

OIV
ORGANISMO INDIPENDENTE
DI VALUTAZIONE

RELAZIONE

*sul funzionamento complessivo del sistema di
valutazione, trasparenza ed integrità dei controlli
interni*

e

VALIDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

Anno 2025

Rovigo, 03/09/2026

Indice

PREMESSA.....	2
A. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	3
B. PERFORMANCE INDIVIDUALE.....	4
C. PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE	4
D. INFRASTRUTTURA DI SUPPORTO.....	6
E. SISTEMI INFORMATIVI E INFORMATICI A SUPPORTO DELL'ATTUAZIONE DEL PIANO TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E INTEGRITÀ E PER IL RISPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	7
F. DEFINIZIONE E GESTIONE DEGLI STANDARD DI QUALITA'	8
G. CLIMA ORGANIZZATIVO – INDAGINE SULLA QUALITA' PERCEPITA.....	9
H. UTILIZZO DEI RISULTATI DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE	10
I. DESCRIZIONE DELLE MODALITÀ DEL MONITORAGGIO DA PARTE DELL'OIV.....	10
J. METODI DI VERIFICA DEI CRITERI DI VALIDAZIONE	11
K. RIEPILOGO DEGLI ESITI E OSSERVAZIONI CONCLUSIVE.....	15
L. VALIDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE	16

PREMESSA

Lo scopo del documento è illustrare il funzionamento complessivo del ciclo di gestione della performance dell'Azienda ULSS 5 Polesana, nonché i processi e le attività messe in atto per garantire la trasparenza, l'integrità e la prevenzione della corruzione, relativamente all'anno 2025.

L'art. 14, comma 4, lettera a) del D.Lgs. n. 150/2009, novellato dal Dlgs. n.74/2017, dispone che l'Organismo Indipendente di Valutazione ("OIV") monitori il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità e dei controlli interni attraverso una relazione annuale e che, nell'ambito della Relazione sul Funzionamento, lo stesso possa formulare proposte e raccomandazioni ai vertici amministrativi.

Come previsto 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. n.74/2017 per quanto attiene la valutazione della performance e D.Lgs. n. 97/2016 per quanto attiene a prevenzione della corruzione e trasparenza.

La presente relazione è redatta dall'OIV ed è riferita al Ciclo della Performance dell'anno 2025. I componenti attuali dell'OIV sono stati nominati con deliberazione DDG n. 620 del 28/05/2025 e successive modifiche/integrazioni (DDG 705 del 17/06/2025 e DDG 876 del 16/07/2025) e si sono insediati in data 18 giugno 2025 per il triennio 01/06/2025-31/05/2028, pertanto la presente relazione viene formulata principalmente prendendo atto dei verbali dell'Organismo precedente.

Il documento illustra il ciclo della performance nell'Azienda, con riferimento all'anno 2025, ed è costituito dalle componenti performance organizzativa e performance individuale. L'analisi della performance organizzativa spiega le modalità di programmazione aziendale, il sistema di misurazione ed infine il sistema adottato per valutare i risultati delle schede di budget anno 2025; nella parte relativa alla performance individuale, invece, si descrive il percorso effettuato per l'assegnazione degli obiettivi e la loro valutazione.

Nell'azienda Ulss 5 Polesana la Performance viene misurata:

- a) **a livello complessivo aziendale** rispetto all'efficace raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali (performance aziendale), prioritariamente derivati dagli obiettivi fissati dalla Regione Veneto;
- b) **a livello di singola Unità Operativa**, individuata come autonomo centro di responsabilità in cui vengono declinati gli obiettivi strategici, nonché specifici ulteriori obiettivi (performance organizzativa);
- c) **a livello di singolo dipendente** afferente all'area contrattuale sia della dirigenza che del comparto attraverso l'individuazione di obiettivi nella scheda di valutazione individuale (performance individuale).

A. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Il Direttore Generale dell'Azienda Ulss 5 Polesana, con delibera n. 118 del 29/01/2025, ha adottato il "PIAO - Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025-2027" che contiene il documento di Direttive 2025 dell'Azienda Ulss 5 Polesana e, con nota n. 14040 del 11/02/2025, lo ha trasmesso a tutte le strutture aziendali. Con l'approvazione del PIAO, che include anche il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza anni 2025-2027, è stato avviato il Ciclo della performance anno 2025.

Gli obiettivi regionali e gli obiettivi specifici aziendali sono stati ricondotti ad alcune aree strategiche principali:

- A – Rispetto della garanzia dei livelli essenziali di assistenza
- E – Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari
- Q – Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
- S – Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza.

