
Anno 2025

Relazione dell'OIV

*sul funzionamento complessivo
del Sistema di Valutazione,
Trasparenza e Integrità dei
controlli interni e Validazione
della Performance 2025*

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

INDICE

Introduzione	2
Performance organizzativa e individuale	5
Processo di attuazione del ciclo della performance.....	10
Infrastruttura di supporto	12
Programma triennale per la trasparenza e l'integrità e per il rispetto degli obblighi di pubblicazione	13
Definizione e gestione degli standard di qualità	14
Utilizzo dei risultati del Sistema di misurazione e valutazione.....	16
Descrizione delle modalità del monitoraggio dell'OIV	17
Descrizione delle buone pratiche di promozione delle pari opportunità, accessibilità e benessere organizzativo.....	17
Metodi di verifica dei criteri di validazione	18
Riepilogo degli esiti osservazioni conclusive	22
Validazione della Relazione sulla performance	26
Conclusioni e prospettive di sviluppo.....	27

INTRODUZIONE

Ai sensi dell'articolo 14, comma 4, lettera a), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, l'Organismo Indipendente di Valutazione «monitorea il funzionamento complessivo del sistema di valutazione, della trasparenza e dell'integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso». Ai sensi della lettera c) del medesimo articolo, l'Organismo Indipendente di Valutazione «valida la Relazione sulla performance di cui all'articolo 10 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, la comprensibilità e l'attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, redigono e pubblicano, entro il 30 giugno di ogni anno, la Relazione annuale sulla performance sul proprio sito istituzionale. La Relazione deve essere approvata dall'organo di indirizzo politico-amministrativo e successivamente validata dall'OIV, ai sensi dell'art. 14 del medesimo decreto. La validazione della Relazione sulla performance costituisce condizione inderogabile per l'accesso agli strumenti di valorizzazione del merito.

La Relazione sulla performance evidenzia, a consuntivo e con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali conseguiti rispetto agli obiettivi programmati e alle risorse assegnate, rilevando gli eventuali scostamenti.

La Regione del Veneto ha successivamente definito le modalità di applicazione del D.Lgs. n. 150/2009 alle Aziende del Servizio sanitario regionale, in attuazione di quanto previsto dagli articoli 16 e 31 del medesimo decreto, approvando, da ultimo, con DGRV n. 140 del 16 febbraio 2016, le *Linee guida relative alla costituzione, al funzionamento e alle competenze attribuite agli Organismi Indipendenti di Valutazione delle Aziende Sanitarie*. Tali Linee guida prevedono, 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, al fine di riunire in un unico documento le valutazioni espresse dall'Organismo sull'intero ciclo della performance svolto dall'Azienda nell'anno di riferimento.

Come disposto dalla DGRV n. 140/2016, la struttura e i contenuti del presente documento tengono conto delle indicazioni contenute nelle deliberazioni CIVIT n. 4/2012 e n. 23/2013, opportunamente aggiornate alla luce della successiva evoluzione normativa nazionale (D.Lgs. n. 74/2017 in materia di valutazione della performance e D.Lgs. n. 97/2016 in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza) e delle specificità delle Aziende sanitarie.

In particolare, il presente documento si propone di:

- a. analizzare il grado di applicazione, da parte dell'Azienda, degli strumenti e delle misure previsti dal richiamato decreto, con particolare riferimento agli aspetti relativi alla misurazione e alla valutazione della performance, alla trasparenza e all'integrazione tra i diversi sistemi di controllo interno;
- b. descrivere le modalità di svolgimento della procedura di validazione della Relazione sulla performance relativa all'anno 2025 da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

L'attività dell'Organismo si è sviluppata attraverso l'analisi e la verifica dei meccanismi di funzionamento complessivo del sistema di una realtà complessa e articolata quale l'Azienda ULSS 7 Pedemontana.

L'OIV è chiamato a svolgere una serie di adempimenti che presuppongono il coinvolgimento dell'Amministrazione nel suo complesso, sia nella fase di programmazione gestionale sia nelle successive fasi del processo di monitoraggio, misurazione e valutazione della performance aziendale.

La finalità dell'attività svolta dall'OIV è garantire la correttezza dei processi di misurazione e valutazione della performance, nonché l'applicazione delle linee guida, delle metodologie e delle disposizioni normative vigenti, supportando l'Azienda nello sviluppo e nell'integrazione dei sistemi già in essere.

I criteri che guidano l'attività di validazione della Relazione sulla performance sono definiti, in primo luogo, dall'art. 14, comma 4, lettera c), del D.Lgs. n. 150/2009, come modificato dall'art. 11, comma 1, lettera c), sub 3), del D.Lgs. n. 74/2017. Tale disposizione prevede che l'OIV validi 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».

Ai sensi del comma 4-bis del medesimo articolo, inoltre, l'OIV deve tenere 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 principio trova ulteriore conferma nell'art. 19-bis del medesimo decreto legislativo.

L'art. 6 del D.Lgs. n. 150/2009 dispone, altresì, che le eventuali variazioni degli obiettivi e degli indicatori della performance organizzativa e individuale intervenute nel corso dell'esercizio siano riportate nella Relazione sulla performance e siano oggetto di valutazione da parte dell'OIV ai fini della relativa validazione.

