

---

**Anno 2024**

---

# ***Relazione dell'OIV***

*sul funzionamento complessivo  
del Sistema di Valutazione,  
Trasparenza e Integrità dei  
controlli interni e Validazione  
della Performance 2024*

(DGRV n. 140 del 16/02/2016)

## **INDICE**

|   |    |
|---|----|
| Introduzione .....  | 2  |
| Performance organizzativa e individuale .....   | 5  |
| Processo di attuazione del ciclo della performance.....   | 9  |
| Infrastruttura di supporto.....   | 11 |
| Programma triennale per la trasparenza e l'integrità e per il rispetto degli obblighi di pubblicazione..... | 12 |
| Definizione e gestione degli standard di qualità .....  | 13 |
| Utilizzo dei risultati del Sistema di misurazione e valutazione.....  | 14 |
| Descrizione delle modalità del monitoraggio dell'OIV .....  | 16 |
| Descrizione delle buone pratiche di promozione delle pari opportunità e di benessere organizzativo.....     | 16 |
| Metodi di verifica dei criteri di validazione .....   | 17 |
| Riepilogo degli esiti osservazioni conclusive .....   | 21 |
| Validazione della Relazione sulla performance .....   | 25 |
| Conclusioni e prospettive di sviluppo .....   | 26 |

## 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. In tali linee guida è previsto, tra l'altro, che la Relazione annuale dell'OIV sul funzionamento complessivo del sistema sia integrata con il Documento di Validazione della Relazione sulla performance, in modo da 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.

Come disposto dalla DGRV n. 140/2016, la struttura e i contenuti del documento tengono conto di quanto suggerito dalle delibere CIVIT n. 4/2012 e n. 23/2013, opportunamente aggiornati sulla base della successiva evoluzione normativa nazionale (D.Lgs.74/2017 per quanto attiene la 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.

In particolare s' intende analizzare:

- a) sia la messa a punto ed il grado di applicazione da parte dell'Azienda degli strumenti e delle misure previste dal richiamato decreto con particolare riguardo agli aspetti relativi alla misurazione e alla valutazione della *performance*, alla trasparenza, nonché all'integrazione tra i diversi sistemi di controllo interno
- b) sia di descrivere le modalità di svolgimento della procedura di validazione della Relazione sulla performance dell'anno 2024 da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

L'azione dell'Organismo si è dispiegata nell'analisi e verifica dei meccanismi di funzionamento complessivo del sistema di una realtà complessa ed articolata quale è l'Azienda USSL7 Pedemontana.

L'OIV è chiamato a svolgere una serie di adempimenti che presuppongono un coinvolgimento diretto dell'Amministrazione nella sua globalità tanto nella fase di programmazione gestoria quanto nella successiva procedura relativa al complessivo processo di monitoraggio, misurazione e valutazione della *performance* aziendale.

La finalità è quella di garantire sia la correttezza dei processi di misurazione e valutazione, sia l'applicazione delle linee guida, delle metodologie e dei dettami legislativi supportando l'Azienda nello sviluppo ed integrazione dei Sistemi in essere.

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

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"*.

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 integrato di attività e organizzazione (PIAO) - quale documento di integrazione degli atti di pianificazione della Direzione Strategica - ed il Documento delle Direttive 2024, che rappresenta, ai sensi della L.R. n. 55/94, lo strumento di raccordo tra il documento di pianificazione pluriennale - Piano integrato di attività e organizzazione 2024-2026 - e il sistema di budget, declinando gli obiettivi strategici triennali in obiettivi operativi annuali e rappresenta pertanto lo strumento di programmazione annuale. Al Documento delle Direttive viene allegata, altresì, la procedura *"Misurazione del Ciclo della Performance"* nella quale sono riportate le modalità di svolgimento del processo di budget aziendale, dall'assegnazione degli obiettivi, alle fasi di monitoraggio, alla valutazione;
- 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 e 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);

Nei paragrafi seguenti, sono descritti tra l'altro:

- a. i criteri utilizzati per la validazione della Relazione sulla performance;
- b. il metodo utilizzato per la verifica dei suddetti criteri;
- c. le conclusioni raggiunte per ognuno dei criteri, nonché le evidenze a supporto delle conclusioni raggiunte.

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.

Le risultanze espresse in modo chiaro e di facile intelligibilità riguardano i seguenti ambiti:

- 1) performance organizzativa;
- 2) performance individuale;
- 3) processo di attuazione del ciclo della performance;
- 4) infrastruttura di supporto: sistemi informativi e informatici a supporto dell'attuazione del Ciclo della *Performance*;
- 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.",

L'Azienda il Ciclo della performance risulta definito dai seguenti documenti:

- Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) approvato con n. deliberazione del Direttore Generale n. 159 del 29/01/2024 che comprende i documenti di programmazione previsti dal Decreto Legge 9 giugno 2021, n.80, convertito con modificazioni dalla Legge 6 agosto 2021, n.113;
  - a) Documento delle Direttive, approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 159 del 29/01/2024 che declina gli obiettivi strategici in obiettivi operativi annuali;
  - b) Documento annuale di approvazione del "Budget", deliberazione n. 391 del 01.03.2024 con cui l'Azienda assegna gli obiettivi alle Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali con indicatori misurabili, controllabili e raggiungibili;
- Performance Individuale, nota mail del Direttore Amministrativo del 15.04.2024 di avvio dell'assegnazione degli obiettivi e nota mail del 15.04.2025 relativa alla chiusura del processo 2024.
- audizioni e relazioni in conformità anche con l'allegato di cui alla delibera Civit n. 23/2013, della UOC Controllo di Gestione, UOC Gestione Risorse Umane e dal Responsabile aziendale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- 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.

L'OIV, supportato dalla struttura tecnica permanente per la misurazione della performance, ha redatto la presente Relazione integrata relativamente all'anno 2024, che viene pubblicata nel portale della *performance* sulla base di quanto previsto dalla normativa vigente in materia.

## PERFORMANCE ORGANIZZATIVA E INDIVIDUALE

---

Nell'Azienda ULSS n. 7 Pedemontana la performance viene misurata:

- a livello complessivo aziendale rispetto all'efficace raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali (*performance aziendale*), prioritariamente derivati dagli obiettivi strategici regionali sui quali viene valutata la Direzione Generale;
- a livello di singola Unità Operativa per le Unità Operative Complesse e le Unità Operative Semplici Dipartimentali, individuate come autonomo centro di responsabilità (*performance organizzativa*). La contrattazione degli obiettivi per le Unità Operative Complesse e Semplici Dipartimentali si è svolta nel corso di incontri dipartimentali con la partecipazione trasversale delle strutture afferenti ai Presidi aziendali. I *dipartimenti strutturali* sono costituiti da strutture omogenee sotto il profilo dell'attività o

delle risorse umane e tecnologiche impiegate o delle procedure operative; i *dipartimenti funzionali* sono costituiti da strutture che concorrono alla realizzazione di obiettivi specifici tesi a migliorare la pratica clinico-assistenziale, la presa in carico del paziente e l'integrazione multi professionale e multidisciplinare. Analogamente, per le strutture territoriali la definizione degli obiettivi è stata effettuata con incontri congiunti tra unità operative omogenee afferenti ai due distretti.

- a livello di singolo dipendente afferente all'area contrattuale sia della dirigenza che del comparto (*performance individuale*);

Conseguentemente i processi di individuazione degli obiettivi e di misurazione dei risultati si svolgono sia a livello complessivo aziendale che di singola unità operativa, integrandosi con la valutazione della performance individuale, effettuata secondo le procedure ed i criteri concordati con le Organizzazioni Sindacali, ai fini del riconoscimento della premialità secondo quanto previsto per il personale dirigente Area Sanità, dal CCIA del 24/08/2023, per il personale dirigente Area Funzioni Locali dal CCIA del 18/10/2023 e per il personale del Comparto Sanità, dal CCIA del 12/07/2023.

## **Performance organizzativa**

L'art. 6 del D.L. 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla L. 6 agosto 2021, n. 113, ha previsto che le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, debbano adottare, entro il 31 gennaio di ogni anno, il *Piano Integrato di Attività e Organizzazione* (PIAO). In tale documento convergono il Piano della performance, il Piano del Lavoro Agile, il Piano triennale del fabbisogno del personale e il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione rappresentando quindi un documento unico di programmazione e governance.

