e assimilabili	704°	06/2019	X	X 50% - 100% . 1% -49% . 0%
Non dirigenti	4108°	06/2019	X	X 50% - 100% . 1% -49% . 0%

° il dato si riferisce al numero dei dipendenti valutabili; risultano ad oggi non pervenute n. 95 schede di valutazione complessive (n. 1 scheda dirigenti I fascia – n. 17 schede dirigenti II fascia - n. 77 schede non dirigenti)

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 performan ce complessi va dell'amm. ne	obiettivi organizz ativi della struttura di diretta responsa bilità	capacità di valutazion e differenzia ta dei propri collaborat ori	obietti vi individ uali	obiettivi di gruppo	contributo alla performan ce dell'unità organizzaz ione di appartene nza	competenze/co mportamenti organizzativi posti in essere
Dirigenti di I fascia e assimilabili	□ %	□□ %	□ %	□ %			□□ %
Dirigenti di II fascia e assimilabili	□ %	□□ %	□ %	□ %			□ %
Non dirigenti				□□ %	□□ %	□□ %	□□ %

3. Qual è stata la distribuzione del personale per classi di punteggio finale?						
	personale per classe di punteggio (valore assoluto):					
	100%- 90%		89%- 60%		inferiore al 60%	
Dirigenti di I fascia e assimilabili	133		2		0	
Dirigenti di II fascia e assimilabili	669		17		1	
Non dirigenti	3892		124		15	
4. Qual è il totale delle retribuzioni di risultato/premio previsto ed erogato?						
	Importo massimo previsto (€)	Importo eventuale acconto erogato (€)	Mese e anno erogazione acconto	Importo erogato a saldo (o complessivo in caso di assenza acconti) (€)		
Dirigenti di I fascia e assimilabili	9249	3815	□□□□□	5434		
Dirigenti di II fascia e assimilabili	6328	3629	□□□□□	2699		
Non dirigenti	1386	918	□□□□□	468		
5. Qual è stata la distribuzione del personale per classi di retribuzione di risultato/ premio?						
	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	□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□		
Dirigenti di II fascia e assimilabili	□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□		
Non dirigenti	□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□		
6. I processi attuati di valutazione e di erogazione dei premi sono stati coerenti con quanto stabilito dal Sistema?						
	processo di valutazione			erogazione dei premi		
	Si	No	(se no) motivazioni	Si	No	(se no) motivazioni
Dirigenti di I fascia e assimilabili	X			X		
Dirigenti di II fascia e assimilabili	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				22/12/2014 18/12/2015
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			0	0	0
Dirigenti di II fascia e assimilabili			0	0	0
Non dirigenti			3	0	0
9. I sistemi di misurazione e valutazione sono stati aggiornati, con il richiamo alle previsioni legislative degli obblighi dirigenziali contenute anche nei recenti provvedimenti legislativi e, in primo luogo, nella legge per la prevenzione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione?			X Si . No		

NOTE:

^ si intende il solo personale dipendente soggetto a valutazione con periodo di presenza nell'anno oggetto di rilevazione

Allegato 3, punto 5: non avendo ancora erogato la retribuzione di risultato/produttività, il dato potrà essere disponibile solo dopo il mese di ottobre 2019