

Azienda Ospedaliera Padova



VALIDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE - ANNO 2016

e

RELAZIONE ANNUALE SUL FUNZIONAMENTO COMPLESSIVO DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE, TRASPARENZA E INTEGRITÀ DEI CONTROLLI INTERNI - ANNO 2016

(art. 14 del D.Lgs. n. 150/2009)

Indice

Introduzione	3
A. Performance organizzativa	4
B. Performance Individuale	6
Il Documento di Valutazione Individuale - DIV	7
Le fasi del processo di valutazione	8
I Soggetti competenti del sistema di valutazione	9
Criteri di determinazione delle quote individuali	9
C. Processo di attuazione del ciclo della performance	12
D. Infrastruttura di supporto	13
E. Sistemi informativi e informatici a supporto dell'attuazione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità e per il rispetto degli obblighi di pubblicazione	14
F. Definizione e gestione degli standard di qualità	17
G. Utilizzo dei risultati del sistema di misurazione e valutazione	21
H. Descrizione delle modalità del monitoraggio dell'OIV	21
I. Validazione della Relazione sulla performance	22

Introduzione

Il Decreto Legislativo n.150/2009 ha previsto una riforma organica della disciplina del rapporto del lavoro dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche con la specifica previsione di disposizioni inerenti la misurazione, valutazione e trasparenza della performance e la valorizzazione del merito del personale dipendente. In ossequio alla normativa nazionale e regionale, con provvedimento del Direttore Generale n.185 del 01/03/2013 e n.1075 del 11/10/2013, è stato quindi istituito l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) dell'Azienda Ospedaliera di Padova. L'OIV si è formalmente insediato il giorno 11 ottobre 2013 e ha sostituito il Nucleo di Controllo Interno precedentemente in essere; è stato successivamente rinnovato con DDG n. 636 del 29/12/2016.

Tra i principali compiti dell'OIV, come specificato all'art.14 del citato decreto, vi è il monitoraggio del funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità. In particolare ogni anno l'Organismo è chiamato a:

- relazionare annualmente sullo stato del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità (co. 4 lettera a), evidenziando le criticità e i punti di forza del sistema, al fine di presentare proposte per svilupparlo e integrarlo ulteriormente;
- validare la Relazione sulla performance adottata dall'azienda, assicurandone la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale dell'amministrazione (co. 4 lettera c).

Successivamente la Regione è tornata a normare la materia, approvando con la DGRV n. 140 del 16/2/2016 le Linee guida relative alla costituzione, al funzionamento e alle competenze attribuite agli Organismi Indipendenti di Valutazione delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale. Con questa delibera la Regione Veneto stabilisce che, per le aziende del SSR, la Relazione annuale sul funzionamento complessivo del sistema sia integrata nel Documento di Validazione della Relazione sulla performance.

L'OIV, supportato dalla struttura tecnica permanente per la misurazione della performance, ha pertanto redatto tale relazione integrata relativamente all'anno 2016. Come disposto dalla DGRV n. 140/2016, la struttura e i contenuti del documento rispettano quanto suggerito dalla delibera ANAC n. 23/2013.

A. Performance organizzativa

La disciplina vigente ha introdotto nelle PP.AA. un sistema di misurazione e valutazione della performance con il fine di migliorare l'efficienza, la qualità e l'efficacia delle proprie prestazioni e dei servizi erogati, relativamente sia alla performance organizzativa che a quella individuale. La performance infatti si distingue in:

- organizzativa, che riguarda l'operato dell'Azienda nel suo complesso e nelle sue articolazioni organizzative;

- individuale, che si riferisce al contributo dato dal singolo al raggiungimento degli obiettivi generali della struttura collegati ai diversi livelli di responsabilità e professionalità ricoperti (cfr. art. 9 del D.Lgs. 150/09).

Nel presente paragrafo l'OIV esprime una valutazione sull'intero processo relativo alla performance organizzativa, con riferimento alla fase di definizione degli obiettivi, alla misurazione in corso d'anno e alla valutazione finale dei risultati. Nel successivo verrà trattata la performance individuale.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 78 del 28/01/2016 l'Azienda Ospedaliera di Padova (in seguito AOP) ha approvato il Piano della Performance (o Piano Triennale di Valutazione degli obiettivi) per il triennio 2016-2018, che ha recepito gli obiettivi regionali assegnati con DGRV n. 2072/2015 articolandoli secondo le strategie aziendali:

- Definire il Posizionamento dell'Azienda,
- Aumentare l'efficacia e l'efficienza della produzione attraverso la revisione dei modelli organizzativi,
- Sviluppare l'identità dell'Azienda e il senso di appartenenza,
- Ridefinire i rapporti con l'Università,
- Garantire la sicurezza dei pazienti, degli operatori e dell'Azienda attraverso un sistema di regole.

L'OIV, nella seduta del 29 gennaio 2016, ha preso atto del Piano della Performance 2016-2018 e dell'avvio formale del ciclo di programmazione.

Riguardo la programmazione aziendale per l'anno 2016, si rileva in particolare il notevole peso dato al perseguimento dell'equilibrio economico-finanziario e al rispetto della programmazione regionale sui costi, secondo le indicazioni dell'obiettivo D1 *“Rispetto dei vincoli definiti a livello regionale con riferimento a specifici costi di produzione”*. I limiti di costo fissati per l'anno 2016 sono contenuti nella DGRV n. 28 del 19/01/2016 si riferiscono ai seguenti costi della produzione:

- Personale - vincolo di spesa 208.799.000, poi ridefinito con DDR n. 107 del 18/10/2016 in 208.829.000;
- Farmaci - vincolo di spesa 97.032.967;
- Dispositivi Medici non IVD - vincolo di spesa 53.263.788;
- Dispositivi Medici IVD- vincolo di spesa 21.944.413.

Il Piano della Performance è stato la fonte, unitamente ad altri documenti triennali quali ad esempio il Piano della Trasparenza e il Piano anticorruzione, per l'articolazione del Documento delle Direttive, in conformità a quanto previsto dalla Legge Regionale n. 55/1994. Con l'adozione del Documento di Direttive anno 2016 (Delibera del Direttore Generale n. 509 del 26/05/2016) l'AOP ha dato avvio al processo di budget "allo scopo di pervenire, su arco annuale e con sistematico riferimento alle scelte della programmazione, alla formulazione di articolate e puntuali previsioni relativamente ai risultati da conseguire, alle attività da realizzare, ai fattori operativi da utilizzare, alle risorse finanziarie da acquisire e da impiegare, agli investimenti da compiere" (L.R. 55/1994).

