

Azienda Ospedaliera Padova



VALIDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE - ANNO 2015

e

RELAZIONE ANNUALE SUL FUNZIONAMENTO COMPLESSIVO DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE, TRASPARENZA E INTEGRITÀ DEI CONTROLLI INTERNI - ANNO 2015

(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	20
H. Descrizione delle modalità del monitoraggio dell'OIV	20
I. Validazione della Relazione sulla performance	21

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.

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).

Recentemente 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 2015. Come disposto dalla DGRV n. 140/2016, la struttura e i contenuti del documento rispettano quanto suggerito dalla delibera ANAC n. 23/213.

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. 108 del 29/01/2015 l'Azienda Ospedaliera di Padova (in seguito AOP) ha approvato il Piano della Performance (o Piano Triennale di Valutazione degli obiettivi) per il triennio 2015-2017, che ha recepito gli obiettivi regionali assegnati con DGRV n. 2525/2014 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 30 gennaio 2015, ha preso atto del Piano della Performance 2015-2017 e dell'avvio formale del ciclo di programmazione.

Riguardo la programmazione aziendale per l'anno 2015, 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 2015 sono contenuti nella DGRV n. 2718 del 29/12/2014 si riferiscono ai seguenti costi della produzione:

- Personale - vincolo di spesa 207.922.000;
- Farmaci - vincolo di spesa 100.030.756;
- Dispositivi Medici non IVD - vincolo di spesa 56.200.432;
- Dispositivi Medici IVD- vincolo di spesa 22.197.789.

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 2015 (Delibera del Direttore Generale n. 349 del 18/03/2015) 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 anche ad appositi incontri svoltisi da marzo a maggio dapprima con i Direttori dei Dipartimenti e poi con i Direttori delle unità operative. Gli incontri, tenutisi per Dipartimento, sono stati condotti dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo coadiuvati, per l'area sanitaria, da: Direzione Medica Ospedaliera, Farmacia, Servizio Professioni Sanitarie 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 2015. Le schede, di cui si riporta un esempio nell'allegato 1 sono state firmate dalla Direzione Aziendale, dal Direttore di Struttura e, laddove presente, 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 è anch'esso trimestrale e nel 2015 è stato particolarmente attento, prevedendo non solo la pubblicazione in intranet dei monitoraggi delle schede di budget, ma anche la programmazione di due cicli di incontri nei mesi di luglio e ottobre.

Nella seduta dell'11 settembre 2015 l'OIV, in occasione della validazione della Relazione sulle Performance anno 2014, ha analizzato un campione di schede di budget.

Anche per l'anno 2015 l'azienda ha utilizzato delle fasce per il collegamento con la retribuzione di risultato, così come previsto negli accordi sindacali e applicando lo stesso sistema di valutazione degli anni precedenti.

Nella seduta del 27 novembre 2015 l'OIV ha preso visione del monitoraggio infra-annuale e ha attestato che il processo relativo alla performance organizzativa è interattivo, trasparente e basato su elementi oggettivabili, e che la condivisione lo rende più solido.

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, per il quale è stato previsto un coefficiente specifico (per la dirigenza medica);
- 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 appartenenza, 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 Direzione Professioni Sanitarie, o suo delegato
- 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
- 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 di conguaglio annuale 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. il coefficiente di ripartizione attribuito alla tipologia di incarico conferito (Incarico di Struttura Complessa, Incarico di Struttura Semplice, Incarico di Alta Professionalità, Incarico di Natura Professionale con più di 5 anni e Dirigente con meno di 5 anni);
4. 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;
5. 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, Servizio 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 alla 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 Presidente del Comitato Unico di Garanzia (CUG).

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 2015 è stato caratterizzato essenzialmente dalla prosecuzione dell'attività svolta nel 2014, in un'ottica di costante implementazione ed ulteriore miglioramento delle misure e delle modalità, incluse quelle organizzative, volte ad assicurare il processo progressivo e continuo di aggiornamento e di integrazione dei dati presenti sul sito istituzionale, sezione "Amministrazione Trasparente", anche attraverso l'utilizzo di sistemi informativi ed informatici per l'archiviazione, la pubblicazione e la trasmissione dei dati facenti capo ai Responsabili delle strutture competenti per materia che hanno il compito di individuare, elaborare, aggiornare, verificare l'usabilità del dato e pubblicarlo nella succitata sezione dell' "Amministrazione Trasparente".

Sono state realizzate ulteriori e più specifiche iniziative che hanno impegnato tutta l'Amministrazione, tenuto conto della natura del Programma, che si caratterizza per uno scorrimento di tutti gli adempimenti previsti all'interno del Documento e dalle modifiche normative dettate dalla Legge Madia (L. 124/2015) e dalle determinazioni ANAC in materia.

Il Responsabile della Trasparenza e dell'Integrità in attuazione di quanto disposto dall'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 2015-2017, approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 105 del 29/01/2015.

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 2015-2017, 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 2015 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 2015- 2017, si è dimostrato in costante aumento anche se non ancora pienamente soddisfacente.