La Direzione Strategica dell'Azienda ULSS 7 Pedemontana ha dato avvio al ciclo di gestione della Performance con l'adozione del PIAO 2024-2026, approvato con Deliberazione n. 159 del 29/01/2024, e il Documento delle Direttive 2024, approvato con Deliberazione n. 159 del 29/01/2024, quali documenti di programmazione e individuazione di obiettivi strategici ed operativi, di indicatori e risultati attesi per il triennio 2024-2026. In questi documenti sono stati declinati a livello aziendale gli obiettivi assegnati dalla Regione con DGR 1682/2023.

Nel rispetto del percorso stabilito nei suddetti documenti, dopo la presentazione degli obiettivi di sistema ed aziendali da parte della Direzione Strategica, sono stati definiti con tutte le Strutture Complesse e le Strutture Semplici Dipartimentali gli obiettivi di performance per l'anno 2024. Con deliberazione del Direttore Generale n. 391 del 01.03.2024 sono state quindi approvate le schede di budget 2024 delle strutture aziendali, formalmente sottoscritte dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario, dal Direttore Amministrativo e Direttore dei Servizi Socio Sanitari per le aree di competenza, dai Direttori di Dipartimento e dai Direttori di Struttura.

Il Ciclo della Performance prevede un monitoraggio infrannuale, anche con incontri formalizzati, e una rendicontazione annuale del raggiungimento degli obiettivi fissati da effettuarsi mediante l'elaborazione della "Relazione sulla Performance", coerentemente con quanto previsto nel D. Lgs. n. 150/2009 e nella DGR n. 140/2016.

Il monitoraggio intermedio degli obiettivi di budget si è svolto nei mesi di settembre/ottobre, con i dati del 1° semestre, con i responsabili di Struttura Complessa e Semplice Dipartimentale, i Direttori di Dipartimento, i Direttori delle articolazioni aziendali e alla presenza della Direzione Strategica, con il supporto dell'UOC Controllo di Gestione per le attività necessarie all'analisi degli scostamenti e alla definizione del grado di conseguimento dei risultati.

Gli obiettivi contenuti nelle schede di budget con indicatori non numerici, cioè quelli cui la positiva valutazione risultava non strettamente desumibile da procedure informatizzate aziendali, sono stati valutati sulla base della documentazione prodotta con compilazione di una breve sintesi del raggiungimento del risultato nella scheda di budget. Per quanto riguarda gli obiettivi di costo, soprattutto per le voci relative ai beni sanitari soggetti al tetto regionale definiti con i Decreto n.7 del 25-03-24 successivamente aggiornato con Decreto n.27 del 07.10.24, il monitoraggio è stato svolto con cadenza mensile con reportistica rivolta alla Direzione e ai singoli Direttori di Strutture Complesse e Strutture Semplici Dipartimentali. Eventuali criticità sono state regolarmente segnalate e discusse nel corso di incontri specifici alla presenza della Direzione aziendale e verbalizzate.

Il processo di monitoraggio intermedio è presidiato mediante due monitoraggi intermedi, il primo durante i mesi di luglio-agosto (incontri in presenza), il secondo mediante confronto mail e incontri in presenza solamente nei casi di criticità in accordo con la Direzione di Area.

Il monitoraggio finale sul raggiungimento degli obiettivi si è svolto nei mesi di aprile/maggio 2024, con la raccolta della documentazione a supporto. Le valutazioni sulle verifiche di budget 2024 si sono concluse rispettando la tempistica prevista per il completamento del Ciclo della Performance, la cui sintesi è contenuta nella Relazione sulle Performance approvata con deliberazione del Direttore Generale n.1225 del 30.06.2025. Le verifiche sono state elaborate sulla base dei dati consuntivi 2024 integrate, per gli indicatori non numerici, da specifiche relazioni. Nella valutazione degli obiettivi di budget 2024, collegati agli obiettivi di salute e funzionamento assegnati all'Azienda con DGR 1682/2023, si è tenuto conto dei dati e informazioni sui risultati dell'anno 2024 acquisiti attraverso i monitoraggi dei competenti uffici regionali in attesa della valutazione definitiva.

Con riferimento alle ulteriori attività dell'OIV espletate nel corso del 2024, si evidenzia che nell'incontro dell'OIV del 17.06.2024 è stata effettuata la verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nella griglia di rilevazione di cui alla delibera ANAC n. 213 del 23.04.2024. Nel corso dell'incontro l'OIV ha analizzato in modo collegiale la griglia di monitoraggio con un confronto diretto con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza sui temi specifici.

Infine, a completamento del Ciclo della Performance 2023, nella seduta dell'OIV del 22.07.2024 è stata esaminata e validata la Relazione sulla Performance anno 2023 approvata con Delibera del Direttore Generale n.1171 del 29.06.2024.

## **Considerazioni**

L'esperienza ULSS 7 rivela un'organizzazione matura, orientata alla programmazione integrata e alla valutazione come leva di miglioramento.

E' interessante notare come l'Azienda promuova un approccio partecipativo con le Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali attuando il coinvolgimento multilivello. La formalizzazione degli obiettivi e delle schede di budget favorisce una responsabilizzazione diffusa.

La collaborazione tra Direzione Strategica e strutture aziendali ha favorito una valorizzazione del ruolo delle unità operative, promuovendo ownership e coinvolgimento.

Il sistema di verifica infrannuale e annuale mostra attenzione non solo ai risultati, ma anche agli scostamenti e alle criticità. Questo consente correzioni in corso d'opera, rendendo il ciclo della performance uno strumento dinamico. Buona la tracciabilità degli scostamenti e l'approccio correttivo.

Per gli indicatori non numerici, la valutazione si è basata su documentazione descrittiva: approccio necessario ma perfezionabile per ridurre la soggettività. Gli indicatori non numerici richiedono sforzi valutativi più qualitativi e documentati, con rischio di soggettività.

La standardizzazione di questi criteri potrebbe essere un'evoluzione futura utile, con possibili margini di miglioramento.

L'ULSS 7 Pedemontana ha recepito con puntualità le indicazioni normative, armonizzando strumenti e obiettivi strategici (performance, lavoro agile, fabbisogno di personale, anticorruzione).

## Performance individuale

La valutazione della performance individuale, unitamente alla valutazione della performance organizzativa di Unità Operativa, è finalizzata anche al riconoscimento del sistema premiante, di cui ai relativi fondi contrattuali, regolamentati dai relativi accordi sindacali, già citati nel precedente paragrafo "Performance organizzativa e individuale".

Il sistema si basa sull'oggettività della misurazione e della valutazione, a partire dalla individuazione di una scala metrica concordata ed a conoscenza di tutti gli operatori per effettuare una misurazione oggettiva dei comportamenti e l'analisi successiva degli scostamenti e quantifica il premio economico, per ogni singolo dipendente, in relazione al livello di performance organizzativa e individuale raggiunto nell'anno.

La valutazione della performance individuale prevede una valutazione di prima istanza effettuata dal dirigente diretto superiore del valutato, eventualmente supportato da figure di coordinamento intermedio anche non di livello dirigenziale (ad esempio i Coordinatori per il personale del comparto sanitario), e comunque sempre da un soggetto che sia direttamente a conoscenza dell'attività svolta dal valutato, secondo i principi del contraddittorio e della partecipazione. Per questo motivo l'Azienda, anche cogliendo i suggerimenti dell'OIV, ha organizzato uno specifico corso di formazione per le figure coinvolte nel processo di valutazione incentrato sull'importanza del colloquio di valutazione e dei monitoraggi intermedi.

Per consentire una migliore gestione di tutto il processo di valutazione, l'Azienda ha introdotto un nuovo gestionale informatico che permette di firmare elettronicamente la scheda di valutazione anche da parte del valutato. Il processo di valutazione prevede anche l'eventuale revisione della valutazione su istanza dell'interessato (che può essere attivata entro 15 giorni dalla ricezione della valutazione) promossa dall'Azienda tramite un collegio presieduto dal superiore gerarchico del valutatore di prima istanza.