Il sistema di budget ha consentito la declinazione degli obiettivi aziendali in obiettivi specifici per i diversi Centri di Responsabilità aziendali, definiti anche grazie ad appositi incontri svoltisi da giugno a luglio dapprima con i Direttori dei Dipartimenti e poi con i Direttori delle Unità Operative. Gli incontri, tenutisi per Dipartimento, sono stati condotti dal Direttore Generale, Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo coadiuvati da: Direzione Medica Ospedaliera, Farmacia, Servizio Professioni Sanitarie, Informatica e Controllo di Gestione e Programmazione e hanno visto la partecipazione non solo dei Direttori delle Unità Operative ma anche dei referenti di budget e dei coordinatori infermieristici e tecnici.

Gli obiettivi e le risorse sottoposte a vincolo regionale assegnati ad ogni Centro di Responsabilità sono formalizzati nelle schede di budget 2016. Le schede sono state firmate dalla Direzione Aziendale, dal Direttore di U.O. e dal Direttore di Dipartimento e quindi pubblicate nel portale aziendale Reportmed.

Gli obiettivi presentano una pesatura al fine di assicurare il collegamento con il sistema premiante.

La misurazione e la valutazione della performance organizzativa dell'azienda riguarda sia l'intera azienda, sia le diverse UOC e UOSD individuate quali Centri di Responsabilità.

Per gli obiettivi regionali a livello aziendale, il monitoraggio è trimestrale e avviene sia internamente all'azienda, sia tramite incontri con la Regione. Le aziende del SSR sono infatti sottoposte a monitoraggio trimestrale da parte della Regione, che produce una propria reportistica e programma incontri dedicati.

Il monitoraggio degli obiettivi di budget si è svolto a fine ottobre e a fine anno; ha previsto la pubblicazione in intranet dei monitoraggi delle schede di budget, e un ciclo di incontri nei mesi di ottobre-novembre.

Nella seduta del 9 settembre 2016 l'OIV, in occasione della validazione della Relazione sulle Performance anno 2015, ha analizzato un campione di schede di budget.

Anche per l'anno 2016 l'Azienda ha utilizzato delle fasce per il collegamento con la retribuzione di risultato, così come previsto nell'accordo sindacale del 24/08/2016 applicando il sistema di valutazione degli anni precedenti al 2015.

Nella seduta del 03/02/2017 l'OIV ha preso visione delle modifiche al budget 2016, è stato edotto sul monitoraggio infra-annuale ed ha approvato i criteri di valutazione. Ha quindi attestato che il processo relativo alla performance organizzativa, relativo alle modifiche degli obiettivi, è avvenuto

secondo il percorso corretto, informando le UO coinvolte, ed ha approvato i criteri di valutazione visto che sono stati visti dai Responsabili degli obiettivi e poi condivisi durante il Comitato di Budget.

Attraverso il Processo di Budget, ossia attraverso la negoziazione dello stesso, le verifiche periodiche dei risultati conseguiti e la rilevazione e misurazione finale degli scostamenti tra obiettivi e risultati, si sostanzia la valutazione interna che costituisce parte della relazione sulla performance sottoposta alla validazione dell'OIV ai sensi dell'art. 14-comma 6 del D.Lgs 150/2009.

B. Performance Individuale

La *performance* individuale si misura in maniera differenziata a seconda che si tratti di personale della Dirigenza o del Comparto, mediante uno strumento di valutazione che raccoglie elementi di valorizzazione al fine di stabilire il contributo del singolo in un contesto generale.

La valutazione sulla *performance* individuale si esprime concretamente con la premialità e con il trattamento economico definito in sede di contrattazione integrativa, corrispondente alla retribuzione correlata al risultato per quanto riguarda i dirigenti, ed a quella connessa alla produttività per quanto concerne il personale del comparto.

La certificazione di tale riconoscimento può avvenire soltanto mediante l'individuazione di un percorso condiviso che permette uno sviluppo professionale sia economico che giuridico ai dipendenti, determinando degli elementi di verifica oggettivi, atti a garantire trasparenza tra le parti coinvolte.

La valutazione all'interno dell'Azienda è ormai da anni un processo formalizzato, uno strumento di supporto alla continua crescita professionale attraverso il costante miglioramento delle prestazioni, che consente di:

- chiarire gli obiettivi professionali aziendali e individuali definiti dalla Direzione Strategica;
- monitorare le prestazioni;
- valutare le prestazioni;
- comunicare e condividere la valutazione individuale.

Tale sistema implica un'attenta e continua attività di osservazione, analisi e diagnosi, per consentire di trarre dei benefici per tutti gli attori coinvolti.

Lo strumento consiste quindi principalmente in un confronto tra le attese professionali definite dall'Azienda attraverso il Responsabile ed i risultati effettivamente ottenuti dal collaboratore, con lo scopo di:

- favorire una corretta valutazione delle prestazioni individuali mediante l'utilizzo di strumenti e metodologie idonei, per i quali valutatori e valutati hanno ricevuto un'adeguata informazione;
- favorire una migliore comunicazione tra il Responsabile ed i collaboratori al fine di rendere più efficace la gestione del personale;

- fornire utili elementi per la gestione del sistema premiante e, più in generale, per la gestione della politica retributiva.

Il Documento di Valutazione Individuale - DIV

Il Documento di valutazione del personale è stato adottato sia per il personale ospedaliero che universitario in convenzione per l'attività correlata all'assistenza, in accordo con la componente universitaria e con i rappresentanti sindacali di categoria, ed è differenziato per:

Area Personale del Comparto

In Azienda Ospedaliera di Padova il processo di valutazione del personale del comparto è disciplinato all'interno del Contratto Integrativo Aziendale sottoscritto in data 27/06/2005.

La performance individuale viene determinata sulla base dei seguenti indicatori:

- presenza in servizio nel corso dell'anno di riferimento in termini di assunzione e cessazione del dipendente, considerando le varie tipologie di assenza previste dalla normativa nazionale e aziendale;
- inquadramento professionale del dipendente in relazione alla tipologia del rapporto di lavoro (part time o full time) e alla categoria di appartenenza per la quale è stato previsto un coefficiente specifico;
- punteggio desumibile dallo strumento di valutazione individuato in Azienda, denominato Documento Individuale di Valorizzazione.