Fattori che determinano rallentamenti o difficoltà possono essere 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, già a partire dal 2014 di intervenire su alcune specifiche sezioni dell'“Albero della Trasparenza”, come peraltro riferito nella relazione della performance 2014. Al riguardo il Gruppo di Lavoro, costituito ad hoc (composto dai Responsabili della Trasparenza dell'Azienda Ospedaliera di Padova, dell'AULSS 16 e dello IOV e la UOC Informatica delle tre Aziende) si è riunito più volte nel corso del 2015 focalizzandosi in particolare sulle seguenti sezioni, per le quali il D.Lgs 33/2013 richiede la tempestiva pubblicazione dei dati.

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

Per queste specifiche sezioni il Gruppo di Lavoro ha messo in atto nuove modalità di gestione del sistema WebRainbow - applicazione Delibere/Decreti, finalizzate all'implementazione automatica e tempestiva delle summenzionate sezioni dell'Amministrazione Trasparente (D.Lgs 33/2013), che ha visto la sua attivazione a far data dal 01/12/2015.

Va evidenziato che tali nuove modalità di gestione non consentono di automatizzare l'intero sistema complesso delle pubblicazioni in Amministrazione Trasparente in quanto vi sono, da un lato, molti adempimenti con cadenza annuale e dall'altro adempimenti a struttura tabellare composita.

Per questi ultimi l'inserimento è manuale e a cura del Direttore della UOC competente secondo quanto previsto dal PTTI.

Il Gruppo di Lavoro per la messa in produzione e attivazione della procedura sopra descritta, ha fornito alle UUOCC il necessario supporto, prevedendo una serie di incontri plenari dalla doppia valenza informativa e formativa, che si sono tenuti l'8 e il 9 luglio e il 23 novembre 2015, curando, altresì, la predisposizione delle linee guida/manuale operativo per l'utilizzo delle nuove modalità di gestione del sistema WebRainbow - applicazione Delibere/Decreti, consultabile nel sito intranet aziendale.

La messa a punto della nuova gestione della procedura di inserimento delibere/decreti richiede ancora oggi un costante supporto alle Strutture e relativo monitoraggio sulla correttezza delle informazioni, dati e documenti inseriti che, a regime, risulterà senz'altro vantaggioso in termini di regolarità e tempestività dei flussi informativi facenti capo ai dirigenti responsabili degli uffici dell'amministrazione

Per quanto riguarda nello specifico la sezione Provvedimenti (art. 23 D.Lgs 33/2013)- Provvedimenti dirigenti amministrativi, si precisa che nella procedura WebRainbow è stato inserito quale campo obbligatorio, la nota per la Trasparenza. Ciò consente, per ciascun provvedimento, di pubblicare, ai sensi dell'art. 23 comma 2, oltre che l'oggetto, l'eventuale spesa prevista e gli estremi del fascicolo relativo al procedimento, anche il contenuto, ovvero la sintesi ragionata del contenuto del provvedimento stesso.

La nuova procedura è stata studiata in modo tale da prevedere campi obbligatori, per cui il sistema non procede se l'operatore non inserisce nella delibera/decreto tutte le informazioni /documentazione richiesta dal D.Lgs 33/2013.

La Regione Veneto - sezione Programmazione Risorse Finanziarie SSR- con nota prot. 423822 del 21/10/2015 ha comunicato, a seguito della ricognizione svolta nel portale "www.magellanopa.it" la situazione, alla data del 18/10/2015, dei portali aziendali delle Aziende ULSS e Ospedaliera del Veneto, in merito alla percentuale di aderenza dei siti ai contenuti minimi previsti nel D.Lgs 33/2013.

L'Azienda Ospedaliera di Padova risulta aver adempiuto al 100% agli obblighi minimi previsti dal D.Lgs 33/2013.

Nel corso dell'anno 2015, l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) ha chiesto più volte 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,

L'OIV, in data 29/01/2016, ai sensi dell'art. 14, c. 4, lett. g) del D.Lgs n. 150/2009 e delle delibere ANAC nn. 50/2013 e 43/2016, ha effettuato, con il supporto della Responsabile per la Trasparenza e l'Integrità, la verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nella griglia di attestazione al 31/01/2016 (allegato 1 alla delibera ANAC n. 43/2016). Il documento di attestazione degli adempimenti e la relativa griglia di attestazione sono consultabili nella home page aziendale "Amministrazione Trasparente".

L'OIV, sentita la Responsabile per la Trasparenza e l'Integrità e visionato il sito web aziendale e di esso la sezione "Amministrazione Trasparente", così come sopra descritta, pur evidenziando alcuni aspetti critici, come riportati nella scheda di sintesi sulla rilevazione degli OIV, anch'essa consultabile nella home page aziendale "Amministrazione Trasparente", ha espresso il proprio apprezzamento per l'attività di monitoraggio e aggiornamento svolto dal Responsabile stesso delle diverse sezioni dell'Albero della Trasparenza, trovando encomiabile il lavoro svolto sull'argomento considerata anche l'oggettiva difficoltà di coinvolgimento e sensibilizzazione delle strutture in materia.