Ulteriori indicazioni sulla procedura di validazione sono contenute nelle *Linee Guida per la Relazione annuale sulla performance* n. 3/2018 della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica.

Le Linee Guida precisano 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 nel documento.

In particolare, a pagina 15 delle Linee Guida, è previsto che la validazione sia effettuata sulla base dei seguenti criteri:

- a. coerenza tra i contenuti della Relazione e quelli del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), quale documento di integrazione degli atti di pianificazione della Direzione Strategica, nonché del Documento delle Direttive 2025, che, ai sensi della L.R. n. 55/1994, costituisce lo strumento di raccordo tra il Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025-2027 e il sistema di budget, declinando gli obiettivi strategici triennali in obiettivi operativi annuali e rappresentando, pertanto, lo strumento di programmazione annuale. Al Documento delle Direttive è inoltre allegata la procedura «Misurazione del Ciclo della Performance», nella quale sono descritte le modalità di svolgimento del processo di budget aziendale, dall'assegnazione degli obiettivi alle fasi di monitoraggio e valutazione;
- b. coerenza tra la valutazione complessiva della performance aziendale effettuata dall'OIV e la valutazione degli obiettivi di performance organizzativa riportata 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 della performance, siano stati considerati gli obiettivi connessi alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza;
- e. verifica del corretto utilizzo delle metodologie di calcolo previste per gli indicatori;
- f. affidabilità dei dati utilizzati per la redazione della Relazione, privilegiando fonti esterne certificate o fonti interne oggettive, con particolare riferimento ai dati del controllo di gestione;
- g. puntuale evidenziazione, per ciascun obiettivo e relativo indicatore, degli eventuali scostamenti tra i risultati programmati e quelli effettivamente conseguiti, con l'indicazione delle relative motivazioni;
- 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 (DFP);
- j. sinteticità della Relazione, con riferimento alla sua struttura complessiva, all'utilizzo di schemi, tabelle e altri strumenti di sintesi;
- k. chiarezza e comprensibilità della Relazione, anche con riguardo al linguaggio utilizzato e all'impiego di rappresentazioni grafiche.

Nei paragrafi che seguono 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 per l'Azienda ULSS7 risulta definito dai seguenti documenti:
 - Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) approvato con n. deliberazione del Direttore Generale n. 143 del 31.01.2025 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;
 - Documento delle Direttive, approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 143 del 31.01.2025, che declina gli obiettivi strategici in obiettivi operativi annuali;

- Documento annuale di approvazione del “Budget”, deliberazione n. 561 del 25.03.2025 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 15.04.2025 di avvio dell’assegnazione degli obiettivi e nota mail del 21.4.2026 relativa alla chiusura del processo 2025;
 - 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 2025, 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 2025-2027 e del Documento delle Direttive, approvati con Deliberazione n. 143 del 31/01/2025, quali documenti di programmazione e individuazione di obiettivi strategici ed operativi, di indicatori e risultati attesi per il triennio 2025-2027. In questi documenti sono stati declinati a livello aziendale gli obiettivi assegnati dalla Regione con DGR 1557/2024.

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 2025. Con deliberazione del Direttore Generale n. 561 del 25.03.2025 sono state quindi approvate le schede di budget 2025 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.

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. 9 del 18.3.2025 successivamente aggiornato con Decreto n. 11083 del 15.9.2025, 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 monitoraggio infrannuale si è svolto secondo quanto previsto dal Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance, con incontri strutturati e reportistica prodotta dall'UOC Controllo di Gestione.

Il processo di monitoraggio intermedio è presidiato mediante due monitoraggi intermedi, il primo durante i mesi di luglio-agosto con i dati relativi al primo semestre (incontri in presenza 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), 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 2026, sulla base dei dati consuntivi 2025 con la raccolta della documentazione a supporto.

Le valutazioni sulle verifiche di budget 2025 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. 1085 del 26.06.2026. Le verifiche sono state elaborate sulla base dei dati consuntivi 2025 integrate, per gli indicatori non numerici, da specifiche relazioni. Nella valutazione degli obiettivi di budget 2025, collegati agli obiettivi di salute e funzionamento assegnati

all'Azienda con DGR 1557/2024, si è tenuto conto dei dati e informazioni sui risultati dell'anno 2025 acquisiti attraverso i monitoraggi dei competenti uffici regionali in attesa della valutazione definitiva.

La Relazione sulla Performance 2025 evidenzia:

- incremento dell'attività chirurgica (+3,4%)
- aumento delle prestazioni ambulatoriali (+3,1%)
- stabilità dei ricoveri (+0,1%)
- riduzione degli accessi in PS (-2,4%)
- incremento dell'attività territoriale (cure domiciliari, palliative, semiresidenzialità)

Questi risultati sono coerenti con gli obiettivi regionali e aziendali, e con le priorità del PNRR (Missione 6).

Considerazioni

La performance organizzativa dell'ULSS7 Pedemontana, così come emerge dalla Relazione sulla Performance 2025 e dalla verifica dell'OIV, mostra un sistema maturo, strutturato e pienamente integrato nel ciclo di programmazione aziendale.

