

Azienda Ospedaliera Padova



VALIDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE - ANNO 2018

e

RELAZIONE ANNUALE SUL FUNZIONAMENTO COMPLESSIVO DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE, TRASPARENZA E INTEGRITÀ DEI CONTROLLI INTERNI - ANNO 2018

(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	11
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; 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 2018. 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.

Per quanto riguarda gli obiettivi da conseguire nell'anno 2018, l'Azienda Ospedaliera li ha esplicitati nei seguenti documenti: Piano della Performance 2018-2020 (DDG n. 98 del 29/01/2018), Documento di Direttive 2018 (DDG n. 380 del 23/03/2018), budget delle unità operative (DDG n. 1.123 del 06/09/2018), che hanno recepito gli obiettivi regionali assegnati con DGRV n. 230/2018 articolandoli secondo le strategie aziendali:

- Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari,
- rispetto dei tempi massimi d'attesa, secondo le indicazioni regionali,
- rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza,
- sviluppo di attività innovative e di alta specialità,
- Mobilità extraregionale
- Trasparenza
- Obbligo di soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza".

L'OIV, nella seduta del 23 febbraio 2018, ha preso atto del Piano della Performance 2018-2020 e dell'avvio formale del ciclo di programmazione.

Riguardo la programmazione aziendale per l'anno 2018, 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 degli obiettivi A.2.1, A.3.1 "*Rispetto della programmazione regionale sui costi del Personale e sui costi dei beni sanitari*". I limiti di costo fissati per l'anno 2018 contenuti nelle DDR n. 18 del 02/02/2018 e nella DDR n. 113 del 14/09/2018 per il costo del personale e DDR n. 8 del 22/01/2018 e DDR n. 117 08/10/2018, si riferiscono ai seguenti costi della produzione:

- Personale - vincolo di spesa 214.563.000;
- Farmaci - vincolo di spesa 108.906.507;
- Dispositivi Medici non IVD - vincolo di spesa 59.341.337;

- Dispositivi Medici IVD- vincolo di spesa 22.547.850.

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 2018 (DDG n. 380 del 23/03/2018) 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 aprile a giugno con i Direttori di ciascuna Unità Operativa. Gli incontri sono stati condotti dal Direttore Generale, Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo coadiuvati da: Direzione Medica Ospedaliera, Farmacia, Servizio Professioni Sanitarie, Informatica e Programmazione e Controllo di Gestione e hanno visto la partecipazione non solo dei Direttori delle Unità Operative ma dei referenti di budget e dei coordinatori infermieristici e tecnici e, diversamente dagli anni precedenti, anche da tutto il personale.

Gli obiettivi e le risorse sottoposte a vincolo regionale assegnati ad ogni Centro di Responsabilità sono formalizzati nelle schede di budget 2018. 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 periodico e avviene sia internamente all'azienda, sia tramite incontri con la Regione. Le aziende del SSR sono infatti sottoposte a monitoraggio periodico da parte della Regione, che produce una propria reportistica e programma incontri dedicati.

Il monitoraggio degli obiettivi di budget si è svolto tra ottobre e novembre con un ciclo di incontri e a fine anno, con l'invio dei dati ai Direttori delle UO.

Nella seduta del 7 settembre 2018 l'OIV, in occasione della validazione della Relazione sulle Performance anno 2017, ha preso visione di un campione di schede di budget con la relativa valutazione finale.

Anche per l'anno 2018, così come gli anni precedenti, l'Azienda ha utilizzato delle fasce per il collegamento con la retribuzione di risultato, così come previsto negli accordi sindacali vigenti.

Nella seduta del 23/11/2018 l'OIV ha preso visione delle modifiche al budget 2017, 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 definiti 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 ai dipendenti uno sviluppo professionale, sia economico che giuridico, determinando degli elementi oggettivi di verifica, atti a garantire la trasparenza tra le parti coinvolte.

La valutazione all'interno dell'Azienda è 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 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 scheda 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 delle 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 o suo delegato ospedaliero/universitario, a seconda che il ricorrente sia ospedaliero/universitario;

- Direttore della U.O.C. Direzione Medica, o suo delegato ospedaliero/universitario, a seconda che il ricorrente sia ospedaliero/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. e di U.O.S.D. 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 cartellino regolare nell'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 e Sanitaria non 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 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 cartellino regolare nell'anno di riferimento.