Queste principali aree di intervento sono state declinate nei documenti di programmazione aziendale e nelle schede di budget. L'Azienda ha assegnato, per l'anno 2025, il budget a tutte le Unità Operative Complesse e alle Unità Operative Semplici a valenza dipartimentale dei Presidi Ospedalieri, dei Distretti Socio Sanitari, del Dipartimento di Prevenzione, del Dipartimento di Salute Mentale e dei Servizi Amministrativi di supporto, nonché alle strutture in Staff alla Direzione Aziendale, articolando e formalizzando obiettivi puntuali da conseguire, attività da realizzare e risorse da utilizzare. All'interno delle schede sono esplicitati sia gli obiettivi che afferiscono al personale del comparto, sia quelli assegnati al personale della dirigenza, con pesatura diversificata a seconda del grado di coinvolgimento. Formalmente le schede sono state sottoscritte nei mesi di marzo-aprile 2025, recependo gli obiettivi assegnati da parte della Regione Veneto con DGR 1557 del 30/12/2024.

Al fine di conseguire gli obiettivi, l'Azienda ha sviluppato un sistema di misurazione che consente il monitoraggio periodico e la rendicontazione della performance con riferimento a ciascuna unità operativa. Il monitoraggio avviene sulla base delle seguenti rilevazioni:

- dati di attività e di costo, mediante i dati presenti nel datawarehouse aziendale;
- dati relativi ad indicatori calcolati ad hoc, monitorati e comunicati mensilmente dal Controllo di Gestione ai direttori di UOC e ai coordinatori infermieristici.

Ad ogni obiettivo viene assegnato una misurazione ottenuta secondo queste modalità generali:

- 100% o 0% nel caso di obiettivo qualitativo (sì/no);
- in modo proporzionale negli altri casi.

Il raggiungimento degli obiettivi viene misurato secondo criteri che sono in linea con quelli del vademecum regionale e sulla base di un documento redatto insieme ai Direttori di macrostruttura.

Gli obiettivi 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.

Il Controllo di Gestione mette a disposizione dei vari attori aziendali coinvolti (Direzione aziendale, Direttori di struttura, coordinatori delle professioni sanitarie) gli strumenti di monitoraggio descritti al paragrafo D. Infrastruttura di supporto. I risultati rispetto agli obiettivi di budget raggiunti in corso d'anno sono comunicati dal Controllo di Gestione, quadrimestralmente per un set di obiettivi del comparto e annualmente per tutti gli obiettivi sottoscritti, ai Direttori di Struttura tecnico funzionale/ Dipartimento/ U.O.C./ U.O.S.D. ognuno per la parte di propria competenza.

Il Controllo di Gestione misura gli indicatori degli obiettivi definiti nelle schede di budget di Unità Operativa Complessa e Unità Operativa Semplice Dipartimentale. I Direttori competenti per macrostruttura effettuano la valutazione dei risultati e, qualora ritenuto necessario, modificano il punteggio ottenuto sulla base delle evidenze riscontrate.

Un primo momento di valutazione sul grado di raggiungimento degli obiettivi è stato realizzato nel mese di maggio 2025, con oggetto gli obiettivi del primo quadrimestre (incontro OIV del 18/06/2025); un secondo step di monitoraggio si è svolto nel mese di settembre 2025 con oggetto gli obiettivi del secondo quadrimestre (incontro OIV del 15/10/2025); un terzo step nel mese di gennaio 2026 con oggetto gli obiettivi del terzo quadrimestre (incontro OIV del 19/02/2026). Tra maggio e giugno 2026 sono stati valutati a consuntivo tutti gli obiettivi delle unità operative assegnati per l'anno 2025.

B. PERFORMANCE INDIVIDUALE

La valutazione della Performance individuale finalizzata alla verifica dell'apporto individuale al grado di raggiungimento degli obiettivi annuali definiti dall'Azienda per l'anno 2025 ha riguardato tutto il personale dipendente, dirigente e non, in servizio nel periodo ed è stato eseguito per tutta l'Azienda in modo informatizzato.

Nel mese di aprile 2026 è stata avviata la valutazione della performance individuale per il personale del comparto e della dirigenza, il processo si è concluso nel mese di luglio 2026.

La **valutazione della Performance dei dirigenti** è collegata al sistema premiale definito dagli accordi sindacali sottoscritti a livello aziendale. La quota assegnata all'équipe è calcolata sulla base del livello di raggiungimento degli obiettivi di budget; la quota assegnata al singolo dirigente è calcolata sulla base dell'esito della valutazione del dirigente e del periodo lavorato. L'esito della valutazione del dirigente è desunto dalla scheda di valutazione, il cui punteggio massimo attribuibile risulta pari a punti 100.

La **Performance annuale del personale del comparto** è collegata al sistema a valere sul fondo di produttività collettiva che, secondo gli accordi decentrati, è calcolata sulla base della categoria e ruolo professionale di appartenenza, del profilo orario, del periodo lavorato. L'esito della valutazione del personale del comparto è desunto dalla scheda di valutazione, il cui punteggio massimo attribuibile risulta pari a punti 100.