L'Azienda ha dato attuazione al ciclo della performance partendo dal PIAO 2025-2027 e dal Documento delle Direttive, che hanno tradotto gli obiettivi regionali in obiettivi strategici e operativi aziendali. La successiva formalizzazione nelle schede di budget ha garantito un raccordo chiaro tra la pianificazione strategica e l'operatività delle strutture.

Il processo di definizione degli obiettivi è stato partecipato e multilivello: le Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali sono state coinvolte in incontri dedicati, sia ospedalieri sia territoriali, favorendo una responsabilizzazione diffusa e una piena comprensione delle priorità aziendali. Questo approccio ha consolidato il ruolo dei dipartimenti come snodi fondamentali di coordinamento e ha rafforzato l'integrazione tra le diverse articolazioni organizzative.

Il monitoraggio infrannuale, svolto con incontri strutturati e reportistica dedicata, ha permesso di seguire l'andamento degli obiettivi con tempestività, individuando scostamenti e criticità e attivando interventi correttivi in corso d'opera.

La tracciabilità delle verifiche, la documentazione prodotta e il coinvolgimento della Direzione Strategica confermano un sistema di controllo interno solido e orientato al miglioramento continuo.

La rendicontazione finale, confluita nella Relazione sulla Performance, risulta chiara, verificabile e coerente con quanto programmato.

I risultati evidenziano un incremento dell'attività chirurgica, una crescita delle prestazioni ambulatoriali, la stabilità dei ricoveri, la riduzione degli accessi in Pronto Soccorso e un rafforzamento delle attività territoriali, in linea con le priorità regionali e con gli indirizzi del PNRR. La misurazione degli obiettivi di salute e funzionamento, pur basata su monitoraggi regionali non ancora formalmente validati, è stata condotta con criteri di prudenza e trasparenza, come previsto dalla DGRV 140/2016.

Per gli indicatori non numerici, l'Azienda ha utilizzato documentazione descrittiva, necessaria per obiettivi qualitativi ma che richiede un'attenzione particolare per ridurre la soggettività. L'OIV riconosce che questo è un punto di miglioramento futuro, pur rilevando che l'approccio adottato è stato rigoroso e ben documentato.

Nel complesso, il sistema di performance organizzativa dell'ULSS7 Pedemontana si conferma robusto, coerente e pienamente conforme alle linee guida nazionali e regionali. L'Azienda dimostra una capacità di

programmazione integrata, un monitoraggio efficace e una rendicontazione trasparente, elementi che testimoniano una governance orientata ai risultati e alla qualità dei servizi erogati.

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 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.

Considerazioni

La valutazione della performance individuale nell’ULSS7 Pedemontana si presenta come un sistema strutturato, trasparente e pienamente integrato nel ciclo della performance organizzativa. L’Azienda ha costruito un modello che valorizza sia la misurabilità dei comportamenti professionali sia la partecipazione attiva dei valutati, garantendo un processo equo e verificabile.

Il percorso valutativo prende avvio dopo l’approvazione delle schede di budget, assicurando coerenza tra gli obiettivi assegnati alle strutture e quelli attribuiti ai singoli dipendenti. Durante l’anno, i valutatori svolgono monitoraggi intermedi, colloqui di verifica e momenti di confronto che permettono di seguire l’andamento della performance e di intervenire tempestivamente in caso di criticità. Questo approccio dialogico, centrato sulla relazione professionale, contribuisce a rendere la valutazione non un mero adempimento, ma uno strumento di crescita e responsabilizzazione.

Un elemento di particolare rilievo è l’investimento dell’Azienda nella formazione dei valutatori. I corsi dedicati al colloquio di valutazione e alla gestione dei monitoraggi intermedi hanno rafforzato la qualità del processo, riducendo il rischio di valutazioni non omogenee e promuovendo una cultura della valutazione più

