

**Struttura Tecnica di Supporto
dell'Organismo Indipendente di Valutazione**

**RELAZIONE
DELL'ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE
SUL FUNZIONAMENTO COMPLESSIVO
DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE, TRASPARENZA E INTEGRITÀ DEI
CONTROLLI INTERNI
ANNO 2025**

Sommario

Introduzione e quadro normativo di riferimento	3
A. Performance organizzativa	4
B. Performance individuale	5
C. Processo di attuazione del ciclo della performance	5
D. Infrastruttura di supporto.....	6
E. Sistemi informativi ed informatici a supporto dell'attuazione del piano triennale per la trasparenza e l'integrità e per il rispetto degli obblighi di pubblicazione	7
F. Definizione e gestione degli standard di qualità	8
G. Utilizzo dei risultati del sistema di misurazione e valutazione.....	9
H. Descrizione delle modalità del monitoraggio dell'OIV	9
Esito finale	10

Introduzione e quadro normativo di riferimento

L'art. 14, comma 4, lettera a) del D.lgs. n. 150/2009, novellato dal D.lgs. n.174/2017, dispone che l'Organismo Indipendente di Valutazione (di seguito OIV) *“monitorea il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso anche formulando proposte e raccomandazioni ai vertici amministrativi”*.

Lo scopo del presente documento è quello di descrivere il funzionamento complessivo del ciclo di gestione della performance dell'Azienda ULSS 3 Serenissima, nonché i processi e le attività avviate per garantire la trasparenza, l'integrità e la prevenzione della corruzione, con riferimento all'anno 2025.

Come previsto dalla d.G.R. n. 140 del 16/02/2016, nella quale la Regione del Veneto ha definito le linee guida relative alle attività degli OIV nelle Aziende del Sistema Sanitario Regionale, la presente Relazione prende in esame i seguenti ambiti:

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

La presente Relazione è redatta dall'Organismo Indipendente di Valutazione dell'Azienda Ulss 3 Serenissima, nominato con deliberazione n. 1117 del 31/07/2026 per il periodo agosto 2026 – luglio 2029, che succede al precedente OIV nominato con deliberazione n. 1134/2023. Con essa l'OIV riferisce sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza ed integrità dei controlli interni con riferimento all'attività svolta nell'anno 2025.

A. Performance organizzativa

La Performance organizzativa dell'Azienda Ulss 3 Serenissima viene monitorata e misurata:

- a livello aziendale, intesa come raggiungimento degli obiettivi dell'intera Azienda;
- a livello di singola Unità Operativa, individuata come autonomo centro di responsabilità.

Per l'anno 2025, il ciclo della performance organizzativa si è svolto nelle seguenti fasi:

a) definizione degli obiettivi strategici ed operativi aziendali nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) formalizzato con la Delibera del Direttore Generale n. 184 del 30 gennaio 2025 e pubblicato sul sito web dell'Azienda nella sezione "Amministrazione trasparente", al fine di assicurarne la massima diffusione e trasparenza;

b) assegnazione degli obiettivi alle articolazioni organizzative aziendali (Unità Operative Complesse e Unità Operative Semplici a Valenza Dipartimentale) tramite la negoziazione del budget. La fase di negoziazione si è svolta a partire dai primi mesi del 2025 ed ha coinvolto i Direttori di Area, di Dipartimento, di Distretto e di Unità Operativa. In tale fase sono stati definiti gli obiettivi di ciascun servizio nell'ambito delle direttive stabilite dalla Direzione Strategica. A ciascun obiettivo è stato assegnato un punteggio in relazione all'importanza dello stesso.

Tutte le schede di budget sono state predisposte con il supporto del Controllo di Gestione e pubblicate nel sito intranet aziendale in modo da garantire a tutti i dipendenti la possibilità di prenderne visione.

c) monitoraggio degli obiettivi: l'Azienda ha sviluppato un sistema di misurazione che ha consentito il monitoraggio periodico e la rendicontazione della performance con riferimento a ciascuna unità di budget. Il monitoraggio avviene sulla base dei dati presenti nel datawarehouse aziendale o da altre fonti informative. Taluni obiettivi, in genere qualitativi, sono monitorati dal referente aziendale, che comunica al Controllo di Gestione il grado di raggiungimento dell'obiettivo.

d) misurazione e valutazione del raggiungimento degli obiettivi assegnati per l'anno 2024.