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

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 di un cartellino regolare nell'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 la gestione del ciclo complessivo legato al sistema di valutazione è in capo alla UOC Risorse Umane, che si avvale della collaborazione di UOC Direzione Professioni Sanitarie, UOC Informatica, UOC Direzione Medica, ciascuna secondo il proprio ambito di competenza. 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 inviando, ai soggetti preposti alla valutazione, un avviso via e-mail che ricorda di provvedere quanto prima, qualora non si fosse provveduto alla valutazione entro i termini stabiliti. Tale avviso viene rinviato periodicamente, 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 2018 è stato caratterizzato da una continua "manutenzione" della struttura dell'Albero della Trasparenza del sito web aziendale sezione "Amministrazione Trasparente" nel rispetto degli obblighi di pubblicazione e di trasparenza introdotti dal D.Lgs 97/2016 e dalle Linee Guida dell'ANAC n. 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*".

Le strutture che, nel corso del 2017, erano state maggiormente coinvolte dall'impegnativo restyling imposto dalle novità normative introdotte dal D.Lgs 97/2016, nel corso del 2018 hanno dimostrato una maggiore autonomia e adesione alle richieste normative comportanti obblighi di riallineamento e riorganizzazione dei dati superando le iniziali complessità definite dall'atto 1310/2016 ANAC anche grazie all'importante supporto iniziale del RPCT e UOC Informatica.

Di seguito le attività svolte nel corso dell'anno 2018:

1. implementazione ed aggiornamento, alla luce delle modifiche apportate al D.Lgs 33/2013 dal D.Lgs 97/2016, del sito istituzionale sezione "Amministrazione Trasparente", nell'intento di assicurare il principio di "accessibilità totale delle informazioni" perfezionando, sempre più, le modalità di gestione del sistema WebRainbow - applicazione Delibere/Decreti, introdotto dall'Azienda a far data dal 01/12/2015, per garantire l'implementazione automatica e tempestiva delle sezioni dell'Amministrazione Trasparente per le quali il D.Lgs 33/2013 e s.m.i. richiede la tempestiva pubblicazione dei dati;
2. verifica, attraverso periodici monitoraggi a cura del RPCT, del corretto utilizzo, a cura delle UUOCC interessate, delle nuove tipologie di procedimento, introdotte, nell'ambito del processo di informatizzazione della sezione "Bandi di Gare e Contratti", nel corso del 2017, per garantire il rispetto delle novità introdotte dal nuovo Codice degli appalti (D.lgs 50/2016e smi), consentendo l'implementazione automatica della pubblicazione nelle nuove specifiche sezioni dell'Albero, individuate a seguito delle Linee guida 1310/16;
3. verifica implementazione manuale, a cura del Direttore della UOC competente, secondo quanto previsto dal PTPCT 2018-2020, delle altre sezioni per le quali sono richiesti adempimenti con cadenza annuale e/o con struttura tabellare;
4. pubblicazione, ai sensi dell'art. 9 *bis* del Decreto Trasparenza, nella sezione Personale - "Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (Dirigenti e non Dirigenti) e Personale - Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso Enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti, del collegamento al link ipertestuale del sistema PerlaPA.
5. raggiungimento obiettivi di budget per il 2018 in capo ai singoli uffici interessati per la realizzazione dei compiti attribuiti dal Programma della Trasparenza per l'anno 2018;
6. effettuazione attività di monitoraggio. Sono stati effettuati vari monitoraggi (marzo, luglio, ottobre e dicembre 2018) sul corretto adempimento della totalità degli obblighi di pubblicazione in capo alle singole Strutture Aziendali, attraverso la scansione delle attività,

indicando gli scostamenti dal Piano originale, con particolare riguardo alla necessità che i Servizi aziendali mantengano il materiale pubblicato sul sito web aziendale in costante aggiornamento.

7. Invio, ad ogni Unità Operativa interessata (vie brevi/mail), di un report sul corretto adempimento degli obblighi di pubblicazione in capo alle stesse, secondo quanto previsto dal PTPCT sollecitando i Responsabili a verificare quanto indicato e a provvedere secondo i suggerimenti inseriti e comunicare in merito;
8. effettuazione di un ulteriore monitoraggio, a fine anno, finalizzato a verificare il raggiungimento dell'obiettivo di budget 2018. Tale monitoraggio ha fatto emergere, soprattutto per le sezioni per le quali sono richiesti adempimenti con cadenza annuale e/o con struttura tabellare, per le quali non è previsto un automatismo ma bensì l'inserimento manuale a cura del Direttore della UOC competente (secondo quanto previsto dal PTPCT 2017-2019), un maggiore, anche se non ancora del tutto autonomo e completo, allineamento delle Strutture agli obblighi di pubblicazione introdotti dall'evoluzione della normativa in materia di trasparenza, anche per quanto concerne tipologie di dati particolarmente innovative, sia in termini di corretta pubblicazione, sia in termini di completezza delle informazioni richieste, sia in termini di aggiornamento che di attenzione a pubblicare il dato in formato aperto o elaborabile (dove possibile).