Il Documento Individuale di Valorizzazione (DIV) ha lo scopo di rafforzare e confermare il metodo della valutazione, quale strumento per lo sviluppo delle professionalità e della progressione economica. Tale documento è caratterizzato dall'individuazione di tre aree: area della capacità, della conoscenza e della qualità, all'interno delle quali sono stati individuati dei criteri di verifica, volti a misurare la professionalità del singolo dipendente.

Area Personale della Dirigenza

In Azienda Ospedaliera di Padova il processo di valutazione dell'area della dirigenza è disciplinato da accordi aziendali sottoscritti con le organizzazioni sindacali di categoria.

La performance individuale viene determinata sulla base dei seguenti indicatori:

- presenza in servizio nel corso dell'anno di riferimento in termini di assunzione e cessazione del dipendente, considerando le varie tipologie di assenza previste dalla normativa nazionale e aziendale;
- inquadramento professionale del dirigente in relazione alla tipologia del rapporto di lavoro (part time o full time) e all'incarico professionale conferito (quest'ultimo solo per la Dirigenza PTA);
- punteggio desumibile dallo strumento di valutazione individuato in Azienda, denominato Documento Individuale di Valorizzazione.

Il documento Individuale di Valorizzazione (DIV) è caratterizzato dall'individuazione di quattro criteri di verifica, per ciascuno dei quali sono previsti quattro parametri di merito, contraddistinti da un simbolo che identifica il giudizio espresso per ognuno, il cui valore numerico corrisponde rispettivamente a 4, 11, 18, 25 fino ad un valore massimo di 100 punti complessivi.

Per quanto riguarda la Dirigenza Professionale-Tecnica-Amministrativa il sistema di valutazione non prevede la compilazione del quarto criterio sopradescritto. Pertanto il D.I.V. è composto da 3 criteri, per i quali sono comunque previsti 4 parametri di merito il cui valore numerico corrisponde rispettivamente a 8, 15, 22, 30, fino ad un valore massimo di 90 punti complessivi.

Le fasi del processo di valutazione

L'intero processo della valutazione prevede più fasi:

1. compilazione del DIV su supporto informatico da parte dei valutatori.

Per ciascun dipendente si individua annualmente il documento di valorizzazione, associato al/ai valutatore/i responsabile/i, che esprimerà un giudizio, secondo le indicazioni e le linee guida fornite, mediante un confronto con le parti coinvolte.

2. condivisione con il dipendente valutato e inoltro alla UOC Risorse Umane della copia cartacea, sottoscritta da entrambi (valutatori e valutato).

La versione definitiva del documento di valorizzazione individuale viene sottoscritta dai soggetti preposti, valutatore e valutato, ed archiviata in forma cartacea all'interno del fascicolo personale presso l'U.O.C. Risorse Umane.

3. Procedura dei Ricorsi

I dipendenti che rilevassero divergenze sulla valutazione espressa da parte dei valutatori potranno presentare ricorso, esplicitandone le motivazioni entro 30 giorni dalla consegna del documento.

Al fine di garantire trasparenza e confronto tra i soggetti coinvolti nella valutazione, è stato individuato un collegio composto da tre componenti, distinto per area di afferenza, al fine di valutare l'eventuale accoglimento dei ricorsi sulla base della documentazione presentata, delle rimostranze avanzate dal soggetto in sede di colloquio individuale e dall'analisi di eventuali approfondimenti richiesti dal collegio stesso ai valutatori.

Il Collegio per la Valutazione dei Ricorsi ha sei mesi di tempo per analizzare i ricorsi presentati ed è composto da:

Per il Comparto

- Direttore della U.O.C. Risorse Umane, o suo delegato
- Direttore della U.O.C. Direzione Professioni Sanitarie, o suo delegato
- Direttore della U.O.C. Direzione Medica, secondo l'afferenza del ricorrente all'Area "Età Adulta" o "Materno Infantile", o suo delegato
- Funzionario dell'area tecnica/amministrativa afferente alla U.O.C. Risorse Umane, in qualità di Segretario verbalizzante

Per la Dirigenza

- Direttore Sanitario/Direttore Amministrativo o loro delegati, considerando se il ricorrente è ospedaliero o universitario;
- Direttore della U.O.C. Risorse Umane, o suo delegato
- Funzionario dell'area tecnica/amministrativa afferente alla U.O.C. Risorse Umane, in qualità di Segretario verbalizzante

I Soggetti competenti del sistema di valutazione

I soggetti che intervengono nel processo di valutazione e misurazione dei risultati sono:

a. l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) che valida l'esito del processo di valutazione dei risultati gestionali dei dirigenti apicali/responsabili e i risultati di ciascun dipartimento, unità operativa complessa/semplice a valenza dipartimentale nel suo complesso, per la performance organizzativa.

b. i soggetti preposti alla valutazione della performance individuale ai sensi degli accordi integrativi sottoscritti, considerando l'area di riferimento. Nello specifico:

- per l'area del comparto il Direttore di Struttura e una seconda figura che opera a diretto contatto con il valutato: dirigente per l'area amministrativa/tecnica e coordinatore per l'area tecnico/sanitaria. Per i coordinatori, il secondo valutatore è individuato tra le figure della Direzione Professioni Sanitarie, considerando le aree di afferenza;
- per l'area della Dirigenza la valutazione rientra nelle competenze del Direttore di Unità Operativa Complessa. Per il dirigente con incarico di U.O.C. il D.I.V. verrà compilato dal Direttore di Dipartimento dell'area di afferenza o Direttore Sanitario/Direttore Amministrativo.

c. Il Collegio per la valutazione dei ricorsi in presenza di eventuale contenzioso.

Criteri di determinazione delle quote individuali

Le risorse finalizzate alla remunerazione della performance individuale vengono definite annualmente in sede di contrattazione decentrata con le organizzazioni sindacali di categoria, nel rispetto del limite economico dettato dai fondi contrattuali a disposizione.

Area Personale del comparto

Il processo di ripartizione delle risorse derivanti dai fondi contrattuali consiste in:

1. individuazione del budget di ogni singola Struttura sulla base del raggiungimento degli obiettivi, attestati dall'OIV (performance organizzativa) e

2. ripartizione all'interno della Struttura sulla base del contributo di ogni singolo individuo (performance individuale).