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, disciplinato dal decreto legge “spending review” del 2012, 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) 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. 2525/2014, la Regione Veneto ha definito per l'anno 2015 gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, di controllo e di programmazione dell'organizzazione degli uffici, di corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate, di equilibrio economico-finanziario aziendale, di implementazione delle modalità organizzative e di erogazione per il contenimento dei tempi d'attesa, del rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario che sono stati presentati e assegnati alle Unità Operative dell'Azienda.

L'attuale realtà organizzativa dell'Azienda Ospedaliera di Padova (AOP) presenta un Sistema di Gestione per la qualità Aziendale che comprende una serie di processi sanitari e di supporto tecnico-amministrativi che coinvolge attualmente n. 24 Unità Operative per un totale di 51 processi rientranti nel campo di applicazione del SGQ.

La verifica di rinnovo della certificazione effettuata dall'ente di certificazione Certiquality Srl a maggio 2015 ha visto la conferma della certificazione a tutte le Unità Operative rientranti nel campo di applicazione del sistema qualità.

Dalla valutazione complessiva del sistema di gestione aziendale riportata nel rapporto di verifica, si evince che il Sistema Qualità si presenta per le unità certificate ben documentato e gestito, largamente condiviso, nel quale i requisiti della Norma risultano ben recepiti ed attuati. I cambiamenti registrati in questo ultimo anno, anche a seguito della definizione dei Dipartimenti, hanno messo in evidenza un consolidamento della volontà di continuare nel percorso di certificazione nella consapevolezza che sia realmente utile e portatore di miglioramenti. Il sistema appare migliorato nella capacità di monitorare i diversi processi nell'Organizzazione; le misurazioni sono in larga parte coerenti

con le necessità di valutare efficienza ed efficacia dei processi, le registrazioni prodotte tracciano tutti i processi in modo adeguato ed il sistema è monitorato attraverso l'esecuzione di audit interni su tutte le aree aziendali interessate dal Sistema Qualità.

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. Anche la UOC Medicina di Laboratorio ha avviato il percorso di accreditamento secondo la norma 15189 a tutti i processi/attività erogati dalla struttura. La verifica per ottenere tale riconoscimento è programmata per il 2016.

Relativamente a quanto previsto dalla L.R. 22/2002, che ha disegnato il modello regionale di sviluppo della qualità del settore sanitario, socio-sanitario e sociale, prevedendo un processo graduale che parte dall'autorizzazione, si perfeziona con l'accreditamento istituzionale e si completa con l'accreditamento di eccellenza su base esclusivamente volontaria, 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, l'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.

L'Azienda Ospedaliera Padova ha ottenuto l'Accreditamento istituzionale 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). Tuttavia, 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 UdO aziendali autorizzate per le quali richiedere l'accreditamento.

Relativamente ai Centri Regionali Specializzati, la cui attività è di particolare rilevanza clinica e/o di ricerca e aventi funzione di supporto alle reti cliniche definite nel PSSR (Piano Socio Sanitario Regionale), con n. 2707 del 29.12.2014 la Regione Veneto ha riconosciuto, per l'Azienda Ospedaliera di Padova, n. 48 Centri Regionali Specializzati, a cui vanno aggiunti ulteriori 4 Centri riconosciuti con la successiva DGR n. 285 del 10.03.2015. Con nota prot. 27064 del 19.05.2015, l'Azienda Ospedaliera ha chiesto il riconoscimento di ulteriori 10 Centri Regionali Specializzati per i quali si è in attesa di un riscontro da parte della Regione.

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 Legge n.22/2002 della Regione Veneto "Autorizzazione e Accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali", 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 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 derivanti dalla contestualizzazione aziendale delle linee guida secondo modalità validate e condivise.

Nel corso del 2015 sono stati sviluppati/revisionati n. 7 percorsi assistenziali e sono in fase di realizzazione/completamento altri 4 percorsi assistenziali.

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 Triennale Aziendale 2013-2015 e con il recepimento del mutato e aggiornato contesto normativo nazionale e regionale, come pure dall'interno dell'Azienda e dall'utenza esterna.

Il Documento Direttive ha recepito le deliberazioni regionali di assegnazioni degli obiettivi (DGRV n. 2525/2014), 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 avviato e procede secondo una tempistica definita.

H. Descrizione delle modalità del monitoraggio dell'OIV

L'OIV ha svolto la propria attività di verifica riunendosi per 4 volte nel corso dell'anno 2015 (30 gennaio, 17 aprile, 11 settembre e 27 novembre), 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.

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 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 2015 dell'Azienda Ospedaliera di Padova, già anticipata all'OIV via mail il 2/9/2016, è stata approvata con Deliberazione del Direttore Generale n. 127 del 8.9.2016 e inviata all'OIV con nota prot. n. 50090 dello stesso giorno.

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 2015, 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 l'approvazione della Relazione.
- 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 2015, e che lo stesso è adeguatamente rendicontato nella Relazione sulla Performance 2015 approvata con Deliberazione del Direttore Generale n. 128 del 8.9.2016.

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, 9 settembre 2016

Il Presidente dell'OIV

(Dott. Oliviero Beni)