L'OIV ha preso atto delle linee di indirizzo seguite dall'Azienda, della metodologia e dei criteri adottati nella predisposizione delle schede di valutazione. Le linee di indirizzo aziendali hanno perseguito azioni e programmi riguardanti l'efficienza e l'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni, il contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie, il consolidamento dell'organizzazione aziendale per processi e la qualità del servizio offerto.

L'OIV ha potuto constatare che gli obiettivi perseguiti sono caratterizzati per l'essere:

- pertinenti e rilevanti;
- misurabili e chiari;
- sfidanti, ma commisurati alle risorse disponibili;
- riferiti, laddove possibile, a valori standard (benchmark), con particolare riguardo a quelli definiti dalla Regione del Veneto.

Gli obiettivi di budget sono prevalentemente misurabili sulla base di indicatori quantitativi ricavati dal sistema informativo dell'UOC Controllo di Gestione. Gli indicatori quantitativi presentano le seguenti caratteristiche:

- comprensibilità (obiettivi chiari, contestualizzati e concreti);
- confrontabilità (comparabili nel tempo rispetto alla stessa organizzazione e/o attività standard);
- fattibilità (misurabili nei sistemi informativi aziendali e sostenibili finanziariamente e rispetto all'arco temporale di riferimento);
- affidabilità (in grado di rappresentare e misurare il fenomeno).

L'OIV, in continuità con le indicazioni già fornite nel corso dell'anno, raccomanda di promuovere la coerenza tra il risultato della performance organizzativa delle singole unità operative ed il raggiungimento dei corrispondenti obiettivi regionali, nonché la coerenza interna nella declinazione e valutazione degli obiettivi delle strutture aziendali.

B. Performance individuale

La misurazione della Performance Organizzativa si integra con quella della Performance Individuale, volta a valutare l'apporto del singolo al raggiungimento degli obiettivi della struttura. Questo processo, svolto dal diretto superiore del dipendente, sulla base dell'organigramma aziendale, si fonda sui principi del contraddittorio, della partecipazione e della trasparenza dei criteri di valutazione utilizzati.

La valutazione individuale rappresenta una leva strategica per la gestione delle risorse umane, finalizzata all'orientamento professionale e al miglioramento continuo delle prestazioni.

Il processo di valutazione riguarda tutto il personale, sia a tempo determinato che indeterminato, e viene gestito dai rispettivi responsabili di UOC e UOSD. I criteri di giudizio riguardano il raggiungimento degli obiettivi qualitativi e quantitativi, le competenze trasversali, l'osservanza delle direttive, la capacità comunicativa, l'attenzione nello svolgimento dei compiti, nonché l'impegno e la disponibilità oraria rispetto ai risultati attesi, le relazioni interdisciplinari.

Il monitoraggio e la valutazione vengono effettuati mediante l'utilizzo di un software dedicato, fornito dallo stesso gestore dei servizi per il personale.

Dall'esito della valutazione organizzativa e individuale discende la corresponsione degli istituti economici previsti dalla contrattazione vigente.

C. Processo di attuazione del ciclo della performance

Il processo di attuazione del ciclo della performance è realizzato mediante una struttura di supporto costituita da:

- l'UOC Controllo di Gestione che coordina lo sviluppo del sistema di programmazione e controllo e la valutazione delle performance organizzative;
- l'UOC Gestione Risorse Umane che coordina e supporta il processo di valutazione individuale.

Nel dettaglio:

- con delibera del Direttore Generale n. 112 del 21 gennaio 2025 l'Azienda ha preso atto degli obiettivi regionali e ha definito il quadro delle responsabilità organizzative;
- è stato negoziato con tutte le Unità Operative (UOC, UOSD ed alcune specifiche UOS) il budget per l'anno 2025, articolando e formalizzando puntuali obiettivi da raggiungere ed attività da conseguire;
- è stata adottata la delibera del Direttore Generale n. 781 del 05/05/2025 di "Approvazione delle schede di budget degli obiettivi anno 2025 relativi alle Unità Operative dell'Azienda Ulss 3 Serenissima";

- nel corso del 2025 sono state svolte riunioni periodiche con i Dipartimenti che presentavano particolari criticità su determinati obiettivi e inoltre, con frequenza mensile, sono stati forniti ed aggiornati alcuni cruscotti di monitoraggio sui principali obiettivi;
- la Direzione Aziendale ha costantemente monitorato il grado di raggiungimento degli obiettivi anche in occasione di riunioni con i direttori e coordinatori di Unità Operative e Dipartimentali;
- è stata infine effettuata la valutazione sulla performance individuale, coordinata dall'UOC Risorse Umane e la valutazione della performance organizzativa.