In corrispondenza ai 2.971 dipendenti del comparto sono state compilate n. 3.131 schede, mentre ai 664 dirigenti corrispondono 687 schede.

Il punteggio calcolato sul singolo dipendente è il risultato di una media pesata del punteggio delle sue schede parametrata sul periodo lavorato in ogni struttura.

Per "N.V.-non valutabili" si intende personale assente a vario titolo come per esempio: malattia, aspettativa, maternità, congedo parentale, distacco sindacale, ...

C. PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE

Il processo di attuazione del ciclo della Performance è stato realizzato grazie ad un'infrastruttura di supporto nella quale operano figure professionali con competenze diverse.

Lo sviluppo del sistema di programmazione e controllo e la valutazione delle performance organizzative è stato coordinato dalla UOC Controllo di Gestione, che applica la metodica di budget al fine

di garantire efficacia ed efficienza ai processi di acquisizione e impiego delle risorse e concretizzare il principio della responsabilità economica.

La UOC Gestione Risorse Umane ha coordinato e supportato il processo di valutazione individuale fornendo anche assistenza a tutti i soggetti coinvolti tramite la gestione e amministrazione del software dedicato alla valutazione. Presso tale struttura avviene la raccolta di tutte le schede e del materiale necessario per la formulazione delle graduatorie di merito.

Le attività e la tempistica del processo di attuazione del ciclo della performance 2025 sono state sintetizzate nella tabella seguente:

periodo	riferimento	azioni
29 gennaio 2025	Delibera del Direttore Generale n. 118	Adozione del "PIAO – Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025-2027" che contiene il Documento di Direttive 2025 dell'Azienda ULSS 5 Polesana"
marzo/aprile 2025		Incontri di negoziazione del budget con le unità operative e sottoscrizione delle schede
maggio 2025		Primo monitoraggio intermedio relativo al primo quadrimestre 2025 – obiettivi del comparto
18 giugno 2025	Incontro OIV	Validazione del monitoraggio a 4 mesi
settembre 2025		Secondo monitoraggio intermedio relativo al secondo quadrimestre 2025 e revisione delle schede di budget negoziate
15 ottobre 2025	Incontro OIV	Validazione del monitoraggio a 8 mesi
gennaio 2026		Terzo monitoraggio intermedio relativo al terzo quadrimestre 2025 – obiettivi del comparto
19 febbraio 2026	Incontro OIV	Validazione del monitoraggio a 12 mesi
8 aprile 2026	Nota n. 35003	Linee guida per la compilazione informatizzata delle schede di valutazione individuale Dirigenti Area Sanità e Dirigenti Area Funzioni Locali - anno 2025
8 aprile 2028	Nota n. 35057	Linee guida per la compilazione informatizzata delle schede di valutazione individuale dipendenti del comparto - anno 2025
aprile 2026		Valutazione Performance Individuale
maggio/giugno 2026		Valutazione finale con rendicontazione e verifica puntuale del grado di raggiungimento degli obiettivi delle schede budget anno 2025
16 giugno 2026	Nota n. 60103	Trasmissione esiti della valutazione individuale del personale dipendente anno 2025
30 giugno 2026	Delibera del Direttore Generale n. 806	Adozione della Relazione sulla Performance dell'Azienda Ulss 5 Polesana – Anno 2025
3 settembre 2026	Incontro OIV	Validazione della Relazione sulla Performance e sottoscrizione della Relazione sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni – anno 2025

In merito alla dimensione sia in termini di risorse umane e finanziarie che di competenze

professionali, la struttura a supporto del processo di attuazione del ciclo delle Performance può essere così schematizzata:

unità di personale coinvolte (FTE)	5,0
Unità di personale che hanno prevalentemente competenze economico-gestionali (FTE)	0,5
Unità di personale che hanno prevalentemente competenze economico-statistiche (FTE)	3,5
Unità di personale che hanno prevalentemente competenze economico-giuridiche (FTE)	1,0

La composizione sopra riportata risulta adeguata in termini di numeri e di bilanciamento delle competenze necessarie per l'attuazione del processo del ciclo delle Performance.

D. INFRASTRUTTURA DI SUPPORTO

La rilevazione e il monitoraggio continuo delle Performance, sia aziendali che di unità operativa, avvengono attraverso il sistema informativo aziendale, gestito a livello centrale dal Controllo di Gestione, che fornisce informazioni a tutti gli attori del processo.

Il sistema prevede la diffusione delle informazioni attraverso l'accesso all'intranet aziendale al datawarehouse "RW10" che mette a disposizione report dinamici e navigabili per l'utente. Si tratta di tabelle di sintesi sull'attività complessiva dell'azienda con possibilità di dettaglio sull'attività della singola unità operativa, ma anche sull'attività di tutte le altre strutture aziendali. Il sistema di reporting è rivolto alla Direzione Generale, alle direzioni delle articolazioni aziendali, ai direttori di struttura e ad altri referenti individuati all'interno di ogni unità operativa.