Il processo di valutazione individuale prende avvio successivamente all'adozione della delibera di approvazione delle schede di budget. Nel corso dell'anno il valutatore effettua le opportune attività di monitoraggio per verificare l'andamento della performance ed eventualmente attiva i necessari interventi correttivi (colloqui di check, riunioni di verifica ecc.). Analogamente si procede con la consegna della valutazione relativa agli obiettivi dell'anno precedente, sempre con incontri specifici e sottoscrizione del valutato e del valutatore.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 1171 del 28/06/2024 è stata approvata la Relazione sulla performance anno 2023, nella quale sono evidenziate, tra le altre informazioni, le disponibilità dei fondi di risultato e premialità e il quadro di sintesi relativamente alle valutazioni della performance individuale.

## **Considerazioni**

Il sistema adottato evidenzia una struttura ben pensata e coerente, basata su trasparenza, partecipazione e misurabilità.

La scelta di includere strumenti informatici e formazione mirata fa emergere un impegno concreto verso una cultura della valutazione evoluta. Il processo è scandito da momenti chiave: adozione schede di budget, monitoraggi intermedi, colloqui di verifica, e consegna finale della valutazione.

L'organizzazione di formazione specifica per i valutatori (su colloqui e monitoraggi intermedi) è un segnale positivo: valorizza la dimensione dialogica del processo.

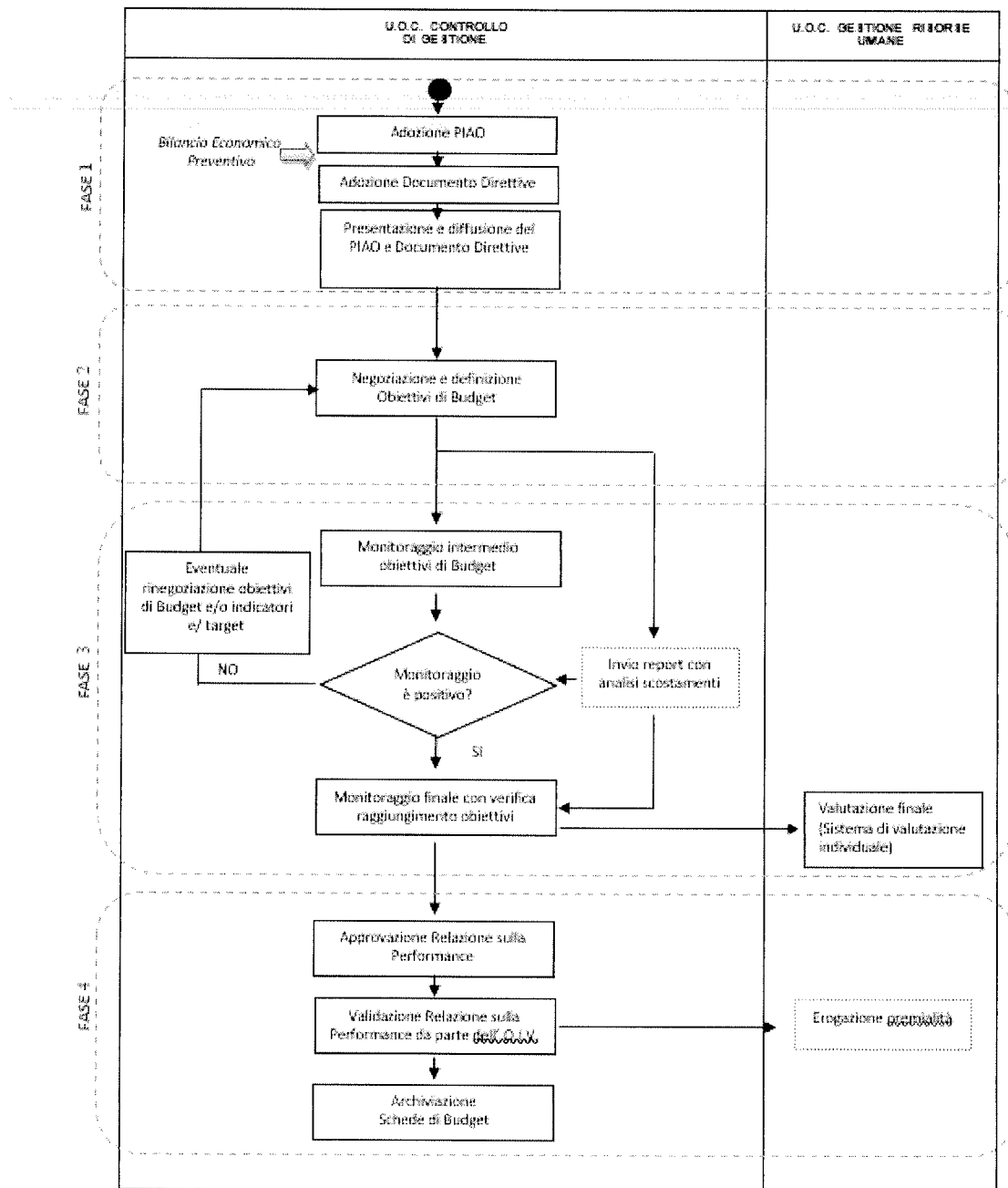
L'introduzione del sistema informatico per la firma digitale semplifica le procedure e aumenta la trasparenza.

La possibilità di revisione della valutazione, entro termini definiti e tramite organo collegiale, rafforza i principi di equità e partecipazione.

## PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE

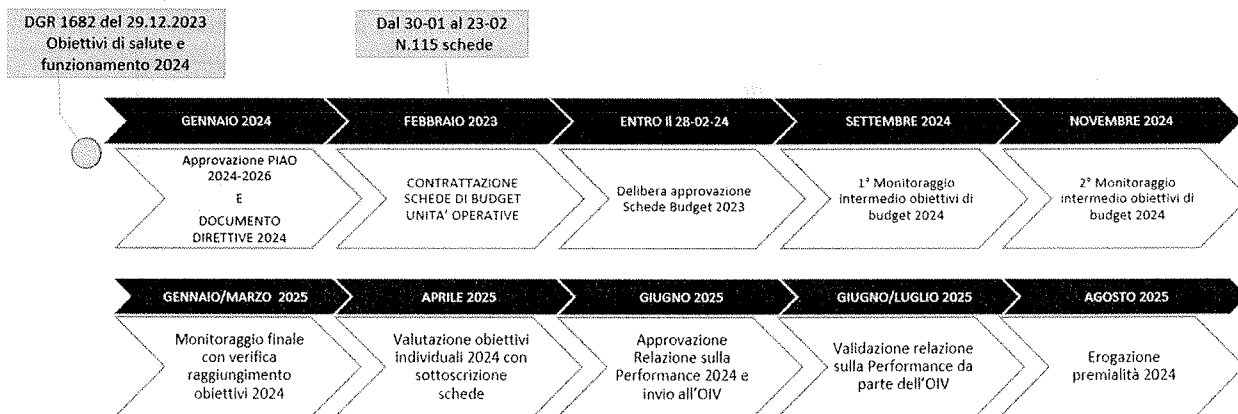
---

Lo sviluppo del sistema di programmazione e controllo e la valutazione delle performance organizzative è coordinato dall'U.O.C. Controllo di Gestione che applica la metodologia di budget al fine di garantire efficacia ed efficienza nei processi di acquisizione e impiego delle risorse e concretizzare il principio della responsabilità gestionale, professionale ed anche economica. L'U.O.C. Risorse Umane supporta il processo di valutazione individuale, anche attraverso l'utilizzo di un software dedicato alla gestione del sistema di valutazione individuale.



Di seguito sono rappresentate le fasi del processo tramite flow chart:

Il Ciclo delle Performance attuato nell'anno 2024 si è sviluppato con le seguenti tempistiche e fasi:



## Considerazioni

L'U.O.C. Controllo di Gestione si conferma come cabina di regia del sistema, traducendo le strategie aziendali in budget e strumenti di controllo. Il coordinamento centrale rafforza l'integrazione tra indirizzi strategici e operatività, conferendo valore aggiunto al sistema. La metodologia adottata favorisce l'efficacia delle azioni e l'efficienza nell'allocazione delle risorse.