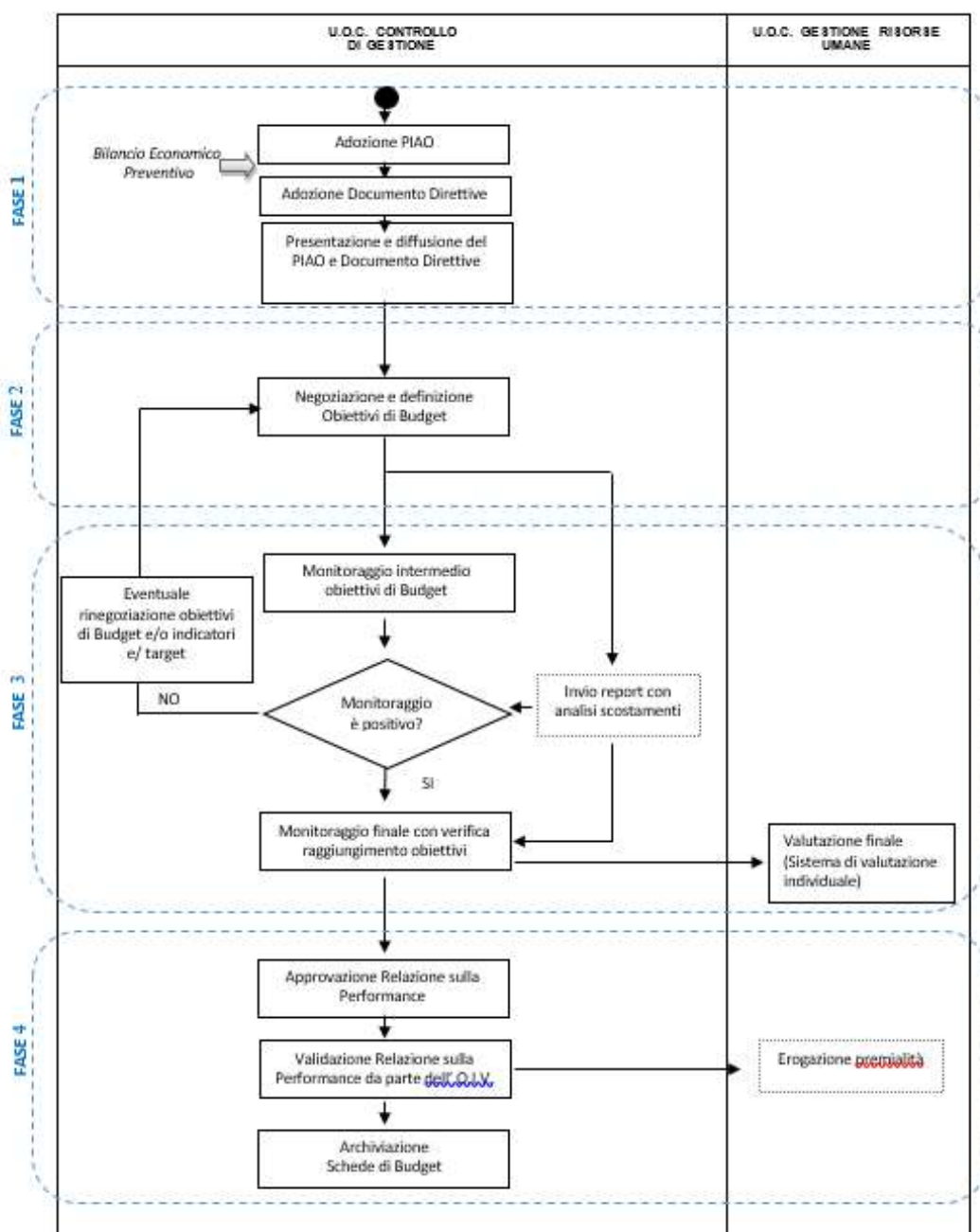
consapevole. L'OIV riconosce che questa scelta rappresenta un punto di forza, perché incide direttamente sulla correttezza e sulla trasparenza del sistema.

La digitalizzazione del processo, attraverso l'introduzione di un gestionale dedicato che consente anche la firma elettronica della scheda da parte del valutato, ha ulteriormente migliorato la tracciabilità e la tempestività delle operazioni. La possibilità di revisione della valutazione, attivabile entro termini definiti e gestita da un organo collegiale presieduto dal superiore gerarchico del valutatore, garantisce un presidio di equità e tutela dei dipendenti, rafforzando la credibilità dell'intero sistema.

Nel complesso, la performance individuale risulta ben integrata con la performance organizzativa e con il sistema premiante previsto dai contratti collettivi. La struttura del processo, la chiarezza delle fasi, la documentazione prodotta e l'utilizzo di strumenti informatici evoluti confermano un modello maturo, orientato alla trasparenza e alla partecipazione. L'OIV rileva che l'Azienda ha saputo coniugare aspetti tecnici e relazionali, costruendo un sistema di valutazione che sostiene la qualità del lavoro e favorisce un clima organizzativo più consapevole e responsabile.

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 2025 si è sviluppato con le seguenti tempistiche e fasi:



Considerazioni

Il processo di attuazione del ciclo della performance dell'ULSS7 Pedemontana si presenta strutturato, tracciabile e pienamente conforme alle disposizioni del D.Lgs. 150/2009 e della DGRV 140/2016. L'Azienda ha adottato un modello di gestione della performance che integra in modo efficace la programmazione strategica, la declinazione operativa degli obiettivi, il monitoraggio infrannuale e la rendicontazione finale.

La cabina di regia del sistema è rappresentata dall'UOC Controllo di Gestione, che coordina l'intero processo applicando la metodologia del budget e garantendo un raccordo costante tra gli indirizzi della Direzione Strategica e l'operatività delle strutture aziendali. Il ruolo dell'UOC Risorse Umane, a supporto della valutazione individuale, contribuisce a rafforzare l'integrazione tra performance organizzativa e individuale, assicurando coerenza e continuità tra i diversi livelli del sistema.

Il ciclo si sviluppa secondo fasi chiaramente definite: l'adozione del PIAO e del Documento delle Direttive, la contrattazione degli obiettivi con le strutture, l'approvazione delle schede di budget, i monitoraggi intermedi e la valutazione finale. La tempistica è stata rispettata e le attività risultano documentate in modo puntuale, con evidenza delle responsabilità e delle modalità operative.

Il monitoraggio infrannuale rappresenta uno dei punti di forza del sistema ULSS7. Gli incontri strutturati con i direttori di struttura e di dipartimento, alla presenza della Direzione Strategica, consentono di analizzare gli scostamenti, individuare le criticità e attivare tempestivamente interventi correttivi.