Il Contratto Integrativo Aziendale sottoscritto in data 27/06/2005 e successive integrazioni, prevede una quota individuale ripartita in acconto mensile e conguaglio annuale.

La quota mensile viene erogata in proporzione a:

- un coefficiente correlato alla categoria di appartenenza;
- la tipologia oraria del rapporto di lavoro, qualora sia presente un contratto di lavoro a part-time;
- presenza, considerando un abbattimento della quota mensile in relazione ad alcune tipologie di assenza previste dalla normativa nazionale e aziendale vigente;

La quota annuale di conguaglio viene erogata secondo i seguenti criteri, in aggiunta ai precedenti esposti, per la definizione della quota mensile:

1. la presenza in servizio nel corso dell'anno di riferimento in termini di assunzione e cessazione del dipendente;
2. il punteggio derivante dalla valutazione espressa nell'area della capacità del Documento Individuale di Valorizzazione. Tale punteggio può variare da zero ad un massimo di 30 punti;
3. l'esistenza di un procedimento disciplinare ai sensi della normativa vigente, nonché la certificazione della violazione delle norme in materia di incompatibilità ex art.53 D.Lgs. 165/2001, che determinano un abbattimento o la non corresponsione della quota;
4. il rispetto dell'orario di lavoro e quindi la presenza di un'eccedenza oraria positiva a cartellino per l'anno di riferimento.

Area Personale della Dirigenza

Il processo di ripartizione delle risorse derivanti dai fondi contrattuali consiste nel:

1. l'individuazione del budget di ogni singola Struttura sulla base del raggiungimento degli obiettivi, attestati dall'OIV (performance organizzativa) e
2. ripartizione all'interno della Struttura sulla base del contributo di ogni singolo dirigente (performance individuale).

Gli accordi aziendali prevedono l'individuazione di una quota procapite annuale in proporzione alla disponibilità del Fondo Aziendale per la retribuzione di risultato e la dotazione organica. Tale quota viene erogata, come previsto dal CCNL vigente, per un 50% in acconto mensile e il restante 50% in fase di conguaglio annuale, unitamente alle risorse residue del fondo stesso.

Dirigenza Medica

L'erogazione della quota mensile è uguale per tutti i dirigenti ed è proporzionata a:

1. tipologia oraria del rapporto di lavoro, qualora sia presente un contratto di lavoro a part-time;
2. presenza, considerando un abbattimento della quota mensile in relazione ad alcune tipologie di assenza previste dalla normativa nazionale e aziendale vigente.

La quota individuale annuale viene rideterminata in fase di conguaglio considerando:

1. la validazione del raggiungimento degli obiettivi assegnati all'U.O. di appartenenza, effettuata dall'Organismo Indipendente di Valutazione;

2. la valutazione derivante dal Documento Individuale di Valorizzazione corrispondente all'anno di riferimento;
3. le assenze per cui è prevista una riduzione del trattamento economico (aspettative senza assegni o con assegni ridotti), nonché l'applicazione del D. Lgs. 112 del 25/06/2008 e successive modifiche, ai fini della decurtazione delle quote;
4. il rispetto dell'orario di lavoro e quindi la presenza di un'eccedenza oraria positiva a cartellino per l'anno di riferimento.

La quota così determinata in fase di conguaglio viene erogata al netto di quanto già percepito in fase di acconto.

Dirigenza Sanitaria non Medica

L'erogazione della quota mensile è uguale per tutti i dirigenti ed è proporzionata a:

1. tipologia oraria di rapporto di lavoro, qualora sia presente un contratto di lavoro a part-time;
2. presenza, considerando un abbattimento della quota mensile in relazione ad alcune tipologie di assenza previste dalla normativa nazionale e aziendale vigente.

La quota individuale annuale viene rideterminata in fase di conguaglio considerando e, viene erogata, unitamente alle risorse residue del fondo per la retribuzione di risultato, considerando:

1. la validazione del raggiungimento degli obiettivi assegnati all'U.O. di appartenenza, effettuata dall'Organismo Indipendente di Valutazione;
2. la valutazione derivante dal Documento individuale di Valorizzazione corrispondente all'anno di riferimento;
3. le assenze per cui è prevista una riduzione del trattamento economico (aspettative senza assegni o con assegni ridotti), nonché l'applicazione del D. Lgs. 112 del 25/06/2008 e successive modifiche, ai fini della decurtazione delle quote;
4. il rispetto dell'orario di lavoro e quindi la presenza di un'eccedenza oraria positiva a cartellino per l'anno di riferimento.

Dirigenza Professionale-Tecnico-Amministrativa

L'erogazione della quota sia mensile che di conguaglio è proporzionata a:

1. un coefficiente in relazione alla tipologia di incarico conferito (Incarico di Struttura Complessa, Incarico di Struttura Semplice, Altro Incarico Professionale), nonché alla complessità gestionale ed organizzativa della Struttura affidata secondo l'organigramma aziendale adottato;
2. la tipologia oraria di rapporto di lavoro, qualora sia presente un contratto di lavoro a part-time;
3. presenza, considerando un abbattimento della quota mensile in relazione ad alcune tipologie di assenza previste dalla normativa nazionale e aziendale vigente;
4. in proporzione al punteggio derivante dalla valutazione espressa nel Documento Individuale di Valorizzazione. Tale punteggio può variare da zero punti ad un massimo di 90;
5. il rispetto dell'orario di lavoro e quindi la presenza di un'eccedenza oraria positiva a cartellino per l'anno di riferimento.

C. Processo di attuazione del ciclo della performance

Ai sensi dell'art. 4 del "Regolamento di funzionamento dell'Organismo Indipendente di Valutazione", con riferimento alla infrastruttura di supporto all'OIV, è stata individuata *"l'UOC Programmazione e Controllo di Gestione, che opererà in stretta collaborazione con l'UOC Risorse Umane. Detta Struttura può avvalersi della collaborazione di altri servizi, in relazione alle specifiche esigenze"*.

Per quanto concerne la performance organizzativa, l'attività di programmazione annuale, di monitoraggio periodico e di analisi dei dati viene supportata dall'UOC Programmazione e Controllo di Gestione a cui afferiscono figure con specifiche professionalità che vengono coinvolte per competenza nell'intero processo.