Il riferimento alla "responsabilità gestionale, professionale ed economica" indica una visione multilivello della accountability che rafforza il senso di appartenenza diffuso. L'approccio gestionale integrato promuove la trasparenza e la responsabilizzazione a tutti i livelli organizzativi.

Il coinvolgimento dell'U.O.C. Risorse Umane rappresenta un valore aggiunto nel raccordo tra performance organizzativa e individuale.

L'utilizzo di un software dedicato alla valutazione individuale risponde all'esigenza di tracciabilità, semplificazione e trasparenza nel processo, gli strumenti digitali semplificano la gestione, favoriscono tracciabilità e tempestività dell'intero processo

La formazione dei valutatori migliora la qualità e l'equità delle valutazioni individuali.

L'Azienda mostra un approccio maturo e strutturato alla performance, con strumenti e metodologie efficaci.

Il consolidamento del sistema offre solide basi per evoluzioni future in chiave predittiva e partecipativa.

## INFRASTRUTTURA DI SUPPORTO

Ai fini del monitoraggio del funzionamento dell'intero Ciclo della Performance sono stati messi a disposizione dell'OIV i dati e informazioni elaborate con il sistema informativo aziendale (datawarehouse), gestito a livello centrale dalla UOC Controllo di Gestione, in collaborazione con l'UOC Sistemi Informativi.

Le principali fonti aziendali che alimentano il Datawarehouse sono relative alle seguenti procedure gestionali:

- rilevazioni presenze,
- ricoveri ordinari e diurni,
- registro operatorio informatizzato,
- prestazioni ambulatoriali erogate (pubblici, SAI, preaccreditati),
- prescrizioni MMG e specialisti;

- prenotazioni di prestazioni specialistiche,
- mobilità sanitaria attiva e passiva,
- consumi di beni sanitari e non,
- costi complessivi per fattore produttivo e centri di costo.

I dati estratti dal datawarehouse aziendale sono stati, altresì, utilizzati per la reportistica aziendale trasmessa periodicamente alla Direzione Strategica e ai Direttori/Responsabili di unità operativa, nonché per la strutturazione di ambienti di analisi specifiche (cruscotti) e l'elaborazione finalizzate agli adempimenti dei debiti informativi (flussi SDO, SPS, SOGEI, ecc.) nazionali e regionali.

## **Considerazioni**

L'infrastruttura di supporto consente una gestione data-driven del Ciclo della Performance, con analisi tempestive, coerenti e integrate. La capillarità delle fonti garantisce una visione multi-dimensionale dei processi sanitari, economici e organizzativi.

Come opportunità di miglioramento si può prevedere di

1. potenziare l'utilizzo del datawarehouse con modelli predittivi e dashboard interattivi per anticipare scostamenti e ottimizzare la programmazione;
2. rafforzare la formazione degli operatori sull'uso dei dati per favorire la cultura del monitoraggio distribuito;
3. integrare strumenti di business intelligence con report automatizzati e alert su indicatori critici.

L'infrastruttura tecnologica rappresenta uno degli asset strategici per il successo del Ciclo della Performance. Il suo utilizzo può evolvere da semplice reporting a motore decisionale avanzato, capace di sostenere scelte cliniche, gestionali e organizzative in tempo reale.

## **PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ E PER IL RISPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE**

---

Con deliberazione del Direttore Generale a n. 602 del 07/04/2023, è stata confermata Responsabile per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza la dott.ssa Michela Piccinini, Responsabile dell'UOC Controllo di Gestione, già Responsabile dal 1.2.2017.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 159 del 29/01/2024 è stato approvato il PIAO 2024-2026 che include il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (PTPC) per il triennio 2024 – 2026 contenente l'apposita sezione sulla Trasparenza.

Si è proceduto al monitoraggio dell'applicazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (PTPC) verificando, in particolare, le pubblicazioni nella sezione dedicata del sito aziendale "Amministrazione Trasparente", rilevando che il livello di adempimento agli obblighi risulta soddisfacente e comunque nel rispetto della normativa.

Si sono svolti monitoraggi frequenti sulla pubblicazione dei dati che hanno riguardato la totalità degli obblighi previsti dai Decreti Legislativi n. 33 del 14.3.2013 e n. 97 del 25.5.2016. Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza ha costantemente vigilato sugli obblighi di trasparenza, su eventuali criticità in ordine all'interpretazione degli stessi, su possibili migliorie della piattaforma che possano agevolare la pubblicazione dei dati, documenti e informazioni, incentivando altresì eventuali modifiche necessarie e/o opportune per migliorare la qualità e facilità di lettura di quanto pubblicato.

Nella scheda di budget per l'anno 2024, l'obiettivo relativo all'area della trasparenza e anticorruzione è stato assegnato a tutte le Unità Operative interessate.

L'attività di prevenzione della corruzione e trasparenza svolta nel corso dell'anno 2024 è stata, peraltro, relazionata da parte del Responsabile per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza nella nota trasmessa all'OIV con prot. 69400 del 30/07/2024 relativamente al 1° semestre 2024 e prot. 6706 del 24.01.2025 per l'anno 2024 (di tale documento l'OIV ha preso atto, nel corso dell'incontro del 29.01.2025).

L'analisi del PTPCT 2023-2025, inserito nella opportuna sotto sezione del PIAO, ha permesso di riscontrare favorevolmente il rispetto dei principi cardini e delle indicazioni operative contenute nel PNA 2022 – 2024. In particolare, tra le misure di attuazione della strategia di prevenzione della corruzione, particolarmente rilevanti risultano essere i monitoraggi periodici effettuati in collaborazione l'Ufficio Internal Audit e i responsabili dei processi organizzativi.

## **Considerazioni**

La continuità nella leadership assicura stabilità e consolidamento delle competenze acquisite dal 2017 ed il raccordo funzionale tra UOC Controllo di Gestione e il presidio sulla trasparenza favorisce una visione integrata tra performance, anticorruzione e accountability.

Il sistema appare maturo e consolidato, con una governance stabile e un approccio metodico.

L'assegnazione degli obiettivi di trasparenza alle singole unità operative attraverso la scheda di budget è una buona pratica di responsabilizzazione diffusa.

I monitoraggi tecnici e frequenti migliorano l'efficienza e capacità di intercettare criticità così come la collaborazione con Internal Audit determinando un rafforzamento del controllo interno e della vigilanza.

La vigilanza attiva e le proposte di miglioramento tecnico indicano un orientamento alla qualità e all'evoluzione del sistema informativo pubblico.

Come possibili spunti evolutivi si può prevedere di valorizzare strumenti di monitoraggio automatizzato per l'aggiornamento continuo dei dati obbligatori e promuovere un approccio culturale alla trasparenza, attraverso azioni formative interne rivolte a tutti i livelli aziendali.

## **DEFINIZIONE E GESTIONE DEGLI STANDARD DI QUALITÀ**

---

L'Azienda Ulss n. 7 Pedemontana 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. In questo senso all'interno del sistema di valutazione della performance organizzativa vengono declinati:

- gli obiettivi definiti annualmente dalla Regione Veneto come “*obiettivi di salute e funzionamento dei servizi per le Aziende e Istituti del Servizio Sanitario Regionale*” che riguardano tutte le aree di erogazione (dipartimento di prevenzione, assistenza distrettuale, ospedaliera, processi di supporto) e in maniera trasversale valutazioni di attività, costi, organizzazione.
- Obiettivi relativi al Nuovo Sistema di Garanzia (NGS), con indicatori che riguardano in maniera rilevante l’attività di ricovero e danno indicazioni stringenti in termini di volumi minimi di erogazione e indicatori di esito.

Gli obiettivi sopra citati vengono inseriti nelle schede di budget delle Unità Operative Complesse e Unità Operative Semplici Dipartimentali, che concorrono al loro raggiungimento, e il monitoraggio è garantito attraverso l’utilizzo di dati aziendali di attività e costo organizzati all’interno di un datawarehouse con alimentazione e aggiornamento mensili, a cura del Controllo di Gestione.