Questo approccio dinamico rende il ciclo della performance uno strumento effettivo di governo, non un mero adempimento formale. La reportistica prodotta dal Controllo di Gestione, basata su dati provenienti dal datawarehouse aziendale e da flussi regionali certificati, garantisce affidabilità e verificabilità delle informazioni utilizzate.

La fase di rendicontazione finale, svolta nei mesi di aprile e maggio 2026, ha permesso di consolidare i risultati dell'anno 2025 e di raccogliere la documentazione a supporto degli indicatori non numerici.

L'OIV rileva che, pur essendo inevitabilmente più qualitativi, questi indicatori sono stati gestiti con rigore metodologico e con adeguata tracciabilità, anche se rappresentano un ambito in cui l'Azienda può ulteriormente rafforzare la standardizzazione dei criteri valutativi.

Nel complesso, il processo di attuazione del ciclo della performance dell'ULSS7 Pedemontana si conferma solido, ben presidiato e orientato al miglioramento continuo.

L'integrazione tra programmazione, monitoraggio e valutazione, la chiarezza delle fasi, la partecipazione delle strutture e l'utilizzo di strumenti informativi evoluti testimoniano un'organizzazione che ha pienamente interiorizzato la cultura della performance e la utilizza come leva di governo e di qualità dei servizi.

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 che sostiene il ciclo della performance dell'ULSS7 Pedemontana si presenta solida, affidabile e adeguatamente integrata con i processi di programmazione, monitoraggio e valutazione. L'Azienda dispone di un sistema informativo evoluto, basato su un datawarehouse centralizzato, che raccoglie e organizza dati provenienti da molteplici fonti aziendali e regionali. Questo patrimonio informativo consente di alimentare il ciclo della performance con informazioni tempestive, coerenti e verificabili, riducendo il rischio di discrepanze e garantendo un elevato livello di attendibilità dei risultati rendicontati.

Il ruolo dell'UOC Controllo di Gestione e dell'UOC Sistemi Informativi è determinante: la collaborazione tra queste strutture assicura che i dati utilizzati per la misurazione della performance siano correttamente estratti, validati e messi a disposizione dei responsabili di struttura e della Direzione Strategica. L'OIV rileva che la qualità della reportistica prodotta, sia per i monitoraggi infrannuali sia per la rendicontazione finale, è elevata e rappresenta un elemento essenziale per la trasparenza e la tracciabilità del processo.

L'infrastruttura informativa non si limita a supportare la performance organizzativa, ma integra anche strumenti dedicati alla valutazione individuale. L'introduzione di un gestionale specifico per la compilazione, la firma digitale e la conservazione delle schede di valutazione ha migliorato la tracciabilità del processo, semplificato le operazioni e aumentato la trasparenza nei confronti dei dipendenti. Questo sistema consente una gestione ordinata e verificabile delle fasi valutative, riducendo il rischio di errori materiali e garantendo la conservazione digitale delle evidenze.

La disponibilità di flussi informativi regionali certificati (ADI, Hospice, CEDAP, mobilità sanitaria, indicatori di salute) rappresenta un ulteriore punto di forza dell'infrastruttura. L'Azienda utilizza tali flussi in modo

sistematico, integrandoli con i dati interni e assicurando così una misurazione della performance che non si basa su autodichiarazioni, ma su fonti ufficiali e standardizzate. Questo approccio è pienamente coerente con le Linee guida DFP 3/2018 e con le indicazioni della DGRV 140/2016.

Nel complesso, l'OIV valuta positivamente l'infrastruttura di supporto dell'ULSS7 Pedemontana, riconoscendo che essa costituisce un elemento chiave per la qualità del ciclo della performance. La solidità dei sistemi informativi, la capacità di integrare dati eterogenei, la disponibilità di strumenti digitali dedicati e la collaborazione tra le strutture tecniche aziendali testimoniano un'organizzazione che ha investito in modo consapevole nella digitalizzazione e nella qualità dei processi.

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

Con deliberazione del Direttore Generale n. 602 del 07/04/2023 è stata confermata, quale Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), la dott.ssa Michela Piccinini, Responsabile dell'UOC Controllo di Gestione, già incaricata della medesima funzione dal 01/02/2017 al 06/11/2025. Successivamente, con deliberazione del Direttore Generale n. 2030 del 07/11/2025, è stato conferito al dott. Cristiano Galizian l'incarico triennale di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, con decorrenza dal 07/11/2025 e fino al 06/11/2028.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 143 del 31/01/2025 è stato approvato il PIAO 2025-2027 che include il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (PTPC) per il triennio 2025 – 2027 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 2025, 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 2025 è stata, peraltro, relazionata da parte del Responsabile per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza nella nota trasmessa all'OIV con prot. 72144 del 31/07/2025 relativamente al 1° semestre 2025 e prot. 7859 del 27/01/2026 per l'anno 2025 (di tale documento l'OIV ha preso atto, nel corso dell'incontro del 28/01/2026).

L'analisi del PTPCT 2025-2027, 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 aggiornato.

Considerazioni

Il sistema di trasparenza e integrità dell'ULSS7 Pedemontana si presenta strutturato, presidiato e coerente con le disposizioni del D.Lgs. 33/2013, del D.Lgs. 97/2016 e della DGRV 140/2016.