Relativamente alla performance individuale contribuiscono alla realizzazione e alla gestione del ciclo complessivo legato al sistema di valutazione più professionalità afferenti a diverse UOC per ambiti di competenza: UOC Risorse Umane, UOC Direzione Professioni Sanitarie, UOC Informatica, Direzione Medica Ospedaliera. L'attività consiste nel definire i criteri condivisi con la Direzione e la parte sindacale, nel supportare tutti i soggetti coinvolti nella valutazione per il percorso legato alla misurazione della performance, monitorare il corretto funzionamento dell'intero processo fino all'erogazione della quota individuale derivante dalla stessa valutazione.

L'OIV giudica il supporto finora fornito e la documentazione presentata adeguati alle esigenze legate ai compiti attribuiti all'Organismo.

Nell'anno hanno relazionato all'OIV, per le materie di competenza, anche il Responsabile della Trasparenza, il Responsabile dell'Anticorruzione e il Direttore dell'UOC Medicina Preventiva per la parte sul benessere organizzativo.

D. Infrastruttura di supporto

In merito alla valutazione sull'adeguatezza dei sistemi informativi e informatici a supporto del funzionamento del ciclo delle performance, si segnala l'utilizzo di una reportistica dedicata per il monitoraggio degli obiettivi per UOC/UOSD fornita dalla UOC Programmazione e Controllo di Gestione inserita nell'intranet aziendale (Reportmed) a cui possono accedere i Direttori delle UU.OO. e tutte le persone da questi delegate. Gli indicatori quantitativi, associati agli obiettivi individuati, sono calcolati sulla base delle informazioni presenti nel sistema informativo aziendale (Qlik).

Il sistema informativo aziendale (Qlik) è strutturato in "viste" informatiche per argomento a cui può accedere il personale abilitato. In particolare, per la specialistica ambulatoriale, i ricoveri, le sale operatorie e i consumi di beni per centro analitico (primi argomenti sviluppati nel sistema e sviluppati con il contributo dell'UOC Programmazione e Controllo di Gestione) sono stati, in primis, abilitati i Direttori di UOC/UOSD, i referenti di budget e i coordinatori tecnici e infermieristici. L'aggiornamento del sistema è prevalentemente mensile e, per alcuni argomenti, giornaliero.

Inoltre, in Azienda, lo stesso portale Reportmed produce reportistica trimestrale a partire dal sistema di contabilità analitica per centro di costo.

Per quanto concerne la performance individuale in Azienda è predisposto da anni un ambiente informatico di supporto alla compilazione dei Documenti di Valorizzazione Individuale, nel quale annualmente vengono inseriti ed associati i Documenti oggetto di compilazione da parte dei soggetti valutatori.

In tale ambiente vengono archiviati informaticamente tutti i documenti di valutazione, consultabili dai soggetti valutatori mediante accesso con utenza personale, autorizzata dalla Struttura Informatica su richiesta della UOC Risorse Umane.

A tal riguardo, dall'anno 2013 si è provveduto a implementare la procedura informatica creando un automatismo che prevede, qualora non si fosse provveduto alla valutazione entro i termini stabiliti, all'invio automatico ai soggetti preposti alla valutazione di un avviso via e-mail che ricorda di provvedere quanto prima. Tale avviso viene rinviato automaticamente, con cadenza di 10 gg finché la procedura non risulta chiusa.

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

L'anno 2016 è stato caratterizzato essenzialmente dalla prosecuzione dell'attività svolta nel 2015, in un'ottica di costante implementazione ed aggiornamento del sito istituzionale, sezione "Amministrazione Trasparente", nell'intento di assicurare il principio di "accessibilità totale delle informazioni".

A far data dal 01/12/2015 l'introduzione di nuove modalità di gestione del sistema WebRainbow - applicazione Delibere/Decreti - ha consentito, nel 2016, di ottenere un'implementazione automatica e tempestiva delle sezioni dell'Amministrazione Trasparente per le quali il D.Lgs 33/2013 richiedeva la tempestiva pubblicazione dei dati. Nello specifico:

- Provvedimenti (art. 23 del D.Lgs 33/2013) - Provvedimenti dirigenti amministrativi
- Contributi, sussidi e vantaggi economici - artt. 26 e 27 del D.Lgs 33/2013
- Dirigenti e incarichi consulenti e collaboratori - artt. 10, 15 e 41 del D.Lgs 33/2013
- Scelta del contraente, forniture e servizi, art 37 del D.lgs 33/2013

La messa a punto della nuova gestione della procedura di inserimento Delibere/Decreti, nel corso del 2016, dopo un primo periodo di supporto alle Strutture è risultata, anche a seguito dei monitoraggi effettuati periodicamente a cura del Responsabile della Trasparenza e dell'Integrità in attuazione di quanto disposto dall'art. 43 del D.Lgs 33/2013, senz'altro vantaggiosa in termini di regolarità e tempestività dei flussi informativi facenti capo ai dirigenti responsabili degli uffici dell'amministrazione competenti nelle materie, sopra elencate, che hanno il compito di individuare, elaborare, aggiornare, verificare l'usabilità del dato e pubblicarlo nella succitata sezione dell'"Amministrazione Trasparente".

Per le altre sezioni che richiedono la pubblicazione annuale o a struttura tabellare si è continuato a provvedere in modalità manuale, pertanto l'azione è rimasta in capo al Responsabile della pubblicazione degli obblighi che vi ha adempiuto, per la maggior parte dei casi, nei tempi e nei modi previsti dalla normativa.

Il Responsabile della Trasparenza e dell'Integrità in attuazione di quanto disposto dal sopra richiamato art. 43 del D.Lgs 33/2013, ha svolto stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'Amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, in attuazione delle previsioni contenute nel Programma triennale per la Trasparenza e l'Integrità per le annualità 2016-2018, approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 73 del 28/01/2016.

Ai fini di una corretta applicazione della normativa in materia e dei suoi aggiornamenti, il Responsabile per la Trasparenza e l'Integrità ha, altresì, svolto un'azione di continuo coinvolgimento dei Dirigenti delle Strutture dell'Area Tecnico/Amministrativa, attraverso un monitoraggio interno delle attività del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2016-2018, con cadenza trimestrale, mediante l'invio di report alle Unità Operative interessate. Tale monitoraggio ha riguardato il corretto adempimento degli obblighi di pubblicazione in capo alle stesse, secondo quanto previsto dal Programma attraverso la scansione delle attività, indicando gli scostamenti dal Programma

originale, con particolare riguardo alla necessità che i Servizi aziendali mantengano il materiale pubblicato sul sito web aziendale in costante aggiornamento. Le risultanze del monitoraggio hanno costituito elemento di verifica per il corretto conseguimento dello specifico obiettivo di budget assegnato alle UU.OO.CC. medesime.