I contenuti visibili dagli utenti di RW10 riguardano gli accessi al pronto soccorso, i ricoveri e la specialistica ambulatoriale relativi sia alle attività svolte presso i nostri ospedali e punti sanità, sia svolte presso altre strutture private accreditate dell'azienda. Altri report evidenziano le risorse disponibili in termini di personale e altri il consumo di beni e di servizi. Il sistema di contabilità analitica è alimentato con estrazioni periodiche dalla procedura di magazzino, procedura del personale e da integrazioni con la procedura di contabilità generale per la quadratura con i valori di bilancio.

La reportistica pubblicata viene aggiornata mensilmente.

Per il monitoraggio degli obiettivi assegnati all'azienda con DGR 1557/2024 è stato istituito anche un ulteriore processo che ha previsto, per ogni obiettivo, l'identificazione di un referente con i seguenti compiti:

1. monitorare (tendenzialmente mensilmente) l'obiettivo di competenza;
2. promuovere interventi costanti di indirizzo, coordinamento e controllo nei confronti delle UOC coinvolte;
3. aggiornare tempestivamente la Direzione per interventi di competenza, reperimento risorse, valutazioni congiunte sul da farsi;
4. assicurare celerità nelle verifiche e valutazioni intermedie riguardo l'obiettivo di competenza, su richiesta della Direzione Aziendale o della UOC Controllo di Gestione.

Il monitoraggio mensile dell'obiettivo di competenza è avvenuto attraverso l'aggiornamento di un file condiviso in Google Drive, strumento individuato dalla Direzione Aziendale per avere in tempo reale precisa conoscenza dell'evoluzione dell'obiettivo stesso.

Per quanto riguarda la performance individuale, è attiva da alcuni anni la rilevazione attraverso un

software specifico gestito dalla UOC Gestione Risorse Umane, con accesso diretto da parte degli utenti valutatori del sistema.

E. SISTEMI INFORMATIVI E INFORMATICI A SUPPORTO DELL'ATTUAZIONE DEL PIANO TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E INTEGRITÀ E PER IL RISPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

La sezione "Amministrazione Trasparente" del sito, raggiungibile direttamente a partire dalla homepage della pagina web aziendale, raccoglie le informazioni che le Amministrazioni sono tenute a pubblicare nel proprio sito internet nell'ottica della trasparenza, buona amministrazione e di prevenzione dei fenomeni della corruzione.

L'Azienda Ulss 5 Polesana ha nominato con Delibera del Direttore Generale n. 1333 del 04/10/2023 il Responsabile per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza aziendale.

L'attività del Responsabile si concentra nel definire dettagliatamente gli attori e le relative responsabilità di produzione del dato e di pubblicazione sul sito, come si evince dalla Delibera del Direttore Generale n. 118 del 29/01/2025 con la quale è stato approvato il "PIAO – Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2024-2026" che contiene il "Piano triennale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza - anni 2025/2027". Nella sezione 2 al paragrafo 2.3.7 Misure Organizzative per il trattamento del rischio, si trova il link di rimando alla tabella "Elenco degli obblighi di pubblicazione 2025" nella quale sono espressamente elencati i Responsabili della produzione del dato e i Responsabili della pubblicazione dei dati previsti nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Per quanto attiene alla corrispondenza tra quanto pubblicato dall'Azienda Ulss 5 sul suo sito istituzionale e quanto previsto dalla normativa, l'OIV svolge le verifiche previste e rilascia apposita attestazione secondo indicazioni ANAC.

L'OIV durante i mesi di giugno e luglio 2025 si è incontrato in diverse occasioni per prendere in esame la scheda di rilevazione aggiornata dal responsabile RPCT e, attraverso il confronto diretto con lo stesso, ha effettuato le verifiche di propria competenza visionando le varie sezioni del sito istituzionale dell'area Amministrazione Trasparente.

L'attestazione rispetto gli obblighi rilasciata in data 08/07/2025, che dal 2023 è avvenuta in formato digitale e non più in formato cartaceo, ha riscontrato delle criticità che si sono risolte nel corso dell'anno.

Durante il mese di novembre, come previsto dalla delibera ANAC n.192 del 07/05/2025, è stata rivista e aggiornata la griglia di rilevazione con evidenza che sono state sanate le criticità riscontrate nel mese di luglio.