I contenuti della sezione Trasparenza sono coordinati con gli obiettivi indicati con la prevenzione della corruzione e con il Piano delle Performance. Per gli adempimenti degli obblighi di pubblicazione dei dati vengono identificati i relativi responsabili ai quali è riservato, ciascuno per la parte di competenza, il compito di individuare, elaborare, aggiornare, verificare l'usabilità del dato e pubblicarlo nella sezione apposita.

Inoltre, nel corso dell'anno 2018, l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) ha chiesto di essere informato circa lo stato di attuazione della sezione del sito web aziendale "Amministrazione Trasparente".

La Responsabile della Trasparenza ha quindi, puntualmente, illustrato ai componenti il PTPCT 2018-2020 e le attività di revisione e aggiornamento dell'Albero della Trasparenza.

In particolare, l'OIV ha effettuato, in data 13/04/2018, ai sensi dell'art. 14, c. 4, lett. g), del d.lgs. n. 150/2009 e delle delibere A.N.AC. n. 1310/2016, 141/2019 con il supporto della Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, la verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazioni avvalendosi della griglia di rilevazione.

La Responsabile della Trasparenza ha quindi, puntualmente, illustrato ai componenti l'attività di revisione e aggiornamento dell'Albero della Trasparenza fornendo loro, brevi manu, una Relazione sulle attività relative agli obblighi di pubblicazione in Amministrazione Trasparente.

L'OIV ha dichiarato l'impianto complessivo conforme alla normativa come da scheda di sintesi sulla rilevazione.

I sopra richiamati documenti (documento di attestazione degli adempimenti, la relativa griglia di attestazione e la scheda di sintesi), sono consultabili nella home page aziendale sezione “Amministrazione Trasparente”.

F. Definizione e gestione degli standard di qualità

Con la L.R. n. 48 del 28 dicembre 2018, la Regione Veneto ha approvato il Piano Socio-Sanitario Regionale 2019-2023 che individua gli indirizzi di programmazione socio-sanitaria regionale per il quinquennio 2019-2023; tale piano viene attuato dai provvedimenti adottati dalla Giunta Regionale nei settori dell'assistenza territoriale, dell'assistenza ospedaliera, delle reti assistenziali e socio-sanitarie.

L'Azienda Ospedale-Università di Padova è individuata come Hub di eccellenza di rilievo regionale. Gli Hub di eccellenza sono qualificati dalla presenza di alte specializzazioni e garantiscono la competenza necessaria per la gestione delle casistiche più complesse, anche grazie alla presenza delle tecnologie più innovative. Sono caratterizzati dalla sinergica cooperazione istituzionale con le Università di Padova e Verona, dall'integrazione dell'attività assistenziale, didattico/formativa e di ricerca, e dalla partecipazione alle reti nazionali oltre che dalla cooperazione con i centri ospedalieri di maggior prestigio internazionale.

Gli Hub garantiscono lo sviluppo delle pratiche cliniche e l'introduzione delle innovazioni derivate dalla ricerca nella pratica ospedaliera, contribuendo al miglioramento continuo dei livelli di assistenza della rete ospedaliera regionale. Supportano le strutture della rete ospedaliera regionale nella gestione delle casistiche complesse sia attraverso modelli di centralizzazione dei pazienti, anche per la sola fase acuta del percorso assistenziale (facilitando poi una presa in carico da parte delle strutture ospedaliere di prossimità per la gestione della fase post-acuta), sia attraverso lo sviluppo di modelli di consulenza da garantire anche con strumenti informatici. Gli ospedali Hub rappresentano il vertice della piramide organizzativa per il territorio di riferimento.

Con DGRV n. 230/2018, la Regione Veneto ha definito per l'anno 2018 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.