L'Azienda ha dimostrato un impegno costante nel garantire la pubblicazione, l'aggiornamento e la qualità dei contenuti presenti nella sezione "Amministrazione Trasparente", assicurando la piena accessibilità delle informazioni rilevanti per cittadini, utenti e stakeholder.

Nel corso del 2025, l'OIV ha effettuato verifiche puntuali sulla completezza e correttezza dei dati pubblicati, utilizzando la griglia di monitoraggio prevista dalla delibera ANAC n. 192/2025. L'analisi collegiale, svolta con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, ha evidenziato una buona aderenza agli obblighi normativi, una corretta strutturazione delle sezioni e un'attenzione alla qualità del formato aperto dei documenti. Questo approccio collaborativo ha permesso di affrontare tempestivamente eventuali criticità e di consolidare un presidio stabile e consapevole sulla trasparenza amministrativa.

La Relazione sulla Performance 2025 conferma che l'Azienda integra gli obiettivi di trasparenza e anticorruzione nel ciclo della performance, in coerenza con il PIAO 2025-2027. La pubblicazione della Relazione stessa, prevista dall'art. 10 del D.Lgs. 150/2009, è stata effettuata nei tempi stabiliti, garantendo la visibilità dei risultati aziendali e la tracciabilità del processo di valutazione. L'invio del documento all'OIV e la sua validazione rappresentano ulteriori elementi di garanzia, perché assicurano che la rendicontazione sia verificata da un soggetto terzo e indipendente.

Il sistema di prevenzione della corruzione risulta integrato con i processi di controllo interno e con la misurazione della performance. L'Azienda ha adottato procedure e strumenti che favoriscono la tracciabilità delle decisioni, la gestione dei rischi e la diffusione di comportamenti etici.

L'OIV rileva che la collaborazione tra RPCT, Controllo di Gestione e Sistemi Informativi contribuisce a rafforzare la capacità dell'Azienda di presidiare i processi sensibili e di garantire un ambiente organizzativo orientato all'integrità.

Nel complesso, l'OIV valuta positivamente il sistema di trasparenza e integrità dell'ULSS7 Pedemontana. L'Azienda dimostra una piena consapevolezza dell'importanza della trasparenza come strumento di accountability e di fiducia nei confronti dei cittadini. La qualità delle pubblicazioni, la regolarità dei monitoraggi, la collaborazione tra le strutture e l'integrazione con il ciclo della performance testimoniano un'organizzazione che ha interiorizzato la cultura della legalità e della responsabilità amministrativa. Le basi attuali sono solide e consentono ulteriori sviluppi, soprattutto nella direzione della trasparenza proattiva e della partecipazione degli utenti ai processi di valutazione dei servizi.

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 2025 sono stati relazionati i principali risultati ottenuti, sulla base delle informazioni disponibili.

Considerazioni

La definizione e la gestione degli standard di qualità nell'ULSS7 Pedemontana si presentano coerenti con il quadro normativo nazionale e regionale e risultano integrate nel ciclo della performance aziendale.

L'Azienda ha adottato un approccio che valorizza la qualità come dimensione trasversale ai processi clinici, assistenziali, amministrativi e organizzativi, riconoscendo che la misurazione dei risultati non può prescindere dalla valutazione della qualità dei servizi erogati.

Gli standard di qualità sono richiamati in più parti della Relazione sulla Performance 2025, sia nella descrizione dei servizi ospedalieri e territoriali, sia nella rendicontazione degli obiettivi operativi. L'Azienda utilizza indicatori quantitativi e qualitativi che permettono di monitorare aspetti essenziali della qualità, come l'appropriatezza delle prestazioni, la continuità assistenziale, la presa in carico dei pazienti fragili, la tempestività delle risposte e la sicurezza dei percorsi clinici. L'integrazione con i flussi informativi regionali certificati (ADI, Hospice, specialistica ambulatoriale, ricoveri, mobilità sanitaria) garantisce che la misurazione della qualità sia basata su dati affidabili e standardizzati.

La gestione degli standard di qualità è supportata da un sistema di monitoraggio strutturato, che prevede verifiche infrannuali e analisi degli scostamenti. Questo consente di individuare tempestivamente eventuali criticità e di attivare interventi correttivi, rendendo la qualità un elemento dinamico del governo aziendale.

L'OIV rileva che la tracciabilità dei processi, la documentazione prodotta e la partecipazione delle strutture operative contribuiscono a consolidare una cultura della qualità diffusa e consapevole.

Per gli obiettivi non numerici, l'Azienda ha adottato criteri descrittivi che permettono di valutare aspetti qualitativi non misurabili attraverso indicatori standard. Pur riconoscendo che questo approccio è necessario per alcune tipologie di obiettivi, l'OIV evidenzia che la standardizzazione futura di tali criteri potrebbe ulteriormente rafforzare l'omogeneità e la comparabilità delle valutazioni, riducendo la componente soggettiva.