Il datawarehouse rappresenta la base per l’alimentazione della reportistica aziendale strutturata sotto forma di cruscotti che vengono mensilmente prodotti e condivisi con la Direzione Strategica e le Unità Operative interessate.

Nella Relazione sulla Performance relativa all’anno 2024 sono stati relazionati i principali risultati ottenuti, sulla base delle informazioni disponibili.

## **Considerazioni**

L’Azienda dimostra la capacità di armonizzare obiettivi regionali e nazionali con priorità locali, creando un sistema coerente tra indirizzi esterni e scelte interne.

L’adozione di indicatori stringenti del Nuovo Sistema di Garanzia (NGS) spinge verso una cultura del risultato, con attenzione a volumi e esiti clinici.

La strutturazione dei dati in un datawarehouse alimentato mensilmente garantisce precisione, tempestività e comparabilità delle informazioni, utile anche in ottica di benchmarking.

L’inserimento degli standard nelle schede di budget delle UU.OO. Complesse e Semplici Dipartimentali favorisce la responsabilità diffusa, la partecipazione diretta agli obiettivi strategici ed un maggiore senso di ownership e accountability tra i team.

Come opportunità di sviluppo si può prevedere di integrare indicatori più qualitativi (es. soddisfazione, accessibilità); per l’analisi dei dati sfruttare tecnologie predittive e AI per supporto decisionale e rafforzare la qualità semantica dei cruscotti per lettura trasversale favorendo la comunicazione interna coinvolgendo maggiormente le UU.OO. nella lettura e interpretazione dei dati

## **UTILIZZO DEI RISULTATI DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE**

---

La DGR del Veneto 2172/2016 prevede che le Aziende ULSS siano valutate in relazione:

- alla garanzia dei livelli essenziali di assistenza (LEA) nel rispetto dei vincoli di bilancio, di competenza della Giunta Regionale: 60% (60 punti);
- al rispetto della programmazione regionale, di competenza della competente Commissione del Consiglio Regionale: 20% (20 punti);

- alla qualità ed efficacia dell'organizzazione dei servizi socio sanitari sul territorio delle aziende ULSS, di competenza della relativa Conferenza dei Sindaci: 20% (20 punti).

La DGR 1682 del 29.12.2023 prevede che gli obiettivi di salute e funzionamento dei servizi vengano considerati raggiunti in modo soddisfacente nel caso in cui sia conseguito un risultato totale di almeno il 70%, in riferimento alla globalità delle valutazioni espresse dai tre soggetti coinvolti nel procedimento (Giunta Regionale, competente commissione del Consiglio Regionale, Conferenza dei Sindaci).

Il sistema di misurazione e valutazione aziendale prende avvio, come sottolineato nei precedenti paragrafi, con la definizione Piano Performance 2024-2026, integrato con la declinazione degli obiettivi assegnati dalla Regione Veneto con DGRV n. DGR 1682 del 29.12.2023 e valutati dalla Giunta Regionale, all'interno delle schede di budget delle Strutture Complesse e Strutture Semplici Dipartimentali.

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 (coadiuvato, per il personale del comparto, dall'eventuale coordinatore o titolare di posizione organizzativa a diretta conoscenza dell'attività 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'Organismo 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 organizzativa e individuale è contenuta nella Relazione sulla Performance 2023, dove sono esplicitati anche i criteri di distribuzione.

## **Considerazioni**

L'Organismo 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 work in progress.

**Il sistema ULSS 7 dimostra una architettura solida e coerente, in grado di collegare programmazione strategica, gestione operativa, valorizzazione professionale e controllo territoriale. I risultati della valutazione**

assumono una funzione trasformativa: non solo misurano, ma generano decisioni, riconoscimenti e governance del cambiamento.

## DESCRIZIONE DELLE MODALITÀ DEL MONITORAGGIO DELL'OIV

---

Come sopra descritto, l'OIV attualmente in carica, nominato con deliberazione del Direttore Generale n. 389 del 10.03.2023, riferisce sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni sulla scorta degli elementi forniti dal Controllo di Gestione e dei verbali agli atti del precedente OIV che si è riunito nelle seguenti date:

- 31 gennaio 2024;
- 27 aprile 2024;
- 29 aprile 2024;
- 29 maggio 2024;
- 17 giugno 2024;
- 22 luglio 2024;
- 8 agosto 2024;
- 23 settembre 2024;
- 8 novembre 2024;
- 2 dicembre 2024;
- 30 dicembre 2024.

## DESCRIZIONE DELLE BUONE PRATICHE DI PROMOZIONE DELLE PARI OPPORTUNITÀ E DI BENESSERE ORGANIZZATIVO

---

Con prot. 28767 del 26/03/2025 è stata trasmessa all'OIV la Relazione del Comitato Unico di Garanzia per l'anno 2024.

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 principi 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.

## METODI DI VERIFICA DEI CRITERI DI VALIDAZIONE

---

Il metodo e il processo di validazione sono stati definiti coerentemente a quanto stabilito dalle Linee Guida n. 3/2018 del Dipartimento della Funzione Pubblica. Quando non sono stati trovati riferimenti metodologici specifici, sono state utilizzate, come riferimenti generali, le logiche e le metodologie tipiche dell'*auditing*.

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. 1225 del 30/06/2025 ha approvato la Relazione sulla performance per l'anno 2024;
- le **UOC Risorse Umane** che, come previsto dai vigenti Sistemi di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP), hanno 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;
- la **UOC Controllo di Gestione** che, come previsto dai vigenti Sistemi di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP), 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 del Direttore Sanitario, Direttore Socio Sanitario e Amministrativo; ha inoltre coordinato le attività volte alla predisposizione della Relazione sulla performance, ne ha curato la definizione per la successiva decretazione da parte del Direttore Generale e, successivamente, ha presentato all'OIV la Relazione, approvata 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, nonché fornito tutte le informazioni necessarie alla UOC Controllo di Gestione per la misurazione della performance organizzativa e per le verifiche dell'OIV ai sensi della normativa vigente;
- 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 nelle Linee Guida n. 3/2018 del Dipartimento della Funzione Pubblica;
- la **Struttura Tecnica di Supporto** che ha supportato l'OIV nell'acquisizione di tutte le informazioni necessarie alla verifica (elementi probativi).

I metodi di verifica utilizzati ai fini della validazione della Relazione sulla performance si ispirano in quanto compatibili, e con gli opportuni adattamenti, a quelli tipici dell'*auditing*. In tale ambito disciplinare, si distinguono quattro metodi principali<sup>1</sup>:

1. *analisi dei sistemi interni*, che si attua mediante l'osservazione diretta del revisore sulle attività poste in essere dagli attori coinvolti o mediante interviste dirette agli attori coinvolti o tramite la consultazione di manuali di procedure (se presenti);
2. *verifica diretta degli elementi reali*, che consiste nella verifica della "sostanza" rappresentata dagli elementi reali oggetto di revisione (nel caso di specie: i dati di performance riportati nella

---

1 Marchi, L. (2010). *Revisione aziendale e sistemi di controllo interno*, Terza edizione. Milano: Giuffrè Editore.

- Relazione sulla performance) e che si attua attraverso la constatazione personale del revisore, la conferma diretta da parte di terzi o la conferma per mezzo di riscontri differiti;
3. *analisi documentali*, che si basano sulla consultazione della documentazione al fine di evidenziare eventuali errori o incongruenze;
  4. *analisi comparative*, che si attuano attraverso comparazioni spaziotemporali sui dati di uno stesso documento o di documenti diversi ma collegati.