In riferimento alla gestione della qualità, l'Azienda Ospedaliera di Padova presenta un Sistema di Gestione per la qualità Aziendale certificato secondo la norma ISO 9001 (Certificato Cisiq/Certiquality n. 5871) che comprende una serie di processi sanitari, di supporto e di gestione della ricerca clinica che interessa complessivamente 27 Unità Operative.

In occasione della verifica di rinnovo e adeguamento della certificazione ISO 9001 aziendale effettuata a maggio 2018 è stata completata 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.

La verifica di certificazione effettuata dall'ente di Certiquality Srl ha visto il rinnovo della certificazione a tutte le Unità Operative rientranti nel campo di applicazione del sistema qualità con contestuale adeguamento alla nuova versione della norma UNI EN ISO 9001:2015.

Dalla valutazione complessiva del sistema di gestione aziendale riportata nel rapporto di verifica si evince che l'organizzazione del SGQ ha dimostrato che le unità operative coinvolte hanno acquisito pienamente la logica del risk based thinking determinando la conformità del Sistema Gestione Qualità ai requisiti della nuova norma.

Come punti di forza generali sono stati individuati grande senso di appartenenza, forte motivazione, competenza e consapevolezza del proprio livello di responsabilità di tutto il personale

che ha partecipato all'audit. Le aree di miglioramento generali riguardano l'aggiornamento della documentazione e la classificazione dei rischi.

Non sono state rilevate non conformità mentre sono state rilevate n. **6 Raccomandazioni** descritte nel rapporto quali spunti di miglioramento relativi ai specifici processi delle Unità Operative, le quali hanno preso in carico i rilievi e attivato le relative azioni di miglioramento.

In riferimento al processo di autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale sono recentemente intervenute alcune novità legislative allo scopo di revisionare e aggiornare gli standard regionali ai requisiti minimi nazionali stabiliti dall'Intesa Stato-Regioni del 19 febbraio 2015:

- **DGR 2266 del 30 dicembre 2016:** Recepimento e applicazione dell'allegato sub A dell'Intesa Stato-Regioni del 19.2.2015 (rep. n.32/CSR) in parziale sostituzione della DGR n. 2501 del 6 agosto 2004. Legge Regionale n. 22 del 16 agosto 2002.
- **DGR 1732 del 07 novembre 2017:** Adozione della guida all'applicazione dei requisiti generali di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale di cui alla DGR n. 2266 del 30 dicembre 2016. L.R. 22 del 16 agosto 2002.

Il 2018 è stato un anno particolarmente impegnativo ma anche fondamentale per quanto concerne l'attuazione dei processi relativi alla LR 22/02 in Azienda, poiché è stato completato il rinnovo dell'autorizzazione all'esercizio e avviato il rinnovo dell'accreditamento istituzionale.

A seguito della verifica integrativa di giugno 2018 per il rinnovo dell'autorizzazione all'esercizio aziendale finalizzata a valutare i nuovi requisiti di autorizzazione introdotti dalla DGR 2266/2017, a verificare le nuove U.d.O. attivate in Azienda dopo il 2015 (data della prima verifica) e a valutare la chiusura delle prescrizioni già risolte nel periodo di tempo intercorso tra la prima verifica del 2015 e il 2018, è stato emanato, da parte di Azienda Zero, il Decreto n. 596 del 11.12.2018 di autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria e socio sanitaria dell'Azienda Ospedaliera di Padova per le Unità di Offerta (UdO), le Unità Operative e funzioni ad esse correlate.

Per quanto riguarda l'Accreditamento Istituzionale, si rappresenta che il processo di verifica di tutte le Aziende sanitarie pubbliche della Regione Veneto è stato avviato nel secondo semestre del 2018, con modalità uniformi al fine di rendere confrontabili i risultati e individuare aree di miglioramento regionali. La visita di verifica per il rinnovo dell'accreditamento istituzionale dell'Azienda Ospedaliera Padova è stata effettuata nei giorni 10-11 dicembre 2018.

L'Azienda ospedaliera è in attesa del provvedimento di Accreditamento Istituzionale che deve essere adottato dalla Giunta Regionale.