Si riportano di seguito le principali fasi temporali del Ciclo della Performance

	2025												2026									
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
Approvazione PIAO 2025-2027																						
Negoziare budget e definizione obiettivi																						
Monitoraggio degli obiettivi di budget																						
Monitoraggio finale con verifica raggiungimento obiettivi di budget																						
Relazione sulla performance e validazione																						
Erogazione premialità																						

L'Azienda, con Delibera del Direttore Generale n. 852 del 17 giugno 2026, ha approvato la Relazione sulla performance 2025, prendendo contestualmente atto della valutazione ancora in itinere della performance organizzativa ed individuale.

Con successiva delibera n. 1251 del 14/09/2026 si è proceduto ad integrare e completare la relazione sopra citata con l'esito finale della valutazione della performance organizzativa di tutte le UU.OO. e, per tutti i dipendenti, di quella individuale.

D. Infrastruttura di supporto

Il monitoraggio continuo della performance aziendale e delle Unità Operative, curato dal Controllo di Gestione, viene effettuato tramite un applicativo sviluppato internamente. Rispetto al software esterno precedentemente in uso, questa soluzione risulta più performante e perfettamente aderente alle esigenze aziendali, consentendo di:

- Predisporre le schede di budget delle singole Unità Operative;
- Monitorare gli obiettivi in itinere durante tutto l'anno;
- Misurare a consuntivo il livello di raggiungimento dei risultati.

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

Con delibera del Direttore Generale n. 184 del 30 gennaio 2025 è stato adottato il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) 2024-2026, comprensivo della sezione *Rischi corruttivi e trasparenza* e corredato dai vari allegati, tra i quali anche la Tabella degli obblighi oggetto di pubblicazione, con l'individuazione dei responsabili della loro attuazione e relative tempistiche, nonché l'elenco dei processi a rischio corruzione con la ponderazione dei rischi e delle misure da adottare per prevenirli. La suddetta documentazione è stata regolarmente pubblicata nella sezione 'Amministrazione Trasparente' del sito web aziendale così come richiesto dalla normativa vigente.

L'attività di prevenzione della corruzione e trasparenza svolta nel corso del 2025 è stata condivisa con l'OIV nel corso dell'incontro del 22 gennaio 2026, durante il quale è stata illustrata la Relazione annuale del Responsabile della Prevenzione della corruzione e Trasparenza (di seguito RPCT) di cui all'art.1, co. 14, della legge 190/2012, redatta in conformità alle indicazioni ANAC.

Il RPCT, nel corso del 2025 ha effettuato un monitoraggio intermedio dei processi esposti a rischio corruttivo, il cui esito è stato comunicato alla Direzione strategica e all'OIV con nota prot. n.190259 del 18/09/2025. Inoltre, con nota prot. n.29537 del 9 febbraio 2026, il RPCT ha trasmesso a tutti gli owner di processo, all'OIV e alla Direzione strategica la Relazione conclusiva sul monitoraggio dei processi a rischio corruzione 2025.

Nel 2025, l'attuazione della strategia aziendale per la prevenzione della corruzione è risultata adeguata. Come negli anni precedenti, è stata garantita una costante attività informativa per diffondere i contenuti della sezione *Rischi Corruttivi e Trasparenza* del PIAO, nonché gli obblighi in materia di trasparenza. Il coinvolgimento dei dirigenti e dei dipendenti è stato positivo e proattivo riguardo a queste tematiche. Le attività di monitoraggio e gestione dei rischi sono proseguite regolarmente in tutte le strutture aziendali.

Per quanto riguarda gli obblighi di pubblicazione in Amministrazione Trasparente, nel corso del 2025 il RPCT ha svolto costanti monitoraggi e fornito supporto alle Unità Operative tenute all'adempimento degli obblighi di pubblicazione. Al fine di offrire un supporto operativo agli uffici, è stata predisposta la *Bussola della Trasparenza*, una guida operativa di facile consultazione, contenente indicazioni pratiche per adempiere in modo completo ed efficace agli obblighi di pubblicazione e mantenere aggiornati i contenuti informativi previsti dalla normativa. I Servizi responsabili delle pubblicazioni hanno inoltre provveduto a validare la qualità dei dati pubblicati come raccomandato dall'ANAC (Delibera n. 495/2024, successivamente modificata con Delibera n. 481/2025).