Al fine di sensibilizzare tutto il personale dipendente in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza è stato assegnato a tutte le UU.OO. un obiettivo di budget, che prevedeva la partecipazione ad un evento formativo suggerito dall'RPCT, mentre per promuovere una maggiore attenzione e responsabilità sul tema della pubblicazione dei dati sul sito istituzionale nell'area Amministrazione Trasparente, nel 2025 sono stati introdotti nelle schede di budget altri 3 obiettivi:

- Garantire l'aggiornamento dei nominativi dei referenti degli obblighi di pubblicazione sul sito aziendale, area Amministrazione Trasparente su richiesta dell'RPCT;
- Assolvere, per la parte di propria competenza, agli obblighi di pubblicazione previsti per l'anno 2025 dal Dlgs 33/2013 nella sezione Amministrazione Trasparente del sito aziendale;

- Adeguare le sezioni di Amministrazione Trasparente, aderendo ai tre nuovi schemi relativi agli obblighi di pubblicazione di cui agli articoli 4-bis (utilizzo delle risorse pubbliche), 13 (organizzazione) e 31 (controlli su attività e organizzazione) del d.lgs 33/2013, come previsto da delibera ANAC n.495 25/09/2024, allegati n.1,2,3 e istruzioni operative allegato n.4.

Anche per l'ambito della prevenzione della corruzione, nelle schede budget 2025 sono stati inseriti obiettivi di mappatura dei rischi corruttivi in collaborazione con l'Internal auditing e certificazione di bilancio.

F. DEFINIZIONE E GESTIONE DEGLI STANDARD DI QUALITA'

L'Azienda Ulss 5 Polesana ha definito all'interno del sistema di valutazione della performance organizzativa degli obiettivi operativi annuali correlati a indicatori misurabili che concretamente concorrono al raggiungimento degli obiettivi strategici. Gli obiettivi operativi sono di due tipi:

- obiettivi assegnati dalla Regione Veneto come "obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi delle Aziende e Istituti del SSR per l'anno 2025";
- obiettivi definitivi dall'Azienda nell'ambito della propria autonomia.

Il monitoraggio del ciclo della performance si svolge principalmente su due livelli:

- monitoraggio complessivo degli obiettivi assegnati dalla Regione;
- monitoraggio degli obiettivi di budget per Centro di responsabilità.

Per quanto riguarda il monitoraggio degli obiettivi definiti dalla Regione, viene utilizzato un sistema organizzato che prevede la nomina di un referente per ciascun obiettivo, già descritto nel paragrafo D. Infrastruttura di supporto. Oltre alla rendicontazione interna, viene effettuata anche una rendicontazione da parte della Regione Veneto, con il supporto di Azienda Zero. Questa attività avviene con cadenza circa quadrimestrale, tramite report o incontri presso la sede regionale.

Il monitoraggio del budget, a cura del Controllo di Gestione, si basa sia sulla reportistica mensile inerente le attività e i costi generati dalle unità operative, sia sul monitoraggio complessivo degli obiettivi inseriti nelle schede di budget, come già descritto nel paragrafo A. Performance organizzativa.

La verifica della performance aziendale si integra con alcuni sistemi di valutazione esterni all'azienda, che producono analisi pubbliche accessibili a tutti gli stakeholders e talvolta facilmente consultabili anche dai cittadini. Tra i sistemi di valutazione più noti in Italia vi sono:

1. il Programma Nazionale Esiti (PNE), che raccoglie e rappresenta i dati di qualità dell'assistenza ospedaliera, con particolare riferimento agli esiti e alla sicurezza delle procedure;
2. il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), che ha sostituito la precedente "Griglia LEA" e include numerosi indicatori calcolati dal Ministero a livello regionale e dalla Regione a livello aziendale;
3. il Sistema di Valutazione delle Performance della Scuola Sant'Anna dell'Università di Pisa, che fornisce i dati di un network volontario di regioni italiane e propone una valutazione della performance fino al livello di singola azienda sanitaria.

Un elemento che ha caratterizzato il 2025 è stata la progressiva implementazione delle attività strutturali e organizzative connesse alla riforma dell'assistenza territoriale voluta dal PNRR, dal DM 77/2023 e dalla DGRV 721/2024. In particolare, sono state completate le progettazioni e avviati i lavori per le 5 Case della comunità e avviati specifici gruppi di lavoro per implementare le future nuove attività previste dal PNRR.

G. CLIMA ORGANIZZATIVO – INDAGINE SULLA QUALITA' PERCEPITA

Nel corso dell'anno 2025, l'attenzione dell'Azienda Ulss 5 è stata posta sul piano regionale di contrasto alla carenza di personale sanitario così come previsto anche dall'obiettivo "25.S.S.06.1 - Attuazione Piano regionale di contrasto alla carenza di personale del SSSR del Veneto (DGR 960/2024)". L'intervento è stato finalizzato all'adozione di strategie mirate a migliorare il benessere lavorativo, favorire il trattenimento (retention) dei professionisti e accrescere la capacità di attrazione (attraction) dell'azienda, rispondendo in modo strutturato alle criticità legate alla carenza di personale.