Il dettaglio dei metodi di verifica applicati per ognuno dei criteri di validazione previsti dalle Linee Guida n. 3/2018 del Dipartimento della Funzione Pubblica sono riportati nella Tabella 1.

| Criteri di validazione previsti  | Metodi di verifica   | Oggetto della verifica  |
|--|--|---|
| <i>a) coerenza fra contenuti della Relazione e contenuti del Piano della performance relativo all'anno di riferimento e PIAO.</i>  | Analisi comparative<br>Analisi documentale                   | Analisi comparativa del PIAO -Documento delle Direttive e del PTPC anno 2024 - con la Relazione sulla Performance 2024  |
| <i>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</i> | Verifica diretta degli elementi reali<br>Analisi comparative | Comparazione e analisi della coerenza dei dati della Relazione sulla Performance 2024<br><br>Comparazione e analisi della coerenza dei dati tra il Documento delle Direttive 2024 e il documento di approvazione del          |
| <i>c) presenza nella Relazione dei risultati relativi a tutti gli obiettivi delle diverse strutture operative</i>  | Analisi comparative<br>Analisi documentale                   | Budget anno 2024 e la Relazione sulla Performance 2024, anche attraverso il richiamo alla relazione Sanitaria a corredo del Bilancio d'esercizio 2024 con link diretto al portale A.T.  |
| <i>d) verifica che nella misurazione e valutazione delle performance si sia tenuto conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza;</i>   | Verifica diretta degli elementi reali<br>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                                     |
| <i>e) verifica del corretto utilizzo del metodo di calcolo previsto per gli indicatori</i>   | Analisi dei sistemi interni                                  | Definizione dei criteri di valutazione con approvazione del documento allegato al Documento delle Direttive; per gli obiecti trasversali documento di sintesi dei criteri di valutazione definiti con le Direzioni competenti |

|   |  |   |
|---|--|---|
| <p>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);</p>                              | <p>Verifica diretta degli elementi reali</p>                         | <p>L'iter di valutazione degli obiettivi si è articolato in un percorso metodologico così definito:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Misurazione degli indicatori con elaborazione dal DWH aziendale, alimentato dai flussi informativi inviati in Regione/Ministero</li> <li>2. per gli obiettivi progettuali la UOC Controllo di Gestione ha chiesto ai direttori di struttura di descrivere, per ciascun obiettivo le attività realizzate al 31.12.2024, allegando tutte le evidenze documentali necessarie;</li> <li>3. per gli obiettivi relativi al PTPCT la Responsabile aziendale ha relazionato all'OIV con nota 29.01.25 sui risultati raggiunti; in relazione all'Attestazione degli obblighi di trasparenza di cui alla delibera Anac 213/2024 i risultati sono stati positivi;</li> </ol> |
| <p>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;</p> | <p>Analisi comparative<br/>Analisi documentale</p>                   | <p>Analisi delle schede di budget e verifica diretta della presenza dell'eventuale scostamento e della motivazione (verifica a campione)</p>  |
| <p>h) adeguatezza del processo di misurazione e valutazione dei risultati descritto nella Relazione anche con riferimento agli obiettivi non inseriti nel Piano;</p>  | <p>Analisi documentale<br/>Verifica diretta degli elementi reali</p> | <p>L'Azienda ha legittimamente inserito attraverso il percorso di assegnazione degli obiettivi operativi nelle schede di budget anche obiettivi non presenti nel Documento delle Direttive 2024, ma che misurano o il mantenimento dell'operatività per garantire i livelli di assistenza o percorsi di miglioramento interno. Tutti gli obiettivi sono stati misurati e valutati.</p>  |
| <p>i) conformità della Relazione alle disposizioni normative vigenti e alle linee guida del DFP;</p>  | <p>Analisi documentale</p>   | <p>Analisi della Relazione sulla performance e verifica diretta della conformità alle disposizioni normative e alle linee guida del DFP</p>   |
| <p>j) sinteticità della Relazione (lunghezza complessiva, utilizzo di schemi e tabelle, ecc.);</p>  | <p>Analisi documentale</p>   | <p>Analisi della Relazione sulla performance e verifica diretta del livello di sinteticità</p>  |

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

La verifica ha riguardato la totalità degli oggetti (documenti, sezioni di documenti, informazioni o dati) per tutti i criteri descritti della tabella 2, ad eccezione dei punti e), f) e g) per il quale la verifica è stata effettuata su un campione di schede obiettivi, sia in considerazione della elevata numerosità degli item complessivi, sia per poter consentire un esame maggiormente approfondito.

Il campionamento dei dati è una modalità consolidata nell'ambito dell'*auditing* ed è impiegato per ottenere delle evidenze oggettive e una base ragionevole per trarre conclusioni.

Poiché le Linee Guida n.3/2018 suggeriscono che i dati elaborati a partire da fonti interne o fonti auto dichiarate siano potenzialmente meno affidabili, si è optato per una tecnica di campionamento ragionato che consentisse di concentrare l'attenzione sui dati elaborati a partire da fonti interne/auto-dichiarate. Tali attività sono state svolte attraverso il supporto della UOC Controllo di Gestione durante tutte le fasi di monitoraggio intermedio. Nella fase di rendicontazione finale dei risultati sono state effettuate le verifiche campionarie di schede di budget rappresentative di tutte le aree aziendali (quali: UOC Medicina Generale Bassano, UOC Gastroenterologia Bassano, UOC Otorinolaringoiatria Santorso, UOC Ortopedia e Traumatologia Asiago, UOC Psichiatria Distretto 1, UOC Servizi Veterinari di Sanità Animale, UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali)

In coerenza con quanto previsto dalle Linee Guida n. 3/2018 del Dipartimento della Funzione Pubblica e dai comuni standard professionali dell'attività di *auditing*, viene garantita la piena tracciabilità delle evidenze del processo di verifica e validazione della Relazione sulla performance.

In particolare, oltre alle evidenze contenute nel presente documento, tutta la documentazione reperita e utilizzata nell'ambito del processo è stata opportunamente organizzata e depositata presso un apposito archivio a cura della UOC Controllo di Gestione.

Sono tra l'altro reperibili nel predetto archivio:

- tutti i documenti elencati nella relazione;
- la documentazione utilizzata per il campionamento di cui al paragrafo precedente;
- la documentazione relativa alla verifica del livello di presenza degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza nella Relazione sulla Performance;
- la Delibera di approvazione della Relazione sulla Performance 2024;
- il documento di validazione della Relazione sulla performance, nonché il presente documento di accompagnamento.

I documenti relativi alla Performance Individuale sono agli atti della UOC Risorse Umane.

## RIEPILOGO DEGLI ESITI OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

Il riepilogo degli esiti dell'analisi è riportato nella seguente Tabella 2.

| Criteri di validazione previsti   | Esito    |
|---|----------|
| <i>a) coerenza fra contenuti della Relazione e contenuti del Piano della performance relativo all'anno di riferimento;</i>  | Positivo |
| <i>b) coerenza fra la valutazione della performance organizzativa complessiva effettuata dall'OIV e le valutazioni degli obiettivi di performance organizzativa riportate dall'amministrazione nella Relazione;</i>                       | Positivo |
| <i>c) presenza nella Relazione dei risultati relativi a tutti gli obiettivi delle diverse strutture operative</i>   | Positivo |
| <i>d) verifica che nella misurazione e valutazione delle performance si sia tenuto conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza;</i>  | Positivo |
| <i>e) verifica del corretto utilizzo del metodo di calcolo previsto per gli indicatori</i>  | Positivo |
| <i>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);</i>                              | Positivo |
| <i>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;</i> | Positivo |
| <i>h) adeguatezza del processo di misurazione e valutazione dei risultati descritto nella Relazione anche con riferimento agli obiettivi non inseriti nel Piano;</i>  | Positivo |
| <i>i) conformità della Relazione alle disposizioni normative vigenti e alle linee guida del DFP;</i>  | Positivo |
| <i>j) sinteticità della Relazione (lunghezza complessiva, utilizzo di schemi e tabelle, ecc.);</i>  | Positivo |
| <i>k) chiarezza e comprensibilità della Relazione (linguaggio, utilizzo di rappresentazioni grafiche,</i>   | Positivo |
| <i>l) presenza indice, pochi rinvii ad altri documenti o a riferimenti normativi, ecc.).</i>  | Positivo |

### A. COERENZA FRA CONTENUTI DELLA RELAZIONE E CONTENUTI DEL PIANO DELLA PERFORMANCE RELATIVO ALL'ANNO DI RIFERIMENTO

L'analisi comparativa del Documento delle Direttive 2024, che rappresenta, ai sensi della L.R. n. 55/94, lo strumento di raccordo tra il documento di pianificazione pluriennale - PIAO 2024-2026 - declinando gli obiettivi strategici triennali in obiettivi operativi annuali e rappresenta pertanto lo strumento di programmazione annuale, il sistema di budget che assegna ai Centri di Responsabilità obiettivi misurabili, controllabili e raggiungibili, allocando contestualmente le risorse necessarie al loro raggiungimento (livello di articolazione organizzativa) e dalla Performance Individuale, e della Relazione sulla Performance anno 2024, ha fatto emergere una piena coerenza di contenuti evidenziando la capacità di essere compatibili e

armonizzati tra loro il che significa che le informazioni presenti in documenti diversi non presentano conflitti o ambiguità.