A tal proposito va evidenziato, infatti, che, attesa l'importanza della materia in argomento e la necessità di sensibilizzare maggiormente i Responsabili delle strutture, la Direzione Strategica ha inserito tra gli obiettivi di budget per il 2016 in capo ai singoli uffici interessati, la realizzazione dei compiti attribuiti dal Programma stesso.

Dal monitoraggio del contenuto della sezione "Amministrazione Trasparente" è stato rilevato che il livello di adempimento generale, da parte delle varie Unità Organizzative aziendali indicate competenti nella tabella operativa specifica contenuta nel Programma triennale per la Trasparenza 2016- 2018, si è dimostrato in costante aumento grazie, non solo alla nuove modalità di gestione del sistema WebRainbow - applicazione Delibere/Decreti -sopra indicate ma anche, più in generale al continuo rapporto e supporto del Responsabile per la Trasparenza e l'Integrità. Fattori che hanno determinato rallentamento o difficoltà sono stati individuati nelle quantità di attività istituzionali già gravanti su ciascuna Unità Organizzativa coinvolta, nella stretta operatività di raccolta informazioni per alcune tipologie e nell'adeguamento alle intervenute modifiche organizzative strutturali e gestionali.

Le criticità emerse dai vari monitoraggi hanno imposto incontri specifici con i Responsabili della pubblicazione dei dati/informazioni delle sezioni dell'Amministrazione Trasparente più problematiche.

In particolare sono stati fatti incontri con il Direttore della UOC Provveditorato e Economato e programmati incontri con i Responsabili competenti in materia di gare e appalti, per valutare le opportune modifiche da apportare nella specifica sezione dell'"Amministrazione Trasparente", anche alla luce delle modifiche introdotte dall'art. 29 del nuovo Codice Appalti in vigore dal 19 Aprile 2016 che sancisce nuovi obblighi di pubblicazione nell'"Amministrazione Trasparente".

Infine nel corso dell'anno 2016 l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) ha chiesto di essere informato circa lo stato di attuazione della sezione del sito istituzionale "Amministrazione Trasparente". La Responsabile della Trasparenza ha quindi, puntualmente, illustrato ai componenti l'attività di revisione e aggiornamento dell'Albero della Trasparenza, con particolare riferimento ai nuovi obblighi imposti dal D.Lgs 97/2016 che modifica il D.Lgs 33/2013, la cui applicazione richiederà, nel corso dell'anno 2017, vista la complessità delle modifiche previste, un'intensa attività di sistemazione dell'Albero della Trasparenza, in ottemperanza alla delibera dell'ANAC 1310 del 28/12/2016 recante "*Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.Lgs 33/2013 come modificato dal D.Lgs 97/2016*".

L'OIV dell'Azienda Ospedaliera di Padova, ai sensi dell'art. 14, c. 4, lett. g), del d.lgs. n. 150/2009 e delle delibere A.N.AC. n. 1310/2016 e 236/2017, ha effettuato, in data 31/03/2017, con il supporto della Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della trasparenza, nominata con deliberazione del Direttore Generale n. 61 del 25/01/2017, in applicazione delle nuove disposizioni di

cui al D.Lgs. 97/2016 e del PNA 2016, la verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione avvalendosi della griglia di rilevazione al 31 marzo 2017 allegato alla delibera ANAC n. 236/2017. Il documento di attestazione degli adempimenti e la relativa griglia di attestazione sono consultabili nella home page aziendale "Amministrazione Trasparente".

Va evidenziato che dalla verifica non sono emerse criticità e che l'impianto complessivo è stato dichiarato dall'OIV conforme alla normativa come da scheda di sintesi sulla rilevazione -Allegato 3 alla delibera n. 236/2017- pubblicata in Amministrazione Trasparente.

F. Definizione e gestione degli standard di qualità

Il Ministero della Salute con il Decreto n. 70 del 02/04/2015 ha emanato il “Regolamento recante la Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”. Tale regolamento fissa, tra l'altro, il numero minimo di posti letto delle strutture ospedaliere del SSN.

Con la L.R. n. 23/2012 e s.m.i, la Regione Veneto ha dettato le nuove norme in materia di programmazione socio-sanitaria e ha approvato il Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016; con successive deliberazioni (DGRV n.2122/2013, DGR 205/2015 e DGR 210/2016) la Regione Veneto ha adeguato le schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate e definito le schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie.

In particolare, per l'assistenza ospedaliera, il modello di rete identificato dal PSSR è quello denominato “hub and spoke” che prevede la concentrazione della casistica più complessa, o che richiede più complessi sistemi produttivi, in un numero limitato di centri (hub) che trattino volumi di attività tali da garantire la miglior qualità dell'assistenza erogata e il miglior utilizzo delle risorse organizzative disponibili. L'attività di tali centri è fortemente integrata attraverso connessioni funzionali con quella dei centri periferici (spoke) che assicurano l'assistenza per la casistica residua. L'Azienda Ospedaliera di Padova, oltre ad essere hub per la provincia di Padova, costituisce centro di riferimento regionale per alcune funzioni (es. emergenza neonatale, ustioni, trapianti, chirurgia oncologica) e punto di riferimento a livello nazionale.

Con DGRV n. 2072/2015, la Regione Veneto ha definito per l'anno 2016 gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, tra cui gli standard di qualità assistenziale previsti dal PNE e dal progetto Bersaglio, che sono stati presentati e assegnati alle Unità Operative dell'Azienda.

Attualmente il Sistema di Gestione per la Qualità dell'Azienda Ospedaliera di Padova comprende una serie di processi sanitari e alcuni processi di supporto tecnico-amministrativi e di gestione della ricerca clinica che interessano complessivamente 26 Unità Operative.