Nel complesso, l'OIV valuta positivamente il sistema di definizione e gestione degli standard di qualità dell'ULSS7 Pedemontana. L'Azienda dimostra di aver integrato la qualità nei processi di programmazione, monitoraggio e valutazione, adottando strumenti e metodologie che favoriscono la trasparenza, la verificabilità e il miglioramento continuo. La presenza di indicatori affidabili, la collaborazione tra strutture, l'utilizzo di flussi certificati e la capacità di intervenire sugli scostamenti testimoniano un'organizzazione che ha interiorizzato la qualità come leva strategica per la performance e per la tutela dei cittadini.

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 1557 del 30.12.2024 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 2025-2027, integrato con la declinazione degli obiettivi assegnati dalla Regione Veneto con DGR 1557 del 30.12.2024 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.

La sintesi dei risultati della performance organizzativa e individuale è contenuta nella Relazione sulla Performance 2025, dove sono esplicitati anche i criteri di distribuzione.

Considerazioni

L'ULSS7 Pedemontana utilizza i risultati del sistema di misurazione e valutazione della performance in modo pienamente coerente con le finalità previste dal D.Lgs. 150/2009 e dalla DGRV 140/2016.

L'Azienda dimostra una capacità matura di trasformare i dati raccolti nel corso del ciclo della performance in strumenti di governo, di miglioramento organizzativo e di supporto alle decisioni strategiche.

I risultati della misurazione vengono utilizzati innanzitutto per valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi strategici e operativi assegnati alle strutture aziendali. La Relazione sulla Performance 2025 evidenzia

chiaramente come gli esiti del monitoraggio infrannuale e della rendicontazione finale siano stati impiegati per individuare scostamenti, analizzarne le cause e attivare interventi correttivi. Questo approccio dinamico conferma che il sistema di misurazione non è un mero adempimento formale, ma un vero strumento di gestione.

I risultati vengono inoltre utilizzati per orientare le politiche di allocazione delle risorse, in particolare nei settori caratterizzati da vincoli regionali o da obiettivi di salute prioritari. L'analisi dei consumi, dei volumi di attività e degli indicatori di efficienza consente alla Direzione Strategica di adottare decisioni informate, basate su evidenze oggettive e su dati certificati.

L'OIV rileva che questo utilizzo dei risultati rafforza la responsabilità gestionale e favorisce una maggiore coerenza tra programmazione, monitoraggio e bilancio.

Un ulteriore ambito di utilizzo riguarda la performance individuale. I risultati della misurazione organizzativa sono integrati nel sistema premiante, contribuendo alla definizione dei livelli di performance dei singoli dipendenti. Questo collegamento tra performance organizzativa e individuale, previsto dai contratti collettivi e attuato attraverso strumenti informatici dedicati, garantisce equità, trasparenza e coerenza interna.

Nel complesso, l'OIV valuta positivamente l'utilizzo dei risultati del sistema di misurazione e valutazione da parte dell'ULSS7 Pedemontana. L'Azienda dimostra di saper trasformare i dati in strumenti di governo, di miglioramento e di responsabilizzazione, integrando la performance nei processi decisionali e nei sistemi di controllo interno. La qualità delle analisi, la coerenza delle scelte e la capacità di intervenire sugli scostamenti testimoniano un'organizzazione che ha pienamente interiorizzato la cultura della performance e la utilizza come leva strategica per la qualità dei servizi e per la sostenibilità del sistema.

DESCRIZIONE DELLE MODALITÀ DEL MONITORAGGIO DELL'OIV

Come sopra descritto, l'OIV attualmente in carica, nominato con deliberazione del Direttore Generale n. 337 del 20.02.2026, 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:

- 29 gennaio 2025;
- 27 febbraio 2025;
- 13 marzo 2025;
- 6 maggio 2025;
- 24 giugno 2025;
- 9 luglio 2025;
- 31 luglio 2025;
- 15 ottobre 2025;

DESCRIZIONE DELLE BUONE PRATICHE DI PROMOZIONE DELLE PARI OPPORTUNITÀ, ACCESSIBILITÀ E BENESSERE ORGANIZZATIVO

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. 1085 del 26/06/2026 ha approvato la Relazione sulla performance per l'anno 2025;
- 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 tutti 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 principali¹:

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 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;

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

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.

Tabella 1 – Criteri di validazione

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 Analisi documentale	Analisi comparativa del PIAO -Documento delle Direttive e del PTPC anno 2025 - con la Relazione sulla Performance 2025
<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 Analisi comparative	Comparazione e analisi della coerenza dei dati della Relazione sulla Performance 2025
<i>c) presenza nella Relazione dei risultati relativi a tutti gli obiettivi delle diverse strutture operative</i>	Analisi comparative Analisi documentale	Comparazione e analisi della coerenza dei dati tra il Documento delle Direttive 2025 e il documento di approvazione del Budget anno 2025 e la Relazione sulla Performance 2025, anche attraverso il richiamo alla relazione Sanitaria a corredo del Bilancio d'esercizio 2025 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 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 obiettivi trasversali documento di sintesi dei criteri di valutazione definiti con le Direzioni competenti
<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>	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 progettuali la UOC Controllo di Gestione ha chiesto ai direttori di struttura di descrivere, per ciascun obiettivo le attività realizzate al 31.12.2025, allegando