*B. COERENZA FRA LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA COMPLESSIVA EFFETTUATA DALL'OIV E LE VALUTAZIONI DEGLI OBIETTIVI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA RIPORTATE DALL'AMMINISTRAZIONE NELLA RELAZIONE*

L'OIV ha valutato la performance organizzativa attraverso un campionamento delle schede valutate e attraverso ulteriori valutazioni di tipo qualitativo.

Il grado di realizzazione dei target degli indicatori associati agli obiettivi specifici delle strutture campionate è coerente alla sintesi di tutte le valutazioni riportata nella Relazione. Vi è quindi una piena coerenza tra le valutazioni degli obiettivi di performance organizzativa riportate dall'amministrazione e la valutazione effettuata dall'OIV.

*C. PRESENZA NELLA RELAZIONE DEI RISULTATI RELATIVI A TUTTI GLI OBIETTIVI (SIA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA CHE INDIVIDUALE) INSERITI NEL PIANO*

La Relazione sulla performance contiene una rendicontazione degli obiettivi contenuti nel Documento delle Direttive, con riferimento agli obiettivi regionali, rispetto limiti di costo beni sanitari e risultato economico e performance aziendale relativamente a tematiche strategiche (tempi di attesa, efficientamento processi amministrativi.).

Sebbene non presenti nella Relazione sono stati puntualmente verificati tutti gli obiettivi; l'analisi delle schede di budget ha permesso di verificare i risultati raggiunti e di effettuare una verifica diretta della presenza dell'eventuale scostamento e della motivazione (L'Organismo ha effettuato una verifica a campione)

La performance organizzativa e la performance individuale, nella Relazione, sono rappresentate tramite quadri sinottici (cfr tabelle pag. 26-27 della Relazione).

*D. VERIFICA CHE NELLA MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE SI SIA TENUTO CONTO DEGLI OBIETTIVI CONNESSI ALL'ANTICORRUZIONE E ALLA TRASPARENZA*

Un'analisi dettagliata delle schede di rendicontazione degli obiettivi ha consentito di individuare obiettivi connessi all'anticorruzione ed alla trasparenza, inseriti in diverse unità organizzative (Responsabili di Dipartimento/Strutture Operative Complesse/ Strutture Semplici Dipartimentali), così come individuati anche dal PTPCT.

*E. VERIFICA DEL CORRETTO UTILIZZO DEL METODO DI CALCOLO PREVISTO PER GLI INDICATORI*

Il calcolo degli indicatori secondo la formula stabilita in fase di programmazione avviene, per tutti gli obiettivi numerici, in maniera automatizzata sul foglio excel specifico per ciascuna struttura.

E' stata condotta una verifica sulla funzionalità di calcolo a supporto del ciclo della performance mediante test diretti condotti a campione. L'esito dei test è stato positivo.

*F. AFFIDABILITÀ DEI DATI UTILIZZATI PER LA COMPILAZIONE DELLA RELAZIONE (CON PREFERENZA PER FONTI ESTERNE CERTIFICATE O FONTI INTERNE NON AUTODICHIARATE, PRIME TRA TUTTE LA SOC PROGRAMMAZIONE ATTUATIVA)*

I dati utilizzati per la compilazione della Relazione sulla performance sono gestiti attraverso elaborazioni interne da dati provenienti dal SISR (Sistema informativo sociosanitario regionale), datawarehouse regionale, derivati dalla documentazione fornita dalle unità operative alla UOC Controllo di Gestione e dai documenti descritti nei precedenti paragrafi.

In considerazione della natura degli obiettivi (soprattutto quelli operativi) e degli indicatori ad essi associati, molto spesso i dati sono elaborati a partire da fonti interne.

L'OIV ha ritenuto pertanto attendibile sia la metodologia di calcolo, sia la fonte dei dati, poiché, per larga parte, è la medesima dei flussi ministeriali.

In ogni caso, è opportuno sottolineare che, come stabilito nelle Linee Guida n.3/2018 del Dipartimento della Funzione Pubblica, la validazione *“non può essere considerata una ‘certificazione’ puntuale della veridicità dei dati concernenti i singoli risultati ottenuti dall’amministrazione medesima”*.

In sintesi, la procedura di verifica è stata la seguente:

- invio a ciascuna unità operativa di una richiesta di documentazione a supporto e riscontro dei dati caricati sul sistema attraverso la UOC Controllo di Gestione;
- esame da parte della UOC Controllo di Gestione della documentazione fornita dalle unità operative;
- eventuali approfondimenti effettuati anche attraverso incontri, specifici approfondimenti, nonché attraverso le diverse forme di accesso agli atti e ai sistemi informativi previste dall'art. 14, comma 4-ter del D.lgs. 150/2009 effettuate attraverso la UOC Controllo di Gestione, che assicura le attività della Struttura Tecnica Permanente di Supporto.

Nel complesso, a seguito della verifica effettuata sui dati presenti nel repository aziendale, si può affermare che sussiste una ragionevole garanzia di affidabilità dei dati.

*G. EFFETTIVA EVIDENZIAMENTO, PER TUTTI GLI OBIETTIVI E RISPETTIVI INDICATORI, DEGLI EVENTUALI SCOSTAMENTI RICONTRATI FRA RISULTATI PROGRAMMATI E RISULTATI EFFETTIVAMENTE CONSEGUITI, CON INDICAZIONE DELLA RELATIVA MOTIVAZIONE*

La Relazione sulla performance contiene una rendicontazione degli obiettivi contenuti nel Documento delle Direttive, con riferimento agli obiettivi regionali, rispetto limiti di costo beni sanitari e risultato economico e performance aziendale relativamente a tematiche strategiche (tempi di attesa, efficientamento processi amministrativi.)

L'analisi delle schede di budget ha permesso di verificare i risultati raggiunti e di effettuare una verifica diretta della presenza dell'eventuale scostamento e della motivazione (L'Organismo ha effettuato una verifica a campione)

*H. ADEGUATEZZA DEL PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DEI RISULTATI DESCRITTI NELLA RELAZIONE ANCHE CON RIFERIMENTO AGLI OBIETTIVI NON INSERITI NEL PIANO*

L'Azienda ha inserito nelle schede di budget 2024 anche obiettivi non presenti nel Documento delle direttive 2024, ma che misurano o il mantenimento dell'operatività per garantire i livelli di assistenza o percorsi di miglioramento interno.

Tutti gli obiettivi sono stati misurati e valutati come risulta dai risultati delle verifiche effettuate sulla performance organizzativa.

#### I. CONFORMITÀ DELLA RELAZIONE ALLE DISPOSIZIONI NORMATIVE VIGENTI E ALLE LINEE GUIDA DEL DFP

Gli esiti dell'analisi di conformità della Relazione alle disposizioni normative vigenti sono riportati nella seguente Tabella 3.