La verifica di rinnovo della certificazione effettuata dall'ente di certificazione Certiquality Srl a maggio 2016 ha visto la conferma della certificazione a tutte le Unità Operative rientranti nel campo di applicazione del sistema qualità, comprese le seguenti richieste di estensione:

- UOC EMATOLOGIA E IMMUNOLOGIA CLINICA: Processo di diagnosi e cura del paziente in regime di ricovero ordinario, day hospital e ambulatorio; Servizio di laboratorio per la diagnosi in ematologia e immunologia.
- UOC GENETICA ED EPIDEMIOLOGIA CLINICA: processo ambulatoriale consulenza/visita genetica
- UOC MEDICINA LEGALE E TOSSICOLOGIA: estensione del Sistema qualità a tutti i processi erogati dall'UO.
- UOC MEDICINA DEL LAVORO: completamento prestazioni del processo di diagnostica ambulatoriale
- UOC CLINICA PEDIATRICA: completamento processi di laboratorio specialistici

L'obiettivo è di completare l'estensione del sistema qualità a tutti i processi in quelle Unità Operative che presentavano un campo di applicazione limitato solo ad alcuni dei processi erogati. Anche in ottemperanza ai principi della nuova versione ISO 9001 del 2015, ma soprattutto per

migliorare e ottimizzare le risorse e l'applicazione del sistema stesso, non saranno più possibili implementazioni del sistema qualità a livello di Unità Operativa "parziali", cioè limitate solo a una parte dei processi gestiti.

Dalla valutazione complessiva del sistema di gestione aziendale riportata nel rapporto di verifica si evince che il Sistema Qualità è gestito, riesaminato ed aggiornato; le ulteriori estensioni dimostrano la volontà di continuare il percorso di Certificazione ed in particolare la volontà di estendere il Sistema qualità per macroprocessi anche in vista della nuova Norma. E' in atto un notevole miglioramento nell'informatizzazione di vari processi (documentazione sanitaria, approvvigionamento, e registrazione manutenzione e banca dati) e nel monitoraggio degli indicatori di efficienza ed efficacia.

Come punti di forza sono stati segnalati i seguenti aspetti:

- Rinnovato impegno della Direzione nel sostenere l'implementazione del Sistema di gestione per la qualità;
- Competenza e professionalità di tutto lo staff della UOC Qualità e Accreditamento, che è il punto di riferimento per tutte le unità operative certificate;
- Grande partecipazione del personale che partecipa in modo propositivo al miglioramento continuo;
- Controllo dei processi e accuratezza nelle registrazioni.

Le aree di miglioramento individuare sono le seguenti:

- Pianificazione, controlli dei processi in outsourcing, gestione azioni correttive

Coerentemente con strategie aziendali che promuovono l'adesione ai programmi di autorizzazione, accreditamento e certificazione internazionali, nazionali e regionali, sia cogenti che volontari, come elemento di tutela della qualità e riproducibilità delle prestazioni erogate e di supporto alla partecipazione ai progetti di ricerca clinica nazionali e internazionali nonché quale elemento di competizione in ambito di fornitura di servizi ad enti richiedenti continua il percorso di **accreditamento** secondo le norme ISO 15189 e 17025 della UOC Microbiologia e Virologia, che nel corso dell'anno ha rinnovato entrambi gli accreditamenti per alcune specifiche attività. Anche la UOC Medicina di Laboratorio, nel corso del 2016, ha ottenuto l'accreditamento secondo la norma 15189 per tutti i processi/attività erogati dalla struttura. Gli esiti degli audit e, in particolare la azioni di miglioramento che ne scaturiscono, sono parte integrante della gestione del sistema qualità sviluppato secondo la norma ISO 9001 e sono documentati nel Riesame di Unità Operativa.

Relativamente a quanto previsto dalla L.R. 22/2002, che disciplina il processo di autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale, l'Azienda Ospedaliera di Padova ha ottenuto la conferma di autorizzazione all'esercizio con Decreto regionale n. 52 del 7.8.09.

A seguito della domanda di rinnovo inviata alla Regione Veneto con nota n. 18455 del 15.04.2014, nel periodo 9-16 febbraio 2015 si è svolta la verifica di rinnovo dell'autorizzazione all'esercizio presso tutte le strutture aziendali da parte di un team di valutatori provenienti dalle ULSS 20 - 21 - 22 (provincia di Verona) così come previsto dalle indicazioni operative regionali per l'esecuzione delle verifiche connesse alla LR 22/02.

In data 1 dicembre 2015 il Direttore Generale dell'ULSS 20 di Verona ha inviato alla Regione il verbale redatto dal gruppo di verifica di cui sopra. La Regione Veneto dovrà ora predisporre il Decreto di rinnovo dell'autorizzazione all'esercizio dell'AOP.

Il processo di autorizzazione all'esercizio è gestito attraverso l'applicativo regionale A.Re.A. (Autorizzazione-Accreditamento Rete Assistenziale). Tale software permette, inoltre, di estrarre dal processo di autorizzazione e accreditamento le informazioni costitutive del flusso informativo MRA (Monitoraggio Rete Assistenziale) che diventa operativo dal 01.01.2017.

Nel corso del 2016 si è provveduto ad aggiornare ed allineare le informazioni presenti in A.Re.A. al fine di renderle coerenti con i flussi informativi aziendali presenti.

Per quanto concerne l'accreditamento istituzionale, l'Azienda Ospedaliera Padova ha ottenuto tale riconoscimento con la DGR 1091 del 12/06/2012 (trasmessa con nota del 26.06.2012 dalla Regione Veneto). Il provvedimento ha validità triennale, pertanto, come previsto dalla normativa di riferimento, entro 6 mesi dalla scadenza, l'Azienda ha provveduto ad inoltrare domanda di rinnovo dell'accreditamento istituzionale (prot. 60202 del 11.12.2014).

Per poter attivare l'iter dell'accreditamento istituzionale risulta necessario concludere il processo di rinnovo dell'autorizzazione all'esercizio (con l'emanazione del relativo provvedimento regionale), poiché, bisogna avere certezza sulle Unità di Offerta (UdO) aziendali autorizzate per le quali richiedere l'accreditamento.

Infine, il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 sottolinea l'importanza della unitarietà, riproducibilità e tracciabilità del processo di cura in risposta al bisogno di salute, che si realizza attraverso lo sviluppo di percorsi assistenziali specifici capaci di cogliere la complessità delle situazioni, relazioni e bisogni delle persone, definendo le competenze richieste per una completa e tempestiva risposta. La L.R. n.22/2002 coglie tutti questi aspetti e introduce tra i requisiti cogenti per le unità operative la presenza di "Percorsi Assistenziali". Anche il nuovo Piano Socio-Sanitario Regionale prevede la diffusione dei percorsi Assistenziali (PA), intesi come la contestualizzazione di linee guida, relative a una patologia o problematica clinica, nella specifica realtà organizzativa, tenute presente le risorse ivi disponibili. L'Azienda Ospedaliera ha adottato una specifica istruzione operativa che definisce la metodologia di stesura dei percorsi assistenziali, con l'obiettivo di indirizzare i professionisti nella stesura, diffusione, implementazione, valutazione e aggiornamento degli stessi, grazie alla contestualizzazione aziendale delle linee guida secondo modalità validate e condivise.