Di seguito vengono riportate le principali azioni e risultati

- studio delle dimissioni inattese: è stata introdotta un'Istruzione Operativa aziendale per analizzare gli abbandoni improvvisi tramite colloqui e questionari anonimi. Tra le cause principali emergono il mancato equilibrio vita-lavoro, la necessità di riavvicinarsi a casa, il carico di lavoro eccessivo e la carenza di personale;
- indagine sull'Intention to Leave: un'indagine su lavoratori richiedenti mobilità interna ha rivelato che il 45% pensa spesso di lasciare il proprio reparto, ma solo il 25% intende davvero abbandonare l'Azienda. La mobilità interna emerge quindi come un importante campanello d'allarme precoce su cui intervenire;
- leadership e formazione: sono stati effettuati corsi di formazione per i coordinatori (come il corso FAD e i moduli residenziali) incentrati su comunicazione efficace, leadership supportiva e gestione dei conflitti all'interno dei team multidisciplinari, registrando un alto indice di gradimento;
- mobilità inter-aziendale: è stata monitorata l'efficacia della piattaforma per la mobilità volontaria tra aziende sanitarie regionali. L'80% dei dipendenti coinvolti ha espresso massima soddisfazione, riscontrando benefici soprattutto nel risparmio dei tempi di spostamento e nel bilanciamento vita-privata;
- attraction e retention in aree disagiate: sono stati definiti criteri di valorizzazione economica e contrattazione integrativa (es. indennità di turno e di pronta disponibilità) per incentivare il personale operante in contesti complessi o sedi periferiche;
- promozione del Lavoro Agile: è stato implementato lo smart working ed è stato somministrato un questionario per analizzarne i vantaggi (flessibilità, autonomia) e i punti critici (isolamento, difficoltà a staccare dalla professione);
- prevenzione del Burnout: è stato potenziato lo Sportello Psicologico aziendale rivolto ai dipendenti, che nel corso del 2025 ha registrato 133 richieste e ben 349 accessi totali. Parallelamente, sono stati attivati corsi mirati sulla gestione dei conflitti attraverso la "tecnica della gentilezza".

Contestualmente a queste attività, e in continuità con le edizioni precedenti (2017, 2019, 2022), Regione Veneto ha rinnovato l'accordo con il Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa per la realizzazione della nuova Indagine di Clima Organizzativo che si inserisce nel più ampio progetto "La tua voce per una sanità migliore".

Il questionario somministrato è stato rivolto a tutto il personale ed è stato possibile compilarlo dal 02 dicembre 2025 al 16 gennaio 2026 in forma del tutto anonima.

L'indagine ha avuto lo scopo di rilevare le opinioni del personale su tematiche chiave quali l'organizzazione, l'ambiente di lavoro e i rapporti interpersonali (colleghi e superiori), al fine di pianificare interventi mirati al benessere organizzativo.

H. UTILIZZO DEI RISULTATI DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE

L'individuazione puntuale degli obiettivi aziendali 2025 derivanti da indicazioni regionali, unitamente ad altri obiettivi strategici aziendali, è stata realizzata attraverso l'adozione del "PIAO – Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025 – 2027" che contiene il Piano delle Performance ed esplicitata attraverso la declinazione degli obiettivi di budget annuali delle strutture aziendali (strutture complesse e strutture semplici dipartimentali).

La valutazione della Performance organizzativa di Unità operativa, compiuta in prima istanza dai Responsabili delle articolazioni tecnico-funzionali aziendali (Ospedali, Distretti, Dipartimento di prevenzione, Dipartimento salute mentale e Servizi professionali, tecnici e amministrativi) ciascuno per le unità operative di relativa afferenza, e in seconda istanza dal rispettivo superiore gerarchico, è avvenuta dopo il confronto con i Responsabili di U.O., ed è finalizzata anche al riconoscimento degli incentivi previsti dal sistema premiante. Essa è anche 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, dal coordinatore o referente tecnico/infermieristico di dipartimento 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.

Al fine di valorizzare il collegamento diretto fra il raggiungimento degli obiettivi di budget di struttura e la valutazione individuale, l'importo del fondo destinato alla retribuzione di risultato/produttività assegnato alla singola struttura è rapportato alla percentuale di raggiungimento degli obiettivi fissati in sede di definizione del budget annuale.

Il Sistema si basa sull'oggettività della misurazione e della valutazione, a partire dalla individuazione degli indicatori fino alla misurazione e all'analisi degli scostamenti e individua le responsabilità dei soggetti coinvolti nel processo.