Tabella – Esiti analisi conformità alla normativa vigente (D.Lgs.150/2009)

| Riferimento normativo (D.Lgs.150/2009)  | Evidenze dell'analisi  |
|---|--|
| <p>Art. 10, comma 1, lettera b)<br/>La Relazione deve evidenziare <i>"a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato"</i>.</p> | <p>Presenza dei risultati di consuntivo per tutti gli obiettivi nel corpo del testo<br/>Presenza del raccordo con le risorse (pag. 31 della Relazione 2024).<br/>Nella Relazione non si ha evidenza del bilancio di genere realizzato, sebbene il CUG abbia messo in atto nel 2024 iniziative specifiche sul tema</p>  |
| <p>Art. 14, comma 4, lettera c)<br/>La Relazione deve essere <i>"redatta in forma sintetica, chiara e di immediata comprensione ai cittadini e agli altri utenti finali"</i>.</p>   | <p>Il corpo principale della Relazione ha una dimensione complessiva di 37 pagine<br/>Sono presenti tabelle che facilitano la immediata comprensione dei concetti. Il linguaggio è appropriato in considerazione dei principali stakeholder della Azienda</p>  |
| <p>Art. 14, comma 4-bis e Art. 19-bis<br/><i>Occorre tener conto delle "valutazioni realizzate con il coinvolgimento dei cittadini o degli altri utenti finali"</i></p>   | <p>Nella Relazione sulla performance non si ha evidenza delle misure messe in atto dall'Azienda per implementare un sistema di rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti.<br/>Pur tuttavia l'OIV ha rilevato che per quanto riguarda il coinvolgimento dei cittadini e degli stakeholders nel 2024 risultava attiva la rilevazione della qualità percepita dal punto di vista del cittadino utente con indagini rivolte ai pazienti ricoverati e ai pazienti cronici (PremSH e PremST)</p> |
| <p>Art. 15, comma 2, lettera b)<br/>La Relazione sulla performance è definita dall'organo di indirizzo politico-amministrativo di ciascuna amministrazione <i>"in collaborazione con i vertici dell'amministrazione"</i></p>  | <p>La Relazione è stata approvata con Delibera del Direttore Generale n. 1226 del 30/6/2025 su proposta della UOC Controllo di Gestione che ha svolto un'azione di coordinamento nei confronti delle strutture interne per la predisposizione della Relazione e delle singole valutazioni degli obiettivi.</p>   |

Benché il coinvolgimento dei cittadini e delle parti sociali costituisca un metodo di lavoro stabilmente adottato nelle attività della Azienda in fase di consultazione pubblica realizzata per la predisposizione del Documento delle Direttive attraverso la conferenza dei Sindaci, nel corso del 2024, non risulta ad oggi, essere stata realizzata una sistematica valutazione delle attività e dei servizi ai sensi di quanto disposto dal comma 4-bis dell'art. 14 e dall'art. 19-bis del D.Lgs. n. 150/2009.

#### J. SINTETICITÀ DELLA RELAZIONE (LUNGHEZZA COMPLESSIVA, UTILIZZO DI SCHEMI E TABELLE, ECC.)

Il corpo principale della Relazione ha una dimensione complessiva di 36 pagine, che appare appropriata in considerazione degli scopi del documento.

Questa soluzione sembra garantire un buon bilanciamento tra l'esigenza di sintesi e la necessità di garantire la massima trasparenza sui dati e le informazioni.

L'esito della verifica è pertanto positivo.

#### *K. CHIAREZZA E COMPRESIBILITÀ DELLA RELAZIONE (LINGUAGGIO, UTILIZZO DI RAPPRESENTAZIONI GRAFICHE, PRESENZA DELL'INDICE, POCHI RINVII AD ALTRI DOCUMENTI O A RIFERIMENTI NORMATIVI, ECC.)*

Sono presenti tabelle che facilitano l'immediata comprensione dei concetti. L'indice è presente. I rinvii a riferimenti normativi sono molto limitati. Il linguaggio è appropriato in considerazione dei principali stakeholder.

L'esito della verifica è pertanto positivo.

L'analisi di conformità della relazione alle disposizioni normative vigenti ed alle LG del Dipartimento della Funzione Pubblica ha dato esito positivo.

Preso atto degli esiti di tutte le verifiche, il processo di validazione si conclude con la **validazione della Relazione sulla performance 2024 dell'AULSS 7 Pedemontana**, approvata con Delibera del Direttore Generale n. 1225 del 30.06.2025.

## **VALIDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE**

---

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. La validazione si articola in due fasi:

- la prima per la verifica della struttura ed i contenuti della Relazione;
- la seconda per la formulazione del giudizio di sintesi, espresso in termini di validato, validato con osservazioni o non validato, basato sulle evidenze e conclusioni raggiunte nel processo di validazione e formalizzato nel presente Documento di Validazione.

La Relazione sulla performance dell'anno 2024 dell'ULSS7 Pedemontana, è stata approvata con Deliberazione del Direttore Generale n. 1225 del 30.06.2025.

Come riportato dettagliatamente nei paragrafi precedenti, l'attuale OIV ha effettuato nel corso dell'esercizio un monitoraggio basato sia sulla documentazione di quanto fatto dal precedente Organismo e da quanto riportato e descritto dalla UOC Controllo di Gestione continuo del funzionamento complessivo del sistema di programmazione e controllo aziendale, sia attraverso l'esame dei documenti forniti dall'Azienda.

L'OIV ha in particolare verificato:

- le modalità di definizione degli obiettivi e i monitoraggi intermedi e finali in ordine al processo di budget dell'Azienda;
- le modalità seguite per la misurazione e la valutazione sia della performance organizzativa (aziendale e di struttura operativa), sia della performance individuale;
- l'esistenza di un sistema informativo aziendale che garantisce la trasmissione delle informazioni e il monitoraggio degli obiettivi ai vari livelli di responsabilità;
- l'esistenza di un sistema informativo ed informatico che garantisce da un lato l'attuazione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, dall'altro il rispetto degli obblighi di pubblicazione.

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.

In conclusione, sulla base delle informazioni disponibili, l'OIV ritiene di validare la conformità, la comprensibilità e l'attendibilità della Relazione sulla Performance 2024, 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 nel Piano delle Performance e applicati nella misurazione della performance organizzativa e individuale.

In definitiva l'OIV riconosce che l'ULSS7 Pedemontana ha governato in modo positivo il ciclo di gestione della *performance* con riferimento all'anno 2024, e che lo stesso è adeguatamente rendicontato nella Relazione sulla Performance 2024, approvata con Deliberazione del Direttore Generale n. 1225 del 30.06.2025.

Alla luce di quanto sopra, l'OIV valida la Relazione della performance 2024 dell'AULSS 7 Pedemontana.

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

## CONCLUSIONI E PROSPETTIVE DI SVILUPPO

---

Come accennato nell'introduzione, il presente documento è stato predisposto dall'OIV con riferimento all'anno 2024 sulla base delle evidenze documentali disponibili e di quanto emerso nel corso dei confronti avuti nel 2024 e proseguiti nel 2025 con la Direzione, la struttura di supporto dell'OIV e alcuni responsabili aziendali.

Appare evidente che i sistemi aziendali di gestione e governo della performance (e anche della prevenzione della corruzione e della trasparenza) sono ben strutturati e consolidati.

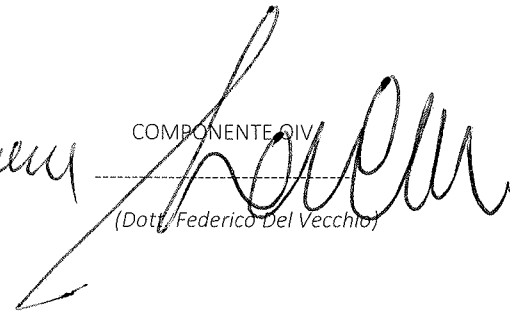
In conclusione, la presente Relazione dell'OIV fornisce un quadro sintetico delle numerose attività e dell'assetto consolidato del sistema della performance dell'Azienda USSL7 Pedemontana.

Il quadro delineato rappresenta il punto di partenza per ulteriori sviluppi nei prossimi anni, rispetto ai quali l'OIV è impegnato a svolgere il proprio ruolo di stimolo e verifica, secondo quanto previsto dalle normative regionali.

Preso atto degli esiti di tutte le verifiche, il processo di validazione si conclude con la validazione della Relazione sulla performance 2024 dell'ULSS 7 Pedemontana, approvata con Delibera del Direttore Generale n. 1225 del 30/06/2025.

Bassano del Grappa, 31.07 2025.

  
LA PRESIDENTE OIV  
(Dott.ssa Silvana De Simone)

  
COMPONENTE OIV  
(Dott. Federico Del Vecchio)

  
COMPONENTE OIV  
(Dott. Giuseppe Franco)