In data 09/07/2025 l'OIV ha effettuato presso l'Azienda (ai sensi dell'art. 14, co. 4, lett. g, del D.lgs. n.150/2009 e delle delibere ANAC n.1310/2016 e n.192/2025) la verifica, con esito positivo, riferita ai dati ed informazioni del 2024 sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 1 – Scheda di rilevazione al 31 maggio 2025 della delibera n. 192/2025.

Si menziona inoltre la partecipazione ad iniziative formative specifiche fra le quali:

- 20/06/2025 "Il Veneto per la Legalità - Edizione 2" organizzato da Regione del Veneto;
- 11/07/2025 "La giornata della Trasparenza – Edizione 5" organizzato dalla Regione del Veneto In collaborazione con Gazzetta Amministrativa della Repubblica Italiana;

- 7/10/2025 Progetto della Regione del Veneto “Costruire insieme un percorso di legalità” incontro dal titolo “Osservatorio degli RPCT degli enti regionali sulle buone pratiche di prevenzione della corruzione e trasparenza”.

F. Definizione e gestione degli standard di qualità

Il Servizio Qualità

Nel corso del 2025, il Servizio Qualità ha continuato a garantire l'efficacia e l'efficienza dei processi aziendali attraverso una serie di attività mirate. In particolare ha implementato e monitorato procedure di controllo di qualità per assicurare la conformità agli standard regionali (LR 22/2002 – DGR 1732/2017) ed internazionali (Accreditation Canada). Ha inoltre condotto audit interni per identificare aree critiche e implementare azioni di miglioramento. Il Lavoro si è svolto a stretto contatto con le altre funzioni aziendali per promuovere una cultura della qualità e migliorare la soddisfazione dell'utente.

Le attività effettuate dal Servizio Qualità nell'anno 2025 sono state le seguenti:

-Gestione del processo di Autorizzazione all'Esercizio delle seguenti Unità di Offerta Sanitare e Socio-Sanitarie nuove o trasferite/ristrutturate:

- Case della Comunità di Noale, Lido di Venezia e Favaro Veneto;
- Terapia Intensiva P.O. di Mirano e di Dolo;
- Piastra Angiografica Ospedale dell'Angelo;
- Medicina di Laboratorio Ospedale dell'Angelo;
- Medicina Trasfusionale;
- n. 2 ambulanze.

- Gestione del Processo di Eccellenza Accreditation Agrément Canada Distinction Trauma e Ictus: n.68 audit interni per orientamento preliminare sugli standard e n. 2 visite di verifica (Ictus 03-07/11/2025, Trauma 01-05/12/2025);

-Formazione aziendale: riedizione FAD “La qualità come motore di evoluzione del Governo clinico” rivolta a tutto il personale;

-Costituzione gruppi di lavoro e supporto per la contestualizzazione, la redazione e l'inserimento nell'applicativo QualiWare di n. 5 Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) e di n. 33 Procedure Aziendali Trasversali (PAT);

- PREM's (Patient-Reported Experience Measures):

- monitoraggio delle adesioni con il coinvolgimento dei referenti delle Direzioni Mediche;
- partecipazione alle attività di implementazione del nuovo cruscotto proposto da Azienda Zero;
- raccolta dati Premio Cortesia 2025.

Gestione delle segnalazioni degli utenti - Ufficio Relazioni con il Pubblico

La gestione delle segnalazioni degli utenti è uno strumento di comunicazione che promuove un approccio di ascolto sistematico e strutturato dei cittadini da parte dell'Azienda, finalizzato a ottenere un riscontro sulle proprie attività per consentire la correzione di eventuali disservizi e, più in generale, il miglioramento qualitativo.

La struttura deputata alla gestione delle segnalazioni è l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (di seguito URP), in staff alla Direzione Generale dell'Azienda, la quale attribuisce un ruolo strategico fondamentale alla comunicazione con l'utenza per la realizzazione delle proprie finalità, nel rispetto dei diritti dei cittadini.

L'URP adotta un sistema informatizzato di rilevazione, registrazione, gestione e archiviazione delle segnalazioni che permette il controllo di ogni fase della pratica e il tempestivo invio di una comunicazione automatica agli utenti di presa in carico delle loro istanze.