Per quanto riguarda gli obiettivi aziendali assegnati dalla Giunta Regionale con DGRV 1557 del 30 dicembre 2024, gli uffici regionali stanno valutando il loro effettivo raggiungimento mentre la Conferenza dei Sindaci, con nota prot. n. 65706 del 26/06/2026, ha espresso la valutazione di propria pertinenza sulla "Qualità ed efficacia dell'organizzazione dei servizi socio sanitari sul territorio", assegnando all'Ulss 5 il punteggio massimo.

I. DESCRIZIONE DELLE MODALITÀ DEL MONITORAGGIO DA PARTE DELL'OIV

L'OIV dell'Azienda Ulss 5, in carica dal 01/06/2025, riferisce sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni, sulla scorta degli elementi informativi forniti dalla Struttura tecnica di supporto, UOC Controllo di Gestione, e sulla base del contenuto degli atti del precedente OIV.

Anche per il ciclo della Performance 2025, l'OIV (nella precedente composizione come da Deliberazione del Direttore Generale n. 1241 del 15/09/2023 e nella attuale composizione come da Deliberazioni del Direttore Generale n. 620 del 28/05/2025, n. 705 del 17/06/2025 e n. 876 del

16/07/2025) si è riunito nei tempi necessari per le verifiche di competenza, supportato dalla Struttura tecnica permanente UOC Controllo di Gestione, incontrando la direzione aziendale e, quando ritenuto necessario, i responsabili dei servizi aziendali coinvolti nel processo di valutazione delle Performance.

L'OIV svolge le proprie valutazioni verificando direttamente, attraverso l'analisi campionaria, la correttezza dell'intero processo di valutazione (individuale e organizzativa) delle unità operative dell'azienda, fornendo indicazioni al fine di migliorare il sistema di valutazione stesso.

L'OIV provvede collegialmente a monitorare gli obblighi previsti dalla normativa sulla trasparenza incontrando il Responsabile.

Per quanto riguarda il ciclo della Performance 2025, l'OIV si è riunito nelle seguenti date:

- seduta OIV del 30/01/2025
- seduta OIV del 13/02/2025
- seduta OIV del 19/05/2025
- seduta OIV del 18/06/2025
- seduta OIV del 02/07/2025
- seduta OIV del 08/09/2025
- seduta OIV del 15/10/2025
- seduta OIV del 19/11/2025
- seduta OIV del 29/01/2026
- seduta OIV del 19/02/2026
- seduta OIV del 12/05/2026
- seduta OIV del 18/06/2026
- seduta OIV del 09/07/2026
- seduta OIV del 03/09/2026

Nella seduta del 03/09/2026 l'OIV ha provveduto alla validazione della Relazione sulla Performance 2025, che costituisce:

- ✓ il completamento del ciclo di gestione della Performance, con la verifica e la conseguente validazione della conformità, comprensibilità e attendibilità dei dati e delle informazioni riportate nella Relazione, attraverso la quale l'Azienda rendiconta i risultati raggiunti conformemente a quanto indicato nella DGRV 140/2016;
- ✓ il punto di passaggio, formale e sostanziale, dal processo di misurazione e valutazione e dalla rendicontazione dei risultati raggiunti, all'accesso ai sistemi premianti (retribuzione di risultato/incentivazione alla produttività). Ai sensi della DGRV 140/2016, la validazione della Relazione è, infatti, condizione per l'erogazione degli emolumenti legati al sistema premiante.

J. METODI DI VERIFICA DEI CRITERI DI VALIDAZIONE

Il metodo e il processo di validazione sono stati definiti coerentemente a quanto stabilito dalle "Linee guida per la Relazione annuale sulla Performance" del Dipartimento della Funzione Pubblica N.3 del novembre 2018.

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

- il Direttore Generale che con deliberazioni n. 806 del 30/06/2026 ha approvato la Relazione sulla performance per l'anno 2025;

- le UOC Risorse Umane che, come previsto dal vigente Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance, ha svolto il ruolo di interlocutore dell'intero processo di valutazione individuale, assicurando la trasmissione delle informazioni ai diversi utenti del sistema (valutatori), garantendo la verifica della correttezza del percorso valutativo e dei calcoli sottesi alla misurazione della performance individuale;
- la UOC Controllo di Gestione che, come previsto dal vigente Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance, 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;
- il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza che ha fornito elementi istruttori al fine di verificare quanto disposto dall'art. 1, comma 8 bis, della Legge n.190/2012 (obiettivi di budget) e per le altre attività di competenza;
- l'OIV che valida 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:

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. *analisi documentali*, che si basano sulla consultazione della documentazione al fine di evidenziare eventuali errori o incongruenze;
3. *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 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;
4. *analisi comparative*, che si attuano attraverso comparazioni spazio-temporali 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 che segue:

Criteri di validazione previsti	Metodi di verifica	Oggetto della verifica
a) coerenza fra contenuti della Relazione e contenuti del Piano della performance relativo all'anno di riferimento e PIAO.	Analisi comparative Analisi documentale	Analisi comparativa del PIAO - Documento delle Direttive e del PTPC anno 2025 - con la Relazione sulla Performance 2025
b) coerenza fra la valutazione della performance aziendale complessiva e le valutazioni degli obiettivi di performance organizzativa riportate dall'amministrazione nella Relazione	Verifica diretta degli elementi reali Analisi comparative	Comparazione e analisi della coerenza dei dati nella Relazione sulla Performance 2025
c) presenza nella Relazione dei risultati relativi a tutti gli obiettivi delle diverse strutture operative	Analisi documentale	Analisi del capitolo specifico nella Relazione sulla Performance 2025 (capitolo "3.2 Obiettivi operativi aziendali")
d) verifica che nella misurazione e valutazione delle performance si sia tenuto conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza;	Verifica diretta degli elementi reali	Verifica del livello di presenza degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza nella Relazione sulla Performance
e) verifica del corretto utilizzo del metodo di calcolo previsto per gli indicatori	Analisi dei sistemi interni	Definizione dei criteri di valutazione in linea con il metodo di calcolo del vademecum regionale e con il documento di sintesi dei criteri di valutazione definiti con le Direzioni competenti
f) affidabilità dei dati utilizzati per la compilazione della relazione (con preferenza per fonti esterne certificate o fonti interne non auto-dichiarate, prime tra tutte il controllo di gestione);	Verifica diretta degli elementi reali	L'iter di valutazione degli obiettivi si è articolato in un percorso metodologico così definito: 1. misurazione degli indicatori con elaborazione dal DWH aziendale, alimentato dai flussi informativi inviati in Regione/Ministero 2. per gli obiettivi qualitativi la UOC Controllo di Gestione ha chiesto ai direttori di struttura di descrivere, per ciascun obiettivo le attività realizzate al 31.12.2025
g) effettiva evidenziazione, per tutti gli obiettivi e rispettivi indicatori, degli eventuali scostamenti riscontrati fra risultati programmati e risultati effettivamente conseguiti, con indicazione della relativa motivazione;	Analisi comparative Analisi documentale	Analisi delle schede di budget e verifica diretta della presenza dell'eventuale scostamento e della motivazione (verifica a campione durante i monitoraggi infrannuali)

h) adeguatezza del processo di misurazione e valutazione dei risultati descritto nella Relazione anche con riferimento agli obiettivi non inseriti nel Piano;	Analisi documentale Verifica diretta degli elementi reali	L'Azienda ha inserito attraverso il percorso di assegnazione degli obiettivi operativi nelle schede di budget anche obiettivi non presenti nel documento di Direttive 2025, ma che misurano o il mantenimento dell'operatività per garantire i livelli di assistenza o percorsi di miglioramento interno. Tutti gli obiettivi inseriti sono stati misurati e valutati.
i) conformità della Relazione alle disposizioni normative vigenti e alle linee guida del DFP;	Analisi documentale	Conformità confermata
j) sinteticità della Relazione (lunghezza complessiva, utilizzo di schemi e tabelle, ecc.);	Analisi documentale	Sinteticità confermata
k) chiarezza e comprensibilità della Relazione (linguaggio, utilizzo di rappresentazioni grafiche, presenza indice, ecc.)	Analisi documentale	Chiarezza e comprensibilità confermata

K. RIEPILOGO DEGLI ESITI E OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

Si presenta di seguito una tabella di riepilogo con gli esiti dell'analisi effettuata con riferimento alla Relazione sulla Performance anno 2025 dell'Azienda Ulss 5 Polesana:

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

L. 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.

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 e dei 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 2025 dell'ULSS 5 Polesana, è stata approvata con Deliberazioni del Direttore Generale n. 806 del 30/06/2026.

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

L'OIV ha 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 2025, confermando la sostanziale coerenza del modello di analisi dei risultati raggiunti e degli scostamenti registrati tra il sistema di indicatori fissati dalla Regione e quelli individuati dall'azienda nel PIAO e applicati nella misurazione della performance organizzativa e individuale.

In definitiva l'OIV riconosce che l'ULSS 5 Polesana ha governato in modo positivo il ciclo di gestione della performance con riferimento all'anno 2025, e che lo stesso è adeguatamente rendicontato nella Relazione sulla Performance 2025, approvata con Deliberazioni del Direttore Generale n. 806 del 30/06/2026.

Alla luce di quanto sopra, **l'OIV valida la Relazione della performance 2025 dell'Azienda ULSS 5 Polesana.**

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

Rovigo, 03/09/2026

PRESIDENTE OIV

f.to dott.ssa Michela Piccinini

COMPONENTE OIV

f.to dott. Enrico De Gaspari

COMPONENTE OIV

f.to dott.ssa Elisabetta Penazzo