Presso l'Azienda Ospedaliera sono state implementate alcune progettualità/azioni di miglioramento aziendali in fase di sviluppo particolarmente significative per utilizzo di metodi e strumenti della qualità, quali ad esempio:

- **Accreditamento JAICE del Programma Trapianto di Cellule Staminali Ematopoietiche (TCSE) Pediatrico:** Tale accreditamento definisce gli standard necessari per una struttura sanitaria affinché possa operare nell'ambito di raccolta, manipolazione e utilizzo clinico delle cellule staminali. Il programma TCSE Pediatrico dell'Azienda Ospedaliera comprende l'Unità clinica (sezione trapianti), l'unità di raccolta delle CSE midollari e l'Unità di manipolazione cellulare (laboratorio Terapie Cellule Staminali) strutture afferenti alla UOC Clinica di Oncoematologia

Pediatria nonché l'Unità di Raccolta delle CSE periferiche che afferisce alla UOC Immunotrasfusionale (servizio di aferesi).

- **SPERIMENTAZIONI FASE 1:** Gli studi di fase 1 sono condotti in pochi centri selezionati, su un numero limitato di volontari sani, in età non avanzata, per i quali è documentata l'assenza e valutata la non predisposizione a malattie. L'obiettivo principale è la valutazione degli effetti collaterali che possono essere attesi considerando i risultati delle precedenti sperimentazioni sugli animali e la valutazione della modalità di azione e distribuzione del farmaco nell'organismo per gli aspetti di sicurezza e tollerabilità. I requisiti di fase 1, definiti dalla Determina AIFA n. 809/2015 sono stati valutati nel 2018 dall'Azienda Ospedaliera al fine di presentare la domanda di autocertificazione per la UOC Medicina di Laboratorio affinché questa UOC possa erogare prestazioni di laboratorio per sperimentazioni di fase 1 a strutture sanitarie che ne facciano richiesta come l'Istituto Oncologico Veneto che, non avendo al proprio interno una struttura di laboratorio, richiede queste prestazioni all'AOP.
- **PROGETTO "LA RIORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITÀ CHIRURGICA PER INTENSITÀ DI CURA SECONDO LA METODOLOGIA LEAN":** nel 2018 è proseguito il progetto, avviato nel 2016, denominato "La riorganizzazione dell'attività chirurgica per intensità di cura secondo la metodologia Lean". Si tratta di un progetto olistico che da un lato vede interessate tutte le specialità chirurgiche, alcune delle quali presenti solo in AOP a livello regionale, e dall'altro coinvolge non solo un gran numero di professionisti sanitari come chirurghi, infermieri, anestesisti, ma anche personale amministrativo e di tutti i processi che sono collegati, anche indirettamente, con il processo chirurgico. Il 2018 ha visto l'implementazione dei Safety Walk Around effettuati dalla Direzione Sanitaria nel numero di 43 incontri, svolti in collaborazione con lo staff delle Sale Operatorie per risolvere i problemi rilevati.

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 fa riferimento ai PDTA anche come strumento importante del controllo dell'appropriatezza erogativa e della tutela dei professionisti. Nel 2018 sono stati approvati i seguenti percorsi assistenziali:

- PERSONA CON DECLINO COGNITIVO AD ESORDIO GIOVANILE
 - TRAPIANTO DI RENE PEDIATRICO (revisione)
- Mentre, sono in fase di sviluppo/completamento i seguenti percorsi assistenziali:
- GESTIONE DELLA PERSONA AFFETTA DA SCLEROSI MULTIPLA IN AOP (contestualizzazione PDTA regionale)
 - SCOMPENSO CARDIACO
 - GESTIONE DEL PERCORSO DELLA PERSONA NELLA "RETE ICTUS" NELL'AOPD (revisione)

Sempre nel corso dell'anno è stata effettuata una ricognizione (in risposta a specifica richiesta della Regione) sullo stato di avanzamento dell'implementazione in Azienda dei provvedimenti emanati dalla Regione veneto nel contesto dei percorsi diagnostico-terapeutici-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 delle Performance 2018-2020 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. 230/2018), 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 in coerenza con le indicazioni normative.

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 2018 (23 febbraio, 13 aprile, 7 settembre e 23 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 ed 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 2018 dell'Azienda Ospedaliera di Padova, è stata approvata con Deliberazione del Direttore Generale n. 792 del 28/06/2019.

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 2018, 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 la seguente raccomandazione:

- valutare la possibilità di revisionare la modalità di erogazione degli acconti infra-annuali, compatibilmente con i vincoli del contesto aziendale, 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 2018, e che lo stesso è adeguatamente rendicontato nella Relazione sulla Performance 2018, approvata con Deliberazione del Direttore Generale n. 792 del 28/06/2019.

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, 12 luglio 2019

Il Presidente dell'OIV

(Dott. Oliviero Beni)