Con specifica procedura sono stati ridefiniti percorsi, responsabilità e comportamenti per la gestione delle segnalazioni, con l'obiettivo di rispondere nel modo più efficace e nel minor tempo possibile al cittadino attraverso il coinvolgimento dei Direttori di struttura per la gestione dei reclami quale opportunità di chiarire direttamente con l'utente la criticità evidenziata, risolvendo eventuali conflitti e ricostruendo il rapporto di fiducia.

Nel corso del 2025 l'URP ha gestito un volume massiccio di interazioni con l'utenza: 12.306 comunicazioni scritte, 15.815 prese in carico telefoniche e allo sportello, 51.105 chiamate telefoniche in entrata con tasso di risposta del 51,5% e durata media di 6 minuti e 46 secondi per chiamata. I temi ricorrenti, in particolare i tempi d'attesa, gli aspetti economici, organizzativi e tecnico-professionali, costituiscono un patrimonio informativo utile per orientare azioni di miglioramento continuo.

G. Utilizzo dei risultati del sistema di misurazione e valutazione

Il processo di misurazione e valutazione della performance si articola, come già richiamato, nella valutazione sia organizzativa (Unità di Budget) sia individuale (singolo dipendente).

L'analisi dei consuntivi fornisce un quadro chiaro dei punti di forza e delle criticità organizzative, consentendo di programmare mirati interventi di miglioramento e di ottimizzare l'impiego delle risorse.

Tale processo orienta l'organizzazione verso il miglioramento dell'efficienza e dell'economicità, promuovendo al contempo un ambiente favorevole allo sviluppo e alla valorizzazione del capitale umano.

H. Descrizione delle modalità del monitoraggio dell'OIV

Le attività di verifica da parte dell'OIV sono state effettuate tramite l'analisi della documentazione e degli elementi informativi ricevuti dall'Azienda per il tramite della Struttura Tecnica di Supporto.

Nel corso del 2025 l'OIV, come emerge dai verbali conservati agli atti, si è riunito nelle seguenti date: 20 gennaio, 19 giugno, 1 luglio, 9 settembre e 11 dicembre.

Le principali tematiche nel corso degli incontri sono state le seguenti:

- Relazione annuale che l'RPCT è tenuto a redigere ai sensi dell'art. 1, co. 14, della legge 190/2012;
- Piano Integrato di Attività ed Organizzazione 2025-2027;
- Corresponsione infrannuale al personale di quote della retribuzione di risultato;
- Attestazione dell'OIV sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione, come da indicazioni fornite da ANAC con delibera n. 192 del 7 maggio 2025;

- informativa sull'andamento economico-patrimoniale aziendale durante la seduta del Collegio Sindacale;
- Monitoraggio degli obiettivi aziendali dell'anno in corso e aggiornamento sullo stato di avanzamento degli interventi finanziati con fondi PNRR;
- risultati finali della valutazione della performance organizzativa ed individuale del 2024;
- Relazione sulla performance anno 2024;
- Intervento della Consigliera di Fiducia dell'Azienda in materia di benessere organizzativo.

I verbali degli incontri sono conservati e disponibili presso la Struttura Tecnica di Supporto dell'Organismo Indipendente di Valutazione.

Esito finale

Tutto ciò premesso, l'Organismo Indipendente di Valutazione esprime:

- **Valutazione positiva in ordine alla conformità ed appropriatezza del ciclo di gestione della Performance** dell'Azienda Ulss 3 nell'anno 2025 (approvazione formale del Piano Integrato di Attività e Organizzazione, rispetto delle tempistiche relative all'avvio del ciclo della performance, corretta adozione di obiettivi organizzativi declinati nelle "Schede di budget" negoziate, effettivo svolgimento delle fasi di monitoraggio, implementazione degli strumenti di valutazione della performance individuale attraverso "Schede di valutazione individuale");
- **Valutazione positiva in ordine alla regolarità sugli adempimenti previsti in materia di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione;**
- **Nulla osta** alla corresponsione degli istituti economici legati alla retribuzione di risultato ed alla premialità a seguito della conclusione dell'intero ciclo della performance organizzativa ed individuale.

Letto, approvato e sottoscritto.

Mestre, 15 settembre 2026

I COMPONENTI DELL'ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE:

dott. Mauro BONIN

dott. Giuseppe FRANCO

dott.ssa Annalisa NACCHI