Nel 2016 sono stati sviluppati/revisionati i seguenti percorsi assistenziali:

- TRAPIANTO DI RENE PEDIATRICO
- PAZIENTE CON LESIONE SELLARE CANDIDATO ALLA NEUROCHIRURGIA ENDOSCOPICA
- GESTIONE DELLA PERSONA CON INFARTO MIOCARDICO ACUTO CON SOPRASLIVELLAMENTO PERSISTENTE DEL TRATTO ST (STEMI)
- PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLA DISABILITA' MOTORIA NELLA PERSONA CON LESIONE NEUROLOGICA VASCOLARE

Mentre, sono in fase di realizzazione/completamento i seguenti percorsi assistenziali:

- DELIRIUM: PREVENZIONE, DIAGNOSI E TRATTAMENTO DEL PAZIENTE ADULTO RICOVERATO
- PERSONA CON DECLINO COGNITIVO AD ESORDIO PRECOCE
- CURE PALLIATIVE PERINATALI

Con la DGR n. 2067 del 19.11.2013, la Regione Veneto ha istituito la RETE ONCOLOGICA VENETA (ROV). L'obiettivo principale della Rete Oncologica Veneta è quello di garantire:

1. uguale ed uniforme accessibilità alle migliori cure sanitarie
2. tempestività e continuità nella presa in carico del paziente
3. appropriatezza prescrittiva
4. il miglior trattamento attraverso un percorso di cura multidisciplinare e multiprofessionale di continuità di cura ospedale-territorio, in tutto il territorio regionale
5. innovazione e ricerca

Nel sito regionale <https://salute.regione.veneto.it/web/rov> sono disponibili i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) definiti dalla rete oncologica.

G. Utilizzo dei risultati del sistema di misurazione e valutazione

La Direzione aziendale ha assicurato il continuo adeguamento del proprio processo di definizione dei propri obiettivi in coerenza con il Piano delle Performance 2016-2018 e con il recepimento del mutato e aggiornato contesto normativo nazionale e regionale.

Il Documento Direttive ha recepito le deliberazioni regionali di assegnazione degli obiettivi (DGRV n. 2072/2015), nonché il recepimento della normativa per la prevenzione della corruzione della PA (L n.190/2012; D.Lgs 33/2013; Delibere CIVIT).

L'OIV attesta che tutto il processo relativo alla performance organizzativa ed individuale è stato condotto secondo una tempistica definita e coerente con le indicazioni normative.

H. Descrizione delle modalità del monitoraggio dell'OIV

L'OIV ha svolto la propria attività di verifica riunendosi per 3 volte nel corso dell'anno 2016 (29 gennaio, 30 maggio, 9 settembre) ed una nel 2017 (3 febbraio 2017), analizzando i dati e le informazioni ricavate dalla documentazione messa a disposizione dall'Azienda e in alcuni casi acquisendo direttamente l'informazione dal sito istituzionale aziendale. A seconda degli argomenti trattati, sono stati presenti il Responsabile della Programmazione e Controllo di Gestione, il Responsabile per la Trasparenza, il Responsabile Anticorruzione, il Responsabile del sistema aziendale di promozione del benessere organizzativo e il Direttore dell'UOC Risorse Umane (o suo delegato).

I. Validazione della Relazione sulla performance

Ai fini della validazione, l'OIV ha preso in esame tre ambiti di valutazione.

Il primo ambito riguarda la **Conformità** (*compliance*) della Relazione alle disposizioni del d. lgs. 150/2009, alla DGR n. 140/2016 e alle indicazioni delle delibere regionali e delle delibere CIVIT di riferimento.

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).

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 o non validato, basato sulle evidenze e conclusioni raggiunte nel processo di validazione e formalizzato nel **Documento di Validazione**, con allegata la presente Relazione integrata.

Processo di validazione

La relazione sulla performance dell'anno 2016 dell'Azienda Ospedaliera di Padova, già anticipata all'OIV via mail il 4/9/2016, è stata approvata con Deliberazione del Direttore Generale n. 812 del 30.6.2017 per la prima versione e con DDG n. 1.093 del 07/09/2017 per la versione completa, integrata con la parte sulla performance individuale.

Come riportato dettagliatamente nei paragrafi da A ad I, l'OIV ha effettuato nel corso dell'esercizio, un monitoraggio continuo del funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza ed integrità dei controlli interni, sia attraverso l'esame dei documenti forniti dall'Azienda che attraverso incontri con i responsabili aziendali.

L'OIV ha in particolare verificato:

- le proceduralità 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;
- la struttura aziendale di supporto per l'attuazione del ciclo di gestione della performance e il personale dedicato con le diverse competenze;
- 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 Programma triennale per la trasparenza e l'integrità e del Piano triennale per la prevenzione della Corruzione, 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.

Conclusioni

In sintesi l'OIV esprime la conformità, la comprensibilità e l'attendibilità della Relazione sulla Performance 2016, con sostanziale rispetto della 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 triennale.

L'OIV esprime per il futuro le seguenti raccomandazioni:

- assicurare il rispetto della scadenza del 30 giugno per la chiusura dell'iter di valutazione della performance individuale;
- valutare la possibilità di revisionare la modalità di erogazione degli acconti infra-annuali, per assicurare una correlazione ancora maggiore con l'andamento della performance aziendale.

In definitiva, l'OIV riconosce che l'Azienda Ospedaliera di Padova ha gestito in modo positivo il ciclo di gestione della *performance* con riferimento all'anno 2016, e che lo stesso è adeguatamente rendicontato nella Relazione sulla Performance 2016 approvata con Deliberazione del Direttore Generale n. 812 del 30.6.2016 e DDG n. 1.093 del 07.09.2017.

Sulla base delle valutazioni sopra riportate l'OIV **dichiara la relazione validata.**

La documentazione del processo di validazione, compreso quello riguardante le verifiche effettuate a campione di alcuni obiettivi, sono conservate dalla Struttura Tecnica permanente di supporto all'OIV.

Padova, 8 settembre 2016

Il Presidente dell'OIV

(Dott. Oliviero Beni)