		tutte le evidenze documentali necessarie; 3. per gli obiettivi relativi al PTPCT la Responsabile aziendale ha relazionato all'OIV con nota 27.01.26 sui risultati raggiunti; in relazione all'Attestazione degli obblighi di trasparenza di cui alla delibera Anac 213/2024 i risultati sono stati positivi;
<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>	Analisi comparative Analisi documentale	Analisi delle schede di budget e verifica diretta della presenza dell'eventuale scostamento e della motivazione (verifica a campione)
<i>h) adeguatezza del processo di misurazione e valutazione dei risultati descritto nella Relazione anche con riferimento agli obiettivi non inseriti nel Piano;</i>	Analisi documentale Verifica diretta degli elementi reali	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 2025, 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.
<i>i) conformità della Relazione alle disposizioni normative vigenti e alle linee guida del DFP;</i>	Analisi documentale	Analisi della Relazione sulla performance e verifica diretta della conformità alle disposizioni normative e alle linee guida del DFP
<i>j) sinteticità della Relazione (lunghezza complessiva, utilizzo di schemi e tabelle, ecc.);</i>	Analisi documentale	Analisi della Relazione sulla performance e verifica diretta del livello di sinteticità
<i>k) chiarezza e comprensibilità della Relazione (linguaggio, utilizzo di rappresentazioni grafiche, presenza indice, ecc.)</i>	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 i quali 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 Otorinolaringoiatria Bassano, UOC Geriatria Santorso, UOC Cure Palliative, UOSD Programma di Screening, UOC Affari Generali).

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 2025;
- 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.

Tabella 2 – Riepilogo degli esiti delle verifiche attuate per ogni criterio di validazione

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 2025, che rappresenta, ai sensi della L.R. n. 55/94, lo strumento di raccordo tra il documento di pianificazione pluriennale - PIAO 2025-2027 - 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 2025, 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).

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 EVIDENZIAZIONE, PER TUTTI GLI OBIETTIVI E RISPETTIVI INDICATORI, DEGLI EVENTUALI SCOSTAMENTI RISCONTRATI 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 2025 anche obiettivi non presenti nel Documento delle direttive 2025, 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 3 – Esiti analisi conformità alla normativa vigente (D.Lgs.150/2009)

Riferimento normativo (D.Lgs.150/2009)	Evidenze dell'analisi
Art. 10, comma 1, lettera b) 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> .	Presenza dei risultati di consuntivo per tutti gli obiettivi nel corpo del testo Presenza del raccordo con le risorse. Nella Relazione sulla performance 2025, sezione 3.2 Obiettivi Individuali, è presente un paragrafo dedicato alle iniziative promosse dal Comitato unico di garanzia (CUG) aziendale volte non solo a superare le disparità di genere tra lavoratrici e lavoratori, ma anche a migliorare il benessere organizzativo complessivo e a sviluppare una cultura di genere e di sostegno alle pari opportunità sia all'interno dell'ente che nella comunità.
Art. 14, comma 4, lettera c) La Relazione deve essere <i>“redatta in forma sintetica, chiara e di immediata comprensione ai cittadini e agli altri utenti finali”</i> .	Il corpo principale della Relazione ha una dimensione complessiva di 38 pagine Sono presenti tabelle che facilitano la immediata comprensione dei concetti. Il linguaggio è appropriato in considerazione dei principali stakeholder della Azienda
Art. 14, comma 4-bis e Art. 19-bis Occorre tener conto delle <i>“valutazioni realizzate con il coinvolgimento dei cittadini o degli altri utenti finali”</i>	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. Pur tuttavia l'OIV ha rilevato che per quanto riguarda il coinvolgimento dei cittadini e degli stakeholders, così come riportato anche nel PIAO 2026-2028, nel 2025 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) e gruppi di lavoro aziendali per la presa in carico dell'andamento e dei risultati di queste indagini.
Art. 15, comma 2, lettera b) La Relazione sulla performance è definita dall'organo di indirizzo politico-amministrativo di ciascuna amministrazione <i>“in collaborazione con i vertici dell'amministrazione”</i>	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.

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

Il corpo principale della Relazione ha una dimensione complessiva di 38 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 COMPRENSIBILITÀ 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'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 2025 dell'AULSS 7 Pedemontana, approvata con Delibera del Direttore Generale n. 1085 del 26.06.2026.

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 2025 dell'ULSS7 Pedemontana, è stata approvata con Deliberazione del Direttore Generale n. 1085 del 26.06.2026.

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 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 Piano delle Performance e applicati nella misurazione della performance organizzativa e individuale.

In definitiva l'OIV riconosce che l'ULSS 7 Pedemontana 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 Deliberazione del Direttore Generale n. 1085 del 26.06.2026.

Alla luce di quanto sopra, **l'OIV valida la Relazione della performance 2025 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 2025 sulla base delle evidenze documentali disponibili e di quanto emerso nel corso dei confronti avuti nel 2025 e proseguiti nel 2026 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 ULSS 7 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 2025 dell'AULSS 7 Pedemontana**, approvata con Delibera del Direttore Generale n. 1085 del 26.06.2026.

Bassano del Grappa, 22.07 2026.

LA PRESIDENTE OIV

(Dott.ssa Silvana De Simone)

COMPONENTE OIV

(Dott. Federico Del Vecchio)

COMPONENTE OIV

(Dott. Stefano Nicola)